6667

WIEDZA LEKARSKA

ROK 1932

SKOROWIDZ

6667

BIBLIOTEKA AKADEMII MEDYCZNEJ w Białymstoku

Cyfry oznaczają strony; drukiem tłustym uwydatniono artykuły oryginalne.

Agranulocytoza 143
Akromegalja 23
Anemja 92, 293, 291
Autoseroterapja 342
Autoszczepionki 80
Awitaminozy III, 292.
Auxoterapja 13

Basedowa choroba 79, 377
Bąblowiec 184
Białaczka 154
Bielactwo 229, 313
Bliznak 349
Błędnik 311, 418
Błonica 151, 415
Bóle głowy 88, 224
„ Jamy brzusznej 23
Brucelloza 220

Cholesteryna 79
Choroba Basedowa 79, 377
„ Brocq'a 230
„ Fox-Fordyce 61
„ Kaposi 127
„ Klippel-Feila 312
„ Pellegrini-Stieda 308
„ Recklinghausena 313
Cewka moczowa 390
Ciąża 26, 92, 124, 125, 152, 154, 226, 316, 353, 420
Cięcie cesarskie 93, 126, 351
Cięcie powłok brzusznych 60
Ciśnienie płynu mózg. rdz. 224
„ krwi 177, 179
Cukrzyca 41, 46, 47, 115, 144, 180, 420
Cryogenina **331**
Czyraki 21, **407**
Cymarina 337

Danga 313
Dolerisa operacja 188
Domy matek 27
Diatermja 57, **103**, 231
Dur brzuszny 26, 340, 345
Dusznica bolesna 109, 357, 382
Dychawica 16, **186**, **337**, 342, 357
Dyskeratoza 29

Enuresis 290
Eozynofilja 54
Esica 148
Figówka 422
Fizjoterapja 88

Gastrostomja 56
Gonakryna 30
Gościec stawowy 109, 110, 186, 218, 217, **263**, 287, 288, 289, 297
Gorączka falista 218
Gruczoły pachwinowe 355
Gruczoł krokowy 64
Grupy krwi 231
Gruźlica 92, 97, 109, 110, 117, 127, 217, 218, **233**, **281**, 287, 288, 291, 295, 297, 309, 312, **321**, 344, 411, 418, 422
„ kości i stawów 53, 287, 302, 307, 381
„ krtani 89
„ jelit 301
„ skóry 127, 157, 158, 356
Guzy rdzenia 300
„ wewnątrzmostowe 23

Hahneman **215**
Heroina **43**
Hydrologja **193**
Hypertermja 375
Hypoglykemja 340, 371
Hysterosalpingografja 27, 58

Insulina 50, 94, 115, 180, 190
Ischias **361**

Jama ustna 157
Jajnik 91, 187, 226, 227, 228, 286
Jajowód 156, 350, 387

Kauzalgja 305
Kiła 28, 62, 80, 94, 121, 230, 231, **273**, 317, 318, 409
„ wrodzona 229, 318, 374
Klasyfikacja schorzeń stawów **1**
Kosmetyczne operacje nosa 33
Krtań 89, 309, 312
Krwawiączka 80
Krwotoki 23, 24, 28, **41**, 96, 122, 154, 225, 291, 303, 317, 420
Krwi przetaczanie 291, 375
„ upust 177
Kwasica 17
Kwas salicylowy **407**

Lepkość krwi 353
Limfogranulomatoza 27, 83, 373, 422

Łożysko 26, **175**, **285**
Łuszczyca 356

Macica 60, **89**, 122, 123, 124, 156, 187, 226, 227, 228, 316, 420
Marskość wątroby 28
Miesiączkowanie 60, 351
Miedniczki nerkowe 316
Mieśniaki 152, 156, 316, 420
Mięsień ptasi 311
Migrena **279**
Mleko 411
Moczówka prosta 80
Myoklonja 121

Nabłoniaki 52, 316, 386
Naczyniaki 28, 156
Nadciśnienie 373
Nadczynność tarczycy 64, 79
Naświetlania 391
Nerki 15, 29, 45
Nerwice 350, 367
Nerwobóle 116, 310, 313
Nerwy współczulne 384, 420
Niemiarowość 178
Niedokrwistość 45, 291, 293

Niedrożność tętnicy głównej 110
Niepłodność 27, 421
Nos **33**, 224, 309
Nowotwory 85, 300 (patrz też rak)
„ mózgu 113, **115**, 116, 120, 313

Obrzęk płuc 47
Odma 220, 412
„ czaszkowa 60
Odra 47, 48, 294
Odruch chorobowy 349
Odżywianie niemowląt 342
Opadanie krwinek 45
Opoterapja 334
Osteozy 144
Owrzodzenia 28, 304, 320
Ozena 222

Padaczka 22, 143
Parapsoriasis 126
Passiflorina **367**
Pęcherz żółciowy 416
Pemphigus 354
Perlak 223
Pilocarpina 290, 342
Płonica 221, 295
Płytki krwi 226
Pląsawica 22, 111
Pneumopyelografja 59
Pochwa 186, 227, 315, 350, 354
Pokrzywka 190
Pokwitanie 60, 317
Połóg 23, 24, 26, 154, 226, 350
Półpasiec 358
Porażenie gałek ocznych 121
Poród 125, 187, 224, 225, 386
Próchnica zębów 117
Przełyk 299
Przemiana materji 148, 337
Przetaczanie krwi 291, 375
Przepuklina 298, 301
Przysadka 84, 420
Przytarczyce 300

Radem leczenie 58, 150, 187
Rak 93, 94, 150, 183, 187, 316, 318, 357, 385, 387
Rak macicy 58, 125, 228, 318, 420
Ran leczenie 119, 357
Rentgenologja: 85, 88, 119, 120, 122, 123, 146, 297, 307, 350, 351, 386, 420, 422
Ropowica 378, 382
Ropnie **407**
„ zimne 380
„ płuc 18, 30, 80, 414
„ przyodbytnicza 348
Rzerzączka 28, 355, **393**
Rzucawka 124, 351

Serce 13
Skórne zmiany 391, 422
Skóry zakażenie 126
Skręcenie stawu 128
Skutki tytoniu 223
Stany pośpiączkowe **161**
Stopa końskoszpotawa 20
Stwardnienie mózgu 312, 313
Szczepionkami leczenie 178, 188, 340, 385, 417
Szyjka macicy 58, 187, 318, 420
Sympatykoza 220
Świąd 352
Światło 56

Tężyczka 14
Trądzik 189, 357, 392
Tracheostomja 418
Transpulmina **5**, **9.**

Udo, dostęp 18
Uchyłkowatość 59
Unerwienie narządu rodnego 314
Usypianie 306, 377
Usztywnienie 308
Urazy napiętka 147

Wagotonja 47, 413
Wątroba 52
Wietrzna ospa 45
Wielowodzie 91
Więź 65
Wgłobienie 114, 119, 146
Wodonercze 228
Wrzód żołądka 46
Wykrztuszanie 81
Wylewy podoponowe 146
Wyłysienie 127
Wydzielanie żołądkowe 46, 128
Wypadanie macicy 156
Wyprysk 319, 355
Wyrostek robaczkowy 55, 297

Zaburzenia krążenia 412
Zaburzenia trawienia 411
Zakażenie skóry 28
„ połogowe 26, 154, 188, 352
Zapalenie jajowodu 61
„ jelit grubych 178
„ kości 148
„ macicy 187
„ nerek 29, 45
„ opon 48, 81, 121, 346
„ otrzewnej 306
„ płuc 50
„ przydatków 388, 227
„ rdzenia 313
„ skóry 126
„ sutka 155
„ szpiku 20, 380, 383
„ ucha środkowego 311, 417
„ wyrostka sutkowego 88, 89
„ robaczkowego **129**, 297
„ zatoki szczękowej 307, 418
Zasób zasad 420
Zatoka szczękowa 307, 417
Zatory mózgu 23
Zatrucie CO 121
Zapłodnienie 124
Zastrzał 296
Zdrowotność Warszawy **203**, **243**
Ziarnica złośliwa 27, 83, 373, 422
Złamania 147, 302, 378, 379, 383
„ czaszki 184, 346
„ nosa 349
„ uda 55
„ szyji uda 222
„ goleni 54
Złoto 411
Znieczulenie lędźwiowe 92
„ miejscowe 298, 311, 388, 417
„ w porodzie 314, 386
Zniekształcenia 350
Zwężenia jelita 379
Zwichnięcia 120, 302, 380
Żołądka fotografja 22
Żołądek 88, 96, 128, 412

ZAKŁADY GRAFICZNE
„DRUKPRASA"
WARSZAWA, NOWY ŚWIAT 54.

ROK VI WARSZAWA 1932 STYCZEŃ ZESZYT I

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Zarys klasyfikacji schorzeń stawowych*)

podał

Dr. ALEKSANDER RYTEL.

St. asystent Kliniki.

Z I-ej Kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Warszawsk. (Dyr. Prof. Dr. med. Jerzy Modrakowski).

Ogólnie znane są trudności rozpoznawcze schorzeń stawowych z powodu ich różnorodności obrazów klinicznych i anatomopatologicznych. Ostatnio na cierpienia te poczęto zwracać baczną uwagę, gdyż statystycznie stwierdzono, iż powodują one wśród ludności poszczególnych państw liczny odsetek niezdolności do pracy, bądź inwalidztwa nawet. Podjęto wiele nowych prac, mających na celu wyjaśnić istotę cierpienia oraz podnieść poziom lecznictwa. Prace te coraz więcej przyczyniają się do bardziej racjonalnego ujęcia klasyfikacji chorób stawowych.

Dotychczasowe podziały w związku z pogłębieniem wiedzy naszej nad istotą cierpień stawowych przeszły s z e r e g ewolucji. Opierano je na podstawach zmian anatomo-patologicznych, obrazów rentgenologicznych, cech ich przebiegu klinicznego wreszcie w ostatnim czasie coraz więcej zwolenników zyskuje klasyfikowanie, w którem dominującą rolę odgrywa czynnik etjologiczny. Brak miejsca nie zezwala na szersze omawianie tych klasyfikacyj, ogólnie tylko zaznaczyć można, że żaden z podziałów nie został powszechnie przyjęty. Podział poniżej podany oparty jest głównie na czynniku etjologicznym z uwzględnieniem jednak cech klinicznego przebiegu oraz obrazu anatomo-patologicznego. Pomimo takiego ujęcia bynajmniej nie należy przypuszczać, że podział w ten sposób przeprowadzony jest ostatecznym, gdyż w wielu przypadkach przyczyna pozostaje niejasną i dopiero dalsze badania

*) Referat wygłoszony na IX Zjeździe Internistów Polskich w Krakowie w dn. 24.IX 1931 r.

wskażą właściwe miejsca poszczególnych schorzeń w ogólnej klasyfikacji. Jednak można przypuszczać, iż przyczyni się to uszeregowanie do łatwiejszego ujęcia całości schorzeń stawowych oraz da możność szybszego zorjentowania się w istocie spostrzeganego cierpienia. Ten właśnie cel przyświeca pracy niniejszej, która obejmuje jedynie cierpienia stawowe i która zrywa z dotychczasową tradycją łączenia wszelkich bóli neuralgicznych, mięśniowych, kostnych w jednym wspólnym uszeregowaniu.

Chcąc już na wstępie podkreślić, że wszelkie schorzenia stawów mogą obejmować różne ilości stawów od jednego do wielu pod względem umiejscowienia się w nich procesów chorobowych w nagłówku użyto nazwy mono, oligo, polyarthritides (1-szy wiersz). Przebieg kliniczny jest uwidoczniony w 2-gim wierszu. Na lewej połowie podziału zamieszczono grupę schorzeń rozpoczynających się i przebiegających w postaci ostrej bądź podostrej, na prawej połowie grupę cierpień stawowych, które stanowią bądź to zejście schorzeń ostrych, bądź to przedstawiają sobą odczyn tkanek stawowych na długotrwale działający bodziec chorobowy. Bodźce zazwyczaj są słabe w swem działaniu drażniącem, tak, że chorzy często bardzo nie są w stanie ich wyraźniej odczuwać, oraz dokładniej je określić.

Każda z wyżej podanych grup jest podzielona na trzy podgrupy, odpowiednio do czynników etjologicznych wywołujących poszczególne cierpienia. Dla łatwiejszego omawiania tych podgrup nad każdą z nich jest zamieszczona liczba rzymska, oznaczająca kolejność ustalonych kolumn.

Kolumna 1-sza i IV-ta obejmują wszelkie schorzenia stawów, spowodowane przez czynniki, w najszerszem tego słowa znaczeniu, zakaźne, zarówno te, które zajęły cały ustrój, bądź zlokalizowały się w pojedyńczych ogniskach chorobowych. Schorzenia stawów przytem mogą być wywołane zarówno przez same bakterje, jak też i ich toksyny.

Na pierwszym planie (A) figurują schorzenia gośćcowe stawów, gdyż, aczkolwiek istnienia swoistego zarazka gośćcowego nie stwierdzono, to jednak ogólnie przyjęto, iż tłem „reumatyzmu" jest sprawa zakaźna, czy to bezpośrednio, bądź pośrednio działająca. Następnie wymienione schorzenia gruźlicze (B), kiłowe (C) oraz szereg cierpień stawowych wtórnie występujących przy szeregu infekcji, ogólnie atakujących organizm (D).

Cierpienia tej grupy wszystkie przebiegają pod postacią typowych stanów zapalnych z zajęciem tkanek okołostawowych, bądź z umiejscowieniem się wewnątrz stawów, z wysiękiem mniejszym lub większym surowiczym, włóknikowym, bądź ropnym.

Różnorodność postaci anatomopatologicznych uwidoczniają odsyłacze w formie małych literek zamieszczonych pod nazwą poszczególnych schorzeń.

Kolumny II-ga i IV-ta zawierają wyszczególnienie cierpień ostrych (II) i przewlekłych (IV), spowodowanych przez czynniki toksyczne. Czynniki te przenikać mogą do ustroju zzewnątrz (— exogeneticae) dostając się doń w postaci jadów bakteryjnych (jady zatrucia mięsnego, paraduru B), lub mogą być wprowadzone w postaci składników przyjętych pokarmów (1-ostrygi, 2-małże, 3-poziomki i t. d.), bądź z leków (1-aspiryryna, 2-chinina, 3-antipiryna i t. d.), wreszcie w postaci surowic leczniczych.

Schorzenia stawów występujące po zastrzykach surowic przebiegają: 1) w postaci zwykłej (1-simplices), atakując stawy kończyn; 2) w postaci t. zw. pseudooponowej (2.-pseudomenigeales) ,zajmując stawy małe kręgosłupa, upadabniając w ten sposób to cierpienie do stanu zapalnego opon mózgowych; 3) w postaci t. zw. pseudotężcowej (3-pseudotetanicae), gdy cierpienie dotyka stawy żuchwowe, twarz chorego staje się podobną wówczas do risus sardonicus chorych na tężec.

Z czynników toksycznych powstających wewnątrz ustroju (B-endogeneticae) i powodujących schorzenia stawowe, uwidocznione są tylko te, które zależą: 1) od przemiany azotowej, węglowodanowej w ustroju, jak skaza krwotoczna (haemophilia), wysiękowa, 3) od schorzeń pewnych narządów, wymienionych w tablicy, 4) od niektórych jednostek chorobowych (ekzema, łuszczyca i t. d.).

Guzki Boucharda występujące przy rozstrzeniach żołądka i zaparciach są zamieszczone w tej podgrupie (V, B. D. 3.).

Kolumna III-cia omawia czynniki mechaniczne, czy to w formie urazu działające na stawy, czy to przez zespół czynników statycznych powodujące niekiedy wysięki stawowe, bądź wywołujące przesięki występujące w związku z przesiękami wewnątrz organizmu powstającymi zależnie od stanu serca, nerek.

Kolumna VI-ta wreszcie obejmuje schorzenia najwięcej nasuwające wątpliwości etjologicznych i dlatego najbardziej odpowiednią nazwą tej kolumny byłaby nazwa dubia, bądź incerta. Aby jednak dać ogólny obraz współczesnego stanu poglądów większości autorów na tę grupę cierpień stawowych użyto nazwy — trophoneuriticae, gdyż rzeczywiście przy tych schorzeniach występują na plan pierwszy zmiany troph-neurotyczne w postaci:

1) zmian w budowie paznokci i włosów,
2) zaników mięśniowych i przykurczeń,
3) „ kostnych (odwapnienia, ubytchrząstek nasadowych, [ki),
4) „
5) zmian twardzinowych i słoniowacinowych skóry,
6) zaburzeń czucia dotykowego i ciepłotnego,
7) wzmożenie, bądź osłabienie odruchów.

Dla uzupełnienia obrazu etjologicznego dodać należy, iż przy powstawaniu cierpień tej podgrupy, a zwłaszcza działu deformująco — zwyrodniającego schorzenia stawów (arthrosis — według niektórych autorów) dużą rolę odgrywają warunki bytu i pracy chorego, urazy psychiczne i mechaniczne, statyka kośćca, stan gruczołów dokrewnych, czynniki autointoksykacyjne, a nawet, zdaniem badaczy amerykańskich, czynniki infekcyjne jak streptokok zieleniejący, lub zdaniem autorów francuskich zakażenie gruźlicze o specjalnym charakterze paragruźliczym, wreszcie niektórzy autorzy wymieniają pleśń.

W tejże podgrupie zamieszczone są schorzenia stawów powstałe w związku ze zmianami w mózgu, rdzeniu, nerwach oraz cierpienia stawów spotykane u starców (Guzki Heberdena, malum coxae senile).

Pomimo, zdawałoby się, tak jasnego rozłożenia klasyfikacyjnego schorzeń stawowych często bardzo pomiędzy poszczególnemi cierpieniami granice się zacierają, gdyż schorzenia stawów niezależnie od różnych wywołujących je przyczyn stają się czasem coraz bardziej zbliżone do siebie, stanowiąc odczyn ustroju na działające bodźce, a nie zaś wynik działania różnorodnych czynników etjologicznych.

Wydzielenie w oddzielną grupę schorzeń stawowych pochodzenia infekcyjnego bynajmniej nie wyklucza możliwości pośredniego wpływu bakteryjnego na pozostałe grupy, jak to zaznaczono już przy omawianiu kolumny VI-ej. Również nie bez wpływu pozostają i czynniki omawiane w pozostałych podgrupach na podgrupę infekcyjną.

Przykłady te obrazują trudności, jakie napotyka się przy szeregowaniu spraw stawowych, gdyż zarówno czynniki etjologiczne jak i zmiany anatomo-patologiczne wzajemnie się zazębiają. Wiele trudu niekiedy przyczynić może badaczowi osteoarthritis deformans (arthrosis, polyarthritis deformans), gdy przebiega wśród obrzęków tkanek okalających staw, bliznowaceń torebek stawowych, przykurczy mięśni i ścięgien, odwapnień nasad kostnych. Obraz ten zwykle odpowiada przewlekłemu gośćcowemu zajęciu stawów, gdyż arthritis deformans cechuje: 1) zajęcie chrząstek i powierzchni stawowych kości; 2) bujanie okostnej; 3) brak zesztywnień spotykanych w sprawach zapalnych.

Rozejrzenie więc całokształtu obrazu klinicznego i anatomo-patologicznego, a mianowicie stwierdzenie braku zmian we wsierdziu, braku okresowych nawrotów, obec-

ność nieprawidłowych wyrośli kostnych, rozpoznanie skłania w stronę osteoarthritis. Przytoczony powyżej zespół wspólnych objawów anatomo-patologicznych nasunął niektórym autorom przypuszczenie, że te dwie postacie chorobowe, to jedno i to samo schorzenie, czyli, że niema pierwotnego gośćca stawowego, gdyż jest ono jedynie schorzeniem degeneracyjno- wytwórczem i odwrotnie.

Obserwacje kliniczne skłaniają się w stronę odrębności obu cierpień.

Zakres pracy niniejszej nie przewiduje omawiania szerszego poszczególnych jednostek chorobowych.

Aby jednak uzasadnić powody zamieszczenia cierpień kręgosłupa w kolumnie IV i VI-tej omówione zostaną te tylko schorzenia, zgodnie z współczesnymi nań poglądami. Jakkolwiek niektórzy autorzy jak *Bauer* wogóle nie radzi wyodrębniać schorzeń kręgosłupowych w oddzielną jednostkę chorobową, gdyż sprawa toczyć się może w stawach kręgosłupa narówni ze zmianami mogącemi występować i w innych stawach wskutek predyspozycji nabytej lub wrodzonej do tego cierpienia, wreszcie naskutek czynników urazowych, to jednak większość badaczy rozróżnia dwa zasadnicze cierpienia: spondyloarthritis ankylopoetica (choroba Strümpell- Pierre- Marie- Bechterew, spondylose rhizomélique, spondyloarthritis rhisomelica) i spondyloarthritis deformans. Przewlekłe zapalne zesztywnienia kręgosłupa (spondyloarthritis ankylopoetica) mogą powstawać bądź jako postać pierwotna (kolumna IV. A. B. 4.), bądź jako postać wtórna na tle spraw zapalnych po przebytem ostrem zapaleniu stawów (*Fränkel, Anschütz, Asman*). Obie te postacie charakteryzują zmiany w małych stawach kręgowych oraz kręgowożebrowych, doprowadzające je do zesztywnienia a nawet zwapnienia. Zmiany te niekiedy występują w niektórych więzadłach kręgosłupa doprowadzając je do skostnienia.

Przy spondyloarthritis deformans (kolumna VI. A. 3), zmiany występują pierwotnie w chrząstce międzykręgowej, z brzegów której oraz z okostnej trzonów kręgowych bujają liczne wyrośla i mostki kostne, które, łącząc powierzchnie przylegających kręgów, niszczą więzadła stawowe. Cierpienie to ma powstawać w związku ze słabością aparatu więzadłowego i stawów kręgowych, trudno też przy nim przytem wykazać tło zakażenia.

Na zakończenie omawiania podanego wyżej podziału zaznaczyć należy, iż przy szeregowaniu poszczególnych cierpień stawowych starano opierać się możliwie jaknajskrupulatniej na cechach łączących poszczególne schorzenia zarówno pod względem etjologji jak i kliniki oraz obrazu anatomo-patologicznego, by zbliżyć w ten sposób proponowaną klasyfikację do szeregowania naturalnego, uważanego za najbardziej przyczynowe, zgodnie z zasadą logiki: quod de omnibus valet et de quibusdam valet.

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 bakterjologicznych, pielęgniarzy na dyżury dzienne i nocne, robiących opatrunki, zastrzyki, masarze** 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: poniedziałki środy i piątki w godz. 5—7 po poł.

Tablica do referatu A. Rytla „Zarys klasyfikacji schorzeń stawowych".

MONO-OLIGO-

ACUTAE ET SUBACUTAE		
I	II	III
1. Infectiosae	2. Toxicae	3. Mechanicae
A. Rheumaticae: vide: b; c;	*α Exogeneticae:* A. e botulismo: vide: a; c; B. „ paratypho B; „ a; c; C. Polyarthralgiae alimentares: 1) po ostrygach; 2) „ małżach jadalnych (moules); 3) „ poziomkach; 4) „ malinach; 5) „ homarach; 6) „ rakach; 7) „ mięsie baranim; 8) „ „ bażancim; 9) „ „ wędzonym; 10) „ kapuście; 11) „ jajkach; 12) „ mleku; 13) „ czekoladzie; 14) „ zepsutym kremie;	A. Posttraumaticae: b; c;
B. Tuberculosae: vide: a; b; c;		B. Staticae: b;
C. Lueticae: vide: a; b; c;		C. Hydropicae: 1) hydrops articulorum.
D. ex: 1) gonorrhoea: vide: a; b; c; d; f; 2) erysipelate: „ a; b; c; d; g; 3) scarlatina: „ a; b; c; d; 4) sepsi puerperali: „ a; b; 5) dysenteria: „ a; b; c; d; 6) pneumococcemia: „ b; c; d; 7) parotitide: „ a; 8) variola: „ a; b; c; 9) varicella: „ a; c; 10) morbillis: „ a; c; 11) influenza: „ a; d; 12) typho abdominali: „ a; b; c; d; 13) meningitide cerebrospinali: „ b; c; d; 14) diptheria: „ b; 15) spiroch. icterohaemolitica: „ b; 16) purpura rheumatica: „ a; 17) erythemate nodoso: „ a; 18) erythemate multiformi: „ a; 19) sepsi tractus urinarii: „ b; d; 20) sepsi post vulnera: „ b; d; 21) sepsi intestinali: „ b; d; 22) sepsi postanginosa: „ a; b; d; 23) infectione orali orta: „ a; b; c; 24) sepsi originis ignotae: 25) sepsi morbis exoticis:	D. Polyarthralgiae (e Nr. 1 ad Nr. 15) et arthritides (e Nr. 9 ad Nr. 15) medicamentosae: 1) po aspirynie; 2) „ chininie; 3) „ antipyrinie; 4) „ chloralu; 5) „ copahu; 6) „ jodoformie; 7) „ kolchicynie; 8) „ ippekakuanie; 9) „ jodku potasu; 10) „ kw. mlekowym; 11) „ solach miedzi; 12) „ tlenku węgla; 13) „ ołowiu; 14) „ arsenie; 15) „ arsenobenzolu. E. Polyarthralgiae et „ arthritides anaphylacticae: (post injectiones seri sanguinis) 1) simplices; 2) pseudomeningeales; 3) pseudotetanicae. *β Endogeneticae:* (a; c;). A. ex diathese urica; B. „ diabete mellito; C. „ uraemia; D. „ cirrhose biliari; E. „ graviditate; F. „ mensibus.	

NB. literki
szy rodzaj schor
cierpieniach i oz

a) — arthralgiae;

b) — hydarthros
s. synovitis sero
c) — arthritis sicca
s. synovitis fibr

CHRONICAE

IV	V	VI
1. Infectiosae	2. Toxicae	3. Trophoneuroticae (dubiae)

. Rheumaticae:

A) secundariae:
1) — c;
2) arthritis pannosa s. synovitis prolifer.
3) arthritis adhaesiva.

B) primariae:
1) —c.
2) deformans s. reumatism. nodos.
3) spondylarthritis ankylopoëtica

Tuberculosae:

1) — b;
2) deformans;
3) ankylopoetica;
4) — c;
5) polysynovitis.

Lueticae:

1) — b;
2) osteochondroarthropathia.
3) perysynovitis gummosa tertiaria.

ex causis:

vide columnam Nr. I.

naczają najczęst-
y podstawowych

— arthritis purulenta
. synovitis purulenta

— pararthritis
— periarthritis
— haemarthros.

α *Exogeneticae:*

A. ex Parasitis:
1) lambliosis;
2) anguillulosis.

B. Medicamentosae et toxicae:
1) po zatruc. ołowiem;
2) „ „ alkoholem;
3) „ „ tlenkiem węgla;
4) „ „ związk. pikrinowemi (melinit).

β *Endogeneticae:*

A. ex Diatesibus:
1) Urica:
a) simplici;
b) progr. destruenti;
c) „Rheum." chr. smpl. Besnier.
d) „Rheum." chr. ostealgic. (Durand-Fardel).
2) Calcarica:
a) periarthritis.
3) Oxalica;
4) Alkaptonurica;
a) osteoarthrosis ochronot.
5) Cystynurica.
6) Haemorrhagica:
a) haemophilica;
b) scorbutica;
7) Exsudativa;

C. ex Disfunctionibus:
1) Gl. thyreoidae;
2) „ ovariorum;
3) „ hypophysis.

D. ex Aegrotationibus:
1) vasorum et cordis: (vitia congenita)
a) osteo-arthropatia hyper.
2) pulmonum et pleurae:
a) osteo-artropat. hyper. pneum.
3) tractus digestivi:
a) nodi digitorum (Bouchard'a)
4) hepatis; „rheum." biliaris.
5) renum.

E. ex Morbis:
1) psoriasis;
2) urticaria;
3) eczema;
4) carcinoma.

A. Deformantes: (arthrosis)
1) primaria progred.
a) hypertroficans;
b) atrophicans;
2) mono-oligo arthrosis:
a) osteochondritis deform. coxae juv.
b) morbus Koehler'a i Schlatter'a.
3) spondyloarthritis.

B. Neuropaticae:
1) Arthropatia cerebralis:
a) post hemiplegiam
b) „ encephalitidem letargica.
2) Arthropatia medullaris;
a) posttraumatica;
b) tabica;
c) syryngomyelitica.
3) Arthropatia radicularis.
a) herpetica.
4) Arthropatia neuritica:
a) posttraumatica;
b) leprosa;
c) e polyneuritide.
5) Arthropatia vasomotorica:
a) hydrops intermittens.
6) Arthropatia hysterica.

C. Osteoarthropatiae staticae:
1) ex pede plano;
2) „ genu valgo;
3) „ coxa vara.

D. Dystrophia senilis:
1) nodi digitorum Heberden'a
2) „ carpi et pollicis.
3) ostheoarthropathia deform. (Malum senile).

W początkach października otrzymała Redakcja uwagi krytyczne D-ra Dawidsona, lecz wcześniej niż na łamach Wiedzy ukazały się one w pierwszych dniach listopada w Polskiej Gazecie Lekarskiej. Nie bacząc na to, w imię bezstronności zupełnej umieszczamy je i tu in extenso bez najmniejszych skrótów lub poprawek wraz z odpowiedzią D-ra Sienickiego. Dając wyraz ubolewaniu, że polemika przybrała zbyt ostry ton, niepożądany w pożytecznej i płodnej dyskusji naukowej, uważamy powyższą polemikę za ostatecznie zakończoną.

REDAKCJA

Rozważania nad rzeczywistą wartością i niezbędnością stosowania transpulminy w leczeniu zapalenia płuc u dzieci.

(Odpowiedź na artykuł dr. Franciszka Sienickiego p. t. „O leczeniu zapalenia płuc u dzieci", w „Wiedzy Lekarskiej" z m. sierpnia r. b., zeszyt VIII).

Maksyma rzymska: „Post hoc ergo propter hoc." jest aż zanadto często kuźnią mylnych poglądów na rzeczywisty stan rzeczy; dotyczy to specjalnie postępowania leczniczego, gdzie maksyma ta nietylko u laików ale i u lekarzy wywołuje nieraz fałszywy entuzjazm i mylne poglądy na wyrzucone coraz częściej na rynek „specyfików". Niestety, stosowanie tych specyfików bardzo często nie jest zależne od panujących w patologji poglądów w różnych okresach czasu, lecz zależne jest wiele od „mody", wywołanej potężną reklamą, na jaką żaden przemysł nie szczędzi pieniędzy. Miast faktycznego drogowskazu w używaniu środków leczniczych, drogowskazu, jakim powinna być wyłącznie patologja — rzeczywista kuźnia — sanktuarjum, posługują się lekarze-praktycy bardzo często, szczególnie ostatniemi czasy, wyłącznie reklamą i chęcią zaimponowania pacjenturze swej nowym środkiem, jakiego poprzednio — ordynujący nie zapisał. Prawdą jest, że to działa suggestywnie na chorego, ale z tego nie można wyciągnąć konsekwencji, mających jakąkolwiek wartość naukową. Zbytecznem jest przytaczać przykłady masowego stosowania jakiegoś specyfiku bardzo zachwalanego — zbyt znanem jest to każdemu ordynującemu praktykowi. Niektóre takie specyfiki mają okres trwania niedługi, ponieważ potężniejsza reklama nowego specyfiku wprost wypycha z rynku ten stary. Zupełnie co innego środek leczniczy, który jest skutkiem poglądów patologji — taki środek ma trwałą wartość; medycyna rozporządza takiemi środkami, które znane już w zaraniu sztuki lekarskiej przetrwały przez długie wieki aż do dni dzisiejszych. Ostatnie 2 lata zjawiają się od do czasu w czasopismach lekarskich nadzwyczajne „hymny" w cześć preparatu wypuszczonego na rynek przez fabrykę farmaceutyczną Bad-Homburg pod nazwą „Transpulmin" dla stosowania w leczeniu zapalenia płuc szczególnie u dzieci. Preparat ten tyle rozgłosu nabrał, że i dwie krajowe fabryki nasze wypuściły odpowiednie preparaty: Gessner — Pneumonin i firma „Laokoon" — Kamfochinę. Z zachwalających ten preparat artykułów prasy lekarskiej jakoteż potężnej reklamy ma on być niemal deską ratunku w leczeniu zapaleń płuc u dzieci. Ale czy doprawdy tak jest — nietylko śmiem wątpić, ale stanowczo mogę twierdzić, że nie, czego dowieść się postaram. Wiadomem jest powszechnie, że zapalenie płuc jest najczęściej wszak w 50% wywołane pneumokokiem (statystyka ta jest wzięta ze zjazdu pedjatrów francuskich w Lozannie w r. 1927, podał tę liczbę *Dufort* z Lyonu), na drugiem i na trzeciem miejscu (po 25%) stoi streptokok, a równie często enterokok. Spe-

cyficznego środka na zwalczanie zapalenia płuc nie posiadamy. Seroterapja naogół jest zawodna. Według szkoły francuskiej (Grenet) leczenie szczepionkami miało znacznie obniżyć procent śmiertelności w zapaleniu płuc odoskrzelowym u dzieci. Naogół zapalenie płuc przebiega u dziecka łagodnie; śmiertelność nie przewyższa 2—3%; u osesków poniżej 2 lat jest to cierpienie poważniejsze, niż w drugim okresie dzieciństwa, wszak nim dziecko jest młodsze, tem dwoinki płucne są bardziej złośliwe, tem większą mają skłonność do szerzenia się i tworzenia ognisk w różnych punktach ciała. Jako skutek możemy spotkać ropniak płucny, zapalenie opon mózgowych, zapalenie otrzewny, zapalenie stawów dwoinkowe, ale komplikacje te są nie częste, nawet stosunkowo rzadkie. Przebieg zapalenia płuc u dzieci jest naogół krótki; jest dużo przypadków poronnych ze spadkiem ciepłoty już na 4-5-6 dzień; okres gorączkowy trwa przeciętnie tydzień. Bywają przypadki, które trwają 10-12-15 dni, ale to na skutek stopniowego rozszerzenia się ogniska pierwotnego czy też przez wytworzenie się nowego ogniska (zapalenie płuc podwójne) czy też przez nawrót. Co do odoskrzelowego zapalenia płuc to jest ono chorobą prawie wyłącznie pierwszego okresu dzieciństwa. Jest to choroba groźna i najczęstsza. Odoskrzelowe zapalenie płuc występuje zwykle jako choroba wtórna, jako powikłanie przebytego już mniej lub więcej ciężkiego cierpienia (grypy, krztuśca, odry, błonicy, duru brzusznego). Jest to choroba zakaźna, która rozpoczyna się w oskrzelach dużych, przechodzi na średnie i małe, a w końcu zajmuje też pęcherzyki płucne (bronchitis capillaris). Zmiany anatomiczne w tem schorzeniu są nie mniej różnorodne, niż obraz kliniczny. A więc mamy tu zmiany w oskrzelach, zaczerwienienie i obrzmienie śluzówki, owrzodzenie i rozszerzenie, zawały płucne, zwątrobienie zrazikowate, zwątrobienie rzekomo-zrazowe i małe ogniska żółte i małe ropnie, oskrzeliki pełne ropy. W ogniskach zapalenia odoskrzelowego wykrywa się: dwoinki zapalenia płuc i paciorkowce, gronkowce, prątek zapalenia płuc Friedlandera, prątek okrężnicy. Największą rolę odgrywają tu: dwoinka zapalenia płuc i paciorkowce. Odoskrzelowe zapalenie płuc jest jeszcze i obecnie najczęstszą przyczyną śmierci osesków i nie patrząc na skrzętne badania ostatnich lat zwalczanie tej choroby prawie że się nie posunęło naprzód. Skończywszy z pobieżnym opisem tych dwóch tak różnych od siebie chorób — pneumonji i bronchopneumonji — przejdziemy teraz do sposobów ich leczenia i rozważania nad rzeczywistą wartością zachwalonego preparatu — Transpulmin. Różnie zapatrują się lekarze na leczenie zapaleń płucnych i zależnie od tego postępowanie ich nie jest jednakie. Jeden jednakże jest punkt, na który wszyscy lekarze się zgadzają, mianowicie, że trzeba zwracać baczną uwagę na akcję serca, dzięki czemu stosowanie leków nasercowych jest ogólnie przyjęte. Ale i w tem postępowaniu, ogólnie przyjętem, zachodzą różnice w poglądach, kiedy stosować cardiaca. Są tacy lekarze, którzy odrazu z pierwszego dnia przepisują digitalis, camphorę, cardiazol, a są tacy, którzy stosują te środki dopiero, gdy akcja serca słabnie, t. j. gdy zachodzi rzeczywista potrzeba. Co do innych środków stosowanych „manu largo" przez niektórych lekarzy, jak wykrztuśne (zdaniem wielkiego *Czerny* są absolutnie zbędne), środki przeciw-gorączkowe, bańki suche i cięte, okłady (zdaniem wielkiego Czerny te wszystkie wyliczone środki są zbędne), to w stosunku do nich panuje faktyczny chaos co do różnicy ich stosowania. Ja się ograniczę tylko do zanotowania poglądów wielkiego *Czerny*, u którego na klinice przebywałem i specjalnie sprawom zapaleń płucnych poświęciłem dużo uwagi i zainteresowania, a to dlatego, że sposób leczenia zapaleń płucnych tak jaskrawo się różni od postępowania lekarzy-praktyków u nas. Otóż cała terapja zapaleń płucnych na klinice u *Czerny* polega na stosowaniu świeżego powietrza — Freiluftbehandlung — i środków uspokajających, jak luminal (przeważnie), bromural. Cardiaca są stosowane, gdy akcja serca zaczyna słabnąć, np. w typie cardialnym zapalenia płuc, przy którem występują objawy zastoinowe w małem krążeniu. Serduszko dziecka, niewyczerpane, młode, zawierające bardzo dużo jeszcze nieeksploatowanej energji potencjalnej prawie zawsze jest zdolne dać sobie radę w stawianiu wymagań ze strony płuc — taki jest pogląd wielkiego *Czerny*. Okłady, bańki nigdy nie są stosowane na klinice u *Czerny*. Gdy się raz zapytałem samego *Czerny*. dlaczego nie stosuje się okładów, tak u nas popularnych, odpowiedział mi, że Jego zdaniem okład tylko krępuje rozszerzenie się klatki piersiowej przy wdechach, które są w zapaleniach płucnych zawsze głębsze, forsowniejsze, zdaje się, że jest to zupełnie zrozumiałe. Również i *Schlossman* uważa Freiluftbehandlung za kardynalne leczenie zapaleń płucnych. *Meyer* stosuje domięśniowe zastrzyki cukru 15%. Sposób leczenia zapaleń płuc na klinice u *Czerny*, gdzie dzieci, dotknięte tą chorobą, przebywają na otwartej werandzie i prócz luminalu (luminaletty), celem ich uspokojenia nic nie otrzymują, bardzo mnie zaciekawił i przez cały czas pobytu mego na tej klinice pilnie śledziłem za tymi dziećmi i mogę tylko zachwalać ten sposób postępowania i doradzać każdemu. Oczywiście, gdy dziecko jest charłacze lub wycieńczone lub cierpi prócz zapalenia płuc na inne sprawy o złem czy nawet podejrzanem rokowaniu, to ten sposób nie wystarczy; to sam *Czerny* wielokrotnie zaznacza. Każdy zresztą lekarz-praktyk wie z własnego doświadczenia, że jeżeli obejmuje w leczenie dziecko z zapaleniem płuc, które do zapadnięcia na tą chorobę było normalne, zdrowe, bez skazy rachitycznej czy wysiękowej, to rokowanie w przeważającej liczbie wypadków jest zgóry dobre. Wyniki leczenia są przeważnie zadawalniające i dlatego dziwnem się wydaje zbytnie zachwalanie różnych środków, jak np. Transpulmin, którym tak się gorąco zachwyca *Dr. Franciszek Sienicki* w artykule swym „O leczeniu zapaleń płuc u dzieci", wydrukowanym w zeszycie 8-ym „Wiedzy lekarskiej" z roku 1931. *Dr. Sienicki* jakby intuicyjnie wyczuwając zarzuty, jakie mu można postawić w odpowiedzi na Jego zachwycanie się transpulminą, powiada sam, że można mu zarzucić, że i bez stosowania transpulminy mogłoby nastąpić wyleczenie, a zatem niema racji, mówiąc: „post hoc ergo propter hoc". Tak właśnie jest w rzeczywistości! Osiągamy wyleczenie i bez transpulminy. Z pewnością nie jest transpulmina „panaceum" terapji zapalenia płuc. Dr. Sienicki podaje kilka przypadków zapaleń płucnych, gdzie wstrzyknięcie transpulminy miało spowodować wyleczenie. Skąd ta pewność? Może i bez transpulminy organizm dziecka zwyciężyłby, jakto często bywa. Można byłoby przyjąć za absolutną prawdę tezę *Dr. Sienickiego* o zbawiennem leczeniu transpulminą tylko wtedy, gdyby *Dr. Sienicki* podałby dwie kategorje chorych na zapalenie płuc: jedna kategorja chorych, u których transpulmina była stosowana, a druga kategorja chorych, u których transpulmina nie była stosowana i dopiero porównanie wyników leczenia tych dwóch kategorji chorych, znajdujących się poza stosowaniem transpulminy w jednakich warunkach — dopiero takie porównanie wyników leczenia za pewien czas, chociażby za te same 2 lata, w przeciągu których Dr. Sienicki stosował u wszystkich transpulminę, to porównanie mogłoby przekonać, czy preparat ten zasługuje na tak entuzjastyczne zachwalenie, jakiem go autor obdarza. Sam Dr. Sienicki twierdzi, że nie we wszystkich przypadkach zapalenia płuc nawet włóknikowego, gdzie rokowanie jest zawsze lepsze niż przy bronchopneumonji, wyniki były dobre; autor dodaje przytem sam, że zdolność chorych do aktu samoobrony nie jest jednakowa — oto właśnie najważniejszy czynnik, od którego zależy wynik leczenia — samoobrona. Gdy nie posiadamy specyficznego środka to musimy bardzo wiele liczyć na tą właśnie samoobronę i żaden reklamowany „specyfik" nie podniesie samoobrony. Przyjżyjmy się chemicznemu składowi tego pseudo-panaceum, jakim ma być transpulmina w leczeniu zapalenia płuc. Jeden cm.^{3} transpulminy zawiera 0,03 chininy zasadowej i 0,025 camphory w rozczynie olejków ete-

rycznych i otóż ten skład chemiczny ma mieć tak zbawienny wpływ na leczenie zapalenia płuc. Każdy z tych środków z oddzielna ma oddawna już zastosowanie w leczeniu zapaleń płuc i dlatego nie jest przecież ostatecznie skombinowanie tych dwóch składników czemś zgoła nowym; zachwycającym środkiem, godnym tak wielkiego rozgłosu. Czy ta znikoma ilość olejków eterycznych, znajdujących się w 1 cm.³ transpulminy i wydzielających się przez płuca, ma tak zbawienny wpływ na przebieg choroby uważam, że dobra wentylacja płuc przy „Freiluftbehandlung" ma lepszy wpływ, wszak doprowadzenie tlenu — jak powszechnie wiadomo — jest najistotniejszą treścią leczenia spraw zapalnych płucnych. Co się tyczy chininy przy pneumonji, to w niemieckich klinikach jej prawie nie stosują, wszak uważają, że przeciwgorączkowe środki są wogóle zbędne, o ile tylko gorączka nie wywołuje zamroczenia, silnego bólu głowy i samopoczucie jest niezłe. Nie patrząc na tak skromne stosowanie środków leczniczych (Freiluftbehandlung i sedativum), statystyka śmiertelności w niemieckich klinikach przy zapaleniu płuc u dzieci wynosi według *Meyera* w typie „pulmonalnym" (*Nassau* dzieli zapalenie płuc na 6 typów) 2% Gdzie w takim szukać wyjątkowego wpływu zbawiennego transpulminy?

Przy braku środka specyficznego rzeczywistego, działającego bezpośrednio na przyczynę choroby, poglądy na leczenie są tak chaotyczne, że warto tu wymienić poglądy kliniki poznańskiej (prof. dr. *Jezierski*) na stosowanie camphory przy zapaleniu płuc. Otóż klinika ta jest tego zdania, że rozczyn oleisty camphory sprzyja rozmnażaniu się pneumokoków i przeto na poznańskiej klinice nie stosują camphory, która wszak uchodziła i uchodzi jeszcze za najodpowiedniejszy lek przy zapaleniu płuc. Ten fakt potwierdza tylko, jaki chaos panuje w poglądach na leczenie choroby, dla której nie posiadamy specyficznego środka. Ja osobiście nigdy nie stosowałem i nie stosuję transpulminy i nie mogę się uskarżać na fiasco „przy leczeniu zapaleń płuc"; potwierdzą to z pewnością również i inni lekarze, którzy transpulminy nie stosują. Stosuję cardiaca, powietrze (polecam by okno w pokoju chorego było otwarte), środek uspokajający — (luminal, według Czerny) i okłady z pokojowej wody. Przyznać się muszę, że okłady stosuję więcej przez wzgląd na matkę, która uważa okłady za konieczne w leczeniu zapalenia płuc, wszak od dawiendawna okłady są głoszone „urbi et orbe" i tej opinji nie można zrewolucjonizować tak szybko, szczególnie w małem mieście. Jak już wyżej zaznaczyłem stosuję — jeżeli dziecko jest niespokojne — luminal, wzorując się na klinikę wielkiego *Czerny,* zaznaczam jednakże, że przeciwgorączkowych środków nie stosuję. Przytoczę dwa przypadki z wielu podobnych do siebie, jakie się w praktyce zdarzają:

Przypadek I-szy.

Dziecko S. C. lat 3 i 6 miesięcy dostało nagle gorączki 39,5°. Gdy zostałem wezwany, zastałem dziecko często oddychające, kaszlące, samopoczucie niedobre. Przy badaniu stwierdziłem zapalenie płuc. Zaordynowałem codziennie zastrzyknąć cardiazol, dostęp świeżego powietrza (otwarte okno), kompresy z pokojowej wody — (więcej dla matki jak już wyżej zaznaczyłem), zapisałem miksturkę niewinną z pyrenolu i coffeiny (również więcej dla matki i otoczenia, wszak lekarz, który nic nie zapisuje nic nie wart jest w oczach otoczenia), na noc poleciłem dziecku dać luminal (to już dla chorego, a nie dla otoczenia) no i djeta płynna, lekka. Gorączka codziennie w przeciągu czterech dni podnosiła się do 40° — poleciłem wtedy pęcherz z lodem na główkę. Zrana gorączka spadała do 38°. Tak trwała 5 dni. Na 6-ty dzień gorączka zupełnie spadła, nastąpiło zupełne wyleczenie.

Przypadek II-gi.

Dziecko D. F. lat 3 dostało nagle gorączki, kaszlu. Stwierdziłem przy badaniu gorączkę 39°, tętno przyspieszone, szybki oddech, „Nasenflügel", na całej przestrzeni prawego płuca aż do grzebienia łopatki wilgotne rzężenia-odoskrzelowe zapalenie płuc. Postąpiłem tak samo, jak w pierwszem wypadku, t. j. cardiaca, sedativum, powietrze, djeta płynna, poleciłem prócz tego jeszcze ciepłą kąpiel (35—38°). Gdy gorączka sięgała 40° — pęcherz z lodem na główkę. Po 12-tu dniach wyleczenie zupełne. Mógłbym przytoczyć wiele jeszcze przypadków, ale jest to zbędnem, wszak postępowanie moje przy leczeniu zapaleń płuc jest w zasadzie zawsze to same, wyjąwszy objawy uboczne, które wymagają niekiedy interwencji czysto objawowego charakteru. Gdybym się chwycił transpulminy, to bym również w myśl zasady: „Post hoc ergo propter hoc" przypisał może wyleczenie transpulminie. Ale niezbyt wiele się zachwycam specyfikami reklamowanymi wogóle, tembardziej takiemi, których skład chemiczny nie przedstawia nic nowego w leczeniu danej choroby. Przechodzi ich sława tak szybko, jak szybko forsowniejsza reklama nie potrafi wprowadzić na rynek farmaceutyczny nowy „specyfik".

Poco zresztą męczyć malutkiego i milusieńkiego pacjenta naszego domięśniowymi zastrzykami (transpulminę stosuje się domięśniowo), które i matkę wyprowadzają z równowagi duchowej. Tembardziej się dziwię doktorowi *Fr. Sienickiemu,* że zaleca ten nie zupełnie konieczny zabieg (wszak i bez transpulminy umiemy sobie dość dobrze radzić przy zapaleniu płuc), wszak sam w swoim artykule cytuje słowa wielkiego *Czerny:* „Rokowanie w zapaleniu płuc jest zależne od stanu nerwowego otoczenia", a przecież stan nerwowy otoczenia z pewnością się powiększa, gdy się dziecku robi domięśniowy zastrzyk, który w oczach matki wygląda, jak bardzo poważny zabieg, który w dodatku nieraz jest i bolesny. Gdy to jest niezbędne, to inna sprawa, ale gdy się inną drogą, łagodniejszą osiąga ten sam rezultat, to poco wybrać sposób denerwujący i chorego i otoczenie. Tembardziej stosuje się to do dra. *Sienickiego,* który niedawno temu, bo dopiero w r. 1929 w zeszycie 6-ym „Wiedzy Lekarskiej" zachwalał „optochinum basicum", pisząc (cytuję własne słowa autora): „Najszerszy a zarazem najskuteczniejszy sposób zwalczania zapalenia płuc, zyskała chemoterapja w środku swoistym, jakim jest optochina", Objawów ubocznych nie widziałem. Wyniki zaś są tym jaskrawsze, im wcześniej zastosuje się powyższe leczenie", (t. j. optochina). Tak pisał autor w czerwcu 1929 roku. Pozwolę sobie postawić pytanie doktorowi *Fr. Sienickiemu,* dlaczego przy jaskrawych wynikach optochininą porzucił jednakże ten tak bardzo zachwalany przez siebie preparat i przeszedł do transpulminy? Poco szukać nowych Bogów? Czy nie reklama i moda to spowodowały? Tak, „sic transit gloria" zachwalanych przez reklamę „specyfików".

Dr. Salomon Dawidson. (Puławy).

W odpowiedzi na artykuł D-ra S. Dawidsona, zawarty w „Polskiej Gazecie Lekarskiej" Nr. 45 r. b- p. t.: „Rozważanie nad rzeczywistą wartością i niezbędnością stosowania transpulminy w leczeniu zapalenia płuc u dzieci".

„Contra experimentum, nullum argumentum".

Na artykuł tej wartości naukowej nie odpowiadałbym wcale, gdyby nie zarzut D-ra Dawidsona, skierowany nietylko pod adresem moim, ale wszystkich lekarzy-praktyków, że cokolwiek robią i w jakikolwiekbądź sposób przyczyniają się do spadku śmiertelności w walce z tą straszną plagą ludzkości, jaką jest choroba, chociażby to wypływało z pobudek najwznioślejszych, najszlachetniejszych, najbardziej bezinteresownych, robią to dla reklamy własnej, „reklamy firmy, która nie szczędzi pieniędzy na rozpowszechnienie swych środków (przekupuje zatem lekarzy!) i wreszcie hołduje

„modzie") a nie faktycznemu postępowi wiedzy lekarskiej).

Otóż przed takimi artykułami, jak art. *Dr. Dawidsona,* uchowaj nas Boże! Niema kilku wierszy, pozbawionych błędów gramatycznych, stylistycznych, chaotycznych obrazów anatomopatologicznych i klinicznych nierzeczowych, z ignoracją potraktowanych wywodów farmakologicznych i logicznych.

Gdyby sam *„Wielki Czerny"*, jak to *Dr. Dawidson* co kilka wierszy powtarza, zasłaniając się jego autorytetem, czem mu napewno zaszczytu nie przysporzył, przeczytał te „rozważania", przeraziłby się, że miał takiego ucznia (coprawda może kilkumiesięcznego); zamiast budować — wprowadza destrukcję i słuszne oburzenie wśród Kolegów, hołdując już nie „modzie", ale nieznajomości rzeczy i arogancji, czego dowodem kilka listów, skierowanych do mnie od Kolegów z różnych stron kraju z prośbą o należytą odprawę.

O tym, czy innym sposobie leczenia można prowadzić polemikę, ale rzeczową, konsekwentną, w sposób naukowy potraktowaną. Z niej wypływa postęp. Gdyby i powyższy artykuł był takim, ucieszyłbym się ogromnie, że wzbogaca on nasze piśmiennictwo, dorzucając jedną cegiełkę do jego budowy. Ale gdzież tu mówić o polemice w takiem jak wyżej znaczeniu? Przedewszystkiem autor „rozważań" niema żadnych doświadczeń z transpulminą.

Osobiście nie zmieniłem sposobu leczenia włóknikowego zapalenia płuc; stosując optochinum basicum u starszych, a zamieniłem na pneumoninę u małych dzieci. Zamiana wcale nieistotna, wzbudzająca jednak w umyśle D-ra Dawidsona pytanie akademickie: dlaczego?

Jako dawny farmaceuta (choć ta znajomość lekarza również i przedewszystkiem obowiązuje) przypomnę *D-rowi Dawidsonowi,* że optochina (środek specyficzny przeciwko dwoinkom zapalenia płuc) jest pod względem składu chemicznego — etylohydrokupreiną, a chinina — metylokupreiną, jak wykazują nowe badania.

Ażeby D-ra Dawidsona w przyszłości nie przyprawić o zdziwienie, to zaznaczę, że niekiedy stosuję i eucupinę — izoamylhydrokupreinę, a więc również należącą do grupy chininy. Leczenie chininą, wprowadzaną pozajelitowo a optochiną—doustnie w sprawach pneumokokowych nie jest leczeniem przeciwgorączkowem w ścisłem znaczeniu, wbrew twierdzeniu autora „rozważań".

Z postawionego pytania wynika, że autor nie zdaje sobie sprawy z tego, że oba one należą do grupy chininy i że ich nigdy nie stosował, do czego się przyznaje.

Ale jeżeli ktoś z takim tupetem krytykuje jakikolwiek sposób leczenia, to musi własnemi spostrzeżeniami wykazać, że jest on zły i jakie na to może przytoczyć argumenty. Wtedy pomówimy. Spekulacje mózgowe i „rozważania" bez doświadczeń na dużym materjale nie przekonają nas.

Nieprawdą jest, że kliniki niemieckie nie stosują podobnych preparatów. Stosuje je klinika pedj. w Würzburgu, dalej kliniki we Frankfurcie n. M., Erlangen, Hamburgu, Jenie, Królewcu, Kolonji i Wrocławiu. W artykule tym czytamy o zmianach anatomicznych w zapaleniach odoskrzelowych (chyba?) płuc: „A więc mamy tu zmiany w oskrzelach, zaczerwienienie i obrzmienie śluzówki, owrzodzenie i rozszerzenie, zawały płucne i zwątrobienie zrazikowate, zwątrobienie rzekomo-zrazowe, małe ogniska żółte, małe ropnie, oskrzeliki pełne ropy". To mają być zmiany anatomopatologiczne w zapaleniach odoskrzelowych płuc? Chyba takie ujęcie nie może rościć pretensji do znajomości anatomji patologicznej! Dalej takie kwiatki jak: „paciorkowce owalne, pacjentura, manu largo".

Wstyd się przyznać i trudno uwierzyć, że podobne rzeczy znajdują się w piśmiennictwie lekarskiem polskiem, które już niejednokrotnie w dziejach swoich chlubnie zapisało się na kartach piśmiennictwa ogólnoeuropejskiego i światowego.

Pomieszanie obrazów chorobowych uwypukla się również w powiedzeniu że: „w zapaleniach płucnych wdechy są forsowniejsze". W jakich? W zapaleniach odoskrzelowych czy włóknikowych z udziałem opłucnej?

Albo że transpulmina jest opisywana od dwóch lat. Nieprawda. Nie zadał sobie autor trudu przejrzyć odnośnego piśmiennictwa.

Prace *Aufrechta* i *Cahn-Bronnera* wyszły w r. 1919., a o lecznictwie chininowem pozajelitowem *Aufrecht* pisał już w r. 1905.

Dalej „trwałą wartość ma środek, który jest skutkiem poglądów patologji". Czy takiej patologji jak pojmuje ją i opisuje autor „rozważań"? A jakiż cel ma lecznictwo chininowe?

Celowość metody „leczenia świeżym powietrzem" nie wyklucza innych — różne drogi prowadzą do Rzymu. A czyż nie mogą się one uzupełniać wzajemnie? Nie można krytykować jednak postępowania, którego się nie zna.

Co się tyczy sposobu leczenia, który podałem, to wypłynął on u mnie jak i u wielu innych lekarzy, wbrew mniemaniu *Dr. Dawidsona,* nie z chęci reklamy, ale z potrzeb codziennej praktyki, gdzie inne sposoby nie zadawalniały. Zdaje się, że nie nam zależy na reklamie. Nam leży gorąco na sercu chęć przyjścia z pomocą i to skuteczną cierpiącemu, która nakłada na lekarza obowiązek szukania dróg, zapewniających choremu jaknajszybszy powrót do utraconego przedtem zdrowia.

Jest to praca żmudna, nie zawsze uwieńczona powodzeniem, ale torująca drogę postępowi. Drogą tą szli koryfeusze polskiej wiedzy lekarskiej: *Biegański, Chałubiński, Brudziński, Marcinkowski, Sokołowski* i inni. Drogą tą, którą oni nam wytknęli, my, wierni ich zasadom, iść będziemy, niosąc wysoko sztandar nieskazitelny lekarza, którego nie pozwolimy zbrukać, elaboratami wątpliwej wartości.

„Sic transit gloria ignorantiae plena".

Dr. med. Franciszek Sienicki.

CRYOGENINE 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.

Comprim. { **Cryogenine** à 0,50 grm. / **Cryogenine** „ 0,25 „ — *W rurce 10 tabletek*

Cachets { **Cryogenine** à 0,50 grm. / **Cryogenine** „ 0,25 „ — *W rurce 10 opłatków*

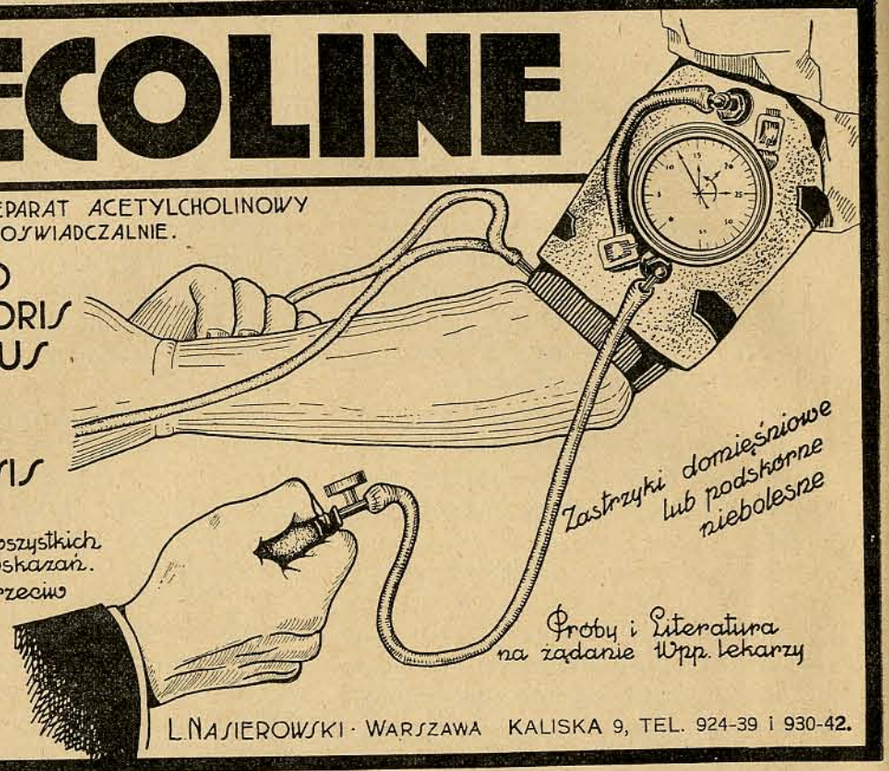
Skład główny L. NASIEROWSKI **Kaliska 9**

Tel. 9-24-39 i 9-30-42

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. WEGDARCZYK

L. NASIEROWSKI · WARSZAWA KALISKA 9, TEL. 924-39 i 930-42.

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 wszytskie 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

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Auxoterapia. (L'auxothérapie). M. Loeper, A. Lemaire i P. Soulié.

Presse Méd. Nr. 90, r. 1931.

Autorowie omawiają w niniejszej pracy sprawę współdziałania rozmaitych leków w celu otrzymania, jak najwydatniejszych, wyników, przyczem w grę tu wchodzi nietylko kombinowanie różnych leków, ale też stwarzanie najodpowiedniejszych warunków dla rozwinięcia ich działania. Umiejętne leczenie przy pomocy wyzyskania powyższych zasad nazywa się auxoterapją (auxo: powiększam).

Pod nazwą auxoterapja izotopiczna autorowie rozumieją kombinowanie rozmaitych leków w celu uzyskania najwydatniejszego wpływu na jeden narząd lub układ. I tak np. chloral zwiększe znacznie przeciwbólowe działanie morfiny; bromki zwiększają działanie sulfonalu i przetworów barbiturowych. Przeciwko bólom stawowym kombinowanie aspiryny, piramidonu i kolchicyny wywiera szczególnie silne działanie. Przez stosowanie ouabainy obok naparstnicy działamy też na kurczliwość mięśnia sercowego. Kodeina wzmaga działanie morfiny w wstrzymywaniu ruchów robaczkowych jelit. Wpływ acetylo-choliny na ciśnienia żylne jest podwojony przez małą dawkę yohimbiny.

Pod auxoterapją heterotopiczną rozumiemy wpływ leków na kilka narządów. Gruczoły ślinowe wydzielają jodki, bromki i chininę, dodanie jaborandus wzmaga to wydzielanie; jelita wydzielają kwas salicylowy, metale i metaloidy; równoczesne podanie środków przeczyszczających stanowi zatem pomoc w leczeniu wyżej podanemi lekami. Wiele leków zostaje wydzielane przez nerki, wzmagając lub osłabiając wydzielniczą zdolność nerek możemy wpłynąć na mniejsze lub większe nagromadzenie się powyższych leków w ustroju; na tem polega np. działanie leków moczopędnych. Przez podanie sody alkalizujemy mocz i wzmagamy szybkość oraz ilość wydzielanego kwasu salicylowego.

Pod auxoterapją dynamiczną rozumiemy kombinowanie leków, których poszczególne działanie sumuje się i przez to znacznie się zwiększa. Stąd też szczególnie silne działanie opjum, które zawiera wszystkie alkaloidy makowca. Podobnie lobelina wzmaga działanie nikotyny w kierunku podniesienia ciśnienia krwi.

Auxoterapja heterodynamiczna polega na kombinowaniu leków odmiennie działających w kierunku wzmożenia ich wpływu. I tak np. saponiny wzmagają działanie naparstnicy; skopolamina wzmaga działanie morfiny; antipiryna działanie kokainy. Tu należy także kombinowanie leków w celu uniknięcia dodatkowego wpływu ujemnego danego leku. Np. podsiarczyn sodu zmniejsza toksyczne działanie novarsenobenzolu. Błękit metylenowy po wstrzyknięciu wywołuje podwyższenie ciepłoty ciała; równoczesne podanie morfiny nie dopuszcza do powstania gorączki, nie zmieniając zresztą wpływu błękitu. Ipekakuanha obniża ciśnienie krwi i działa jako środek wymiotny, dodanie opium usuwa to wymiotne jej działanie, nie wpływając na obniżenie krwi. Acetylocholina hamuje czynność serca, adrenalina przeciwdziała temu. Połączenie kofeiny z kryogeniną wzmaga wydzielanie moczu i zmniejsza poty, zachowując przeciwgorączkowe działanie tego leku. Wiele roślin zawiera rozmaite składniki rozmaicie działające, wskutek czego niektórzy lekarze stosują chętniej całkowite wyciągi lub preparaty danych roślin, aniżeli poszczególne ich składniki. I tak np. pełny wyciąg bulbus scillae działa moczopędnie i wykrztuśnie.

Niektóre sole a raczej ich katjony i anjony mogą również wpływać na działanie danych leków. I tak potas przedłuża rozkurcz serca i zwalnia jego akcję, podczas gdy wapń działa przeciwnie. Sole potasu wzmagają sympatiko-topiczne działanie adrenaliny, brak tych soli zmienia wpływ adrenaliny na wagotropiczny. Wapń kieruje też urotropinę w stronę nerek, podczas gdy magnez kieruje ją ku żółci. Siarczan magnezu wzmaga znieczulające działanie eteru i morfiny, siarczan wapnia zmniejsza toksyczność strychniny.

Pod auxoterpją metaboliczną rozumiemy podawanie takich środków, które wpływają na pewne szczegóły przemiany materji. I tak np. vitasteryna A i D wpływa na odkładanie się wapnia w kościach, a nawet w nerkach. Witamina B wpływa na odżywianie tkanki nerwowej, witamina C wpływa na metabolizm żelaza.

Pod auxoterapją dokrewną rozumiemy stosowanie wyciągów i preparatów z gruczołów dokrewnych nie tyle dla ich wpływu bezpośredniego, ile dla wpływu ich na działanie pewnych, podanych równocześnie, leków. I tak więc wstrzykiwania pepsyny wpływają na działanie leków żołądkowych; wyciąg z żółci wzmaga działanie leków żółciopędnych.

Na powyższych przykładach oraz na wielu innych autorowie wykazują, jak dalece, umiejętne kombinowanie leków i umiejętne ułożenie i wykorzystanie warunków działania danych leków — może wzbogacić i wspomóc nasze postępowanie lecznicze, z drugiej strony, z pracy powyższej wynika, że nieodpowiednie kombinowanie lub nieodpowiedni dobór warunków może zobojętnić działanie danego leku lub wydobyć jego wpływ szkodliwy.

Połączone podawanie cukru i insuliny w lecznictwie chorób serca. (L'association sucre-insuline en thérapeutique cardiaque). L. Rimbaud, A. Balmés i G. Anselme-Martin.

Presse Méd. Nr. 90, r. 1931.

Pick w r. 1924 podkreślał możność leczenia osłabienia mięśnia sercowego zapomocą współczesnego podawania insuliny i cukru. W dwa lata

później Osato ogłosił, jako pierwszy, swe spostrzeżenia, poczynione u 6-ciu chorych z niedomogą mięśnia sercowego, w których otrzymał bardzo dobre wyniki. Powyższy sposób leczenia stosowano kilkakrotnie w ostatnich latach tak, że sposób ten wchodzi coraz bardziej w użycie.

Prawie wszyscy autorowie stosowali w powyższem postępowaniu glukozę, jako cukier najbardziej przyswajany przez ustrój. Autorowie w swych badaniach podawali zarówno glukozę, jak i zwyczajną sacharozę, gdyż dwucukry zostają bardzo łatwo rozłożone przez soki trawienne na hexozy. Rodzaj cukru oraz stężenie roztworu cukru gra większą rolę jedynie w stosowaniu dożylnem lub podskórnem. Autorowie przekonali się jednak, że powyższe sposoby stosowania cukru nie są bezwzględnie koniecznym warunkiem dla uzyskania dobrych wyników. Na podstawie swoich badań stosują przeto doustne podawanie zwykłego cukru w ilości 100 ccm 50% roztworu (syrupu). Po pięciu dniach, o ile poprawa nie wystąpiła, należy podawać podwójną dawkę.

Dawka insuliny wynosiła 5 jednostek dziennie na początku leczenia, w razie potrzeby zaś po pięciu dniach dawkę tę podwajano.

Czas leczenia wynosił około 10 do 12 dni. Insulinę wstrzykiwano podskórnie rano a po piętnastu minutach podawano doustnie syrup. W razie podwojenia dawki syrupu podawano ją w dwóch porcjach z półgodzinną przerwą. W tych przypadkach podwajano też ilość insuliny. W rzadkich tylko przypadkach leczenie to przeprowadzono popołudniu.

W badaniach swoich autorowie oznaczali także poziom cukru we krwi, co jednak w praktyce nie jest konieczne, albowiem nadmiar cukru nie wpływa ujemnie na powyższy sposób leczenia. Jedynie u chorych na cukrzycę z niedomogą mięśnia sercowego można podawać insulinę (dla zwalczania tej niedomogi) bez równoczesnego podawnia cukru.

Otrzymane wyniki:

Z objawów osłuchowych stwierdzano nieraz wyraźniejsze tony serca, z innych zaś objawów ustępowała duszność, objawy dusznicy bolesnej i polepszało się ogólnie samopoczucie.

Na 21 przypadków tylko w 5-ciu przypadkach tętno nieznacznie się zwolniło; w jednym przypadku wystąpiła wyraźna bradykardja.

Diureza znacznie się powiększała u chorych, u których były obrzęki. Poprawa diurezy występowała już po dwóch dniach a obrzęki szybko znikały. Natomiast objawy zastoju w innych narządach, jak np. w wątrobie nie zmieniały się wyraźnie. U chorych nieobrzękłych nie stwierdzano wpływu na diurezę.

W 5-ciu przypadkach niedomogi mięśnia sercowego, które okazały się opornemi wobec leków nasercowych, leczenie zapomocą insuliny i cukru dało korzystny wynik dwukrotnie, w pozostałych przypadkach otrzymano korzystny wynik dopiero po zastosowaniu także środków nasercowych. W przypadkach, w których poprzednio działały środki nasercowe, otrzymano podobne wyniki i przy zastosowaniu tylko samej insuliny i cukru. W przypadkach niedomogi lewej komory serca omawiane leczenie daje dobre wyniki i to tem lepsze, im w lepszym stanie znajduje się mięsień sercowy.

W przypadkach niemiarowości i nierówności tętna uzyskiwano również nieraz poprawę, choć naogół te przypadki niezbyt się nadają do powyższego sposobu leczenia.

W przypadkach nadciśnienia tętniczego otrzymywano spadek zarówno ciśnienia skurczowego, jak i rozkurczowego. W tych przypadkach jednak leczenie zapomocą samej insuliny daje podobne wyniki.

W przypadkach choroby Basedowa leczenie zapomocą podawania cukru i insuliny, nie zawsze i w małym tylko stopniu wpływało na zaburzenia sercowe.

Autorowie wyprowadzają następujące wnioski: Leczenie zapomocą podawania insuliny i cukru, w sposób wyżej omówiony, dało dobre wyniki i nadaje się do stosowania w następujących chorobach: a) w niedomodze serca, niepodatnej na leczenie zapomocą środków nasercowych. W tej grupie chorych, w razie niepowodzenia, stosować należy leczenie kombinowane ze środkami nasercowemi. b) W przypadkach niedomogi serca prawego, niezbyt daleko posuniętej, leczenie zapomocą cukru i insuliny daje te same wyniki, co leczenie zapomocą środków nasercowych. c) W przypadkach niedomogi serca lewego, kiedy oubaina nie dała pożądanegych wyników, omawiane leczenie może jeszcze pomóc.

Mierne wyniki otrzymano w następujących cierpienach: niedomoga serca u chorych na chorobę Basedowa, zaburzenia rytmiki serca i nadciśnienie tętnicze.

Żadnych wyników nie otrzymano w leczeniu ostrych schorzeń serca na tle zakaźnym.

Tężyczka wywołana przez thyreoidectomia extracapsularis. (Tétanie aprés thyroidectomie extracapsulaire). P. Wilmoth.

Presse Méd. Nr. 90, r. 1931.

Autor podkreśla, że według profesora *Lenormand*, przypadki tężyczki po wycięciu tarczycy, występują z drugiej strony Renu (w Niemczech) znacznie częściej niż we Francji, gdyż tam częściej wykonują wycięcie tarczycy razem z jej otoczką.

W niniejszej pracy autor opisuje dwa przypadki, w których wykonano podobny zabieg. W przypadku pierwszym, kobiety 22-letniej, wykonano lobectomia subtotalis extracapsularis po obu stronach. Po tym zabiegu pierwszy dzień upłynął zupełnie spokojnie. Drugiego dnia pokazały się drgawki, które trzeciego dnia wystąpiły z całem natężeniem i tylko przejściowo ustępowały pod wpływem wstrzykiwań wyciągów przytarczycznych i wapnia (3 gr.). Piątego dnia nastąpiła śmierć.

W przypadku drugim, chorej lat 45, wobec podejrzenia na nowotwór tarczycy, wykonano podobny zabieg. Badanie histologiczne nie wykazało nowotworu złośliwego. Wobec smutnego doświadczenia z poprzednią chorą, już w dniu dokonania zabiegu, chorej wstrzyknięto trzykrotnie wyciąg z gruczołów przytarczycznych, poczem podawano po 1 gr. chlorku wapnia. Wobec prawidłowego przebiegu pooperacyjnego, po trzech dniach zaprzestano wstrzykiwać wyciąg z przytarczyc. Piątego dnia wystąpiły objawy tężyczki, wobec czego rozpoczęto na nowo wstrzykiwania wyciągów przytarczycznych i podawanie wapnia, a nadto tego samego dnia przeszczepiono chorej, w podskórną tkankę jamy brzusznej i mięśnia prostego brzucha, tkankę tarczycową wraz z przytarczycowemi gruczołami, które autor zdobył z świeżo zabitego konia. Oczywiście dalej przeprowadzano leczenie zapomocą soli wapnia i wyciągów przytarczyc. W późniejszem postępowaniu stosowano chlorek wapnia i naświetlania zapomocą promieni pozafjołkowych. W trzy tygodnie po operacji, kiedy wszystkie objawy tężyczki ustąpiły i zniknął też objaw Trousseau i Chwostka, zaprzestano wszelkiego leczenia. Po 24-ch dniach (od operacji) chora uleczona opuściła szpital. W ciągu następnych 3-ch miesięcy chora pozostawała pod kontrolą, nie wykazując żadnych objawów chorobowych.

Autor podkreśla przejściową skuteczność stosowania wyciągów z przytarczyc i podawania chlorku wapnia w przypadkach tężyczki pooperacyjnej i skłania się do zdania tych autorów, którzy twierdzą, że powyższy sposób postępowania tylko tam daje dobre wyniki, gdzie pozostały gruczoł przytarczyczny może zastępczo wypełnić brak usuniętych gruczołów.

Następnie należy podkreślić, że w drugim przypadku zaprzestanie wstrzykiwań wyciągów z gruczołów przytarczycznych i podawania soli wapnia wywołało wystąpienie tężyczki, co zmusiło do ponowienia tego leczenia, mimo dokonanego wszczepienia przytarczyc pochodzących ze zwierzęcia. Dopiero gdy przeszczepiona tkanka zrosła się z podłożem, zaprzestanie leczenia przeciwtężyczkowego mogło być przeprowadzone bez niebezpieczeństwa dla chorej.

Powyższy przypadek poucza też, że przeszczepienie tkanki zwierzęcej może dać dobre wyniki w takich przypadkach. Oczywiście lepiej jest przeszczepiać własną tkankę i gdyby możliwem było szybkie zbadanie wyciętej tarczycy, jeszcze w czasie zabiegu, to autor nie wahałby się z wyciętej tarczycy wykroić okolice przytarczyc i wszczepić ją w powłoki brzuszne.

W omawianym wyżej przypadku trzeba się liczyć z resorpcją wszczepionej tkanki i z ponownem wystąpieniem objawów tężyczki, jak to bywa w podobnych przypadkach. Wówczas trzeba powtórnie dokonać przeszczepienia przytarczyc ze zwierzęcia oraz leczenia zapomocą wstrzykiwania wyciągów przytarczycznych i podawania soli wapnia.

Metody badań czynnościowych nerek. (Les méthodes d'exploration fonctionnelle des reins). Pasteur - Vallery - Radot, Heimann i A. Lafitte.

Paris Médical. Nr. 42, r. 1931.

Autorowie w niniejszej pracy krótko omawiają te metody badań czynnościowych nerek, które jako najbardziej uzasadnione i wielokrotnie wykonywane, nadają się najlepiej dla oceny czynności nerek.

Wobec przypadku zapalenia nerek należy przedewszystkiem określić wygląd moczu, jego ilość dobową, zawartość białka i morfotyczny skład osadu. Następnie należy zbadać wpływ danej choroby nerek na układ krążenia, wreszcie trzeba oznaczyć zawartość mocznika we krwi i stwierdzić czy niema obrzęków.

Po powyższem zbadaniu chorego przystępujemy do badań czynnościowych. Bez względu na to czy chory posiada obrzęki czy nie, należy go umieścić w łóżku i zalecić djetę małosolną, zawierającą 1 do 2 gr. soli dziennie. W przypadkach ostrego zapalenia nerek chory powinien być na djecie mlecznej, przyczem należy pamiętać, że 1 litr mleka zawiera 1,56 do 2,00 gr. soli. Chorego należy codziennie ważyć naczczo, po oddaniu stolca i moczu. Mocz należy ściśle zbierać do jednego naczynia i oznaczać dobową ilość chlorków. W tych warunkach, jeżeli chory posiadał obrzęki, waga ciała znacznie spadnie, ilość dobowa moczu się zwiększy i zwiększy się również ilość chlorków, przekraczając dawkę przyjętej doustnie soli. I tu trzeba pamiętać, że człowiek zdrowy, w podobnych warunkach, traci około półtora kilograma na wadze i wydziela około 15 gr. chlorków w ciągu 3 do 4 dni.

O ile chory nie posiadał obrzęków, wówczas istnieją dwie możliwości:

a) Waga ciała opadnie do półtora kilograma. ilość moczu będzie odpowiadała ilości przyjętych płynów. Podobnie też i ilość wydzielonych chlorków będzie odpowiadać prawidłowym warunkom. W tym przypadku zatem czynność nerek w stosunku do wydzielania chlorków jest prawdopodobnie prawidłowa, a dla ostatecznego zdecydowania należy zbadać wydzielanie chlorków po doustnem podaniu 10 gr. soli dziennie. W warunkach dobrej czynności nerek dobowa ilość chlorków w moczu powinna do 3 dni podnieść się do ilości podanych chlorków. Jeżeli nastąpi to w okresie dłuższym wówczas mamy do czynienia z pewnem zaburzeniem czynności nerek. Jeśli w ciągu szeregu dni, dobowa ilość chlorków w moczu nie osiągnie powyższego poziomu, wtedy mamy do czynienia z jeszcze poważniejszem uszkodzeniem czynnościowem nerek.

b) Może się też zdarzyć, że w wyżej opisanych warunkach spadek wagi ciała i brak zwiększonej ilości moczu, przedstawiać będzie stosunki prawidłowe. Natomiast ilość wydzielonych chlorków będzie znacznie wyższa, aniżeli ilość chlorków przyjętych doustnie. W tych przypadkach należy rozpoznać zatrzymanie chlorków bez równoczesnego zatrzymania wody (retention sèche).

Poza badaniem zdolności wydzielania chlorków należy oznaczyć ilość mocznika we krwi podczas djety bezsolnej, uwzględniając, że zarówno obecność obrzęków jak i djeta, obfitująca w chlorki, obniża poziom mocznika we krwi. Autorowie podkreślają, że dla wyprowadzenia jakichkolwiek wniosków dla rokowania na podstawie oznaczenia poziomu mocznika we krwi, niezbędne jest kilkakrotne wykonywanie tych określeń. W przypadkach zwiększenia się poziomu mocznika we krwi ponad 1 gr. należy też oznaczać zawartość chloru w surowicy krwi i w krwinkach. Znane są bowiem przypadki, gdzie wskutek chloropenji, zawartość mocznika we krwi wzrastała.

Niewątpliwe znaczenie dla określenia czynności nerek posiada stała Ambarda. Wartość jej podkreślają autorowie w tych przypadkach, w których poziom mocznika we krwi nie jest podwyższony. Niezbędne jest jednak ścisłe zachowanie pewnych warunków przy określaniu stałej Ambarda. Przedewszystkiem do oznaczenia stałej Ambarda nie nadają się chorzy na schorzenia serca, gruczołu krokowego i chorzy z obrzękami. Badany chory powinien, podczas doświadczenia, leżeć w łóżku; samego badania dokonywa się rano, naczczo lub w dwie godziny po wypiciu filiżanki lekkiej herbaty i zjedzeniu dwóch małych kawałków chleba z niewielką ilością masła. (Głód podwyższa nieco ilość mocznika we krwi). Przed badaniem chory powinien oddać mocz w pozycji stojącej, aby całkowicie opróżnić pęcherz. Następne oddanie moczu odbywa się w tych samych warunkach, dokładnie w 36 lub 72 minuty, po odda-

BIBLIOTEKA AKADEMII MEDYCZNEJ w Białymstoku

niu pierwszej porcji moczu. W międzyczasie pobiera się krew. Prawidłowa wysokość stałej Ambarda wynosi między 0,065 a 0,085. Autorowie podkreślają, że oznaczanie stałej Ambarda pozwala na wyprowadzenie wniosków co do czynności nerek, nigdy zaś co do rokowania, nawet wówczas gdy stała Ambarda, w ciągu kilkakrotnych badań, jest podwyższona.

Autorowie polecają też badanie wydzielania fenolsulfoftaleiny. W tym celu wstrzykuje się domięśniowo lub dożylnie 1 ccm. roztworu, który zawiera 6 mlgr. substancji. Należy zwrócić szczególną uwagę na chemiczną czystość preparatu i ścisłość dawki. Przed wstrzyknięciem chory powinien oddać mocz, również bardzo dokładnie a następne, również całkowite, oddanie moczu powinno mieć miejsce w 70 minut po wstrzyknięciu. W warunkach prawidłowych ustrój wydziela w tym czasie 50 do 65% (po wstrzyknięciu domięśniowo) lub 55 do 70% (po wstrzyknięciu dożylnem) ilości osiągniętej. Wyniki tych badań należy oceniać podobnie, jak stałą Ambarda, z tem zastrzeżeniem, że to badanie nie nadaje się do zastosowania u osób dotkniętych schorzeniem wątroby, serca, gruczołu krokowego lub też u chorych obrzękłych.

Polecenie godnem jest też badania zdolności wydzielania wody i stężania moczu według Volhard'a.

Badanie wydzielania wody polega na podaniu choremu naczczo półtora litra wody, poczem chory powinien przez 4 do 5 godzin pozostać w łóżku. Przed wypiciem wody chory oddaje całkowicie mocz. Po wypiciu, oddawanie moczu powinno się odbywać co pół godziny w ciągu czterech godzin. O ile czynność nerek jest prawidłowa, ilość moczu wydzielonego w czasie 4 godzin wynosi najmniej 1.300 ccm., a w poszczególnych porcjach ciężar gatunkowy moczu powinien opaść do 1.000—1.003.

Badanie zdolności stężania moczu polega na podaniu choremu, w ciągu dnia badania, djety składającej się z chleba, mięsa, jaj, ryżu i kartofli. Ilość soli powinna być ta sama co w dniach poprzednich. Ilość płynów, przyjętych w ciągu doby, nie powinna przekraczać pół litra. Mocz zbiera się co 2 do 3 godzin. W warunkach prawidłowych, ciężar gatunkowy moczu w jednej z próbek powinien wynosić najmniej 1.025 (lub wyżej).

Z innych badań, rzadziej stosowanych i, do pewnego stopnia, posiadających raczej znaczenie dla zagadnień teoretyczno-naukowych, są następujące: 1. Oznaczanie kreatyniny we krwi, której zawartość w warunkach prawidłowych wynosi 0.01 do 0,025 gr. na 1 litr. 2) Oznaczenie azotu resztkowego, który u ludzi zdrowych znajduje się w ilości 0,12 do 0,14 na 1 litr. 3) Oznaczanie ilości indykanu we krwi, który w prawidłowych warunkach we krwi się nie znajduje. 4) Oznaczanie ilości kwasu moczowego we krwi, który w warunkach prawidłowych znajduje się w ilości niższej, niż 0,05 gr. na 1 litr. Wreszcie 5) Oznaczać można zawartość zasobu zasad.

W przypadkach, w których mamy podejrzenie na istnienie t zw. nephrozy lipoidowej, należy oznaczyć zawartość tłuszczów i cholesteryny we krwi oraz stosunek globulin do albumin w surowicy krwi, a także obecność ciał dwułomnych w osadzie z moczu.

W przypadkach, w których nie przypuszczamy istnienia anatomicznego schorzenia nerek, w których pragniemy jednak zorjentować się co do czynnościowych zdolności nerek, tam wykonujemy następujące badanie: 1) Dokładne badanie moczu. 2) Oznaczenie poziomu mocznika we krwi i stałej Ambarda. 3) Badanie wydzielania fenolsulfonftaleiny. I tu należy pamiętać, że powyższych badań nie należy dokonywać w przypadkach schorzeń, wyżej wymienianych.

W razie, gdy wynik jednego z powyższych badań jest nieprawidłowy, należy wnosić o zaburzeniu czynnościowem nerek. W razie zaś, gdy wyniki te są prawidłowe, należy przejść kolejno badanie zdolności stężania i rozcieńczania moczu oraz zdolności wydzielania chlorków.

Dychawica oskrzelowa i gorączka. (Asthme et fiévre). F. Bezançon i A. Jacquelin.

Presse Méd. Nr. 92, r. 1931.

Już dawni autorowie twierdzili, że gorączka wpływa na ustąpienie stanów kurczowych. W odniesieniu do dychawicy oskrzelowej, sprawa ta w ostatnich czasach nabrała rozgłasu. Większość autorów skłania się do zdania, że przedewszystkiem sprawy ropne, o ile występują z gorączką, wywołują zniknięcie napadów dychawicy oskrzelowej. Nietylko jednak te sprawy mają korzystny wpływ na ustępowanie napadów dychawicy, ale stwierdzono, że zaostrzenie się spraw gruźliczych w płucach również wywiera podobny wpływ. Tylko stwardnienia i zwłóknienia, wywołane przez gruźlicę, mogą działać pobudzająco na występowanie napadów dychawicy. *Danielopolu* stwierdził też, że choroby gorączkowe posiadają korzystny wpływ także i w płasawicy, częstoskurczu napadowym i w dusznicy bolesnej. Nie ulega jednak kwestji, że gorączka może w pewnych przypadkach wpływać pobudzająco na występowanie napadów dychawicy, a u dzieci napady dychawicy oskrzelowej przeważnie nawet przebiegają z podwyższoną ciepłotą ciała. *Danielopolu* sądzi, że gorączka wywołuje zaburzenie, względnie przestrojenie układu wegetatywnego i tem tłumaczy się wpływ jej na występowanie napadów dychawicy. Autorowie są zdania, że wyżej podany mechanizm nie obejmuje całości zagadnienia i że nadto w grę wchodzi natura schorzenia, przebiegającego z gorączką. A mianowicie ustępowanie napadów dychawicy oskrzelowej wywołują te sprawy chorobowe, które przebiegają z leukocytozą obojętnochłonną.

Autorowie podają przykłady z własnego doświadczenia, z których wynika, że napady dychawicy oskrzelowej występowały właśnie w okresie gorączki u osobników, u których sprawa chorobowa, na tle drobnoustrojów, rozwijała się w narządzie oddechowym. W tych przypadkach, obok swoistego uczulenia, powstawały nawały względnie czynne przekrwienia, a te znowu z kolei wywoływały stany skurczowe oskrzeli i oskrzelików.

Według obserwacji autorów, jak to wyżej wspomniano, najpewniej i najlepiej działają te sprawy gorączkowe, które przebiegają z leukocytozą obojętnochłonną. Przytem udało się zauważyć, że dla ustąpienia napadów dychawicy oskrzelowej gorączka musi osiągnąć pewien stopień i musi trwać pewien czas. W ciągu długiej obserwacji jednego z chorych stwierdzono, że przy ponawiających się stanach gorączkowych, napady dychawicy ustępowały coraz trudniej, t. zn. że z czasem trzeba było wyższej i dłużej trwającej gorączki dla zniesienia napadu dychawicy.

Co się tyczy kolejności ustępowania objawów napadów dychawicy oskrzelowej, to zauważono że najpierw ustępują stany skurczowe oskrzelików, a dopiero później zmniejsza się powoli wydzielanie plwociny.

Należy też podkreślić, że czas wolny od napadów dychawicy po przebyciu choroby gorączkowej jest tem dłuższy, im wyższa i dłużej trwała była gorączka. Czas ten jest szczególnie przedłużony, gdy po ustąpieniu gorączki, utrzymuje się, choć w małym stopniu, jakikolwiek proces ropny w ustroju.

W tłumaczeniu mechanizmu omawianej sprawy należy podkreślić, że, obok przerwania błędnego koła, jakie spostrzegamy u chorych na dychawicę oskrzelową, wskutek ostrego działania na układ wegetatywny, w myśl twierdzeń *Danielopolu*, — należy też uwzględnić odmienny tryb życia i odmienną djetę, jaką stosuje się u chorych gorączkujących. Nadto, być może, że pewien wpływ posiada oddziaływanie krwi, które, według ostatnich badań, jest prawidłowe między napadami dychawicy, a natomiast przesuwa się w stronę zasadową w czasie napadu. Gorączka niewątpliwie wpływa raczej zakwaszająco, a zatem zmienia te warunki podłoża, które są złączone z oddziaływaniem krwi i płynów ustrojowych. Być może też że gorączka pobudza wydzielanie adrenaliny, której wpływ na ustępowanie napadów dychawicy oskrzelowej jest ogólnie znany. Wreszcie autorowie podkreślają występowanie leukocytozy obojętnochłonnej i przypominają, że w leczeniu napadów dychawicy oskrzelowej skuteczne są przedewszystkiem te środki i te zabiegi, które wywołują leukocytozę obojętnochłonną. Tu należą wstrzykiwania adrenaliny, peptonu, różnych szczepionek oraz silne naświetlania promieniami pozafjołkowemi.

Wobec niewątpliwie skutecznego wpływu gorączki na ustępowanie napadów dychawicy oskrzelowej, autorowie omawiają wskazania, sposób stosowania i wyniki dowolnie wywołanej gorączki w przypadkach dychawicy oskrzelowej.

Jako wskazania do pyretoterapji, autorowie przytaczają przedewszystkiem utrzymujące się stany astmatyczne (état de mal) z dodatkowemi napadami. Wiadomem jest, że te stany właśnie są szczególnie oporne na działanie adrenaliny i tym podobnych środków, których wpływ zaznacza się tylko przejściowo. Do pyretoterapji nadają się też napady dychawicy, które wprawdzie nie są ani zbyt ciężkie ani zbyt długie, które jednak nie dają się usunąć żadnym innym sposobem. Do tego sposobu leczenia nadają się wreszcie stany duszności bez napadów dychawicy oskrzelowej, na jej tle jednak powstałe. Niezbędne jest tu wszakże odróżnienie ich od stanów duszności, jakie spotykamy w rozedmie płuc niepowikłanej etjologją dychawiczną. W tym ostatnim przypadku leczenie gorączką może być tylko szkodliwe.

Co się tyczy techniki wywołania gorączki, autorowie zalecają naświetlanie promieniami pozafjołwemi, w dawkach wywołujących rumień, przyczem zazwyczaj ciepłota podnosi się do 38 lub 38,5° i trwa do dwóch dni. Ze szczepionek, które wywołują gorączkę, autorowie stosowali bądźto szczepionkę z hodowli drobnoustrojów, wyodrębnionych z plwociny danych chorych, bądź też inne szczepionki podobnego typu. Dla uzyskania gorączki należy wstrzykiwać podskórnie nie mniejszą dawkę od 2 miljardów drobnoustrojów. W ciągu następujących dwóch dni należy ponawiać wstrzykiwania, stosując dawki bądźto wyższe, bądź też niższe, stosownie do wysokości uzyskanej gorączki. O ile chory nie podlegał jeszcze powyższemu leczeniu, wystarcza gorączka 48-io godzinna, w wysokości 38° aby usunąć napad. W razie ponowienia się napadu, należy stosować gorączki wyższe i dłużej trwające, aby uzyskać poprawę, trwającą choć pewien okres czasu. Można też stosować tuberkulinę lub wakcynę przeciw szankrowi miękkiemu; stosujemy ją drogą dożylną, z bardzo dobrym wynikiem. Ze względu jednak na krótkotrwałość gorączki, należy wstrzykiwać przez dwa do trzech dni, zrzędu. Jako środek heroiczny, ale działający względnie pewnie, należy wymienić ropień aseptyczny, wywołany podskórnem wstrzyknięciem 1 do 2 ccm. terpentyny. Autorowie radzą przytem możliwie długo czekać z przecinaniem tego ropnia oraz zalecają, po przecięciu, utrzymywać stan niegojenia się, przez co otrzymuje się ustąpienie napadów dychawicy na czas dłuższy. Należy jednak podkreślić bolesność tego sposobu leczenia.

Wyniki, otrzymane powyższemi sposobami leczenia napadów dychawicy oskrzelowej, są często bardzo dobre. Ustąpienie napadów przeciąga się od 3 tygodni do 3 miesięcy. Całkowite wyleczenie należy jednak do wyjątków. Napady, które występują po przerwie, są zazwyczaj słabsze i najczęściej łatwo ustępują pod wpływem leków dotychczas stosowanych, jak np. adrenalina i t. d. Przerwę uzyskaną zapomocą pyretoterapji można z korzyścią użyć na przyczynowe leczenie dychawicy oskrzelowej.

CHIRURGJA

Kwasica pooperacyjna (L'acidose post-opératoire) — temat programowy XXXI Zjazdu Urologów Francuskich. Chabanier i Lobo-Onell.

La Presse Méd. Nr. 88, październik 1931.

Kwasicą pooperacyjną zaczęto się interesować od tej chwili, kiedy zauważono znaczne nasilanie się po operacji objawów zatrucia ustroju ciałami acetonowemi (acetonemja) w przypadkach cukrzycy.

W ostatnich czasach za wskaźnik owego zakwaszenia ustroju w przypadkach kwasicy pooperacyjnej (bez związku z cukrzycą) przyjmowano ogólnie stosunek stężenia jonów wodorowych i wodorotlenowych we krwi (Ph) i stan ilościowy zasobu zasad krwi. Ze względu na trudności techniczne w określaniu Ph krwi, praktycznie biorąc, ograniczano się ostatnio prawie wyłącznie do określania zasobu zasad krwi jako wskaźnika zakwaszenia ustroju.

Jednakże, jak to pokazują najświeższe w tej dziedzinie badania (*Ambard, Hamburger*), ani Ph, ani obliczenie zasobu zasad krwi nie odźwierciadlają dokładnie stanu zakwaszenia ustroju, którego istotą chemiczno-fizjologiczną będzie zawartość składników kwasowych (HCl) w białkach, rozpuszczonych w płynach tkankowych i omywających wszystkie narządy wewnętrzne i ośrodki (między innemi i ośrodek oddechowy).

O owem wyposażeniu białek ustrojowych w składniki kwasowe wnosić można z dużą dokładnością, zdaniem autora, ze stosunku ilościowego $\frac{\text{Cl-osocza}}{\text{Cl-krwinek}}$; zwiększenie tego stosunku świadczy o wzroście zasobu kwaśnego białek (kwasica), jego

zmniejszenie — świadczy o ich zubożeniu w zasób kwaśny (HCl).

Stosunek $\frac{\text{Cl-osocza}}{\text{Cl-krwinek}}$ może ulegać daleko idącym odchyleniom od normy, ze wszelkiemi tegoż następstwami dla czynności poszczególnych narządów ustroju, kiedy tymczasem mierzone jednocześnie Ph i zasób zasad odchyleń odnośnych nie wykaże; i odwrotnie, zasób zasad krwi może wzrosnąć np. w następstwie hyperpnoe, wywołanego nie tylko zadziałaniem na ośrodek oddechowy środowiska kwaśnego (ciała acetonowe), ale także pod wpływem aktów dowolnych lub wstrzyknięcia lobeliny, i t. p.

Co się tyczy strony klinicznej powyższego zagadnienia, to należy tu odróżniać dwa rodzaje kwasicy pooperacyjnej: 1) kwasicę rzeczywistą (z zatruciem ustroju ciałami acetonowemi) i 2) kwasicę bezacetonową (cechującą się tylko zubożeniem zasobu zasad krwi).

I. Kwasica pooperacyjna acetonowa u chorych, cierpiących już dawniej na cukrzycę. Może przebiegać skrycie, bez objawów klinicznych, lub też pod postacją śpiączki cukrzycowej (coma, praecoma). Leczenie będzie polegało tutaj na podaniu insuliny i węglowodanów w takiej ilości, żeby ustąpiło zatrucie acetonowe; środki te należy zastosować jak najwcześniej i odrazu w dawkach dużych. Jeśli leczenie powyższe zaczęto już w okresie śpiączki wykształconej, to pomyślny wynik udaje się uzyskać tylko w 60%, w pozostałych zaś 40% stan pogarsza się w dalszym ciągu (pomimo zniknięcia nawet acetonu ze krwi) i doprowadza do śmierci, prawdopodobnie wskutek uszkodzenia nerek i nadmiernego zmniejszenia ilości chlorków we krwi. Stąd wniosek, żeby w okresie śpiączki — obok insuliny i cukru — podawać również roztwory chlorku sodu.

Leczenie zapobiegawcze będzie polegało na przygotowaniu do operacji każdego chorego na cukrzycę, a to przez możliwe obniżenie do normy poziomu cukru we krwi.

II. Kwasica pooperacyjna acetonowa u chorych niecukrzycowych jest zjawiskiem częstem, gdyż występuje w 50% wszystkich przypadków. Jej mechanizm chorobotwórczy jest taki sam, jak u chorych cukrzycowych, to jest polega na niedomodze spalania węglowodanów i będącem w związku z tem zaburzeniem w przemianie tłuszczów i białek (z wytworzeniem zatruwających ustrój ciał acetonowych). Grają tutaj rolę: głodzenie chorego przed operacją i wpływ narkotyku, użytego do usypiania, na przemianę materji, polegający na wzmożeniu rozpadu tłuszczów i białek. W większości wypadków kwasica ta nie daje żadnych objawów klinicznych (wykryć się daje tylko chemicznie), w niektórych jednakże doprowadza do bardzo ciężkich zaburzeń, przypominających do złudzenia ostre zapalenie otrzewnej i kończących się często śmiercią. Leczenie tego rodzaju stanów polega na podawaniu dużych dawek insuliny i węglowodanów. Niektórzy chirurdzy stosują zapobiegawczo przed każdą operacją leczenie insulinowo-węglowodanowe.

III. Kwasica pooperacyjna bezacetonowa — polega jedynie na zmniejszeniu nadmiernem zasobu zasad i albo występuje natychmiast po zabiegu, utrzymując się w ciągu 24—48 godzin, albo dopiero po pewnym czasie — towarzyszy mu wówczas nadmierny wzrost stężenia azotu bezbiałkowego we krwi, będący następstwem znacznego zubożenia krwi w chlorki i ostrej niedomogi nerek. W jednym i drugim przypadku prawidłowy stosunek $\frac{\text{Cl-krwinek}}{\text{Cl-osocza}}$ jest zachowany tak, że o kwasicy rzeczywistej niema mowy. O ile w pierwszym przypadku dodatni wynik leczniczy widuje się po podaniu insuliny i węglowodanów (obniżających jeszcze bardziej kwasowość białek ustrojowych), o tyle w drugim — wskazane będzie podawanie chlorków w dużej ilości (środka raczej zakwaszającego), po którem z reguły zawartość azotu bezbiałkowego we krwi obniża się do normy, a zasób zasad jednocześnie wzrasta do ilości prawidłowej.

Ropnie płuc — a ropne zapalenie opłucnej międzyzrazowej (Pleurésies interlobaires et abscès du poumon). Donzelot i Iselin.

La Presse Méd. Nr. 89, listopad 1931.

Jak tego dowodzą spostrzeżenia kliniczne i prace ostatnich lat, przypadki prawdziwego zapalenia ropnego opłucnej międzyzrazowej są naogół bardzo rzadkie — znacznie rzadsze, niż to dawniej przypuszczano. W przeciwieństwie do powyższego, ropnie płuc są zjawiskiem częstem. Jeśli rozpoznanie kliniczne waha się między ropniem płuca a ropniem międzyzrazowym, to w 9 przypadkach na 10 dane operacyjne względnie wynik sekcji wykaże obecność ropnia płuca; jakkolwiek trzeba tu zaznaczyć, że stosunki anatomiczne w tego rodzaju przypadkach bywają tak zawikłane, że nawet w czasie operacji trudno jest rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z ropnem zapaleniem opłucnej międzyzrazowej, czy też z ropniem samego płuca.

Na tem większe trudności rozpoznawcze natrafiamy przy badaniu klinicznem i przy odczytywaniu zdjęcia rentgenowskiego; o ropniu międzyzrazowym na podstawie zdjęcia można mówić tylko wówczas, jeśli górna i dolna granica zaciemnienia są równe i ostre to jest odpowiadają zgrubiałym zapalnie listkom opłucnej międzyzrazowej.

Profesor *Sergent* w swej pracy, poświęconej diagnostyce rentgenologicznej, zaznacza, że na 50 przypadków ropni płuca (spostrzeganych w ciągu 10 lat) spotkał tylko jeden przypadek ropnego zapalenia i 3 przypadki zapalenia surowiczowłóknikowego opłucnej międzyzrazowej.

W całym szeregu przypadków ropień międzyzrazowy istnieje jednocześnie z właściwym ropniem płuca i jest do pewnego stopnia wywołany przez ten ostatni; lecząc z dobrym wynikiem (środkami wewnętrznemi) ropień płuca, powoduje się jednocześnie ustępowaniem objawów i ropnia międzyzrazowego.

Droga dostępu operacyjnego do środkowej $^1/_3$ części trzonu kości udowej od strony przednio - wewnętrznej uda (Ostéosynthèse de la diaphyse femorale par la voie antérieure transcrurale). Duval.

La Presse Méd. Nr. 89, listopad 1931.

Za klasyczną drogę dostępu do środkowej części trzonu kości udowej (szew kostny) uważane jest przez większość chirurgów cięcie na zewnętrznej względnie tylno-zewnętrznej stronie uda. Przy cięciu tylno-zewnętrznem droga prowa-

NIEZAWODNE LEKI KRĘTKOBÓJCZE

w KILE, DURACH I ZIMNICY

do stosowania śródmięśniowo:

„QUINBY SOLUBLE"

SOLUTIO AQUOSA

CHININI JODO-BISMUTICI

Bezbarwny, nie plami, nie tłuści, nie drażni.

„QUINBY"

EMULSIO OLEOSA

CHININI JODO-BISMUTICI

OPOZONES LUMIÈRE

WYCIĄGI Z CAŁKOWITYCH GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH

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 substancją od wszelkich wpływów zewnętrznych.
SPOSÓB UŻYCIA nader wygodny i przyjemny (małe tabletki bez smaku i zapachu)
NAJEKONOMICZNIEJSZA organoterapja dla chorych.

Opozones	Thyroide	Opozones	Pluriglandulaire (Thyro.d. Hypoph. Surrénale)
,,	Corps jaune de l'ovaire (corpus luteum)	,,	Pluriglandulaire „O" (ovarique) — Thyroïde, Hypophyse, Surrenale, Ovaire
,,	Orchitique (exstr. testic.)	,,	Pluriglandulaire „T" (orchitique) — Thyroïde, Hypophyse, Surrenale, Orchitique
,,	*Mammaire*	,,	*Splénique* (lien)
,,	*Placenta*	,,	*Surrénale*
,,	*Pancreatique*	,,	*Hypophyse*
,,	*Biliaire* (fellis)		
,,	*Hepatique*		
,,	*Muqueuse intestinale*		
,,	*Muqueuse stomacale*		
,,	*Prostatique*		
,,	*Thymus*		
,,	*Rénale*		
,,	*Tissu nerveux*		
,,	*Ganglions* (gl. lymphat.)		

Każde pudełko zawiera 3 rurki po 18 tabletek, powleczonych glutenem i drażowanych.

dzi poprzez przegrodę mięśniową zewnętrzną, między brzusiec zewnętrzny mięśnia czworogłowego (m. vastus lateralis) a mięśnie tylnej powierzchni uda; do kości udowej dociera się w okolicy linji chropowatej (linea aspera). Przy cięciu zewnętrznem (według Hallopeau) — po przecięciu powięzi szerokiej uda rozsuwa się na tępo włókna brzuśćca zewnętrznego mięśnia czworogłowego, przebiegające skośnie od góry i zzewnątrz — w dół i przyśrodkowo, a następnie, leżące głębiej włókna brzuśćca pośrodkowego, przebiegające jeszcze bardziej skośnie. Zwykle samo rozsuwanie na tępo mięśni nie wystarcza do odsłonięcia kości udowej na dostatecznie dużej przestrzeni i chirurg zmuszony jest dodatkowo przecinać mięśnie, co następnie odbija się bardzo ujemnie na ich czynności.

Obydwa te cięcia mają następujące wady: powodują obfite krwawienie włosowate, trudne do opanowania, (zaledwie pola operacyjnego, krwiaki pooperacyjne), dają trudny dostęp do kości, która leży bardzo głęboko w ranie, pole operacyjne nie może być dostatecznie oświetlone, a chirurg przy tem zmuszony jest operować w niewygodnej pozycji; wreszcie, ze względu na rozległość rany mięśniowej wstrząs pooperacyjny bywa często znacznie nasilony.

W przeciwieństwie do powyższych dróg dostępu, proponowane przez autora cięcie umożliwia wykonanie zabiegu w sposób łatwy, prosty i jak najmniej obrażający tkanki.

Jest to cięcie przednie, długości 15 cm, wzdłuż wewnętrznego brzegu mięśnia prostego uda (m. rectus femoris). Po nacięciu powięzi oddziela się dosyć łatwo mięsień prosty od brzuśćca wewnętrznego mięśnia czworogłowego i rozsuwa je, następnie, przecina się leżący głębiej brzusiec pośrodkowy (zwykle cienki i nawpółścięgnowy) i kość jest już udostępniona na dużej przestrzeni. Krwawienie z przeciętych tkanek jest tutaj znikome, ewentualne ognisko złamania — bardzo dobrze dostępne i dobrze widoczne, samo zestawienie odłamów jest szczególnie ułatwione, jak również i nałożenie szwu kostnego. Wykonany w ten sposób zabieg trwa krótko i jest bardzo dobrze znoszony przez chorych.

Leczenie stopy końsko-szpotawej wrodzonej w wieku powyżej 2 lat (Traitement du pied bot varus équin congénital après deux ans)— temat programowy XIII Zjazdu Ortopedów Francuskich. Frèves.

La Presse Méd. Nr. 91, listopad 1931.

Zniekształcenie to, zasadniczo, powinno być skorygowane jak najwcześniej — tylko wczesne leczenie wrodzonej stopy końsko-szpotawej pozwala na osiągnięcie wyników idealnych pod względem czynności i kształtu. Ale i w tych nawet przypadkach, w których osiągnięcie zupełnego i trwałego wyleczenia jest nie do uzyskania, leczenie wczesne daje znacznie lepsze wyniki, niż wtedy, kiedy zostaje zastosowane dopiero w późniejszym okresie życia.

W leczeniu powyższego cierpienia za metodę z wyboru uważa się powszechnie ręczne korygowanie ustawienia stopy, w ciągu jednak lub kilku posiedzeń, z następowem nakładaniem opatrunków gipsowch. Najpierw należy skorygować możliwie całkowicie przywiedzenie stop i jej supinację, potem dopiero można przystąpić do wyrównania zgięcia podeszwowego— z ewentualnem przecięciem ścięgna Achillesa (w miarę potrzeby). Unieruchamia się stopę w ustawieniu koślawem (pes valgus) — narazie na 6 do 8 tygodni, poczem opatrunek gipsowy zmienia się na nowy (i tak 2—3 razy, dopóki prawidłowe ustawienie stopy nie ustali się).

Korygowanie wadliwego ustawienia zapomocą przyrządów mechanicznych (tarsoklazja) zostało we Francji prawie całkowicie zarzucone, stosuje się jeszcze częściowo w Niemczech, w Anglji i Ameryce.

Operacje na tkankach miękkich. Przecięcie ścięgna Achillesa wykonuje się dopiero po całkowitem wyrównaniu przywiedzenia i supinacji, czasami po odczekaniu kilku miesięcy do 1—2 lat od początku leczenia; u starszych dzieci (powyżej 2 lat) lepiej jest—zamiast przecięcia— ograniczyć się do wydłużenia ścięgna.

Nierzadko przecięcie ścięgna Achillesa uzupełnić trzeba, przecięciem więzadła podeszwowego (lig. plantare) i więzadła obocznego przyśrodkowego (zawsze pod kontrolą oka). Nacinania więzadeł wewnątrzstawowych zarzucono obecnie zupełnie. Przeszczepianie ścięgien i tenodeza nie znajdują wskazań w przypadkach wrodzonej stopy końsko-szpotawej.

Operacje na częściach kostnych. Wyłyżeczkowanie z małych cięć skórnych ognisk kostnych, odpowiadających kości napiętkowej, piętowej i sześcianowatej — stosuje się u dzieci do lat 3—4; w wielu przypadkach sprowadza następowe zaburzenia w kostnieniu i zesztywnienia w stawach.

Wycięcie klinowe stępu (tarsectomia cuneiformis dorsalis) polega na wycięciu z kości napiętkowej i piętowej klina, podstawą zwróconego w stronę grzbietowo-zewnętrzną. Zabiegu tego nie wykonywa się przed upływem 7—8 lat.

Ombrèdanne wycina dwa kliny: jeden—z przedniej części kości napiętkowej, piętowej, łódkowatej i sześcianowatej (dla skorygowania ustawienia końskiego), drugi — z boczno-zewnętrznej części kości napiętkowej (dla skorygowania supinacji).

Następowe leczenie trwa zwykle szereg lat i wymaga stałego kontrolowania wyników pooperacyjnych.

Wczesne operowanie ostrego zapalenia szpiku kostnego kości długich. (Traitement précoce de l'ostéomyelite aiguë des os longs) — z Posiedzenia Tow. Chir. Francuskich. Mathieu.

La Presse Méd. Nr. 95, listopad 1931.

Wybór tego czy innego zabiegu zależy od rozległości i nasilenia zmian chorobowych w kości. W niektórych przypadkach proces zakaźny rozwija się tak szybko i gwałtownie, że już w przeciągu kilku dni doprowadza do obumarcia całego trzonu odnośnej kości, który poprostu pływa w otaczającej go ropie. Tutaj wskazane będzie jaknajszybsze wycięcie całego trzonu, gdyż tylko ten zabieg uchroni chorego od następowego odjęcia kończyny, względnie uratuje go od śmierci.

W innych przypadkach zakażenie kości doprowadza dopiero po pewnym czasie do rozległego obumarcia trzonu—o ile operacja nie była w porę

wykonania — i u tego rodzaju chorych z zabiegiem nie należy się już wówczas śpieszyć, przynajmniej dotąd, dopóki nie wytworzy się wyraźnie odgraniczenie części kostnych obumarłych od żyjących (demarkacja), dopóki nie powstaną wykształcone zupełnie martwaki.

Naogół można powiedzieć, że w przypadkach ostrego zapalenia szpiku kostnego kości długich— poza postaciami tak zwanemi septycznemi i doprowadzającemi odrazu do rozległego obumarcia— metodą operacyjną z wyboru będzie nacięcie i sączkowanie tkanek miękkich, względnie wydłutowanie kości i sączkowanie jamy szpikowej.

Uwagi w sprawie techniki operacyjnej w przypadkach przetok pęcherzowo-pochwowych. (Quelques points de technique dans la cure des fistules vésico-vaginales) z posiedzenia Tow. Chir. w Lyonie. Gayet.

La Presse Méd. Nr. 95, listopad 1931.

Autor rozważa tutaj plusy i minusy obu stosowanych ogólnie metod operacyjnych: przezpęcherzowej i pochwowej. Zaletami metody przezpęcherzowej są: Dobra widoczność otworu przetoki, ujścia moczowodów i możność dokładnego zaszycia otworu w śluzówce pęcherza. Jednakże wyniki, osiągnięte tą drogą, są znacznie gorsze od wyników, jakie daje sposób operowania od strony pochwy.

Autor jest zdania, że metodę przezpęcherzową należy zachować wyłącznie dla przetok pęcherzowo-pochwowych, umiejscowionych bardzo wysoko; w przypadkach tych nie powinno się po operacji zaszywać pęcherz doszczętnie, gdyż wówczas — w razie wystąpienia wtórnego krwawienia do światła pęcherza z rany operacyjnej — cewnik, wprowadzony na stałe przez cewkę moczową, może ulec zatkaniu przez skrzepy krwi, a następowe przepełnienie pęcherza spowodować rozejście się szwów w miejscu dawnej przetoki. Dlatego też, obok cewnika na stałe w cewce moczowej, należy na kilka dni wprowadzić drugi cewnik do pęcherza poprzez ranę w powłokach brzusznych.

Wprowadzenie na stałe cewników moczowych do miedniczek nerkowych jest mało celowe, gdyż mocz spływa do pęcherza i obok cewnika i zbiera się w pęcherzu, a do tego nerka zdrowa źle naogół znosi dłużej trwającą obecność w miedniczce cewnika i zmusza do jego przedwczesnego usunięcia.

Za metodą z wyboru obecnie jest uważany ogólnie sposób operowania od strony pochwy, pod warunkiem dokładnego odtworzenia poszczególnych warstw ściany pęcherzowo-pochwowej i drobiazgowego zatamowania wszelkiego krwawienia. W przypadkach wątpliwych co do wyniku operacji lepiej jest wytworzyć dodatkowo tymczasową przetokę pęcherzowo-brzuszną, która daje lepszą gwarancję zupełnego opróżniania pęcherza, niż cewnik, wprowadzony przez cewkę moczową.

W przypadkach, operowanych sposobem od strony pochwy bez wyniku, próby operowania następnego od strony pęcherza naogół nie prowadzą do celu.

Leczenie czyraków. (Traitement du furoncle). Tuffier i Desfosses.

Petite Chirurgie Masson, 1919 r.

Anatomo-patologicznie czyrak jest zapaleniem mieszka włosowego wraz z przyległym gruczołem łojowym, wywołanem przez gronkowca złocistego (staphylococcus pyogenes aureus); dlatego też we wczesnym okresie czyraka w środku guzka zapalnego widujemy zawsze sterczący kawałek włosa. Schorzenie to jest wywołane przez zakażenie gronkowcem złocistym; ale czynnik ten tylko w pewnej liczbie przypadków można uważać za istotną przyczynę schorzenia (czyrak przypadkowy), w innych zaś — przyczyną właściwą jest raczej konstytucja ustroju, tak zwane „usposobienie" (np. cukrzyca), stwarzające na drodze humoralnej, na drodze odpowiednich zmian w płynach tkankowych pomyślne warunki dla rozwoju gronkowca. Samemu zaś gronkowcowi przypisuje się tutaj raczej rolę drugorzędną czynnika wywołującego (czyrak nawykowy, konstytucjonalny). Te różnice w etjologji czyraka wymagają również uwzględnienia pewnych różnic w ich leczeniu. O ile w przypadkach czyraka zwykłego ograniczamy się zwykle do leczenia miejscowego, to w czyrakach konstytucjonalnych (czyraczność. furunculosis) leczenie miejscowe musimy uzupełnić leczeniem ogólnem.

Leczenie miejscowe. Czyrak we wczesnym okresie swego rozwoju wygląda jako guzek czerwony, śpiczasty (ze sterczącym ze środka włosem), zpoczątku swędzący, później bolesny; guzek ten szybko powiększa się, a na jego szczycie powstaje mały pęcherzyk podnaskórkowy, przeświecający żółto, który przerywa się nazewnątrz i tworzy w ten sposób kraterowate zagłębienie, na dnie którego widać czop martwicowy, utworzony z obumarłego gruczołu łojowego, włosa i jego otoczek. Z chwilą wydalenia czopa nazewnątrz sprawa chorobowa szybko się uspakaja i owrzodzenie zabliźnia się. Zwykle upływa 5—6 dni od początku choroby do chwili jej maksymalnego nasilenia.

W początkowym okresie rozwoju czyraka rolę leczenia poronnego odegrywa przyżeganie intensywne guzka jodyną (w ciągu kilku do kilkunastu sekund); w ogromnej większości przypadków wystarcza to w zupełności do przerwania procesu chorobowego i wygojenia czyraka, w ciągu paru dni. W razie obecności pęcherzyka ropnego należy zdjąć zeń naskórek i wpuścić dowewnątrz nieco jodyny.

Zamiast jodyny można użyć do tego samego celu alkoholu 90% — w postaci okładów z gazy, zwilżonej nim.

Właściwe leczenie czyraków całkowicie wykształconych będzie polegało na moczeniu w gorącej wodzie przegotowanej (dodawanie do niej środków przeciwgnilnych nie jest potrzebne), okładach rozgrzewających pod ceratką (z wody Burowa i t. p.) i, wreszcie, w pewnych przypadkach na zabiegu chirurgicznym. Okładów pod ceratką nie należy stosować zbyt długo, gdyż macerują one skórę i sprzyjają w ten sposób zakażeniu innych torebek włosowych w otoczeniu czyraka. Zabieg chirurgiczny, polega na nacięciu dostatecznie głębokiem ogniska zapalnego i jest wskazany we wszelkich czyrakach twarzy, w szczególności — czyrakach wargi górnej, i w tych czyrakach innych okolic ciała, które są powikłane zapaleniem sąsiednich naczyń chłonnych.

W ostatnich latach stosuje się z powodzeniem szeroko w czyrakach, w okresie wczesnym i późniejszym, okłady pod ceratką ze szczepionki Delbeta, przygotowanej pod postacią maści (propidex); maść ta we wczesnym okresie leczy poronnie, w późniejszym zaś — ogromnie skraca

okres gojenia się i szybko łagodzi bóle (przyp. refer.)

Leczenie ogólne związane jest przedewszystkiem z podłożem konstytucjonalnem czyraczności. Stosuje się tu z różnem powodzeniem cały szereg środków, walcząc przeważnie na ślepo z ciemnem zwykle i nieznanem podłożem cierpienia. Do najbardziej skutecznych środków (poza leczeniem swoistem w przypadkach cukrzycy) należą: wstrzykiwania szczepionki Delbeta (propidon), leczenie autoszczepionkami, podawanie doustne drożdży piwnych i, wreszcie, leczenie bakterjofagiem przeciwgronkowcowym—wstrzykiwanym podskórnie i do ogniska czyraka (przyp. refer.).

Zapobiegawczo wskazane są częste ogólne kąpiele ciepłe z mydłem i wycieranie skóry alkoholem w miejscach, w których czyraki najchętniej się usadawiają.

Fotografowanie wnętrza żołądka. (La Gastrophotographie). Ravina.

La Presse Méd. Nr. 96, grudzień 1931.

Pomimo duże postępy i udoskonalenia rentgenoskopji i rentgenografji żołądka, trudności rozpoznawcze w całym szeregu chorób żołądka nie zostały przez to bynajmniej w sposób wyraźny zmniejszone. Pobudziło to ogół do szukania nowych pomocniczych środków rozpoznawczych—wyłoniła się koncepcja fotografowania śluzówki żołądka. Coprawda, już na szereg lat przedtem próbowano gastroskopji zapomocą wzierника w kształcie sztywnej grubej rury, wprowadzanej przez przełyk — jednakże sposób ten, ze względu na znaczne trudności techniczne i niebezpieczeństwo dla chorego — nie przyjął się.

Przed pół rokiem ukazała się pierwsza praca (*Spehl*, La Presse Méd., 18 kwietnia 1931), omawiająca technikę fotografowania wnętrza żołądka i wyniki osiągnięte. Od tego czasu podobnych publikacyj został ogłoszony cały szereg. Sam aparat fotograficzny ma kształt rurki długości 7 cm i średnicy 2,5 mm i zawiera w sobie bardzo silne źródło światła, szereg klisz(zdjęcia są stereoskopowe) i przyrząd do nadmuchiwania powietrza do żołądka, gdyż w czasie fotografowania śluzówka żołądka powinna być oddalona od aparatu conajmniej o 5 cm. Aparat ten wprowadza się do żołądka na półsztywnym zgłębniku. Po wywołaniu i utrwaleniu w sposób zwykły zdjęcia te są następnie powiększane i odczytywane.

Dużą trudność przy odczytywaniu zdjęć sprawiają: różnice, nieraz znaczne, w oświetleniu poszczególnych odcinków śluzówki żołądka i różnice w ich odległościach od aparatu fotograficznego. Poza tem, pewne okolice żołądka nie zostają prawie nigdy (ewentualnie bardzo niewyraźnie) uwidocznione na zdjęciach, są to: część małej krzywizny, wpust, dolna część dna i — co najważniejsze — odźwiernik i część przydźwiernikowa. Ciekawe wyniki osiągnięto tą metodą, jeśli chodzi o wygląd śluzówki prawidłowej, a zwłaszcza w różnych okresach czynności fizjologicznej żołądka; ze stanów chorobowych — w różnego rodzaju nieżytach żołądka duże usługi oddaje ten sposób badania. Gorzej się sprawa przedstawia w przypadkach wrzodów i raka żołądka — tutaj wyniki fotografowania są znacznie mniej pomyślne.

Odczytywanie zdjęć bywa znacznie ułatwione przez porównywanie ich z wynikami uprzednio dokonanych zdjęć rentgenowskich kontrastowych. Autor nie podziela zdania niektórych chirurgów, którzy fotografowanie wnętrza żołądka odsądzają od wszelkiej wartości rozpoznawczej, i rokuje tej metodzie badania duże znaczenie w przyszłości — to jest w miarę uproszczenia techniki zdjęć (która, jak dotychczas, wymaga dużej wprawy osobistej) i udoskonalenia wyników osiąganych.

M. Czyżewski.

CHOROBY NERWOWE

Padaczka i miesiączka (Epilepsie et menstruation). A. Souques.

La Presse Médicale. Nr. 11, luty, 1931.

Pomimo licznych badań klinicznych, histologicznych, chemicznych i doświadczalnych dotąd nie została wyświetlona patogeneza i fizjologja patologiczna napadów padaczkowych. Najbardziej prawdopodobnem jest przypuszczenie, że istnieje uszkodzenie układu nerwowego histologiczne bądź biologiczne, a równocześnie zmiany humoralne, zatrucie. Natężenie pewne zatrucia wywołuje podrażnienie komórek nerwowych bądź bezpośrednio, bądź przez układ błędno-sympatyczny i występuje napad.

Padaczka pochodzenia miesiączkowego jest faktem stwierdzonym klinicznie.

W przypadkach padaczki miesiączkowej napad pierwszy występuje w czasie miesiączki i napady powtarzają się równocześnie z miesiączką lub w czasie odpowiadającym miesiączce, jeżeli takowej brak. Zdarzają się przypadki, w których przerwanie miesiączki wskutek ciąży, bądź menopauzy, wreszcie kastracji wywołuje występowanie napadów. Faktom tym można przeciwstawić inne, gdy dojrzewanie, ciąża, menopausa, usunięcie jajników mają wpływ dodatni na padaczkę. Wreszcie znany jest wpływ leczniczy follikuliny.

Pląsawica i wzmożenie chorobowe pobudliwości kory mózgowej (przypadek pląsawicy połowiczej poudarowej). (La chorée et la reflectivité pathologique de l'écorce cérébrale. A propos d'un cas d'hémichorée posthémiplégique). André Thomas.

La Presse Médicale. Nr. 19, marzec, 1931. str. 337.

Choć umiejscowienie sprawy chorobowej w pląsawicy połowiczej poporażeniowej bywa różne, jednak mechanizm powstawania ruchów jest zawsze jednakowy.

Badanie anatomiczne i kliniczne pląsawicy, warunków, wywołujących powstawanie ruchów pląsawiczych, które je wzmagają, bądź osłabiają, bądź zupełnie znoszą, wskazuje, że kora osiąga nienormalną pobudliwość odruchową. Właściwie wzmożona pobudliwość odruchowa kory nie należy wyłącznie do pląsawicy, występuje i w innych cierpieniach. Nie koniecznie musi być uszkodzona kora: zmiana pobudliwości odruchowej kory może zależeć od uszkodzenia ośrodków nawet dość oddalonych, które znajdują się z nią w związku anatomicznym, bądź fizjologicznym.

O wpływie zatorów doświadczalnych mózgu na jego naczynia). (Sur la repartition dans les vaisseaux du cerveau des embolies cérébrales experimentales). M. Villaret, L. Justin, Besançon i St. Seze).

La Presse Médicale. Nr. 21, marzec, 1931. str. 369.

Badania doświadczalne nad wpływem u psów zatorów mózgowych na odczyny nerwowe i sercowo-naczyniowe. Wskazówki, dotyczące techniki.

Bóle neuralgiczne podbrzusza. Dane histopatologiczne i rozważania patogeniczne (Les pléxalgies hypogastriques: Documents histopathologiques, considérations pathogéniques). G. Cotte i J. Dechaume.

La Presse Médicale. Nr. 21, marzec, 1931. str. 373.

22 przypadki skontrolowane badaniem anatomo-patologicznem. Nie było żadnych danych na sprawę miejscową. Objawy bólowe zależą od zmian w układzie wegetatywnym, wycięcie nerwu miednicowego sympatycznego daje znakomite wyniki lecznicze. Histologicznie stwierdzono w nerwie przedkrzyżowym przekrwienie, wylewy krwawe, obrzęk, stan zapalny, zwyrodnienie włókniste. Czasami idzie o gruźlicze zapalenie nerwu.

Akromegalja, zwyrodnienie tłuszczowo - płciowe i cukromocz pochodzenia kiłowego (Acromégalie avec syndrome adiposogénital et glycosurie d'origine syphilitique). J. Payenneville i F. Cailliau.

La Presse Médicale. Nr. 21, marzec, 1931, str. 380.

Przypadek kiły trzeciorzędnej, umiejscowionej w przysadce, czego wynikiem było zwyrodnienie tłuszczowo-płciowe, wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, oznaki ucisku zatoki jamistej i cukrzyca.

Przytoczony przypadek potwierdza zapatrywanie na przysadkę jako na gruczoł dokrewny, wskazuje drogi wydalenia wydzieliny i na rolę układu sympatycznego w tej sprawie, na znaczenie układu siateczkowo-nabłonkowego i jego połączeń z układem sympatycznym dla cyrkulacji hormonu i dla jego przemiany chemicznej. Wreszcie przypadek ten wskazuje na rolę kiły, w etjologji akromegalji i innych zespołów dokrewnych.

Wpływ mózgowych zatorów doświadczalnych na serce i naczynia. (Sur les effets cardiovasculaires des embolies cérébrales experimentales). M. Villaret, L. Justin Besançon i St. de Seze.

La Presse Médicale. Nr. 78, wrzesień, 1931, str. 1429.

Patogeneza nadciśnienia tętniczego w następstwie zatoru mózgowego może być sprecyzowana w sposób następujący:

1. Mechanizm nadciśnienia napadowego jest złożony i zależy od trzech czynników sercowego, naczyniowego i adrenalinowego.

2. Przyjmuje udział w jego powstaniu porażenie ośrodków w opuszce i mózgu i zakończeń czuciowych w naczyniach końcowych.

Rozważania na temat rozpoznania guzów wewnątrzmostowych. (2 przypadki glejaków). (Considérations intraprotubérantielles. A propos de 2 cas de gliomes de la région). J. A. Chavany, M. David i P. Puech.

La Presse Médicale. Nr. 78, wrzesień, 1931, str. 1433.

Początek choroby nieznaczny: Wczesne występowanie objawów ogniskowych, późne — wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Objawy sznurowe: 1) pyramidowe jednostronne skrzyżowane, jednak często obustronne, 2) objektywne zaburzenia czucia, zwłaszcza rozczepienie syringomyeliczne, 3) zespół móżdżkowy ruchowy nieskrzyżowany, 4) oczopląs pionowy i porażenie spojrzenia na boki.

Objawy jądrowe: 1) zajęcie pary V-tej (bóle, zniesienie odruchu rogówkowego) 2) porażenie pary VII-ej typu obwodowego, 3) porażenie pary VI-ej, 4) zajęcie pary VIII (szum w uszach, zmienne wyniki próby Barany'ego), 4) zaburzenia połykania i fonacji.

Brak tarczy zastoinowej. Częstość objawów obustronnych.

Z. Messing.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO

Etiologja, przebieg i rokowanie późnych krwawień w połogu. (Les hémorragies tardives des suites de couches; etiologie, évolution et pronostic). Audérodies, Péry.

Gynécol. Obstétr. I.XXIV, Nr. 3, 1931.

Autorowie w bardzo obszernym i udokumentowanym referacie zjazdowym omawiają pierwszą część zagadnienia późnych krwawień w połogu.

Częstość występowania tego powikłania wynosi na zasadzie zbiorowej statystyki w 68.758 porodów — 1,55%.

Wieloródki i pierwiastki cierpią na omawianie schorzenie równie często; jeśli natomiast wyosobnić z wieloródek osoby drugi raz rodzące i połączyć je z pierwiastkami, to okaże się krwawienie późne w połogu zdarzające się w 77% przypadków u kobiet po I i II porodzie.

Trzeci okres przebiegał jak następuje: W przypadkach z pozostawieniem resztek w 31 był krwotok przed odejściem łożyska, a w 14 — usuwano łożysko ręcznie; w przypadkach, w których pozostałości w następstwie nie stwierdzono był krwotok w III okresie w 16 przypadkach, ręczne wydobycie łożyska w 7 przypadkach.

Przebieg gorączkowy połogu stwierdzono mniej więcej w połowie przypadków późnych krwawień, przyczem nadmienić wypada, że w grupie krwawień na skutek pozostawienia resztek przeważały połogi gorączkowe, w grupie krwawień bez pozostawienia resztek — raczej połogi bezgorączkowe.

Reasumując, etjologja pozostaje nadal niewyjaśniona.

Co się tyczy patogenezy, to nie jest ona jak się zdaje jednolita; wbrew niedawnemu poglądowi uznającemu pozostanie resztek łożyska jako jedyną przyczynę krwawień późnych w połogu, wiemy obecnie, że znaczna ilość przypadków niewątpli-

wie nie ma z residua post partum nic wspólnego Odgrywa tu prawdopodobnie główną rolę infekcja, jak sądzi *Couvelaire*, a może nie bez znaczenia jest dostateczna kurczliwość macicy (Keiffer) występujące jako czynnik wtórny.

Badania mikroskopowe potwierdzają możliwość zakażenia, gdyż wykazują objawy zapalenia w miejscu łożyskowem.

Badania bakterjologiczne zresztą nieliczne wykazują w przeważnej części obecność łańcuszkowców (streptococcus), obok gronkowców i pałeczek okrężnicy. Przebieg kliniczny przed krwawieniem niczem nie przepowiada zbliżającego się powikłania, które najczęściej występuje w 12-ym dniu połogu. Dalszy przebieg i wyniki leczenia omawia prof. *Couvelaire* w II części referatu.

Rozpoznanie omawianego powikłania, które powinno brać pod uwagę różniczkowanie z rakiem części pochwowej i mięśniaków macicy, opierać się powinno głównie na badaniu wewnętrznem z ewentualną kontrolą jamy macicy. Ten ostatni sposób badania, pozwoli jedynie na rozpoznanie, czy w jamie macicy są resztki, czy nie, gdyż objaw otwarcia ujścia zewnętrznego zawodzi dość często: mianowicie ujście bywa zamknięte pomimo obecności resztek w jamie macicy i odwrotnie.

Rokowanie winno opierać się:

a) na obfitości krwawienia (anemja osłabia siły odpornościowe organizmu).

b) na objawach zakażenia, występujących przed lub w czasie krwotoku.

c) na wynikach zabiegów leczniczych wewnętrznomacicznych. Śmiertelność w tej grupie przypadków z resztkami w macicy wynosi 22%, w grupie bez resztek — 10,81%.

Leczenie późnych krwawień w połogu. (Traitement des metrorragies tardives des suites de couches). Couvelaire A.

Gynécol. Obstétr. I.XXIV, Nr. 3, 1931.

W drugiej części referatu zjazdowego omawiał *Couvelaire* jako korreferent sprawę leczenia późnych krwawień w połogu.

Pamiętać należy, że przyczyną krwawień może być oprócz schorzeń macicy jeszcze szereg innych, jako to owrzodzenia śluzówki pochwy w związku z krwiakiem zakażonym przypochwowym, martwica szyjki lub dolnego odcinka, rak szyjki mięśniak i t. d.

Wracając do tematu zasadniczego t. j. do krwawień w połogu związanych z samą macicą, bądź zawierającą resztki jaja płodowego, bądź ich nie zawierającą trzeba rozróżniać 3 sytuacje:

1. krwawienie poprzedzone lub nie podniesieniem gorączki i połączone z wydaleniem do szyi płata łożyska łatwo dostępnego dla badającego palca. W takim przypadku należy poprostu usunąć palcem wspomniany płat. Wyniki takiego postępowania w statystyce *Couvelaire'a* przedstawiają się bardzo dobrze 4 przypadki — 4 wyleczenia.

2. Krwawienie nie jest poprzedzone podniesieniem gorączki, a wydaje się, że macica zwija się prawidłowo. W tych przypadkach należy unikać forsowania ujścia zewnętrznego siłą, aby koniecznie zbadać palcem zawartość jamy macicy. Należy raczej stosować leczenie zachowawcze, to jest lód na brzuch, środki przeciwkrwotoczne per os i podskórne, a z drugiej strony należy chorą poddać ścisłej obserwacji, co do ciepłoty, tętna, stanu macicy i okolic dookoła macicznych, gdyż krwawienie to może być zwiastunem ciężkiego krwotocznego zakażenia połogowego.

3. Krwawienie jako pierwszy objaw krwotocznej postaci zakażenia połogowego bez wyraźnych oznak odklejenia się płata łożyska. W tej kategorji przypadków istnieją trzy linje postępowania:

a) Systematyczne badanie jamy macicy, jeśli stwierdza się obecność przyrośniętego płata wydobyć go najlepiej zapomocą palca; jeśli zaś nastąpiło przebicie macicy lub po zabiegu wystąpiły i wzmagają się objawy zakażenia — należy wówczas dopiero wyciąć macicę.

b) Ostrożne zbadanie jamy macicy.

Jeśli w niej znajduje się przyrośnięty mocno płat łożyska to należy natychmiast usunąć macicę. Jeśli nic nie stwierdzono należy pilnie baczyć, czy nie wystąpią objawy zakażenia i wówczas wyciąć macicę.

c) nie badać zupełnie jamy macicy. Zastosować leczenie zachowawcze, przeciwzakaźne i przeciwkowotoczne, a w razie powtórnego krwawienia, względnie pogorszenia się objawów zakażenia natychmiast wyciąć macicę.

Autor uważa pierwszy sposób postępowania za najniebezpieczniejszy, ostatni zaś najlepszy, rozumie jednak, że większość stronników „złotego środka" wybierze postępowanie drugie.

4. Krwawienie występujące w przebiegu zakażenia połogowego o rozmaitych postaciach zapalenia macicy, zapalenia przy i omacicza, zakażenia ogólnego w tej grupie przypadków najlepiej leczyć tylko konserwatywnie, a operować chyba wtedy kiedy zmuszą nas do tego uporczywie powtarzające się krwawienia i to o tyle, o ile można mieć nadzieję, że operacja przebiegnie łatwo i szybko.

Dla ilustracji przytacza C. w końcu wyniki swego postępowania w kliniec Baudeloque.

W grupie II — 14 przypadków — 7 leczono konserwatywnie — i wszystkie wyleczono. W 7 innych zastosowano wyjęcie ręczne lub skrobankę; 2 przypadki zakończyły się śmiercią. Z tych 7 przypadków w 5 wykazano resztki jaja płodowego: z tego w 3 — nastąpiło bezpośrednie wyleczenie, w 2 — pogorszenie, przyczem w 1 przypadku przyszło do wyleczenia po obustronnem zapaleniu żył kończyn dolnych, w drugim zaś śmierć po wycięciu macicy.

W pozostałych 2 przypadkach resztek łożyska nie wykryto: jeden skończył się wyleczeniem, drugi śmiercią po wtórnym krwotoku.

W grupie III — 13 przypadków. 3 przypadki leczono konserwatywnie — wyleczono; w 4 — zastosowano skrobankę lub usunięcie palcem pozostałych resztek — wszystkie zakończyły się śmiercią; z tych przypadków w 3 stwierdzono resztki, w 1 — nie. W 2 przypadkach zastosowano wycięcie macicy po zbadaniu jej wnętrza i stwierdzeniu przyrośniętego płata łożyskowego; obydwa te przypadki zakończyły się wyzdrowieniem. Wreszcie w 4 pozostałych przypadkach zastosowano odrazu wycięcie macicy: w 2 przypadkach z obecnością resztek: 1 śmierć, 1 wyleczenie; w 2 przypadkach bez zatrzymania resztek: w obydwu wy-

GRAINS ANISÉS DE CHARBON TISSOT

Anyżowane ziarenka węgla [topolowego z benzonaftolem i kwasem będźwinowym:

NADMIERNA FERMENTACJA JELITOWA, ZAPARCIE NAWYKOWE, ZATRUCIA POKARMOWE, BĘBNICA.

1 do 2 łyżeczek od herbaty wieczorem po jedzeniu, lub przed snem. Połykać nie rozgryzając.

AMPUŁKI, DRAŻETKI

NERVOGITHINE TISSOT

Jedyne połączenie arsenu, strychniny, żelaza, fosforu z FLUOREM.

NEURASTENJA, PRZEMĘCZENIE UMYSŁOWE, REKONWALESCENCJA, GRUŹLICA POCZĄTKOWA.

3 razy dziennie po 1 do 2 drażetek po jedzeniu. 1 do 2 ampułek dziennie podskórnie, lub śródmięśniowo.

RHÉANTINE 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. 924-39, 930-42.

leczenie. Wycięcie macicy per laparotomiam — daje lepsze wyniki jak per vaginam.

Uwagi w sprawie kilku przypadków duru brzusznego współistniejącego z ciążą lub połogiem. (Réflexions sur quelques cas de fièvre typhoïde coïncidant avec l'état puerpéral). Rhenter J.
Rev. Franç. Gynécol. Obstétr. R. 26 Nr. 5, 1931.

Na zasadzie 19 przypadków duru brzusznego występującego w czasie ciąży, porodu lub połogu autor dochodzi do następujących wniosków:

1. Ciąża nie daje swoistej odporności w stosunku do zakażenia pałeczką Eberth'a.
2. Dur brzuszny nie ma cięższego przebiegu występując w czasie ciąży, ani też przerwanie ciąży nie wpływa na pogorszenie stanu chorej. Natomiast dur występujący w okresie połogowym ma niewątpliwie cięższy przebieg.
3. Ciąża ulega przerwaniu (i to najczęściej w drugim tygodniu choroby) w połowie przypadków; częstość przerwania ciąży stoi, jak się zdaje, w związku przyczynowym z ciężkością zakażenia.
4. Dzieci urodzone na czasie nie wykazują odstępstw od normy; natomiast urodzone przedwcześnie wykazują szczególną słabość i są rzadko zdolne do życia.
5. Współistnienie ciąży nie powinno wpływać na sposób leczenia duru brzusznego. W połogu karmienie winno być wzbronione.

Zakażenie połogowe czy zakażenie jam twarzowych. (Infection puerpérale ou infection des cavités faciales). Vignes H.
Gynécol. R. 30, L. VIII, str. 449, 1931.

Autor opisuje dwa przypadki gorączki w połogu, która okazała się po dokładnem zbadaniu spowodowana zakażeniem: w 1 przypadku — sinus frontalis et maxilaris; w 2 — ucha środkowego. Odpowiednio zastosowana terapja wyleczyła pacjentki.

Celem autora jest zwrócenie uwagi lekarzy na możliwość schorzenia narządów niekiedy bardzo odległych od sfery płciowej; schorzenia te są powodem fałszywej diagnozy zakażenia połogowego. Dokładne zbadanie całego organizmu pacjentki jest przy prowadzeniu nieprawidłowych połogów konieczne.

Zmiany patologiczne łożyska i ich wartość rozpoznawcza. (La pathologie du placente et sa valeur diagnostique). Morosovax A. N.
Gynécol. R. 30, L. VIII, str. 452, 1931.

Opierając się na danych z piśmiennictwa i na swoich badaniach drobnowidowych w ilości około 1.000, autor dochodzi do następujących wniosków:

1. Zmiany w łożysku są rzeczą dość częstą; stwierdzić je można w 48% łożysk kobiet zdrowych.
2. Łożysko jako narząd spełniający trojaką czynność: oddechową, odżywczą i wydzielniczą jest mało odporne i łatwo reaguje rozmaitemi zmianami morfologicznemi.
3. Zmiany histologiczne można stwierdzić w 96% przypadków kiły, ale zmiany swoiste występują w 27% zaledwie.
4. Współczynnik wagowy łożyska wzrasta w kile, ale nie stanowi jej cechy charakterystycznej.
5. Rozpoznanie kiły dziedzicznej opierać się może jedynie na zespole objawów klinicznych, serologicznych i anatomo-patologicznych, jak również na wywiadach rodzinnych.
6. Zmiany stwierdzalne w łożysku mają niewątpliwie znaczenie w rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy kiłą i rzucawką porodową, ale jedynie w związku z zespołem objawów klinicznych.
7. Rozmaite zmiany morfologiczne łożyska mogą spotykać się w rozmaitych stanach patologicznych ciąży (rzucawka, zatrucie ciążowe, malarja, zatrucia pochodzenia wewnętrznego i zewnętrznego.

Epidemja gorączki połogowej wywołana przez łańcuszkowca pochodzącego z gardzieli. (Épidémie de fièvre puerpérale causée par un même streptocoque d'origine pharyngée). Courmont P. et P. Sédallian.
La Presse Méd. R., Nr. 72, str. 1325, 1931.

Położna w jednym z miast prowincjonalnych Francji, chora na anginę wywołaną przez łańcuszkowca hemolitycznego przeprowadziła 11 porodów w czasie od 24 maja do 11 czerwca.

Z liczby tych 11 porodów w 6-iu przyszło do zakażenia połogowego, przyczem jeden przypadek zakończył się zejściem śmiertelnem. Ten dziwny zbieg okoliczności był tem dziwniejszy, że położna, o której mowa praktykowała od 5 lat z powodzeniem i miewała wśród swych pacjentek zaledwie 1 — 2 na rok, które wykazywały lekkie wzniesienie ciepłoty w połogu. W omawinaym okresie przechodziła ona zapalenie migdałków, przypominające płonicę, a badanie bakterjologiczne wydzieliny pobranej z migdałka wykazało czystą hodowlę streptokoków hemolitycznych. Z drugiej strony badanie ropy pochodzącej od jednej z wymienionych położnic wykazało obecność tego samego szczepu łańcuszkowca hemolitycznego, co w gardle położnej. Przypadek ten ilustruje słuszność często zapominanej zasady, że wszyscy nosiciele zakażenia w gardle, nawet w lekkiej postaci, winni być bezwarunko odseparowani od osoby rodzącej lub położnicy.

Leczenie krwawień z przewodu pokarmowego u noworodków. (Traitement des hémorragies du tube digestif chez le nouveau-né). Bansillon E.
Rev. Franç. Gynécol. 1.26, str. 232, 1931.

Krwawienia z przewodu pokarmowego u noworodków występują najczęściej na 2-gi dzień po porodzie. W etjologji tego schorzenia leży niewątpliwie w pewnym odsetku przypadków kiła.

Leczenie polega na następujących zarządzeniach: spokój dla przewodu pokarmowego, podawanie żelatyny, najlepiej w ocukrzonej wodzie, następnie injekcja adrenaliny z wapniem (ergotyna nie daje wyników); w ciężkich przypadkach należy wstrzyknąć 10—20cm³ surowicy końskiej podskórnie; jako środek ostateczny zastosować można przelewanie krwi z cytrynianem sodu do zatoki mózgowej, oczywista po sprawdzeniu grup krwi.

(W klinice Położniczej U. W. stosuje się z powodzeniem injekcje domięśniowe krwi matki bez sprawdzania grup — przyp. referenta).

Hysterosalpingografja a niepłodność kobiety. (L'hystérosalpingographie et stérilité feminine). Becléré C.
La Presse Méd. R., Nr. 79, str. 1452, 1931.

W referacie, wygłoszonym na Zjeździe Międzynarodowym Radjologów w Paryżu, w lipcu 1931 r., autor podał w skrócie najważniejsze dane z hysterasalpingografji, w obecnym jej stanie rozwoju.

Najważniejszemi wskazaniami do zastosowania tej metody rozpoznawczej są:

1) badanie drożności jajowodów,
2) rozpoznanie zmian w jamie macicy,
3) rozpoznanie guzów w miednicy małej.

Nie ulega wątpliwości, że pierwsze wskazanie jest obecnie najważniejsze i, że z niego jest obecnie salpingografja najczęściej stosowana.

Pod względem diagnostycznym hystersalpingografja informuje nas o stanie anatomicznym jamy macicy i światła trąbek; dowiadujemy się mianowicie, czy macica jest dostatecznie rozwinięta, czy okolica ujścia wewnętrznego nie jest nadmiernie i patologicznie obkurczona; stan jajowodów wyjaśnia się dopiero w wyniku badania zdjęć nie tylko bezpośrednich, ale także wykonanych po upływie 24 godzin; oczywista wyjaśnia ewentualne umiejscowienie niedrożności.

Pod względem leczniczym przedewszystkiem znaczenie niewątpliwe ma poprzednio omówione uzyskanie danych rozpoznawczych.

Ponadto stwierdzono, że około 10% kobiet dotychczas niepłodnych po salpingografji zaszło w ciążę, co autor uważa za leczniczy skutek omawianej metody rozpoznawczej.

Technika nie uległa zmianie: dokładne zamknięcie ujścia zewnętrznego, ciśnienie nie przewyższające 300 mm. Hg. najlepiej mierzone manometrem, wykonanie dwu zdjęć po wpuszczeniu lipjodolu i trzeciego po 24 godz. wypełnienia macicy pod kontrolą radioskopową — oto najważniejsze zasady techniki salpingografji.

Na zakończenie autor podniósł iż w hysterosalpingografji koniecznym warunkiem powodzenia jest ścisła współpraca ginekologa z radiologiem.

Domy matek. (Les maisons maternelles). Trillat Paul.
Rev. Franç. Gynécol. Obstétr. T.26, Nr. 5, 1931.

Po dokładnem omówieniu historji prawodawstwa w dziedzinie domów dla matek (domów dla ciężarnych, rodzących i karmiących), autor przedstawia zasady ich organizacji obecnej.

Wybór miejsca. Domy dla matek winny być zakładane w bliskości dużych miast, w dzielnicy spokojnej, zdrowej.

Urządzenia wewnętrzne. Domy dla ciężarnych winny zawierać, oprócz sypialni, salę jadalną i wypoczynkową i jedną lub dwie separatki dla chorych, będących pod obserwacją. Ponadto pamiętać należy o mieszkaniach dla personelu i o salce dla badań, w której ewentualnie mógłby się odbyć nagły poród. Wanny do kąpieli nie są konieczne, natomiast urządzić należy prysznice do obmywania ciała i umywalnie dla podmywania.

Dom dla karmiących wymaga już znacznie bardziej skomplikowanej organizacji, oczywista jeśli chodzi o matki dokarmiające sztucznie, lub całkowicie sztucznie karmiące

Wielki nacisk kładzie autor na izolację matek karmiących piersią od matek dzieci sztucznie karmionych; zły przykład tych ostatnich działa zaraźliwie na matki karmiące, które też często odmawiają uciążliwego nieraz karmienia i zatracają pokarm.

Schroniska dla rodzących winny posiadać wszystkie zalety dobrze urządzonych zakładów położniczych; stwarzanie namiastek jest szkodliwe i niebezpieczne, najlepiej nawiązać kontakt z pobliskim zakładem położniczym i do niego posyłać pensjonarjuszki na poród.

Personel. Personel schroniska dla ciężarnych winien składać się z dyrektorki (zarządzającej), akuszerki, kucharki i dozorczyń w ilości odpowiedniej do ilości pensjonarjuszek.

Dom dla kobiet karmiących wymaga liczniejszego personelu, oczywista w przypadku, jeśli chodzi o karmienie sztuczne.

Funkcjonowanie. Przyjęcie do domu matek odbywać się powinno po zbadaniu przez lekarza, który winien skierować do szpitala wszystkie przypadki wymagające leczenia.

Pensjonarjuszki winny pracować, lecz praca ta, zdaniem autora, nie powinna być obowiązująca; za pracę wykonaną otrzymują pensjonarjuszki niewielkie wynagrodzenie pieniężne.

Termin pobytu kobiet w omawianych zakładach w zasadzie winien być nieograniczony; minimalnie trwać powinien dwa do trzech miesięcy przed porodem i trzy miesiące po porodzie, gdyż jak mówi doświadczenie, matka która przez 3 miesiące karmiła piersią swoje dziecko, już go nie opuści, przynajmniej w większości przypadków.

Budżet. Na ostatniem spostrzeżeniu wymienionem w punkcie poprzednim opiera się uzasadnienie budżetowe konieczności utrzymywania domów dla matek. Autor wyliczył, że utrzymanie matki w ostatnich miesiącach ciąży i pierwszych okresu karmienia wynosi mniej więcej 2.610 fr., a wychowanie do pełnoletności dziecka porzuconego, kosztuje państwo 20 do 25.000 fr.

Jeśli przyjąć (jak wykazują statystyki), że przynajmniej 84% matek, które karmiły przez trzy miesiące swoje dzieci, już ich nie porzucają, widać jak znaczny zysk materjalny osiąga państwo.

Wyniki akcji tworzenia domów dla matek wyrażają się w zmniejszeniu ilości poronień, porodów dzieci niedonoszonych i słabych, płodów martwych, a także w spadku śmiertelności matek w połogu. Ponadto zmniejsza się ilość opuszczonych dzieci, a wartość moralna matek ulega niewątpliwie podniesieniu.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE

Wciągnięcia i zgrubienia odbytu a limfogranulomatoza pachwinowa. (Rétrécissement ano-rectal éléphantiasique et lymphogranulomatose inguinale). Nicolas Favre, Massin, Lebeuf.
Journal de Méd. de Lyon. Nr. 273, 1931.

Naciekowe hyperplastyczne zmiany dolnej części prostnicy i odbytu t. zw. syphiloma ano-rectale, początkowo uważane za objaw kiły, dzisiaj, pomijając nieliczne zdania sprzeciwu, uważane jest za

następstwo zastoju w obiegu limfatycznym skutkiem zniszczenia pewnej grupy gruczołów chłonnych. Sprawą, która prowadzi do tego zniszczenia, jest lyphogranulomatosis inguinalis, jednostka chorobowa wyodrębniona niedawno przez *Nicolas'a* i *Favre'a*. Badanie *Frei'a* nad szczepieniami doskórnemi dowiodły istnienia swoistego uczulenia w przebiegu tej choroby i ułatwiły rozpoznanie jej.

Schorzenie cechują powstawanie niepodatnych zgrubień ściany odbytnicy w jej dolnej części bez blizn i owrzodzeń. W początkowym okresie niema jeszcze wciągnięć. Zmiany stopniowe obejmują i odbyt. Ze zmianami około odbytu występuje często równoczesno słoniowatość warg sromnych. Zgrubienia mają kształt zrazików i tworzą około odbytu rodzaj guza. Schorzenie jest wybitnie przewlekłe, wciągnięcia pojawiają się po miesiącach, a nawet po latach. Autorzy opisują 2 przypadki takich zmian około odbytu. W obydwu śródskórne reakcje z odpowiednim antygenem były wybitnie dodatnie, ze szczepionką Dmelcos — ujemne. W przypadku pierwszym, trwającym 10 lat, nie było widocznych zmian w okolicy pachwin; w przypadku drugim — 6 lat trwającym — pojawienie się zmian około odbytu poprzedziły objawy lymphogranulomatosis inguinalis (ropiejące guzy w pachwinach, przebijające się mnogiemi przetokami nazewnątrz).

Naczyniaki skórne a marskość wątroby. (Angiomes cutanés et hépatites scléreuses). M. Favre i J. R. Monnier.

Journal de Méd. de Lyon. Nr. 273, 1931.

Autorzy zwracają uwagę na częste występowanie naczyniowych zmian na skórze w przypadkach różnych schorzeń wątroby, prowadzących do jej marskości. Zwykle dotknięte bywają naczynia skóry twarzy. Najczęściej porozszerzane naczynia włosowate tworzą na twarzy siatkę, powodując sinoczerwoną barwę twarzy, tak częstą u alkoholików. O wiele mniej znane są przypadki powstawania rzeczywistych naczyniaków w związku z marskością wątroby. Autorzy podają obserwacje 4-ch przypadków, w których, w przebiegu zmian wątrobowych, prowadzących do nieznacznej marskości — wystąpiły nagle rzeczywiste naczyniaki w postaci ograniczonych lub rozlanych plam i naczyniaków gwiazdowatych lub siatkowych. Autorzy ograniczają się do stwierdzenia jedynie faktów klinicznych, pozostawiając sobie na przyszłość omówienie istoty tego związku.

W sprawie wiewiórowego zapalenia sromu i pochwy u dzieci. (A propos de la vulvo-vaginite gonococcique infantile). J. Gaté i P. J. Michel.

Journal de Méd. de Lyon. Nr. 273, 1931.

Mając sposobność obserwowania wielkiej ilości dziewczynek zakażonych wiewiórem — autorzy doszli do następujących wniosków: przypadkowe zakażenie od rodziców jest następstwem bliskiego współżycia, ciasnoty mieszkań, używania wspólnej bielizny i przedmiotów, służących do osobistego użytku. Ten rodzaj zakażenia jest najczęstszy. Masowe zakażenia, imitujące wielkie epidemje, wybuchające niekiedy w zbiorowiskach dzieci — następują w ten sam sposób.

Schorzenie z punktu widzenia klinicznego może przybrać postać ostrą, podostrą i przewlekłą, a nawet ukrytą. Zakażenie może objąć cały aparat rodny wraz z macicą, a także prostnicę i tem tłumaczy się jego przewlekłość. Powikłania są rzadkie, a zwłaszcza stawowe. Leczenie powinno być przedewszystkiem miejscowe, poza niewielkiemi ograniczeniami w djecie polega głównie na przepłukiwaniach pochwy, wykonywanych początkowo 2 razy dziennie, następnie 1 raz dziennie. Przepłukiwania należy wykonywać sondą miękką poza hymen z nadmanganjanu potasu 1 : 5000 lub z roztworu protargolu 1 : 200. Najczęściej co 2 tygodnie zmienia się płyn do przestrzykiwania, stosując naprzemian po 2 tygodnie jeden i drugi. Skuteczność leczenia nie polega na sposobie wykonywania przepłukiwań, a jedynie na długotrwałem i regularnem ich wykonywaniu. Najmniej należy je stosować 4 miesiące, często o wiele dłużej. Co się tyczy leczenia szczepionkami — to stosowane miejscowo były bez wyniku, ogólnie w postaci zastrzyków są jedynie potrzebne w bardzo nielicznych przypadkach powikłań (peritonitis). Autorzy stosowali także dożylne wlewania trypaflawiny lub gonacriny w dawkach 0,01 co 3-ci dzień. Leczenie to, niekiedy b. trudne, powodowało nieznaczne podrażnienia nerek. Co do wyników to nie zdaje się, aby ten sposób leczenia miał przed sobą przyszłość. W przypadkach zajęcia prostnicy należy przepłukiwać i kiszkę.

Zmiany barwikowe na wargach i śluzówce policzków w przypadku kiły. (Pigmentation labiale et jugale chez un syphilitique). Gougerot i Burnier.

Annales des Malad. Vénér. Nr. 5. 1931.

Milian zwraca uwagę na istnienie barwnikowych plam na śluzówkach u kiłowych i na częste współistnienie w przebiegu kiły trzeciorzędnej białawych nalotów. Autorzy podają spostrzeżenie jednego przypadku wyraźnych pigmentacji na wargach i śluzówce jamy ustnej u kobiety, zakażonej kiłą przed 8 laty, u której nie było żadnych nalotów na śluzówkach w jamie ustnej.

Owrzodzenie olbrzymie umiejscowione pozapłciowo. (Chancres géatns, leurs sieges extra-génitaux, leurs difficultés de diagnostic). P. Blum, J. Bralez i R. Archambaud.

Annales des Malad. Vénér. Nr. 5, 1931.

W 2-ch przypadkach znacznych rozmiarów owrzodzeń, które w końcu okazały się kiłą pierwotną — nie rozpoznawano początkowo kiły, ze względu na niezwykłe umiejscowienie owrzodzeń i pewne ich cechy kliniczne. W przypadku pierwszym owrzodzenie znajdowało się w fałdzie nosowo-policzkowym, równocześnie istniało ropne zapalenie gruczołów chłonnych podszczękowych. W 2-im przypadku znacznych rozmiarów owrzodzenie na palcu wskazującym nasuwało na myśl istenienia zastrzału (panaritium).

Zakażenie skóry. (L'infection cutanée). G. Milian.

Rev. Francaise de Dermatologie et de Vénér. Nr. 3, 1931.

Zakaźne schorzenia skóry dzieli autor na 2 grupy: pierwszą — pochodzenia zewnętrznego, np. epidermophytiasis, drugą — pochodzenia zewnętrznego, np. pityriasis rosea Gilbert. Schorzenie takie jak czyraczność mnoga może rozsiewać się na powierzchni skóry, nie da się jednak wykluczyć przy długiem jego trwaniu możność rozsiania się ognisk drogą krwi. Powierzchowne, zewnętrzne zakażenia poleca autor leczyć, stosując jedynie środki łagodzące objawy zapalne, a więc: zwilżania, obmywania w ciągu 2-ch do 4-ch dni. Autor odradza w tych przypadkach stanowczo stosowanie maści, a zaleca roztwory alkoholowe (tra jodi) methylenblau, kamforę i wodne roztwory azotanu srebra. W przypadkach zakażenia głębokiego mieszków konieczna jest epilacja. W przypadkach zakażenia skóry drogą krwiobiegu wskazane jest leczenie wewnętrzne, a więc w przypadkach kerion dożylnie preparaty jodowe; w przypadkach zakażenia gronkowcami — kwas fosforowy per os, novarsenobenzol dożylnie. Długotrwałe stosowanie arsenobenzolu w przypadkach choroby Duhringa, pominąwszy zaostrzenie sprawy po pierwszych zastrzykach, daje zwykle dobre wyniki. Leczenie szczepionkami zaleca w przypadkach zakażenia małą ilością mikrobów, przeciwnie w septicemjach — szczepionki są przeciwskazane, a znajdują zastosowanie surowice. W końcu wspomina autor o heteroterapji, która stosowana jako leczenie specyficzne dla innego schorzenia może równocześnie dobrze wpłynąć na schorzenie skórne innego pochodzenia, np. kuracja przeciwkiłowa, opoterapja i t. d.

O. t. zw. przedrakowych dyskeratozach. (Considération sur les dyscératoses dites précancéreuses). G. Massia i J. Rousset.

Journal de Méd. de Lyon. Nr. 273, 1931.

Z szeregu schorzeń, t. zw. przedrakowych, autorzy omawiają tylko dwa: chorobę Paget'a i Bowena. Ich zdaniem te dwa schorzenia mylnie są oznaczone jako przedrakowe, a należy je pomieścić pomiędzy prawdziwymi rakami skóry i śluzówek.

Klinicznie choroba Paget'a w pierwszym okresie, t. zw. wypryskowym, przedstawia się jako zaczerwienienie brodawki sutka i obwódki, nieco sączące o konturach bardzo wyraźnych. Ta zmiana usiana jest białawemi wysepkami zgrubiałego naskórka. Zarysy są policykliczne, brodawka zwykle jest wciągnięta. Histologicznie schorzenie cechuje się przerostem naskórka w postaci wyrostków międzybrodawkowych, złożonych z komórek, t. zw. dyskeratotycznych. Są to prawdopodobnie komórki Malphigi'ego, które przeszły w okres zwyrodnienia łojowego. W otoczeniu znajdują się komórki zapalne. Schorzenie jest długotrwałe zawsze trwa lata, zmiana stopniowe powiększa się na powierzchni i wgłąb i przechodzi w typowy nowotwór sutka. Oprócz wyżej opisanego przebiegu klasycznego istnieją przypadki, w których pod nieznaczną zmianą na skórze znajdujemy w głębi znacznych rozmiarów nowotwór. Choroba Bowena, zdaniem autora, jest histologicznie bardzo zbliżona do powyższej i klinicznie nie można przeprowadzić ścisłej granicy między niemi, jeżeli się uwzględni fakt, że choroba Paget'a może wystąpić nietylko na sutku, ale i w każdym innym miejscu na skórze. Zejście obydwu tych spraw jest jednakowe: tak jedna jak i druga przechodzi w nowotwór, t. zw. dyskeratotyczny.

Bizmutowe zapalenie nerek. (Néphrites bismuthiques). Louis Bery.

Paris Méd. 1931. Nr. 10.

Zapalne zmiany nerek, uprzednio zdrowych, spowodowane bezwzględnie trującem działaniem bizmutu, stosowanego w dawkach zwykłych zasadniczo nie istnieją. Istnieje natomiast szereg rzadkich zaburzeń nerkowych, w przeciągu leczenia bizmutowego i te zmiany autor określa nazwą zapaleń bizmutowych.

Nieznaczny stopień zatrucia bizmutem może spowodować podrażnienie nerek, które objawia się przejściową poliurją bez białkomoczu i bez złuszczania się nabłonków nerkowych. W tym okresie powiększenie się dawek bizmutu ponad granicę tolerancji może sprowadzić białkomocz i oligurię, co jest objawem zajęcia miąższu nerek. Oprócz zwiększenia dawek stosowanych w leczeniu bizmutem może przyjść do zatrucia bizmutem przy małych dawkach bizmutu, skutkiem nagłego zresorbowania się nagromadzonych w organizmie związków bizmutowych, zwłaszcza nierozpuszczalnych lub skutkiem przedostania się do krwiobiegu połączeń bizmutowych, znajdujących się w pokładach mięśniowych, skutkiem zakażeń podczas stosowania małych nawet dawek bizmutu, skutkiem istniejących uprzednio zmian w wątrobie i w nerkach.

Pierwszymi zwiastunami nietolerancji bizmutowej są: szary rąbek na dziąsłach — pigmentacje na śluzówce policzka, poliuria, ziemnienie moczu skutkiem pojawienia się w nim zredukowanych działaniem bakterji pochodnych bizmutu na siarczki bizmutu. Następny stopień zatrucia bizmutem stanowi zapalenie śluzówki jamy ustnej (w przypadkach stosowania bizmutu bardzo rzadkie). Objawem jeszcze silniejszego zatrucia są zaburzenia w przewodzie pokarmowym (nudności, wymioty, bóle w dołku, wzdęcie, biegunki), niekiedy zaburzenia ze strony wątroby (żółtaczka) i objawy ogólne (podniesienie ciepłoty t. zw. grypa bizmutowa, osłabienie, wyniszczenie) i w końcu objawy ze strony nerek (początkowo białkomocz, oligurja, wałeczki w moczu, w końcu uremja).

Przypadki zapaleń nerek pobizmutowych, opisane w literaturze można podzielić na 2 grupy:

1. przebiegające z równoczesnem zapaleniem śluzówki jamy ustnej i 2. bez tego zapalenia.

W obu grupach najczęstszą przyczyną zmian w nerkach jest zakażenie drobnoustrojami, które przez uszkodzoną śluzówkę przedostaje się do organizmu i które tem łatwiej atakuje nerki obciążone wzmożoną czynnością wydzielniczą trującej substancji z organizmu. Zakażenie to, o ile nie wdziera się do organizmu przez owrzodzenia i ubytki dające się stwierdzić klinicznie, to przedostaje się przez drobne, nie dające się zauważyć pęknięcia i uszkodzenia okołozębowe.

Poluria jest częstą, zwykle krótkotrwałą, trwa w ciągu 2 do 3 pierwszych zastrzyków; może dojść nawet do 3 litrów na dobę.

Białkomocz przeciwnie jest bardzo rzadki (należy wykluczyć białkomocz kiłowy, który pod wpływem leczenia ustępuje) i o ile przekroczy ślady jest pierwszym sygnałem alarmującym, po którym należy zaprzestać, przynajmniej chwilowo, stosowania bizmutu.

Dr. Z. Jastrzebska.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE

Leczenie zakażeń dróg moczowych gonakryną. Poza przypadkami ostrej rzeżączki, zauważono również w zakażeniach dróg moczowych pochodzenia nierzeżączkowego pomyślny wynik wstrzykiwań dożylnych gonakryny. Dotyczy to szczególnie zakażeń gronkowcowych — pyelitis, bacteriuria. *(Colombino — La Presse Méd. Nr. 90, listopad 1931).*

* * *

W przypadkach ropni płucnych, powstałych w następstwie zapalenia płuc odoskrzelowego, bardzo dobre i szybkie wyniki lecznicze widuje się po podaniu emetyny i novarsenobenzolu (przy obecności w plwocinie tlenowych i beztlenowych krętków), zwłaszcza jeśli leczenie to uzupełnić wykonaniem sztucznej odmy piersiowej. *(Mauzaffer Chevki — La Presse Méd. Nr. 90, listopad 1931).*

* * *

Doskonałym środkiem, **hamującym nadmierną perystaltykę w różnego rodzaju i pochodzenia biegunkach,** okazała się **kamfora** w roztworze wodnym; środek ten, podany w dawce dziennej 0,25 grama, już w ciągu 24—48 godzin łagodzi bóle i redukuje ilość stolców do liczby mniej więcej prawidłoweej. Ponieważ kamfora rozpuszcza się w wodzie w stosunku 1 : 1000, a wypicie odpowiedniej ilości płynu (koło 300 cm^3) — ze względu na bardzo przykry smak tego lekarstwa — byłoby zbyt trudne, dodaje się doń jako corrigens odpowiednią ilość syropu miętowego (sirup menthae). Należy zaznaczyć, że działania powyższego na kiszki nie wywierają wcale inne związki chemiczne, które i swym składem chemicznym, i działaniem farmakologicznem są zbliżone bardzo poza tem do kamfory. *(Busquet i Jaurou — La Presse Méd. Nr. 90, listopad 1931).*

Cz.

KRONIKA

Dnia 28 listopada r. b. w Państwowej Szkole Higjeny odbyło się zamknięcie VII-go kursu trachomatologji dla lekarzy.

Na kurs zgłoszonych było 69 kandydatów; ukończyło kurs 50-ciu lekarzy ze wszystkich województw Polski, przyczem 20-tu lekarzy otrzymało z Departamentu Służby Zdrowia M. S. Wewn. zasiłki na odbycie kursu.

Ponieważ w poprzednich kursach brało udział 323 słuchaczy, ogółem zatem przeszkolenie z tego zakresu otrzymało w Państw. Szkole Higjeny 373 lekarzy.

Po sprawozdaniu z przebiegu kursu D-ra M. Zacherta, jako kierownika kursu, przemawiali: w imieniu Dep. Służby Zdrowia M. S. Wewn. — Dr. H Palester, Naczelnik Wydziału Chorób zakaźnych, podnosząc znaczenie tych kursów w organizacji walki społecznej z jaglicą: w imieniu prelegentów — Doc. Dr. W. H. Melanowski, w imieniu Wydziału Zdrowia Magistratu m. st. Warszawy — Dr. S. Stypułkowski podkreślił zadanie i pracę lekarzy w przychodniach przeciwjaglicznych; w imieniu słuchaczy przemawiał Dr. Stenzel, dziękując Kierownikowi Państw. Szkoły Higjeny, Depart. Służby Zdrowia i kierownikowi, dr-wi Zachertowi, za organizację kursu. W końcu przemówieniem zamknął kurs Dyrektor Państw. Szkoły, Dr. W. Chodźko, poczem rozdane zostały zaświadczenia z wysłuchania kursu.

* * *

MIĘDZYNARODOWY KONGRES LEKARSKI W VICHY

Wyłączny temat: Kamica żółciowa.

Międzynarodowy Kongres Lekarski o kamicy żółciowej odbędzie się w Vichy w dniach od 19 do 22 września 1932 roku pod przewodnictwem profesora Carnot'a, członka Academie de Medecine.

Obrady jego podzielone zostaną na sekcje::

1º.— Teoretyczną-djagnostyczną,
2º.— Chirugiczną,
3º— Terapji i wodolecznictwa,
4º— Elektro-radjo-i fizjoterapji.

Tytuły referatów winny być przesłane do Sekretarjatu głównego najpóźniej do dnia 1 czerwca 1932 r. Treść referatów wygłoszonych na Kongresie ma być, po przepisaniu na maszynie i poprawieniu w formie ostatecznej, złożona w Sekretarjacie Głównym. Referat nie powinien przekraczać pięciu stron pisma maszynowego, po 40 wierszy na stronie i po 68 liter w wierszu.

Wobec znacznej już liczby zgłoszonych referatów, każdy z uczestników będzie mógł przemawiać raz jeden, a czas przemówienia ograniczony zostaje do 10 minut.

Wpisowe ustalone zostało dla członków w wysokości 50 fr. franc., obejmuje ono już koszt sprawozdania z Kongresu, które rozesłane zostanie później uczestnikom.

Uczestnikom towarzyszyć mogą członkowie ich rodzin, którzy chcieliby wziąć udział w uroczystościach i przyjęciach organizowanych z racji Kongresu; każdy z uczestników winien podać liczbę towarzyszących mu osób i za każdą z nich wpłacić wpisowe w wysokości 25 fr. franc.

Wszelkie informacje uzupełniające przesłane zostaną uczestnikom Kongresu w czasie późniejszym.

P. P. Lekarze, którzy chcieliby wziąć udział w Kongresie, proszeni są o zgłoszenie pod adresem: Secretariat General du Congres, 24 Boulevard des Capucines, Paris; tam również przesyłać należy wszelką korespondencję.

* * *

Dnia 15 stycznia 1932 roku rozpoczyna Państwowy Zakład Higjeny trzymiesięczny wyższy kurs bakterjologji, parazytologji i nauki o odporności.

Zajęcia praktyczne na kursie odbywać się będą codziennie z wyjątkiem świąt od godz. 9-ej rano do 1-ej pp., a wykłady od 1-ej do 3-ej.

Poszczególne działy wyłożą: doc. Anigstein, prof. Bassalik, dr. Brokman, prof. Bujwid, dr. Eisenberg, dr. Fejginówna, prof. Hirszfeld, prof. Gąsiorowski, prof. Gieszczykiewicz, doc. Górecki, dr. Karłowski, doc. Karwacki, doc. Kapuściński, doc. Lawrynowicz, prof. Nitsch, doc. Sierakowski, doc. Sparrow, prof. Szenajch, inż. Szniolis, doc. Szulc, prof. Szymanowski, prof. Weigl, dr. Zdanowicz.

Kierownikiem kursu jest doc. dr. H. Sparrow.

Uczęszczać na wykłady może każdy interesujący się bakterjologją i nauką o odporności.

Udział w zajęciach praktycznych i miejsce w pracowni otrzymać mogą tylko osoby, posiadające studja wyższe: lekarskie, farmaceutyczne, chemiczne i przyrodnicze, lub osoby, które mogą się wykazać większem doświadczeniem w dziedzinie bakterjologji.

Osobom, które w całości odbędą zajęcia praktyczne, może być wydane odpowiednie zaświadczenie.

Opłata wynosi: 150 złotych za wykłady i 200 za udział w ćwiczeniach. Należność wpłacona być może w 2-ch ratach.

Zgłoszenia kierować należy najpóźniej do dnia 15 grudnia pod adresem Państwowy Zakład Higjeny, Chocimska 24, Warszawa Kierownictwo Kursu.

Kandydaci proszeni są o nadesłanie: 1) podania, 2) odpisu dyplomu, 3) ew. świadectwa z odbytej praktyki.

Do dnia 1 stycznia 1932 roku Państwowy Zakład Higjeny prześle zawiadomienia, czy kandydat został przyjęty.

* * *

VII KURS UZUPEŁNIAJĄCY DLA LEKARZY p. t. „Gruźlica i jej zwalczanie".

Przy poparciu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) Polski Związek Przeciwgruźliczy organizuje 9-cio tygodniowy Kurs Uzupełniający dla lekarzy mających się poświęcić pracy na polu walki z gruźlicą, a zwłaszcza w poradniach przeciwgruźliczych.

Obecny kurs trwać będzie od dnia 14 stycznia do 17 marca 1932 r. i uwzględni w pierwszym rzędzie studja praktyczne, jak również cały szereg wykładów teoretycznych z dziedziny lecznictwa oraz metod walki z gruźlicą.

Każdy ze słuchaczów będzie miał możność praktycznego zajmowania się kliniką gruźlicy przez odbycie praktyki (stage'u) w zakresie: gruźlicy wewnętrznej, chirurgicznej i dziecięcej w klinikach U. W. i na oddziałach szpitalnych. Nadto każdy ze słuchaczów zaznajamia się dokładnie z techniką pracy w 4 poradniach przeciwgruźliczych, pracując kolejno w każdej przez cały czas trwania kursu. Wykłady teoretyczne będą dostępne dla ogółu lekarzy bez żadnego ograniczenia i bez opłat.

Celem ułatwienia odbycia kursu zostaną przyznane 5-ciu lekarzom stypendja zwrotne w łącznej wysokości 2.000 zł. Pierwszeństwo w otrzymaniu stypendjum będą mieli lekarze delegowani przez instytucje przeciwgruźlicze.

Podania należy składać pocztą lub osobiście do dnia 4 stycznia 1932 r. do biura Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, ul. Chocimska 24 (gmach Państwowej Szkoły Higjeny) w godzinach od 10-ej do 3-ej pp.

Do podania należy dołączyć: 1) krótkie curriculum vitae, z podaniem dotychczasowej działalności, 2) zaświadczenie instytucji delegującej lekarza na kurs, 3) zobowiązanie do czynnego udziału w akcji zwalczania gruźlicy przynajmniej przez dwa lata po ukończeniu kursu.

O przyjęciu na kurs decydować będzie Komisja Kwalifikacyjna, poczem natychmiast zostaną wysłane wszystkim kandydatom zawiadomienia.

Z ukończenia kursu wydane będzie zaświadczenie po uprzedniem złożeniu końcowego colloquium.

Komisja Organizacyjna zaleca dokładne przestudjowanie przez kandydatów przed kursem odpowiedniej literatury (Ciechanowski: Gruźlica i jej zwalczanie, Popowski i Paradistal — Poradnia Przeciwgruźlicza). Dokładne przestudjowanie tych dzieł umożliwi słuchaczom należyte wykorzystanie wykładów oraz zajęć praktycznych.

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.	1/2 str.	1/4 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.—

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

CRYPTARGOL LUMIÈRE

SÓL SREBROWA SIARCZANU SODOWEGO TIOGLICERYDU

OVULAE, SOLUTIO

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 OVULAE,** 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. Zapalenie macicy, jajowodów, jajników. Owrzodzenia (gruźlica). Upławy (flour albus). Co 2 — 3 dni po 1 gałce.

B) **CRYPTARGOL SOLUTIO,** 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 Warszawa, ul. Kaliska 9.

ROK VI WARSZAWA 1932 LUTY ZESZYT II

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

DR. DYONIZY HELLIN.
Profesor Wolnej Wszechnicy Polskiej.

Uwagi w sprawie techniki operacji kosmetycznych nosa[1])

Nie chciałbym zajmować Sz. Państwu czasu omawianiem rzeczy znanych z podręczników niemieckich, francuskich i angielskich chirurgji kosmetycznej nosa, pragnąłbym tylko podzielić się z Państwem uwagami, jakie nastręcza doświadczenie własne w kilkudziesięciu przypadkach w tej dziedzinie.

Jeżeli liczba lekarzy, zajmujących się tymi zabiegami, jest stosunkowo dość szczupła, to przyczyną tego jest ta okoliczność, że tu trzeba być i wykwalifikowanym chirurgiem i rynologiem. Chirurdzy, jak *Lexer*, wykonywują zabiegi te zzewnątrz, nie posiadają bowiem wykształcenia rynologicznego, taki zaś sposób operowania pozostawia po sobie *blizny;* nie jest jednak wskazanem, aby w miejsce jednego zniekształcenia tworzyć nowe, choćby z biegiem czasu mało widoczne.

Drugą trudność przedstawia *znieczulenie*. Jak P. wiadomo, zabiegi te wykonywa się w znieczuleniu miejscowem, a nie w uśpieniu ogólnem. Wstrzykiwania przy znieczuleniu miejscowem zmieniają jednak do tego stopnia postać nosa, że orjentacja, bez ciągłego porównywania z fotografją, wykonaną przed operacją, staje się tu bardzo trudną. Niezbędnem więc jest żądanie ze strony lekarza *fotografji* od mających się poddać operacji, choć często napotyka to na opór. Ocena więc wymiarów rzeczywistych nosa wymaga tu dużej wprawy, której podręcznik dać nie może. Uśpienie zaś ogólne,

[1]) Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu naukowem Tow. Lekarskiego Warszawskiego w dn. 13.X. 1931. Por. artykuł mój w „Wiedzy Lekarskiej", zesz. 1. 1930 r.

wobec trwania operacji niekiedy przez dwie godziny, byłoby dla chorego połączone z ryzykiem, niewspółmiernem z dolegliwością. Zabieg trwa stosunkowo długo dlatego, że rękoczyny są tu często atypowe, że trzeba np. przy skracaniu lub zwężaniu nosa usuwać części jego małemi kawałkami, aby nie usunąć zadużo, chodzi tu bowiem o *milimetry*. Nadto wskutek wadliwej i rozmaitej budowy chrząstek nosowych u różnych ludzi i wobec rozmaitej ich właściwości, to co się daje usunąć pewnym sposobem u jednego, nie daje się wykonać u drugich, gdzie stosować trzeba inną metodę, i to również przeciąga operację. Muszę tu dodać, że w czasie operacji, wskutek manipulacji z nosem, nabiera on chwilowo dziwacznych wprost postaci, co może zdezorjentować nieobeznanego z tem.

Dalej trzeba mieć na względzie i obliczyć, ile przypadnie w udziale *skróceniu* późniejszemu *wskutek* tworzącej się *blizny*.

Wreszcie trzeba posiadać *zmysł architektoniczny*, nie każdy bowiem nos pasuje do danej twarzy. Są ludzie, u których nos normalnej długości byłby za krótki w stosunku do ich twarzy i gdzie zatem skrócenie go nie może być zbyt znaczne, nie pasowałby on wtedy do ogólnej architektoniki twarzy, do pozostałych jej części. Wszystko to wymaga doświadczenia i wprawy.

Dalej podkreślić tu należy, że *pierwsza operacja* jest w pewnych przypadkach tylko wstępem do dalszych retuszów, gdy ostatecznie wykańcza się zabieg w celu nadania nosowi definitywnie żądanej postaci. Zasadniczo poprawkę wykonywać należy dopiero po zniknięciu obrzęków i nie wcześniej niż w 4 miesiące po pierwszym zabiegu, a to wskutek zmian, jakie sprowadza za sobą przeistoczenie tkanek w bliznę; drobne poprawki można niekiedy wykonać i wcześniej.

Po operacji powstaje *stwardnienie miąższu* nosa, wyczuwalne jeszcze w rok i później po zabiegu. Nadto zjawia się, szczególnie po operacjach na kostnych częściach nosa, czerwoność skóry lub skłonność do niej i do sinowatości skóry nosa, co jednak również po pewnym czasie znika. Obrzęk po operacjach na chrząstce znika w ciągu 5—10 dni, po operacjach kostnych trwać może około 4 tygodni. Przy wszelkich kostnych operacjach zjawiają się rozległe *sińce* pod i nad oczami, które trwają około 10 dni, w obydwu przypadkach okłady rozgrzewające przyśpieszają zniknięcie tych powikłań.

Po operacji należy jeszcze raz *zbadać* postać nosa w *postawie stojącej*, aby wyrównać ewentualne drobne jeszcze niedokładności tak, jak rzeźbiarz, gdy rzeźbi głowę. W czasie wykonywania zabiegu należy zwrócić uwagę na to, czy oba nozdrza i skrzydełka pozostały równe. Wskutek bowiem rozmaitej ilości i rozmaitego układu chrząstek i skrzydełek nosa po jednej i drugiej stronie powstaje często przy usuwaniu ich nadmiar jednostronny miąższu i skóry. Wycięcie chrząstek skrzydełek nosa należy wykonywać w ten sposób, by nie pozostało spłaszczenia lub dołka w skrzydełku. Nadto trzeba zwracać uwagę na to, by przegroda błoniasta nie była przekrzywiona w jedną stronę.

SKRÓCENIE NOSA.

Przy skracaniu nosa zbyt długiego otrzymujemy często w wyniku nos zbyt szeroki w okolicy nozdrzy, należy zatem w odpowiednich przypadkach wykonać ewentualnie również zwężenie nozdrzy. Skrócenie nosa zmienia niekiedy zasadniczo wygląd twarzy, która z pociągłej staje się okrągłą, co często odmładza twarz o dobrych kilka lat.

Skrócić nos i podnieść wyżej zwieszający się koniec jego można też, czego nie podają podręczniki, drogą wycięcia skóry przestrzeni międzybrwiowej i zeszycia jej tam, co, szczególniej u noszących szkła, pozostawia niewidoczną zupełnie bliznę.

Zniżenie czubka nosa osiągnąć można: 1) przez usunięcie chrząstek wystających, 2) przez ścięcie chrząstki czworokątnej, 3) przez wycięcie kawałka skóry i chrząstki przegrody błoniastej i wreszcie 4) przez wycięcie przedniego dolnego kolca nosowego.

Przy skrzywieniu nosa wskutek skrzywienia chrzęstnej przegrody nosowej należy przedewszystkiem ją uruchomić i ewentualnie wykonać wycięcie skrzywionej chrząstki.

GARBY.

Garby mogą być złożone bądź z kości, bądź z chrząstki, bądź z obydwuch tych tkanek. W wypadkach pourazowych garb kostny często zrośnięty jest z chrząstką, i dlatego też przy usuwaniu go należy mieć to na względzie, gdyż usunięcie garbu kostnego, powiązanego w tych razach z chrząstką zapomocą tkanki łącznej, pociągnąć może za sobą zapadnięcie się nosa w części jego chrzęstnej. Wogóle zniesienie garbu takiego jest połączone z pewnemi trudnościami technicznemi, gdyż tkanka łączna nie daje się usunąć ani za pomocą piłki ani za pomocą dłuta, lecz tylko nożyczkami lub nożem. W dwóch przypadkach tego rodzaju, gdy nos po usunięciu garbu zapadł się poniżej tegoż, przeszczepiłem kość pochodzącą z garbu na zapadłe miejsce, poczem nos nabrał postaci normalnej.

Przy usuwaniu większego garbu należy jednocześnie wykonać przecięcie kości właściwych nosa na granicy ich z wyrostkiem czołowym szczęki górnej i ścisnąć je, w przeciwnym bowiem razie nos w miejscu usuniętego garbu wydałby się za szeroki.

PRZESZCZEPIANIE.

W przypadkach nosa *wklęsłego* wykonywamy przeszczepienie kości bądź z goleni, bądź z miednicy, bądź z łopatki, bądź z kości garbu nosa lub z wyrostka czołowego szczęki górnej, odpowiednio do przypadku; wreszcie użyć możemy do tego celu dolnej małżowiny nosa. Bardzo dobre wyniki daje również przeszczepienie kości słoniowej, przygotowanej stosownie do wymiaru danego wklęśnięcia.

Nasuwa się tu pytanie, czy można przeszczepić kość *bez okostnej?* Okoliczność, że nawet kość słoniowa przyjmuje się bardzo dobrze, pozwalałaby przypuszczać, że i zwykła kość bez okostnej przyjąć się powinna. Jednak tak nie jest, gdyż kość zwierzęca bez okostnej ulega wchłanianiu, któremu, z powodu swej twardości, prawie nie ulega kość słoniowa. Według Lexera, przeszczepiona nawet wraz z okostną kość ulega początkowo wessaniu, i dopiero później z okostnej wytwarza się nowa kość.

Do przeszczepiania używamy także *chrząstki* z żeber, ze skrzywionej przegródki, z chrząstek nozdrzy wrazie ich zgrubienia lub z małżowiny usznej.

Przed każdem przeszczepieniem niezbędne jest *badanie krwi na Wassermana*, choć autorzy amerykańscy twierdzą, że odczyn dodatni nie ma znaczenia w tej sprawie. U chorych na kiłę należy przed przeszczepieniem przekonać się, czy wogóle zachowana jest przednia część chrząstki czworokątnej, w razie bowiem braku jej przeszczepiona kość nie znalazłaby oparcia w dolnej części nosa, i wtedy trzeba by wykonać ponadto bądź wszczepienie kości w przegrodę błoniastą, bądź zastosować bardziej powikłane rękoczyny.

Przy urazowym złamaniu kości właściwych nosa, jak to bywa np. u *bokserów*, nos można podwyższyć także nie przez przeszczepienie kości, lecz przez złamanie ich i ściśnięcie tak, aby nos był wyższym.

Zapadły nos w kile i *ozenie* (gdzie kanał nosowy jest jednocześnie rozszerzony) podnieść można również za pomocą wycięcia części wyrostka czołowego szczęki górnej i podniesienia w ten sposób uruchomionych kości właściwych nosa. Sposób ten w ozenie nie był dotychczas stosowany przez nikogo. Daje on wprawdzie tylko zwężenie kostnej części nosa, lecz wtedy pozostaje mniejsza powierzchnia dla dalszego zabiegu, jest więc bardzo pomocnym. Tym dalszym zabiegiem jest wszczepienie odpowiednio spreparowanych kości z kolana cielęcia według sposobu Eckert-Möbiusa, który we wszystkich trzech przypadkach z mej praktyki dał bardzo dobre wyniki: ilość wydalin zmniejszyła się wybitnie, z gęstych stały się one zupełnie rzadkie, a przykry zapach znikł zupełnie.

Przeszczepienie wykonać można bądź przez kanał nosowy po nacięciu śluzówki przegrody lub nad szczęką górną, przez nacięcie zewnętrzne na linji brwi lub na nosie w przestrzeni między brwiami. Te dwie ostatnie metody nie nadają się w przypadkach jednoczesnego istnienia garbu, gdyż po przez garb nie można przeprowadzić przesadzanych kości, o ile operowany nie zgadza się na usunięcie garbu. A tego właśnie cały szereg operowanych, szczególnie kobiet, nie życzy sobie, dopatrując się w garbie upiększenia nosa.

Przy tworzeniu miejsca dla przeszczepionej kości wyżłobiony worek okazuje się często zbyt obszernym, tak, że kość przesuwa się w nieodpowiednie miejsce. Dlatego też baczyć należy, aby przestrzeń wolna była tylko tak dużą, iżby mogła dość ściśle pomieścić przeszczepioną kość.

Nie zawsze przeszczepiona kość się przyjmuje. Bardzo często powstaje zapalenie okostnej. Zauważyć jednak należy, że nawet ropienie nie zawsze przeszkadza przyjęciu się przeszczepionej kości.

Często po przeszczepieniach kości zjawia się obrzęk z niewielką ilością surowicy, który usunąć się daje przez wyciągnięcie

zapomocą strzykawki Prawatza. W wyniku otrzymujemy zupełne wyleczenie.

Należy pamiętać, że jeżeli wycięcie kawałka szczęki górnej wykonywamy w celach przeszczepienia kości, to należy zabieg ten wykonać z zachowaniem okostnej, przy wycięciu zaś kości tej w celu zwężenia nosa wycina się kość bez okostny.

Dodać muszę, że operujący nie zawsze zgodzić się może na nadanie nosowi takiej postaci, jaką sobie życzy dana osoba, bo utrzymanie pewnych nieforemności przy usunięciu pozostałych mogłoby nadać twarzy brzydki wygląd.

Załączone fotografie nie są retuszowane. Przedstawiają one stan przed i po zabiegu.

I. Nosy wklęsłe.

Nr. 1. Nos wyrównany został przez przeszczepienie kości z goleni. Operowana poddała się już przed kilku laty takiej samej operacji u innego lekarza, lecz, jak widać z fotografji Nr. 1a, bez pomyślnego skutku.



Fot. 1a.



Fot. 1b.

Nr. 2. Uraz w dzieciństwie. Nos siodełkowaty, za szeroki w części kostnej, czubek nosa wystaje zbytnio i mieści w sobie pagórkowate wywyższenie. Zabieg polegał na wszczepieniu wyciętych części z wyrostków czołowych szczęki górnej i usunięciu wystających części chrzęstnych dolnej części nosa.



Fot. 2a.



Fot. 2b.

II. Wystający czubek nosa.

Nr. 3. Zniesione zostały fałdy nad skrzydełkami nosa, usunięte dwie sterczące wypukłości na czubku nosa i rowek pomiędzy niemi, przez co czubek nosa opuścił się do wysokości normalnej.



Fot. 3a.



Fot. 3b.



Fot. 4a.



Fot. 4b.

III. Wystający czubek nosa w połączeniu z rozszerzeniem górnej części nosa (por. Nr. 2) **i jej wklęśnięciem. Ozena.**

Nr. 5. Przeszczepienie wyciętych części wyrostka czołowego pod grzbiet nosa. Ściśnięcie kości właściwych nosa. Zwężenie dolnej części kanału nosowego prawego przez wszczepienie kości cielęcej metodą *Eckerta-Möbiusa*. Wyraz twarzy zmienił się prawie do niepoznania. Zapach i wydzieliny znikły.



Fot. 5a.



Fot. 5b.

Nr. 6. Lues hereditaria. Ozaena luetica. Skrócenie nosa i zniesienie wystających części czubka nosa. Usunięcie wklęśnięcia górnych ⅔ nosa przez przeszczepienie kości, jak w Nr. 5. Zapach i gęsta wydzielina z nosa znikły dzięki wszczepieniu kości metodą *Eckert-Möbiusa*.



Fot. 6a.



Fot. 6b.

IV. Nr. 7. Nos wykrzywiony w rozmaitych kierunkach i rozmaitych częściach.

Pochodzenie urazowe, w dzieciństwie. Koniec nosa wystaje zanadto ku przodowi, załamanie między częścią chrzęstną a kostną, rozmaite zgrubienia w okolicy nadnozdrzowej. Spłaszczenie kostnej części nosa. Wgłębienia na bocznych częściach nosa.



Fot. 7a.



Fot. 7b.





L. WŁODARCZYK

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.

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.

Rzadki objaw w cukrzycy

Podał:

DR. SZYMAŃSKI (Suwałki).

Do rzadkich objawów u djabetyków należą krwotoki: z nosa, gardła i innych organów. O objawach tych mało się słyszy a wcale o nich nie wspominają nawet dość obszerne podręczniki specjalnej patologji. A przecież zdarza się, że dopiero uporczywe krwawienie naprowadza lekarza na wykrycie cukrzycy u pacjenta. Taki właśnie ciekawy przypadek i my możemy tu przytoczyć. Otóż chory, do którego zostałem wezwany ma lat 70, wygląd ma świeży, zdrowy, znam go już od dłuższego czasu, cierpi na rozedmę płuc. Teraz uskarża się na parcie na mocz, ale zamiast moczu odchodzi krew. I rzeczywiście co 15 — 20 min. oddaje bardzo krwawy mocz i przytem odczuwa nieznaczne pieczenie w członku. Badanie podmiotowe nic szczególnego w organach resp. drogach moczowych nie wykazało. Zaordynowałem odpowiednie środki przeciwko haematurji, a po makroskopowym zniknięciu krwi z moczu poleciłem przeprowadzić dokładne badanie moczu, które też, oprócz pojedyńczych krwinek, żadnych patologicznych elementów z dróg moczowych nie wykazało, natomiast wykryto 0,2% cukru gronowego. Dodać należy, że parcie krwi pg. Riva-Rocci wynosiło 145 mm. Hg., Serce bez znaczniejszych zmian. Niewątpliwie, że i w tym przypadku hyperglikemja odegrała główną rolę przy powstawaniu krwawienia (z pęcherza lub wyższych odcinków). Notowane są w literaturze przypadki rozmaitych krwawień u djabetyków z miażdżycą i wysokim ciśnieniem krwi, u których za pomocą insuliny udało się obniżyć hyperglikemję i zmniejszyć krwawienie, ciekawe jest, że na ciśnienie krwi insulina żadnego wpływu nie wywierała. Zdarzały się również przypadki krwawień u djabetyków z hypotenzją. I tu udawało się opanować krwawienia z pomocą insuliny, a ciśnienie krwi pozostawało bez zmian. Takie obserwacje prowadzą do wniosku, że pod wpływem hyperglikemji czas krzepnięcia krwi wydłuża się, co się też daje udowodnić doświadczalnie in vitro. Niewątpliwą rzeczą jednakowoż jest, że nie tylko hyperglikemja jako taka stanowi przyczynę rozmaitych krwawień u djabetyków, lecz w grę tu napewno wchodzi i dysfunkcja trzustki.

OPOZONES LUMIÈRE

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.

CRYPTARGOL LUMIÈRE

SÓL SREBROWA SIARCZANU SODOWEGO TIOGLICERYDU

OVULUS, 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. Owrzodzenie (grużlica). 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

O dawkowanie heroiny

Podał:

Dr. **A. SIANOWSKI** (Król.-Huta).

Przy przeglądaniu spisu wstrzykiwań podskórnych, wyrabianych przez różne laboratorja farmaceutyczne polskie, zwróciła uwagę moją nadzwyczaj wysoka dawka Heroinum hydrochloricum, która wynosi w ampułkach w I c. ctm. — 0,01 gr. aż do 0,02 gr., podczas gdy farmakopea niemiecka np. ustaliła dawkę na 0,003, najwyższą na 0,005 gr., przy maksymalnej dziennej dawce 0,015. Dziwiło mnie, że dotychczas nikt z internistów nie zabrał głosu w tej sprawie, stąd wnioskowałem, że preparat ten nie jest u nas widocznie stosowany, boć przecie inaczej tak wysoka dawka musiała niewątpliwie w którymś z przypadków wywołać objawy zatrucia. Pocieszałem się, że prawdopodobnie w ampułkach jest Heroiny mniej, niż podano na etykiecie. Ale wiedząc o tem, że preparat ten jest kilkakrotnie silniejszym środkiem od morfiny, przytem prędko działającym, i przyzwyczajenie się do niego jest szybsze i groźniejsze niż do morfiny, zwróciłem się celem wyświetlenia wysokości dawki do jednego z naszych laboratorjów z prośbą o wyjaśnienie, czy czasem nie popełniono błędu, ustalając tak ogromnie wysoką dawkę heroiny. Ku mojemu zdziwieniu odpowiedziano mi, że to ja właśnie jestem tym, który jest w błędzie, bo dawka m i n i m a l n a heroiny jest 0,01 gr.

Natenczas zainterpelowałem instytut farmakologiczny uniwersytetu w Wiedniu, skąd doc. dr. A. Mayrhofer nadesłał mi nader wyczerpującą odpowiedź, którą tu przytaczam:

„W farmakopei austrjackiej (tom 8-y) m a k s y m a l n a dawka dla Morphium diacetylicum była ustalona na 0,01 gr., przy zużyciu 0,05 gr. na dzień. Farmakopea ta atoli z r. 1906 dotyczyła oficjalnego preparatu Morphium diacetylicum (Heroin). W krótkim czasie przekonano się, że środek ten jest nadzwyczaj trujący i w nowych podręcznikach już uwzględniono ten szczegół, tembardziej, że do skarbca środków lekarskich przyjęto nie heroinę, jako taką, a Diacetylmorphium hydrochloricum, czyli Heroinum hydrochloricum, dla którego to środka farmakopea niemiecka ustaliła już dość dawną maksymalną dawkę 0,005 gr. przy dziennej dawce 0,015 gr. Na zasadzie wagi molekularnej, obecnie w Austrji obowiązuje maksymalna dawka dla oficjalnego Morphium diacetylicum 0.0039 gr., czyli na dzień — 0,0017 gr".

Jednem słowem, widocznie nie wszystkie nasze laboratorja farmaceutyczne są obznajmione z tym stanem rzeczy i dlatego należy bezwarunkowo wycofać ampułki z dawkami 0,01 — 0,02 gr., jako trujące i niebezpieczne (za wyjątkiem może dla zdeklarowanych morfinistów i heroinistów) i wprowadzić ostatecznie ustaloną dawkę 0,003 — 0,005 gr.

KSIĘGARNIA

FRANCUSKO-POLSKA

WARSZAWA, WIDOK 8

WYPRZEDAJE ZAPASY

KSIĄŻEK LEKARSKICH

FRANCUSKICH I POLSKICH PO CENACH ZNIŻONYCH.

JAKOTEŻ KSIĄŻKI NAUKOWE, POWIEŚCI i t. p.

Zniżka od 15% do 25%. — Tania sprzedaż trwać będzie do 10-go Marca.

NIEZAWODNE LEKI KRĘTKOBÓJCZE

w KILE, DURACH I ZIMNICY

do stosowania śródmięśniowo:

„QUINBY SOLUBLE"

SOLUTIO AQUOSA

CHININI-JODO-BISMUTICI

Bezbarwny, nie plami, nie tłuści, nie drażni.

„Q U I N B Y"

EMULSIO OLEOSA

CHININI-JODO-BISMUTICI

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, 6-10-42

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Niedokrwistość w zapaleniu nerek. (L'anémie Brightique). E. T a r e j e w.

Arch. des Mal. du Coeur, Nr. 10. r. 1931.

Początkowo we Francji a następnie i w innych krajach zwrócono uwagę na niedokrwistość, występującą w przebiegu chorób nerek. Autor zbadał około 100 przypadków rozmaitych chorób nerkowych i przyłącza się do zdania poprzednich autorów, stwierdzając częstość występowania niedokrwistości w chorobie Bright'a. Autor stwierdził też, że niedokrwistość, która występuje w zapaleniu nerek z azotemją, nie polega na rozcienczeniu krwi, lecz na istotnem zmniejszeniu się liczby krwinek i hemoglobiny. Wobec powyższego faktu należało rozwiązać zagadnienie, czy przyczyna niedokrwistości jest jakiś czynnik hemolityczny, czy też chodzi o niedomogę wytwórczą szpiku kostnego, przyczem rozpad krwinek przebiega w sposób prawidłowy.

Dla rozwiązania powyższego pytania autor dokonał całego szeregu badań, a mianowicie oznaczał: 1). hemoglobinurję i hemoglobinemję, 2). zawartość bilirubiny we krwi, 3). zawartość bilirubiny w żółci i sterkobilinę w kale, 4). hemosiderozę narządów, 5). obecność ciałek jądrzastych i retikulocytów w rozmazie krwi, 6). wymianę gazową krwinek, 7). osmotyczną odporność krwinek, 8). zawartość hemoglobiny w krwinkach, 9) anizocytozę krwinek i 10). powiększenie się śledziony. Obok powyższych badań autor przeprowadzał dokładne badania, dotyczące samego schorzenia nerek.

W wyniku tych badań autor dochodzi do wniosku, że w zapaleniach nerek istnieje prawdziwa niedokrwistość, która nie jest wywołana rozcienczeniem krwi; następnie, że przyczyną tej niedokrwistości jest niedomoga wytwórczości szpiku kostnego, która prawdopodobnie zależy od zatrucia ze strony przewodu pokarmowego, jakby na to wskazywały badania chemiczne osocza krwi.

Nadto autor stwierdził, że bardzo często w przebiegu mocznicy spotyka się leukocytozę, która u dzieci może dochodzić do 42,100 ciałek białych. Obraz białych ciałek krwi wykazuje często limfocytozę, bywa jednak także i leukocytoza obojętnochłonna, przyczem komórki eozynochłonne nie znikają z krwi.

Badania nad mechanizmem opadania krwinek. (Recherches sur le mécanisme de la sedimentation globulaire). C h. A c h a r d, A. C o d o u n i s i E. H a d j i g e o r g e s.

Arch. des Mal. du Coeur, Nr. 11. r. 1931.

Wobec coraz większego znaczenia, jakiego nabiera oznaczanie opadania krwinek, czyli objaw Biernackiego, i to zarówno dla rozpoznania jak i rokowania wielu chorób wewnętrznych, autorowie dokonali szeregu badań dla wyjaśneinia mechanizmu powstawania powyższego objawu.

W tym celu autorowie zbadali u 30-tu chorych i zdrowych bliższe cechy opadania krwinek a nadto oznaczali liczbę krwinek, (w 1 mm³) ich zawartość w hemoglobinę, liczbę ciałek białych, ciśnienie osmotyczne białek surowicy, wzajemny stosunek albumin i globulin w surowicy, wpływ fibrynogenu, zawartość surowicy w ciała tłuszczowate, ilość chloru w osoczu oraz ilość azotu całkowitego, niebiałkowego, wreszcie zasób zasad w osoczu.

Z powyższych badań wynika, że na opadanie krwinek czerwonych wywierają wpływ rozmaite warunki. I tak opadanie krwinek zależy od stosunku globulin do albumin, od liczby krwinek czerwonych i od zawartości ich w hemoglobinę, od ilości azotowych ciał niebiałkowych i od zaburzeń w równowadze kwasowo-zasadowej. Natomiast opadanie krwinek nie zależy od ciał tłuszczowatych ani też prawdopodobnie od ilości chloru w osoczu krwi.

Mechanizm opadania krwinek wydaje się bardzo powikłany i zależny od rozmaitych czynników, między innymi od napięcia powierzchniowego i od ładunku elektrycznego, na co wskazywał *Vlès.*

Nie mniej należy stwierdzić, że zarówno opadanie krwinek, jak i stosunek ciał białkowych w surowicy, wykazują pewną równoległość i zależność od rozmaitych stanów chorobowych. Dla tego też oba badania mogą służyć do pewnego stopnia, jako wskaźniki rozwoju choroby a zarazem mogą być podstawą w rokowaniu i leczeniu rozmaitych cierpień

Szpitalna epidemja wietrznej ospy i zony. (Sur une épidemie hospitaliére de varicelle liée au zona). J. B r a s l a w s k i.

Presse Méd. Nr. 91. r. 1931.

Autor podaje, że na oddziale szkarlatyny w sowieckim szpitalu w Kijowie znajdowała się ośmioletnia dziewczynka, jako rekonwalescentka po szkarlatynie. U tej dziewczynki pojawiła się zona na wysokości 4 i 5 kręgu piersiowego i przebiegała po stronie prawej ku przodowi. Jeden z gruczołów chłonnych pachy był wyraźnie powiększony. Dalszy przebieg choroby zupełnie prawidłowy. Z wywiadów należy podnieść, że ta dziewczynka przed dwoma laty przebyła ospę wietrzną. Autor przypomina, że istnieje zapatrywanie, które łączy etjologicznie oba te cierpienia t. j. ospę wietrzną i zonę. Według tego zapatrywania dzieci, które nie przechodziły ospy wietrznej i są na nią wrażliwe, zapadają na tą chorobą z chwilą zetknięcia się z

chorym na zonę. Autor postanowił przekonać się o powyższym fakcie i umieścił siedmioro dzieci, które dotychczas nie przechodziły ospy wietrznej, na łóżkach sąsiadujących z dziewczynką chorą na zonę. Czworo innych dzieci autor umieścił w tej samej sali, ale po przeciwnej stronie. W następnych dniach siedmiorga dzieci, które sąsiadowały z chorą na zonę, zachorowały na ospę wietrzną. Okres wylęgania wynosił od 16-tu do 18-tu dni. Ten okres inkubacji odpowiada zarówno dotychczasowym obserwacjom, odnoszącym się do związku między zoną a wietrzną ospą, jak i najczęstszemu okresowi wylęgania ospy wietrznej, (najczęściej od 14-tego do 17-tego dnia).

Należy podkreślić, że w szpitalu autora przez ostatnie trzy miesiące nie spostrzegano ani jednego przypadku wietrznej ospy, następnie że szpital ten, jako zakaźny, nie posiada żadnej styczności z zewnętrznym światem. Wreszcie, że dzieci, które zapadły na ospę wietrzną wskutek zetknięcia się z chorobą na zonę, przebywały w szpitalu od 30 do 79 dni ze względu na przebytą płonicę oraz pewne powikłania. Z powyższych danych zatem należy wnosić, że te dzieci nie mogły zarazić się wietrzną ospą w szpitalu inaczej, jak tylko od chorej na zonę i że one same nie znajdowały się w okresie wylęgania ospy wietrznej, wstępując do szpitala.

W tym samym czasie inna dziewczynka, pięcioletnia, zachorowała również na zonę, która przebiegała od 1 i 2 kręgu lędźwiowego ku przodowi. Ta dziewczynka leżała na oddziele płonicy powikłanej błonicą, który to oddział znajduje się w pewnej odległości od oddziału, w którym się zdarzył pierwszy przypadek. Wobec ścisłego odosobnienia obu tych oddziałów, mimo skrupulatnych dochodzeń autorowi nie udało się wykazać zależności między tymi obu przypadkami zony. Natomiast autor przeprowadził dalej swe doświadczenie, które polegało na tem, że przeniósł dzieci, które nie uległy zakażeniu ospą wietrzną, mimo zetknięcia się z chorą dziewczynką na zonę z płonicznego oddziału (może dla tego, że dzieci te były umieszczone nie obok, ale naprzeciw chorej na zonę) — na oddział błoniczo-płoniczy obok drugiej dziewczynki, która niezależnie zachorowała na zone. Dwoje z tych dzieci zapadło na ospę wietrzną a okres wylęgania wskazywałby na to, że uległy one zakażeniu wskutek zetknięcia się z drugą dziewczynką chorą na zone.

W rezultacie tych doświadczeń powstała w powyższym szpitalu kijowskim epidemja ospy wietrznej, która trwała blisko trzy miesiące i dotknęła 34 dzieci.

Powyższe doświadczenia dowodzą, że zona jest cierpieniem zakaźnem, że zarazek zona lub pewnych ich postaci jest analogiczny z zarazkiem ospy wietrznej a, tem samem, doświadczenie to potwierdza zapatrywania Bockay'a i innych. Wreszcie autor zwraca uwagę, że niektóre epidemje wietrznej ospy, jakie pojawiają się w szpitalach lub w przytułkach, czerpią swój początek niezawsze z zewnątrz, lecz być może są dalszym ciągem zony, o której wiadomo, że, zwłaszcza u dzieci, może przebiegać z małemi skargami, prawie niespostrzeżenie.

Zawartość mocznika i chloru we krwi u ludzi chorych na cukrzycę. (Urée sanguine et chlorémie chez les diabétiques). F. Rathery, J. Sigwald i M. Dérot.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 29. r. 1931.

Dotychczas nie badano systematycznie zawartości chloru we krwi u chorych na cukrzycę. *Blum* pierwszy zwrócił uwagę na to, że chorzy na cukrzycę z silnem zakwaszeniem tracą dużo chloru. Ci chorzy, po usunięciu śpiączki przy pomocy insuliny, i będący na djecie pozbawionej soli, wykazują stałe powiększanie się ilości mocznika we krwi; równocześnie pojawia się i białkomocz. Po podaniu soli tym chorym, znika zarówno białkomocz, jak i poziom mocznika we krwi wraca do stanu prawidłowego.

Autorowie w swoich badaniach oznaczali chlor w osoczu, jak i w krwinkach. Badaniom podlegali chorzy na cukrzycę, zarówno w lekkiej postaci, jak i w postaci ciężkiej, chorzy bez zakwaszenia ustroju oraz z zakwaszeniem, w okresie śpiączki cukrzycowej i bez niej. Badano też chorych przed leczeniem zapomocą insuliny, jak i po przeprowadzeniu tego leczenia.

Z badań tych wynika, że u chorych na cukrzycę powiększenie się ilości mocznika we krwi nie pojawia się zbyt często, o ile niema współistnienia cukrzycy z przewlekłem zapaleniem nerek. Zawartość chloru w osoczu jest często poniżej stanu prawidłowego, natomiast zawartość chloru w krwinkach znajduje się często ponad normą. Oba te objawy nie mają jednak żadnego znaczenia dla rokowania, gdyż spotyka się je zarówno u lekko chorych, jak i u ciężko chorych. Nawet śpiączka cukrzycowa, i to śmiertelna, może przebiegać bez wyraźnych zmian w zawartości i rozmieszczeniu chloru we krwi. Nie udało się też wykazać stałego związku z wahaniami mocznika we krwi z jednej strony a zawartością i rozmieszczeniem chloru z drugiej strony.

Zmiany w wydzielaniu żołądka i równowaga białkowo - lipoidowa surowicy krwi w czasie leczenia zapomocą wstrzykiwań pepsyny chorych na wrzód żołądka i dwunastnicy. (Les modifications de la chlorhydrie gastrique et de l'équilibre protido-lipidique de sérum sanguin au cours du traitement des ulcéres gastro-duodénaux et de la dyspepsie hypérsthénique par les injections de pepsine). Débray, Codounis, Antoniou i Hatzigeorges.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 26. r. 1931.

Autorowie zbadali wydzielanie żołądka oraz oznaczali ilościowo albuminy i globuliny, jak też ciała tłuszczowate i cholesterynę w surowicy krwi u 25-ciu chorych na wrzód żołądka i dwunastnicy oraz u 9-ciu chorych, dotkniętych dyspepsia hypersthenica, bez objawów klinicznych i radjologicznych wrzodu. Badania przeprowadzano przed leczeniem, oraz po przeprowadzeniu leczenia, które polegało na domięśniowych wstrzykiwaniach pepsyny trzy razy na tydzień. Leczenie przeprowadzano seryjnie, przyczem pierwsza serja składała się z 15-tu wstrzykiwań. O ile chorzy pozostawali dłużej w obserwacji, wówczas przeprowadzano drugą serję wstrzykiwań, składającą się z 12-tu lub 15-tu dawek pepsyny, przyczem wstrzykiwania dokonywano dwa razy na tydzień. Po drugiej serji powtarzano znowu badania.

W streszczeniu wyniki badań autorów przedstawiają się następująco:

W większości przypadków wrzodu żołądka i dwunastnicy leczenie zapomocą pepsyny sprowadziło zmniejszenie się zawartości kwasu solnego w treści żołądkowej. To obniżenie się kwasowości treści żołądkowej pojawia się po dwóch lub trzech tygodniach, po zmniejszeniu lub ustąpieniu bólów. Stosunek ciał białkowych w surowicy krwi chorych na wrzody nie ulega zmianie. W czasie leczenia jednak, być może pod wpływem lepszego odżywiania się chorych, pojawia się zwiększenie zawartości białka w surowicy, co zależy przedewszystkiem od zwiększenia się globulin, których ilość może wzrosnąć dwukrotnie w porównaniu z ich zawartością przed leczeniem. Powyższa zmiana jest jednak przejściowej natury i w 4 do 6 tygodni ustępuje, mimo dalszego leczenia zapomocą pepsyny. Leczenie zapomocą pepsyny nie wywołuje żadnych zmian w wydzielaniu żołądka ani w stosunkach białka surowicy u ludzi zdrowych lub też u chorych, dotkniętych dyspepsia hypersthenica, bez wrzodu.

Zachowanie się równowagi ciał lipoidowych w surowicy krwi i ewentualne ich wahania pod wpływem leczenia zapomocą pepsyny nie pozwalają na wyprowadzenie żadnych wniosków.

Badania kliniczne nad wagotoniną u chorych na cukrzycę. (Essais cliniques de la vagotonine de Santenoise chez les diabetiques). F. Rathery i M. Derot.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 26. r. 1931.

Autorowie stosowali u chorych na cukrzycę wyniszczającą nowy hormon, wyodrębniony przez *Santenoise'a* pod nazwą wagotoniny.

W doświadczeniu hormon ten, wyodrębniony z trzustki, wykazuje działanie odmienne od insuliny. Wagotonina ma wywierać wybiórczy wpływ na nerw błędny i tą drogą wpływać na tworzenie się glykogenu w wątrobie oraz na przemianę węglowodanów w ustroju.

Według *Santenoise'a* wagotonina ma obniżać poziom cukru we krwi na czas dłuższy niż insulina. Następnie ma działać odmiennie niż insulina, wreszcie ma zmieniać odruch oczno-sercowy.

Autorowie stosowali powyższy lek, przesłany im w ampułkach przez *Santenoise'a*. Ampułka zawiera w 1 ccm 10 jednostek insuliny i 2 mlgr. watagoniny. Dotychczas nie udało się całkowicie wyodrębnić watogoniny.

Autorowie w swoich badaniach podawali chorym preparat, dostarczony przez *Santenoise'a*, naprzemian z insuliną w rozmaitych dawkach i w różnym porządku. W czasie tych badań oznaczono zawartość cukru w moczu, zawartość acetonu i kwasu betaoksymasłowego w moczu, poziom cukru we krwi (wszystkie badania ilościowo) oraz badano odruch oczno-sercowy.

Autorowie dochodzą do wniosku, że preparat dostarczony przez *Santenoise*, nie dał w powyższych badaniach na ludziach takich wyników, jakie otrzymano w doświadczeniach na zwierzęciu. Preparat ten wywiera niewątpliwy wpływ na zachowanie się odruchu oczno-sercowego, natomiast nie zmienia ani poziomu cukru we krwi ani natężenia cukromoczu oraz wydzielania ciał ketonowych. Być może, że stosowanie wagotoniny w stanie bardziej oczyszczonym da lepsze wyniki. Należy podkreślić, że w niektórych przypadkach omawiany preparat dawał podobne wyniki, jak sama insulina, jakkolwiek dawka insuliny w tym preparacie była niższa od dawki insuliny, stosowanej osobno. W obecnej chwili wagotonina *Santenoise'a* nie przedstawia dla celów praktycznych większej wartości, niż insulina. Stosowanie wagotoniny przedstawia też pewne niebezpieczeństwo, które nie zależy jednak od hypoglykemji.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Nagły obrzęk płuc w przebiegu odry (oedème aigu du poumon au cours de la rougeole). P. Nobécourt et Jean Lereboullet.

Archives de Méd. des enfants. Nr. 8. 1931.

Wśród powikłań płucnych, które pogarszają rokowanie w przebiegu odry, pierwsze miejsce zajmuje odoskrzelowe zapalenie płuc. Mniej znanem jest inne powikłanie, a mianowicie obrzęk płuc, który zdarza się rzadziej lecz zwykle bywa nieodróżniany od zapalenia płuc. Odróżnienie to jest ważne ze względów także praktycznych, gdyż odpowiednie leczenie w obrzęku dość szybko może dać wyniki pomyślne, czego mniej spodziewamy się w poodrowem zapaleniu płuc.

Objawy obrzęku płuc występują zwykle na szczycie okresu wysypkowego odry, zawsze nagle i nieoczekiwanie i to stanowi główną cechę rozpoznawczo-różniczkową. Zjawia się wybitna duszność cechująca się znacznem przyśpieszeniem oddechu, poruszaniem skrzydeł nosa, wciąganiem w dołkach nadobojczykowych i jarzmowym, sinicą na twarzy i kończynach. Kończyny są zimne, dziecko niespokojne; kaszlu i wykrztuszania może prawie nie być. Tętno przyśpieszone do 140 — 160 na minutę, czasami nieregularne. Ciepłota daje skok powyżej przeciętnej dotychczasowego przebiegu. Przy badaniu płuc stwierdza się: odgłos wypukowy nadmiernie jawny (rozedma), osłabienie szmerów oddechowych i przedewszystkiem rozsiane drobne rzężenia trzeszczące (subcrepitatio) w obu płucach szybko posuwające się od dołu ku górze. Wysłuchiwanie serca stwierdza prócz przyśpieszenia rytmu, osłabienie tonów i czasami niemiarowość. Stan ten szybko może doprowadzić do wyczerpania układu krążenia i zejścia śmiertelnego.

Jeżeli natychmiastowe leczenie przezwycięży pierwsze alarmujące objawy obrzęku, pozostaje jeszcze dalsza możliwość wystąpienia istotnych zmian zapalnych w płucach.

Jednak dość często pod wpływem leczenia powikłanie to idzie w kierunku wyzdrowienia, które następuje stopniowo w ciągu kilku dni.

Z opisu objawów wynika, że rozpoznanie nie jest trudne o ile lekarz jest obecny na początku nagłego wystąpienia duszności w przebiegu odry. Później odróżnienie obrzęku płuc od bronchiolitis suffocativa może nastręczać trudności.

Różniczkowo, za bronchiolitis przemawiają: wiek — przeważnie niemowlęcy, — mniej nagły początek, objawy osłuchowe (prócz drobnych rzężeń o zmiennem umiejscowieniu, rzężenia średnio-

bańkowe, świsty i furczenia rozsiane wszędzie) i wreszcie brak wyraźnej poprawy po leczeniu.

Różniczkowanie utrudnia istnienie stanów przejściowych, mieszanych, w których czynnik zapalny dołącza się do obrzęku, lub obrzęk bierze górę w przebiegu nieżytu oskrzelikowego.

Etjologicznie, zjawianie się obrzęku na początku okresu wysypkowego odry, brak jakichkolwiek dodatkowych zakażeń, przemawiają za udziałem samego jadu odrowego w występowaniu tych stanów.

Obrzęki płuc w przebiegu odry zdarzają się szczególnie w sezonie schorzeń dróg oddechowych i przy skojarzeniu się epidemji odry i grypy.

Leczenie obejmuje trzy zasadnicze wskazania: odbarczenie płuc, podtrzymanie krążenia, ułatwienie wymiany gazowej w tkance płucnej. Wskazaniom tym odpowiada następujące postępowanie:

1) Przedewszystkiem znaczny upust krwi, najlepiej za pomocą nacięcia żyły (venaesectio); w razie niemożności wykonania tego zabiegu należy uciec się do licznych i powtórnych baniek ciętych, gdyż upust krwi powinien być znaczny (100 — 150 gr.) Hydroterapja, w postaci kąpieli ciepłych i gorczycznych, zawijań wilgotnych całego ciała, powtarzanych kilka razy dziennie wzmaga działanie odbarczające upustu krwi.

2) Wśród środków nasercowych, autorzy na pierwszem miejscu stawiają ouabaïnę w dawce od ⅛ — ¼ milligrama (dożylnie), lub w razie niemożności wykonania zabiegu u dziecka, podawanie digitaliny ($^1/_{1000}$), w dawce od II — V kropli 2 razy dziennie, w ciągu 5 dni; dalej sparteina i camphora podskórnie.

3) Duże znaczenie ma także stosowanie tlenu, najlepiej za pomocą aparatów tlenowych umożliwiających długotrwałe wdechanie dużych dawek.

Okres wylęgania w odrze. (La période d'incubation de la rougeole). P. Lereboullet et P. Baizé.
Archives de Méd. des enfants. Nr. 8. 1931.

Według autorów klasycznych okres wylęgania w odrze przebiega bez żadnych objawów. W czasach nowszych niektórzy zwrócili uwagę na pewne zaburzenia, które można czasami spostrzegać w okresie od chwili zakażenia się odrą, do wystąpienia pierwszych charakterystycznych zwiastunów. Zaburzenia w okresie wylęgania mają polegać na lekkich stanach podgorączkowych, zmęczeniu, braku łaknienia, lekkim nieżycie nosa, suchym kaszlu, przejściowem zaczerwienieniu gardzieli, powiększeniu gruczołów chłonnych na szyi, spadaniu na wadze, leukocytozie wielojądrzastej we krwi.

W celu sprawdzenia tych danych, autorzy mając okazję klinicznej obserwacji dzieci od chwili kontaktu z odrą, aż do chwili wystąpienia pierwszych wyraźnych objawów, poddali dokładnym badaniom 29 dzieci.

Z licznych objawów okresu wylęgania wymienionych wyżej, autorzy wyodrębnili jako dość stałe (w 62%) i charakterystyczne dla odry — trzy objawy: gorączkę, utratę wagi i leukocytozę wielojądrzastą we krwi.

Okres wylęgania wynosił 9 — 11 dni do chwili wystąpienia pierwszych zwiastunów, 14 dni ściśle do chwili zjawiania się wysypki odrowej, jak i u autorów klasycznych.

Autorzy stwierdzili wzniesienia ciepłoty w 11 przypadkach (38%). Krzywa ciepłoty może wypaść trojako:

1) Ciepłota stale lekko podgorączkowa przez cały czas okresu wylęgania (do 37.5°).

2) Mogą wystąpić pojedyńcze, jednodniowe wzniesienia ciepłoty do 38.5° — 39.5° — czwartego — szóstego dnia okresu wylęgania.

3) Ciepłota przez cały czas okresu wylęgania nieregularna, zwalniająca, dochodząca do 38° — 38.5°.

Utratę wagi spostrzega się przeważnie u niemowląt, poczynając od 3 — 5 dnia okresu wylęgania. Utrata może dochodzić według *Meunière'a* do 60 grm. dziennie. Osobiście autorzy spostrzegali spadek wagi tylko w trzech przypadkach, tak że uważają oni objaw Meunière'a za niestały.

Natomiast badania krwi potwierdziły spostrzeżenia poprzednie. Na 12 badanych w tym kierunku przypadków w 7-miu była wyraźna leukocytoza wielojądrzasta (powyżej 12.000), w trzech — lekka (powyżej 9000).

W okresie zwiastunów leukocytoza ustępuje miejsce nagłej leukopenji (o ile niema powikłań).

Objawy okresu wylęgania wskazują, że natychmiast od chwili kontaktu z jadem odrowym rozpoczyna się walka i pewne przestrajanie się ustroju. Rozpoczyna się wytwarzanie przeciwciał, które w pewnym momencie wywołują rozpuszczanie drobnoustrojów (lysis), wyzwalają jady, i ustrój wtedy dopiero reaguje odczynem, który klinicznie nazywamy początkiem choroby.

Zapalenie opon i mózgu poodrowe. (La méningo-encéphalite après rougeole). L. Morquio.
Archives de Méd. des enfants. Nr. 5. 1931.

Autor, na podstawie danych z literatury i obserwacji 8 przypadków własnych, omawia rzadko występujące ale ważne praktycznie powikłania po odrze, przebiegające pod postacią zespołów oponowo-mózgowych. Zespoły te objawowo mogą przypominać:

1) Odmiany rdzeniowe i opuszkowe choroby Heine-Medin'a.

2) Encephalitis diffusa.

3) Encephalitis circumscripta z objawami porażenia połowicznego (hemiplegia).

4) Gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Według własnych spostrzeżeń autora, powikłania nerwowe po odrze występują prawie zawsze przy końcu okresu wysypkowego. Objawy zazwyczaj występują nagle w postaci gorączki, bólów głowy, wymiotów i przedewszystkiem drgawek.

Drgawki mogą być uogólnione, przypominające padaczkę, ale trwające godzinami i dniami bez przerwy lub z przerwami, przy zamroczeniu świadomości i z następową śpiączką (coma). Innym razem drgawki są częściowe i dotyczą połowy ciała, poprzedzając wystąpienie porażenia połowicznego (hemiplegia).

Z objawów oponowych mogą być obecne: sztywność karku, objaw Kernig'a. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego stwierdza odczyny globulinowe dodatnie i umiarkowaną limfocytozę.

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, POSTRZAŁE, NERWOBÓLACH, MIGRENIE i t. p.).

Postaci:

Pulvis Cryogénine do receptury: proszków, czopków, pigułek, zawiesin i t. p.

Comprimés { **Cryogénine** á 0,50 grm. / **Cry** „ 0,25 „
W rurce 10 tabletek.

Cachets { **Cryogénine** á 0,50 grm. / **Cryogénine** „ 0,25 „
W rurce 10 opłatków.



Skład główny **L. NASIEROWSKI** **Kaliska 9.**
Tel. 9.24.39 i 9.30.42.

Mimo ciężki okres kliniczny, stany te w większości przypadków kończą się wyzdrowieniem, aczkolwiek nie są wykluczone pozostałości chorobowe w sferze nerwowo-ruchowej i umysłowej.

Różniczkowo należy przedewszystkiem wykluczyć odrowe schorzenie ucha środkowego, które zwłaszcza u dzieci może dawać objawy mózgowe, zwykle przejściowe zależne li tylko od obocznego przekrwienia i obrzęku wewnątrzczaszkowego.

Odróżnienie od częściej spotykanego po odrze gruźliczego zapalenia opon może nastręczać duże trudności i powinno opierać się na badaniu mikroskopowo-biologicznem płynu mózgowo-rdzeniowego, skórnych odczynach tuberkulinowych u dziecka, a wreszcie na przebiegu, którego pomyślne zakończenie wyklucza schorzenie gruźlicze opon. Te stany oponowe-mózgowe w związku z odrą mogą znaleźć tłomaczenie dwojakie: albo schorzenie dołącza się przypadkowo do odry i wywołane jest przez dodatkowe zakażenie banalne, — lub też jest wyrazem swoistego neurotropowego działania jodu odrowego występującego w pewnych nieznanych jeszcze okolicznościach pod postacią meningo-encephalitis postmorbillosa. Autor skłania się bardziej do tego ostatniego przypuszczenia.

Zapalenie płuc „nieme" u dzieci. (La pneumonie silencieuse de l'enfant). G. Mouriquand et J. Savoye.
Journal de Médecine de Lyon. Novembre 1931.

Zapalenie płuc płatowe u dzieci nie posiada tak jednolitej symptomatologji jako u dorosłych. U dzieci istnieje postać zapalenia płuc, którą można nazwać „niemą", i która cechuje się brakiem zwykłych objawów ogólnych, prócz tego badanie rentgenologiczne daje typowy cień w kształcie trójkąta, — lecz to są jedyne aczkolwiek zasadnicze objawy.

Do kategorji bezobjawowych zalicza autor te zapalenia płuc u dzieci, w których badanie fizykalne nie stwierdza ani wyraźnego stłumienia, ani oddechu oskrzelowego ani trzeszczeń, przy wyraźnych jednocześnie i typowych obrazach rentgenologicznych.

Zapalenia płuc bezobjawowe można podzielić na trzy grupy:

1) Zapalenia, przebiegające bezobjawowo przez cały okres ochoroby.

2) Zapalenia przebiegające bezobjawowo tylko w ciągu pierwszych dni choroby.

3) Zapalenia paradoksalne, przy których badanie kliniczne stwierdza objawy fizykalne po stronie przeciwnej, niż wskazuje obraz rentgenologiczny (istotna pneumonia-hepatisatio — po stronie cienia rentgenologicznego; splenisatio lub congestio po stronie przeciwnej).

Zapalenia płuc „nieme" są naogół rzadkością; autor w ciągu 5 lat zebrał tylko 15 przypadków. Typowe zapalenia płuc płatowe są jak wiadomo rzadsze u niemowląt, niż u dzieci starszych. Natomiast postacie „nieme" zdarzają się częściej wśród materjału niemowlęcego, z najczęstszem umiejscowieniem ich w szczycie po stronie prawej.

Zapalenia płuc płatowe „nieme" są to więc postacie spotykane przeważnie w prawym szczycie u niemowląt i dzieci drobnych.

Ogólne objawy są jak w pneumonji typowej: nagły początek, wysoka stała ciepłota, kaszel umiarkowany, suchy; oddech powierzchowny; czasami herpes labialis; czasami na pierwszy plan występują objawy nerwowe i oponowe.

Badanie fizykalne natomiast wypada ujemnie: brak istotnego stłumienia. brak oddechu oskrzelowego. Jeżeli badanie rentgenologiczne nie jest wykonane, — rozpoznanie pozostaje nie ustalone.

Ważną więc jest rzeczą ustalić czy niema jakichkolwiek objawów dyskretnych, które pozwoliły by uniknąć błędów. Autor sądzi, że w większości przypadków takie dyskretne objawy istnieją i pozwalają na przypuszczalne ustalenie rozpoznania. Do nich należą:

1) Lekkie ściśle ograniczone przytłumienie.
2) Osłabienie szmeru oddechowego.
3) Wzmożenie przewodnictwa krzyku dziecka.

Aby uchwycić drobne różnice opukowe, należy opukiwać w przerwach między krzykiem, starannie porównując dźwięk po jednej i po drugiej stronie. Należy opukiwać lekko i powierzchownie. Miejsce przytłumienia może być bardzo ograniczone. należy opukiwać nie tylko z tyłu, ale także pod obojczykiem i zwłaszcza pod pachą. U dzieci częste są bowiem ogniska przednio-pachowe.

Osłabienie szmeru oddechowego występuje wcześnie. Stwierdzenie tego jest trudne, gdyż osłabienie szmeru może zajmować także miejsce ograniczone, i może być zamaskowane oboczną rozedmą.

Najpewniejszym i najlepszym objawem, który występuje we wszystkich przypadkach jest wzmożenie przewodnictwa krzyku dziecka.

Po stronie chorej, krzyk jest dźwięczniejszy, wyraźniejszy i jakby bliższy ucha. Objaw ten stwierdza się łatwo, gdyż niemowlę prawie zawsze krzyczy w czasie badania.

U dzieci starszych, które nie krzyczą, należy osłuchiwać głośno wymawianą samogłoskę *i*. Nad płucem chorem dźwięk ten nie tylko słyszalny jest wyraźniej, lecz przekształca się w dźwięk *e* lub *a*. natomiast po stronie zdrowej dźwięczy wyraźnie jak *i*.

Według autora, zapalenia płuc „nieme", dają lepsze rokowanie niż zwykłe, co może jest zależne od częstego umiejscowienia ich w prawym szczycie; umiejscowienie to zwykle daje lepsze rokowanie w płatowych zapaleniach płuc *(Weil* i *Mouriquand)*. Rozpoznając więc pneumonję „niemą", tem samem stawiamy dobre rokowanie. Czas trwania choroby wynosi jak zwykle od 6 do 11 dni.

Insulina w leczeniu przewlekłych stanów wyniszczenia u niemowląt. (L'insuline dans le traitement des états prolongés de dénutrition chez le nourrisson). P. Bertoye.
Pédiatrie, Nr. 7. 1931.

Stany wyniszczenia u niemowląt są bardzo częste i stanowią poważne źródło znacznej śmiertelności w tym wieku. Omawianie tych stanów utrudnia brak jednolitego mianownictwa i ścisłego ujęcia cech różniczkowych przez różne szkoły pedjatryczne.

Odżywianie odgrywa główną rolę w zapobieganiu i leczeniu stanów wyniszczenia u niemowląt. Sposoby odżywiania ustalone na podstawie długoletnich ścisłych badań fizjologicznych stanowią podstawę postępowania leczniczego, bez której niema mowy o skutecznem leczeniu wyniszczenia.

Lecz w przypadkach wybitnego wyniszczenia, sama djetetyka czasami nie wystarcza i musi być

wtedy wspomagana przez leczenie dodatkowe, aktywujące ustrój, jak wstrzykiwania rozczynów soli, surowicy, wyciągów tarczycowych, insuliny.

Autor w swej pracy omawia wyłącznie leczenie insuliną, którą stosował w licznych przypadkach wyniszczenia u niemowląt i która naogół dała mu doskonałe wyniki.

I. Technika.

1) *Konieczność dowozu węglowodanów.*

Insulina wywołuje obniżenie miana cukru we krwi: jest to podstawa jej skutecznego działania. Wstrzyknięcie insuliny niemowlęciu wyniszczonemu wywołuje u niego hypoglykemję występującą przeciętnie w 1½ godziny po podaniu insuliny. Nie można z góry przewidzieć stopnia tej hypoglykemji na podstawie dawki, gdyż odczyn ten waha się znacznie w zależności od czynników osobniczych. O ile poziom cukru we krwi obniży się poniżej 0.35 na litr osocza, wtedy mogą wystąpić niepożądane a nawet groźne objawy, które tylko natychmiastowe wprowadzenie do ustroju cukru może zwalczyć. Aby uniknąć wszelkich niespodzianek należy jednocześnie z podaniem insuliny zabezpieczyć niemowlęciu dostateczny dowóz węglowodanów.

W tym celu wstrzykiwano rozczyny glukozy podskórnie, dootrzewnowo lub dożylnie. Wstrzykiwania u niemowląt nie są pozbawione stron ujemnych. Dootrzewnowo i dożylnie można wstrzykiwać rozczyny hypertoniczne (10%; 30%), podskórnie — tylko izotoniczne (4.7 grm. na litr). Wstrzyknięcie dożylne u niemowlęcia napotyka na duże trudności techniczne; wstrzyknięcie dootrzewnowe jest łatwiejsze, lecz nie jest absolutnie pozbawione pewnego ryzyka. Wstrzykiwanie podskórne jest wprawdzie łatwe, lecz mimo rozczynów izotonicznych daje czasami u niemowląt wyniszczonych bolesne odczyny zapalne w tkance podskórnej.

Z tych względów autor nie stosuje wstrzykiwań. Należy je zachować tylko na wypadek zupełnej nietolerancji żołądkowej (uporczywe wymioty). Sposób najprostszy i zupełnie wystarczający jest podawanie rozczynów cukru zwykłego (lub glukozy) doustnie. Dawkę wynoszącą przeciętnie 15 gram. należy podać niemowlęciu na krótko przed wstrzyknięciem insuliny, aby glykemja pokarmowa przypadła na okres hypoglykemji insulinowej.

Wprowadzenie cukru ma na celu więcej, niż uuniknięcie wszelkich zaburzeń; stanowi bowiem już samo część nieodłączną leczenia stanów wyniszczenia. Wiadomo oddawna, że powiększenie racji węglowodanowej (nawet bez insuliny) działa leczniczo w stanach wyniszczenia. W tym celu, autor dawkę doustną cukru (15 gram.) powtarza kilka razy dziennie przed karmieniem, nawet wtedy jeżeli nie towarzyszy temu wstrzyknięcie insuliny.

2) *Sposoby podawania insuliny i dawkowanie.*

Insulinę należy wstrzykiwać domięśniowo lub podskórnie. Doświadczenie autora nakazuje mu polecać dawkowanie następujące: jedna jednostka insuliny na każde kilo wagi niemowlęcia. Dawka ta nie ma w sobie nic absolutnego lecz przekraczać ją można tylko zachowując wielką ostrożność. Na początku leczenia, poleca nawet autor nie zastrzykiwać całej dawki obliczonej na kilo wagi, lecz mniej, aby przekonać się o wrażliwości. Wstrzykuje się raz dziennie całą dawkę, na początku codziennie, później co 2-gi dzień ogólnie 10 — 15 wstrzyknięć. Serję tych wstrzyknięć można powtarzać w ciągu 1 — 2 miesięcy.

Ewent. lekkie objawy hypoglykemiczne cechują się bladością i pewnym niepokojem dziecka w godzinę — dwie po wstrzyknięciu insuliny. W postaciach ciężkich występuje wybitna bladość, pocenie się, drżenie mięśniowe, czasami drgawki i wreszcie śpiączka (coma). Zwalczyć objawy hypoglykemiczne można podając natychmiast cukier doustnie lub podskórnie. Stosując jednakże technikę ostrożnego stopniowego dawkowania w połączeniu z węglowodanami unika się wszelkich zaburzeń. Nie należy podawać insuliny w czasie gorączki, gdyż wtedy gospodarka węglowodanowa ustroju może ulegać odchyleniom od normy. *Salvioli* wykazał, że wprowadzenie insuliny do odbytu może (do pewnego stopnia) zastąpić wstrzykiwania, gdyż stwierdzano wtedy obniżanie się miana cukru we krwi. U dzieci w 2-m — 3-m roku życia podaje się w ten sposób w lawatywce, raz dziennie — 10 jedn. insuliny + 25 gram. glukozy. Sposób ten ma dawać dobre wyniki przy uporczywem braku łaknienia i lekkich stopniach wyniszczenia. *Salvioli* sądzi, że sposób ten nadaje się także w przypadkach t. zw. wymiotów acetonemicznych u dzieci i w t. zw. „zatruciach pokarmowych" u niemowląt.

II. Wskazania do stosowania insuliny i wyniki.

Stany przewlekłego wyniszczenia u niemowląt nie dają jednolitego obrazu klinicznego. Aby uniknąć nieporozumień co do wskazań i wyników przy stosowaniu insuliny, — autor omawia różne cechy stanów wyniszczenia. Charłactwem nazywa autor wyniszczenie spowodowane stałem działaniem na ustrój czynnika chorobowego wywołującego zaburzenia w gospodarce odżywiania (naprz. gruźlica). Stany te kończą się niepomyślnie wskutek niemożności usunięcia zasadniczej przyczyny i w tych wypadkach leczenie fizjologiczne nie może liczyć na powodzenie.

Drugą grupę stanów wyniszczenia u niemowląt stanowi t. zw. atrepsja i hypotrepsja. Pierwszy stan jest krańcowem nasileniem drugiego. Ogólną cechą obu stanów jest występowanie u niemowląt w pierwszych miesiącach życia, gdy ważne narządy nie posiadają jeszcze stałej równowagi czynnościowej, a muszą podołać wzmożonym zapotrzebowaniom szybko rozrastających się tkanek.

Atrepsja jest więc wyrazem najwyższego stanu przewlekłego wyniszczenia niemowlęcia. Klinicznie cechuje się zniknięciem ostatnich rezerw tłuszczowych ustroju (na twarzy); stąd charakterystyczny starczy lub małpi wygląd twarzy niemowlęcia. Stan ten różni się biologicznie od zwykłego niedożywienia tem, że ubytek wagowy przekracza 36% *(Chossat, Mouriquand)*; ulega nagłemu obniżeniu przemiana podstawowa (metabolismus basalis); wreszcie cechuje go t. zw. „odczyn paradoksalny" *Finkelstein'a:* zwiększenie odżywiania nie powstrzymuje postępów wyniszczenia, a nawet go przyśpiesza.

W hypotrepsji, mimo zaniku tkanki tłuszczowej na tułowiu i kończynach, — twarz nie ma wyglądu starczego i pomarszczonego. Mimo znacznej utraty wagi, wzrost dziecka na długość odbywa się dalej, kosztem własnych tkanek; ubytek wagi nie przekracza 36%; przemiana podstawowa jest normalna; „odczyn paradoksalny" nie występuje.

W klasyfikacji wyniszczenia, autor odróżnia jeszcze t. zw. hypotrofję, czyli zwykłe stany niedożywienia u niemowląt starszych (w drugiem półroczu). Niedożywiania te są częste, bardzo przewlekłe i zwykle trwają i w drugim roku życia. Etjologja: niedostateczne ilościowo lub niepełnowartościowe (jakościowo) odżywianie dziecka; lekkie lecz długotrwałe zaburzenia żołądkowo-jelitowe; dzieci nerwowe, artretyczne. Stany te utrzymują się długo po ustąpieniu czynników szkodliwych. Klinicznie, hypotrofja cechuje się niedostateczną wagą, przy zachowaniu sprężystości skóry i zachowaniu pewnej ilości podściółki tłuszczowej, tak że kształty dziecka nie są rażące i nie odbiegają zbyt od normy. Dziecko wygląda zbyt drobne i nieodpowiadające wiekowi. Dzieci te cierpią na uporczywy brak łaknienia i odżywiają się niedostatecznie. Ciepłota bywa hypotermiczna, lub okresowo podgorączkowa w związku z częstemi u tych dzieci nieżytami noso-gardzieli. Umysłowo dzieci te rozwinięte są normalnie w stosunku do swego wieku.

Jakie wyniki daje insulina? Jest rzeczą jasną, że w stanach atrepsji wyniki nie mogą być nadzwyczajne; przeważnie spostrzega się tylko przejściowe polepszenie.

W hypatrepsji wyniki są znacznie lepsze (50%) i stalsze. Notuje się poprawę stanu ogólnego, wznowienie przyrostu wagi, który zwykle utrzymuje się nawet po odstawieniu insuliny. Jednak wskazaniem par excellence dla insuliny są stany hypotrofji. Tutaj wyniki prawie we wszystkich przypadkach są doskonałe i trwałe.

Autor podkreśla, że o ile chcemy otrzymać istotną poprawę i ustąpienie wszelkich cech hypotrofji należy koniecznie prócz insuliny podawać należyte ilościowo i jakościowo odżywianie. W tych warunkach insulina jest cennym lekiem pomocniczym znacznie ułatwiającym powrót do normy.

III. Sposób działania insuliny.

Autor podkreśla, że działanie insuliny przekracza ramy zwykłego li tylko zadziałania na przemianę cukrową. Zwiększenie rezerwy glykogenowej wzmaga całokształt czynności wątroby. Insulina działa pobudzająco na wydzielanie soków nie stojących w związku z przemianą węglowodanową i stąd powiększenie kwasoty soku żołądkowego i in.; przyśpiesza czas opróżniania się żołądka.

Zatrzymanie wody po insulinie nie jest bezużytecznem gromadzeniem się wody w szparach tkankowych, lecz wiązanie wody odbywa się na poziomie samej komórki powiększając jej turgor. Wzrost wagi nie tylko odpowiada wiązaniu wody, lecz i gromadzeniu się rezerw tłuszczowych i azotowych. Słowem, ulega poprawie nie tylko przemiana węglowodanowa lecz pośrednio (a może i bezpośrednio) przemiana tłuszczowa i białkowa.

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Sposoby wykrywania niedomogi wątroby w jej okresie początkowym, kiedy objawy kliniczne nie są jeszcze zbyt nasilone (Comment déceler une insuffisance hépatique légère ou moyenne). L a e m m e r.

La Presse Méd. Nr. 99, grudzień 1931.

Rozpoznanie niedomogi wątroby w pełnym jej rozwoju nie nastręcza zwykle żadnych trudności. Inaczej jest jednakże w przypadkach niedomogi początkowej, jakby ukrytej, w których jej objawy są tylko zaznaczone — tutaj łatwo jest przyjąć objawy niedomogi wątroby za cierpienia innych narządów (jak to ma miejsce np. w pewnych postaciach zaburzeń czynnościowo-wydzielniczych żołądka i jelit).

Na obraz kliniczny początkowej niedomogi wątroby składają się: objawy podmiotowe, objawy przedmiotowe ze strony narządów wewnętrznych i wyniki badań laboratoryjnych krwi i moczu.

O b j a w y p o d m i o t o w e. Należą tu: goryczz w ustach i uczucie znużenia przy przebudzeniu się rano, biegunki bezpośrednio po spożyciu pokarmów ewentualnie konieczność oddania stolca naogół sformowanego, nadmierna produkcja gazów w kiszkach, napady pokrzywki lub swędzenia skóry, migreny, bóle gośćcowe o typie nerwobólów (półczaszki, prawa połowa klatki klatki piersiowej i podżebrze prawe), bóle mięśniowe, zawroty głowy, łatwo występujące zmęczenie wzroku, stany przygnębienia i t. p.

O b j a w y p r z e d m i o t o w e. Skóra miewa odcień lekko żółtawy, zwłaszcza na dłoniach i podeszwach, a w okolicy ust i na powiekach może zawierać nieco więcej pigmentu; widują się również często drobne naczyniaki w skórze policzków, skrzydełek nosa i okolicy wątroby. Spojówki oczu zwracają czasami uwagę otoczenia przez swoje zabarwienie nieco żółtawe. Zaznacza się skłonność do powstawania żylaków goleni i guzów krwawnicowych odbytu, a wskutek krwistości naczyń powstają względnie łatwo krwiaki podskórne i krwawienia dziąseł. W narządach wewnętrznych — poza nieznacznem zmniejszeniem częstości tętna, obniżeniem ciśnienia tętniczego maksymalnego, a podwyższeniem minimalnego, poza tkliwością uciskową okolicy splotu słonecznego i dróg żółciowych, zwiększeniem ilości powietrza w żołądku i jelitach i stanami spastycznemi zstępnicy — zmian wyraźnych się nie stwierdza. Ze strony układu nerwowego ośrodkowego widuje się osłabienie lub wzmożenie odruchów ścięgnowych i opóźnienie reagowania źrenic na światło (źrenice są stale lekko rozszerzone); ze strony układu nerwowego roślinnego stwierdza się zwykle wagotonję.

B a d a n i a l a b o r a t o r y j n e. Badania chemiczne krwi przeprowadza się w kierunku oznaczenia ilościowego bilirubiny, cholesteryny i mocznika, moczu zaś — w kierunku oznaczania barwików i soli żółciowych, urobiliny, cukru gromowego i mocznika.

Szczególnie charakterystycznemi dla wczesnych okresów niedomogi wątroby są: obecność barwików żółciowych i kwasów żółciowych w moczu, a zwiększenie zawartości bilirubiny i cholesteryny w surowicy krwi.

Wnioskowanie o sprawności wątroby na podstawie prób barwikowych jest bardzo niepewne, i dlatego autor nie radzi się opierać na nich przy rozpoznawaniu niedomogi wątroby.

Leczenie nabłoniaków skóry zaraźliwych (molluscum contagiosum) umiejscowionych na stopie (La verrue plantaire — avantages de son traitement par le radium). D e g r a i s i B e l l o t.

La Presse Méd. Nr. 100, grudzień 1931.

Nabłoniaki skóry zaraźliwe, będąc naogół schorzeniem banalnem i łagodnem, w pewnych tylko umiejscowieniach zyskują na znaczeniu i wymagają wydatnego leczenia; należy tu ich umiejscowienie na stopie typowo — w okolicy główek kości śródstopia lub pięty to jest w miejscach, najwięcej narażonych na ucisk i odznaczających się zgrubieniami naskórka. W tych miejscach nabłoniaki mogą być źródłem bardzo przykrym i uporczywym dolegliwości, które czasami wydatnie nawet utrudniają chodzenie tego rodzaju chorym.

Obok przyczyny uspasabiającej, za jaką należy uważać d ł u g o t r w a ł e d r a ż n i e n i e m e c h a n i c z n e skóry np. przez ucisk niewłaściwego obuwia, istotną przyczyną cierpienia jest, zdaje się niewątpliwie z a k a ż e n i e (bakteryjne, pasożytnicze).

Schorzenie przedstawia się w postaci okrągłej, ostro odgraniczonej wyniosłości brodawkowatej, o średnicy ca 1 — 1½ cm, posiadającej w środku wgłębienie i mały otworek, prowadzący do jamki, wypełnionej masami jakby serowatowemi i odgraniczonej od otoczenia grubą warstwą zrogowaciałego naskórka. Ze względu na duże dolegliwości, jakie sprowadza powyższe cierpienie, wymaga ono intensywnego leczenia. Leczenie chirurgiczne, polegające na rozległem i głębokiem wycięciu ogniska chorobowego w skórze, pomijając już znaczne czasami trudności techniczne, jak np. trudność w pokryciu skórą powstałego ubytku i konieczność przerwania przez chorego swej pracy na przeciąg paru tygodni, ma jeszcze tę wadę, że nie zabezpiecza bynajmniej przed nawrotem cierpienia.

Dlatego też zaczęto w ostatnich czasach stosować w przypadkach nabłoniaka zaraźliwego skóry naświetlania radowe — naogół z wynikiem bardzo pomyślnym. Preparat radowy zakłada się z wieczora i zdejmuje się rano następnego dnia, co umożliwia kontynuowanie przez chorego swej pracy zawodowej bez przerw. Po tem jednem naświetleniu bóle ustępują prawie natychmiast, a nabłoniak zaczyna się jakby odgraniczać od podłoża i wreszcie zostaje złuszczony i odpada, pozostawiając gładką skórę. Nawrotów się nie widuje.

Autorowie liczyli w ten sposób 87 chorych — z wynikiem jaknajlepszym, i uważają naświetlania radowe w przypadkach nabłoniaków zaraźliwych skóry (molluscum contagiosum) za metodę leczenia z wyboru.

Wskazania i przeciwskazania do zabiegów operacyjnych w przebiegu gruźlicy kręgosłupa u dzieci. (Indications des interventions sanglantes dans le mal de Pott de l'enfant). R i c h a r d i C a l v e t.

La Presse Méd. Nr. 101, grudzień 1931.

Leczenie operacyjne gruźlicy kręgosłupa ogranicza się w przeważającej większości przypadków do usztywnienia według Albee'ego. Inne zabiegi jak wycięcie sterczących nadmiernie ku tyłowi w miejscu garbu wyrostków kolczystych (w przypadkach, w których grozi obumarcie napiętej na nich skóry), wycięcie wyrostków poprzecznych kręgów, usuwanie martwiaków kostnych w celu przyśpieszenia gojenia się przetok — znajdują swoje wskazania stosunkowo rzadko.

PERSODINE
Lumière
SWOISTE LECZENIE
BRAKU ŁAKNIENIA
NADSIARCZANAMI
DZIAŁA OGÓLNIE **DROGĄ KRWIOBIEGU**
ZAPOMOCĄ **TLENU:**
$M_2 S_2 O_8 + H_2 O = M_2 SO_4 + H_2 SO_4 + O$
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.

W wieku dziecięcym gruźlica kręgosłupa przebiega naogół tak łagodnie, ustrój chorego wykazuje tutaj taką odporność, że do całkowitego wyleczenia wystarczają tu: zastosowanie leczenia ortopedycznego, naświetlania słońcem i pobyt w klimacie nadmorskim. Potrzeba uciekania się do operacji nie zachodzi prawie nigdy.

Autorowie jednakże są zdania, że i w wieku dziecięcym leczenie operacyjne gruźlicy kręgosłupa znajduje swoje wyraźne wskazania. Są to następujące trzy grupy przypadków.

I. Z b y t n i e p r z e c i ą g a n i e s i ę c h o r o b y. Przeciętnie, gruźlica kręgosłupa u dzieci, właściwie leczonych, ulega zupełnemu zagojeniu w ciągu 3—4 lat; sprawdzianem zagojenia jest tutaj zupełna sprawność czynnościowa chorego i stwierdzony rentgenologicznie mocny zrost kostny kręgu chorego z kręgami sąsiedniemi. W pewnej odsetce przypadków owe wyleczenie odwleka się znacznie powyżej tych 3—4 lat (do 10 lat i dłużej); względnie, stan chorego zamiast poprawiać się, pogarsza się, zniszczenie kręgów nasila się, zjawiają się nowe ropnie opadowe; wreszcie, proces gruźliczy, po zupełnie pozornem wygaśnięciu sprowadza po pewnym czasie nawrót cierpienia, i ten cykl przycichania choroby i pogarszania się powtarza się stale. We wszystkich tych przypadkach wskazane będzie zastosowanie operacji usztywniającej według Albee'go jako zabiegu, który znacznie przyśpieszy i utrwali wygojenie się ogniska chorobowego.

II. Wyłączenie z pozostawieniem znacznego zniekształcenia kręgosłupa (dużego garbu). Operacja w tych przypadkach nie ma na celu wyrównania powyższego zniekształcenia, a jedynie jego utrwalenie, gdyż kręgosłup w miejscach znacznego wygięcia wykazuje dużą podatność i nawet już po zagojeniu się ogniska gruźliczego z czasem, pod wpływem chodzenia ulega dalszemu wygięciu, co prowadzi do daleko idącego zniekształcenia klatki piersiowej z następowemi zaburzeniami w krążeniu i oddychaniu. Usztywnienie operacyjne danej części kręgosłupa nie dopuści do następnego jego wyginania się. W powyższych przypadkach należy szczególnie pamiętać o tem, żeby nie wcześniej pozwolić choremu chodzić, jak w 6 miesięcy po operacji, i to w aparacie ortopedycznym.

III. Przypadki gruźlicy kręgosłupa u dzieci starszych (13 do 17 lat). Choroba przebiega tutaj najczęściej tak, jak u dorosłych, to znaczy, trudno poddaje się leczeniu wyłącznie ortopedyczno-klimatycznemu, i dlatego autorowie zalecają w tym wieku niezwlekanie zbytnie z wykonaniem operacji usztywniającej.

Przeciwskazania do operacji Albee'go: zły stan ogólny (charłactwo, porażenie kończyn), owrzodzenia lub jakiekolwiek zmiany odżywcze skóry w zakresie przyszłego pola operacyjnego i obecność ropni opadowych względnie przetok, których nie udałoby się ominąć w czasie operacji. Obecność ropni i przetok w sąsiedztwie pola operacyjnego, jak również i wieloogniskowość procesu gruźliczego (staw biodrowy, kolanowy) nie są zasadniczemi przeciwskazaniami do operacji.

Przy uwzględnieniu powyższych przeciwskazań śmiertelność pooperacyjna jest bardzo niewielka. Autorowie na 63 przypadki nie mieli ani jednego zejścia śmiertelnego.

Pewne ważniejsze szczegóły wykonania zabiegu. Z przeszczepem kostnym, uzyskanym z kości goleniowej, należy się obchodzić jak najdelikatniej (minimum urazu) — z tego też względu do jego oddzielenia lepiej jest użyć ręcznego dłuta i młotka, zamiast piły elektrycznej, która łatwo uszkadza i zatyka kanały Haversa; należy pamiętać o jaknajmniejszem obrażaniu okostnej na przeszczepie. W celu przygotowania łoża dla przeszczepu kostnego odnośne wyrostki kolczyste rozdwaja się w linji środkowej ostrem, cienkiem dłutem ręcznem. W czasie całego zabiegu operacyjnego obowiązuje ścisła aseptyka.

W okresie pooperacyjnym dziecko zaczyna chodzić nie wcześniej, niż po upływie 4—5 miesięcy od operacji (kontrola rentgenowska), a chodzi przez pierwsze 6 miesięcy w opatrunku gipsowym.

Eozynofilja krwi wogóle i w przebiegu niektórych nowotworów złośliwych. (De l'eosinophilie sanguine en général et en particulier au cours de quelques tumeurs malignes). Chiray i Baudouin.

La Presse Méd. Nr. 99, grudzień 1931.

Liczba ciałek białych wielojądrzastych eozynochłonnych we krwi prawidłowej waha się od 1% do 3% całkowitej liczby białych ciałek krwi. U dzieci odsetka ta wynosi 6—8%. Stany krwi, cechujące się zwiększeniem powyższych liczb (powyżej 300 ciałek eozynochłonnych w milimetrze sześciennym), nazywamy eozynofilją, przyczem eozynofilji tej może towarzyszyć lub nie odpowiednie zwiększenie się liczby ciałek eozynochłonnych w ognisku chorobowem, w narządzie chorym (eozynofilja miejscowa).

Według *Widala* i *Faure-Baulieu*, eozynofilja krwi jest pochodzenia miejscowego — w ognisku chorobowem powstają w nadmiernej liczbie ciałka eozynochłonne, które następnie przechodzą do ogólnego krwioobiegu. Według innych, eozynofilja jest pochodzenia krwiotwórczego, ze szpiku kostnego *(Ehrlich)*.

Znanym jest ogólnie długi szereg chorób, którym towarzyszy eozynofilja krwi. Są to: schorzenia skórne (dermatitis bullosa Duhring, pemphigus, strophulus, eczema, herpes, psoriasis, lupus, mycoses, oparzenia), dychawica oskrzelowa (z dużą ilością ciałek eozynochłonnych w plwocinie) i inne schorzenia pochodzenia anafilaktycznego (pokrzywka, obrzęk Quinckiego, migrena), pasorzyty przewodu pokarmowego, bąblowiec żyjący (liczba ciałek eozynochłonnych we krwi może dojść do 50%), białaczka szpikowa, choroba Hodgkina, osteomalacja, niektóre zapalenia wysiękowe opłucnej (zawartość ciałek eozynochłonnych w wysięku może wynosić do 95%), niektóre przypadki przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego (epiploitis), choroba Adissona, pewne zatrucia zawodowe (siarkowodorem, arsenobenzolem, siarczanem miedzi) i, wreszcie, stany ozdrowienia po różnych chorobach zakaźnych jak róża, zimnica, zapalenie płuc, błonica, ostry gościec stawowy i inne.

Zawartość ciałek eozynochłonnych we krwi zależeć może również od czynności śledziony: nadczynność śledziony daje gwałtowny wzrost tej liczby, utrzymujący się nieraz latami.

Wreszcie są osobniki zdrowe, które wykazują eozynofilję „konstytucjonalną", rodzinną, dochodzącą czasami do 20%.

W przypadkach raka przewodu pokarmowego stwierdza się dosyć często zwiększenie liczby ogólnej białych ciałek we krwi, wzrastające w miarę uogólniania się raka w ustroju. Co się tyczy jednak eozynofilji, to nie zauważono tutaj dotychczas jakiejś wyraźnej zależności tejże od raka.

Dlatego też autorowie uważają za wskazane podać opis spostrzeganego przez siebie przypadku raka trzustki z przerzutami do wątroby, w którym eozynofilja krwi osiągnęła pod koniec choroby 80% (przy 28.000 wszystkich białych ciałek). Eozynofilja ta, począwszy od 19%, wzrastała stopniowo i stale, równolegle z rozwojem choroby zasadniczej, (bóle, wychudzenie, gorączka). Autorowie, pomimo skrupulatnych poszukiwań, nie znaleźli u odnośnego chorego ani jednego z tych schorzeń, które w sposób typowy wywołują eozynofilję. Eozynofilja w przypadku tym pozostaje niewytłumaczona.

Zestawienie odłamów w złamaniach goleni zapomocą wyciągu przy specjalnej aparaturze, umożliwiającej stałą kontrolę rentgenowską (La réduction des fractures de jambe par traction mécanique sous l'écran radiologique). D'Aubigne.

La Presse Méd. Nr. 102, grudzień 1931.

W przeciwieństwie do złamań kostek goleni, złamań kości promieniowej względnie obu kości

przedramienia, w których wystarcza zazwyczaj zestawić odłamy pod ekranem rentgenowskim i nałożyć opatrunek gipsowy w sposób zwykły, bez obawy, że odłamy w międzyczasie przemieszczą się z powrotem — w złamaniach kości w zakresie trzonu postępowanie takie nie wystarcza. Tutaj odłamy mają zwykle zbyt dużą tendencję do przemieszczenia się (działanie silnych mięśni łydki) tak, że kontrola rentgenowska potrzebna jest nie tylko w czasie nastawiania odłamów, ale również w czasie nakładania gipsu, aż do chwili jego stwardnienia, przyczem przez cały ten czas kończyna musi być na silnym i równomiernym wyciągu (do 50 kg.) stale w linji osi kończyny. Wymaganiom tym odpowiada w zupełności przyrząd, skonstruowany przez autora, dający się zastosować na każdym stole z ekranem rentgenowskim, a składający się: z przeciwwyciągu (na okolicę pachwiny), z wyciągu śrubowego (2 paski na grzbiet stopy i okolicę powyżej pięty), a poza tem umożliwiający skręcanie odłamów i uniesienie całej kończyny ku górze bez przerywania wyciągania — dla nałożenia gipsu.

Przed zabiegiem autor wstrzykuje w celu znieczulenia do obu ognisk złamania po 10 cm³ 2% roztworu nowokainy. następnie umocowuje się kończynę w aparacie wyciągowym i zapomocą wyciągania i skręcania odłamów — stale pod kontrolą ekranu rentgenowskiego (w różnych płaszczyznach) — doprowadza się do możliwie dokładnego ich zestawienia, poczem, nie przerywając ani na chwilę wyciągu, unosi się kończynę w całości ku górze i nakłada opatrunek gipsowy (wdg. *Delbeta* z modyfikacją autora), wreszcie, kontroluje się jeszcze raz ustawienie odłamów pod ekranem w czasie twardnienia gipsu. W przypadkach złamań poprzecznych chory zaczyna chodzić (w opatrunku gipsowym) po 15 dniach, w przypadkach złamań skośnych — po 35 dniach. Opatrunek gipsowy pozostawia się na okres od 6 do 9 tygodni.

W przypadkach złamań otwartych, po wykonaniu w sposób typowy toalety rany i ewentualnem jej zaszyciu, postępuje się jak w złamaniach zamkniętych; jeśli jednak rana jest zbyt rozległa i uniemożliwia nałożenie odpowiedniego gipsu, lepiej jest zastosować trwały wyciąg gwoździowy.

Autor leczył w sposób wyżej opisany 52 przypadki złamania trzonu kości goleni i tylko w dwu — trzeba było następowo uciec się do zabiegu operacyjnego. We wszystkich pozostałych wynik anatomiczny i czynnościowy był bardzo dobry.

Przyśpieszenie pod wpływem złamania wzrostu kości udowej, z następowem jej wydłużeniem, w wieku dziecięcym. (L'accélération de la croissance des fémurs fracturés chez l'enfant). Marique.

La Presse Méd. Nr. 103, grudzień 1931.

Zostało stwierdzone niejednokrotnie przez różnych autorów, że kości kończyn, które zostały złamane w wieku dziecięcym, wykazują w porównaniu ze stroną przeciwną po wygojeniu mniej lub więcej zaznaczone wydłużenie, zamiast występującego w tych razach u dorosłych skrócenia. Zjawisko to spostrzegano szczególnie często w odniesieniu do kości udowej. Jej wydłużenie na skutek zagojonego w swoim czasie złamania bez przemieszczenia wynosi przeciętnie 1 cm. W jednym przypadku *Tavernier'a* chory został wypisany ze szpitala po zagojeniu złamania kości udowej ze skróceniem o 2 cm; po dwu latach był badany przez lekarza, który stwierdził wówczas wydłużenie tej samej kończyny o 2 cm tak, że ostatecznyprzyrost długości złamanej kończyny w porównaniu ze zdrową w przeciągu dwu lat wyniósł 4 cm.

Owe wydłużenie kończyny po zagojanem złamaniu jest następstwem przyśpieszenia wzrostu kości odnośnej, co zależy bezpośrednio od podrażnienia i pewnej nadczynności chrząstki nasadowej, utrzymujących się przez czas dłuższy po zagojeniu złamania. Owa nadczynność chrząstki nasadowej nie zależy ani od umiejscowienia złamania i jego postaci, ani też od rodzaju zastosowanego leczenia (leczenie zachowawcze, szew kostny, pozostawienie w ognisku złamania blaszek i śrub metalowych).

W następstwie owego przyśpieszenia wzrostu przychodzi do skutku zmniejszenie pierwotnego skrócenia (złamania z przemieszczeniem), zupełne jego wyrównanie, lub wreszcie, wydłużenie kończyny, która była w swoim czasie złamana.

Guzy nowotworowe wyrostka robaczkowego (Tumeurs de l'appendice). Petit.

Bull. et Mém. de la Soc. des Chir. Nr. 12, 1931 r.

Autor w związku ze spostrzeganym przez siebie i leczonym przypadkiem tak zwanego karcinoidu wyrostka robaczkowego, robi przegląd wszystkich możliwych w tym narządzie guzów, po wyłączeniu wszelkiego rodzaju spraw zapalnych jak gruźlica, promienica i t. p.

Guzy te bywają zwykle niewielkich rozmiarów i przed operacją nie bywają rozpoznawane jako takie prawie nigdy. Należą tu następujące rodzaje nowotworów.

I. Polipy, wychodzące ze śluzówki i mieszczące się wewnątrz światła wyrostka. Są to — histologicznie biorąc — gruczolaki o przebiegu klinicznym dobrotliwym. Drobnowidzowo, obok cech nowotworu stwierdza się zmiany zapalne. Schorzenie bardzo rzadkie.

II. Mięśniaki (myoma, fibromyoma) — częstsze od poprzednich; przebiegają klinicznie z objawami przewlekłego zapalenia wyrostka.

III. Torbiele śluzowe o cechach nowotworowych (mucocele) — dochodzą do znacznych czasami rozmiarów i wagi 250 gramów.

IV. Raki — w stosunku do raków innych odcinków przewodu pokarmowego odznaczają się większą dobrotliwością i powolnym długotrwałym przebiegiem (7 lat i dłużej). W 90% umiejscowione są na końcu wyrostka, w 10% — u jego podstawy.

V. Karcinoidy — są to nowotwory nabłonkowe (epithelioma), wychodzące ze śluzówki wyrostka robaczkowego. których komórki nie mają kształtu walcowatego — jak to bywa z reguły w zwykłych rakach przewodu pokarmowego — a raczej wielokątny, płaski, i zawierają komórki srebrochłonne (argentaffines). Przebieg kliniczny dobrotliwy. Występują znacznie rzadziej od raków.

VI. Guzy rzekomo-nowotworowe — są to guzy twarde o bardzo wyraźnie zazna-

czonych objawach zapalnych (kamienie kałowe, przedziurawienie ściany wyrostka), w których stwierdza się poza tem drobnowidzowo bujanie nowotworowe komórek (komórki o cechach zarodkowych). Rokowanie niezbyt pomyślne. Stwierdzano pooperacyjne nawroty w powłokach brzusznych (!).

Przyczynek do techniki wykonywania gastrostomji sposobem Spivacka (A propos de la gastrostomie. Sur la méthode de Spivack). T h o r e k.
Bull. et Mém. de la Soc. des Chir. Nr. 12, 1931 r.

Dwa zasadnicze niebezpieczeństwa grożą z czasem prawidłowemu funkcjonowaniu przetoki żołądkowej zewnętrznej: 1) stopniowe zwężanie się kanału, które z czasem może doprowadzić do zupełnego jego zamknięcia, 2) wyciekanie poprzez przetokę nazewnątrz zawartości żołądka i soków trawiennych, obżerających skórę i wywołujących uporczywe zapalenie skóry.

Przyczyną zarastania kanału przetoki jest to, że — zgodnie z przepisami większości sposobów operacyjnych *(Witzel, Kader, Stamm, Fontana)* — jest on wysłany odwewnątrz surowicówką, otrzewną ściany żołądkowej, która ma zasadniczą tendencję do zrastania się. Dla uniknięcia powyższego, należałoby wytwarzać kanał, wysłany śluzówką, jak to jest uwzględnione np. przy wykonywaniu gastrostomji sposobem *Depage'a*.

Znacznie trudniej jest ustrzec się w sposób pewny przed tem drugiem niebezpieczeństwem — „nietrzymaniem" przetoki (incontinentia). Autor podaje opis wykonywania gastrostomji według Spivacka, który to sposób chroni nietylko przed następowem zwężaniem się kanału przetoki, ale również zabezpiecza w sposób zupełnie pewny przed wylewaniem się zawartości żołądka nazewnątrz — a to przez wytworzenie u wewnętrznego końca kanału zastawki ze ściany żołądka, wysłanej z obu stron przez śluzówkę. Zastawka ta otwiera się tylko w jednym kierunku to jest do światła żołądka; po podaniu zaś pokarmu i wyjęciu rurki gumowej zamyka wejście do kanału przetoki i uniemożliwia wypływanie treści żołądkowej nazewnątrz.

M. Czyżewski.

RENTGENOLOGJA.

Wartość profilaktyczna światła. (La Lumière: sa valeur prophylactique). E. e t H. B i a n c a n i.
Journal de Radiologie T. XIV Nr. 6 p. 347.

A. przeprowadzał badania doświadczalne dotyczące wpływu światła na odżywianie i wzrost zwierząt. Oprócz światła należało uwzględnić wpływ chłodu, wilgoci oraz braku powietrza. Większość A. stwierdza szkodliwy wpływ braku światła na rozwój zwierząt. A. przytaczają wyniki badań *Lesna'a, Turpin'a* i *Zizine'a, Bovie'a* i *Alquier'a*. A. poddawali badaniom szczury, ograniczając w pożywieniach witaminy A. i D., poddając jednocześnie badane grupy różnym rodzajom naświetlań, poczem sekcyjnie badali zmiany anatomopatologiczne i wyprowadzili następujące wnioski: 1) zwierzęta dobrze odżywiane umieszczone w ciemności giną, nie przedstawiając zmian krzywiczych; 2) zwierzęta dobrze odżywiane naświetlane promieniami poza fijołkowemi wykazują zwiększenie wagi i wzniesienie procentu wapna we krwi. Jeżeli intensywność promieni poza fijołkowych przekracza pewną granicę, można przeciwnie obserwować zahamowanie wzrostu; 3) Zwierzęta pozbawione w pożywieniu witaminy A. lub D. umieszczane w ciemności wykazywały gwałtowne ciężkie zaburzenia: Xerophtalmię, atrofię i zmiany krzywicze. 4) Zaburzenia powyższe nie występowały jeżeli zwierzęta (punkt 3) poddano naświetlaniom pozafijołkowym. Podobne wyniki podawał w pracach *Hess* (1924 r.).

Hess, Steenbock, Heilbron, Rosenheim, Windaus podawali, iż Ergosterol naświetlany promieniami pozafijołkowemi, zastrzyknięty szczurom w dawce 0,0001 mg, czynił zwierzęta odporne na krzywicę. Komórki naskórka, ciałka czerwone krwi są bogate w ergosterol, który może być zamieniany pod wpływem światła w czynnik przeciwkrzywiczy, posiadający własność ochronną dla komórki kostnej i chrząstkowej przeciw zakażeniom i zatruciom.

U dzieci bardzo wrażliwych stosowano 8 do 10 seansów przy zmniejszonej dawce na seans.

Infekcje jak: kiła wrodzona, gruźlica, długotrwała bronchopneumonja, zakażenia skórne długotrwające, intoksykacje chemiczne, wywołane długotrwałemi zaburzeniami pokarmowemi mogą atakować kości podczas okresu uwapniania i powodować schorzenie. Witaminy pochodzące z odżywienia lub tworzące się w organizmie szczególnie po naświetlaniu pozafijołkowem są czynnikiem obronnym organizmu. Brak witamin może spowodować zaburzenia dotyczące: 1) tworzenia się ergosterolu w organizmie, 2) zatrzymania ergosterolu w podkładzie skórnym, 3) przemiany tegoż na ergosterol czynny.

Jeśli autorzy stwierdzili u dzieci we krwi zmniejszenie się poziomu fosforu nieorganicznego i wapna, radiograficznie zaś opóźnienie ośrodków kostnienia, i rozszerzenie trzonów kończyn, rozpoznanie krzywicy było ustalone. Podawano per os witaminy i stosowano naświetlania pozafijołkowe. (5 mg. dziennie ergosterolu naświetlanego i serję 12 seansów naświetlań promieniami pozafijołkowemi).

A. A. przedstawiają opis ośrodka w Szpitalu Saint-Louis, gdzie uwzględniono: dokładną wentylację, określoną temperaturę i poziom wilgotności powietrza. Jako optimum warunków określono: 1) trzykrotną zmianę pojemności powietrza na godzinę (wentylator wirówkowy). Poziom kwasu węglowego nie powinien przekraczać granicy 7 — 10 na 10.000; 2) Temperatura 20°. (przy użyciu aparatów do ogrzewania i oziębiania powietrza); 3) Stan wilgotności powietrza około 50 do 70°.

Dzieci ze szkół powszechnych są poddawane w ośrodku serji 12 naświetlań promieniami pozafijołkowemi pod kierunkiem lekarza-specjalisty. W Paryżu urzędują dwa ośrodki pod kierunkiem Narodowego Komitetu Opieki nad Dzieckiem i Państwowego Urzędu Hygieny Społecznej, A. A. uważają, że czynność promieni pozafijołkowych jest rozleglejsza, głębsza niż ergosterolu naświetlanego.

Naświetlania ultrafijoletowe chronią kości w okresie wapnienia, działają głęboko na gruczoły

wewnętrznego wydzielania, na system siateczkowo-śródbłonkowy i parasympatyczny, zwiększają poziom cholesteryny we krwi, hemoglobiny i liczbę czerwonych ciałek. Dlatego w profilaktyce schorzeń dziecięcych światło powinno mieć pierwsze miejsce.

Diatermia w leczeniu bolesnych zapaleń okołotrzewnych. (La diathermie dans le traitement des périviscérites douloureuses). L. D e l h e r m, R. S a v i g n a c i M o r e l - K a h n.
Journal de Radiologie 1930 r., T. XIV, Nr. 2, str. 81.

Stany zapalne około-trzewne charakteryzują się trzema objawami: 1) zaburzeniami stanu ogólnego, 2) zaburzeniami w trawieniu i 3) bolesnością.

Ad 1) schorzenie spotyka się najczęściej u osobników wychudzonych, anemicznych, często ze stanami podgorączkowemi bądź stałemi, bądź okresowemi, w połączeniu z zespołem objawów neuropsychastenicznych.

Ad 2) zaburzenia pokarmowe charakteryzują się swoją stałością i uporczywością. Zaparcie jest naogół objawem stałym, tylko czasami przechodzące w okresy rozwolnień. Zaburzeniom trawiennym towarzyszą nudności, bóle głowy. Wymioty występują rzadko.

Ad 3) Bolesność: najczęściej bardzo żywa, umiejscowiona, występująca z podostrzeniami przeważnie podczas dnia po wysiłkach lub pracy w pozycji stojącej. Badanie stwierdza trzy rodzaje bolesności: ból ścienny, ból trzewny i ból splotowy. Badanie radioskopowe ułatwia dokładniejszą lokalizację schorzenia oraz dozwala na zróżniczkowanie bolesności około-trzewnej z bolesnością ścienną i splotową.

Zasadniczo umiejscowienie: 1) dół biodrowy prawy (okolica wyrostka robaczkowego lub blizny pooperacyjnej tegoż), 2) podżebrze prawe (prawy kąt jelita grubego, woreczek żółciowy, dwunastnica), 3) mniej typowe: nadbrzusze lewe i dół biodrowy lewy.

Często stany zapalne około trzewne mogą istnieć u tego samego chorego jednocześnie w dwóch ogniskach, bądź też posiadają charakter rozlany.

Schorzenie jest zmianą chorobową nabytą; spotyka się u osobników wychudzonych, niedorozwiniętych, nerwowych. A. wyłączają stany zapalne otrzewnej gruźlicze i kiłowe.

Przyczyny powodujące schorzenie: 1) uraz i 2) zakażenie.

Ad 1) Uraz najczęściej chirurgiczny, po zabiegach operacyjnych, w okolicach zakażonych.

Ad 2) Zakażenia o przebiegu długotrwałym, jak: wrzód żołądka, chroniczne stany zapalne woreczka żółciowego, lub wyrostka robaczkowego, chroniczne stany zapalne jelita grubego.

Leczenia schorzenia: A. A. podają, iż u chorych wielokrotnie operowanych, stwierdzono nawroty po zabiegu operacyjnym. Z leków stosowano: 1) łagodne środki przeczyszczające (ol. paraffin, mucillago); 2) szczepionki; 3) środki specyficzne przeciwzrostowe: thiosinaminę i eter benzyl-cynamonowy; 4) narkotyki o działaniu łagodnem; 5) z zabiegów fizykalno-leczniczych: elektryzację, promienie podczerwone i rentgenoterapję okolic splotowych.

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

A. A. zastosowali leczenie schorzenia diatermią.

T e c h n i k a:

Ułożenie elektrod — typowe; jedno posiedzenie trwało 20 minut, serja obejmowała od 12 do 25 seansów, stosowanych codziennie, co drugi dzień lub z przerwą jednodniową po 2 dniach seansów codziennych. Serję powtarzano wielokrotnie w odstępach czasu 2 do kilku tygodni. Ilość seansów podczas serji była różna od 10 do 100.

Wyniki otrzymano następujące: obserwowano chorych 110, z tego 24 mężczyzn, 86 kobiet, 14 chorych przerwało leczenie w jego przebiegu. Ścisła statystyka obejmowała 96 chorych, z tego:

1) z lokalizacją w okolicy nadbrzusza prawego 19 przypadków.
   a. 14 operowanych (7 operowanych kilkakrotnie):
      6 wyleczenie, 6 poprawa, 3 bez poprawy.
   b. 5 nieoperowanych — poprawa 5.
2) z lokalizacją w podbrzuszu prawem 44 przypadki.
   a. 37 operowanych (12 kilkarotnie),
      9 wyleczonych, 22 z poprawą, 6 bez poprawy.
   b. 7 nieoperowanych — poprawa 7.
3) z lokalizacją mieszaną 22 przypadki.
   a. 21 operowanych, 8 poprawa, 9 bez poprawy.
   b. 1 przypadek nieoperowany — 1 poprawa.
4) zespół objawów brzusznych rozlanych 11 przypadków.
   a. operowanych 6, (2 kilkakrotnie).
      1 wyleczony, 4 poprawa, 1 bez poprawy.
   b. nieoperowanych 5, poprawa 5.

W zestawieniu ogólnem:
78 przypadków operowanych: 20 wyleczonych (25%),
39 poprawa (50%),
19 bez poprawy (25%).
18 przypadków nieoperowanych — poprawa 100%.

A. A. podają dokładny opis 3 typowych obserwacji klinicznych.

Technika hystero - salpingografji. (Technique de l'hystéro - salpingographie). C l a u d e B é c l è r e.

Journal de Radiologie 1930, t. XIV, N. 4, str. 219.

Salpingografję jako metodę badania zawdzięczamy *Sicard'owi* i *Forestier'owi*. A. w swej pracy zaznaczy wytyczne badania.

1) Odpowiedni okres do badania: koniec 1 tygodnia po menstruacji.

2) Miejsce badania: klinika lub szpital. Pacjentka pozostaje pod obserwacją lekarską w przeciągu 12 — 24 godz. Uprzednio należy upewnić się, czy chora nie gorączkuje i czy w obrębie miednicy małej nie stwierdza się bolesności.

3) Aparatura radjologiczna: gabinet do badań winien posiadać trochoskop, umożliwiający kontrolę podczas wpuszczania lipjodolu, przesłonę Potter-Bucky, drugą lampę do zdjęć. Jest rzeczą pożądaną aby urządzenie trochoskopu dozwalało na badanie pacjentki w pozycji ginekologicznej. Unika się przenoszenia pacjentki podczas badań.

4) Technika injekcji: Celem injekcji jest *całkowite* wypełnienie lipjodolem światła macicy i jajowodów. Zamknięcie szyjki macicznej winno być całkowite. Ciśnienie wpuszczanego płynu wystarczające lecz *ograniczone*. A. poleca hysteromanometr (Boulitte), który dozwala na kontrolę ciśnienia wprowadzonego lipjodolu podczas zabiegów. Ciśnienie nie powinno przewyższać 30 cm rtęci, ponieważ badania a. wykazały (załączone zdjęcie macicy z jajowodami usuniętej operacyjnie), iż przy ciśnieniu 30 — 50 cm rtęci zostaje uszkodzona śluzówka macicy i otaczające żyły i arterje maciczne mogą wypełnić się lipjodolem i spowodować zatory. A. przytacza przypadek krwioplucia spowodowanego przez zator naczyń płucnych.

5) Kontrola radioskopowa: Aby uzyskać typowe obrazy wypełnionej kontrastem macicy, zaleca a. obserwację podczas wypełniania jej jamy i uchwycenia odpowiedniego momentu do zdjęć. Często występujące skurcze rogów macicznych dają obraz zdeformowany, z którego bez kontroli radjoskopowej można wysnuć fałszywe wnioski.

6) Obraz radjograficzny: A. zaleca przeprowadzenie seryjnych zdjęć. Klisza 13 × 18, położona na brzuchu, lampa pozostaje scentrowana pod stołem. Metoda ta pozwala na szybkie wykonanie zdjęcia bezpośrednio po skopji. Między jednem zdjęciem a drugiem mały odstęp czasu. Jeśli obraz zwykły nie wyjaśni dostatecznie przyczyny schorzenia, pożądanem jest wykonanie zdjęcia profilowego. W jednym z przypadków a. skierowanym do badania z powodu krwawień macicznych, zdjęcie profilowe wykazało ubytek cieniowy w tylnej ścianie macicy. Skrobanka wykazała nieodklejone części łożyska pozostawione po porodzie. Pomimo stwierdzenia drożności jajowodów przy pierwszem badaniu, należy powtórzyć zdjęcia po 24 godz. od injekcji. Obraz charakterystyczny przy drożności moczowodów przedstawia się następująco: Jama macicy opróżniona, płyn kontrastowy wylany z jajowodów do jamy otrzewnowej daje nieregularnie rozmazane (przez kontakt z jelitami cienkiemi) pasmowate cienie po całej miednicy małej.

Jeśli jajowody są niedrożne, lipjodol pozostaje w ich świetle, dając skupienia. A. przytacza przypadek potwierdzony operacyjnie, w którym badanie wykazało niedrożność jajowodów z powodu zmian torbielowatych.

Trzeci opisany przez a. przypadek dotyczył guza wychodzącego z miednicy małej. Salpingografja oraz jednoczesne ograniczenie guza nitką ołowianą wykazało torbiel międzywięzadłową. A. podkreśla ważność jednoczesnego określania granic nicią ołowianą w przypadkach guzów wychodzących z miednicy małej. A. wykonywał również zdjęcia stereoskopowe bez przyrządów specjalnych. A. podkreśla duże znaczenie aseptyki przy wykonywaniu badań.

Radioterapia (Curie-terapja) raka szyjki macicznej w ośrodku przeciwrakowym okolic Paryża. Statystyka lat 1921-26. (La radiothérapie du cancer du col de l'utérus au centre anticancéreux de la banlieue Parisienne Statistiques des années 1921 á 1926). S. L a b o r d e et L. L. W i c k h a m.

Journal de Radiologie 1930 r., T. XIV, N. 77, str. 402.

Statystyka obejmuje leczenie i wyniki raka szyjki macicznej za wyłączeniem: raka pochwy, nawrotów pooperacyjnych, stanów uogólnionych.

Raki szyjki (epithelioma) podzielone na 4 grupy zależnie od stopnia nasilenia schorzenia.

Stopień 1) obejmuje schorzenie ściśle ograniczone do szyjki macicy (przypadki operacyjne); stopień 2) dotyczy raka szyjki przechodzącego na macicę przy zachowaniu jej ruchomości (przypadki na granicy operacyjności); stopień 3) obejmuje przypadki z zajęciem przydatków lub okolicy pochwy z unieruchomieniem macicy (przypadki nieoperacyjne); stopień 4) obejmuje formy uogólnione z przejściem do narządów sąsiednich, (pochwę, pęcherz moczowy, odbytnicę) lub też przerzutami do gruczołów i otrzewnej.

Statystyka zawiera zestawienie wyników po 3, 5 i 8 latach. Praca zawiera 6 zestawień ogólnych, 6 szczegółowych tablic z uwzględnieniem czasu i stopnia choroby, 1 tablicę zawierającą zestawienia ogólne. Z tablic powyżej podanych ogólny odsetek wyleczenia wynosił dla stopnia:

1) 80%,
2) 54%,
3) 21%.
4) 4 chore po terapji pozostawały przy życiu kilka miesięcy — terapję stosowano raczej w celu łagodzenia objawów bólowych.

T e c h n i k a:

Sposób traktowania był stale jednakowy od 1921 r. Curie-terapja maciczno-pochwowa była zastosowana przy raku I stopnia; w II i III stopniu rentgenoterapja łącznie z Curie-terapją; dla IV stopnia wyłącznie rentgenoterapja (radu nie stosowano ze względu na możność przedziurawienia otaczających tkanek).

Używano rurek zawierających: 1) 10 mgr. elementu radu filtr 0,5 mm platyny + warstwa aliażu złota odpowiadająca 1 mm 5 platyny, 2) 20 mgr. elementu radu przy filtrze 0,5 platyny, ale grubość warstwy aliażu złota odpowiadała 1 mm platyny.

Przyrząd do stosowania Curie-terapji na odległość zawierał 1 gr. radu przy ochronie dla pacjenta i lekarza odpowiadającej 15 cm. ołowiu.

Do rentgenoterapji używano aparatu Gaiffe'a o napięciu 200.000 volt.

Do macicy wprowadzono 2 — 3 rurki zawierające każda 20 mgr. radu, zaś w okolicę szyjki 3 rurki zawierające każda 10 mgr. radu. W tem zestawieniu w użyciu było 70 — 90 mgr. radu. Przy użyciu 70 mgr. zabieg trwał 90—96 godz.
„ „ 90 „ „ „ 70—75 „
bez przerwy, o ile temperatura ciała nie przekraczała 38°. Opatrunki zmieniano co 48 god.

Dawka wynosiła 6.000 — 6.800 mgr. godz., bądź też 46 — 50 zużytych milicurie.

W razie konieczności zastosowania przerwy, okresy naświetlań nie przekraczały 20 — 24 godz.; przerwa zaś 48 godz.

Zastosowana rentgenoterapja poprzedzała curie-terapję i była ograniczona do przymacicza.

Technika typowa: 4 pola: 2 od przodu, 2 od tyłu; przy szerokiej miednicy dołączano piąte pole środkowo-tylne.

Dawka na pole 4.000 — 4.500 R; odległość ogniskowa 40 cm.; filtr 1 mm CU + 2 mm Al.

Dawka całkowita 16.000 — 20.000 R podana w przeciągu 15 — 20 dni. Dawka dzienna odpowiadała 1.000 R. W przypadkach poszczególnych używano filtru cięższego: 2 mm. CU + 2 mm. Al.

Technika naświetlania na odległość: liczne wrota wejścia; odległość ogniskowa radu od skóry 12 cm. Przy: 1 gr. radu, filtrze 1 mm. ołowiu — 40 godz. naświetlania odpowiadało dawce rumieniowej.

Wyniki badań histologicznych otrzymane u 173 chorych przedstawiały się: (podział według Roussy'ego):

15,3% epithelioma baso-cellulare,
10,6% „ spino-cellulare,
65% „ o postaci mieszanej,
3,4% „ gruczolaki.

Praca zawiera zestawienie i wyniki badań bakterjologicznych, przeprowadzonych we wszystkich przypadkach. Uwzględniono leczenie szczepionkami i surowicami, bądź przy pomocy szczepionek i autoszczepionek. Zastrzyki podskórne szczepionek wynosiły 1 — 2 cm. zawierających ⅔ strepto-entero-koków, ⅓ innych szczepów; przy zabiegu miejscowym stosowano buljon szczepionkowy. Całkowita dawka terapji bakterjologicznej wynosiła 20 cm³ podczas 5 — 6 dni. Leczenie przeprowadzone było przed zastosowaniem leczenia radowego.

Rozpoznanie radiologiczne uchyłkowatości jelita grubego. (Le diagnostic radiologique de la diverticulose colique). H. B é c l é r e et P. P o r c h e r.

Journal de Radiologie 1930 r., T. XIV. N. 7, str. 380.

Celem pracy A. A. jest przeprowadzenie różniczkowania pomiędzy uchyłkami prawdziwemi, a rzekomemi jelita grubego. Uchyłkowatość występuje często połączona z objawami zapalnemi jelita grubego jako (diverticulitis), bądź jako niezależne układowe schorzenie (diverticulosis).

A. A. rozróżniają: 1) uchyłki prawdziwe, 2) wrzekome wytworzone przez układ fałd śluzówki, 3) uchyłki spowodowane przez zniekształcenie z powodu zmian zapalnych około-trzewnych (peri visceritis).

Ad 1) Utrzymują się stale, ad 2 i 3 mają charakter przejściowy. Różniczkowanie: 1) Uchyłki prawdziwe najczęściej umiejscawiają się w esicy i lewej części okrężnicy; nie przekraczają wielkości grochu; b. rzadko występują pojedyńczo; są niesymetrycznie ułożone; najczęściej uwidaczniane przy wlewie kontrastowym; utrzymujące się po opróżnieniu jelita z m. k.; nie są związane ze zmianami perystaltyki; są siedliskiem zmian zapalnych.

2) Uchyłki wrzekome utworzone przez układ fałd śluzówki: umiejscowione w okrężnicy, przeważnie z wyłączeniem esicy: wielkość ich zmienna; ułożone symetrycznie w związku z równoległem ułożeniem fałd i wcięć jelita zaznaczających się przy skurczu; najczęściej widoczne po spożyciu papki, prawie nigdy przy wlewie; znikają po opróżnieniu się jelita; nie przedstawiają zaburzeń odnoszących się do perystaltyki.

3) Uchyłki wytworzone z powodu zmian zapalnych okołotrzewnych: występują najczęściej w okolicy zgięcia wątrobowego (najczęstsze umiejscowienia zmian zapalnych około-trzewnych); są dość duże (o wielkości zmiennej zależnie od zrostów); liczba ich zmienna; są niesymetryczne; występują bez różnicy pomiędzy wypełnieniem jelita per os. czy przy wlewie; nie utrzymują się po opróżnieniu jelita; powodują zmianę układu fałd perystaltycznych jelita w związku ze zrostami.

Dr. I. Konarska.

O technice pneumopyelografji. (Sur la technique de la pneumopyélographie). E. C h a u v i n i R. E m p a r a i r e.

Journal de Radiologie 1930 r. Tom XIV, zesz. N. 6, str. 344.

Pneumopyelografja oddaje usługi przy lokalizacji kamieni w kamicy nerkowej, gdyż w prze-

ciwieństwie do wprowadzonych do miedniczki płynnych kontrastów, nie zaciemnia konturów kamieni a nawet, dając wokoło jaśniejszą plamę, powoduje ostrzejsze jego odcinanie się.

Pneumopyelografja zazwyczaj nie daje ostrych konturów miedniczek i kielichów — gaz często ucieka z miedniczek zanim badanie zostanie ukończone. Przy badaniach swych A. posługiwał się strzykawką 20 lub 100 cm połączoną za pomocą węża gumowego z cewnikiem moczowodowym oraz zaopatrzoną w manometr Klauda z podziałką odpowiadającą ciśnieniu wody od 0 do 100 cm.

Człowiek bez bólu znosi w moczowodzie ciśnienie koło 100 cm wody i to ciśnienie A. stosował przy swych badaniach.

Aby uzyskać obraz miedniczki możliwie ostry, A. radzi pochylać chorego w stronę nerki zdrowej o tyle, o ile na to pozwala przesłona, gdyż w tej pozycji mocz zbierający się w miedniczce badanej spływa ku ujściu moczowodu i z niej jest wypierany przez ciśnienie gazu, nie dając przez to niepotrzebnego cienia. Ze względu na to, iż podczas badania gaz ucieka przez moczowód, A. radzi używać strzykawki 100 cm i podczas badania, kontrolując ciśnienie na manometrze, dopełniać go w miarę potrzeby przez ucisk tłoczka. Po skończonem badaniu przed usunięciem cewnika A., wypuszcza powietrze z miedniczki, a często w celach porównawczych robi również i pyelografję zwyczajną.

Przypadek odmy czaszkowej po zranieniu głowy. (Un cas de pneumo-ventricules aprés blessure du crane). R. G. Bruni A. Jaubert de Beaujeu.

Journal de Radiologie 1930 r. Tom XIV, zesz. N. 6, str. 338.

A. A. podają wszystkie dotychczas opisane w literaturze przypadki odmy czaszkowej, następnie zaś przytaczają swój przypadek, dotyczący chorego z raną postrzałową czaszki. Rentgenogramy wykazały cień kuli karabinowej w jamie czaszkowej, oraz rozjaśnienia odpowiadające wypełnionym przez gaz komorom i ubytkom w tkance mózgowej.

Dr. W. Trzetrzewiński.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Cięcie i szew powłok brzusznych u kobiet. (L'incision et la suture dans la laparotomie chez la femme). J a y l e F.

Proc.-verb. de 39 Congr. franç. Chirur. str. 678, 1930.

Autor twierdzi, że w większości wypadków wystarcza cięcie długości najwyżej 7 cm. Do rozszerzenia jamy brzusznej używa J. dwułyżkowego małego wziernika, radzi unikać dużych wziernikow, których dolna łyżka opiera się o spojenie łonowe. Cięcie skóry poprzeczne prowadzić należy w obrębie owłosienia, podobnie przy cięciu podłużnem należy schodzić nisko ku dołowi, również do okolicy skóry owłosionej.

Do szycia powłok brzusznych autor nie używa ketgutu; łączy on mięśnię i powięź szwami nieresorbującemi się, wyprowadza je po przez skórę nazewnątrz i przymocowuje do metalowych płytek. Klamerki zdejmuje na 2 — 3 dzień, pozostałe nitki na 5 — 6 dzień. Jodyna do odkażania przed operacją winna być możliwie słaba.

Autor jest bardzo zadowolony ze swoich wyników operacyjnych, i przypisuje to oszczędzaniu tkanek w czasie operacji.

Całkowite czy nadpochwowe wycięcie macicy? (Hysteréctomie totale ou subtotale?) F a u r e J. L.

Leç. Clin. Tarnier. Nr. 7, str. 210, 1931.

Autor oświadcza się w zasadzie za wykonywaniem nadpochwowego wycięcia macicy, a nie całkowitego jej usunięcia. Oto jego przesłanki: pozostawienie kikuta szyjki macicy grozi jego zrakowaceniem 1 : 500 lub 1 : 1000 przypadków, ale ogólna śmiertelność po całkowitem wycięciu macicy jest o 2% większa niż nadpochwowem; ponadto operacja całkowitego wycięcia macicy trwa dłużej, łatwiej i częściej wywołuje zapalenie pęcherza z powodu jego oddzielenia na dużej przestrzeni, a więzadła narządu rodnego kobiety tracą swój punkt przyczepu i później wrastają wadliwie do blizny pooperacyjnej. Prawda, że przy extirpatio totalis uzyskujemy możność szerokiego drenowania jamy brzusznej przez pochwę, ale tąż samą drogą mogą się bakterje przedostać z dołu do jamy brzusznej.

Oczywiście całkowite wycięcie macicy winno mieć miejsce tam, gdzie szyjka względnie część pochwowa macicy wykazuje schorzenia nietylko nowotworowe, ale i zapalne, ale przypadki te są stosunkowo rzadkie zwłaszcza jeśli chodzi o najczęstsze wskazania do usunięcia macicy, to jest jej mięśniaki.

Bolesne miesiączkowanie w okresie pokwitania. (Les dysménorrhés pubertaires). R i c h e V.

Rev. Franç. Gynécol. Obstétr. R. 26. Nr. 9, 1931.

Autor omawia etjologję, postacie kliniczne, przebieg, rozpoznanie i leczenie bolesnego miesiączkowania okresu pokwitania. Ujęcie sprawy nie wnosi nic nowego, wobec tego zatrzymamy się tylko na ostatnim punkcie, t. j. leczeniu omawianego schorzenia.

Leczenie zapobiegawcze polegać winno na rozpoznawaniu i leczeniu dziedzicznej gruźlicy, kiły i stanów dystroficznych; pamiętać należy i leczyć zaburzenia w zakresie gruczołów dokrewnych, gdyż im wcześniej rozpoczniemy terapję tem lepszych możemy oczekiwać od niej wyników.

Leczenie objawowe samego napadu bolesnego miesiączkowania polega na okładach letnich wysychających dolnej części brzucha (według Priessnitz'a) i na wcieraniu w skórę następującej mieszaniny:

Chloroformi 12,0
Tct. opii 10,0
Ol. hyoscyami
Ol. camomillae camphoratum 60,0.

Jeśli bóle są bardzo silne polecenia godne są lawatywki ze szklanki wody z dodatkiem 15 — 30 kropli makowca, lub czopki z opium i belladonną. Ponadto działają dobrze związki atropiny lub kwasu salicylowego, (antipiryna i t. d.).

Leczenie zasadnicze uwzględniać powinno cały szereg funkcyj organizmu.

W przypadkach nieprawidłowej czynności gruczołów dokrewnych zastosować należy odpowiednią terapję hormonalną.

Do zadziałania na układ współczulny zazwyczaj nieprawidłowo działający w tych przypadkach służą środki pośrednie i bezpośrednie. Oto kilka z nich: (hydroterapja) wodolecznictwo, miejscowe upusty krwawe, diatermja, gimnastyka, masaże kąpiele i natryski miejscowe, kręgarstwo, leczenie uzdrowiskowe.

Z zabiegów szkoła lyońska z Albertim na czele wykonywa rozszerzenie pochwy, odbytnicy i cewki pod narkozą, jak również rozciąganie więzadeł krzyżowo-macicznych i uruchomienie macicy; inni radzą przedewszystkiem masaż przymacicz bocznych i tylnego.

Operacje wykonywane w leczeniu omawianego schorzenia to rozcięcie ujścia zewnętrznego i szyjki, rozszerzenie kanału szyjki z wyprostowaniem macicy na pessarium. Wreszcie zabiegiem bezpośrednio atakującym układ nerwowy współczulny jest wycięcie nerwu przedkrzyżowego (n. praesacralis) według metody Cotte, Leriche, Hamant.

Wskazania do zabiegu operacyjnego w przewlekłem zapaleniu jajowodu o etjologji niegruźliczej. (Indications des interventions chirurgicales dans la salpingite chronique non tuberculeuse). M a r t i n C h.

Rev. Franç. Gynécol. Obstétr. R. 26, Nr. 9, 1931.

Referat zbiorowy zawierający przekrój pojęć, panujących w medycynie francuskiej w sprawie operacyjnego leczenia niegruźliczego zapalenia przydatków macicy.

Wskazania kliniczne do operacji układają się jak następuje:

1) gorączka i ciężki stan ogólny.
2) guzy przydatków.
3) uporczywe i silne bóle.
4) niepłodność.

Operacje ze wskazań punktu 1-go należą do najtrudniejszych i dających najgorsze wyniki, ale niestety niekiedy niema innego wyjścia skoro sprawa nie poddaje się zupełnie długotrwałemu i starannemu leczeniu.

Drugi punkt zawiera wskazania najbardziej pospolite i dotyczy przypadków, w których pyo-haemo — lub hydrosalpinx nie ustępuje leczeniu konserwatywnemu.

W przypadkach uporczywych i silnych bólów ostatnie czasy wniosły nowość w postaci operacji na nerwie przedkrzyżowym *(Cotte, Leriche)* lub na zakończeniach nerwu współczulnego naprz.: w hilus ovarii. Oczywista, nie tracą aktualności dawne metody operacyjne naprawiające wadliwe położenie macicy i usuwające zmienione przydatki.

Wreszcie w grupie przypadków niepłodności obowiązuje najpierw ścisłe rozpoznanie (przedmuchiwanie, hysterosalpingografja) i operacja (salpingostomia), która jednak nie daje więcej jak 10% dobrych wyników, co do ciąży.

Co się tyczy drogi operacyjnej, to przedewszystkiem wskazana jest droga laparotomji; przez pochwę wyciąć można albo bardzo ruchome guzy przydatkowe albo też wyciąć macicę nawet w ciężkich ropnych przypadkach, na to aby po usunięciu macicy wydrenować dokładnie miednicę małą. Co do pozostawienia jajnika autor jest stronnikiem oszczędzania go pomimo, iż może on być powodem przykrości w przyszłości.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

W sprawie choroby Fox-Fordyce'a. („Sur la maladie de Fox-Fordyce"). S. N e u m a r k.

Annales de Dermatol. et de Syphiligr. N. 9, wrzesień 1931.

Schorzenie zajmuje wyłącznie niektóre ściśle ograniczone okolice skóry: zagłębienia pachowe, obwódki sutków, okolicę łonową, wargi sromowe większe, rzadziej okolice pępka. Schorzenie jest wybitnie długotrwałe, może trwać 7 i więcej lat, bardzo swędzące, polega na pojawianiu się drobnych, przypłaszczonych grudek wielkości główki szpilki do małego grochu, barwy jasno-cielistej, różowawej, brunatno-czerwonej lub żółtawej. Grudki zwykle nie zlewają się ze sobą, są jednak bardzo gęsto obok siebie ułożone. Na wargach sromowych zwykle bywają większe — i tam też niekiedy zlewają się. Skóra w otoczeniu grudek skutkiem ustawicznego drapania przybiera barwę brunatną.

Autor podaje opis 3-ch przypadków powyższego schorzenia. Leczenie promieniami Rentgena dało tylko nieznaczną poprawę, leczenie natomiast insuliną, przeprowadzone w jednym przypadku, dało wynik b. dobry. Swędzenie całkowicie ustąpiło, wykwity znacznie zmniejszyły się. Zastrzykiwano 20 do 30 jednostek insuliny codziennie, dając równocześnie w ciągu pierwszych kilku dni dożylnie roztwór glukozy dla uniknięcia wstrząsu hypoglikemicznego. W jednym przypadku autora wystąpiło swędzenie pod pachami równocześnie z miesiączkowaniem, w 11 lat później pojawiły się w miejscu swędzenia wykwity. Szereg spostrzeżeń innych autorów wskazuje również na pewien związek pomiędzy tem schorzeniem a wydzielaniem jajników, tarczycy i nadnerczy. Zauważono mianowicie miesiączkowanie późne i nieregularne w przypadkach choroby F. — F. Równocześnie z ustąpieniem schorzenia poprawiało się miesiączkowanie. Częste są objawy niedorozwoju płciowego i niemocy płciowej u chorych, dotkniętych tem schorzeniem. Spostrzegano także wzrost swędzenia, a nawet i wykwitów przed perjodem i w czasie perjodu, objawy hyper i dystyreoidozy, w końcu wybitny wzrost swędzenia a niekiedy i wykwitów po zastrzyku adrenaliny, brak swędzenia po zastrzyku pilokarpiny.

Badania histologiczne gruczołów potnych okolicy pach u osobników zdrowych i dotkniętych chorobą F. F., wykluczają jakiekolwiek zaczopowanie ujść gruczołów potnych i wznowienie ich wydzielania, przeczą więc dotychczasowym teorjom tyczącym się etjologji choroby F. F. (infekcja, zaczopowanie).

Czynniki mechaniczne i infekcyjne mogą tu wchodzić w grę i stwarzać pewne usposobienie; za

główny jednak i pierwotny czynnik etjologiczny należy uważać zaburzenia w wydzielaniu gruczołów potnych na skutek zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznem.

Leczenie kiły późnej promieniami pozafijołkowemi i autohemoterapja u chorych naświetlanych. (Traitement de la syphilis tardive par les rayons ultraviolets et les autohémoinjections des malades irradiés). E. Rajka i E. Radnai.

Annales de Dermat. et de syphiligr. N. 9, 1931.

Wychodząc z założenia, że każdy stan zapalny wywiązuje szereg ciał niespecyficznych przeciwzapalnych, autorzy wprowadzili od szeregu lat do leczenia swoich przypadków kiły naświetlania promieniami pozafijołkowymi w dawkach wywołujących rumień. Niespecyficzne ciała przeciwzapalne, jak wykazały badania, krążą w krwiobiegu w największej ilości w ½ godziny po naświetleniu. Pobranie w tym czasie krwi z żyły naświetlonego i wstrzyknięcie jej do pośladków temu samemu choremu, wzmaga znacznie wyniki lecznicze. Czy dzieje się to skutkiem jakiegoś bliżej nieznanego procesu pobudzenia komórek lub skutkiem uwolnienia przeciwciał zapalnych, nagromadzonych w komórkach skóry i w komórkach układu śródbłonkowo-siateczkowego — trudno dać odpowiedź. Niespecyficzne ciała przeciwzapalne, krążąc w krwi, napotykają zapalne ogniska wywołane przez krętki, wynikiem czego bywa powolne wygasanie zapalnych procesów kiłowych. Jeżeli naświetlanie powtarza się co pewien czas, to można przypuścić, że dopływ przeciwciał do ognisk czynnych procesów kiłowych jest stały, o większem lub mniejszem nasileniu. Dopływ ten zależy oczywiście także od przepuszczalności ścian naczyń krwionośnych, a w przypadkach kiły centralnego systemu nerwowego — od przepuszczalności opon.

Leczeniu światłem w połączeniu z hemoterapją poddawano tylko przypadki kiły, leczone uprzednio energicznie środkami chemicznemi — i na to leczenie chemiczne zupełnie oporne.

Z 62 przypadków leczonych powyższym sposobem, było 21 przypadków kiły późnej, utajonej, z dodatnim odczynem Was. i 41 przypadków kiły układu naczyniowego i nerwowego. Stosowano naświetlania ogólne, całej skóry aż do rumienia (30 do 60 minut dochodzące), 3 razy tygodniowo w ilości 30 naświetlań. Większe ilości naświetlań są zbyteczne, a niekiedy nawet szkodliwe. W pół godziny po pierwszych i ostatnich 10 naświetlaniach pobierano w dawkach wzrastających 2 do 15 cm³. krwi z żyły naświetlonego i wstrzykiwano ją dopośladkowo temuż choremu. Ogółem więc chory otrzymywał 20 zastrzyków krwi w 2-ch serjach po 10.

Odczyn Was. po leczeniu w 57% przypadków kiły późnej, utajonej, przeszedł z dodatniego na ujemny i jako taki utrzymywał się najkrócej 5 miesięcy, najdłużej 3 lata. W przypadkach kiły naczyń i układu nerwowego, odczyn Was. z dodatniego w ujemny przeszedł w 28% przypadków i utrzymywał się ujemnym 2 do 12 miesięcy. Odczyn Was. w czasie leczenia wykazywał często wahania. Reakcja luetynowa w czasie leczenia i bezpośrednio po jego ukończeniu nasilała się, w dłuższy czas po leczeniu — znikała. Z 41 przypadków kiły objawowej było 100% poprawy subjektywnej, ponadto nastąpiła również wybitna poprawa kliniczna. Trwałość tych remisji wynosiła 1 do 19 miesięcy (w 7 przypadkach ponad rok), co jest wynikiem b. dobrym, zwłaszcza w przypadkach wiądu rdzenia, co do którego zestawienia po leczeniu malarją wykazują 10 do 20% poprawy. Zauważono także poprawę stanu ogólnego u wszystkich chorych. Chorych przybywało na wadze 5 do 8 kilogramów. Wziąwszy pod uwagę wyniki tego leczenia i to, że leczenie światłem pozafijołkowem i hemoterapją można bezkarnie co pewien czas powtarzać, że poza leczeniem środkami chemicznemi — jest to jedyny łatwy, ambulatoryjny sposób leczenia kiły — autorzy dochodzą do wniosku, iż ta niespecyficzna metoda powinna znaleźć szerokie zastosowanie w przypadkach kiły opornej na leczenie chemiczne, a zwłaszcza w tych, w których leczenie gorączkowe jest przeciwwskazane (kiła układu naczyniowego).

KRONIKA

W początkach stycznia rozpoczął pracę Dział Medyczny Instytutu Radowego im. Marji Skłodowskiej-Curie w Warszawie przy ulicy Wawelskiej 15, w kopleksie gmachów, specjalnie na ten cel budowanych i urządzonych według planów opracowanych w porozumieniu z Instytutem Radowym w Paryżu, który również posłużył za wzór przy organizacji i wyborze metod pracy.

Zadaniem Instytutu są badania naukowe nad działaniem promieni radu i innych źródeł energji promienistej oraz zużytkowanie ich właściwości leczniczych w sposób oparty na podstawach naukowych.

W zasadzie Instytut jest przeznaczony dla wszelkiego rodzaju chorych, nadających się do leczenia energją promienistą, jednak specjalnie dla chorych na nowotwory złośliwe.

Dyrektorem działu medycznego jest dr. Franciszek Łukaszczyk, który odbył kilkoletnie specjalne studja w Instytucie Radowym w Paryżu, następnie zaś w analogicznych zakładach Niemiec i Szwecji.

Dział Medyczny Instytutu obejmuje: pracownie lekarskie, Szpital oraz Przychodnię.

Szpital, obliczony na 62 łóżka I, II i III klasy, ma następujące działy: 1) leczenia radem z 1-ym gramem radu, 2) leczenia promieniami Röntgena z 5-ma miejscami do głębokiej terapji i 1-ym aparatem djagnostycznym, oraz 3) dział chirurgiczny z instalacjami do elektroendotermji.

Chorzy mogą być przyjmowani do leczenia w Instytucie jedynie po zbadaniu i zakwalifikowaniu ich w przychodni instytutu, która będzie czynna codziennie w godzinach przedpołudniowych, z wyjątkiem niedziel, świąt i sobót. Przed skierowaniem chorego, zwłaszcza z prowincji, pożądane jest porozumienie się z Instytutem i podanie głównych danych klinicznych, specjalnie jeżeli chodzi o przypadki nowotworów złośliwych.

* * *

Międzynarodowa Wycieczka Naukowa Lekarzy do Austrji, Włoch i Francji.

Uczestnicy zobaczą zakłady lecznicze we Wiedniu i okolicy (20 — 25 marca 1932) a następnie Wenecję, San Remo, Mentonę, Monte Carlo, Monaco, Niceę (spotkanie z Dr. M. Faure, prezydentem towarzystwa lekarskiego na Rivierze), odwiedzą w Chateau Grimaldi Prof. Dr. Voronoff a (znanego z operacji odmładzania) i pojadą do Marsylji i Paryża (Instytut Pasteura, Prof. Dr. Calmette). W powrocie zwiedzą Innsbruck, Gastein, Solnogrod.*)

Międzynarodowa Wycieczka Naukowa Lekarzy do Skandynawji.

Uczestnicy zobaczą zakłady lecznicze we Wiedniu i okolicy (8.-12.VIII 1932). Dnia 13.VIII nastąpi podróż do Berlina i Kopenhagi na Congrés de la Lumière (Kongres badań światła) a stąd do Osla (Christianji) i Stokholmu. Z podróżą główną można połączyć podróż ze Stokholmu do Helsingforsu i do Rosji (Leningrad, Moskwa, Kijów, Charków.)

Lekarze (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I. Biber strasse 11. I. St.

Albo: Büro für Aerztliche Gesellschaftsreisen, Wien X. Keplergasse 5. Tür 8.

* * *

Otrzymaliśmy zawiadomienie, że w Paryżu zostało otwarte 26, rue de Rivoli; (Tel.: Archives 72-17; Adr. tel. Utzekho Paris). Biuro Informacyjno Komisowe M. Uciechowskiego, Tłómacza Przysięgłego i Rzeczoznawcy przy Sądzie Okręgowym w Paryżu, Rejestr Handlowy Nr. 453076-077, które załatwia wszelkiego rodzaju zlecenia handlowe, przemysłowe, techniczne, celne, prawne, finansowe i t. p. „Za wszelkie informacje lub zlecenia komisowe, nie wymagające z naszej strony wydatków, prosimy przesłać Zł. 10.— tytułem honorarjum i na pokrycie kosztów pocztowych. Zlecenia handlowe bardziej skomplikowane załatwiamy po uprzedniem porozumieniu się z nami. Dyskrecja absolutna.

Korespondencja we wszystkich językach.

Uwaga: listy adresować prosimy wyłącznie w sposób następujący:

Monsieur M. OUTZEKHOVSKY, 26, r. de Rivoli, PARIS 4-e".

* * *

Redakcja otrzymała od tygodnika lekarskiego „Bruxelles-Medical", list następującej treści:

Wielce Szanowny Panie Naczelny Redaktorze i Drogi Kolego!

Od przeszło 10 lat, Bruxelles-Médical, pragnąc dać lekarzom możność poznania i przekonania się o dobrodziejstwach, których dostarcza pobyt na szerokiem morzu, utworzył Towarzystwo Podróży Lekarskich, których powodzenie stale wzrasta.

Wdwóch ostatnich podróżach (jedna w marcu okrętem „Champollion", do wschodnich wybrzeży morza Śródziemnego i druga w lipcu do Norwegji, Spitzbergu i Banquise) brało udział przeszło 800 osób, należących do 14 rozmaitych narodowości. W poprzednich podróżach z przyjemnością zauważyliśmy, że do lekarzy belgijskich przyłączyli się koledzy — Polacy, których, niestety, było niewielu.

Życzylibyśmy sobie, aby w przyszłości liczba uczestników — Polaków stale wzrastała, co mogłoby tylko zacieśnić jeszcze bardziej więzy przyjaźni, łączące nasze kraje.

Pozwalam sobie zwrócić uwagę na to, że w podróżach urządzonych przez Bruxelles — Médical, mogą brać udział przedewszystkiem lekarze ze swemi rodzinami.

Jednakże, na życzenie pewnej liczby kolegów— tylko w razie obecności wolnych miejsc, do uczestniczenia w podróży można dopuścić i nielekarzy pod warunkiem, że osoby te przedstawią listy polecające lekarza domowego. Żądanie listów polecających ma na celu odpowiedni dobór uczestników z poza świata lekarskiego i utworzenie grupy turystów należących mniej więcej do jednakowego środowiska społecznego.

XVI podróż na Wyspy Słoneczne, urządzona przez „Bruxelles - Médical".

Doroczna podróż, zorganizowana przez „Bruxelles-Médical" podczas wielkich wakacyj, odbędzie się w roku 1932 na Atlantyk i Zachodnie Wybrzeże Śródziemnomorskie według następującej marszruty:

Bordeaux — Porto — Lizbona — Punta Delgada i Horta (wyspy Azorskie) — Funchal (Madera), — Teneryfa (wyspy Kanaryjskie) — Casablanca (Rabat, Larache), — Tanger — Ceuta (Tetouan, hiszpańskie Maroko), — Palma Majorka (wyspy Balearskie), — Cagliari (Sardynja), — Wschodnie Wybrzeża Sardynji i Korsyki — Livorno (Piza i Florencja) — Marsylja.

Odjazd nastąpi z Bordeaux 27 lipca, powrót do Marsylji dnia 21 sierpnia. Podróż odbędzie się na pokładzie luksusowego statku „Brazza" (15.000 tonn).

Przewidziane są opłaty dwojakiego rodzaju: pierwszy dla lekarzy i ich rodzin (żony i niepełnoletnie dzieci) i drugi dla osób, nie należących do świata lekarskiego, ale poleconych przez lekarza domowego.

Najniższa opłata wynosi dla lekarzy w I klasie 4975 fr. fr., w II kl. 2325 fr. fr.

Do 1 lutego 1932 r. przyjmowane będą zapisy jedynie od lekarzy i ich rodzin; zapisy innych osób przyjmuje się tylko dla orjentacji bez zobowiązania ze strony organizatorów.

Dla życzących będą urządzane wycieczki w portach i ich okolicy za niewysoką opłatą.

Po wszelkie informacje dodatkowe i w sprawie zapisów należy zgłaszać się do działu podróży „Bruxelles-Médical" (Section des Voyages de „Bruxelles-Médical", 29, Boulevard Max, à Bruxelles).

Wycieczka letnia do Norwegji, Spitzbergu i Banquise urządzona przez „Bruxelles - Médical".

Wielu lekarzy zawiadomiło nas, że zajęcia nie pozwalają im na wyjazd podczas feryj wielkanoc-

*) Z podróżą główną można połączyć podróż do francuskiej Afryki północnej (Algier, Biskra, Tunis) i do Hiszpanji.

nych. Wobec tego „Bruxelles-Médical“ — starając się zadość uczynić wyrażonym przez lekarzy życzeniom — postanowił zorganizować w lipcu wielką wycieczkę do wybrzeży Norwegji (ze zwiedzeniem kilku najbardziej malowniczych fjordów) do Lofoden — Nord Cap (przylądek północny), Laponji, Spitzbergu (gdzie będzie można zwiedzić obozy Andree, — Amundsena i Nobile'go), Banquise; powrót przez Jan Mayen, Wyspy Owcze (Feroë) i Szkocję.

Marszrutę wycieczki, obejmującą aż 22 przystanki, opracowała naukowo wybitna osobistość, której wyprawy podbiegunowe są powszechnie znane. Osobistość ta przyjmie zresztą udział w tej wycieczce, którą uczestnicy odbędą na pokładzie luksusowego okrętu „Foucaud“ (15.000 tonn, 152 metry). Okręt ten zbudowano w zeszłym roku i specjalnie wynajęto na tę wycieczkę.

Foucauld jest bezsprzecznie jednym z najładniejszych okrętów obecnej floty francuskiej.

Odjazd nastąpi z Dunkierki 11 lipca, z Zeebrugge 12 lipca, powrót zaś do tych samych portów — 6 sierpnia.

Ceny wyłącznie dla lekarzy, ich żon i nieletnich dzieci:

w klasie I: od 4500 fr. fr. za osobę,

w klasie II: od 1975 fr. fr. za osobę.

Osoby nie należące do świata lekarskiego mogą uczestniczyć w podróży (wycieczce) za opłatą nieco wyższą jedynie na podstawie listu polegającego ich stałego lekarza.

Dla życzących urządzone będą wycieczki w Norwegji i Szkocji. Cena ustalona: 895 fr. fr.

Wobec wyjątkowo dogodnych warunków, w jakich odbędzie się wycieczka lekarze, mający zamiar wziąć w niej udział, proszeni są o jak najszybsze nadesłanie zgłoszeń. Miejsca będą przyznawane według kolejności zgłoszeń.

Po informacje uzupełniające i zapisy prosimy zwracać się do Section des Voyages de Bruxelles-Médical, 29, Boulevard Adolphe Max, Bruxelles. Adres telegr.: Belgfranav, która na życzenie prześle bezpłatnie broszurę z wykreśloną na mapie marszrutą.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE

Leczenie tak zwanego przerostu gruczołu krokowego przecięciem nasieniowodów. Opierając się na przesłankach fizjologicznych i fizjo-patologicznych, zaczęto w przypadkach guza sterczu wykonywać przecięcie nasieniowodów (z ich wycięciem na pewnej przestrzeni) — z wynikiem naogół niezłym. Jakkolwiek metodą operacyjną z wyboru w powyższem cierpieniu będzie zawsze wyłuszczenie sterczu (prostatectomia), jednakże w przypadkach, w których zabieg ten będzie z tych czy innych względów przeciwskazany, należy zawsze wykonywać podwiązanie nasieniowodów, po którem można się spodziewać znacznej poprawy. Poza tem, podwiązywanie nasieniowodów ma również znaczenie zapobiegawcze, gdyż, jako zabieg wstępny przed wyłuszczeniem sterczu, chroni chorego w dużym stopniu przed wystąpieniem powikłań pooperacyjnych w zakresie narządów płciowych.
(Mack. La Presse Méd. N. 99, 1931).

Salicylan ezeryny w leczeniu nadczynności tarczycy. W ostatnich czasach zaczęto stosować z dużem powodzeniem w stanach nadczynności tarczycy, w celu zmniejszenia napięcia nerwu współczulnego (sympathicotonia), salicylan ezeryny w dawce: 3 razy dziennie po 0,002 (2 miligramy) z dodatkiem 0,3 gr. siarczanu chinidyny do każdej dawki ezeryny. W 50% wszystkich przypadków poprawa była trwała, w 50% — przejściowa, w 25% — brak poprawy. W pierwszym rzędzie zostają złagodzone objawy ze strony serca, następnie — zmniejsza się nasilenie przemiany materji i wytrzeszcz gałek ocznych.
(Bram. La Presse Méd. N. 103, 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.

ROK VI WARSZAWA 1932 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

O więzi[1])

podał

DOCENT DR. MED. SEWERYN CYTRONBERG

Pozwalam sobie zająć uwagę Panów krótkim referatem o więzi (konstytucji) wogóle i o więzi zbadanych przezemnie chorych w szczególności. Nauka o więzi staje się obecnie coraz bardziej ośrodkiem najnowszych kierunków lekarskich i stopniowo wyłania się odmienny od dotychczasowego kierunek ogólny medycyny. Powiadam „odmienny od dotychczasowego“, lecz nie nowy. Albowiem nauka o konstytucji nie jest czemś zupełnie nieznanym w medycynie, lecz wręcz przeciwnie, raczej nawrotem w pewnym stopniu do poglądów, metod badania i sposobów postępowania leczniczego dawnych pokoleń lekarskich, odległych od nas o conajmniej 100 lat.

Jak wiemy, lekarze epok minionych kierowali się w swoich rozpoznaniach objawami, widocznemi dla gołego oka, słyszalnemi dla nieuzbrojonego ucha, słowem, łatwo dostępnemi dla nieuzbrojonych zmysłów badającego. Wielowiekowa empirja pouczyła ich, że z samego wyglądu chorego, jego wydzielin i t. d. można dużo wnioskować o rodzaju i natężeniu stanu chorobowego, można ze znacznem prawdopodobieństwem rokować o dalszym przebiegu choroby i, co najważniejsze, można oprzeć na tych łatwo osiągalnych danych leczenie, częstokroć nader skuteczne. To też, zaczynając od *Hippokratesa, Galena, Celsusa,* następnie *Avicenny, Majmonidesa* aż do *Paracelsusa, Hoffmanna, Boerhave* i t. d., wszyscy wybitni lekarze starali się podać

[1]) Według wykładu, wygłoszonego dnia 29 września 1931 r. w szpitalu św. Łazarza w Warszawie podczas konkursu na stanowisko ordynatora oddziału chorób wewnętrznych szpitala Starozakonnych.

możliwie więcej cech łatwo stwierdzalnych, a charakterystycznych dla najczęstszych chorób. Stwierdzić należy, że, nie bacząc na ich nader nikłe i nieścisłe wiadomości anatomiczne, fizjologiczne i t. d., dar spostrzegania, doprowadzony przez poszczególnych lekarzy dawniejszych niemal do szczytu doskonałości i subtelności, umożliwił ustalenie szeregu nader ważnych objawów klinicznych, częściowo znanych i uznawanych jeszcze obecnie, częściowo zaś zapomnianych i często niesłusznie zapoznawanych przez oficjalną medycynę współczesną.

Dzięki rozległemu doświadczeniu empirycznemu lekarze epok minionych wiedzieli doskonale o tem, że pewne choroby zdarzają się najczęściej lub niemal wyłącznie w pewnym wieku, u mężczyzn lub u kobiet, u osób z tą, a nie inną budową ciała, długością szyi i t. p. Wobec tego lekarze dawniejsi dzielili chorych na różne grupy według wieku, płci, budowy kośćca, zabarwienia, ukrwienia i napięcia skóry, stanu odżywienia, napięcia i rozwoju mięśni i t. p. Już *Hippokrates* rozróżniał tedy dwa główne rodzaje typów ludzkich, zbliżone do obecnych naszych pojęć: habitus asthenicus oraz apoplecticus. Inni autorowie zwracali główną uwagę na tonus, napięcie, mięśni obwodowych i według niego określali więź danego osobnika bądź jako mocną, sprężystą, bądź też jako słabą, wiotką.

Aż do końca wieku XVIII mniemano, że w każdej chorobie rolę główną gra zaburzenie t. zw. consensus humoralis albo też consensus nervosus partium, t j. zachwianie równowagi tych czynników ustrojowych, które na drodze humoralnej lub nerwowej sprzęgają najróżnorodniejsze części ustroju w jedną skoordynowaną całość. Za główny czynnik consensus humoralis partium uważano krew, następnie chłonkę. Niemal na każde schorzenie jakiegokolwiek narządu lub tkanki zapatrywano się, jako na przejaw miejscowy ogólnego zaburzenia równowagi i prawidłowości składników krwi lub chłonki lub innych cieczy i wydzielin ustroju. Wobec takich poglądów na istotę chorób usiłowano działać na spostrzegane miejscowe objawy chorobowe nie tyle bezpośrednio, ile pośrednio przy pomocy środków najrozmaitszych, które, według mniemania lekarzy dawniejszych, wpływały na cechy fizyczne i skład chemiczny krwi, chłonki i t d. Dawne pokolenia lekarskie kładły również duży nacisk na dostateczne wydzielanie moczu, następnie żółci, śliny i innych wydzielin przewodu pokarmowego, wreszcie na prawidłową czynność skóry. Gdy stwierdzano odchylenia w tych czynnościach ustroju, mówiono o różnych dyskrazjach, t. j. o zanieczyszczeniu krwi i chłonki różnemi składnikami, których nerki, wątroba, przewód pokarmowy lub skóra nie zdołała usunąć w mierze dostatecznej. Tak więc mówiono o dyskrazji zapalnej albo też o chorobliwej konstytucji zapalnej, krwotocznej, żółciowej, moczowej, gośćcowej, artrytycznej i t p., a to na podstawie zabarwienia skóry, kształtu stawów, i zapachu moczu lub stolca i t d.

Nader ważne odkrycia, poczynione przez anatomo-patologów, poczynając od *Morgagniego, Bichata, Virchowa* i inn., powiększyły, wprawdzie, ogromnie zasób naszej wiedzy o zmianach chorobowych w różnych tkankach i narządach oraz umożliwiły udoskonalenie klinicznego rozpoznawania. Jednakże rozwój djagnostyki pociągnął za sobą obok wielu niezaprzeczalnych i nader doniosłych wyników dodatnich także pewne ważne następstwo ujemne. Mianowicie, pęd w kierunku możliwie dokładnego rozpoznawania chorób był i jest tak wielki, że wobec niego terapja, leczenie chorego, staje niekiedy na miejscu drugorzędnem. I, rzecz dziwna, właśnie w niektórych największych, najbardziej zasłużonych ośrodkach medycyny klinicznej słyszymy nieraz zdanie, że rzeczą najważniejszą jest rozpoznanie cierpienia, leczenie zaś można zastosować bodaj według pierwszego lepszego vademecum terapeutycznego. Znajomość zmian anatomo-patologicznych, odpowiadających różnym stanom chorobowym, tudzież pewność, że w wielu przypadkach zmian tych nie można usunąć przy pomocy znanych nam środków, wytworzyły ponadto pewien nihilizm leczniczy, który również spostrzegamy w niektórych klinikach przodujących. Doszło przecież do tego, że nie tak dawno temu znany klinicysta wiedeński *Skoda* wygłosił zdanie, iż „błędne jest mniemanie, jakoby przy pomocy naszych leków jesteśmy w stanie wpłynąć w jakimkolwiek stopniu na przebieg lub zejście chorób".

Olbrzymi rozwój bakterjologji wniósł, bezwątpienia, niezmiernie cenne wkłady w skarbnicę wiedzy medycznej i m. inn. umożliwił skuteczne zwalczanie szeregu ciężkich chorób zakaźnych. Jednakże ostatnio coraz bardziej przekonywujemy się, że w przebiegu i zejściu chorób pobudliwość i odporność ustroju, jego cechy swoiste grają rolę niemniej ważną, a częstokroć nawet ważniejszą, niż ilość i jadowitość zarazka.

Do zasadniczej zmiany naszych poglądów w tej dziedzinie przyczyniły się liczne czynniki, jako to: udoskonalenie metod statystycznych, doniosłe spostrzeżenia epidemjologiczne, rozwój serologji oraz nauk o wydzielaniu wewnętrznem i o układzie mimowolnym, wreszcie, last not least, zastosowanie zdobyczy chemji fizycznej i koloidowej w klinice i t d. Na okólnej dalekiej, lecz nie zbytecznej drodze powróciliśmy obecnie do punktu wyjścia, mianowicie, zwracamy obecnie coraz baczniejszą uwagę nietylko na anatomo-patologiczny podkład cierpienia lub na rodzaj i natężenie zewnętrznego czynnika chorobotwórczego, lecz także na ogólne cechy chorego oraz na jego consensus humoralis i nervosus partium, tak zlekceważony przez *Virchowa* i innych skrajnych zwolenników patologji komórkowej, tudzież przez zbyt zagorzałych bakterjologów.

Wyrazem tej zmiany naszego nastawienia klinicznego jest właśnie nowoczesna nauka o więzi. Opiera się ona na olbrzymim materjale, nagromadzonym przez biologów, anatomów, klinicystów ostatnich lat kilkudziesięciu. Nauka o więzi dąży do tego, by dać lekarzowi nietylko możność dokładnego rozpoznania danego cierpienia, lecz także umiejętność ujmowania całokształtu cech swoistych chorego osobnika, warunkujących przypuszczalny przebieg i zejście choroby w danym przypadku, oraz umiejętność stosowania takiego rodzaju leczenia, które najbardziej odpowiada danemu indywidualnemu przypadkowi. Jest rzeczą wręcz niemożliwą, bym mógł w tym krótkim odczycie podać bodaj większość najważniejszych danych, dotyczących współczesnej nauki o więzi. Jednakże postaram się w możliwie krótkim zarysie podać parę wytycznych i wymienić parę najważniejszych określeń, używanych przez konstytucjologów.

Właściwy podkład pod nowoczesną naukę kliniczną o więzi położył *Martius* swoją monografją p. t. „Patogeneza chorób wewnętrznych", ogłoszoną w roku 1897. Jeszcze przed nim anatom *Beneke* przeprowadził nader żmudne pomiary anatomiczne różnych narządów ludzkich. Pomiary te były wielce pomocnym materjałem dla ustalenia różnych typów klinicznych. W ciągu ostatnich lat 30 piśmiennictwo kliniczne o konstytucji ludzkiej urosło niepomiernie, że wymienię tylko nazwiska najważniejszych autorów: *Viola, Sigaud, Bauer, Bartel, Kraus, Aschner, Brugsch, Kretschmer, Stiller, Borchardt* i inni. Poczyniono nader liczne, mniej lub więcej doniosłe spostrzeżenia, przeprowadzono ogromny szereg badań klinicznych, statystycznych i doświadczalnych. Nie bacząc na to, zgóry stwierdzić muszę, że nauka o więzi jest dopiero na samym początku swego rozwoju. Zaledwie zgodzono się ostatnio co do samego określenia pojęcia „więź". Otóż według większości autorów miarodajnych więź można określić mniej więcej następująco: jest to zespół cech organicznych i czynnościowych danego osobnika, od których zależy stopień jego pobudliwości i odporności oraz sposób oddziaływania somatycznego i psychicznego na wszelkie bodźce zewnętrzne, a m. inn. na czynniki chorobotwórcze. Więź ogarnia zatem całokształt cech danego osobnika czyli jego fenotyp (phaenotypus). Na fenotyp składają się: po 1) zespół cech, odziedziczonych po przodkach, — czyli genotyp, i po 2) ogół cech, nabytych przez danego osobnika od chwili jego powstania,— czyli jego paratyp.

Wszystkie cechy genotypu są integralnie zawarte w chromozomach plemnika i jaja. Dzięki podstawowym badaniom *Mendela* i inn. wiemy, że istnieje szereg cech i odrębności zarówno fizjologicznych, jako też chorobowych, które noszą znamiona cech stałych („dominant"), t. j. przechodzących bez wyjątku z pokolenia tak długo, aż w jednem pokoleniu znikną, poczem już nie zjawiają się nigdy w pokoleniach następujących. Do dziedzicznych

cech stałych (dominujących) należą: z zakresu medycyny wewnętrznej — astenja, eunuchoidyzm, moczówka prosta dziedziczna, żółtaczka hemolityczna rodzinna, cystinuria, klatka piersiowa lejkowata itp., z zakresu chorób nerwowych — pląsawica Huntingtona, choroba Thomsena, neurofibromatoza itd. Oprócz cech dziedzicznych stałych znane są cechy dziedziczne niestałe („recessive"), które odznaczają się tem, że mogą ominąć jedno lub dwa pokolenia, by potem znów zjawić się w pokoleniach następnych. Z zakresu medycyny wewnętrzenej do cech dziedzicznych niestałych należą krwawiączka, w pewnym stopniu niedokrwistość złośliwa, alkaptonuria itd., z zakresu zaś chorób nerwowych ataxia Friedreicha, atrophia muscularis spinalis progressiva, pewne postaci padaczki itd.

Na ukształtowanie się paratypu ludzkiego wpływają różne czynniki poczęści jeszcze przed zapłodnieniem jaja. Tak np. dowiedziono, że pewne zatrucia, zwłaszcza alkoholizm ojca lub matki, niektóre choroby przewlekłe, np. kiła, niektóre zabiegi lecznicze, np. naświetlanie narządów płciowych matki promieniami Rentgena, uskutecznione bodaj dłuższy czas przed jej zapłodnieniem, wywołać mogą odchylenia chorobowe pierwotnych własności zarodków. Tę zmianę zarodków kobiecych lub męskich przed kopulacją określono nazwą „b l a s t o p h t h o r i a" (Forel). Wymienione czynniki chorobotwórcze grają niemniej ważną rolę w życiu płodu. Ciekawe jest np. niezbicie ustalone spostrzeżenie, że naświetlanie brzucha kobiety ciężarnej wywołuje niemal w 90% przypadków powstanie poważnych odchyleń chorobowych w ustroju dziecka, m. inn. najczęściej mikrocefalję. Zmiany te, powodowane za życia płodu przez czynniki zewnętrzne, a noszące nazwę „e m b r y o p h t h o r i a" są tak zgubne w swych następstwach, że niektórzy konstytucjologowie, m. inn. *Borchardt*, gorąco polecają wczesne przerwanie ciąży we wszystkich przypadkach, w których przeprowadzano podczas trwania ciąży naświetlanie brzucha promieniami Rentgena. Wreszcie, po urodzeniu się dziecka działają na nie niezliczone czynniki zewnętrzne; klimat, rodzaj odżywiania, otoczenie i wiele innych, które łącznie kształtują jego paratyp.

Stykając się z chorym, mamy zatem do czynienia z fenotypem, na którego ukształtowanie złożył się olbrzymi szereg czynników dziedzicznych (m. inn. rasowych) oraz rodzinnych, społecznych itd., których niepodobna ogarnąć w całości. Staramy się jednak wyłuszczyć przy pomocy dokładnych wywiadów i ścisłego spostrzegania cechy najważniejsze, na których podstawie możemy zaszeregować, zaklasyfikować danego osobnika do tej lub innej grupy konstytucjonalnej.

Klasyfikacja ta, nader ciekawa sama przez się i nader doniosła dla sprawy naszego ustosunkowania się do rozpoznania, a zwłaszcza do rokowania i postępowania leczniczego w każdym poszczególnym przypadku, nie jest naogół rzeczą zbyt trudną do przeprowadzenia. Chodzi właściwie tylko o zwrócenie baczniejszej uwagi na pewne cechy chorego, które lekarz przy pewnej wprawie dostrzec może niemal natychmiast przy pierwszem zetknięciu się z chorym. Są to niemal wyłącznie cechy zewnętrzne, tak łatwo dostrzegalne, że np. wybitny klinicysta wiedeński *Neusser* był w stanie rozpoznać niemal w 90% przypadków rodzaj i natężenie sprawy chorobowej już na „pierwszy rzut oka". Co u *Neussera* i jemu podobnych było przejawem niezwykle przenikliwej spostrzegawczości (częściowo niesłusznie nazywanej intuicją) oraz ogromnego doświadczenia klinicznego, to nauka o więzi usiłuje uczynić dostępnym dla każdego lekarza, umiejącego spostrzegać i logicznie wnioskować. Nauka bowiem o konstytucji poucza nas, że o więzi danego osobnika sądzić można na podstawie następujących jego cech zewnętrznych: 1) płci, 2) wieku, 3) t. zw. kompleksji, 4) pomiarów i wagi ciała, 5) napięcia (tonus) mięśni i innych tkanek mezenchymalnych, 6) temperamentu i wreszcie 7) pewnych, łatwo stwierdzalnych właściwości głównych narządów.

Postaram się w ciasnych ramach niniejszego wykładu zaklasyfikować zbadanych przeze mnie chorych do głównych typów konstytucjonalnych, a więc:

Przypadek pierwszy: kobieta, lat 42, blondynka o oczach szaro - niebieskich, wzrostu wysokiego, rozrosła i tęga, o obwodzie klatki piersiowej na oko większym, niż zwykle, o mięśniach dobrze rozwiniętych i dość napiętych, temperamentu raczej sangwinicznego, z rzucającemi się w oczy objawami duszności przedmiotowej i wyraźnem tętnieniem okolicy dołka jarzmowego.

Przypadek drugi: mężczyzna, lat 25, siarczysty brunet o błyszczących czarnych oczach, krzaczastych, zrośniętych brwiach długich i mocno zagiętych rzęsach, niskiego wzrostu, budowy kościca wątłej, złego stanu odżywienia, o mięśniach słabo rozwiniętych i wiotkich, temperamentu raczej cholerycznego, wreszcie o długiej, wąskiej i płytkiej klatce piersiowej, której połowa prawa jest bardziej uwypuklona i słabiej porusza się podczas oddychania.

Większość przytoczonych cech konstytucjonalnych obojga chorych ma duże znaczenie tak pod względem ich skłonności do pewnych cierpień, jak też dla ich przebiegu i zejścia, wreszcie dla celowo zastosowanego leczenia. Zajmę się teraz zwięzłym rozbiorem znaczenia każdej z wymienionych cech. Rozpocznę od rozważań na temat znaczenia nozologicznego płci.

Liczni autorowie nowszej daty np. *Bucura, Kraus, Bauer, Brugsch* i inni, a z dawniejszych *Moebius* w znanej swojej monografji p. t. „Płeć a choroba" dowiedli, że istnieje długi szereg chorób, nawiedzających kobiety bądź wyłącznie, bądź też o wiele częściej, niż mężczyzn, że wymienię tylko blednicę, pląsawicę wieku dziecięcego, osteomalację, niektóre postaci niedokrwistości, kolkę jelitową śluzową, kamicę żółciową, t. zw. limfatyzm, opadnięcie trzew, atonję przewodu pokarmowego, chorobę *Basedowa*, obrzęk śluzowaty, histerję, ostry zanik żółty wątroby itd. Natomiast znacznie mniej jest zespołów chorobowych, które nawiedzają bądź wyłącznie, bądź też przeważnie mężczyzn (pomijam tutaj oczywiście, sprawy chorobowe narządów płciowych). Do wyłącznie lub przeważnie męskich chorób należą: krwawiączka, ślepota kurza, neuritis optica genuina, moczówka prosta, białaczka, kamienie pęcherzowe itd. W części chorób wymienionych, a dotyczących głównie kobiet, dużą rolę gra bezwzględnie życie płciowe kobiety, zwłaszcza pokwitanie, ciąża, okres porodowy, przekwitanie i t. p. Tem niemniej pozostaje szereg chorób, w których szczególna zapadalność kobiet wymaga jeszcze innego tłumaczenia. Należy sięgnąć głębiej w zasadnicze różnice pomiędzy więzią kobiety a mężczyzny. W dziedzinie tej zrobiono dotychczas jeszcze stosunkowo niewiele. Tymczasem zdołano wykazać, że kobiety cechuje naogół:

1) Większa wiotkość wszelkich włókien łącznotkankowych, sprężystych, mięśniowych itd., co tłumaczy znacznie częstsze objawy słabości „układu mezenchymalnego" u kobiet. Powoduje to wzmożoną skłonność do atonji gładkich mięśni żołądka, jelit (zaparcie), do żylaków, guzów krwawnicowych, atonji pęcherzyka żółciowego z następowym zastojem żółci i kamicą. Według danych statystycznych, nagromadzonych przez różnych autorów, faktem jest bezspornym, że od 30 do 70% kobiet cierpi na różnego rodzaju przejawy tej astenji układu mezenchymalnego.

2) Częstsze przejawianie się niedorozwoju bądź całego ustroju bądź też poszczególnych narządów.

3) Szczególna pobudliwość i mniejsza odporność układu nerwowego, a zwłaszcza życia uczuciowego, skąd pochodzi skłonność do „histerji", do pewnych postaci psychoz (manji, melancholji itd).

4) Wzmożona zdolność do wytwarzania krwi, czego dowodem służyć może chociażby łatwość regeneracji krwi po każdomiesięcznych stratach. Wzmożona czynność układu krwiotwórczego powoduje też z czasem łatwiejsze jego wyczerpanie, co w pewnej mierze tłumaczy częstsze występowanie różnych endogennych postaci niedokrwistości u kobiet.

Przechodzę obecnie do omówienia znaczenia nozologicznego płci naszych przypadków. Nasz przypadek Nr. 1, dotyczy kobiety z zespołem: Mesaortitis luetica c. ectasia aortae ascendentis arcusque aortae et insufficientia vv. aortae subsequente hypertrophia et dilatatione ventriculi sinistri cordis atque insufficientia mm. cordis gr. levior. in indiv. obeso c. diathesi urica. W przypadku Nr. II, dotyczącym mężczyzny, rozpoznałem natomiast: Phthisis fibrocaseosa pulmonum declarata progrediens subacute; pneumo dexter: tbc. fibrocaseosa lobi superioris et pneumothorax arteficialis dexter, pneumo sinister: tbc. fibrosa apicis lobi superioris; toxanaemia; asthenia.

Pytanie zachodzi, czy i w jakim stopniu przynależność tych chorych do danej płci

ma znaczenie dla a) rozpoznania, b) rokowania i c) leczenia.

a) Otóż przedewszystkiem stwierdzić muszę, że zapadalność na te zespoły chorobowe jest mniej więcej jednakowa u mężczyzn i kobiet. Wskutek tego przynależność płciowa chorych nie grała w tych przypadkach większej roli w moich rozważaniach różnicowo-rozpoznawczych.

b) Inaczej rzecz się przedstawia, gdy chodzi o rokowanie i postępowanie lecznicze. Musimy bowiem w pierwszym przypadku liczyć się poważnie z wpływem możliwej ciąży, porodu, okresu porodowego, a także bliskiego przekwitania na stan podmiotowy i przedmiotowy chorej kobiety w ogólności oraz na przebieg sprawy naczyniowo-sercowej w szczególności. Tak samo leczenie powinno zastosować się do jej odrębnej psychiki i cech somatycznych. Co do mężczyzny, to uwzględnić musimy przedewszystkiem przemożny wpływ walki o byt, bądź co bądź jeszcze i teraz naogół bardziej ciążący na barkach mężczyzny, niż kobiety. Nie ulega zaś wątpliwości, że cięższa praca fizyczna wpłynie ujemnie na stan somatyczny chorego wogóle i na przebieg chorobowej sprawy płucnej w szczególności. W tych warunkach najczęściej nie udaje się wypośrodkować modus vivendi, zadawalniający pod względem dostatecznej równowagi pomiędzy ilością pracy, niezbędnej dla uzyskania środków do życia, a odpoczynkiem, wymaganym dla bardziej skutecznego przeciwdziałania postępującej chorobie. Są to sprawy nader ważne, zmuszony jednak jestem mówić ogólnikami ze względu na brak czasu.

Ad 2) Wiek chorego ma, jak wiemy wszyscy, nader doniosłe, nieraz decydujące znaczenie dla zapadalności na różne choroby tudzież dla ich przebiegu i zejścia. Na podstawie pomiarów i ważenia głównych narządów licznych zwłok ludzkich, anatom *Beneke* przyszedł do wniosku, że nietylko bezwzględna, lecz także względna waga i objętość narządów ludzkich wykazuje w różnych okresach życia bardzo znaczne różnice, czyli, że każdy okres życia odznacza się już pod względem anatomicznym pewną swoistą więzią, co, oczywiście, wpływa na skłonność do różnych chorób, na ich przebieg itd. Nie dziw też, że wiek chorego, jako jeden z głównych czynników konstytucjonalnych, ma znaczenie zasadnicze dla lekarza, i że istnieje szereg chorób, niemal swoistych dla każdego okresu życia.

Nie mogę tutaj mówić o wieku dziecięcym, którego swoistość anatomiczna, fizjologiczna itd. jest tak dalece uznawana przez medycynę nowoczesną, że wywołała powstanie oddzielnej gałęzi, pedjatrji. Natomiast wspomnieć muszę o pewnych cechach okresu dojrzewania, trwającego mniej więcej od 14-ego do 22-go roku życia. Już sam układ krwionośny wykazuje w tym okresie różnice zasadnicze: tak np. główne pnie tętnicze odznaczają się wyraźną wąskością w porównaniu do masy i objętości serca, która w ciągu tych lat zwiększa się średnio o 120 cm^3 (ze 140 cm^3 do 260 cm^3). Już samo to zjawisko może przyczynić się do wzrostu ciśnienia w obwodowem krążeniu krwi w porównaniu do okresów poprzednich. Natomiast w krążeniu płucnem następuje spadek ciśnienia krwi, a to z tego powodu, że przyrost komory prawej pozostaje w tyle za komorą lewą, tętnica zaś płucna jest wciąż jeszcze szersza od tętnicy głównej, jakkolwiek w mniejszym stopniu, niż w okresach poprzednich. Również objętość wątroby przewyższa w tym okresie objętość obu płuc w stopniu mniejszym, niż u dzieci. Objętość obu nerek razem jest większa od objętości serca. Zawartość wody w ustroju zmniejsza się w porównaniu do okresu dziecięcego, natomiast stężenie hemoglobiny we krwi wzrasta.

Wszystkie te (oraz wiele innych) właściwości konstytucjonalne okresu dojrzewania są, niewątpliwie, tłem, na którem występują szczególne choroby, cechujące ten okres, że wymienię tylko: a) zaburzenia w dziedzinie gruczołów dokrewnych, np. tarczycy, pod postacią chor. *Basedowa*, obrzęku śluzowatego, sklerodermji itd., następnie akromegalja, dystrophia adiposogenitalis, chor. *Addisona* itp., b) stany podrażnienia układu nerwowego i psychiki, c) pewne nadmiernie złośliwe postaci gruźlicy, jako to, postać młodociana *Beizkego*, phthisis pulmonum caseosa, pneumonia et bronchopneumonia caseosa itp. oraz d) niektóre ostre choroby zakaźne.

Wiek dojrzały, odpowiadający mniej więcej 22-emu do 50-ego roku życia, cechują pod względem anatomicznym szczególnie dwie własności: rozwój ostateczny serca i zmiana stosunku wielkości tętnicy głównej do tętnicy płucnej w tym kierunku, że obwód pierwszej coraz bardziej przewyższa obwód drugiej. Również obwód tętnic obwodowych zwiększa się stopniowo. Według *Benekego* ciśnienie krwi w obrębie tętnicy płucnej stopniowo zmniejsza się w tym okresie, co powoduje w dalszem następstwie mniejsze utlenianie krwi obwodowej. Naogół okres dojrzałości cechuje największa odporność wobec czynników zewnętrznych.

W wieku ponad lat 50 stwierdza się (w przypadkach normalnych) stopniowe zmniejszanie się objętości serca, natomiast wielkie pnie naczyniowe stają się coraz obszerniejsze. Doprowadziłoby to do spadku ciśnienia krwi, gdyby nie zmniejszenie się sprężystości ścian tętnic, stopniowe zamykanie się całych połaci naczyń włoskowatych i wreszcie nadmiar odpadków przemiany materji, powodujących wzrost ciśnienia. Zmienia się także skład soków ustroju. Tak np., według *Leichtensterna*, zawartość hemoglobiny spada w okresie pomiędzy 40 a 60 rokiem życia, by po 60-tym roku znów wzrosnąć. Objętość płuc coraz bardziej przekracza objętość wątroby.

Właściwy wiąd starczy (marasmus senilis) rozpoczyna się naogół u kobiet później, niż u mężczyzn.

Mogłem przytoczyć tutaj tylko parę cech, charakterystycznych dla głównych okresów życia. Cech tych jest jednak olbrzymia liczba. Wszystkie one razem powodują znaną nam szczególną skłonność każdego okresu do pewnych chorób, tudzież pewną swoistość ich przebiegu i zejścia. One decydują też w pewnej mierze o naszem rokowaniu i postępowaniu leczniczem.

W naszych przypadkach mamy do czynienia z dwojgiem ludzi w wieku 42 i 25 lat. Oboje są zatem w wieku dojrzałym, o którym wiemy, że cechuje go stosunkowo wielka odporność wobec różnych spraw chorobowych. Wiek naszych chorych należałoby więc uważać naogół za okoliczność dodatnią pod względem rokowania na najbliższą metę. Jednakże w przypadku pierwszym musimy uwzględnić zbliżający się okres przekwitania, który, niewątpliwie, wzmocni podmiotowe objawy sercowo - naczyniowe chorej. W drugim zaś przypadku pamiętać musimy o tem, że właśnie suchoty pospolite przebiegają w wieku do lat 30 naogół szybciej i dają znacznie gorsze rokowanie quoad vitam et valetudinem, niż w wieku późniejszym. Naogół więc uznać musimy, że w naszych indywidualnych przypadkach wiek chorych nie może wpłynąć w większej mierze dodatnio na nasze rokowanie.

Natomiast dla sprawy naszego postępowania leczniczego wiek tych chorych jest ceteris paribus czynnikiem stanowczo dodatnim, albowiem on nie stanowi żadnej przeszkody dla stosowania wszelkich metod leczniczych, nawet najbardziej radykalnych, o ile je uznamy za wskazane. Tak więc w przypadku Nr. 1 zastosujemy bez obawy energiczne leczenie przeciwkiłowe, w przypadku zaś Nr. 2 nie cofniemy się w razie potrzeby przed radykalną torakoplastyką (oczywiście, o ile nie znajdziemy przeciwwskazań w innych cechach jego ustroju, p. n.).

Ad 3) Przechodzę obecnie do omawiania znaczenia kompleksji. Wyraz ten ogarnia zabarwienie (cerę) skóry, barwę, kształt i rozmieszczenie włosów oraz zabarwienie tęczówek.

Kompleksja zależy, niewątpliwie, w głównej mierze od rasy. Jednakże już w ramach każdej narodowości spotykamy osobników o nader różnej kompleksji. Wśród naszego materjału chorych celowe jest naogół rozróżnianie kompleksji jasnej, ciemnej i postaci mieszanych. Do kompleksji jasnej zalicza się, oczywiście, osobników o włosach blond, niebieskich lub szarych oczach i cerze jasnej; do kompleksji ciemnej — brunetów lub ciemnych szatynów o czarnych lub t. zw. piwnych tęczówkach oraz o cerze mniej lub więcej smagłej. Do typów o kompleksji mieszanej wypada zaliczyć bądź osobników o włosach jasnych, a oczach (tęczówkach) czarnych, bądź też przeciwnie, osobników z ciemnemi włosami a oczami niebieskiemi lub szaremi. Osobniki o włosach rudych oraz albinosi stanowią podgrupy kompleksji jasnej.

Klinicystę interesuje przedewszystkiem pytanie, czy kompleksja chorego gra pewną rolę w patogenezie, przebiegu i zejściu różnych chorób. Na pytanie to wypada odpowiedzieć twierdząco, w myśl obecnego stanu nauki o więzi. Jakkolwiek bowiem badania statystyczne, doświadczalne

i kliniczne w tej dziedzinie znajdują się dopiero w zarodku, jesteśmy już obecnie w posiadaniu pewnych wiadomości, dotyczących znaczenia kompleksji. Tak np. już oddawna wiemy o większej skłonności do gruźlicy zwierząt doświadczalnych oraz pewnych gatunków bydła o włosach jaśniejszych. Doświadczalnie wykazano większą kwaśność wydzielin skórnych brunetów, niż blondynów. Skóra osób ciemniejszych przewodzi też lepiej elektryczność. Dokładne analizy ilościowe wykazały, że mleko brunetek odznacza się wyraźnie większym ciężarem właściwym, większym stężeniem cukru i kazeiny, a mniejszą zawartością wody. Według badań *Rankego, Virchowa* i innych, krew oraz inne ciecze ustrojowe ludzi o kompleksji ciemniejszej są uboższe w wodę oraz tłuszcze i zawierają więcej ciał białkowatych i soli, są więc naogół bardziej stężone, niż odnośne ciecze ludzi o kompleksji jasnej.

Stosownie do tego większego stężenia cieczy ustrojowych ludzi o kompleksji ciemniejszej, skłonni oni są bardziej do chorób, których podłożem jest przesycenie soków ustroju ciałami słabo rozpuszczalnemi. Powoduje to znacznie częstsze powstawanie różnych złogów (żółciowych, nerkowych, pęcherzowych i t. p.) u ludzi ciemniejszych. Statystycznie dowiedziono również większą częstość ciężkich przypadków cukrzycy, dny, miażdżycy, osteomalacji, raka i t. d. w kompleksji ciemnej.

Napozór dziwna ta zbieżność pomiędzy kompleksją a zapadalnością na niektóre choroby znajduje częściowe objaśnienie w dociekaniach *Ehrmanna*. Badacz ten dowiódł, że substancje, z których powstaje barwik skóry, włosów, tęczówek i t. d., pochodzą z hemoglobiny, przyczem podstawowym składnikiem tego barwika jest tyrozyna lub pokrewne związki z grupy aromatycznej. Wobec tego nie może nas dziwić twierdzenie konstytucjologów, że kompleksja, t. j. widoczny odrazu stan posiadania barwików ustroju jest jaskrawym wyrazem zewnętrznym swoistości składu krwi oraz innych cieczy i tkanek ustroju.

Kilku słowami pragnąłbym jeszcze wspomnieć o klinicznem znaczeniu erytryzmu, t. j. rudego zabarwienia włosów. *Neumann, Delpuech, Aschner* i inni wskazują szczególną skłonność rudowłosych do gruźlicy płuc. W erytryzmie całkowitym, t. j. w przypadkach, w których tak owłosienie głowy jak i sromu, pach, brwi, rzęs i brody jest rude, przebieg gruźlicy płuc ma być naogół dość dobrotliwy i przewlekły, gdyż stwierdza się wtedy najczęściej lżejsze postaci gruźlicy krwiopochodnej o typie tbc. miliaris discreta, tbc. pulm. fibrosa densa i t. p. Natomiast w erytryzmie częściowym, t. j. w przypadkach, w których rudem zabarwieniem odznacza się tylko owłosienie niektórych okolic ciała, przebieg gruźlicy ma być, według *Neumanna* i inn., szczególnie złośliwy. Ponieważ obecnie wiemy już coś niecoś o tem, że kompleksja jest zewnętrznym wyrazem głębszych odrębności konstytucjonalnych, tego rodzaju twierdzeń nie można już uważać za spostrzeżenia zbyt pochopne, oparte na przypadkowym zbiegu okoliczności.

Muszę ograniczyć się do tych kilku luźnych uwag o kompleksji. W odniesieniu do naszych chorych mogę przytoczyć tutaj tylko kilka następujących ogólników:

Co do przypadku Nr. I zaznaczyć muszę, że nie posiadamy dotychczas żadnych danych, wskazujących odmienny przebieg kiły trzew u ludzi rozmaitej kompleksji. Jednakże na podstawie naszych ogólnych wiadomości o odrębności składu chemicznego i właściwości fizyczno-chemicznych cieczy ustrojowych i tkanek w różnych kompleksjach możemy z wielką dawką prawdopodobieństwa przypuścić, że kompleksja osobnika, dotkniętego kiłą, gra pewną rolę zarówno w rozwoju zarazka, jako też w oddziaływaniu na niego ustroju. Niemniej prawdopodobnem wydaje się, że skuteczność naszego leczenia przeciwkiłowego zależy w pewnej mierze od kompleksji chorego. Narazie nie jesteśmy jednak w stanie wskazać szczegółów tych spraw, niezawodnie, nader zawikłanych.

Co się tyczy przypadku Nr. II, to, według niektórych konstytucjologów, częstsze występowanie gruźlicy u żydów jest m. inn. w pewnym związku z ich kompleksją ciemną. Inni konstytucjologowie skłonni są raczej uznać tutaj wpływ innych czynników rasowych, społecznych, klimatycznych i t. d. Nie mogę wdawać się tutaj w rozważania teoretyczne, stwierdzić atoli muszę, że i w naszym indywidualnym przypadku intensywnie ciemna kompleksja chorego, nadmierne owłosienie (hypertrichosis) i t. d., jest, niezawodnie, w pewnym stopniu przyczyną stosunkowo gwałtownego przebiegu suchot płuc, które w ciągu 2

miesięcy zdołały wywołać tak znaczne zmiany w płucach i tak wybitne objawy niedokrwistości i toksemji.

Dotychczasowe nasze wiadomości w tej dziedzinie są naogół zbyt małe, by można było już teraz mówić o celowem zastosowaniu naszego postępowania leczniczego do kompleksji chorego. Dziedzina ta wymaga jeszcze nader żmudnych i szczegółowych badań doświadczalnych, klinicznych, statystycznych i t. d. Tem niemniej już teraz twierdzą niektórzy autorowie (np. *Aschner, Honigmann* i inn.), że na kompleksję chorego zwracamy stanowczo zbyt mało uwagi zarówno w rokowaniu, jako też w postępowaniu leczniczem.

Ad 4) Przeważająca część konstytucjologów kładzie szczególny nacisk na wyniki pomiarów i ważenia badanych osób. Ustalono cały szereg różnych wskaźników, mających określić przynależność danego osobnika do tej lub innej grupy konstytucjonalnej. Takie grupy ustalili *Viola, Sigaud, Kretschmer, Stiller, Brugsch* i wielu innych. Tak, według *Violi*, należy rozróżnić przedewszystkiem typ wielkotrzewiowy (magnosplanchnicus), u którego stosunek długości tułowia do długości całego ciała przekracza pewną liczbę średnią, oraz typ małotrzewiowy (mikrosplanchnicus), w którym odnośny stosunek liczbowy jest mniejszy od średniego. Szkoła francuska, zwłaszcza *Sigaud* i jego uczniowie, a za nimi wśród niemców *Bauer* dzieli olbrzymią większość typów ludzkich na 4 grupy, mianowicie: typus respiratorius, cerebralis, digestivus i muscularis, odznaczające się pewnemi mniej lub więcej swoistemi cechami, o których tutaj rozwodzić się nie mogę, jakkolwiek podział *Sigauda* cieszy się stosunkowo dużą popularnością.

Typ asteniczny, ustalony i dokładnie opisany przez *Stillera*, a jeszcze przed nim przez *Glénarda*, wszedł już dość dawno w krąg myślenia każdego klinicysty, nawet mało obeznanego z ogromem pracy, dokonanej przez konstytucjologów od czasów *Stillera*.

Kretschmer klasyfikuje typy ludzkie w grupy: habitus asthenicus, athleticus i pycnicus. Wykazał on też pewną łączność, zachodzącą pomiędzy proporcjami wymiarowemi a skłonnością do pewnych psychoz. Okazało się, że grupa asteniczna odznacza się znacznie większą skłonnością do raczej schizoidalnego kierunku psychiki, co w przypadkach cięższych prowadzi aż do schizofrenji. Przeciwnie, habitus pycnicus, który *Kretschmer* przeciwstawia astenji, skłania się raczej do cyklicznych zaburzeń psychicznych, co w przypadkach jaskrawych znajduje swój wyraz w cyklotymji, melancholji, manji i t. d.

Bardzo dogodny dla celów klinicznych wydaje się podział *Brugscha* na 3 grupy, a mianowicie: typ prawidłowy (normalny), typ o ciasnej klatce piersiowej i typ o klatce piersiowej obszernej. Do typu prawidłowego zalicza *Brugsch* ludzi, których obwód klatki piersiowej wynosi od 50 do 55% długości ciała. W grupie ludzi o ciasnej klatce piersiowej obwód ten wynosi mniej, niż 50%, a w grupie ludzi o klatce piersiowej obszernej — powyżej 55%. Grupy *Brugscha*, oparte na ogromnym materjale fizjologicznym i klinicznym, odpowiadają naogół typowi prawidłowemu, asthenicznemu i pyknicznemu większości innych konstytucjologów, a ze względu na wielką prostotę i przejrzystość zasługują na wprowadzenie do kliniki.

Brugsch oraz *Borchardt* i inni ustalili na podstawie ogromnego materjału ramy wahań wagi prawidłowej dla mężczyzn i kobiet każdego wzrostu i wieku. *Borchardt* przedstawił między inn. wyniki swoich badań na szczegółowych tablicach. Rzut oka na te tablice wskazuje natychmiast lekarzowi, czy i w jakim stopniu waga chorego przekracza lub nie dosięga wagi prawidłowej.

Poza tem znane są liczne wskaźniki, np. *Rohrera* i inn., określające prawidłowy stosunek wagi do sześcianu długości ciała i t. p.

Wspomnę tutaj pobieżnie o kilku własnościach anatomicznych, cechujących główne typy ludzkie, mianowicie, asteniczny i pykniczny. A więc habitus asthenicus cechuje:

a) thorax phthisicus oraz paralyticus, wraz z ich licznemi znamionami, jako to: objaw *Aufrechta* (obwodowy koniec obojczyka ustawiony niżej od środkowego), costa decima fluctuans, objaw *Zielińskiego* i *Kwiatkowskiego* (rozdwojenie wyrostka kolczystego XI i XII kręgu piersiowego), scapula ablata (łopatka odstająca) i wiele innych;

b) małe lub względnie małe serce (często o typie kroplowatym);

c) ciasna tętnica główna oraz tętnice obwodowe;

d) w stosunku do tętnicy głównej zbyt obszerna tętnica płucna;

e) stosunkowo duża objętość płuc;

f) stosunkowo niewielka wątroba;

g) słaba budowa kośćca, wiotkie mięśnie prążkowane oraz gładkie z następowem opadnięciem trzew i t. d.

Wręcz przeciwnemi cechami odznacza się habitus pycnicus lub, jak wolą niektórzy autorowie, habitus arthriticus, apoplecticus, digestivus lub nawet carcinomatosus (wg. *Benekego)*.

Oczywiście nie ulega chyba wątpliwości, że te zgrubsza przez *Benekego, Glénarda, Stillera* i inn. uchwycone cechy różnych typów są tylko małą i to nie najważniejszą częścią zasadniczej różnicy, zachodzącej pomiędzy więzią astenika lub artrytyka.

Znaczenie kliniczne więzi astenicznej jest powszechnie znane, że wspomnę tylko o skłonności asteników do gruźlicy wogóle i gruźlicy płuc w szczególności, do atonji mięśni gładkich wszystkich narządów i tkanek i t. d. Lecz i habitus pycnicus wykazuje swoistą w pewnej mierze skłonność do pewnych grup chorobowych, np. do otyłości, dny, cukrzycy, nowotworów złośliwych, gośćca stawowego, rzucawki połogowej, kamicy żółciowej i nerkowej, miażdżycy, wad sercowych, zapalenia płuc płatowego, marskości nerek, łuszczycy, psychoz okresowych i t. d.

Swoista skłonność różnych typów do pewnych chorób nie jest, rzecz jasna, wyłącznie wynikiem różnych proporcyj ciała, lecz zarówno odmienność proporcyj ciała, jako też rozmaita skłonność do poszczególnych chorób jest, według nauki o więzi, przejawem głębszej odrębności konstytucjonalnej wymienionych typów ludzkich.

W odniesieniu do zbadanych przeze mnie chorych zaznaczyć muszę, że chorą Nr. I z łatwością zaklasyfikować możemy do grupy pyknicznej czy też artrytycznej, chory zaś Nr. II jest niemal klasycznym przedstawicielem habitus asthenicus. Jakby dla potwierdzenia poprzednich rozważań ogólnych o szczególnej skłonności tych typów ludzkich do pewnych chorób, mogłem stwierdzić w przypadku I otyłość, wadę sercową oraz dolegliwości mięśniowe i stawowe na tle dny, w przypadku zaś II — suchoty płuc.

Czy przez to, że zakwalifikowałem tych chorych do pewnych grup konstytucjonalnych, uzyskałem jakieś dane pożyteczne dla rokowania i postępowania leczniczego?

Bezwątpienia, tak — jakkolwiek narazie wobec naszych niedostatecznych wiadomości w ograniczonym tylko zakresie. A więc w przypadku Nr. I skłonność konstytucjonalna naszej chorej do otyłości jest czynnikiem ujemnym, albowiem przysparza sercu chorej zbyteczną pracę i przyśpiesza niedomogę mięśnia sercowego. Pierwsze wyraźne objawy przedmiotowe tej niedomogi spostrzegamy już teraz pod postacią braku tchu podczas ruchu i mowy, lekko drgających nozdrzy i t. d. Obawiać się też będziemy wcześniejszego wystąpienia objawów nerkowych, które jeszcze bardziej utrudnią pracę serca. Wobec tego nasze postępowanie lecznicze będzie musiało uwzględnić nietylko konieczność zastosowania leczenia przeciwkiłowego i wzmocnienia mięśnia sercowego, lecz także dążyć będzie do przeciwdziałania otyłości, do odciążenia nerek i t. d. przy pomocy celowego odżywiania o ograniczonej ilości ogólnej ciepłostek, ze względów zaś profilaktycznych dość ubogiego w białko i sole, a także przy pomocy racjonalnego wymiaru odpoczynku i ruchu.

W przypadku Nr. II wybitnie astheniczny typ chorego pogarsza bezwzględnie rokowanie, jakkolwiek wiemy obecnie, że ciężki przebieg suchot płucnych nie jest bynajmniej, rzadkością i w typie pyknicznym *(Neumann* i inni). Stwierdzenie habitus asthenicus zmusza nas do tego, by przy pomocy odpowiedniego odżywiania, trybu życia, umiarkowanych ćwiczeń cielesnych, zabiegów hidroterapeutycznych, wreszcie leków jaknajbardziej przyczynić się do przeciwdziałania konstytucjonalnej słabości, wiotkości wszelkich tkanek, cechującej ten typ ludzki. Zadanie to nie jest beznadziejne. Wiemy bowiem, że w miarę zbliżania się do wieku dojrzalszego, tudzież pod wpływem odpowiedniego trybu życia astenicy często tracą stopniowo swoje cechy odrębne i zbliżają się pod pewnemi względami do typu prawidłowego lub nawet pyknicznego. Zwłaszcza co do kobiet wiemy, że już pierwsza ciąża, zakończona pomyślnym połogiem, powoduje wcale często wyraźną zmianę typu astenicznego na prawidłowy lub nawet raczej szerokokostny, tęgi, pykniczny.

Ad 5) i 6). O znaczeniu innych cech więzi, mianowicie, napięcia mięśni i temperamentu, mogę tutaj tylko wspomnieć pokrótce.

Znany konstytucjolog *Tandler* mówi o więzi hipo- oraz hipertonicznej, mając przytem na względzie napięcie (tonus) i sprężystość nietylko mięśni prążkowanych, lecz także mięśni gładkich oraz różnych włókien łączno-tkankowych, czyli wogóle wszelkich tkanek pochodzenia mezenchymalnego. Są to pojęcia, zbliżone do określeń dawniejszych lekarzy: status sthenicus oraz laxus (wzgl. hypo- czy adynamicus). Niektórzy konstytucjologowie usiłują włączyć tutaj także nowoczesny podział różnych osobników według napięcia ich układu wegetatywnego na sympatyko- i parasympatykotoników.

Nie ulega wątpliwości, że pomiędzy stopniem napięcia mięśni obwodowych a napięciem mięśniówki gładkiej trzew zachodzi bardzo ścisły, jeszcze zbyt mało zbadany związek, być może, nawet natury odruchowej, w myśl wywodów *Mackenzie'ego* o odruchach trzewiowo-ruchowych, będących odpowiednikiem pasm *Heada* w dziedzinie czuciowej.

Naszą chorą Nr. I cechuje dostateczny rozwój mięśni obwodowych, których sprężystość i napięcie są zupełnie prawidłowe, steniczne. Również napięcie i sprężystość powłok skórnych nie pozostawia nic do życzenia. Należy więc zaszeregować ją do grupy stenicznej, o prawidłowem napięciu tkanek. Ponadto jej jaskrawo-czerwone wargi i policzki, skłonność do rumienienia się i t. d. skłaniają do przypuszczenia, że mamy do czynienia z wagotoniczką (oczywiście, nie przesądzam przez to przypuszczenie wyniku dokładnych badań klinicznych w tym kierunku, np. przy pomocy próby *Daniélopolu)*.

Chory Nr. II jest i pod tym względem skrajnym przeciwieństwem chorej poprzedniej. Odznacza się on słabo rozwiniętemi wiotkiemi mięśniami obwodowemi oraz słabo napiętą i mało sprężystą powłoką skórną. Podniecenie obecne wywołuje u niego raczej zblednięcie. Słowem, możemy zaliczyć go do grupy hipodynamicznej, wiotkiej i, prawdopodobnie, do sympatykotoników.

Czy, i w jakim stopniu klasyfikacja ta wpłynie na nasze rokowanie i postępowanie lecznicze?

Otóż jest rzeczą jasną, że przynależność chorej do grupy stenicznej, krzepkiej, jest okolicznością dodatnią dla rokowania, umożliwiającą także stosowanie energicznego leczenia. Natomiast ogólna słabość, wiotkość więzi chorego Nr. II, pogarsza bezwzględnie rokowanie i jest między inn. czynnikiem ujemnym w razie konieczności jakichś poważniejszych zabiegów chirurgicznych (np. torakoplastyki).

Co do nozologicznego znaczenia t. zw. temperamentu, zaznaczyć muszę, że nowoczesna nauka o więzi znów wywlokła z zapomnienia starodawny podział temperamentów ludzkich na habitus sanguinicus, phlegmaticus, melancholicus i cholericus. Cechy temperamentu, tak widoczne dla spostrzegawczego lekarza już przy pierwszem zetknięciu się z chorym, są, w myśl naszych obecnych poglądów, wynikiem nietylko pewnych swoistych właściwości psychicznych, lecz w znacznym stopniu zależą od czynności poszczególnych gruczołów dokrewnych i ich wzajemnego ustosunkowania się. Wynika z tego, że temperament jest integralnym składnikiem więzi, jako całości, czyli fenotypu.

Chcąc określić temperament zbadanych przezemnie chorych, muszę przyjąć pod uwagę stan podniecenia, jaki wywołuje u nich, bezwątpienia, obecność tak znacznego grona osób, tudzież badanie lekarskie w takich warunkach. Tem niemniej wydaje mi się, że nie popełniam błędu, jeżeli temperament chorej Nr. I określam, jako sanguinicus, chorego zaś Nr. II — jako cholericus. Do takiego określenia uprawnia mnie ton, sposób mówienia, odpowiadania na pytania, wyraz twarzy, szybkość i inne cechy ruchów i t. d., słowem cały szereg danych, częściowo nie poddających się nawet ścisłej definicji, na których podstawie przecież i w życiu potocznem charakteryzujemy ludzi, spotykanych po raz pierwszy.

Nie ulega wątpliwości, że temperament chorych musimy uwzględnić w rokowaniu i postępowaniu leczniczym. O ile sangwinikowi i cholerykowi grozi raczej ujemny wpływ uniesień gwałtownych, zbytnia żywość ruchów i nadmierna, niepotrzebna utrata energji fizycznej i psychicznej, o tyle znów u flegmatyka i melancholika obawiać się będziemy ujemnych skutków zbyt małej skłonności do ruchów, wzgl. zbytniego zasklepiania się w swoich rzeczywistych czy też domniemanych cierpie-

niach. Takie rozważania wpływają, rzecz jasna, na postępowanie lecznicze każdego doświadczonego lekarza. Tutaj występuje też na pierwszy plan wpływ sugestywny, psychoterapeutyczny osobistości lekarza, jego „sztuka“ lekarska. Celowe dawkowanie otuchy wzgl. przestrogi w każdym indywidualnym przypadku, racjonalny podział ruchu (czy też innych wysiłków fizycznych) i umysłowych oraz odpoczynku i t. p. grają tutaj rolę pierwszorzędną.

Ad 7). Wreszcie, co się tyczy znaczenia szczególnie uwydatniających się narządów dla określenia więzi danego osobnika, to wspomnę tu, co następuje:

Już *Martius* dowiódł, że z wywiadów oraz z ogólnego zewnętrznego wyglądu chorego można wnioskować o jego skłonności do poszczególnych grup chorób oraz o przynależności do pewnej „kategorji organopatognomonicznej“. Podczas badania pobieżnego możemy tu kierować się łatwostwierdzalnemi cechami poszczególnych układów głównych i na podstawie tych cech zaliczać chorych do poszczególnych kategoryj (grup konstytucjonalnych).

Tak więc według własności układu krążenia można rozróżnić w pewnym stopniu habitus cardiacus, arteriosus oraz apoplecticus, tudzież habitus venosus i haemorrhoidalis. Na podstawie łatwostwierdzalnych cech układu chłonnego już dawno wyodrębniono habitus lymphaticus (limfatyzm), najczęściej, lecz nie wyłącznie, spotykany u dzieci. T. zw. gorączka gruczołowa *Pfeiffera* oraz „odczyn limfatyczny“ *Türcka* występują, bezwątpienia, na tle tej więzi chłonnej. Również skaza wysiękowa *Czernego* oraz status hypoplasticus *Bartla* są skojarzone z tym typem więzi ludzkiej. To samo dotyczy t. zw. status thymico-lymphaticus *Paltaufa*. W szczegóły tych spraw tutaj wchodzić nie mogę.

Według cech układu oddechowego, odzwierciadlających się w dużym stopniu w budowie klatki piersiowej, rozróżnić możemy klasyczny poniekąd habitus phthisicus oraz emphysematosus i asthmaticus.

Według układu trawiennego rozróżnić możemy w pewnej mierze: a) Habitus gastricus, który cechują zaburzenia trawienia i oddawania stolca, oraz pewna skłonność do hipochondrji. Tłem tych objawów jest często atonja lub hipotonja żołądka czy jelit, plethora abdominalis, guzy krwawnicowe — wszystko zaburzenia, najczęściej spotykane w astenji wrodzonej lub w opadnięciu jelit poporodowem i t. d. Każdemu z doświadczeńszych internistów dość dobrze znany jest ten typus gastricus chorych, i z biegiem czasu rozpoznaje się go wcale często jeszcze przed wysłuchaniem skarg chorego. b) Dość charakterystyczny jest także habitus biliaris, ściśle odpowiadający określeniu medycyny francuskiej— terrain hépatique. Chodzi tu o osoby, dotknięte różnemi chorobami dróg żółciowych i wątroby, najczęściej kamicą żółciową. Cztery cechy konstytucjonalne główne, charakterystyczne według lekarzy angielskich dla tego cierpienia (female, forty, fat, flatulence) można by uzupełnić (na podstawie danych statystycznych) spostrzeżeniem, że spotyka się je częściej u osób kompleksji ciemniejszej.

Na podstawie badań *Puchelta* usiłowano rozróżnić według cech układu nerwowego habitus cerebralis, spinalis i ganglioso-nervosus. Podział ten nie utrzymał się. Mówimy tedy raczej o habitus neurasthenicus, hystericus i o sympatyko- względnie parasympatykotonikach (p. w.).

Według cech kośćca, stawów i mięśni obwodowych, dość łatwo rozróżnić więź krzywiczą, artretyczną i gośćcową.

Znany jest nam także szereg jaskrawych typów patognomicznych, ogarniętych przez *Stillera, Kretschmera* i inn. ogólnym mianem typów specjalnych, dysplastycznych. Do nich należą najrozmaitsze, odrazu widoczne odrębności patologiczne rozwoju inteligencji, wzrostu, rozwoju poszczególnych narządów, pewne zaburzenia endokryniczne, przemiany materji i t. d. Wspomnę tutaj tylko: akromegalję, dystrophia adiposo-genitalis, nanismus hypophysarius, pubertas praecox, kretynizm, obrzęk śluzowaty, mongolizm, eunuchidyzm i t. d.

W odniesieniu do naszych chorych mógłbym z omawianego obecnie przeze mnie punktu widzenia zaliczyć chorą Nr. I do habitus cardiacus et arterialis. Uprawnia mnie do tego rzucające się w oczy jasnoczerwone zabarwienie policzków i warg, widoczne tętnienia tętnic obwodowych, szczególnie wyraźne w okolicy dołka jarzmowego i t. d. Już same te objawy łącznie z zaznaczającą się dusznością przedmiotową i podmiotową podczas ruchu i mowy, nasuwają tutaj przypuszczenie, że mamy do czynienia z „sercowo-chorą“.

Przeciwnie, wystarczy spojrzeć na klatkę piersiową chorego Nr. II o typie wybitnie „suchotniczym“, na uwypuklenie prawej połowy klatki piersiowej i zwłaszcza, dostrzec jej wyraźne odstawanie podczas oddechu, by a priori, jeszcze przed badaniem dokładnem, przypuścić poważne schorzenie płuc.

W związku ze sprawą dokładnego oglądania chorych chciałbym jeszcze wspomnieć tutaj o metodzie „ektoskopji“, opracowanej przez *E. Weissa*, która to metoda umożliwia nieraz ustalenie dolnej granicy wysięków opłucnowych oraz wynajdowanie ograniczonych wysięków opłucnych, otoczonych zrostami.

Nader krótki okres czasu, przeznaczony na wykład niniejszy, oczywiście, zgóry uniemożliwiał jako takie głębsze wniknięcie w sprawy, poruszone tutaj przeze mnie. Ten, a nie inny temat wybrałem jednak celowo, przyczem pragnę zaznaczyć, że, bynajmniej, nie kierowałem się tym faktem, że nauka o więzi staje się coraz bardziej modną, lecz zgoła innemi powodami, a mianowicie: 1) Przypadek zrządził, że chorzy, zbadani przeze mnie, należą do skrajnie przeciwstawnych typów ludzkich, przez co eo ipso nasunęła mi się myśl wygłoszenia wykładu na temat więzi ludzkiej. 2) Rozwój nauki o więzi oznacza, bez wątpienia, pewien przełom, nader pożądany w klinicznej medycynie współczesnej, nakazuje on, bowiem, powrót do bezpośredniego spostrzegania samego chorego. Nie wyłącza to, oczywiście, najszerszego stosowania pomocniczego aparatu technicznego (a więc pracowni, Rentgena i t. d.), tam, gdzie to jest możliwe. Nie ulega jednak wątpliwości, że pracowniane, techniczno-pomocnicze nastawienie młodszego pokolenia lekarzy posunęło się zbyt daleko kosztem spostrzegawczości i wyrobienia klinicznego. Toć nieraz mogłem przekonać się, że skądinąd wcale uzdolniony student lub lekarz ściśle określał stężenie cukru, mocznika, chlorków i t. p. w surowicy krwi chorego, pamiętał doskonale wynik badań bakterjologicznych, rozmaitych odczynów serologicznych i t. p., natomiast, widząc i badając chorego niemal codziennie, nie wiedział, czy chory jest szatynem lub blondynem, czy ma oczy niebieskie, piwne lub czarne, albo nie dostrzegał syndaktylji lub braku jednego jądra w mosznie. Tutaj właśnie nauka o więzi, która kładzie tak silny nacisk na cechy, łatwo stwierdzalne dla nieuzbrojonych zmysłów, odegra rolę dydaktyczną bardzo dodatnią. 3) W następstwie zdobyczy nowoczesnej nauki o więzi, dążyć będziemy nietylko do rozpoznania jednostki chorobowej, z którą mamy do czynienia w każdym przypadku, lecz do głębszego poznania całej więzi chorego. Postępowanie takie znakomicie rozszerzy i pogłębi podstawy naszego rokowania i poczynań leczniczych.

ŹRÓDŁA PIŚMIENNICZE.

Aschner, B. „Die Konstitution der Frau“. Monachjum. J. F. Bergmann, r. 1924.

Bauer, J. „Die konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten“, wyd. II. Berlin, r. 1921.

Bartel, J. „Ueber Konstitution und Krankheit“, Verhandlungen der deutschen patholog. Gesellschaft, Erlangen, r. 1910.

Oraz „Status thymicolymphaticus und status hypoplasticus“. Wiedeń, Fr. Deutike, r. 1912.

Beizke, Wg. W. Neumana: „Zur beginnenden Tuberkulose des Menschen“, Wiedeń, r. 1923.

Beneke, F. W. „Die anatomischen Grundlagen der Konstitutionsanomalien“. Marburg, r. 1878.

Borchardt, L. „Klinische Konstitutionslehre“, wyd. II. Berlin i Wiedeń, Urban i Schwarzenberg, r. 1930.

Brugsch, Th. „Allgemeine Prognostik“, Berlin i Wiedeń, Urban i Schwarzenberg, r. 1918.

Bucura, C. „Die Eigenart des Weibes“, Wiedeń i Lipsk, A. Hoelder, r. 1918.

Glénard. „De l'éntéroptose“. Journal des praticiens, r. 1901.

Kraus, F. „Allgemeine und spezielle Pathologie der Person“. Lipsk, G. Thieme, r. 1919.

Kretschmer, E. „Koerperbau und Charakter“. Berlin, J. Springer, r. 1921.

Martius, F. „Pathogenese innerer Krankheiten“. Lipsk i Wiedeń, F. Deutike, r. 1900.

oraz „Konstitution und Vererbung in ihren Beziehungen zur Pathologie“, Berlin. J. Springer, r. 1914.

Moebius. „Geschlecht und Krankheit“. Halle. C. Marhold, r. 1903.

Neumann, W. „Zur beginnenden Tuberkulose des Menschen“. Wiedeń, r. 1923.

Puchelt. Wg. B. Aschnera, l. c.

Sigaud. Wg. B. Aschnera, ibidem.

Stiller, B. „Grundzuege der Asthenie“, Stuttgart, r. 1916.

Tandler, J. Zeitschr. f. Konstitutionslehre, 1. z. 1, r. 1913.

NIEZAWODNE LEKI KRĘTKOBÓJCZE

w KILE, DURACH I ZIMNICY

do stosowania śródmięśniowo:

„QUINBY SOLUBLE"

SOLUTIO AQUOSA

CHININI-JODO-BISMUTICI

Bezbarwny, nie plami, nie tłuści, nie drażni.

„Q U I N B Y"

EMULSIO OLEOSA

CHININI-JODO-BISMUTICI

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

WRSZAWA KALISKA 9. TEL. 724-39, 630-42

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNETRZNE.

Wahania cholesteryny we krwi u osób, dotkniętych chorobą Basedowa, pod wpływem leczenia promieniami Rentgena. (Les variations du cholestérol chez les basedowiens traités par la radiotèherapie). M. Lévy.

Soc. Méd. des hopit. Nr. 34; 1931.

Dawne badania *Epsteina* i *Lande* wykazały, że w obrzęku śluzowakowym mamy do czynienia ze zwiększoną ilością cholesteryny we krwi, w przeciwieństwie do przypadków choroby Basedowa. *Epstein* wykazał również, że w zapaleniach nerek z obrzękami stosowanie wyciągu z tarczycy zmniejszyło u tych chorych cholesterynę we krwi, oraz że chorzy ci wykazywali zwiększoną tolerancję względem tego preparatu. Wobec wyraźnej zależności pomiędzy czynnością tarczycy a ilością cholesteryny we krwi, autor badał zawartość cholesteryny we krwi oraz podstawową przemianę materji u dotkniętych chorobą Basedowa i u jednej osoby zdrowej. Badania przeprowadzano przed i po stosowaniu naświetlań promieniami Rentgena.

W trzech przypadkach naświetlanie nie wywarło żadnego wpływu ani na ogólny stan chorych, ani na zawartość cholesteryny we krwi. W innych przypadkach z mniej lub więcej wyrażonemi objawami basedowizmu w następstwie naświetlań promieniami Rentgena podstawowa przemiana materji uległa zmniejszeniu, ilość zaś cholesteryny we krwi wyraźnie wzrosła. W jednym przypadków cholesteryna we krwi wzrosła naprzykład po naświetlaniu o 35%. W innym znowu przypadku, w którym pomimo stosowania naświetlań (3000 R) podstawowa przemiana materji wzrosła z 6,85 na 22%, także ilość cholesteryny we krwi uległa zmniejszeniu z 2,3 na 1,87%. Zaznaczyć należy, że w 10 przypadkach choroby Basedowa stosowanie naświetlań, aczkolwiek doprowadziło do zmniejszenia podstawowej przemiany materji, nie wywarło żadnego wpływu na zawartość cholesteryny we krwi. W przypadku zaś nie wykazującym żadnych objawów basedowizmu pod wpływem naświetlania promieniami Rentgena (1500 R) podstawowa przemiana materji zmniejszyła się o 15%, cholesteryna zaś we krwi wzrosła o 17%.

Przeistoczenie się hipotyroidyzmu w hipertyroidyzm pod wpływem tyroxyny i adrenaliny. (La transformation d'un myxoedeme typique en goitre exophtalmique par la sommation thyroxi-adrénalinique). P. Sainton et Hesse.

Soc. Méd. des hopit. Nr. 34; 1931.

Prowadzone od szeregu lat badania kliniczne i doświadczalne wykazały, jak trudno jest wywołać całkowity zespół objawów basedowizmu, zarówno u człowieka jak i u zwierząt przy pomocy stosowania wyciągów z tarczycy. *M. Labbé, Azerad* et *Gilbert Dreyfus* są zdania, że możliwe jest przy pomocy dużych dawek tyroidyny wywołać przyśpieszenie tętna, drżenie kończyn, zaburzenia w przemianie materji, ale zaburzeń psychicznych oraz wytrzeszczu w ten sposób spowodować nie można. Doświadczenia zaś *Saintona* i *Hesse* wykazują, że przy stosowaniu przez czas dłuższy tyroxyny można jednak wywołać u ptaków, kotów, królików i szczurów pewne zmiany psychiczne, jakie spostrzega się w chorobie Basedowa. Co zaś dotyczy wytrzeszczu, to niektórzy autorzy, jak *Notthaft* oraz *Leopold Lévi* spostrzegali wytrzeszcz u osób otyłych, które przez czas dłuższy wprowadzały do ustroju nadmierne dawki tyroidyny, w celu schudnięcia.

Liczne badania *Saintona* i *Hesse* dowiodły, że podawanie wyciągu z tarczycy wraz z adrenaliną wywiera o wiele silniejsze działanie zarówno u ludzi jak i zwierząt, niż podawanie samej tyroidyny.

Sainton i *Hesse* opisują przypadek, dotyczący 38-letniej kobiety, dotkniętej wyraźnemi objawami obrzęku śluzowakowego. Chora ta w roku 1927 ważyła 100 klg. (wzrost 1,6 mtr.), wypadały jej włosy, odczuwała zmęczenie, była ospała i powolna. Podstawowa przemiana materji była zmniejszona o 28,6%.

Zastosowano wstrzykiwania tyroxyny w ilości 1 mgr. Po 20 wstrzykiwaniach tętno wyraźnie się przyspieszyło, podstawowa przemiana materji wykazywała zmniejszenie zaledwie o 6%. Aby wzmocnić działanie tyroxyny zastosowano równocześnie doustnie po 45 kropel adrenaliny dziennie. Po upływie 2-ch tygodni waga chorej wynosiła już 89 kg., tętno 70. Rozpoczęto obecnie energiczne leczenie, wstrzykując domięśniowo po 2 mgr. tyroxyny dziennie z jednoczesnem podawaniem 40 kropel adrenaliny doustnie. Po 3-ch tygodniach podstawowa przemiana materji wynosiła już + 39%, tętno 88, waga ciała 83,5 kg. Po upływie dalszych 2-ch tygodni rozwinął się już wyraźny obraz hipertyroidyzmu: tętno 100, wyraźne drżenie, wytrzeszcz, ciśnienie krwi 85/140, podstawowa przemiana materji + 59%, waga ciała 80,6 kg. Wobec powyższego przerwano podawanie adrenaliny, wstrzykując jednak w dalszym ciągu tyroxynę. Już po kilku dniach stwierdzono wyraźną zmianę stanu chorej: wytrzeszcz znikł, tętno wynosiło 94, ciśnienie krwi zmniejszyło się.

Spostrzeżenie powyższe dowodzi, że adrenalina jest środkiem wybitnie uczulającym działanie tyroxyny. Spostrzeżenie to zasługuje również na uwagę dlatego, gdyż potwierdza zdanie tych autorów, którzy utrzymują, że możliwe jest sztuczne

wywołanie pełnego zespołu objawów hipertyroidyzmu nawet w przypadkach hipotyroidyzmu.

Moczówka prosta pochodzenia kiłowego, przebiegająca wraz z otyłością, zaburzeniami płciowemi, zaburzeniami regulacji cieplnej i przemiany węglowodanowej. (Diabète insipide d'origine syphilitique. Obésité, troubles genitaux, troubles de la regulation thermique et du métabolisme hydrocarboné. Étude biologique). R. J. Weissenbach, Gilbert-Dreyfus et J. P. Brisset.

Soc. Méd. des hopit. Nr. 31; 1931.

Przypadek moczówki prostej opisany przez autorów zasługuje na uwagę ze względu na nagłe pojawienie się tego schorzenia z chwilą wystąpienia porażenia połowicznego na tle przebytej przed 7-miu laty kiły. Przypadek ten jest ciekawy również i z tego względu, gdyż wraz z wielomoczem rozwinęła się otyłość, zaburzenia płciowe (menopauza) oraz zaburzenia przemiany cieplnej i węglowodanowej. Dotyczy to 44-letniej kobiety, która w roku 1907, mając lat 20 zakaziła się kiłą. W roku 1915 pojawiła się „menopauza", oraz wystąpiły silne bóle głowy z porażeniem „oculomotorius" po stronie prawej. W tym samym czasie powstało porażenie połowiczne prawostronne z zaburzeniem mowy i zwiększeniem się ilości moczu do 10-14 ltr. na dobę. Bordet-Wassermann wybitnie dodatni. Po leczeniu swoistym odczyn Wassermana stał się ujemny, jednak ilość moczu pozostawała ciągle duża. W roku 1923 zapalenie rogówki prawego oka z utratą wzroku. W tym czasie chora leczona była wyciągiem z tylnej części przysadki mózgowej, w następstwie czego ilość moczu zmniejszyła się do ½ — 2 ltr. na dobę. Po kilku miesiącach leczenia przysadką stwierdzono szybkie przybywanie na wadze (59 - 70—75 kg.) oraz wypadanie włosów, szczególnie pod pachami i koło narządów płciowych. Otyłość o charakterze przysadkowatym wzrastała niemal z dnia na dzień i wraz z tem zmniejszał się wielomocz (13 maja chora ważyła 82,2 kg. — 8 czerwca tegoż roku 85,3 kg.). Skoro tylko przerywano stosowanie wyciągu z przysadki, w następstwie czego występował z powrotem wielomocz, waga wykazywała tendencję do obniżania się.

Ciepłota ciała sięgała z rana 38° C, wieczorem zaś obniżała się do 36,6 - 37,2° C. Podwyższanie się ciepłoty nie stało w żadnym związku przyczynowym z leczeniem przeciwkiłowem lub też wstrzykiwaniem wyciągu z przysadki. Najprawdopodobniej przyczyna zaburzenia regulacji cieplnej posiadała to samo źródło co i zaburzenia przemiany wodnej i tłuszczowej.

Stwierdzono również u chorej ślad cukru w moczu (1 - 2 g. na dobę). Cukier we krwi naczczo wynosił 81 mg.% w godzinę po podaniu 50 g. cukru gronowego cukier we krwi sięgał 147 mg.%. Mieliśmy więc do czynienia z odczynem jaki występuje w lekkiej cukrzycy, co się dość często spotyka u chorych na moczówkę prostą. (Trouble glyco-régulateur du type paradiabêtique).

Co się tyczy przemiany mocznika i chlorków, to stwierdzono w przypadku powyższem nieznacznie zwiększenie mocznika we krwi (0,56 g. w litrze) oraz zwiększenie stałej Ambarda do 0,173. Stwierdzono również przy ustalonem podawaniu soli kuchennej (10 g. na dobę) pewne nieznaczne zwiększenie się zawartości chlorków we krwi.

W moczu białka nie stwierdzono. Ilość cholesteryny we krwi wynosi 334 mg.%. Podstawowa przemiana materji była prawidłowa.

W płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzono: Wassermann ujemny, cukru 93 mg.% białka 0,1%. Rentgenogram czaszki nie wykazywał w siodełku tureckim żadnych zmian.

Autoszczepionka w leczeniu ropni zgorzelinowych płuc. (L'autopyovaccin dans le traitement des suppurations pulmonaires putrides). L. Bernard et Pellisier.

Soc. Méd. des hopit. Nr. 31; 1931.

Autorowie wstrzykiwali plwocinę chorych z ropniami zgorzelinowemi płuc świnkom morskim. Dawka wstrzykiwanej plwociny była uzależniona od wagi zwierzęcia, oraz od zjadliwości bakterji. Zazwyczaj wstrzykiwano plwocinę 2 - 3 świnkom: jednej 1 cm.³, drugiej 2 cm.³ i t. d. Niektóre zwierzęta ginęły z powodu zakażenia ogólnego, inne wykazały ropienie w miejscu wstrzyknięcia plwociny. Szczepionkę przygotowywano z ropy ropnia pojawiającego się w miejscu wstrzyknięcia. Zazwyczaj używano 1 cm³ ropy w 30 cm³ wody przekroplonej. Po przeprowadzonej tyndalizacji, szczepionkę zatapiano w ampułki po 2 cm³.

Leczenie rozpoczynano od wstrzykiwań podskórnych w 1/4 cm³ szczepionki, po upływie 3 - 4 dni używano dawek większych 1/2, 3/4 i więcej cm³. Pierwsze 3-4 wstrzykiwania wykonywano w odstępach 3-4 dniowych, następne w odstępach 2-3 dniowych. Leczenie obejmowało zazwyczaj 12 wstrzykiwań, jednakże w przypadkach niektórych dochodziło i do 20 wstrzykiwań.

Ogółem obserwowano 20 przypadków, z czego 10 wyzdrowiało, 5 poprawiło się, 5 zginęło.

Co się tyczy rodzai schorzenia, to z 7 przypadków ropienia zgorzelinowego odosobnionego, wyzdrowiało 6, poprawił się 1. Z 6 przypadków zgorzeli płucnej rozlanej, wyzdrowiało 4, poprawił się 1, zginął 1. Z 4 przypadków zgorzeli płucnej z rozstrzeniami oskrzelowemi stwierdzono poprawę w 2-ch przypadkach oraz w 2 przypadkach zejście śmiertelne. Wreszcie z 3-ch przypadków rozstrzeni oskrzeli z wydzieliną cuchnącą poprawiło się 2-ch, zginął 1.

Autorzy zaznaczają, że leczenie podobnych chorych autoszczepionką zasługuje na szczególną uwagę, albowiem dawało wyniki dodatnie w tych przypadkach, w których wszelkie inne leczenie zawodziło. Pod wpływem leczenia autoszczepionką chorzy przestawali gorączkować, przybierali na wadze, zjawiało się łaknienie, zmniejszała się ilość plwociny.

Krwawiączka przejściowa z wylewami krwawemi do stawu i mięśni w przebiegu lekkiego zakażenia grypowego. (Hémophilie passagère avec hémarthrose et hématome musculaire au cours d'une infection grippale légère). L. Laederich et H. Mamou.

Soc. Méd. des hopit. Nr. 34; 1931.

Przypadek dotyczy 27 letniego mężczyzny, dotkniętego grypą z objawami lekkiego nieżytu oskrzelowego, chory odczuwa silne bóle i łamanie po kościach. Ciepłota sięga 39° C. Posiew krwi

ujemny. Zastosowany salicylan sodu w ilości 8 g. na dobę nie zmniejszył bólów ani obniżył ciepłoty.

Po upływie 5 dni chory poczuł nagle w nocy silny ból w lewem podudziu i w lewym stawie kolanowym. Nazajutrz stwierdzono wyraźne obrzmienie na podudziu, bardzo bolesne, również obrzmienie kolana. Nakłucie wykazało, że zarówno w kolanie jak na podudziu ma się do czynienia z wylewem krwawym. Dokładnie zebrane dane, dotyczące rodziny chorego nie wykazały żadnego podejrzenia w kierunku krwawiączki, co się tyczy samego chorego, to jedynie w dzieciństwie po wycięciu polipa przebył większe krwawienie.

Badanie krwi wykazało: czas krwawienia 3 minuty, krzepliwość krwi przedłużona (30 minut), kurczliwość skrzepu prawidłowa, ciałek czerwonych 3950000, hemoglobiny 65%, ciałek białych 10000, z czego 80% wielojądrzastych.

Wstrzyknięcie choremu 20 cm³ surowicy końskiej przeciwbłonicznej do wylewu krwawego w podudziu, tyleż pod skórę w pośladek. Po kilku dniach stwierdzono wybitną poprawę, a po następnych 4-ch wstrzykiwaniach surowicy wylewy krwawe znikły zupełnie i czas krzepnięcia krwi i kurczliwość skrzepu powróciły do normy.

Kiedy chory miał już opuścić szpital, dostał anginy z ciepłotą sięgającą do 39,5° C. Fakt ten spowodował nowe opóźnienie krzepliwości krwi (32 minuty), wylewów krwawych tym razem nie było. Po 3 dniach stanu gorączkowego krzepliwość krwi wzrosła do 45 minut, kurczliwość skrzepu była wyraźnie zmniejszona. Z chwilą jednak ustąpienia gorączki krzepliwość krwi i kurczliwość skrzepu wróciła do normy.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, że banalne zakażenie, jak grypa i angina doprowadziło do objawów przemijających krwawiączki. Przypadki podobne nie należą do częstych.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane prątkiem Pfeiffer'a. (La méningite aiguë á bacilles de Pfeiffer). Tailleus.

Pédiatrie N. 12. 1931.

Zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych wywołane prątkiem influenzy nie jest zbyt wielką rzadkością, lecz często bywa nie rozpoznawane.

Naogół jednak, co do częstości sprawa ta zajmuje ostatnie miejsce w statystykach i według Neal'a wynosi zaledwie 4.7% przypadków zapalenia opon o innej etjologji (meningokoki — 541 przypadków, pneumokoki—61, paciorkowce — 49, prątki Pfeiffera — 32).

Należy podkreślić okoliczność, że meningitis Pfeiffera należy do chorób wczesnego dzieciństwa. 79% ogłoszonych w piśmiennictwie przypadków dotyczy dzieci poniżej 2-ch lat. Powyżej tego wieku, cierpienie to staje się coraz rzadsze i wyjątkowo tylko zdarza się u dorosłych. Częściowo tem tłomaczy się złośliwy przebieg tej sprawy oponowej. Śmiertelność bowiem wynosi 92 — 97%.

Zakażenie opon prątkiem Pfeiffera przebiega śmiertelnie nie tylko u ludzi; zwierzęta doświadczalnie zakażone przez wstrzyknięcie do kanału m.-rdz. hodowli prątków giną również w tym odsetku. Ciekawy jest fakt, że ropne zakażenie opon prątkiem Pfeiffera nie stoi w żadnym związku z epidemjami grypy lub z przypadkami tej choroby w najbliższem otoczeniu chorego dziecka Rivers sądzi, że te schorzenia oponowe wywoływane są przez specjalną odmianę prątka Pfeiffera.

Początek choroby w porównaniu do innych ropnych zakażeń oponowych niczem specjalnie nie wyróżnia się. Początek bywa zazwyczaj nagły, z towarzyszącemi drgawkami i wymiotami. Ciepłota bywa umiarkowanie wzniesiona lub wysoka; występuje sztywność karku, typowe ułożenie chorego, niepokój, dermografizm i t. p. Naogół u niemowląt zaznacza się senność i znaczne uwypuklenie ciemiączka. Czasami występuje zez, lub porażenia nerwu twarzowego.

Cały ten zespół może się zjawić nagle, nie poprzedzany żadnemi wstępnemi objawami; czasami notuje się jedynie nieżyt noso-gardzielowy.

Wymienione objawy możemy spotykać we wszelkich innych ropnych zakażeniach oponowych; wskutek tego rozpoznanie zakażenia prątkiem Pfeiffera jest niemożliwe bez badania bakterjologicznego płynu mózgowo-rdzeniowego. Cechy kliniczne nieco różniące zakażenie to od innych ropnych schorzeń oponowych są, według autora, następujące: niewyraźnie zaznaczona sztywność karku i mięśni i mniej wyraźne zaburzenia przytomności.

Nakłucie lędźwiowe wyjaśnia sprawę: płyn jest mętny (lecz rzadko ropny). Badanie mikroskopowe wykazuje liczne ciałka ropne wielojądrzaste i prątki Pfeiffera, przy braku innych drobnoustrojów. Badanie chemiczne stwierdza prócz tego: powiększenie ilości białka i znaczne obniżenie ilości cukru w płynie mózgowo-rdzeniowego. Cechy objawowe: nakłucia lędźwiowe, kąpiele itp. nie dają wyników pomyślnych. Niektórzy polecają wstrzykiwania do kanału surowicy ozdrowieńców po influenzy.

Autor przytacza przypadek własny dziecka 2-letniego, które leczone było wstrzykiwaniami do kanału lędźwiowego gonacriny i trypaflaviny w ilości 1 — 2 cm³ rozczynu 1/50.000 — 1/20.000. Uzyskano jedynie przejściowe polepszenie.

Znaczenie objawowe ropnego wykrztuszania u dzieci. (La valeur séméiologique des expectorations purulentes chez l'enfant). R. Poinso.

„Pédiatrie", décembre, 1931.

Wykrztuszanie ropne u dzieci jest ważnym objawem. Należy zwrócić wielką uwagę na wywiady, które wskazują, że dziecko obficie wykrztusza. Dane te otrzymuje się z wywiadów rzadko, ponieważ dzieci do 7-miu lat wogóle prawie nie wykrztuszają, łykając zwykle plwocinę. Z drugiej strony, wykrztuszanie ropnej treści zazwyczaj występuje w przebiegu choroby o nietypowych objawach. Rozpoznanie u dzieci w ropnych sprawach płuc przed uzewnętrznieniem się ropy przez wykrztuszanie bywa niezmiernie trudne. O ile wykrztuszanie w pierwszych latach życia jest wyjątkowe, to jednak może się zdarzyć i wtedy posiada wybitne znaczenie rozpoznawcze. Dziecko w czasie silnego kaszlu wyrzuca część ropnej plwociny na zewnątrz i o ile jest ona obfita robi to wrażenie wymiotów.

OPOZONES LUMIÉRE

wyciągi z całkowitych gruczołów dokrewnych

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.

Opozones Thyroïde	**Opozones Pluriglandulaire**
„ Corps jaume de l'ovaire (corpus luteum)	(Thyroid. Hypoph. Surrénale)
„ Orchitique (exstr. testic.)	„ Pluriglandulaire „O“
„ Mammaire	(ovarique) { Thyroïde, Hypophyse, Surrenale, Ovaire
„ Placenta	
„ Pancreatique	„ Pluriglandulaire „T“
„ Biliaire (fellis)	(orchitique) { hyroïde, Hypophyse, Surrenale, Orchitique
„ Hepatique	
„ Muqueuse intenstinale	„ Splênique (lien)
„ Muqueuse stomacale	„ Surrènale
„ Prostatique	„ Hypophyse
„ Thymus	
„ Rénale	
„ Tissu nerveux	
„ Ganglions (gl. lymhat)	

Każde pudełko zawiera 3 rurki po 18 tabletek, powleczonych glutenem i drażowanych.

Autor porównuje rzadkość wykrztuszania u dzieci z tem co widuje się u dorosłych. U dorosłych najrozmaitsze sprawy płucne poczynając od najbardziej błahych do najcięższych mogą powodować obfite wykrztuszanie. plwociny.

Inaczej u dziecka: w czasie nieżytu oskrzeli, zapalenia płuc, gruźlicy — dziecko nie wykrztusza. Plwociny jest mało i ulega ona łykaniu. Dziecko zaczyna wykrztuszać dopiero wtedy gdy istnieje u niego jama ropiejąca w narządach oddechowych, bądź to w samych oskrzelach bądź komunikująca z oskrzelem. W ten sposób objawowe znaczenie wykrztuszania u dzieci ogranicza się do niektórych, ściśle określonych spraw chorobowych dróg oddechowych.

Jedno tylko cierpienie dziecięce stanowi wyjątek. w którem mimo braku jamy widuje się stale wykrztuszanie, — jest to krztusiec.

W kilku słowach porusza autor sprawy bardzo rzadkie, które mogą dawać wykrztuszanie u dziecka: ropień śródpiersia, zserowacenie gruczołów wnękowych, ropnie zimne części kostnych klatki piersiowej. Są to sprawy wyjątkowe. Natomiast ropienie w oskrzelach u dzieci bywa czesto w przypadkach rozstrzeni oskrzelowych (bronchiectasiae). Rozpoznanie tej sprawy jest zawsze trudne, gdyż u dzieci obraz rozstrzeni oskrzelowych nie występuje z taką wyrazistością, jak u dorosłych.

Zwykle są to dzieci oddawna zapadające na częste nieżyty oskrzelowe, lub dzieci, które przebyły odrę powikłaną sprawami płucnemi, lub ciężki krztusiec. Kaszlą one tygodniami i czasami trochę wykrztuszają, ale to nie jest bynajmniej konieczne. Lecz nawet minimalne wykrztuszanie powinno już zwrócić uwagę.

Czasami występuje lekki krwotok w połączeniu z wykrztuszaniem ropnej plwociny. Często kaszlowi towarzyszy charakterystyczny foetor oddechu.

Mimo te objawy, stan ogólny bywa dobry; niema ani chudnięcia, ani gorączki. Objawów fizykalnych brak lub są ściśle umiejscowione i trwałe, nie znikające tygodniami rzężenia wilgotne u podstawy płuc. Czasami, ale rzadko dołączają się objawy jamowe. Częściej widuje się hippokratesowe zgrubienia ostatnich paliczków. Gruźlicę wyklucza się: 1) szukając prątków w plwocinie, 2) za pomocą zdjęcia rentgenowskiego, na którem stwierdza się wzdłuż wnęki po obu stronach serca drobne plamy jasne otoczone ciemną obwódką i ugrupowane nakształt kiści gronowych. Typowe i patognomoniczne obrazy rozstrzeni oskrzeli widuje się na zdjęciach po wlaniu lipiodolu do oskrzeli.

Prócz omówionej etjologji rozstrzeni oskrzelowych należy zwrócić uwagę na znaczenie kiły wrodzonej, która niszcząc tkankę sprężystą stwarza doskonałe podłoże dla powstania rozstrzeni. Leczenie swoiste w tych przypadkach może dać dobre wyniki.

Ropienia jamy opłucnowej, komunikujące z oskrzelem dają również ropne wykrztuszanie. W zapaleniach rozlanych jamy opłucnowej zdarza się to rzadko, gdyż znacznie wcześniej ustala się rozpoznanie. Przeciwnie ropne zapalenia opłucnej otorbione stwarzają pomyślne warunki dla drążenia ropy znajdującej się pod ciśnieniem do oskrzeli. Te ropnie międzypłatowe są względnie rzadkie, u dzieci jednak bywają, gdyż u nich, w odróżnieniu od dorosłych, szczeliny międzypłatowe są zwykle nie zrośnięte i wolne.

Czasami mogą to być ropnie płuca okołoszczelinowe (abscessus periscissuralis), częstsze u dorosłych. Rozpoznanie, nawet rentgenologicznie ropni międzypłatowych bywa trudne, gdyż podobny cień mogą dawać nacieczenia płucne okołoszczelinowe (parascissuralis).

Naogół jednak, według autora, ropnie w tkance płucnej u dzieci są rzadkością. Zwykle wchodzą w rachubę tylko ropnie wtórne w następstwie zawału, zapalenia płuc, wycięcia migdałków, ciała obcego w oskrzelach. Ropnie te zwykle są monobakteryjne, t. j. stwierdza się w ropie jeden dominujący typ drobnoustrojów ropnych. Rozpoznanie przed wykrztuszaniem ropy bywa utrudnione. Prócz ropni zwykłych, może zdarzyć się zropienie torbieli bąblowca, który wg. autora nie jest rzadkością u dzieci.

Zgorzel płuc nie wchodzi do rzędu tych stanów, gdyż u dzieci zgorzel najczęściej bywa rozlaną, o postaci posocznicowej lub opłucnowej i zabija wcześniej niż dochodzi do przebicia oskrzela.

Ropienia przewlekłe u dzieci są rzadkością. Czasami może to być gruźlica z jamą, a szczególnie ciało obce w oskrzelu, którego rozpoznanie poza zdjęciami rentgenologicznemi dokonywa się także za pomocą bronchoskopji.

CHIRURGJA.

Ziarnica złośliwa (Lymphogranulomatosis maligna, choroba Hodgkina) — temat programowy III ZjazduAnatomów Francuskich. **(La lymphogranulomatose). Vasiliu, Favre i Croizat.**
La Presse Méd. Nr. 2, styczeń 1932 r.

Etjologja ziarnicy złośliwej daleką jest jeszcze obecnie od całkowitego wyjaśnienia. Jedni uważają za pierwotny czynnik chorobotwórczy ziarnicy prątka gruźliczego, inni — jakieś zakażenie swoiste ale niegruźlicze a są i tacy, którzy uważają ziarnicę za schorzenie nowotworowe; to ostatnie przypuszczenie jednak wydaje się być najmniej prawdopodobnem. Cały przebieg kliniczny i obraz drobnowidzowy skrawków tkanek schorzałych przemawia za przewlekłym procesem zapalnym w rodzaju gruźliczego, kiłowego lub trądowego (lepra).

Od czasu badań doświadczalnych *Paltaufa* i *Sternberga*, a zwłaszcza *Fraenkela* i *Mucha* — którzy wykryli w tkankach ziarnicowych obecność ziaren piątków gramo — dodatnich i odpornych względem antiforminy, zaczęto uważać tło gruźlicze ziarnicy złośliwej za dowiedzione. Jednakże w ostatnich czasach wysuwa się coraz więcej zarzutów przeciwko słuszności tego twierdzenia: w tkankach ziarnicowych tylko w 50% wszystkich przypadków znaleziono prątki gruźlicze, a wstrzyknięcie wyciągu tych tkanek świnkom morskim bynajmniej nie zawsze wywołuje w nich proces gruźliczy. Zjawia się przypuszczenie, że prątki gruźlicze, znalezione w gruczołach ziarnicowych, nie są tutaj główną przyczyną chorobotwórczą, ich obecność może być raczej przypadkowa, jak to ma miejsce np. w różnych gruczołach chłonnych u ludzi zdrowych. A wstrzykiwanie świnkom morskim wyciągów z gruczołów chłonnych prawidłowych i gru-

czołów białaczkowych również wywoływało w nich, w pewnej liczbie przypadków, powstanie procesu gruźliczego.

Reasumując wyżej powiedziane, przyznać trzeba, że t ł o g r u ź l i c z e ziarnicy złośliwej jest t y l k o p r a w d o p o d o b n e, gdyż niema, jak dotychczas, żadnego dowodu pewnego (bakterjologicznego, doświadczalnego), przemawiającego tutaj na korzyść zakażenia gruźliczego lub jakiegokolwiek innego.

Co się tyczy zmian anatomo-patologicznych w ziarnicy złośliwej, to polegają one, jak wiadomo, na powstawaniu ognisk tkanki ziarninowej, w których stwierdza się obecność bardzo różnorodnych komórek: limfocytów, leukocytów obojętnochłonnych i kwasochłomnych, komórek plazmatycznych, fibroblastów i, wreszcie, tak zwanych komórek Sternberga czyli małych komórek olbrzymich — uważanych za swoiste do pewnego stopnia dla ziarnicy złośliwej. Ogniska owe umiejscawiają się w gruczołów, w płucach (bronchitis, corticopleuritis) śledzionie, wątrobie, szpiku kostnym, skórze, a rzadziej — w przewodzie pokarmowym, nerkach, grasicy, tarczycy i trzustce.

K l i n i c z n i e cierpienie zaczyna się obrzmiewaniem gruczołów chłonnych, zwykle począwszy od szyi i dołów pachowych; gruczoły są duże, twarde, nie zrastają się ze sobą i prawie nigdy nie dochodzi w nich do ropienia. Następnie ulega obrzmieniu, z reguły, wątroba i śledziona, występuje gorączka — o typie nieprawidłowym, swędzenie skóry, a we krwi stwierdza się eozynofilja i zwiększenie ogólnej liczby białych ciałek z przewagą wielojądrzastych.

Choroba trwa kilka lat, z typowemi chwilowemi remisjami; bywają i postacie o przebiegu gwałtownym, szybko prowadzącym do śmierci. Rokowanie jest złe.

Spostrzega się względnie często współistnienie ziarnicy złośliwej z gruźlicą, przyczem ta ostatnia ujawnia się zwykle już w przebiegu ziarnicy.

Obraz kliniczny i leczenie gruczolaków przysadki mózgowej. (L'adénome de l'hypophyse). D e M a r t e l i G i u l l a u m e.

Le Journ. Médical Français Nr. 10, październik 1931 r.

Przednia część przysadki, mająca — jak wiadomo — budowę drobnowidzową gruczołu wewnętrznego wydzielania (podobnie jak tarczyca i nadnercza), bywa siedliskiem gruczolaków, które stosunkowo łatwo ulegają tutaj zwyrodnieniu torbielowatemu. Gruczolaki te, ze względu na umiejscowienie przysadki w ograniczonej i niepodatnej jamie kostno — tkankołącznowej, wcześnie doprowadzają do zaniku właściwej tkanki przysadki (wskutek ucisku), zaniku ściany kostnej i rozszerzenia siodełka tureckiego, ucisku na skrzyżowanie nerwów wzrokowych (od dołu i przodu), i ucisku na dno III komory mózgowej.

O b j a w y k l i n i c z n e, z a l e ż n e o d m e c h a n i c z n e g o u c i s k u g u z a. Do najwcześniejszych należą b ó l e g ł o w y, umiejscowione poza gałkami ocznemi, na poziomie skroni. Bóle te często poprzedzają wystąpienie innych objawów na szereg lat i ustępują z chwilą dostatecznego rozciągnięcia przepony siodełka lub przerwania ściany kostnej siodełka w kierunku zatoki kości klinowej względnie operacyjnego wydłutowania tej ściany.

Z d j ę c i e r e n t g e n o w s k i e wykazuje rozszerzenie, jakby rozdęcie i pogłębienie siodełka kości klinowej i ścieńczenie i skrócenie grzbietu siodełka i wyrostków pochylonych (proc. clinoidei).

Bardzo wcześnie rozwija się z a n i k n e r w ó w w z r o k o w y c h wskutek ucisku guza na miejsce ich skrzyżowania; zanik ten zaczyna się od ćwiartki skroniowej górnej pola widzenia, następnie, zajmuje ćwiartkę skroniową dolną (h e m i a n o p s i a b i t e m p o r a l i s c o m p l e t a), nosową dolną, górną i doprowadza ostatecznie do zupełnej ślepoty. Charakterystycznem jest dla gruczolaków przysadki, że ów zanik nerwów wzrokowych występuje odrazu jako taki, bez uprzedniego okresu wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego (z tarczą zastoinową nerwu wzrokowego), gdyż guzy przysadki nie są zasadniczo guzami wewnątrzczaszkowemi, i do wzmożenia ciśnienia w czaszce doprowadzają dopiero w końcowym okresie swego rozwoju (wodogłowie wewnętrzne wskutek ucisku na III komorę). W późnym okresie choroby może dojść również do porażenia uciskowego III, IV, V i VI pary nerwów czaszkowych, a przy obecności wodogłowia wtórnego — do poliurji, senności, śpiączki, wymiotów i t. p.

O b j a w y k l i n i c z n e z a l e ż n e o d z a b u r z e ń c z y n n o ś c i p r z y s a d k i. Tkanka przedniego zraza przysadki składa się drobnowidzowo z szeregów komórek wielokątnych, z których jedne łączy się chciwie z barwnikami roślinnemi (barwnikochłonne, przeważnie kwasochłonne), inne — nie barwią się wcale. Guzy przysadki mogą się składać zarówno z jednych, jak i z drugich. Guzom komórek nie barwiących się towarzyszą objawy niedomogi czynnościowej przysadki (h y p o p i t u i t a r i s m u s), a mianowicie: upośledzenie czynności płciowych (brak popędu płciowego, brak miesiączki), zanik gruczołów płciowych, skóry, gruczołów łojowych i cebulek włosowych, nadmierna otyłość z dużą wrażliwością na zimno, względnie infantilismus. Guzom zaś z komórek barwnikochłonnych towarzyszą objawy nadczynności przysadki (h y p e r p i t u i t a r i s m u s): zespół akromegaliczny z przerostem skóry, kości twarzy (zwłaszcza żuchwy, stóp, dłoni), wzmożeniem przemiany materji i cukromoczem.

R o z p o z n a n i e r ó ż n i c z k o w e. Uwzględniać tutaj należy innego pochodzenia guzy okolicy przysadki: torbiele z kieszonki Rathkego (wewnątrz siodełka lub ponad niem), meningioma suprasellare i glejak w miejscu skrzyżowania nerwów wzrokowych; poza tem objawy guza przysadki może dawać również wodogłowie wewnętrzne. Torbiele kieszonki Rathkego występują wyłącznie w wieku młodym i towarzyszą im w 85% wszystkich przypadków ogniska zwapnienia w okolicy ponadsiodełkowej, widoczne dobrze na zdjęciu rentgenowskiem. W przypadkach torbieli Rathkego bez zwapnień i meningioma suprasellare nie będziemy mieli — w odróżnieniu od torbieli samej przysadki — ani tego charakterystycznego rozszerzenia siodełka, ani typowego zwężenia pola widzenia. Glejaki skrzyżowania nerwów wzrokowych są bardzo rzadkie i powodują powstanie

nieprawidłowego ubytku ośrodkowego w polu widzenia. W przypadkach wodogłowia rozszerzona III komora mózgowa może czasami wywierać ucisk na skrzyżowanie nerwów wzrokowych i przysadkę, maskując w ten sposób jej guz.

L e c z e n i e gruczolaków przysadki ma na celu usunięcie mechanicznych objawów uciskowych i zaburzeń czynnościowych ze strony przysadki. Jeśli chodzi o objawy uciskowe, to leczeniem z wyboru jest operacja, polegająca na usunięciu większej części guza i wykonana zapomocą wydłutowania czasowego kości czołowej; droga operacyjna przez nos (przez kość klinową) została obecnie prawie całkowicie zarzucona. Bóle głowy i zaburzenia wzroku ustępują po operacji prawie natychmiast. Po operacji wskazanem jest naświetlenie okolicy przysadki promieniami Roentgena, jako uzupełnienie leczenia operacyjnego. Ograniczenie leczenia guzów przysadki wyłącznie do naświetlań rentgenowskich jest niecelowe i wyników nie daje.

Leczenie zaburzeń czynnościowych ze strony przysadki wyciągami gruczołowemi ogranicza się, jak obecnie prawie wyłącznie, do stosowania wyciągów z tarczycy w stanach apatji, senności i obniżenia prawidłowej przemiany materji, po którem zauważono wyniki dobre (wpływ na przysadkę poprzez tarczycę, w myśl ścisłej korelacji tych gruczołów dokrewnych). Podawanie wyciągów przysadkowych wyników leczniczych nie daje wcale.

Nowotwory tylnej jamy czaszkowej. (Les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure, leur diagnostic précoce). D e M a r t e l, G u i l l a u m e i L a s s e r y.

Le Journ. Médical Français Nr. 10, październik 1931 r.

Zasada ogólna, że wyniki leczenia operacyjnego nowotworów zależą w pierwszym rzędzie od wczesnego ich rozpoznawania, dotyczy w stopniu może najwybitniejszym nowotworów mózgu. Autorowie w pracy niniejszej zwracają uwagę na te objawy kliniczne guzów tylnej jamy czaszkowej, które umożliwiają jaknajwcześniejsze ich rozpoznanie.

Guzy tylne jamy czaskowej należą do najczęstszych nowotworów mózgu. Jedne z nich — guzy k ą t a m o s t o w o - m ó ż d ż k o w e g o i guzy s a m e g o p n i a m ó z g o w e g o — pozwalają na bardzo wczesne ich umiejscowienie (zajęcie nerwów czaszkowych, występujące naprzemian porażenia ośrodkowe), inne — g u z y I V k o m o r y i m ó ż d ż k u — zlokalizować z początku jest znacznie trudniej, gdyż prawie jedynym objawem bywa wówczas wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

I. G u z y k ą t a m o s t o w o - m ó ż d ż k o w e g o — ich punktem wyjścia bywa najczęściej n e r w s ł u c h o w y (szum w uchu, głuchota jednostronna); po pewnym czasie przyłączają się objawy ze strony n e r w u t w a r z o w e g o (porażenie mięśni tejże strony twarzy, drgawki) i t r ó j d z i e l n e g o (bóle w zakresie tego nerwu i znieczulenie). Dopiero w okresie znacznie późniejszym występują objawy ze strony móżdżku, dróg piramidowych i wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego (tarcza zastoinowa nerwu wzrokowego), ale na operację bywa już wtedy zwykle zapóźno.

II. G u z y p n i a m ó z g o w e g o — dają względnie wcześnie zespół objawów ze strony konarów mózgu (porażenie nerwu okoruchowego po tej samej stronie i porażenie piramidowe po stronie przeciwnej) lub zespół mostowo - opuszkowy (porażenie twarzy i nerwu odwodzącego po tejże stronie i piramidy po stronie przeciwnej); wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego występuje tutaj późno.

III. G u z y I V k o m o r y i m ó ż d ż k u — jednym z najwcześniejszych objawów bywa wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego, który rozwija się zwykle bardzo szybko i osiąga duży stopień. Bóle głowy są umiejscowione w jej tyle i szerzą się do karku; poruszanie głową wywołuje wymioty, które wogóle mogą tutaj być pierwszym objawem choroby (mylne rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego, zwłaszcza u dzieci!). Wkrótce przyłączają się objawy zaburzenia równowagi i hypotonja mięśniowa, zwykle jednostronna. Objawy ze strony nerwów czaszkowych i pnia mózgowego występują dopiero na końcu, kiedy na operację jest już zapóźno. Od nakłucia lędźwiowego w przebiegu guzów tylnej jamy czaszkowej lepiej jest się wstrzymać zupełnie, ze względu na duże niebezpieczeństwo tego zabiegu w powyższych przypadkach (nagła śmierć wskutek zaklinowania opuszki rdzeniowej w otworze potylicznym).

L e c z e n i e o p e r a c y j n e w przypadkach guzów konarów mózgu, mostu lub opuszki będzie polegało jedynie na odciążeniu (decompressio) i naświetlaniach radowych, gdyż usunięcie samego nowotworu jest tutaj niemożliwe. Guzy kąta mostowo - móżdżkowego są natury dobrotliwej i dają wskazania do ich częściowego wyłyżeczkowania względnie rozkawałkowania — wyniki lecznicze są tutaj doskonałe.

Glejaki móżdżku w postaci torbieli dają się mniej lub więcej doszczętnie usunąć, glejaki naciekające — tylko wtedy, kiedy są niewielkich rozmiarów. Brodawczaki czwartej komory dają się usunąć zwykle całkowicie, medulloblastomata zaś, bardzo częste u dzieci, ze względu na ich dużą złośliwość dają wskazania tylko do naświetlań radowych.

Guzy gruźlicze półkul móżdżku dają wskazania tylko do odbarczenia (decompressio) i wycięcia zmienionej chorobowo części pajęczynówki, z następowem leczeniem ogólno - wewnętrznem.

RENTGENOLOGJA.

Reakcje skórne mierzone w jednostkach r elektrostatycznych. (Reactions cutanées en unités r électrostatiques). A. G u n s e t t.

Journal de Radiologie, 1930 r. T. VIX, Nr. 5, str. 283.

Ze względu na to, iż pomiary w r międzynarodowych znajdują we Francji coraz szersze zastosowanie, a. zmienił podziałkę jonometru Solomona dostosowując ją do wyżej wspomnianych jednostek. Pomiarów dokonał przy pomocy aparatu Küstnera. By ułatwić pomiary A. podjął się zaobserwowania stosunku reakcji skórnych do wielkości dawki promieni rtg.

W Niemczech ustalono, iż dawka HED odpowiadała 550 r międzynarodowych przy filtrze

GRAINS DE ANISÉS
CHARBON TISSOT

Anyżowane ziarenka węgla topolowego z benzynaftolem i kwasem będźwinowym.

NADMIERNA FERMENTACJA JELITOWA, ZAPARCIE NAWYKOWE, ZATRUCIA POKARMOWE, BĘDNICA.

1 do 2 łyżeczek od herbaty wieczorem po jedzeniu, lub przed snem. Połykać nie rozgryzając.

AMPUŁKI, DRAŻETKI
NERVOCITHINE TISSOT

Jedyne połączenie arsenu, strychniny, żelaza, fosforu z FLUOREM.

NEURASTENJA, PRZEMĘCZENIE UMYSŁOWE, REKONWALESCENCJA, GRUŹLICA POCZĄTKOWA.

3 razy dziennie po 1 do 2 drażetek po jedzeniu. 1 do 2 ampułek dziennie podskórnie, lub śródmięśniowo.

CRYOGENINE

NAJPEWNIEJSZE a NAJDOGODNIEJSZE 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 Cryogenine do receptury: proszków, czopków, pigułek, zawiesin i t. p.

Comprim. { Cryogenine à 0,50 grm. / Cryogenine à 0,25 grm. — W rurce 10 tabletek

Cachets { Cryogenine à 0,50 grm. / Cryogenine à 0.25 grm. — W rurce 10 opłatków

L. NASIEROWSKI

Skład główny Tel. 9-24-39 i 9-30-42 Kaliska 9

0,5 Cu. A. podobnych pomiarów dokonał przy innych filtrach. W doświadczeniach swych dowiódł, że reakcja biologiczna skóry, zależna od ilości r, nie jest tą samą jeśli przy różnych filtrach podajemy równą liczbę r. Należy więc ustalić dawkę HED dla każdego z tych filtrów. Pomiarów a. dokonał przy pomocy aparatu Küstnera. Dadzą się one jednak również uskutecznić aparatem Dauvilliera, wyskalowanym w jednostkach w r międzynarodowych pod warunkiem, aby lampa była mierzoną bez chorego, gdyż kamera Dauvilliera zależną jest od długości fali promieni, wskutek czego ulega wpływom wtórnego promieniowania tkanek.

Naogół jeśli na skórę chorego damy dawkę „a“ i umieścimy na miejscu naświetlanem komorę jonizacyjną, to komora otrzyma o „b“ promieni więcej czyli dawkę „a“ — „b“. Dawka „b“ warunkuje się promieniowaniem tkanki, którego przy pomiarach w powietrzu nie mamy. Dawkę tę a. nazwał dawką dodatkową dyffuzji.

Dyffuzja uwarunkowaną jest od materjału z którego zrobiona jest rurka, zależy również od długości fali, kierunku promieni oraz wielkości pola. Obecnie zauważa się tendencję do stworzenia kamery o wiadomych danych i do stosowania jej powszechnie. Kamery te winny przedewszystkiem możliwie mało ulegać wpływom długości fali. Zagranicą kamery tego rodzaju wogóle są w użyciu. (Kamera Hammera, Rajewskiego i Mekapionu). A więc pomiary czynione na chorym różnemi kamerami nigdy nie są równowartościowe, a zależą od dawki dodatkowej dyffuzji, które są różne w różnych kamerach. Aby upodobnić do siebie pomiary czynione różnemi kamerami a. radzi dokonywać pomiarów zawsze bez chorego.

W Niemczech podstawą pomiarów jest dawka rumieniowa, we Francji — dawka wywołująca epidermitis. Jednak żadna z nich nieda się ująć w sposób bardzo ścisły. Przy promieniach mocno filtrowanych rumień powstaje dość różnie: w następnym dniu po naświetleniu zjawia się szybko ustępujące zarumienienie skóry. Po kilku dniach pojawia się drugi rumień, utrzymując się parę dni i pozostawiając pigmentację. W innych przypadkach przy dawkach silniejszych po pierwszej fali rumienia następują inne fale, których może być cały szereg, przyczem przy każdej fali reakcja jest większą, osiąga punkt kulminacyjny, poczem znów maleje i znika nie pozostawiając śladów, lub jeśli dawka była dostatecznie dużą, pozostawiając pigmentację, łuszczenie, a czasem nekrozę. Okresy trwania rumienia są w prostym stosunku do wielkości dawki. Reakcja skóry w znacznej mierze zależy od promieniowania wtórnego, więc pomiary czynione bez chorego nie dają wyraźnego pojęcia o dawce którą skóra otrzymała. Należy brać warunki w których naświetlano. (Napięcie, natężenie, filtr, odległości, wielkość pola naświetlanego, szerokość tubusa, okolicę ciała). Jednym ze stopni reakcji biologicznej jest dawka HED, określona przez Seitza i Wintza — jest to lekkie zarumienienie, występujące w 8 dni po naświetleniu powierzchni 42 cm² przechodzące po 3 tygodniach w kolor jasno-bronzowy oraz dające pigmentację po 6 tygodniach. Naświetlać trzeba z odległości 23 cm. przez filtr 0,5 Cu lub Zn. Określając tę dawkę w r międzynarodowych badacze czynili pomiary bez chorego i otrzymali rezultaty następujące:

Küstner	1 HED—551 r	—15%
Wintz, Holthusen, Holdfelder	1 HED—553 r	— 8%
Schultz i *Recklinghausen*	1 HED—550 r	

Przy dawkach większych otrzymywano reakcje silniejsze i tak:

Radiodermitis 1° przy 605 r (w granicach 514 — 696 r),

Radiodermitis 2° przy 605 r (w granicach 561 — 759 r),

Radiodermitis 3° przy 718 r (w granicach 608 — 820 r).

Badanie powyższe wykonano przy filtrach 0,5 Cu i lżejszych. A. w roku 1927 czynił podobne doświadczenia z ciężkiemi filtrami powyżej 0,5 Cu a przedewszystkiem dla 2,0 Cu przy 200 Kv i 3 MA. Stosował przeważnie małą dawkę odrazu. W doświadczeniach swych a. badał reakcje dla 9 cm², 70 cm² i 120 cm² przy filtrach 2 Cu + 2 Al, 0,5 Cu + 1 Al, 1 Cu — oraz 1,5 Cu — 2 Al, stosując napięcie 200 KV.

Dla pola 9 cm² przy filtrze 2 Cu — 2 Al, podając dawkę od 420 r do 1000 r międzynarodowych otrzymał reakcje niewychodzące poza granicę rumienia i pozostawiające większą lub mniejszą pigmentację. Podając 1500 r otrzymał reakcję zapalną prowadzącą do zaniku i martwicy skóry. Przy dawkach podzielonych reakcje były znacznie mniejsze.

Przy filtrach 0,5 Cu — 1 Al, 1 Cu oraz 1,5 Cu — 2 Al. podając dawki od 420 r do 1000 r a. otrzymał różne stopnie rumienia, pozostawiającego po sobie pigmentację lub zniszczenie.

Dla pola 72 cm² przy tychże filtrach a. podawał dawki od 500 do 550 r, otrzymując różne stopnie rumienia, niekiedy z łuszczeniem.

Dla pola 120 cm² przy filtrze 2 Cu — 2 Al podając dawki od 500 do 700 r a. otrzymał intensywny rumień zaś przy filtrach cieńszych—rumień, któremu towarzyszyło silne łuszczenie.

Podając przez 2 Cu — 2 Al przy 200 KV dawkę 1670 r podzieloną na 5 seansów (naświetla codziennie w ciągu 5 dni) na pole 250 cm² a. otrzymał tylko rumień. Dawka ta przy pomiarach dokonanych w powietrzu (bez chorego) odpowiadała 1200 do 1380 r.

Wnioski A.

1°. Pomiary w r międzynarodowych wykonane dozometrem Dauvillier'a przez Dauvillier'a, Laborda i Saget'a przy pomocy dużej kamery jonizacyjnej ułatwi we Francji pomiary na podstawie tej jednostki.

2°. A. dozując aparat Dauvillier'a przy pomocy kamery Küstnera otrzymał rezultaty zbliżone.

3°. A. przy dawkowaniu w r międzynarodowych kamerą Dauvillier'a, radzi robić pomiary bez chorego w warunkach podobnych do tych, w jakich była skalowana kamera.

4°. Wskazania biologiczne osiągnięte przez dozowanie w r międzynarodowych mogą służyć do stosowania w praktyce kamery Dauvilliera w granicach długości fal przy których ta ostatnia była skalowana.

5°. Wartości dawki dodatkowej, powodowanej dyffuzją, są znacznie większe gdy się mierzy ka-

merami zależnemi od długości fali. A. nie radzi robić pomiarów kamerą D. umieszczoną na skórze chorego, gdyż wyniki otrzymane nie odpowiadają pomiarom czynionym kamerami niezależnemi od długości fali, ani też pomiarom czynionym w powietrzu.

6°. Podane są dla pól o powierzchni 9 cm², 70 cm² oraz 120 cm² dawki w r międzynarodowych odpowiadającej biologicznej reakcji skóry, które ułatwią pomiary w r międzynarodowych.

7°. Podano krzywę zwiększania się dawki dodatkowej, powodowanej dyffuzją, przy filtrze 2 Cu — 2 Al. i 200 KV podczas zwiększania wymiarów pola, w zależności od działania powierzchni naświetlanej.

8°. Przy pomocy kamery Hammera, niezależnej od długości fali, robiono pomiary na chorym. W tych warunkach dawki 1500 r i 1670 r (mierzono na chorym) przy filtrze 2 Cu i 200 KV mogą być podane w ciągu 5 dni, niewywołując reakcji rumieniowej.

Badanie żołądków kaskadowych. (Etude de l'estomac en cascade). G. Chaumet.

Jurnal de Radiologie 1930 r. T. XIV, Nr. 6, str. 321.

Pomijając przypadki o podłożu patologicznem (czynnik nowotworowy i zapalny) A. stara się wytłómaczyć powstanie żołądków kaskadowych, w których badania żadnych zmian paza tem nie wykazały.

Czynniki, które według różnych autorów mają powodować kaskadowość jak:

1) Wrodzone skrócenie małej sieci
2) Ucisk przez guz pozażołądkowy
3) Ucisk przez rozdęte i przemieszczone jelito
4) Aerogastrja
5) Podatność ścian w górnej części żołądka wskutek budowy anatomicznej
6) Skurcz

A. uważa za niewystarczające. Aczkolwiek czynniki te często towarzyszą i sprzyjają utworzeniu kaskady, a obecność niektórych z nich jak aerogastrja jest warunkiem koniecznym do jej powstania, jednak żaden z nich według A. nie jest czynnikiem wystarczającym.

A. opierając się na swych obserwacjach dowodzi iż do powstania kaskady konieczne są dwa warunki:

I) Przyleganie krzywizny dużej do tylnej części kopuły przepony na większej przestrzeni wskutek odmiany w anatomicznej budowie więzadeł żołądka (czynnik anatomiczny).

II) Rozwój dużej komory powietrznej przy aerogastrji oraz wskutek przylegania do przepony rozszerzenie się jej ku przodowi i dołowi (czynnik patologiczny).

Te dwa czynniki A. uznaje za konieczne i dostateczne dla powstania kaskady w żołądku; inne, wyżej przytoczone mają tylko sprzyjać jej rozwojowi.

Dr. W. Trzetrzewiński

CHOROBY UCHA, NOSA I GARDŁA.

Leczenie niektórych rodzajów bólu głowy promieniami wysokoczęstotliwymi. (Traitement de certaines céphalées par l'effluvation de haute fréquence). H. Caboche.

Archives internat. de lar, otol.-rhin. T. 36. N. 3. (1930).

Bourgeois, Dutheilet, de Lamothe i *Portmann* pierwsi stosowali diatermię w otorhinolaryngologji (na terenie francuskim: Ref.) i to z korzystnymi wynikami. Wyniki te dotyczyły głównie elektrokoagulacji przy wskazaniach chirurgicznych. *Leroux-Robert* uzyskał wyniki diatermią w sensie internistycznym w wypadkach przytępienia słuchu, szumu w uszach, zawrotów głowy, dolegliwości w gardle i krtani, wreszcie przy bólu głowy pochodzenia nosowego. Autor zebrał i częściowo opisuje 22 spostrzeżeń w ostatnim kierunku.

Autor stosuje dwie metody: 1) dwubiegunową t. j. diatermię sensu stricto i 2) jednobiegunową (effluvation). Technika 1) jest powszechnie znaną. Czynna elektroda przypada na okolicę bolesną. Posiedzenia są 10 — 15 minutowe i odbywają się w ilości łącznej 6 — 12 codzień lub co drugi dzień. Diatermia jednobiegunowa daje wyniki lepsze. Elektrody są tu szklane o różnych kształtach, zależnie od okolicy aplikacji (ciemię, okolica zatoki czołowej lub szczękowej). Można też stosować równocześnie kilka elektrod czynnych. Specjalne elektrody są wymagane przy stosowaniu wewnątrznosowem (okolica muszli dolnej i średniej). Natężenie reguluje się uczuciem ciepła podanem przez leczonego. Czas posiedzenia przy leczeniu wewnątrznosowem nie przekracza 10 minut. Inne zasady jak przy 1). Metody te mają w licznych opornych przypadkach wybitne działanie uśmierzające i zasługują obok „centroterapii" *Bonniera* i pendzlowań znieczulających okolicy klinowo-podniebiennej wedle *Halphena* na baczną uwagę. Etjologicznie leczone tu bóle głowy obejmują w pierwszym rzędzie schorzenia zatok.

Leczenie pooperacyjne zapalenia wyrostka sutkowego ozonizowanym chlorkiem magnu. (Le traitement postoperatoire des mastoidites par le chlorure de magnésium ozonizé). Philip M.

j. w.

Zasada: Przy przejściu prądu elektrycznego przez rozczyn chlorku sodu i magnu wywiązują się czynne jony chloru i ozonu, które działają antyseptycznie i pobudzająco na tkanki. *Technika:* Przez flaszkę z odpływem, w której znajduje się świeżo sporządzony rozczyn (Rp. Sol. 10% magnesii chlorati 5,0, Natrii chlorati cryst. 7,50, Aquae destill. 1000,0) i w którym pływają elektrody i termometr, przepuszcza się prąd elektryczny, aż póki temperatura płynu osiągnie 37°, poczem płyn jest gotowy do użytku.

Na drugi dzień po operacji usuwa się setony z rany pooperacyjnej i przepuszcza się zapomocą drenu z metalową giętką kanką płyn gotowy do użytku przez ranę w formie irrygacji, poczem ranę całkiem tylko leciutko się setonuje. Tę procedurę, dla pacjenta bardzo łagodną i niebolesną, a w technice nader prostą, powtarza się codzień. *Efekt:* Po 20 do 30 dniach rana jest zabliźniona.

Metoda ta, zdaniem autora, unika ujemnych stron tamponady, spełnia doskonale zadanie mechanicznego oczyszczania rany, działa antyseptycznie i przyśpiesza gojenie; łączy prostotę z pewnością, łatwość aplikacji z szybkością wyników.

Autor stosuje metodę od kilku miesięcy. Ilości spostrzeganych przypadków nie podaje.

Lampę kwarcową należy wyeliminować z obrębu metod miejscowego leczenia gruźlicy krtani. (La lampe a rayons U. V. d'onde courte, serait à écarter du traitement local de la tuberculose laryngée). Kowler.

j. w. N. 5.

Autor na podstawie spostrzeżeń w Mentonie dochodzi do wniosku, że lampa kwarcowa i pokrewne źródła promieni pozafiołkowych krótkofalistych, nie nadają się do leczenia miejscowego gruźlicy krtani. Przyczynę widzi autor 1) w braku *ciągłości* widma, które cechuje światło słońca i która jest zasadniczym warunkiem działania światłoleczniczego w gruźlicy krtani, 2) w braku promieni długofalistych (od czerwonych i pozaczerwonych aż do fiołkowych), które mają być najważniejsze i 3) w obecności promieni szkodliwych („rayons abiotiques"), które zawierają te lampy, a których właśnie niema w promieniach słońca *(Lacarme)*. Badania autorów, jak: *Pach, Guillaume* i *Courmelles* wykazały szczególnie korzystne działanie kombinacji promieni o najróżniejszej długości fali. Również *Worms* wypowiedział się negatywnie co do działania tych lamp. Wyjątek stanowią w pewnej mierze niektóre lampy łukowe, których widmo jest ciągłe. Co do samego światła słonecznego, to naświetlanie regularne bezpośrednie krtani leży wciąż jeszcze w sferze ideału; do celów praktycznych trzeba się zadowolić lusterkiem, do czego autor poleca ze względu na jego prostotę instrumentarjum M. Roussel'a.

Trzy przypadki ostrego zapalenia wyrostka sutkowego z nagłemi i ciężkiemi powikłaniami w przebiegu ostrych zapaleń ucha środkowego. O pożyteczności wczesnej paracentezy błony bębenkowej w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego. (Trois cas de mastoidites d'emblée avec complications rapides et graves au cours d'otites moyennes aigues. De l'utilité de la paracentèse précoce du tympan dans l'otite moyenne aigue). Taviani.

j. w. N. 4.

Autor podaje opis trzech operowanych przypadków: w pierwszym, u pięcioletniego dziecka przy typowych objawach ostrej ropnej mastoiditis z chełboczącym obrzękiem zausznym i przebiegu całkiem krótkotrwałym (8 dni), brak niemal zupełnie oznak otoskopijnych otitis media za wyjątkiem lekkiego zaróżowienia w okolicy błony *Shrapnell'a*, a zabieg wykazał daleko posunięte zmiany z dwoma dużymi martwiakami zupełnie oddzielonymi w łusce skroniowej (wątpić należy, czy mogły one powstać w tych ośmiu dniach przebiegu choroby. Ref.) i ropień zewnątrzoponowy.

W przypadku drugim, u 50-letniego mężczyzny, po katarze nosa rozwijają się w szybkiem tempie objawy mastoiditis i podrażnienia opon. Paracenteza w okolicy wypuklonej błony *Shrapnella* przy nieznacznych poza tem zmianach ze strony błony, likwiduje objawy oponowe, podczas gdy rozwija się obraz periphlebitis szyjnej i Mastoiditis *Bezolda*. Zabieg operacyjny potwierdza rozpoznanie i likwiduje sprawę, okazując też zaawansowaną perisinusitis bez zmian w świetle zatoki.

Trzeci przypadek dotyczy dziecka 3-letniego, gdzie równocześnie z objawami otitis i mastoiditis odrazu (w 3-im dniu) występują oznaki meningealne dość znaczne, które likwiduje paracenteza. Zabieg, następnie wykonany, wykazuje ropę pod dużem ciśnieniem w kości, a w dalszym przebiegu po antrotomii wydala się jeszcze duży martwiak.

Z przypadków tych, które wszystkie skończyły się wyleczeniem, wysnuwa autor wniosek, iż wczesna paracenteza nawet przy małych objawach otoskopijnych jest przy grożących powikłaniach bardzo wskazana. Autor jest zdania, że w opisanych przypadkach przy wykonanej wraz z wystąpieniem *pierwszych* objawów paracentezy można było powikłań uniknąć, zaś dla zabiegu tego t. j. paracentezy bardziej miarodajnym winien być zespół objawów innych (jak: ból, gorączka), niż objawy otoskopijne. Autor kończy słowami: „W zapaleniu ucha środkowego nie należy nigdy wahać się z wykonaniem paracentezy nawet przy błahym i niezupełnym zespole symptomów („Dans une otite aiguë on ne doit jamais hésiter à pratiquer une paracentèse du tympan même avec une symptomatologie fruste et incomplète).

Przypadek gruźlicy krtani wyleczonej od przeszło czteru lat helioterapią przy pomocy mojego rozwieracza i lusterka. (Un cas de laryngite tuberculeuse guérie depuis plus de quatre ans par l'heliotherapie locale avec mon appareil l'ouvrebouche insolateur du larynx). Kowler.

j. w.

Autor, który od roku 1922 systematycznie ogłasza przypadki gruźlicy krtani wyleczone przez siebie helioterapią miejscową, opisuje tu przypadek dotyczący pacjenta, chorego na gruźlicę płuc od r. 1913 wedle spostrzeżeń internisty. W kwietniu 1924 prątki w plwocinie. Autor widział pacjenta poraz pierwszy w tymże miesiącu z naciekami strun i owrzodzeniami okolicy międzynalewkowej. W tymże miesiącu helioterapia przy pomocy własnego instrumentarjum (rozwieracz z samotrzymającem lusterkiem niklowem). Z końcem kwietnia internista stwierdza ogólną poprawę u pacjenta. Następnego roku konstatuje autor zupełne wyleczenie zmian miejscowych w krtani. Ostatni raz widział autor pacjenta w r. 1930 w stanie zupełnego zdrowia.

A. Schwarzbart (Kraków).

CHOROBY KOBIECE. POŁOŻNICTWO.

Czy należy zarzucić wycięcie macicy przez pochwę? (Faut-il abandonner l'hystérectomie vaginale? Faure J. L.

Leç. Clin. Tarnier. Nr. 6, str. 115, 1931.

Autor jest zdania, że pomimo znacznej poprawy wyników operacyj brzusznych nie należy porzucać operacyj pochwowych, w szczególności wycięcia macicy przez pochwę. Niewątpliwie zaletami pochwowego wycięcia macicy są: znacznie mniejsze prawdopodobieństwo zakażenia, uniknię-

HÉMOPLASE
Lumière

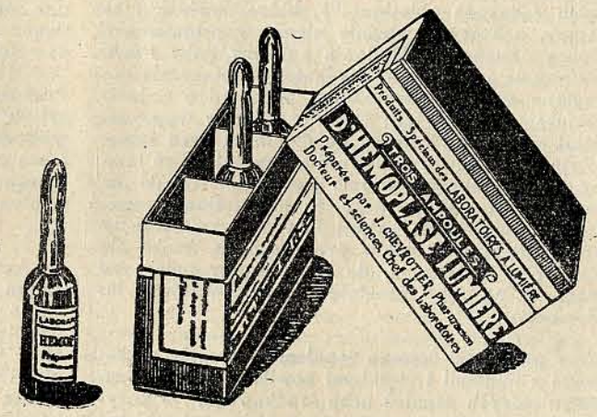
CAŁKOWITY WYCIĄG Z KRWI BARANIEJ,
ZWIERZĄT NAJBARDZIEJ ODPORNYCH NA GRUŹLICĘ.

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. i á 5 cc.; Niezawodny, nawet (Domięśniowo) w orzypadkach **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 DRAGÉS.

DAWKOWANIE: 6 — 10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÉMOPLASE GRANULE. 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. NASIEROWKSI Warszawa, ul. Kaliska 9, tel. 924-39, 930-42

Próby i literatura na żądanie WPP. lekarzy.

cie shock'u operacyjnego; ponadto specjalnie u osób tęgich lub znacznie wycieńczonych zabieg pochwowy da się wykonać, a laparatomia połączona jest albo z wielkiem ryzykiem, albo z dużemi trudnościami.

Pochwowe wycięcie macicy nadaje się szczególnie do przypadków stanów zapalnych w miednicy małej, gdzie zwykła kolpotomia nie wystarcza, aby poprawić stan chorej.

Zresztą w najgorszym razie jeśli operator zacząwszy operację przez pochwę nie może jej skończyć, może czasowo założyć zaciskadła od dołu i skończyć operację przez laparatomję.

Twory jajnikowe przerostowe w sąsiedztwie macicy występujące po obustronnem wycięciu jajników. (Les formations ovariennes para-utérines hyperplasiques consecutives a la castration totale). **Cornil L., J. Fiolle.**

La Presse Médicale, Nr. 19, str. 1445, 1931.

Pod nazwą wymienioną w tytule autorzy rozumieją twory stwierdzane po wycięciu macicy i przydatków; w tworach tych stwierdza się mikroskopowo budowę całkowitego jajnika lub jego części składowych, przedewszystkiem pęcherzyka Graafa i ciała żółtego.

Stąd wynika, że nie wchodzą tu w grę ani twory pochodzące z gruczołów i naczyń chłonnych, wytwarzające się niekiedy w bliźnie pooperacyjnej, ani endometrioma, czyli przerzuty śluzówki macicy do miednicy małej, ani wreszcie nacieki zapalne pooperacyjne.

Skąd powstają te tajemnicze twory? Pierwsza myśl, to wątpliwość, czy nie pozostawiono poprostu kawałka tkanki jajnikowej, z której następnie rozwija się wyżej opisany twór. Wątpliwość ta podniesiona przez *Lecène'a* jest zupełnie usprawiedliwiona jeśli chodzi o trudne techniczne przypadki, ale nie może mieć zastosowania tam gdzie operator z całą pewnością usunął obydwa ruchome i na długiej szypule pozostające jajniki.

Wysuwane drugie przypuszczenie wszczepienia w czasie operacji ułamków jajnika wydaje się mało prawdopodobne. To też autor skłania się do trzeciej hypotezy mianowicie, że omówione twory wytwarzają się z dodatkowego trzeciego jajnika, tembardziej, że jego istnienie nie jest wielką rzadkością skoro zdarza się w 4% przypadków.

Klinicznie schorzenie omawiane zaczyna się powoli bólami i uczuciem ciążenia z przewagą objawów po jednej lub drugiej stronie, krwawień niema, albo są nieznaczne, ciepłota naogół prawidłowa, chyba że występuje zropienie guza, a badanie dwuręczne wykazuje stan przypominający nisko położoną torbiel jajnika.

Rozpoznanie nie jest łatwe, zwłaszcza trudne jest zróżniczkowanie ze zbiorowiskiem płynu w zatoce Douglas'a.

Częstym błędem rozpoznawczym jest wzięcie omawianego tworu za pozostawione przy operacji przydatki, ale też błąd ten nie ma większego znaczenia, gdyż wyjaśni się w czasie i tak koniecznej operacji. Jak z tego wynika najbardziej wskazanem jest leczenie operacyjne i to na drodze laparotomji.

PERSODINE
Lumière

SWOISTE LECZENIE
BRAKU ŁAKNIENIA
NADSIARCZANAMI
DZIAŁA OGÓLNIE **DROGĄ KRWIOBIEGU**
ZAPOMOCĄ **TLENU:**

$$\boxed{M_2}\ S_2O_8 + H_2O = \boxed{M_2}\ SO_4 + H_2SO_4 + O$$

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.

Wykład w sprawie wielowodzia i oligoamnios. (Leçon sur l'hydramnios et l'oligamnios). **Vignes Henri.**

Progrés méd. 1931 I, 1069.

Normalna ilość wód płodowych wynosi 0,5—1 litra, ilość 3—4 litrów w warunkach prawidłowych należy do rzadkości. Ilości większe należą już do grupy wielowodzia (hydramnios). Objawy kliniczne tego stanu polegają na następujących cechach: macica twarda, napięta, wybitne balotowanie części płodu, których zresztą określić bliżej nie można; tony płodu są słabo słyszalne; przy badaniu wewnętrznem stwierdza się napięcie dolnego odcinka i niekiedy rozwarcie ujścia macicy. Płód leży, „jak żaba" z rozrzuconemi kończynami.

W ciężkich przypadkach występują silne bole w brzuchu, nerkach, lędźwiach, ponadto zaznacza się skłonność do obrzęków, duszności, białkomoczu i zatrzymanie moczu.

Zazwyczaj hydramnios występuje powoli, zasługując na nazwę przewlekłego; niekiedy mija ono równie nieoczekiwanie, jak się zjawiło, niekiedy zaś doprowadza do przerwania ciąży. Ostre hydramnios występuje najczęściej w 4—5 mies.. z nagłem powiększeniem brzucha, przy silnych bólach, wymiotach i schudnięciu.

Te ciężkie objawy doprowadzić mogą, zwłaszcza przy ciąży mnogiej do śmierci matki, o ile nie nastąpi odpuszczenie wód lub poronienie.

Wpływ wielowodzia na przebieg porodu jest powszechnie znany (słabe bóle, powolne rozwie-

ranie się ujścia, wypadnięcie części drobnych, nieprawidłowe ustawienie się płodu, niedowład macicy po porodzie).

W rozpoznaniu różniczkowem pamiętać należy o nadmiernie wielkich płodach, i olbrzymich łożyskach; ponadto wchodzą tu w grę torbiele jajnika, mięśniaki macicy z lub bez ciąży, wreszcie powiększony pęcherz płodowy zwłaszcza przy incarceratio uteri gravidi.

Za przyczyny wielowodzia uważać należy kiłę, ciążę mnogą, białkomocz i cukrzycę. Niestety w 40% przypadków etjologja pozostaje niewyjaśniona.

Co się tyczy rokowania, to dla matki jest ono w przypadkach przewlekłego wielowodzia pomyślne; natomiast dla dziecka niektórzy autorzy (Krahula) stawiają rokowania b. niepomyślne (3,78% żywych, i 1.03% normalnych płodów).

Leczenie polegać winno przyczynowo na podawaniu jodu, względnie kuracji przeciwkiłowej, dyjecie mlecznej. W ciężkich przypadkach wskazane jest nakłucie macicy przez powłoki brzuszne, (o ile chodzi o utrzymanie lub pod koniec ciąży, należy ostrożnie nakłuć pęcherz płodowy przez pochwę).

Oligamnios (zbyt małą ilość wód płodowych) rozpoznajemy wówczas kiedy wód jest nie więcej jak 200 gr.

Macica przytem jest mniejsza od normalnej, ruchy płodu wyczuwa się b. dobrze, ale są one bolesne dla matki. Poród przedłuża się, bóle są złe i bardzo bolesne. Dzieci rodzą się chude i apatyczne, często wykazują wady rozwojowe.

Skóra jest sucha i twarda. Często też spotykają się taśmy amniotyczne.

Przyczyną omawianego stanu są jakoby kiła, alkoholizm, zapalenie śluzówki macicy z następowem zajęciem błon płodowych. *Taussig* sądzi, że oligamnios jest skutkiem martwicy nabłonka.

Znieczulenie lędźwiowe w ginekologji za pomocą perkainy. (La rachianesthésie a la percaine en gynécologie). C o l o m b J.

Gynécol. R. 30, Nr. VIII, str. 472, 1931.

Autor, narkotyzer prywatnego szpitala Saint-Michel w Paryżu dokonał 170 znieczuleń lędźwiowych perkainą i to tak w operacjach ginekologicznych (30), jak chirurgicznych (140). Stosował on metodę Howard Jones'a polegającą na wstrzykiwaniu do kanału mózgowo-rdzeniowego rozczynów perkainy bardzo rozcieńczonych (1:1500 do 1:2000) w wodzie z dodatkiem 0,5% soli. W ten sposób powstaje płyn o ciężarze gatunkowym (1.003) mniejszym od ciężaru gatunkowego płynu mózgowo-rdzeniowego (około 1.005, pomiędzy 1.003 — 1.009). Otóż jeżeli ten lekki płyn znieczulający wprowadzić do kanału rdzeniowego ostrożnie bez mieszania go z płynem mózgowo-rdzeniowym, to perkaina jako lżejsza przedostaje się do góry stanowiąc oddzielną warstwę, oczywista do czasu kiedy według praw osmozy przenikną te płyny przez się nawzajem. Stąd wniosek, że aby zadziałać na górny odcinek rdzenia, trzeba umieścić chorą w pozycji siedzącej, aby zadziałać na dolny — raczej w pozycji Trendelenburga, na przednie korzonki — ułożyć na plecach, na tylne — na brzuch.

Ponadto okazuje się, że zależnie od ilości wstrzykniętego płynu znieczulenie działa wyżej lub niżej. Autor podaje nawet następującą tabliczkę: wprowadzenie 20 cm³ znieczula aż do segmentu

					$D^2 — D^3$
„	17	„	„	„	$D^3 — D^4$
„	15	„	„	„	$D^5 — D^6$
„	13	„	„	„	$D^8 — D^{10}$
„	10	„	„	„	$D^{12} — L^2$
„	6	„	„	„	$L^4 — L^5$

A więc, aby uzyskać znieczulenie sięgające do przepony wystarczy wstrzyknąć 15 — 18 cm³, dla operacji ginekologicznych wystarczy 10 — 13 cm³ gdyż daje to znieczulenie do wysokości dwu palców ponad pępek; dawka 8 — 10 cm³ winna mieć zastosowanie w operacjach pochwowych.

Wyniki znieczulenia perkainą są bardzo dobre, osoba operowana zachowuje się spokojnie, nie wymiotuje; ciśnienie spada od 20 — 30 mm. Hg.; znieczulenie trwa od 1½ godz. do 2½ godz., a po niem przychodzi do zmniejszonego odczuwania bólów w ciągu mniejwięcej 5—6 godzin. Powikłania występujące po znieczuleniu są nieliczne: bóle głowy zdarzyły się w 5 przypadkach, zatrzymania moczu niekiedy występujące po operacji nie zależą od znieczulenia.

Kilka spostrzeżeń w sprawie gruźlicy i ciąży. (Quelques observations de tuberculose et grossesse). S t i a s s n i e J.

Leç. Clin. Tarnier. T. 7. 27, 1931.

Badając wpływ ciąży na gruźlicę pamiętać należy o rozmaitych postaciach tej ostatniej. Jedne z nich mają skłonność do wytwarzania zmian serowatych, inne — raczej do zmian włóknistych. Ponadto istnieje postać t. zw. dobrotliwa z nieznacznym zajęciem płuc i współistnieniem schorzenia opłucnej.

Ponadto należy brać pod uwagę, czy 1) pierwsze objawy stwierdzono dopiero w czasie ciąży; 2) czy też istniały one jeszcze przed ciążą, 3) czy znowu wystąpiły dopiero w połogu, uważając za takowy 6 mies. po porodzie.

Co się tyczy dziecka, to wiadomo, że jeśli oddzielić je od matki kaszlącej, to można wychować je zupełnie dobrze; pogląd o istnieniu wrodzonej gruźlicy, (zakażenie po przez łożysko) nie jest słuszny.

Z drugiej jednak strony, zdaniem autora, poród zawsze powoduje pogorszenie gruźlicy, bardziej wydatne w postaciach serowatych, mniej silne w postaciach włóknistych, ale tylko w przypadkach zajęcia opłucnej może nie być pogorszenia. Rokowanie jest zawsze poważne i wyleczenia oczekiwać można tylko po długiej kuracji sanatoryjnej.

Uwagi w sprawie anemji złośliwej w ciąży. (Considérations sur l'anémie pernicieuse de la femme enceinte). B r i n d e a u A.

Leç. clin. Tarnier. 6, Nr. 4, 1930.

Niedokrwistość złośliwa jest bardzo rzadka w ciąży; autor uważa, że podawana dawniej liczba 7 przypadków na 8.000 porodów jest zbyt wysoka. Czynnikami predysponującemi są częste porody, długotrwałe krwawienia, a może także wpływy klimatu i gleby (naprz. we Włoszech i w Szwajcarji przypadki te zdarzają się stosunkowo częściej).

Stosunek ciąży do niedokrwistości nie jest jeszcze ustalony — być może, że wpływa ona raczej pomyślnie na omawianą chorobę i że mamy do czynienia nie z „anemia graviditatis", ale z anaemia in graviditate". Pomimo to jednak biorąc pod uwagę niebezpieczeństwo schorzenia, lepiej jest we wczesnej ciąży wywołać sztuczne poronienie, w późnej — wyczekiwać.

Najczęściej anemja uwidacznia się dopiero w 7—8 mies. ciąży.

Leczenie polega na podawaniu wątroby. Ostateczne rozpoznanie opiera się na badaniu krwi, ale pamiętać należy, że obraz kliniczny czasem jest bardzo złudny, gdyż niekiedy na plan pierwszy wysuwa się wysoka gorączka i objawy żołądkowe.

Cięcie cesarskie w leczeniu łożyska przodującego. (La césarienne dans le traitement du placente praevia). D e s o u b r y J.

Leç. Clin. Tarnier. t. 6. 132, 1930.

W klinice Tarnier na ogólną ilość 7050 porodów wykonano cięcie cesarskie w 12 przypadkach z powodu łożyska przodującego.

W lekkich przypadkach najlepszą metodą jest przebicie pęcherza, należy go wyprobować w krwawieniach przy stojącym pęcherzu płodowym. Niestety, bynajmniej nie zawsze zabieg ten prowadzi do celu.

Tamponada daje 40% śmiertelności matek i 60 — 80% śmiertelności dzieci; ponadto daje ona dużą ilość powikłań w połogu.

Balon ma licznych stronników, ale i ta metoda nie jest całkowicie aseptyczna. Śmiertelność dzieci wynosi przy niej 20%.

Obrót Braxton-Hicks'a daje dobre wyniki dla matek (1 — 4% śmiertelności). Jest to metoda technicznie dość trudna.

Rozszerzenie ręczne ujścia zewnętrznego macicy, krwawienia nie zatrzyma, a połączone jest z poważnem niebezpieczeństwem pęknięcia szyjki i zakażenia.

Głównemi zaletami cięcia cesarskiego przy łożysku przodującem są: 1) omijamy rozszerzenie dolnego odcinka i połączonych z tem pęknięć; 2) możemy dokładniej obejrzeć miejsce usadowienia łożyska; 3) unikamy pęknięć macicy (przy trudnych obrotach); 4) śmiertelność dzieci spada do 10 — 17%. Śmiertelność matek wynosi przy tej metodzie 3,5%.

Cięcie cesarskie należy stosować tylko o ile ciąża zbliża się ku końcowi i o ile spodziewamy się uzyskać dziecko zdolne do życia. W wyjątkowych przypadkach, jeśli matce grozi przy zastosowaniu innej metody niebezpieczeństwo życia, można wykonać cięcie cesarskie nawet przy martwym płodzie. Jeśli pacjentka znajduje się w stanie anemji spowodowanej parokrotnemi krwawieniami, należy również rozwiązać ją cięciem cesarskim.

Oczywista, cięcie cesarskie raczej wskazane jest u pierwiastek z niepodatnym ujściem macicy, wtedy, kiedy u wieloródek prędzej można dać sobie radę innemi metodami. Ponadto względnemi wskazaniami do zastosowania w przypadkach przodującego łożyska cięcia cesarskiego, będą: zwężona miednica, pęknięcie szyjki, wypadnięcie barku, duże dziecko; stara pierwiastka, życzenie stanowcze żywego dziecka.

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

Nowe sposoby leczenia raka. (Un nouveau traitement pour le cancer). M a g i a n A. C.

Bull. Soc. Obstétr. Paris. T. 20, str. 316, 1931.

Autor twierdzi, że obok zwykłego leczenia operacyjnego i energją promienistą stosować należy u osób chorych na raka — zaszczepianie świeżego łożyska (najlepiej uzyskanego jałowo przy okazji cięcia cesarskiego), a w następstwie wspierać działanie wewnątrz wydzielnicze tego wszczepu przez injekcje raz na tydzień wyciągu świeżego łożyska i jajnika.

Wszczep łożyska uskutecznić można bądź w ranę pooperacyjną, bądź też przy raku części po-

chwowej macicy umieścić na owrzodzenie po oczyszczeniu jego powierzchni.

Z trzydziestu tak leczonych przypadków żyje po 5 latach 10 (a mianowicie 8 przyp. raka piersi, 2 przyp. raka macicy).

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Leczenie energiczne kiły pochodnemi bizmutu, rozpuszczalnemi w lipoidach. (Le traitement d'attaque de la syphilis par le bismuth lipo-soluble). A. Schwartz.
Presse Méd., 1931, N. 44.

Praca jest oparta na blisko dziesięcioletnim doświadczeniu autora w leczeniu kiły. W około 5.000 przypadków kiły wszystkich okresów i postaci stosowano tylko zastrzyki bizmutu rozpuszczalnego w lipoidach. Zestawiając własne wyniki leczenia i wyniki innych syfilodologów, autor nie może zrozumieć, dlaczego niektórzy praktycy stawiają wyżej preparaty arsenowe od bizmutowych, gdy chodzi o szybkie usunięcie wykwitów kiłowych, skoro różnica w czasie gojenia się wykwitów wynosi 3 do 4-ch dni. Biorąc pod uwagę stały wzrost ilości przypadków arseno-odpornych i pewne niebezpieczeństwo, na jakie naraża się chorego przez zastrzyk neosalvarsanu, lekiem stojącym na pierwszem miejscu w lecznictwie kiły powinien być bizmut rozpuszczalny w lipoidach. Jest to lek szybki i skuteczny. Neosalvarsan proponuje autor stosować w przypadkach wyjątkowych w których bizmut zawodzi.

Czy leki przeciwkiłowe bizmutowe i pochodne trójwartościowego arsenu są w stanie ostatecznie wyleczyć kiłę? (Les médicaments antisyphilitiques actuels bismuth et arsenic trivalent réalisent — ils la guérison définitive de la syphilis?). C. Levaditi i P. Lépine.
Presse med., 1931 N 51.

Liczne doświadczenia autora na królikach zakażonych kiłą, leczonych pochodnemi rozpuszczalnemi bizmutu a także arsenobenzolem — pozwalają autorowi wyciągnąć następujące wnioski:

gruczoły limfatyczne podkolanowe u królików kiłowych, zakażonych przez moszną — zawierają prawie zawsze czynne krętki; jeżeli te zwierzęta podda się seryjnemu leczeniu w dawkach dostatecznie wysokich bizmutem, rozpuszczalnym w lipoidach (Bivatol) nierozpuszczalnym (Trepol) lub arsenobenzolem, — to uzyskuje się nietylko wyleczenie i wyjałowienie bogatych w krętki kilaków, lecz zniszczenie wszystkich krętków, znajdujących się w układzie limfatycznym zwierzęcia. Jeżeli wyjałowienie gruczołów limfatycznych można przyjąć jako kryterjum wyjałowienia całego organizmu, to, według doświadczeń autora, przy pomocy pochodnych bizmutu, rozpuszczalnych w lipoidach w połączeniu z innemi pochodnemi bizmutu i arsenobenzolami lub bez pomocy tych dodatkowych leków można uzyskać całkowite wyleczenie doświadczalnej kiły u królika. Ponadto doświadczenia na myszach wykazały, że jeżeli zastosujemy energiczne leczenie powyższymi lekami nie później jak 14 dni po zakażeniu, to uchronimy myszy od wtargnięcia procesu chorobowego do centralnego systemu nerwowego. Autor odnosi wrażenie, że także u ludzi musi być kiła wyleczoną całkowicie przez odpowiednio wczesne leczenie pochodnemi bizmutu i arsenu.

Wpływ insuliny na owrzodziałe raki skóry. (L'action de l'insuline sur les cancers ulcérés de la peau). S. T. Gomes da Costa.
Presse Medic. 1931, N 84.

Pierwsze spostrzeżenia tyczące się wzrostu nowotworów w zależności od odżywiania poczynił *Rondoni*, który zauważył silny wzrost nowotworów u myszy po zastrzyku dożylnym cukru lub po zastosowaniu djety obfitującej w węglowodany.

Po szeregu doświadczeń wykazano następnie, że tkanka rakowa zużywa 70 razy więcej glukozy niż tkanka normalna. Zużycie nie polega na procesie utleniania lecz na odrębnym sposobie rozkładu glukozy. Aby zauważyć zmianę wzrostu nowotworu należało znacznie zmniejszyć glikemję bez równoczesnego obniżenia odżywienia organizmu, gdyż upośledzenie w odżywieniu samo przez się powoduje zmniejszenie wzrostu nowotworów. To zagadnienie rozstrzygnięto przy pomocy insulimy.

Wpływ insuliny stosowanej w zastrzykach na nowotwory zwierzęce badany był przez licznych autorów.

Autor wykonał szereg doświadczeń z insuliną stosowaną zewnętrznie miejscowo na 12 przypadkach złośliwych nowotworów u ludzi (carcinoma plano-cellulare, baso-cellulare i w rakach, wychodzących z gruczołów skóry). Stosowano początkowo insulinę Schering-Kahlbaum'a później insulinę Toronto, A — B i inne. Po wyjałowieniu owrzodziałych raków przy pomocy maści z rivanolem, kroplami bezpośrednio zwilżano całe dno owrzodzenia; po wyschnięciu dna pokrywano je suchym opatrunkiem jałowym, który następnie zwilżano jeszcze kilkoma kroplami insuliny. Zabieg taki powtarzano 2 razy dziennie. Przy pomocy tego leczenia uzyskano we wszystkich przypadkach szybkie zabliźnienie ogniska rakowego, nawet w przypadkach nawrotu po naświetlaniu promieniami X lub radem. Zabliźnianie trwało, naprzykład, w przypadkach owrzodzenia o wymiarach 5 × 2 cm. — 3 do 4-ch tygodni. Badania histologiczne skrawków tkanki w otoczeniu blizny i samej blizny wykazało w niektórych przypadkach znaczne zmniejszenie ilości tkanki nowotworowej, w niektórych zupełny jej brak. Autor uważa za przedwczesne twierdzenie, że insulina jest w stanie wyleczyć raki owrzodziałe skóry, doświadczenia powyższe powinny obudzić jednak, jego zdaniem, zainteresowanie. Autor jest w trakcie dalszych doświadczeń nad leczeniem raków skóry przy pomocy substancji o podobnych właściwościach do insuliny (ergotamina, synthalina, alkaloidy i t. d.).

Dr. Z Jastrzębska.

KRONIKA

Kurs dokształcający dla lekarzy, organizowany przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, odbędzie się w czasie od 3.IV do 16.IV 1932 r. przy współudziale profesorów i docentów Uniw. Warsz. Poza wykładami odbędą się również kursy seminaryjne z djagnostyki i terapji ważniejszych działów medycyny. Wszelkich informacyj udziela sekretarz Kursu dr. Mieczysław Czyżewski — Klinika Chirurgiczna, Nowogrodzka 59, tel. 664-70. Szczegółowy program zostanie podany do wiadomości w najbliższym czasie.

(—) *Prof. Dr. Wł. Szenajch.*

* * *

MIĘDZYNARODOWY KONGRES LEKARSKI W VICHY

Wyłączny temat: Kamica żółciowa.

Następujące referaty wygłoszone zostaną na posiedzeniach plenarnych Kongresu Międzynarodowego, który odbędzie się w VICHY od 19 do 22 września 1932 r. pod wysokim protektoratem Ministra Zdrowia Publicznego przy udziale 38 państw.

1-o. NASTĘPSTWA WYCIĘCIA WORECZKA ŻÓŁCIOWEGO

A. Klinika i patogeneza następstw usunięcia woreczka — Dr. *V. Donnet*, New York, Prof. *Mariano Castex*, Buenos Aires.
B. Objawy bólowe występujące po operacji woreczka żółciowego — prof. *Castaigne, Clermont-Ferrand.*
C. Wskazania do zabiegów operacyjnych — prof. *Gosset* i prof. *Petit-Dutaillis*, Paryż.
D. Lecznictwo ogólne i wodolecznictwo — prof. *Giraud*, Montpellier.
E. Djagnostyka rentgenologiczna — prof. *Beclere*, Paryż.

2-o. LECZENIE OGÓLNE I WODOLECZNICZE ZAPALENIA WORECZKA ŻÓŁCIOWEGO W KAMICY ŻÓŁCIOWEJ

A. Główne wskazania do drenowania woreczka żółciowego w kamicy żółciowej — prof. *Chiray*, Paryż i Dr. *Pavel*, Bukareszt.
B. Wskazania i przeciwskazania do stosowania środków żółciopędnych w kamicy żółciowej — prof. *Chabrol*, Paryż.
C. Leczenie zakażeń woreczka żółciowego — Prof. *Abrami*, Paryż.
D. Opieka przed- i pooperacyjna w kamicy — Prof. *Umber*, Paryż.
E. Działanie wód mineralnych — Prof. *Piery*, Lyon.
F. Fizjoterapja uśmierzająca w schorzeniach woreczka żółciowego — Dr. *Delherm* i Dr. *Dausset*, Paryż.

3-o. KAMICA WĄTROBOWA

A. Rola wątroby w patogenezie kamicy żółciowej — prof. *Fiessinger*, Paryż.
B. Żółtaczka w kamicy głównego przewodu żółciowego — prof. *Brule*, Paryż.
C. Zmiany wątroby w żółtaczce kamicowej — Prof. *Harvier*, Paryż.
D. Metody badania wątroby w żółtaczce kamicowej:
   a) metody chemiczne — Dr. *Dieryck*, Louvain;
   b) metody radjologiczne — Dr. *Gilbert*, Genewa.
E. Wskazania chirurgiczne w żółtaczce kamicowej — prof. *Gatellier*, Paryż.

BIURO KONGRESU:

Przewodniczący kongresu: prof. *P. Carnot.*
Przewodn. Sekcji Ogólnej: prof. *M. Loeper.*
„ „ Chirurg.: prof. *P. Duval.*
„ „ Terapeut. i Hydrolog.: prof. *M. Villaret.*
Przewodn. Sekcji Elektro-Rentgenolog. i Fizjoterapji: Dr. *Belot.*
Sekretarz główny: Dr. *Aimard.*
Zastępca sekretarza: Dr. *Glenard.*

Zgłoszenia uczestnictwa i wszelkie zapytania winny być kierowane do Sekretarjatu Kongresu: Paryż, 24, Bd. des Capucines, Paris.

* * *

Kurs teorji i praktyki z dziedziny radjologji, urządzony przez P. L. T. R. odbędzie się w Warszawie w czasie od dn. 20.VI do dn. 9.VII 1932 r.

Bliższych informacji udziela sekretarz P. L. T. R. dr. B. Kryński, Zielna 11, tel. 675-78.

III Zjazd P. L. T. R. odbędzie się dn. 4 — 5.V r. b. w Warszawie. Tematy główne:

1) Stosunek obrazu radjologicznego do obrazu klinicznego w gruźlicy płuc.
2) Mięsaki kostne w obrazie radjologicznym.
3) Promieniolecznictwo gruźlicy.
4) Radjotherapia chorób nerwowych.

Uprasza się o zgłaszanie tematów łączących się z tematami głównymi, lub też tematów dowolnych do dn. 15.III na ręce dr. B. Kryńskiego.

Sekretarz P. L. T. R.

* * *

Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego urządza kurs dokształcający dla lekarzy w czasie od 3 kwietnia 1932 r. do 16 kwietnia 1932 r.

Wykłady wraz z pokazami odbywać się będą w godzinach popołudniowych od godz. 15-ej do 20-ej. Godziny przedpołudniowe będą poświęcone specjalnym kursom t. zw. seminaryjnym, czysto praktycznym, z różnych działów medycyny.

Tematy wykładów, które ogółem obejmą 53 godziny, są następujące:

Prof. Dr. W. Orłowski — „Lues cardiovascularis", Doc. Dr. W. Filiński — „Leczenie chorób serca", Prof. Dr. M. Semerau-Siemianowski — „Klinika i leczenie zapaleń wsierdzia", Doc. Dr. Z. Górecki — „Patogeneza i klasyfikacja gruźlicy płuc", Dr. J. Grott — „Leczenie cukrzycy", Doc. Dr. L. Karwacki — „O bakterjofagach", Prof. Dr. K. Orzechowski — „Z pogranicza neurologji i innych działów medycyny praktycznej", Doc. Dr. S. Pieńkowski — „Kliniczne postacie zapaleń mózgu", Prof. Dr. M. Michałowicz — „Zasady odżywiania niemowląt", Prof. Dr. Wł. Szenajch — „O odrębnościach przemiany materji i odżywianiu dzieci starszych", Dr. H. Brokman — „O leczeniu krzywicy i tężyczki" i „O zapobieganiu i leczeniu choroby posurowiczej", Dr. R. Stankiewicz — „Powikłania grypy i ich leczenie", Doc. Dr. Marta Erlich — „Najważniejsze błędy w odżywianiu niemowląt", Prof. Dr. A. Leśniowski — „Kamica narządów moczowych", Prof. Dr. Z. Radliński — „Zapalenie szpiku kostnego", Doc. Dr. J. Mossakowski — „Leczenie cierpień chirurgicznych w cukrzycy", Doc. Dr. A. Wojciechowski —

„Nowoczesne leczenie zwichnięć i złamań", Doc. Dr. W. Łapiński — „Rozpoznawanie i leczenie wrodzonych zwichnięć biodra", Doc. Dr. J. Zaorski — „Rozpoznawanie i leczenie ostrej niedrożności jelit", Doc. Dr. Br. Szerszyński — Rozpoznawanie i leczenie gruźlicy nerek", Doc. Dr. K. Kaczyński — „Schorzenia chirurgiczne sutka", Doc. Dr. A. Elektorowicz — „Djagnostyka rentgenologiczna chorób płucnych", Doc. Dr. M. Grzybowski — „Zasady ogólne leczenia chorób skóry", Doc. Dr. St. Kapuściński — „Współczesny stan leczenia kiły", Prof. Dr. L. Hirszfeld — „O istocie odczynów serologicznych", Doc. Dr. H. Sparow — „O szczepieniach ochronnych przeciwbłoniczych", Doc. Dr. W. Melanowski — „Objawy oczne i ich znaczenie dla rozpoznawania i rokowania w chorobach układu krążenia", Prof. Dr. A. Czyżewicz — „Rola lekarza w prowadzeniu porodu", Doc. Dr. Z. Monsiorski — „O mięśniakach macicy", Doc. Dr. L. Lorentowicz — „Istota i leczenie nadżerek części pochwowej macicy", i „Leczenie szczepionkami w ginekologji", Doc. Dr. H. Gromadzki — „Diagnostyka i leczenie ciąży zamacicznej", Doc. Dr. H. Beck — „Krwotoki w III okresie porodu i po porodzie".

Kursy seminaryjne będą dotyczyły następujących działów medycyny:

„Kurs odmy sztucznej — Dr. Janina Misiewicz, „Zwichnięcia i złamania" — Doc. Dr. A. Wojciechowski, „Terapja i klinika cierpień chirurgicznych narządów moczowych" — Doc. Dr. Br. Szerszyński, „Teorja i technika przetaczania krwi" — i „Ambulatorjum chirurgiczne (II Klinika Chirurgiczna)" — Doc. Dr. J. Rutkowski, „Chirurgja nagłych przypadków (Dyżury w I Klinice Chirurgicznej") — Doc. J. Mosakowski i Dr. J. Perzyński, „Ginekologja w praktyce ambulatoryjnej" — Dr. H. Wójcicki, „Operacje położnicze na fantomie" — Doc. Dr. H. Beck, „Djagnostyka położnicza" — Dr. T. Zawodziński, „Leczenie rzeżączki przewlekłej i uretroskopja" — Doc. Dr. M. Grzybowski, „Z kliniki noworodków" — Doc. Dr. Marta Ehrlich, „Wybrane rozdziały z kliniki niemowląt" — Dr. Dr. R. Barański, S. Popowski i M. Wierzbowska.

Każdy uczestnik opłaca kurs wykładowo-pokazowy w wysokości 50 zł. (poprzednio 75 zł.). Co się zaś tyczy kursów seminaryjnych, to opłatę wnosić należy za każdy kurs oddzielnie, licząc za kurs 6-cio godzinny — 12 zł., za 8-io godzinny — 16 zł., za 12-sto godzinny — 24 zł.

Rozkład godzin pracy na kursach będzie tak ułożony, aby każdy z uczestników mógł wziąć udział przynajmniej w 2-ch kursach. Liczba uczestników na poszczególnych kursach seminaryjnych jest ograniczona, najniższa liczba wynosi 6 osób, najwyższa — 10.

Zgłoszenia na Kurs dokształcający i na poszczególne kursy seminaryjne będą przyjmowane do 20.III.1932 r. Pożądane są jaknajwcześniejsze zgłoszenia kandydatów na Kurs ze względów organizacyjnych.

Wszelkich informacyj udziela i przyjmuje zgłoszenia na Kurs sekretarz Kursu Dr. M. Czyżewski — I Klinika Chirurgiczna, Nowogrodzka 59, tel. 664-70.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE

Leczenie krwotoków żołądkowych przez założenie na stałe zgłębnika żołądkowego. Cienką rurkę gumową, grubości cewnika Nélatona i tak jak ten cewnik zakończoną, wprowadza się przez nos do żołądka, wypłókuje się kilkakrotnie skrzepy krwawe i zwykle kwaśną wybitnie treść żołądkową i, następnie, zanurza się koniec zewnętrzny rurki gumowej do naczynia z wodą, która działa wówczas, jak syfon, aspirując stale płyn z żołądka. Rurkę tę pozostawia się na 3 — 4 dni, w czasie których można wprowadzać przez nią do żołądka płyny przeciwkrwotoczne, względnie roztwory wodne białka lub żelatyny — w celu łagodzenia pragnienia. Od czwartego dnia począwszy wprowadza się ową rurkę głębiej, do dwunastnicy, i odżywia się chorego z pominięciem żołądka, stwarzając w ten sposób pomyślne warunki dla gojenia się wrzodu. Wyniki, osiągnięte tym sposobem, były bardzo dobre.

(Paris Médical N. 46, 1931).

M.

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.	1/2 str.	1/4 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 VI WARSZAWA 1932 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

PRACE ORYGINALNE

Z 2-go oddziału wewnętrznego szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie.

Ordynator: DOC. ZD. MICHALSKI.

Wpływ niektórych środków roślinnych na przebieg gruźlicy doświadczalnej i klinicznej[1])

DR. H. SKWARCZEWSKA I DR. J. MAY.

Gruźlica płuc, jako choroba w wielkim stopniu trapiąca ludzkość jest ciągłym objektem badań doświadczalnych, zarówno lekarzy, jak i coraz bardziej rozmnażających się w naszym kraju znachorów, wreszcie poszczególnych chorych na sobie.

Typową metodą leczniczą gruźlicy stosowaną przez znachorów jest kuracja ziołowa, w istocie rzeczy będąca przedewszystkiem kuracją tuczącą, gdyż przy zalecanem spożywaniu znacznej ilości miodu, tranu, masła, kumysu zioła są raczej czynnikiem wpływającym na psychikę chorego.

Lekarz oceniający należycie wpływ medycyny ludowej na rozwój historyczny naszej farmakognozji, nie odrzuci bezkrytycznie środków ludowych, raczej podda je doświadczeniu w nauce tak *par excellance* doświadczalnej, jaką jest terapja.

Stojąc na tem stanowisku, jak również chcąc wyzyskać rodzime środki roślinne, wybraliśmy kilka z bardziej polecanych w gruźlicy płuc, poddając je niżej omówionym doświadczeniom. Koniec wieku ubiegłego i początek bieżącego odznaczyły się masowem rzuceniem do terapji środków syntetycznych chemicznych. I właśnie teraz może jako odruch samoobrony zaznacza się wśród lekarzy powrót do środków roślinnych, w którym przoduje Francja.

Leclerc mówi: „Przyroda posypała ziemię obficie roślinami dla leczenia chorób śmiertelnych i uzbroiła człowieka w przewód pokarmowy dla przyswajania soków tych roślin".

[1]) Praca odznaczona na tegorocznym Konkursie „Wiedzy".

Obecnie są czynione próby modyfikacji sposobów podawania różnych ziół, a więc w formie sproszkowanej, dotąd u nas mało stosowanej, jako wyciągi ze świeżych ziół, produkowane również przez niektóre firmy polskie. Poza nielicznemi ziołami z grupy nasercowych i moczopędnych, ocena działania poszczególnych ziół nie jest ujęta przez dokładne doświadczenia. Porównajmy ilość prac doświadczalnych nad lekami syntetycznemi, opoterapeutycznemi a roślinnemi. Nie powinniśmy się zniechęcać różnemi zdaniami autorów odnośnie do działania pewnych środków roślinnych, co właśnie świadczy o niedostatecznem zbadaniu ich własności. Medycyna ludowa stąpa po omacku *(Biegański)*, nie oparta na doświadczeniu naukowem, jedynie na wieloletniem, może wielowiekowem doświadczeniu i obserwacji zwierząt, instynktownie umiejących sobie radzić w chorobie. Przy porównaniu środków roślinnych o zupełnie podobnym składzie chemicznym stajemy niejednokrotnie wobec faktu, pozornie niejasnego, wielkiej różnicy w działaniu takowych (np. ślaz i żywokost). Mając w pamięci skład chemiczny nie powinniśmy pominąć ważności budowy drobinowej środków organicznych, katalizy, odczynu i t. zw. energji życiowej w/g *Stokvis'a*. Poza składnikami ogólnie znanemi zawierają rośliny jeszcze inne o składzie i znaczeniu, jak dotąd, tajemniczym: krzemionki, garbniki, antocjany, karotyny, saponiny, olejki eteryczne. Właśnie te rozważania skłoniły nas do wyboru ziół li tylko na zasadzie ich popularności bez wglądania w podawany skład chemiczny. Należy zaznaczyć, że do leków ludowych nie wchodzą zioła o działaniu gwałtownem, trującem. Jeśli chodzi o leczenie ziołami przy zupełnym braku środków na choroby zakaźne, pierwszeństwo mają choroby przewlekłe przemiany materji, choroby wywołane gwałtownemi zmianami warunków atmosferycznych, rany, wrzody, grzechy djetetyczne. Prof. *Dragendorf* w swem dziele *„Die Heilpflanzen der verschiedenen Völker und Zeiten 1898"* podaje ponad 12 tys. ziół, mających zastosowanie gospodarczo-lecznicze. Według innych autorów ilość ziół pożytecznych jest jeszcze większa. W Polsce istnieje szereg poważnych podręczników z zakresu ziołolecznictwa, pisanych głównie przez przedstawicieli farmacji *(Biegański, Muszyński)*.

Jeśli chodzi o sposób podawania ziół zazwyczaj są używane mieszanki, zalecane jako takie ze względu na synergizm działania, również jako uzupełniające się pod względem zapachu, smaku, stanu koloidalnego. Chcąc przeprowadzić nasze doświadczenia racjonalnie i opracować wskazania lecznicze danych ziół, podawaliśmy je pojedyńczo, jednocześnie wypróbowując ich działanie na świnkach zakażonych gruźlicą.

Skład chemiczny jest nieokreślony, jako części składowe są podawane:

Biegański.	*de Verdmon.*	*Muszyński.*
	1. Tussilago farfara — Podbiał.	
gorycz, dużo ślazu	garbnik żelazisto-zieleniejący, mangan, śluz, gorzknik wyciągowy, Ca, S.	farfaryna, śluz, garbniki, sole manganu
	2. Achillae Millefolium — Krwawnik.	
olejek lotny błękitny, achilleina, kwas akonitowy	olejek lotny, guma, gorzknik, żywica, siarka	achilleina, garbnik, olejek eteryczny
	3. Hypericum perforatum — Dziurawiec.	
	olejek lotny, śluz, gumy, żywice, białko, hypericina	flawony, karotyny, żywice i garbniki
	4. Polygonum aviculare — Rdest ptasi.	
	białko indygowe, fosforan potasu i wapnia, guma, mączka, kwas garbnikowy	antrachinony, garbnik, flawony, krzemionka
	5. Equisetum arvense — Skrzyp.	
krzemionka, sole mineralne, gorzknik wyciągowy	kwas korzenny, potas, wapń, gorzknik wyciągowy	

Biegański.	*de Verdmon.*	*Muszyński.*
	6. Galeopsidis — Koci pysk.	
gorzknik żywiczny, guma, śluz	niedokwas żelaza, guma, sole wapnia, tłuszcze	
	7. Ledum palustrae — Bagno.	
	olejek eteryczny, kwas ledatinowy.	

Marchew wzięliśmy do doświadczeń jako środek roślinny obfitujący w karotyny, ciała zbliżonego bądź co bądź do cholesteryny. Na ludzi tego doświadczenia nie przenieśliśmy ze względów trudności technicznych.

Doświadczenia na świnkach.

Etap 1. Celem sprawdzenia „jadalności" ziół, umieściwszy świnki po dwie w klatce, odżywialiśmy je wyłącznie, codzień odważaną porcją ziół, w ilości 30 gr. na klatkę (w tym okresie były bez podściółki). Cztery świnki kontrolne były żywione przez cały czas jednakowo, a mianowicie owsem, marchwią, sianem. Z wyjątkiem bagna i dziurawca, inne zioła były zjadane chętnie.

Podczas tego okresu, wyłącznie ziołowego, wszystkie świnki schudły od 9 — do 70 gr., co w zależności od wagi wyniosło od 4 — 19%. Świnki odżywiane marchwią schudły nieco mniej 2 — 3%.

W drugim etapie podawaliśmy dobrze zmieszane zioła z owsem i siano w ilości 20 — 30 gr. ziół, oraz 50 — 70 gr. owsa na klatkę dziennie. W tym okresie, wynoszącym 6 lub 12 dni wszystkie świnki przybywały na wadze (były ważone co 2 dni).

Świnki zakażono jednego dnia 4-o tygodniową hodowlą gruźlicy na ziemniaku, otrzymaną z Państwowego Zakładu Higjeny. Począwszy od 9 dnia od chwili zakażenia wszystkie świnki zaczęły chudnąć z wyjątkiem tych, które były na marchwi. Te ostatnie zaczęły chudnąć w 14 dni po zakażeniu.

Pierwsza świnka padła w 2 dni po zakażeniu, na sekcji stwierdzono przebicie jelita grubego, reszta, to znaczy dziewiętnaście od 21 — 45 dni. Badania sekcyjne wykazały zmiany prosówkowe w sieci, wątrobie, śledzionie, czasem zmiany skąpe w nerkach i jajnikach, w kilku przypadkach stwierdzono duże nacieki z masami serowatemi w miejscach zakażenia.

W n i o s k i.

Świnki leczone: a) żyły krócej niż kontrolne,
b) zginęły przy zmianach stosunkowo małych, co świadczy o złośliwości szczepu i złośliwości przebiegu zakażenia.

Ten całkowicie ujemny wpływ ziół na przebieg zakażenia gruźliczego u morskich świnek, nie przeczy możliwości wywierania dodatniego wpływu na przebiegającą *a priori* przewlekle gruźlicę ludzi. Wiadomo bowiem, że środki przyśpieszające zejście świnek gruźliczych, przez swe działania drażniące, jak tuberkulina lub lecytyna, na przebieg gruźlicy ludzkiej mogą działać dodatnio.

Doświadczenia na chorych.

Jednocześnie przystąpiliśmy do podawania wyżej wspomnianych ziół chorym. Firma Krogulecki uprzejmie zgodziła się na przygotowanie proszków z ziół sproszkowanych na wzór firmy niemieckiej Philipsburg-Baden. Forma ta ma tę przewagę nad naparami, iż pozwala na podanie całkowitego składu danych ziół, a mianowicie tłuszczy roślinnych i innych części nierozpuszczalnych w wodzie, również nie ulega tak szybko rozkładowi. Jednocześnie jednak mogliśmy stwierdzić fakt, że odwary bardziej wzmagają sokotok i łaknienie. Ogółem w obserwacji mieliśmy 20 chorych.

Z tej ilości brały

tussilago farfara	— 5
equisetum arvense	— 2
ledum palustrae	— 2
achillae milefolium	— 3
hypericum perforatum	— 3
galeopsidis	— 2
polygonum aviculare	— 3

Wszystkie chore podlegały systematycznemu badaniu klinicznemu, były prze-

Zestawienie w tablicy świnek morskich poddanych doświadczeniu.

Zioła	Waga początkowa	Waga po 3 dniach na sam. ziołach	Dieta miesz. zioła+owies 6—12 dni	Waga najwyższa	Waga końcowa	Padła ilość dni po zakażeniu	Wynik sekcji
Rdest	370	320 13%	340	378	360	24	Nieliczne ogniska gruźlicze serowate w wątrobie, naciek w miejscu zakażenia.
	490	430 12%	480	500	475	24	Nieliczne ogniska w wątrobie śledzionie.
Bagno	475	530 7,8%	555	555	550	28	Ogniska gruźlicze w śledzionie, wątrobie.
	250	225 10%	270	300	295	28	Ogniska gruźlicze w śledzionie, wątrobie, naciek w miejscu zakaż.
Dziurawiec	460	390 15%	410	420	415	22	Ogniska gruźlicze w przeponie, sieci, wątrobie, nerkach.
	270	220 18%	230	265	250	22	Ogniska gruźlicze w otrzewn., nerkach, sieci.
Kocí pysk	507	440 13%	520	545	545	24	Ogniska gruźlicze w sieci, śledzionie.
	275	255 7%	290	315	285	22	Ogniska gruźlicze w wątrobie, śledzionie, nerce, jądrach.
Podbiał	310	280 9%	375	375	350	21	Ogniska gruźlicze w wątrobie, sieci.
	319	295 8%	400	415	385	22	Ogniska gruźlicze w wątrobie, śledzionie, sieci.
Krwawnik	472	415 12%	475	485	295	31	Ogniska gruźlicze w wątrobie, śledzionie.
	352	298 15%	455	455	400	23	Ogniska gruźlicze w sieci, śledzionie, torebce nerki prawej.
Skrzyp	409	372 9%				2	Perforacja jelita grubego.
	329	317 4%	415	450	445	27	Ogniska gruźlicze w sieci, śledzionie.
Marchew	314	305 3%	405	410	250	28	Ogniska gruźlicze w wątrobie, śledzionie, sieci.
	344	337 2%	420	440	265	28	Ogniska gruźlicze w wątrobie, śledzionie, sieci, prawej nerce i jajnikach.
Kontrola	350	364 4%	400	400	305	27	Ogniska gruźlicze w sieci, w wątrobie bardzo liczne.
	405	425 9,8%	465	460	360	40	Ogniska gruźlicze w wątrobie, śledzionie, sieci.
	220			260	210	45	Ogniska gruźlicze w wątrobie, śledzionie.
	390			440	300	28	Ogniska gruźlicze w sieci, śledzionie, wątrobie, torebce nerki prawej.

Zoświadczeniu.

Chora lat	Rozpoznanie	ny c	Wpływ zaobserw. na inne objawy: temp., obj. subjekt.	Jednoczesne leczenie zasadnicze
S. S. 17	Phtisis destructiva pulm. dext. K+			XII Inj. stib. 1%—3,
S. R. 28	Phtisis fibro-caseosa praecipue fibrosa pulm. utriusque progr. K+	nia	Stan podgorączkowy	
Z. S. 26	Tbc fibro-caseosa bilat. progr. chr. K+			
B. C. 23	Phtisis caseoso-cavernosa pulm. utriusque progr. K+			Zmarła 12.XI
A. J. 34	Pleuritis exs. bilat. t.b.c. incip. pulm. K+			Natri salicylici
Z. L. 21	T.b.c. fibro-caseosa praecipue caseosa pulm. utriusque K+			
H. F. 35	Phtisis declar. bilat. progr. subacuta K+		Poty mniejsze	V inj. allochr. V inj. stib.
M. R. 22	T.b.c. caseosa lob. sup. pulm. sin K—			Pneumothorax sin
Z. W. 36	Phtisis fibro-caseosa praecipue fibrosa pulm. sin. cum pleuritide exsud. K—		Stan bezgorączkowy	
N. S. 17	Phtisis caseoso-cavernosa pulm. dext. et fibro-caseosa pulm. sin. progr. subac. K+			Inj. stib.
M. R.	Phtisis fibro-caseosa bilat. progr. chr. K+		Bez zmiany	Inj. camphorae
J. Z. 19	Phtisis caseoso-cavernosa bilat. progred. K+		Pogorszenie	Inj. camphorae Inj. pantoponi
J. P. 28	Phtisis fibro-caseosa bilat. progr. Lues III		Samopoczucie lepsze poty mniejsze	XV inj. hydr. bichl. corr.
E. F. 28	T.b.c. fibro-caseosa praecipue fibr. bilatr K+	ne	Nie pluje nie kaszle, nie poci się temperatura obniżyła się około 2 stopni, silna zgaga, zwłaszcza po odwarze	
M. M. 39	Phtisis fibro-caseosa progr. bilat. T.b.c. coeci K+		Osłabienie, wymioty, bóle brzucha	
J. B. 32	Phtisis caseoso-cavernosa bilat. progr. K+		Silna zgaga	
H. K. 27	Phtisis caseosa-cavern. sin fibro-caseosa dext. progr. Lues III K+			Pneumothorax sin Bismuthoidol
J. B. 27	Phtisis fibro-caseosa bilat. progr. K—	T fa		
C. M. 16	Phtisis caseoso-cavernosa sin. fibro-caseosa dext. progr. K+	ie-	Apetyt dobry, kaszle mniej	
P. 28	T.b.c. fibro-caseosa bilat, t.b.c. coeci		Bóle brzucha, wymioty, biegunki, osłabienie	

świetlane ewent. fotografowane rentgenologicznie, ważone co tydzień, a w przebiegu kuracji conajmniej dwukrotnie miały określany odczyn Biernackiego, metodą Westergreen'a.

Po zużyciu proszków, których w tej postaci apteka szpitalna nie mogła nam przygotować, niektóre chore dostawały w dalszym ciągu odwary. Maksymalny czas obserwacji wynosił 2 miesiące, w tym czasie w miarę możności unikaliśmy podawania narkotyków i innych środków leczniczych.

Zestawiając wyniki kliniczne możemy powiedzieć, że:

1) wszystkie wyżej wymienione zioła są nieszkodliwe, nawet przy dłuższem stosowaniu nie powodują wyraźnych podmiotowych zaburzeń. Jedynie po podawaniu krwawnika i podbiału, zwłaszcza w odwarach występowały czasem objawy nadkwaśności, co można zaliczyć do cech dodatnich, gdyż gruźlica przeważnie przebiega z niedokwaśnością.

2) Na dolegliwości u gruźlików pospolite, jak kaszel, gorączka, poty, wyraźnego wpływu nie stwierdziliśmy;

3) Poprawa fizykalna w przypadkach:
podbiał — 1
skrzyp — 1

4) Waga wzrosła w 55%.

5) Poprawa odczynu Biernackiego w 70%.

Ogólną poprawę pod każdym względem to znaczy wagi, temperatury, odczynu Biernackiego, zmian fizykalnych osiągnęliśmy tylko w 2 przypadkach wyżej wspomnianych, co daje w sumie 10% poprawy (stan jednej z nich przed podawaniem podbiału ulegał pogorszeniu).

Reasumując wyniki:

a. gruźlicę doświadczalną u świnek podawanie wyżej wymienionych ziół wyraźnie obostrza,

b. pewien dodatni wpływ na ciężką gruźlicę płucną w nielicznych przypadkach nie da się zaprzeczyć.

Ujmując rzecz praktycznie w cierpieniu tak pospolitem i długotrwałem, jak suchoty płucne, każdy środek mogący wpłynąć korzystnie, nie będąc nadto przykrym dla chorego ma swoją cenę. W naszych badaniach najlepsze wyniki dały podbiał, skrzyp i krwawnik.

Jeśli chodzi o podbiał to znaleźliśmy adnotację w polskiej, wprawdzie tłumaczonej, terapji z 1737 r. *Alexego Pedemontana*, polecający go jako lek skuteczny w suchotach płucnych. Za pożyczenie tej książki w imieniu oddziału pozwalamy sobie podziękować prof. Weil'owi.

Skrzyp posiada największą zawartość kwasu krzemowego (według Parnasa). Jak wiadomo kwas krzemowy podlegał licznym badaniom w tym kierunku:

Cobert 1901, Hugo Szulc 1902, Zickgraf 1908, Kohle 1914, Kühn 1920, Kesseler 1920 i Helwig 1921 [1]).

Autorzy ci przypisują kwasowi krzemowemu zdolność pobudzania tkanek ustroju do włóknienia z jednej strony, z drugiej zaś wzmagania ilości leukocytów wielojądrowych. Skrzyp, jak wiadomo stanowi *panaceum* ludowe na wszystkie choroby, do raka włącznie. Co do innych stosowanych przez nas ziół, ściślejszych informacyj podać nie możemy.

Obecnie na podstawie tych krótkich badań, które może są wyjątkiem co do metodyki, uważalibyśmy za możliwe stosowanie w suchotach płucnych mieszanki z podbiału, skrzypu i krwawnika w formie proszków lub odwarów, jako środek nieszkodliwy, a pomocniczy.

Dotychczasowa psychologja chorego nie godzi się na całkowitą abstynencję od leków. Środki wymienione są tanie, łatwo dostępne, a wiadomem nam jest, że cytowana niemiecka firma ma niezmiernie szeroki zbyt w naszym kraju. W skład ich proszków przeciwgruźliczych wchodzą: skrzyp, rdest, koci pysk, z nich według naszych wyników zasługuje na wyróżnienie tylko skrzyp.

Na końcu wyrażamy przypuszczenie, że następne próby mogłyby dać lepsze wyniki, gdyż obecnie moglibyśmy bardziej szczęśliwie dobierać do poszczególnych ziół przypadki. Z drugiej strony gruźlica jako choroba przewlekła wymaga długotrwałego leczenia, co się daje z trudnością przeprowadzić w szpitalu. Ostatni moment obciążający — jest to niezmiernie ciężki, prawie beznadziejny, materjał szpitalny.

Piśmiennictwa szerzej w stosunku do naszego zadania uwzględnić nie mogliśmy, ze względu na brak w piśmiennictwie tego rodzaju badań.

---

[1]) Cytowane według Chemistry of Tuberculosis, — Long, L. de Witt, Wells, Baltimore 1923.

HÉMOPLASE Lumière

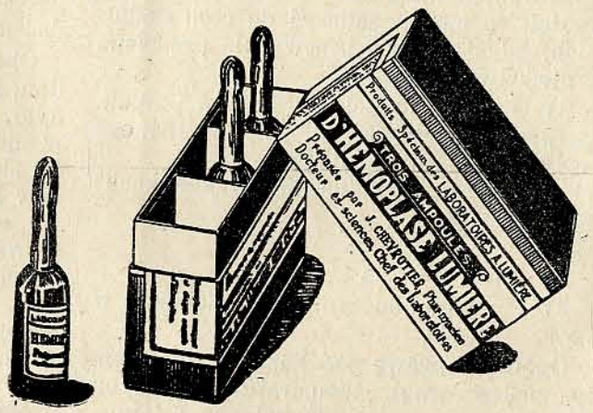
CAŁKOWITY WYCIĄG Z KRWI BARANIEJ,
ZWIERZĄT NAJBARDZIEJ ODPORNYCH NA GRUŹLICĘ.

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** wzbogaceniu 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. i á 5 cc.; Niezawodny, nawet (Domięśniowo) w orzypadkach **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 DRAGÉS.
DAWKOWANIE: 6 — 10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÈMOPLASE GRANULE. 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. NASIEROWKSI Warszawa, ul. Kaliska 9, tel. 924-39, 930-42
Próby i literatura na żądanie WPP. lekarzy.

I Oddział Chirurgiczny I Szpitala Okręgowego im. Marszałka Józefa Piłsudskiego.
Kierownik oddziału Docent Dr. A. Wojciechowski.

PODAŁ
DR. M. LEOSZKO.

Kilka słów o diatermji i jej wskazaniach w chirurgji.

Diatermja jest to zabieg polegający na wytwarzaniu ciepła wewnątrz naszych tkanek pod wpływem doprowadzanego przy pomocy elektrod szybkozmiennego prądu elektrycznego o wysokiej częstotliwości (od 10 do 20 tysięcy iskier na sekundę), o wysokiem napięciu (od 1.500 do 2.000 volt).

Tkanki nasze wprowadzone w obwód takiego prądu odgrywają rolę oporu i jak każdy opór w obwodzie prądu nagrzewają się pod wpływem wytwarzanego ciepła (ciepło Joule'a) bez żadnych objawów podrażnienia.

W diatermji mamy do czynienia nie z pośrednim przegrzewaniem tkanek za pomocą gotowego ciepła, lecz z bezpośredniem przeistaczaniem się w samych tkankach, jako oporze, energji elektrycznej w energję cieplną.

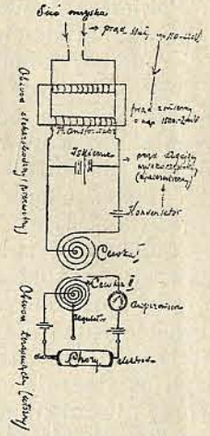
Ciepło w tkankach wytwarza każdy prąd elektryczny przepływający przez nie. W praktyce używamy tylko prądów szybkozmiennych o wysokiem napięciu a to z powodu, że:

1) prądy stałe o niskim napięciu i natężeniu wywołują w ustroju różne objawy nieprzyjemne a nawet szkodliwe np.: podrażnienie nerwów czuciowych, chemiczne zmiany w tkankach i t. p.;

2) ilość ciepła powstającego przy użyciu tych prądów jest tak znikomo mała, że nie może wchodzić w rachubę, jako czynnik leczniczy. Prądy szybkozmienne o wysokim napięciu drażniącego i chemicznego działania prawie zupełnie nie mają, a odwrotnie wytwarzają w naszych tkankach wielkie ilości ciepła, które wykorzystujemy w celach leczniczych. Wysokie napięcie tego prądu wskutek swej szybkiej zmienności staje się dla ustroju nieszkodliwe.

Historja diatermji jest związana w fizyce z historją prądów wysoko-częstotliwych. Wykrył je inżynier *Nikola Tesla* w 1890 r., w 1892 r. fizjolog francuski *d'Arsonval* pierwszy polecił zastosować je w lecznictwie a w 1898 r. *Zeynek* na podstawie swoich doświadczeń z prądami wysokoczęstotliwemi wyraźnie i stanowczo wypowiedział się za stosowaniem tego ciepła w lecznictwie, w 1905 r. po raz pierwszy podał on dobre wyniki stosowania tego rodzaju ciepła w leczeniu zapalenia stawu napięstkowego na tle gonokokowem. Od tego czasu datują się wszelkie ulepszenia i udoskonalenia w stosowaniu tej metody leczniczej.

Schemat doprowadzenia prądu wysokoczęstotliwego z przyrządu diatermicznego do naszego ciała przedstawia się następująco (rys. 1).



Rys. 1. Schemat przebiegu prądu djatermicznego.

W przyrządzie diatermicznym mamy dwa obwody prądu elektrycznego: obwód pierwotny elektrobodźczy i obwód wtórny terapeutyczny.

Z sieci elektrycznej miejskiej doprowadzamy prąd o napięciu 110 — 220 V. do transformatora, który przy pomocy układu cewkowego wytwarza prąd indukcyjny o napięciu 1500 — 2000 V. niskoczęstotliwy. Przy pomocy specjalnie urządzonego

iskiernika i kondensatora prąd nizkoczęstotliwy przetwarza się w prąd drgający, w prąd wysokoczęstotliwy. Prąd wysokoczęstotliwy I-go obwodu przy pomocy samoindukcji powstaje również w drugim obwodzie, skąd doprowadzany jest do chorego. W obwodzie II leczniczym mamy włączony amperomierz oraz przyrządy regulujące natężenie prądu.

Jedną z najbardziej ciekawych cech prądu diatermicznego jest brak jego działania drażniącego na nerwy czuciowe i ruchowe, co objaśnia się tylko wysoką częstotliwością tego prądu.

Jakie procesy elektryczne powstające w komórkach powodują brak tego drażniącego działania prądu na nerwy, tego jeszcze nikt nie dowiódł, są tylko hypotezy.

Według teorji *Nernsta* prąd stały rozszczepia w roztworach cząstki chemiczne na jony, które wędrują do bieguna dodatniego względnie ujemnego.

Wędrówka tych jonów odbywa się w różnych roztworach z różną szybkością. Wskutek tej różnicy szybkości przesuwania się jonów wytwarzają się na pograniczu dwóch roztworów znaczne różnice nasycenia roztworu. Ponieważ tkanki ludzkie posiadają dwa płynne środowiska: plazmę komórkową i ciecz międzykomórkową, więc prąd stały na pograniczu tych cieczy ustrojowych wywołuje różnicę nasycenia. Te różnice nasycenia roztworów oraz różna szybkość jonizacji roztworów są źródłem fizjologicznego podrażnienia nerwów i mięśni przy prądzie stałym.

Prąd szybkozmienny roztworów nie jonizuje gdyż zawrotna szybkość zmian kierunku tego prądu sprawia to, że zmiany wywołane w cząstce jedną półfalą zobojętniają się przeciwnym działaniem następnej półfali, czyli ostatecznie cząsteczki zostają w roztworze niezmienione, zagęszczenie cieczy ustrojowych nie ulega zmianie, a zatem fizjologicznego podrażnienia mięśni i nerwów nie mamy.

Miejscowe działanie diatermji polega na: 1) ogrzewaniu tkanek, 2) wywołaniu przekrwienia, 3) uśmierzaniu bólu, 4) potęgowaniu zdolności wchłaniania oraz 5) na działaniu bakterjobójczem.

Nagrzewanie tkanek zależy oprócz siły prądu i wielkości elektrod jeszcze od dwóch bardzo ważnych czynników: od oporu tkanek i stopnia unaczynienia.

Ciało ludzkie nie jest przewodnikiem jednorodnym lecz składa się z rozmaitego rodzaju tkanek o rozmaitym oporze elektrycznym. Więc i nagrzewanie ciała nie jest równomierne. Biorąc opór ½% roczynu soli kuchennej przy 18° C. za 1, opór właściwy dla różnych tkanek ludzkich według badań *Wildermutha* wynosi:

tkanki tłuszczowej	19,3
mózgu	5,5
płuca	3,5
wątroby	2,8—3
skóry	2,5—3
mięśni	1,2—1,5

Nagrzewanie tkanek zależne jest również od sposobu ułożenia elektrod na naszym ciele. Doświadczenie poucza, iż przy umieszczeniu elektrod na powierzchniach sobie przeciwległych (diatermia poprzeczna) najwięcej nagrzewa się skóra, następnie kości, potem tkanka tłuszczowa, tkanka nerwowa i wreszcie mięśnie. Przy przegrzewaniu podłużnem, kiedy elektrody umieszczone są na tej samej powierzchni, a tylko oddalone są od siebie, stosunki są odwrotne: najwięcej nagrzewają się mięśnie najmniej skóra. Doświadczenia *Grunspau* i *Levère'a* wykazały, że skóra znosi nagrzewanie do 40,5° C. powyżej tej temperatury występują nieprzyjemne objawy parzenia. Śluzówka cewki według doświadczeń *Santos'a* znosi temperaturę 45° C. w ciągu godziny. Dane co do temperatury w leczniczem zastosowaniu diatermji przedstawiają się nieco inaczej, bowiem przegrzewanie zależne jest również od przebiegu naczyń oraz od ustawienia kończyn przy ich nagrzewaniu.

Przy przegrzewaniu kończyn diatermją w kierunku podłużnym po stronie zgięcia kończyn występuje zawsze silniejsze nagrzanie, a to dlatego, że po stronie zgięcia przebiegają duże naczynia, które wskutek swego wysokiego przewodnictwa pochłaniają dużą część prądu. Jeżeli kończyna w stawie jest zgięta to różnica temperatur po stronie zgięcia i po stronie wyprostowania jest jeszcze większa.

Z pomiarów *Bordier'go* wynika, że jeżeli puścimy prąd o natężeniu 5.000 M. A. od jednej ręki do drugiej, to po 10 minutach przy wyprostowanym przedramieniu okaże się podniesienie temperatury:

na przedniej stronie łokcia	o	3,6° C
na tylnej „ „	o	2,7° C
Różnica temperatur będzie		0,9° C

Jeżeli doświadczenie powtórzyć w tych samych warunkach z tą jednak różnicą, że staw łokciowy będzie zgięty, to różnica temperatur będzie większa:

na przedniej stronie łokcia ciepłota podniesie się o	5° C
na tylnej o	1,9° C
różnica wyniesie	3,1° C

Naczynia krwionośne przy nagrzewaniu diatermją nie tylko pochłaniają dużą ilość prądu, wytwarzającego ciepło, ale przyczyniają się do rozniesienia tego ciepła po całym ciele, przeszkadzając tym samym jego miejscowemu nagromadzeniu się. Narząd lub tkanka tem lepiej znosi prąd im obficiej jest unaczyniona. Tkanka tłuszczowa uboga w krew bardzo łatwo się rozgrzewa, i ludzie otyli nawet przy niezbyt wielkiej sile prądu narzekają na nieprzyjemne uczucie parzenia i źle znoszą diatermję.

Przegrzewanie diatermją wywołuje wyraźne przekrwienie tkanek i narządów, wywołując jednocześnie wzmożony ruch chłonki, przyśpieszając jej wytwarzanie i wydalanie. Przekrwienie więc pociąga za sobą nagromadzenie się chłonki, co ma bezwątpienia duże znaczenie dla wyjaśnienia działania diatermji na bakterje, na procesy wchłaniania, na całą miejscową i ogólną przemianę materji.

Działania bakterjobójczego bezpośredniego diatermja nie ma. Diatermja obniża żywotność drobnoustroi, hamuje ich rozwój, osłabia ich, wywołane zaś działaniem ciepła przekrwienie i nasycenie chłonką tkanek niewątpliwie mają wpływ bakterjobójczy.

Niemal że swoiste działanie diatermja ma w uspokajaniu bólu. Czasem już podczas zabiegu ból staje się lżejszy lub znika zwłaszcza w silnych nerwobólach, niedających się opanować żadnym innym środkiem, czasem po kilkurazowym zastosowaniu diatermji przy bardzo małym natężeniu prądu ból zupełnie ustępuje.

Działanie kojące na ból *Kowarschik* objaśnia nie tylko działaniem bezpośrednim na zakończenia nerwowe, lecz również nieznanym działaniem czynnika elektrycznego wysokoczęstotliwych drgań elektrycznych na nerwy lub ich zakończenia. Tak samo uśmierzająco diatermja działa na stan podrażnienia nerwów ruchowych i ma ogromne zastosowanie w przypadkach hypertonji układu mięśniowego, w kurczach tonicznych i klonicznych, przynosząc choremu wielką ulgę.

Działanie diatermji na ciśnienie krwi jest różne. Jedni spostrzegali podniesienie ciśnienia, inni zaś spadek. *Kowarschik* obserwował oba te zjawiska. Większość badaczy przemawia za krótkotrwałym spadkiem ciśnienia przy ogólnej diatermji, a według *Gunzbourga* wpływ diatermji na ciśnienie jest regulujący, zależnie od stanu chorobowego pacjenta: w przypadkach nadmiernego ciśnienia następuje spadek, w przypadkach hypotensji — podniesienie ciśnienia.

Przy stosowaniu diatermji trzeba przedewszystkiem pamiętać o wszystkich jej przeciwskazaniach. Należy baczną uwagę zwrócić na ogólny stan chorego, dokładnie zbadać chorego, aby nie zastosować diatermji w tych przypadkach w których łatwo może zaszkodzić choremu. Przed zastosowaniem diatermji należy zawsze zbadać stan nerwów czuciowych w szczególności na ciepło i zimno, gdyż przeoczenie tych zaburzeń może spowodować poważne i trudno gojące się oparzenia.

Ponieważ diatermja powoduje przekrwienie tkanek przeciwskazana jest we wszelkich krwotokach, krwawieniach lub przy skłonności do takowych. Pozatem diatermja jest przeciwskazana we wszelkich ostrych sprawach zapalnych, zwłaszcza jeżeli one mają skłonność do ropienia, jeżeli przebiegają z ciepłotą podniesioną. Tu należy wymienić: ostre bolesne schorzenia stawów, ostre zapalenia narządów wewnętrznych, jak zapalenie opłucnej, zapalenie wyrostka robaczkowego, ostre zapalenie przymacicza i przydatków, zrosty opłucnowe i otrzewnowe przebiegające ze stanami gorączkowemi. Bezwzględnie diatermja jest przeciwskazana w każdej postaci gruźlicy przebiegającej ze stanami podgorączkowemi. Doświadczenie poucza, że stosowanie w tych przypadkach diatermji wywołuje wzmożenie bólów, nasilenie objawów zapalenia, podniesienie gorączki i grozi niebezpieczeństwem uogólnienia miejscowego zakażenia.

Diatermja jest przeciwskazana również u osób przeczulonych, skłonnych do reakcji histerycznych, gdyż zwykle po zabiegu źle się czują, a podczas zabiegu niespokojnym swoim zachowaniem się mogą łatwo wywołać oparzenie.

Jeżeli chodzi o wskazania stosowania

diatermji w chirurgji, to przedewszystkiem ma ona ogromne zastosowanie w chirurgji narządów ruchu. Uszkodzenia mięśni, wszelkie zmiażdżenia, rozdarcia mięśni stanowią bardzo wdzięczne pole do leczenia diatermją.

Ma ona w tych przypadkach dobroczynny wpływ na bóle, obniża hypertoniczny stan podrażnionych mięśni, a w związku z tem dolegliwości chorego szybko znikają, ruchomość członków szybko powraca do normy.

We wszelkich bólach mięśniowych (myalgiach) opornych na wszelkie usiłowania lecznicze diatermja bardzo często powoduje zniknięcie tych bólów już po kilku zabiegach diatermicznych.

W schorzeniach pochewek ścięgnistych i kaletek maziowych w okresie przewlekłym i podostrym, trudno poddających się wyleczeniu, diatermja prawie zawsze ma skutek dobroczynny zwłaszcza przy kombinacji diatermji z masażem.

Kowarschik podaje bardzo dobre wyniki stosowania diatermji w przypadkach przewlekłego zapalenia pochewek ścięgnistych u pianistek, u których udało mu się wyleczyć diatermją oddawna trwającą sprawę chorobową, przy czem zawsze stosował masaż bezpośrednio po przegrzewaniu diatermją.

Następowe leczenie diatermją po złamaniach kości i zwichnięciach stawów jest zawsze wskazane zwłaszcza łącznie z masażem. Zwłaszcza złamania w zaniedbanych przypadkach nadają się do leczenia diatermją, która według niektórych autorów *(Bucky, Folkman)* ma dobroczynny wpływ na wytwarzanie się kostniny *Laqueur* zachwala kojący wpływ ciepła diatermji przy leczeniu starego złamania szyjki biodrowej.

W uszkodzeniach stawów, jak stłuczenie, zwichnięcie, połączone z wysiękiem lub krwiakiem wewnątrz lub okołostawowym diatermja działa kojąco oraz sprzyja szybkiemu wessaniu wysięku. W tych przypadkach leczenie należy rozpoczynać możliwie wcześnie i łączyć diatermję z masażem i gimnastyką.

W sprawach zapalnych stawów diatermja daje dobre wyniki, ale tylko w okresie przewlekłym, kiedy wszystkie ostre objawy minęły. Tu należy wymienić przewlekły gościec stawowy, postępujące przewlekłe zapalenie stawów zniekształcające, zapalenie stawów wiewiórowe, zapalenie stawów dnawe.

Nadzwyczaj pomyślnie działa przegrzewanie diatermją w wiewiórowej achillodynji (ból w miejscu przyczepu ścięgna piętowego) i tarsalgji.

Diatermja ma bardzo ważne wskazanie w leczeniu przykurczeń stawów po wszelkich zapaleniach, uszkodzeniach stawów lub po długotrwałym unieruchomiającym opatrunku stawu z powodu złamania. W tych wypadkach przegrzewanie łącznie z mięsieniem oraz biernymi i czynnymi ruchami wzajemnie się wspierają, i prowadzą do uruchomienia stawu. *Muscat* i *Stejn* stosują diatermję w utrwalonej płaskiej stopie, która według nich zależy przeważnie od skurczu mięśni nawrotnych stopy.

W bólach śródstopia oraz stawów śródstopno-palcowych powodowanych czy to gośćcem zniekształcającym kości drugiego stawu śródstopno-palcowego (Choroba Köhlera), czy to nerwobólem Mortona (bóle w 3—5 stawie śródstopno-palcowym), w tych wszystkich stanach chorobowych zaznacza się dobroczynne działanie przegrzewania diatermją.

W końcu trzeba wspomnieć w dobroczynnych skutkach, jakie diatermja wywiera na blizny skórne, zrosty pod niemi znajdujące się oraz na zrosty otrzewnowe pooperacyjne. Blizny pooperacyjne, które wytworzyły mocne zrosty z tkanką otaczającą, stają się pod wpływem przegrzewania diatermją miększemi, ruchomemi, nacieczenia w tych bliznach szybko znikają, a jednocześnie znikają i bóle. Bóle brzucha naskutek zrostów otrzewnowych po przebytych operacjach brzusznych w bardzo krótkim czasie po nagrzewaniu diatermją łagodnieją, lub znikają zupełnie, zrosty mogą ulegać zupełnemu wessaniu.

Z uszkodzeń diatermicznych należy zawsze pamiętać o oparzeniu, które jest najczęściej wynikiem błędu techniki. Poparzenia diatermiczne mogą być w postaci zaczerwienienia skóry, bąbla lub martwicy skóry. Zwłaszcza te ostatnie charakteryzują się w dalszym przebiegu niezwykłą bolesnością oraz słabą skłonnością do gojenia. Objaśnia się to tym, iż zmiany reakcyjne, dzięki którym powstaje strup z otaczającej zdrowej tkanki, są tu zupełnie nikłe lub nie istnieją wcale. Żeby uniknąć tych poparzeń należy dobrze poznać praktycznie technikę stosowania diatermji, pod kierownictwem doświadczonego instruktora. Mogę tu tylko wyszczególnić przykazania, które podaje *Kowarschik* przy stosowaniu diatermji:

1) przekonać się należy przedewszystkiem, czy chory posiada prawidłową wrażliwość cieplną, w przeciwnym razie należy zachować możliwie większą ostrożność;

2) elektrody muszą szczelnie przylegać i być umocowane;

3) przed włączeniem prądu przekonać się należy, czy wszystkie regulatory prądu stoją na zerze;

4) włączać prąd wolno dopiero po założeniu elektrod;

5) do pożądanej siły prądu dochodzić stopniowo, bacząc uważnie na amperomierz i pytając chorego, czy nie odczuwa jakiego kłucia, parzenia lub innego działania drażniącego;

6) zwrócić uwagę chorego na niebezpieczeństwo poparzenia i wymagać od niego natychmiastowego oznajmienia o każdem nieprzyjemnem uczuciu parzenia;

7) pamiętać należy, iż dla osiągnięcia skutku leczniczego nie jest konieczne dążyć do granicy tolerancji na ciepło, przeciwnie, zbyt silne przegrzewanie może okazać się szkodliwem;

8) przed odjęciem elektrod należy wpierw wyłączyć prąd.

SPROSTOWANIE.

W Nr. 2 b. r. „Wiedzy" mylnie wydrukowano nazwisko Autora wzmianki: „Rzadki objaw w cukrzycy" — Szymański — zamiast Sejneński — co niniejszem prostujemy.

LIPIODOL

OLIWA JODOWA O ZAWARTOŚCI 40% JODU

LIPIODOL TERAPEUTYCZNY

40%

kapsułki ampułki

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

10%, 20%, 40%

flakony alumin. i ampułki

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.

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 W P P. Lekarzy.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Leczenie dusznicy bolesnej wstrzykiwaniami dożylnemi dużych dawek jodu, oraz wstrzykiwaniami podskórnemi bezwodnika kwasu węglowego. (Traitement de l'angine de poitrine par les injections intraveineuses iodées intensives et par les injections sous-cutanées d'acide carbonique). G. Lian, A. Blondel et Racine.
Soc. Méd. des hopit. Nr. 31; 1931.

Leczenie jodem dusznicy bolesnej nie dawało dotychczas dobrych wyników. Należy sądzić, że przyczyna tego zjawiska kryje się w niewłaściwem wprowadzeniu jodu, bądź drogą doustną, bądź też śródmięśniową. Autorzy sądzą, że jod wprowadzany wyłącznie drogą śródżylną może zapewnić poprawę w przypadkach nawet ciężkiej dusznicy bolesnej. Stosowano jodek sodu w ilości 5 cm^3 (0,06 czystego jodu na 1 cm^3) czyli 0,3 g, jodu na dawkę. Wstrzykiwano taką ilość przeważnie 3 razy na tydzień. Ogółem stosowano zazwyczaj 15 — 20 wstrzykiwań w zależności od przypadku.

Spostrzegano 17 przypadków dusznicy bolesnej. Byli to przeważnie ludzie po 50 roku życia, w większości przypadków z nadciśnieniem tętniczem. W 15 przypadkach podejrzewano kiłę.

Wyniki tego leczenia przedstawiają się nader korzystnie, a mianowicie: w 6 przypadkach stwierdzono wybitną poprawę, w 9 poprawę średnią, w 2 zaś poprawy nie było. Przed zastosowaniem wspomnianego leczenia chorych nawiedzały bardzo częste i ciężkie napady bólów, po zastosowaniu zaś leczenia, napady występowały rzadziej i były słabsze, często znikały zupełnie na przeciąg wielu miesięcy, a nawet lat.

Podczas gdy wspomniane wyżej przypadki były leczone przeważnie wstrzykiwaniami jodu, a niektóre tylko z nich jednocześnie i wstrzykiwaniami podskórnemi bezwodnika kwasu węglowego, następne 27 przypadków leczono wyłącznie bezwodnikiem kwasu węglowego.

Podskórne wprowadzanie CO_2 w dusznicy bolesnej dotychczas stosowane nie było. Autorzy wpadli na tę myśl dzięki temu, że kąpiele CO_2 dają często dobre wyniki w dusznicy bolesnej nietylko z powodu działania miejscowego, lecz także z powodu wchłaniania się gazu przez skórę. Również Yandell Henderson osiągnął dobry wynik w 2 przypadkach dusznicy bolesnej, stosując wziewanie małych dawek CO_2.

Przystępując do leczenia CO_2 autorzy z początku wprowadzali gaz ten pod skórę psom i przekonali się o jego nieszkodliwości.

Leczenie prowadzi się w ten sposób, że wstrzykuje się codziennie pod skórę od 50—500 cm^3 CO_2. Dawkę należy zwiększać stopniowo. Ogółem wykonuje się do 20 wstrzykiwań. Stosowanie CO_2, jak wykazały badania M. Bréant'a nie narusza równowagi kwasowo-zasadowej we krwi.

Wyniki tego leczenia były następujące: w 11 przypadkach stwierdzono poprawę wybitną, w 8 przypadkach żadnej poprawy nie stwierdzono. Autorzy zaznaczają, że zarówno wstrzykiwania dożylne jodu, jak i podskórne CO_2 nie zmniejszają ciśnienia tętniczego. Fakt ten pozwala sądzić, że działanie jodu i CO_2, polegające na rozszerzaniu naczyń krwionośnych, dotyczy najprawdopodobniej tylko tych naczyń, które są najbardziej zwężone, a więc naczyń wieńcowych serca.

W końcu autorzy dochodzą do wniosku, że w leczeniu dusznicy bolesnej obok „rentgenoterapji" pozostaje tylko stosowanie dożylne jodu i podskórne CO_2.

Reumatyzm ostry gruźliczy. (Rhumatisme tuberculeux primitif aigu á poussées successives). L. Laederich, H. Mamou, M-mes Arager et Léonard.
Soc. Méd. des hopit. Nr. 34; 1931.

Spostrzeżeń nad reumatyzmem stawowym na tle gruźliczym z równoczesnem wykonaniem badań bakterjologicznych jest ostatniemi laty coraz więcej. Niniejsze spostrzeżenie wykazuje wiele analogji z opisanemi niedawno przez *Bezancona, Weila, Paisseau, Barbonneix* i in. chodzi tu o przypadki przypominające łudząco ostry gościec stawowy, lecz powikłane, trwającemi przez kilka miesięcy, wylewami do stawów (hydarthrose pérsistant).

Autorzy opisują chorego lat 54, który zapadał kilkakrotnie, w odstępach kilkuletnich, na typowy gościec stawowy, pojawiający się przeważnie w następstwie anginy. Stwierdzono obrzmienie stawów kolanowych, skokowych, łokciowych i t. d., wysoką ciepłotę do 40° C. Leczenie przetworami salicylowemi pozostawało zazwyczaj bez widocznego skutku.

Ostatni napad gośćca obserwowano w lutym 1931 r. o przebiegu przypominającym napady poprzednie. Wa — ujemny, zakażenia gonokokowego nigdy nie było. Zastosowany salicylan sodu doustnie w ilości 10 g., oraz dożylnie w ilości 2 g, na dobę, nie zmniejszył ani bólów, ani gorączki. Na 15 dzień ciepłota powróciła do normy, bóle ustąpiły, pozostały tylko wylewy w stawach kolanowych, które ustąpiły po upływie 2-ch miesięcy. Odczyn skórny Vernes wykazał liczbę wzmożoną, wynoszącą 117. Zdjęcie rentgenologiczne stawów kolanowych i płuc dało wynik ujemny. Przy pomocy nakłucia stawu kolanowego wydobyto płyn barwy cytrynowej, o charakterze surowiczo-włóknikowym, morfologicznie stwierdzono przeważnie leukocyty wielojądrzaste, niewiele

lymfocytów oraz komórek endoteljalnych. Bakterji mikroskopowo nie wykazano, posiew wypadł ujemnie. Dopiero szczepienie na śwince morskiej dało wynik wybitnie dodatni: charakterystyczne zmiany w gruczołach i narządach wewnętrznych, liczne laseczniki gruźlicze.

Przypadek ten wskazuje, że gościec stawowy często powtarzający się i pozostawiający wylewy stawowe powinien być wszechstronnie badany. Na szczególną uwagę zasługuje szczepienie płynu stawowego świnkom morskim. Przypadki podobne leczono skutecznie allochrysiną.

Przypadek reumatyzmu stawowego przewlekłego zniekształcającego leczonego z wynikiem dobrym hormonem przytarczycznym. (Un cas de rhumatisme chronique déformant traité avec succés par parathormone). M a x - M. L é v y.
Soc. Méd. des hopit. Nr. 34; 1931.

Spostrzeżenie dotyczy kobiety 30 letniej, cierpiącej od szeregu lat na reumatyzm stawowy zniekształcający, nie pozwalający jej na wykonywanie ruchów i powodujący silne bóle. Wszelkie leczenie pozostawało dotąd bez widocznego skutku.

Stosowano w ciągu 10 dni codziennie wstrzykiwania podskórne wyciągu z gruczołów przytarczycznych. Leczenie to nie dało żadnego wyniku. W następstwie tych wstrzykiwań ilość wapna we krwi również nie uległa zmianom.

Dopiero po zastosowaniu wyciągu z gruczołów przytarczycznych (Collip — parathormone Lilly) w ilości 10 jednostek dnia 1-go, w dni zaś następne po 20 jedn., już po 4-ch dniach stwierdzono wyraźne zwiększenie się poziomu wapnia we krwi (z 8,35 na 9,70) oraz mniejszą bolesność stawów i zwiększoną ich ruchomość. Po 6 miesiącach wspomnianego leczenia stan chorej poprawił się wybitnie. Ilość wstrzykiwanego parathormonu była zazwyczaj uzależniona od stanu chorej, z chwilą poprawy stosowano dawki małe, wynoszące zaledwie 5 jednostek.

Przyczynek do rozpoznawania bacylemji gruźliczej przy pomocy hemokultury według Loewensteina. (Contribution au diagnostic de la bacillémie tuberculeuse par l'hémoculture selon la méthode de Loewenstein). I. N o n u, D. J o n e s c o et C. S t e f a n e s c o.
Presse Méd. Nr. 98; 1931.

Sprawa bacylemji gruźliczej nabrała aktualności dzięki nowej metodzie poszukiwania laseczników Kocha we krwi, opracowanej przez prof. *Loewensteina* w Wiedniu. Dotychczas, w celu wykrycia laseczników gruźliczych we krwi, posługiwano się przeważnie szczepieniem krwi świnkom morskim. Wprost ze krwi wyhodować laseczniki jest bardzo trudno, nie mówiąc już o tem jak trudno odnaleść je bezpośrednio we krwi w preparatach barwionych.

Loewenstein używa pożywki, składającej się z fosforanu monopotasowego, cytrynianu sodowego, siarczanu magnezowego, asparaginy, gliceryny, skrobji, żółtek jaj, czerwieni kongo i malachitu zielonego. Dokładny sposób przyrządzania pożywki, pobierania krwi i wykonywania posiewu znaleść można w pracach oryginalnych *Loewensteina*. (Zentralblat für Bact. 120 23.II.1930; D. Med. Woch. 24, .1930; Klin. Woch. 23.V.1931) metoda *Loewensteina* jak wykazuje statystyka zebrana do września 1930 r. daje doskonałe wyniki. Oto liczby. Gruźlica płucna: 140 przypadków, 50 dodatnich; gruźlica skórna: 92 przypadki, 9 dodat.; gruźlica nerek: 22 przyp., 13 dodat.; gruźlica stawów: 18 przyp. 9 dodat.; gruźlica oka: 4 przyp., 3 dodat.; ostry gościec stawowy: 21 przyp., wszystkie dodatnie. Laseczniki we krwi udało się znaleść przy pomocy metody *Loewensteina*, nawet u chorych nie gorączkujących.

Wobec tak zachęcających wyników, osiągniętych przez *Loewensteina*, *J. Nanu* i jego współpracownicy przeprowadzili badania metodą *Loewensteina* w 21 przyp., w których była podejrzewana gruźlica, lub reumatyzm stawowy. *J. Nanu* otrzymał wynik dodatni zaledwie w dwóch przypadkach, (pierwszy dotyczył chorego z pleuroperitonitis tbc., drugi, chorego z polyarthritis reum.), w 19 przyp. wynik był ujemny.

Nanu dochodzi do wniosku, że przy pomocy metody *Loewensteina* można wykazać laseczniki gruźlicze nietylko we krwi, ale także we wszelkich wydalinach i wydzielinach ustroju. Dzięki metodzie *Loewensteina* laseczniki gruźlicze dają się wykryć w tych przypadkach, w których inne metody ich wykrywania zawodzą.

Skuteczność preparatu złota i osmium (orosmiol) w gruźlicy. Kilka spostrzeżeń dotyczących gruźlicy stawowo-kostnej i gruczołowej. (Efficacité du sapoïde d'or et d'osmium (orosmiol) sur l'évolution des lésions tuberculeuses. Quelques observations de tuberculoses ostèo - articulaires et ganglionaires). M a u r i c e R e n a u d.
Soc. Méd. des hopit. Nr. 31; 1931.

Autor przytacza krótkie historje chorób 8 przypadków gruźlicy, przeważnie kostnej, leczonej przy pomocy orosmiolu, który wstrzykiwano zazwyczaj 3 razy na tydzień, bądź dożylnie, bądź śródmięśniowo. Serja obejmuje 18 wstrzykiwań. W zależności od przypadku leczenie składa się z 2 lub 3 serji.

Wyniki osiągnięte przez autora są wyjątkowo dobre i zachęcają do stosowania wspomnianego preparatu.

Przypadek niedrożności tętnicy głównej brzusznej. (Sur un cas d'oblitération de l'aorte abdominale). J. R o u i l l a r d et A. L o u v e t.
Soc. Méd. des hopit. Nr. 31; 1931.

Niedrożność części brzusznej tętnicy głównej nie należy do wyjątku w ostatnich bowiem latach ogłoszono 50 podobnych przypadków.

Przypadek, o którym mowa, dotyczy 79 letniej kobiety, która przybyła do szpitala z powodu bólów w okolicy wątroby, wymiotów i zamroczenia. Po 6-o tygodniowym pobycie w szpitalu po przebytej grypie z ciepłotą 38° C. zbladła i stała się zimna jej prawa kończyna dolna. Tętno na tętnicy biodrowej oraz innych tętnicach na kończynie dolnej prawej były niewyczuwalne. Oscilometr Pachona na całej kończynie dolnej prawej wahań nie wykazuje. Na stronie zewnętrznej goleni prawej pojawiają się fioletowe plamy. Na kończynie dolnej lewej, żadnych odchyleń od normy.

Chora jest zamroczona, na pytania jednak odpowiada, ciepłota ciała 37,5° C.

Po upływie 2-ch dni wygląd prawego podudzia nie zmienił się, natomiast prawe udo przybrało wygląd normalny, przy dotyku jest ciepłe. Nieco powyżej kolana zaznacza się linja demarkacyjna, oddzielająca górną część kończyny o wyglądzie zdrowym, od dolnej jej części o wyglądzie martwicowym. Tętno ciągle niewyczuwalne na całej kończynie dolnej prawej. Po upływie następnych 2-ch dni chora staje się zupełnie nieprzytomna, oddech typu Chaynes-Stokes'a, podudzie zupełnie sine, palce na prawej nodze przybierają wygląd czarny, udo natomiast na tejże kończynie ma wygląd zupełnie prawidłowy. Kończyna lewa bez zmian. Chora zmarła. Sekcja wykazała: bardzo rozległe zmiany ateromatyczne w części brzusznej tętnicy głównej, obok nieznacznych zmian w jej części piersiowej. Skrzep długości 12 cm., średnicy 3 cm., przyczepiony w kilku miejscach do ateromatycznie zmienionej ściany tętnicy głównej, rozgałęzieniami swemi sięga do obu „iliaca com.", które są również niedrożne.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na całkowitą niedrożność części dolnej tętnicy głównej, która doprowadziła do martwicy zaledwie prawego podudzia, gdyż zarówno w kończynie lewej, jak i w górnej części kończyny prawej zdołało się rozwinąć krążenie uboczne.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Leczenie pląsawicy wstrzykiwaniami dożylnemi salicylu. (Le traitement salicylé intraveineux des chorées aiguës). L u c i e n C o r n i l.
„Pédiatrie", 1931. N. 11.

Od r. 1924 autor stosuje w leczeniu pląsawicy wstrzykiwania dożylne salicylanu sodu, czasami w połączeniu z podawaniem salicylu doustnie.

Dobre wyniki otrzymane przez autora skłaniają go do omówienia tej szybko działającej i nie ryzykownej metody, przy zachowaniu zwykłych ostrożności leczenia salicylowego i obserwacji czynności nerek i podawania jednocześnie dwuwęglanu sodu.

Na 21 przypadków tylko 3 były względnie oporne na leczenie; w tych przypadkach stosowano łączne leczenie salicylem i arsenem. Pozostaje 18 przypadków pląsawicy u osobników w wieku od 8 — 16 lat, w których leczenie to dało autorowi doskonałe wyniki. W 6 przypadkach istniały jednocześnie powikłania zapaleniem wsierdzia. W tych przypadkach leczenie salicylem wywarło także pomyślny wpływ na zmiany sercowe.

Dawki stosował autor następujące: od 0.2 — 0.5. salicylanu sodu, pro die, dożylnie, w rozczynie 2 cm. (Clin). Polepszenie występowało naogół po 7 — 10 wstrzykiwaniu. Niedogodnością tego leczenia jest, że u dzieci nie zawsze łatwo można wykonać wlewanie dożylne. W tych wypadkach autor podawał duże dawki salicytlu per os: 6 — 8 grm. pro die. Prócz tego jednocześnie chorzy dostawali duże dawki dwuwęglanu sodu w wodze mineralnej. Nie obserwowano żadnych objawów nietolerancji salicylowej: bólów głowy, białkomoczu, wykwitów skórnych i t. p.

Postacie poronne i utajone awitaminoz u niemowląt. (Les formes frustes et latentes des avitaminoses chez le nourisson). P a u l B e r t o y e.
Congrès des Pédiâtres de langue franç. Strasbourg, 1931.

Utajony okres awitaminoz u niemowląt przejawia się klinicznie jedynie zaburzeniami w odżywianiu i rozwoju, bez znanych cech patognomonicznych awitaminozy. Przez brak witamin, czas dłuższy przygotowuje się podłoże chorobowe. W postaciach nieco dalej posuniętych, t. zw. poronnej awitaminozy, objawy typowe mogą się już zaznaczać, lecz są jeszcze mało uchwytne, pojedyńcze lub zamaskowane objawami dodatkowemi (zakażenia).

Dla wystąpienia awitaminozy całkowitej i typowej, niezbędne są pewne warunki przygotowawcze i dodatkowe. Częściowo są one w związku ze stopniem braku samej witaminy, częściowo zależą od konstytucji niemowlęcia i innych warunków ustrojowych. Wiek dziecka, stan jego odżywienia, współistniejące zakażenia i zatrucia stanowią szereg czynników dodatkowych, decydujących o wystąpieniu awitaminozy. Im dziecko jest młodsze (za wyjątkiem pierwszych tygodni życia), tym bardziej jest wrażliwe na głód witaminowy.

I. Awitaminoza C.

Przypadki szkorbutu dziecięcego występujące w postaciach poronnych i utajonych są częste i zjawiają się szczególnie w końcu I-go i w drugiem półroczu życia dziecka. W postaciach poronnych tej awitaminozy zaznaczają się już zwykle objawy typowe: niedokrewność i wybroczyny skórne, na śluzówkach lub w nerkach (erythrocyturia). Niedokrewność wyrażająca się obniżeniem wskaźnika haemoglobiny i liczby ciałek czerwonych jest objawem stałym już wczesnych okresów tej awitaminozy. Zdarzają się także obrzęki, Skóra traci gładkość, staje się chropawą, szczególnie na przedramionach i podudziach (hyperkeratosis).

Zaburzenia jelitowe są częste: biegunki, nawet z domieszką krwi w stolcach, nie poddające się zwykłemu leczeniu. Prócz tego zwraca uwagę: brak łaknienia, bladość, złe usposobienie, zahamowanie przyrostu wagowego.

Zmniejszenie odporności dziecka na drobne banalne zakażenia jest silnie zaznaczone i charakterystyczne dla tej awitaminozy. Gorączka wywołana temi zakażeniami może długo utrzymywać się i czasami stanowi jedyny objaw utajonego szkorbutu u niemowlęcia.

Rozpoznawczo posiadają znaczenie przedewszystkiem wywiady wskazujące na sposób odżywiania dziecka. Najszybciej sprowadzają awitaminozę C: mleko sterylizowane, homogenizowane i skoncentrowane.

Próba leczenia tej awitaminozy stanowi jednocześnie doskonały środek rozpoznawczy. Leczniczo, najlepszemi są następujące surowe soki: cytrynowy, pomarańczowy, pomidorowy i malinowy. Zapobiegawczo wystarczają niewielkie dawki tych soków (1 — 2 łyżeczki dziennie). Leczniczo trzeba dawać nieraz duże ilości soków, według autora nawet do 200 — 500 grm. soku surowego pro die.

II. Awitaminoza A.

Źródłem pokarmowem witaminozy A jest przedewszystkiem świeże masło, dalej tłuszcze rybie i

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.

CRYOGENINE

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 Cryogenine do receptury: proszków, czopków, pigułek, zawiesin i t. p.

comprim. { **Cryogenine** á 0,50 grm. / **Cryogenine** á 0,25 grm. — *W rurce 10 tabletek*

cachets { **Cryogenine** á 0,50 grm. / **Cryogenine** á 0.25 grm. — *W rurce 10 opłatków*

L. NASIEROWSKI

Skład główny Tel. 9-24-39 i 9-30-42 **Kaliska 9**

szczególnie tran, wreszcie żółtko jaja, szpinak i marchew.

Objawem patognomonicznym typowej awitaminozy A jest keratomalacia. Objawy postaci poronnych i utajonych cechują się także zaburzeniami jelitowemi (stolce zielone i śluzowe) i niedokrewnością. Zahamowanie wzrostu i przybierania na wadze może doprowadzić dziecko do wyniszczenia, z towarzyszącemi obrzękami lub bez; zjawia się usposobienie do zapaleń i zakażeń spojówki. Przy odżywianiu pokarmem naturalnym awitaminoza ta nie występuje. Przy odżywianiu sztucznem może występować po wyłącznem i dłuższem stosowaniu mleka odtłuszczonego, maślanki, mleka sterylizowanego i mączek dziecięcych. Leczenie polega na podawaniu tranu, masła i wątróbki.

III. Awitaminoza B.

Istnieje kilka rodzajów rozpuszczalnej w wodzie witaminy B. W patologji dziecięcej szczególnie są ważne dwie witaminy B:

witamina anti-Beri-Beri i t. zw. witamina wzrostu, — znajdujące się w łuskach ziaren zbożowych i kasz, w drożdżach, w wyciągach słodowych.

Początkowe objawy Beri - Beri u niemowlęcia żywionego piersią matki, której djeta nie zawiera w ilości dostatecznej witaminy B, zjawiają się już w 2-m miesiącu życia w postaci: utraty łaknienia, wymiotów i zaparcia. Wyniszczenie postępuje szybko; później zjawiają się zaburzenia sercowo - naczyniowe i na ostatku porażenia (n. recurrens). Według Ribadeau-Dumas, zespół objawów postaci poronnych i utajonych awitaminozy B u niemowląt wyraża się: zahamowaniem przyrostu wagi, brakiem łaknienia, zaparciem, bezsennością, niepokojem i wzmożonem napięciem mięśni kończyn.

Mączki dziecięce nie zawierają witaminy B; mleko w ilości niewystarczającej. Odżywianie niemowlęcia naogół więc nie obfituje w czynniki B. Leczniczo stosuje się: wyciągi słodowe i drożdże.

Streszczając, można powiedzieć: awitaminozy wyraźne u niemowląt są wprawdzie rzadkością; lecz awitaminozy częściowe, utajone są częste. Należy pamiętać o zespołach objawowych tych poronnych postaci. Odpowiednie leczenie potwierdza przypuszczenie rozpoznawcze. Niemowlęta potrzebują dla swego rozwoju dużo witamin. Nie należy wahać się wcześnie podawać niemowlętom żywionym sztucznie — soki owocowe, jarzyny i tran. W djetetyce niemowlęcej należy wogóle dążyć do większej różnorodności pokarmowej.

Nowotwory mózgowe u dzieci. (Les tumeurs cérébrales chez l'enfant). G. Heuyer et G. Vogt.
Septième congrès des pèdiatres de langue française. Strasbourg 1931.

Nowotwory u dzieci najczęściej umiejscawiają się w mózgu, aczkolwiek są naogół rzadsze niż u dorosłych. Są one wyjątkowe u niemowląt; poczynając od trzeciego roku życia zdarzają się coraz częściej. Wybiórcze umiejscowienie ich stanowi móżdżek (cerebellum).

Dłuższy czas sądzono, że guzy mózgu u dzieci są przeważne natury gruźliczej; rzeczywiście są one czterokrotnie częstsze niż u dorosłych; jednak glejaki stanowią przeszło 50% wszystkich guzów mózgowych u dzieci, są więc nowotworami najczęstszemi.

Objawy kliniczne guzów dziecięcych różnią się od takowych u dorosłych przewagą objawów ogólnych wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego nad objawami wskazującemi na umiejscowienie. Te ostatnie są bardzo nieznaczne lub wcale nie występują. Istnieją guzy nie dające wogóle żadnych objawów mózgowych.

Początek może być nagły jak zespół objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, czasami jako nagła ślepota lub objawy ruchowe. Jako prawidło, początek jest powolny, podstępny, stopniowo nasilający się. Występują zmiany charakteru polegające na nadmiernej drażliwości, nagłych zmianach usposobienia, obniżenie uwagi, pavor nocturnus. Może wystąpić nadmierna potrzeba snu (hypersomnia).

Pierwszemi objawami mogą być objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Są to: bóle głowy umiejscowione, o typie migreny, którym mogą towarzyszyć bóle na obwodzie lub w narządach wewnętrznych i wymioty. Drgawki zdarzają się w połowie przypadków, naogół o typie ogólnym padaczkowatym. Drgawki umiejscowione o typie padaczki Jackson'a nie wskazują wcale na guz w okolicy gyrus Rolandi. Bywają zawroty głowy i objawy móżdżkowe zaburzeń równowagi.

Bardzo ważne są objawy oczne: porażenia nerwów czaszkowych, szczególnie szóstej pary, tarcza zastoinowa, nagła utrata wzroku, bardzo charakterystyczne dla dzieci.

Guzy dłuższy czas mogą być wyłącznie monosymptomatyczne. Najczęściej przebiegają jako napady wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, występujące w odstępach regularnych.

W drugim okresie zjawiają się objawy stałego wodogłowia, napady wzmożonego ciśnienia stają się rzadsze, objawy ze strony narządu wzrokowego nasilają się. Ślepota i wodogłowie mogą stanowić jedyne objawy guza czaszkowego.

Dalej występują: zwolnienie tętna i oddechu, obustronne rozszerzenie źrenic, przy zachowanych odruchach źrenicowych. Inteligencja jest zachowana. Tarcza zastoinowa z następczym zanikiem nerwu wzrokowego bywa zwykle, za wyjątkiem guzów w okolicy rdzenia przedłużonego i pons Varoli, gdy występuje rzadko. Na początku tarczy zastoinowej mogą nie towarzyszyć zaburzenia czynnościowe i wzrokowe.

Badanie rentgenologiczne wykazuje zmiany w kościach czaszki, wywołane przez wzmożone ciśnienie: zcieńczenie kości, rozstęp szwów kostnych, uwidocznienie wgłębień wywołanych uciskiem mózgu na blaszkę wewnętrzną (impressiones). Zmiany te są stałe. Wzmożenie ciśnienia w komorach może wywołać zmiany w siodełku tureckiem, których nie należy przyjmować za wskazówkę guza przysadki mózgowej.

Nakłucie lędźwiowe może być wykonane z wielką ostrożnością. Wykazuje wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego; zwiększenie ilości białka i rozszczepienie stosunku białka do komórek w płynie mózgowo-rdzeniowym nie bywa tak częste i wyraźne, jak u dorosłych.

Glejaki są guzami najczęstszemi, a z nich najbardziej łagodne, gwiazdzisto-komórkowe, (astrocyty). Medulloblastomata są to nowotwory b. zło-

śliwe, szerzące się od IV-ej komory na opony. Guzy gruźlicze (tuberculum solitare) występują jako: 1) meningo-encephalitis tbc. z licznemi guzkami w korze mózgowej lub 2) jako najczęściej pojedyńczy guzek wewnątrzmózgowy, z punktem wyjścia ze ściany naczyniowej. Rozwojowi guza często towarzyszy odczyn oponowy.

Guzy móżdżkowe umiejscowione w półkulach móżdżku wywołują prócz objawów wzmożenia ciśnienia, — zawroty głowy, torticollis, zaburzenia przy chodzeniu (chwianie się, padanie na stronę guza), drżenie przy ruchach zamierzonych, zaburzenia w mowie i piśmie.

Guzy linji środkowej (vermis, IV-ta komora), — wypuklają się do IV-ej komory, wypełniają ją, odchylają i uciskają vermis. Przez ich umiejscowienie zamykają one przewód Sylviusza i wywołują wodogłowie o przebiegu ostrem; zdarza się zejście nagłe. Prócz tego inne objawy móżdżkowe: chód powolny i chwiejny; obniżenie napięcia mięśniowego i zmniejszeniu odruchów ścięgnistych.

Ogólne rozpoznanie guza mózgu jest względnie łatwe; umiejscowienie bywa wybitnie trudne.

Wgłobienie jelitowe u niemowląt. (L'invagination intestinale aiguë des nourrissons). G. Massa. b u a u.

La pèdiatrie pratique. Février 1932.

Wgłobienie jelitowe powstaje przez wpuklanie się pewnego odcinka jelit do następującego. Cierpienie to występuje najczęściej u niemowląt, u których daje najbardziej charakterystyczny obraz kliniczny.

Odcinek jelita wgłobionego posiada przekrój wytworzony przez dwie ściany jelitowe stykające się ze sobą błoną surowiczą. Pomiędzy niemi wciągniętą zostaje krezka. Wgłobiony odcinek jelita na przodzie swym tworzy rodzaj pierścienia (pierścień wewnętrzny, — „głowa" wgłobienia), który kieruje niejako dalszem posuwaniem się jelita wgłobionego. Odcinek jelita obejmujący jelito wgłobione i stanowiący warstwę zewnętrzną — „otoczkę" całego bloku, styka się swemi powierzchniami śluzówkowemi, a w miejscu załamywania się jelita ku wewnątrz tworzy pierścień zewnętrzny („szyja" wgłobienia).

Początek wgłobienia w 80% przypadków bywa w miejscu przejścia jelita cienkiego do coecum; odcinek wgłabiający się, wytworzony jest wtedy przez jelito cienkie (ileum) i coecum, pierścień przedni tworzy zastawka Bauhin'a, warstwę zewnętrzną tworzy jelito grube. Tylko 5% przypadków wgłobienie dotyczy wyłącznie odcinków jelita cienkiego; jeszcze rzadziej zdarza się wgłobienie odcinków jelita grubego do grubego.

Przyczyny powstawania wgłobienia są mało znane, szczególnie u niemowląt. Według przypuszczeń *Ombredanne'a* odgrywa tu rolę powstawanie antagonistycznego ruchu robaczkowego. (normalny ruch w jelicie cienkiem i odwrócony w jelicie grubem). Spotkanie tych ruchów na poziomie zastawki Bauhin'a wywołuje przenikanie jelita cienkiego do grubego i rodzaj nawarstwiania się jelita grubego na jelito cienkie. Pod wpływem gromadzenia się treści jelitowej, odcinek wgłobiony ma skłonność do przesuwania się naprzód i odbywa czasami dużą drogę, tak że valvula Bauhinii jako pierścień wewnętrzny, — przodujący może dojść aż do rectum, gdzie stwierdza się wtedy przy badaniu per rectum. Zwykle jednak przenikanie nie jest tak znaczne dzięki hamującemu wpływowi krezki. W odcinku wgłobionym uciśniętym przez pierścień zewnętrzny powstają zaburzenia w krążeniu doprowadzające do zgorzeli; w miejscu pierścienia zewnętrznego powstają szybko owrzodzenia, które prowadzą do przedziurawienia jelita i zapalenia otrzewnej. Jelito wgłobione jest wypełnione treścią wybitnie toksyczną i septyczną.

Wyjątkowo może zdarzyć się samoistne wydalenie odcinka zgorzelinowego i samowyleczenie dzięki ochraniającym zrostom otrzewny w miejscu pierścienia zewnętrznego.

Początek cierpienia jest zwykle nagły i cechuje się objawami, które zwracają uwagę matki. Dziecko dotąd spokojne zaczyna krzyczeć i wyprężać się pod wpływem nagłych bólów. Napad bólu trwa krótko, dziecko uspakaja się, lecz bóle znowu powracają coraz częściej; ustala się niepokój dziecka; dziecko odmawia przyjmowania pokarmu, występują wymioty. Po kilku godzinach, a nawet dopiero po 10—20 godzinach może wystąpić objaw patognomoniczny: zjawia się w niewielkiej ilości stolec galaretowaty zabarwiony krwisto. Wtedy stan ogólny jest już wyraźnie zachwiany; ciepłota może być nie podwyższona, ale tętno znacznie przyspiesza się, rysy twarzy są zmienione.

Jeżeli w tym czasie przeprowadza się badanie kliniczne, to stwierdza się, że brzuch jest wzdęty i napięty i wykazuje większy opór w okolicy coecum. Czasami w głębi można wyczuć rodzaj guza; jest to objaw ważny lecz niestały; nie należy liczyć i czekać na objaw guza w celu ustalenia rozpoznania wgłobienia jelitowego. W stosunku do niemowlęcia, które ma objawy niedrożności jelitowej i opisany wyżej krwisty stolec, — rozpoznanie ustala się bez wahania *).

Samoistny przebieg cierpienia najczęściej kończy się niepomyślnie. Śmierć może nastąpić wśród objawów toksycznych nawet w ciągu pierwszych 24 godzin; w większości przypadków zwykle 3—4-go dnia i później.

Do niedawna istniało wyłącznie chirurgiczne leczenie tej sprawy i wszelkie próby odprowadzenia wgłobienia naprz. za pomocą lawatyw uchodziły za bezcelowe i niebezpieczne. Obecnie sprawa jest znowu dyskutowaną i niektórzy autorowie polecają lawatywy barytowe wykonywane pod kontrolą rentgenoskopową. Lawatywę wykonywa się pod ciśnieniem umiarkowanem. Należy koniecznie rentgenoskopowo kontrolować posuwanie się barytu. Całkowite wypełnienie jelita grubego stanowi dowód wyprostowania się wgłobienia. W przeciwnym przypadku należy natychmiast operować. Przeciwko temu postępowaniu wysunięto dwa zarzuty:

1) Nieskuteczność metody w razie wgłobienia jelita cienkiego powyżej zastawki Bauhin'a.

2) Ryzyko wywołania pęknięcia jelita.

*) Autor nie podaje, że nie należy czekać na samoistny stolec krwawy, lecz wystarczy stwierdzić obecność krwi przy wykonaniu lawatywki lub przy badaniu per rectum. (dop. ref.)

Należy więc zachowywać pewną rezerwę. *Ombredanne* kładzie nacisk na konieczność zachowania pewnych warunków, a mianowicie: od chwili wystąpienia pierwszych objawów nie powinno upłynąć dłużej niż 18 godzin; lawatywę barytową należy robić jeszcze przed wystąpieniem samoistnego stolca krwawego. Jeżeli chory przybywa wcześnie, to wlewanie barytowe może także dopomódz do ustalenia rozpoznania. Po 18-tu godzinach lepiej powstrzymać się od zabiegu. Oczywiście warunkiem powodzenia jest istnienie wyłącznie wgłobienia do jelita grubego, co zresztą w większości przypadków ma miejsce. Wreszcie, i to jest najważniejsze, wlewanie powinno być robione przez chirurga obok sali operacyjnej.

Nie można odrzucić skuteczności wlewania barytowego. Zabieg wykonywany wcześnie dał dotąd według statystyki *Pouliquen'a* 90% wyników dodatnich.

Jeżeli jest zapóźno do wykonania lawatywy barytowej, lub nie dała ona wyniku pewnego, natychmiast należy wykonywać laparotomję. Według *Ombredanne'a* najlepsze cięcie jest skośno-boczne. Nie należy w żadnym razie robić rezekcji jelita, gdyż zabieg ten u niemowlęcia zawsze jest niepomyślny.

Nie należy także zaniechać wszelkich zabiegów pomocniczo-lekarskich w obawie tak częstego u niemowląt shoku pooperacyjnego cechującego się bladością i hypertermją i sprowadzającego zwykle śmierć. Wykonywa się między innemi wstrzykiwanie dożylne hypertonicznego rozczynu soli kuchennej.

Najważniejszą sprawą w tym cierpieniu jest wczesne rozpoznanie przed wystąpieniem samoistnego stolca krwawego i przed upływem 18 godzin od chwili pierwszych objawów.

Przypadek cukrzycy dziecięcej, leczony siedem lat insuliną. (Un cas de diabète infantile traité depuis sept ans par l'insuline). G. Mouriquand, Sedalliau et R. Lyounet.

Pédiatrie. Janvier 1932.

Autorzy przytaczają ciężki przypadek cukrzycy u dziecka 10 letniego, leczony przez siedem lat insuliną. W chwili rozpoczęcia obserwacji dziecko ważyło 24 klg., ilość dobowa moczu wynosiła od 9—11 litrów; wydalanie cukru 553 grm na dobę, poziom cukru we krwi 4 grm. 80, duża acetonemja. Obserwacja wykazuje, że 1) możliwem jest utrzymać przy życiu i w stanie znośnym dziecko dotknięte ciężką cukrzycą pod warunkiem stałego stosowania insuliny. Mimo to, dziecko znajduje się stale pod groźbą śpiączki, która kilkakrotnie w przeciągu tego czasu występowała.

2) Leczenie insuliną wywiera wybitny wpływ na acetonemję, polyurja jednak utrzymuje się (2.500 — 3.000 cm.³) a także hyperglykemja (4 grm.) i cukromocz (120 grm. na dobę).

3) Dziecko stale wykazuje zahamowanie rozwoju fizycznego i wzrostu, który obecnie w wieku 17 lat wynosi tylko 1 m. 49 cm.

4) Niemożliwem jest obniżyć dawki insuliny, które dziecko stale otrzymuje (60 — 80 jedn. w 2-ch dawkach dziennie), a także przerwać leczenie insuliną, któremu dziecko zawdzięcza utrzymanie przy życiu.

Przypadek ten stanowi rekordowy czas utrzymania dziecka z ciężką cukrzycą przy życiu.

Dr. Wiśniewski.

CHIRURGJA.

Rozpoznawanie guzów mózgu okolicy skroniowej. (Diagnostic des tumeurs temporales). De Martel i Guillaume.

Le Journ. Médical Français Nr. 10, październik 1931 r.

Guzy mózgu okolicy skroniowej objawów czysto neurologicznych mogą nie dawać prawie wcale, a ponieważ doniedawna jeszcze rozpoznawanie guzów mózgu opierano prawie wyłącznie na wynikach badania neurologicznego, więc okolicę skroniową mózgu (prawą) uważano za okolicę „niemą", a guzy tutaj umiejscowione rozpoznawano dopiero w późnym okresie ich rozwoju, co naturalnie nie pozostawało bez wpływu na losy chorych odnośnych. Do najcenniejszych pod względem rozpoznawczym i względnie wczesnych objawów guzów okolicy skroniowej mózgu należy hemianopsia homonyma wycinkowa, górnej lub dolnej ćwiartki pola widzenia obu oczu, którą określa się zapomocą drobiazgowego przeprowadzonego badania pola widzenia perymetrem. Od ośrodków wzrokowych niższego rzędu (pulvinar, corpus geniculatus ext. corp. quadrigemina ant.) do ośrodka wyższego rzędu w zrazie potylicznym (fissura calcarina) prowadzą dwa szlaki: jeden z nich przechodzi przez przednio - dolną część zrazu skroniowego (ślepota ćwiartki górnej), drugi — przez jego część górno-tylną, (ślepota ćwiartki dolnej). We wczesnych okresach choroby nowotwór zrazu skroniowego uszkadza zwykle tylko jeden z tych szlaków, powodując odpowiednie zaburzenia ze strony wzroku (hemianopsia homonyma wycinkowa); jednakże z czasem guz przechodzi i na drugi szlak, a mając wówczas do czynienia z hemianopsia homonyma completa, nie będziemy już mogli zróżniczkować go z guzem zrazu potylicznego. Badanie perymetrem nie zawsze, niestety, będzie możliwe do przeprowadzenia; dotyczy to chorych odurzonych, nieprzytomnych, mających objawy afazji i dzieci.

Poza zmianami ze strony pola widzenia, do innych wczesnych objawów guza zrazu skroniowego należą: napady drgawek ogólnych, parestezje smakowo-węchowe (podrażnienie uncus hippocampi), napady zwidywań złożonych (osoby, zwierzęta) i objawy afazji Wernickiego (guzy lewostronne); te ostatnie polegają na tem, że chory wymawia dobrze poszczególne sylaby, ale nie potrafi powiedzieć dokładnie, o co mu chodzi, źle rozumie, co się do niego mówi, i niewłaściwie wykonuje zlecenia lekarza.

Zmylić można guz zrazu skroniowego, dający objawy hemianopsia homonyma completa, z guzem zrazu potylicznego, co jednakże nie ma większego znaczenia, jeśli w czasie operacji wybrać płat skórno - kostny dostatecznie duży. Następnie, zmylić można czasami z guzem móżdżku (u chorych, u których nie można wykonać badanie oka perymetrem), np. rozległe guzy skroniowo-potyliczne;

ułatwi tutaj właściwe rozpoznanie zdjęcie rentgenowskie czaszki, po uprzedniem wpuszczeniu do komór powietrza (ventriculographia).

Wczesne rozpoznawanie nowotworów mózgu okolicy czołowej. (Le diagnostic précoce des tumeurs de la région frontale). De Martel, Guillaume i Lassery.

Le Journ. Médical Français Nr. 10, październik 1931 r.

Rozpoznawanie takie jest naogół trudne, gdyż okolica odnośna, będąc położona zdala od szlaków ruchowo - czuciowych i wzrokowych i względnie późno doprowadzająca do wzmożenia ciśnienia wewnętrznego, uchodzi za „niemą" pod względem neurologicznym. Jednakże i tutaj, przy dokładnem i sumiennem zbadaniu chorego i znajomości zespołu typowych objawów (tak zwanego „zespołu czołowego"), wczesne rozpoznanie guza okolicy czołowej jest zupełnie możliwe. Guzy odnośne bywają dwu rodzajów: 1) glejaki, rozwijające się w głębi istoty mózgowej, naciekające, o wzroście szybkim, i 2) guzy opon mózgowych (meningiomata), dokładnie ograniczone, o wzroście powolnym, uciskające na istotę mózgową i elementy naczyniowo-nerwowe w otoczeniu i wywołujące pewne zmiany ze strony części kostnych:

I jedne, i drugie (glejaki—wcześniej, meningiomata — później) dają „czołowy zespół" objawów psychicznych i neurologicznych. Na objawy psychiczne składają się: zaburzenia pamięci (co do faktów dawnych i świeżych), orjentacji co do czasu i przestrzeni, zmniejszenie wrażliwości na wpływy otoczenia, pewna apatja i obojętności na fakty ze swego życia i życia bliskich, brak zainteresowania się idejami wyższego rzędu i stopniowe sprowadzenie swego bytowania do poziomu życia roślinnego. Objawy neurologiczne polegają na pewnych słabo naogół zaznaczonych zaburzeniach ze strony dróg piramidowych, a mianowicie: niedowładzie nerwu twarzowego po stronie przeciwnej względem guza i osłabieniu odruchów ścięgnowo-okostnowych i skórnych.

I. Glejaki wzrastają naogół szybko i już wciągu kilku miesięcy dają wyżej nakreślony obraz kliniczny, uzupełniony niezbyt znacznem wzmożeniem ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Bóle głowy, wymioty i tarcza zastoinowa nerwu wzrokowego we wczesnych okresach choroby są umiarkowanego nasilenia.

II. Meningiomata wzrastają znacznie powolniej od poprzednich, a do „zespołu czołowego" przyłączają się tutaj objawy miejscowe, które umożliwiają dokładne umiejscowienie tych guzów. Meningioma suprasellare należy do grupy guzów okolicy przysadkowej, z objawami ucisku na nerwy wzrokowe (zanik tarczy nerwu), na III komorę (rozszerzenie komór bocznych) i charakterystycznemi zmianami rentgenologicznemi ze strony siodełka tureckiego (zniszczenie jego przedniej części i zagęszczenie okolicy przedsiodełkowej). Meningioma okolicy rynienki węchowej zaznacza się utratą węchu, narazie po jednej stronie, później po obu i objawy wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego występują późno.

Meningioma okolicy małego skrzydła kości klinowej daje objawy ucisku na nerw wzrokowy w foramen rotundum, na szczelinę oczodołową górną, na zatokę jamistą, powodując zanik tarczy nerwu wzrokowego, unieruchomienie gałki ocznej, jej wytrzeszcz i zgrubienie na kliszy rentgenowskiej małego skrzydła kości klinowej.

O pewnych powikłaniach po operacjach na układzie nerwowym ośrodkowym. (Sur certaines complications post-opératoires en chirurgie nerveuse). De Martel, Guillaume i Lassery.

Le Journ. Médical Français Nr. 10, październik 1931 r.

Zaburzenia odnośne przebiegają typowo w sposób następujący.

U chorego, który bezpośrednio po operacji wyglądał zupełnie prawidłowo, po 3 — 4 godzinach ciepłota zaczyna się podnosić, dochodząc szybko do 40° — 41°, tętno staje się częstem, ciśnienie krwi spada, chory wpada w stan, zbliżony do śpiączki. O ile nie zostanie zastosowanie odpowiednie leczenie, gorączka może dojść do 42°, występują obfite krwawienia żołądkowo kiszkowe, wzrasta szybko stężenie mocznika we krwi (do 2 g i więcej) i w ciągu kilkunastu godzin może dojść do zejścia śmiertelnego. Na stole sekcyjnym stwierdza się obrzęk mózgu, rozszerzenie i przepełnienie płynem mózgowo - rdzeniowym komór mózgowych, przekrwienie trzew i liczne wylewy krwawe żołądka i jelit.

Mechanizm powstawania tych powikłań jest następujący: w przebiegu operacji na mózgu względnie rdzeniu występuje odruchowe podrażnienie odpowiednich ośrodków naczynioruchowych (współczulnych), mieszczących się, jeśli chodzi o mózg, w okolicy ciała prążkowanego (corpus striatum); najpierw następuje wzrost ciśnienia tętniczego, ze wzmożoną produkcją płynu mózgowo - rdzeniowego, przepełnieniem komór i uciskiem rozszerzonej III komory na ośrodki regulujące ciepłotę ciała, później zaś — spadek ciśnienia krwi, ze skurczem naczyń brzusznych (wylewy krwawe).

Z rozważań powyższych wypływają pewne wnioski praktyczne. Z chwilą wystąpienia wyżej, opisanych powikłań pooperacyjnych należy jak najszybciej odprowadzić nazewnątrz nadmiar płynu komorowego, będący następstwem wzmożonej produkcji tegoż przez sploty naczyniowe wewnątrzkomorowe. I rzeczywiście, z chwilą opróżnienia komór odnośne objawy kliniczne ustępują natychmiast.

Autorowie pracy niniejszej, w celach zapobiegawczych, po wszelkich operacjach mózgowych z reguły pozostawiają sączki w ranie, sięgające zbiorników płynu mózgowego na podstawie czaszki. W ciągu pierwszych 24 godzin płyn ten wypływa w ilościach ogromnych (500 — 600 cm³), po 2 — 3 dniach ilość płynu wypływającego znacznie się zmniejsza i sączki wówczas można już bezpiecznie usunąć.

Obraz kliniczny i leczenie bólów czynnościowych w zakresie nerwu trójdzielnego. (Les algies faciales — types cliniques et indications thérapeutiques). Thurel.

Le Journ. Médical Français Nr. 10, październik 1931 r.

Bóle powyższe mogą być następstwem nerwobólu nerwu trójdzielnego, różnych schorzeń anatomicznych tego nerwu (neuralgja objawowa) i odruchowych zaburzeń ze strony nerwu współczulnego.

I Nerwoból nerwu trójdzielnego. Istotą jego jest nadwrażliwość nerwu, który reaguje bólem na najdrobniejsze i najniewinniejsze nawet podniety zewnętrzne. Cierpienie to występuje wyłącznie po 40 roku życia. Charakterystyczną cechą tego bólu jest to, że występuje on napadowo z przerwami zupełnie bezbolesnemi; napady takie występują zwykle co kilka minut i trwają po parę sekund, a ból promieniuje dośrodkowo wzdłuż nerwu i dotyczy zawsze tej samej względnie tych samych gałązek nerwowych (nadoczodołowej, podoczodołowej, bródkowej, nosowej, podniebiennej, skroniowej, językowej). Z czasem bóle powyższe dochodzą do znacznego nasilenia, obejmują i sąsiednie gałązki nerwowe i mogą im towarzyszyć wówczas wtórne zaburzenia ruchowe (drgawki, drżenie mięśniowe w zakresie twarzy), naczynioruchowe i wydzielnicze (łzawienie, ślinotok, nadmierne wydzielanie śluzu w nosie).

Jedynym objawem przedmiotowym jest ból, wywołany przez uciskanie nerwu w jednym stałym punkcie, i zbliżony zupełnie charakterem swym do bólu samoistnego, to jest szerzy się od obwodu — w kierunku dośrodkowym.

Leczenie polega na zniszczeniu danej gałązki nerwowej zapomocą wstrzyknięcia w jej otoczenie alkoholu 90%. W razie niemożności dostania się do odnośnej gałązki, wstrzykuje się alkohol bardziej dośrodkowo (fossa pterygomaxillaris, okolica foramen ovale, zwój Gassera). Napady bólowe ustępują natychmiast, ale tylko na 1½ do 2 lat, po którym to terminie nerw się odradza i napady bólowe wracają. Radykalne leczenie polega na operacyjnem przecięciu nerwu powyżej zwoju Gassera, co przez wielu chirurgów jest uważane nawet za metodę leczniczą z wyboru.

II. Neuralgje objawowe nerwu trójdzielnego. Na ich etjologję składają się: ucisk nerwu w szczelinie klinowej, w okolicy zatoki jamistej (guzy przysadki), na podstawie czaszki (nowotwory, meningitis basilaris luetica), w kącie mostowo - móżdżkowym i t. p., a pozatem grają tutaj rolę zapalenia i guzy samego nerwu (radiculitis luetica, neuritis diabetica). Bóle są o charakterze stałym, nasilającym się okresowo; dotyczą one najczęściej całego nerwu , a mogą promieniować i na sąsiednie nerwy. Bóle te nie osiągają nigdy tego nasilenia, co w nerwobólu samoistnym, a z czasem (w miarę zaniku nerwu) słabną jeszcze więcej. Bardzo wcześnie występuje obniżenie czucia (hypoesthesia) odpowiednich odcinków skóry i śluzówki (zanik odruchu rogówkowego) i niedowład mięśniowy (następowy zanik żwaczy).

Leczenie powyższych przypadków musi być wyłącznie przyczynowe. Wstrzykiwanie alkoholu i przecinanie nerwu pozostaje tutaj zupełnie bez wyniku.

III. Odruchowe bóle twrzy, pochodzenia współczulnego. Są to bóle, wywołane na drodze odruchu przez jakieś cierpienie w zakresie nerwu trójdzielnego, jako to: choroby zębów (zęba mądrości, abscessus apicalis), zapalenia zatok nosowych, szczękowych, schorzenia oczu, urazy twarzy i czaszki (czasem nawet niewielkie). Bóle te są ciągłe lub napadowe, obejmują większy odcinek ciała (poza granicą, nerwu trójdzielnego), promieniują do karku, kończyny górnej, mają charakter piekący i wyraźnie nasilają się pod wpływem wzruszenia psychicznego i niepokoju. W okresie nasilenia bólów towarzyszą odpowiednie zaburzenia naczynioruchowe i wydzielnicze (zaczerwienienie, łzawienie, ślinotok i t. p.).

Leczenie powino być skierowane wyłącznie w kierunku czynnika pierwotnego, wywołującego na drodze odruchu powyższe zaburzenia nerwu współczulnego.

IV. Bywają wreszcie bóle twarzy pochodzenia współczulnego, które przychodzą do skutku nie na drodze odruchu, a wskutek pierwotnego schorzenia nerwu współczulnego względnie odpowiednich zaburzeń psychicznych.

Jeśli chodzi o pierwotne schorzenie układu współczulnego, to wyniki lecznicze uzyskać można na drodze leczenia wewnętrznego (genatropina, środki wstrząsorodne, wyciągi gruczołowe) lub operacyj na szyjnej części nerwu współczulnego.

Związek przyczynowy gruźlicy gruczołów chłonnych na szyi z próchnicą zębów. (Les adenopathies cervicales tuberculeuses et les caries dentaires). Veyrassat.

La Presse Méd. Nr. 11, luty 1932.

Zwykłym, ogólnie przyjętym sposobem leczenia schorzałych gruźliczo gruczołów chłonnych na szyi można zrobić jeden zasadniczy zarzut, że są nastawione tylko na zewnętrzny objaw cierpienia, nie uwzględniając prawie wcale jego pierwotnej przyczyny i punktu wyjścia zakażenia. Tem się tłumaczy niepewność wyników tego leczenia, jego długotrwałość i często spotykane nawroty.

Źródłem zakażenia schorzałych gruźliczo gruczołów chłonnych na szyi bywa, jak wiadomo, prawie wyłącznie jama ustno-gardzielowa, a w szczególności zmienione próchnicowo zęby, w których niejednokrotnie udawało się, w przypadkach gruźlicy szyjnych gruczołów chłonnych, wykazać obecność prątków Kocha. Rzadziej punktem wyjścia swoistej infekcji bywają tutaj: śluzówka ust i gardła, migdałki i skóra głowy. Prątki gruźlicze, osiedliwszy się i rozwijając się w jamach próchnicowych zębów, za pośrednictwem naczyń chłonnych miazgi zębowej przechodzą do naczyń głębiej położonych, a stąd do najbliższych gruczołów chłonnych, lub odrazu do dalej położonych. Gruczoły te narazie zwalczają zakażenie skutecznie, ale z czasem, w miarę przechodzenia do nich coraz to nowych partyj prątków, ulegają w tej walce i same zkolei stają się źródłem zakażenia. Zrozumiałem jest, że leczenie w tego rodzaju przypadkach samych gruczołów do celu nie doprowadzi, gdyż gruczoły te będą stale zakażane na nowo z jam zębowych.

Dlatego też, właściwe leczenie gruźlicy gruczołów chłonnych na szyi powinno być skierowane przedewszystkiem przeciwko zmienionym próchnicowo zębom i powinno polegać albo na wyrwaniu odnośnych zębów (co jest najpewniejsze), albo — conajmniej — o ile zniszczenie zęba nie jest jeszcze zbyt rozległe i głębokie, na jego dokładnem leczeniu zachowawczem. Zaznaczyć przytem nale-

CRYPTARGOL LUMIÈRE

SÓL SREBROWA SIARCZANU SODOWEGO TIOGLICERYDU

OVULUS, 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. Owrzodzenie (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

ży, że owe zęby próchnicowe z zawartemi w ich jamach prątkami Kocha mogą nie sprawiać poza tem żadnych dolegliwości i być niebolesne.

Jako ilustrację do powyższych rozważań autor przytacza historję choroby chorej lat 23, która zgłosiła się do lekarza z powodu obrzmienia niebolesnego gruczołów chłonnych na szyi w postaci pakietu nad obojczykiem lewym, o charakterze gruźliczym. W jawie ustnej znaleziono po stronie lewej żuchwy trzy zmienione próchnicowo zęby, przyczem jeden z nich był zaopatrzony w złotą koronę. Po wyrwaniu dwu z tych zębów i przeprowadzeniu dokładnego leczenia pozostałego zęba, w 15 dni obrzmienie na szyi stało się niewidoczne, a obmacywanie stwierdziło zmniejszenie się tego pakietu gruczołowego do połowy; przyczem zaznaczyć należy, że nie przeprowadzano w tym przypadku żadnego leczenia miejscowego, skierowanego specjalnie przeciwko schorzałym gruczołom.

Leczenie ran tłuczonych palców. (Ecrasements des doigts). Iselin i Berrocal Mribe.
La Presse Méd. Nr. 12, luty 1932.

Autorowie zwracają uwagę na niewłaściwość i opłakane nieraz skutki stosowanego ogólnie w sposób schematyczny leczenia ran tłuczonych palców, które nie uwzględnia dokładnego uprzedniego zrewidowania rany, ocenienia rozległości obrażenia i wykonania jaknajszybszej toalety rany — bez względu na to, czy rana będzie po tem zaszyta, czy nie. Wyszczególnione wyżej warunki właściwego leczenia mają na celu skrócenie do minimum okresu gojenia, ograniczenie ropienia, zabezpieczenie przed miejscowemi i ogólnemi powikłaniami zakaźnemi (np. tężec) i zachowanie jaknajlepszej następowej sprawności czynnościowej palców i kończyny.

Do mogących tutaj wystąpić powikłań należą: długotrwające przetoki ropne wskutek obecności martwaków kostnych, bolesność długotrwała blizny (przy samoistnem zagojeniu się nierozpoznanego i nieleczonego jako takiego złamania paliczków), zapalenie stawów, przylegających do ogniska obrażenia, ciężkie ropowice dłoni i całej kończyny i tężec.

Leczenie powinno polegać w pierwszym rzędzie na dokładnem zrewidowaniu rany i zdaniu sobie sprawy z rozległości zmian urazowych — przy pomocy odpowiednich cięć (na bocznej zwykle powierzchni palców), wykonanych w znieczuleniu miejscowem lub uśpieniu ogólnem. Toaleta tkanek miękkich zasądza się tutaj, jak wogóle zresztą, na wycięciu wszelkich tkanek obumarłych lub skazanych na obumarcie, co dotyczy w pierwszym rzędzie skóry (dokładne obrównanie jej brzegów). Następnie, rana goi się jako otwarta — jak to bywa w większości przypadków, lub zostaje mniej lub więcej doszczętnie zaszyta — w przypadkach bardzo świeżych (do 6 godzin od wypadku), o ranie względnie gładkiej i nadmiarze skóry, który pozwala na jej zeszycie bez jakiego kolwiek napięcia. Nawet w przypadkach rozległych ran z obnażeniem ścięgien i powierzchni stawowych, jeżeli od wypadku nie upłynęło więcej, jak parę godzin, należy zeszyć powięź, torebkę stawową i skórę, o ile tylko tkanki te są zachowane w dostatecznej ilości; przy braku odpowiedniego materjału lepiej jest odrazu dokonać częściowego odjęcia palca. W razie obecności dużego krwiaka podpaznokciowego część paznokcia należy wyciąć, aby jamę krwiaka szeroko otworzyć.

W przypadkach z obrażeniem kości paliczków (co ma miejsce w 70% wszystkich przypadków) — konieczność dokonywania zdjęć rentgenowskich w każdym przypadku ran tłuczonych palców!), jeśli nastąpiło tylko odszczepienie małych kawałków — odłamki te należy usunąć i ranę goić jako otwartą, jeżeli zaś złamanie dotyczy trzonu paliczka — to należy postąpić bardziej radykalnie, nie wahając się przed usunięciem części paliczka kostnego, a nawet przed jego wyłuszczeniem w stawie, jeżeli tylko rana drąży do stawu.

M. Czyżewski.

RENTGENOLOGJA.

Leczenie zachowawcze ostrego wgłobienia jelitowego u dzieci przez zastosowanie wlewanki kontrastowej. (Sur l'examen radiologique de la désinvagination conservatrice non chirurgicale de l'invagination aigue des enfants sous le contrôle des rayons de roentgen).J. Noredtoft.
Journal de Radiologie 1930 r., T. XIV, Nr. 7, str. 369.

A. podaje, iż wykonywał odprowadzenie wgłobienia jelita grubego stosując wlewankę kontrastową. Zabieg wykonano w 108 przypadkach w 56 wgłobień otrzymano wynik zadawalniający, u 4 wynik ujemny: z 4 operowanych 3 wyzdrowienia. 1 przypadek zakończony śmiercią. Objawy radiologiczne, na których opierano rozpoznanie wgłobienia były następujące: 1) zatrzymanie się kolumny barytowej z wytworzeniem wklęsłości, zwróconej dnem ku dołowi (concave); 2) uwydatnienie jesnej przestrzeni zwróconej wypukłością ku górze (convexe) i 3) skrócenie odpowiadającego odcinka jelita.

A. omawia klinicznie i podaje obrazy radiograficzne w 11 przypadkach.

Rentgenoterapja układu sympatycznego w pewnych schorzeniach naczyniowo - sercowych. (Le radiothérapie du sympathique dans certaines affections cardio - vasculaire). L. Delherm et H. Beau.
Journal de Radiologie 1930 r. T. XIV, Nr. 7, str. 391.

A. A. przeprowadzali badania nad wynikami rentgenoterapji w schorzeniu Raynaud, w arteritis obliterans, w dusznicy sercowej i zaburzeniach rytmu serca o charakterze naczyniowym, związanym z nadciśnieniem tętniczem. Przy schorzeniu Raynaud, arteritis obliterans i zaburzeniach naczyniowych AA. stosowali następującą technikę.

1. W zaburzeniach ograniczonych do kończyny górnej, naświetlano okolicę szyjno-grzbietową do D_2 (ośrodki rdzeniowe i zwoje sympatyczne szyjne)
2. W zaburzeniach ograniczonych do kończyny dolnej, naświetlano okolicę grzbietowo-lędźwiową pomiędzy D_{10} - L_2 (ośrodki lędźwiowe i łańcuch sympatyczny lędźwiowy)
3. dodatkowo - pola naświetlania rozłożone wzdłuż naczyń danej kończyny. Uwzględniono dwa pola symetryczne, z każdej strony kręgosłupa: E.

E. 25 cm. D. Foc. 25 cm; filtr 5 mm. Al.; 400 R na seans; 3 seanse w tygodniu; 1.200 - 1.600 R na pole podczas serji; 3 tygodnie przerwy pomiędzy serjami:

A. A. poddają rozważaniu wpływ rentgenoterapji na gruczoły wewnętrznego wydzielania (nadnercza) i wpływ tejże na układ sympatyczny, z którym wiążą otrzymane dobre rezultaty.

W dusznicy sercowej podają te same warunki techniczne jak przy powyżej zastosowanym osiowem naświetlaniu układu sympatycznego, ze zmianą w ustawieniu pól. Stosowano dwa pola na okolicę serca i jego pień naczyniowy, od przodu i od tyłu. Praca zawiera 8 obserwacji dotyczących choroby Raynaud, i przypadek arteritis obliterans; trzy obserwacje dusznicy sercowej.

A. A. omawiają wyniki i metody naświetlań w powyższych schorzeniach podawane przez *Borak'a, Gounin'a, Philipps'a Tunick'a* i innych.

Diagnostyka radjologiczna nawykowych zwichnięć stawu barkowego. (Le radiodiagnostic dans la luxation récidivante de l'épaule). J. Didiée.
Journal de Radiologie 1930 r. T. XIV, Nr. 4, str. 209.

Liczne badania dotyczące nawykowych zwichnięć stawu barkowego wykazywały jako przyczynę niewydolność aparatu mięśniowo — łącznotkankowego w obrębie omawianego stawu. Opierając się na badaniach klinicznych i anatomicznych *Gregoire'a* (1913 r.) który podał iż pewna deformacja główki, jej wydłużenie (spłaszczenie kąta w miejscu przejścia szyjki w sklepienie główki w tylnej części, ubytek kostny w tem miejscu) uspasabia i najczęściej powoduje zwichnięcia nawykowe, a. za cel pracy wyznaczył sobie wykazanie zmian powierzchni w obrazie rentgenowskim.

Metoda a. polega na: 1) zdjęcie stawu barkowego w rotacji wewnętrznej, 2) w rotacji zewnętrznej i 3) w ułożeniu chorego na brzuchu z ręką opartą na biodrze.

Ad 3) postępowanie jest następujące: chory leży na brzuchu, ramię przylega do stołu, głowa zwrócona w stronę kończyny górnej zdrowej, kończyna badana zgięta w stawie łokciowym, kciuk wzniesiony ku górze opiera się na grzebieniu talerza biodrowego. Aby ułożenie ramienia było równoległe do kliszy pod łokieć wkłada się twardą poduszeczkę 6—8 cm grubości; oś międzykłykciowo-bloczkowa ułożona prostopadle do poziomu stołu.

Centrowanie lampy: pochyla się antikatodę ponad łokciem, centrując promień główny na główkę kości ramieniowej pod kątem 45° w stosunku do linji poziomu.

Otrzymany obraz normalny pozwala odczytać: wyrostek barkowy ułożony równolegle do zarysów główki, nasada kości ramieniowej ułożona w rotacji wewnętrznej; zarys sklepienia główki uwidoczniony w 3/4 swego obwodu, panewka zarysowuje się nad sklepieniem główki, wyraźnie zaznaczony guzek większy kości ramieniowej. Obraz rentgenowski przy zwichnięciu nawykowem daje ubytek substancji kostnej na poziomie górno — zewnętrznego zarysu główki. Nierówność ta przechodzi z główki na część szyjki, poza tem obraz anatomiczny w zupełności zgodny z podanem przez Gregoire'a.

Opierając się na dwuch przypadkach, w których zwichnięcie wystąpiło po raz pierwszy, ale badanie opisaną metodą wykazało w główkach kości ramieniowych zmiany charakterystyczne dla zwichnięcia nawykowego — a. proponuje w celach prognostycznych sprawdzanie swoim sposobem wszystkich nastawionych zwichnięć stawu barkowego.

Dr. Konarska.

NEUROLOGJA.

Znaczenie biopsji dla rozpoznawania guzów układu nerwowego ośrodkowego. (La valeur des méthodes biopsiques pour le diagnostic des tumeurs du système nerveux central). E. Forster.
Rev. neur. 1931. T. I, N. I, str. 1.

Autor zachwala nakłucie mózgowe Neissera Pollacka, które stosuje od 25 lat i bez którego obecnie nie niemógłby się obejść. Autor omawia sposób wykonania nakłucia i wybór miejsca. Niebezpieczeństwo nakłucia mózgowego zasadza się tylko na możliwości trafienia na duże naczynie i wywołania krwotoku.

Za pomocą nakłucia mózgowego udaje się rozpoznać nie tylko różne rodzaje guzów, lecz i inne cierpienia: wągrowatość, ropień, torbiel, gruźlicę. Nierzadko występuje efekt leczniczy w krwotokach urazowych pod — i nad— twardówkowych, w wodogłowiu wewnętrznem, torbielach, papilloma plexus chorioidei.

Znaczenie objawów przedsionkowych i zespołu dna w przypadku guza komory IV. (Importance des manifestations vestibulaires et du syndrome du plancher dans un nouveau cas de tumeur du IV ventricule). J. A. Barrè i O. Metzger.
Revue neurol. 1931. T. I, Nr. 1. str. 15.

Istnieje kilka postaci klinicznych guzów komory IV. Należałoby wydzielić postać przedsionkową. Wymioty wczesne, jako jedyny objaw na początku choroby, nagłe, lecz przejściowe załamywanie się jednej lub obu nóg, brak zawrotów samoistnych, i niemożność wywołania ich — stanowi zespół bardzo wczesny powolnego ucisku ośrodków i torów przedsionkowych opuszki. Ponadto słuch bywa normalny i występuje dysharmonja objawów przedsionkowych.

Dwa przypadki naczyniaka mózgu, jeden z nich rodzinny. O znaczeniu ustawienia głowy dla rozpoznania guzów tylnej jamy czaszkowej. (Deux cas d'hémangioblastome du cervelet dont l'un familial. Sur la valeur de l'attitude de la tête pour le diagnostic des tumeurs de la fosse postérieure). C. Vincent i F. Rappoport.
Revue neurol. 1931. T. I. Nr. I. str. 32.

Ustawienie przymusowe głowy, bądź zgięcie ku przodowi, bądź ku tyłowi ma znaczenie decydujące dla rozpoznania guza tylnej jamy czaszkowej tylko wtedy, o ile występuje jako objaw pierwszy, lub przynajmniej jako jeden z pierwszych, albo jeżeli wraz z niem występuje kilka wyraźnych objawów opuszkowych lub móżdżkowych.

Chora, której opis jest podany, miała naczyniaka móżdżku, zaś syn jej — naczyniaka siatkówki. Ojciec umarł wskutek cierpienia mózgowego, wyrażającego się silnemi bólami głowy. Dwie siostry, czy bracia zmarli wskutek zapalenia opon, przebiegającego bezgorączkowo.

Przewlekłe przerostowe zapalenie kilakowe nerwu łokciowego u syfilityka z wiądem rdzenia. (Névrite hyperthrophique chronique scléro-gommeuse du nerf cubital chez un syphilitique tabétique). G. Guillain i J. Périsson.
Revue neurol. 1931. T. I. Nr. I. str. 27.

Przypadek nastręczający trudności rozpoznawcze. Różniczkowanie wahało się między trądem, a kiłą, tem bardziej że pacjent cierpiał na wiąd. Dopiero badanie bioptyczne ustaliło rozpoznanie.

Przegląd porażeń skojarzonych gałek ocznych. (Révision des paralysies des mouvements associés des globes oculaires). Th. Alajouanine i R. Thurd.
Rev. neur. 1931. T. I, N. 2, str. 125.

Porażenie ruchów gałek ocznych dzielimy na: 1) porażenia ruchów dowolnych przy zachowaniu czynności odruchowych i 2) porażenia całkowite, równoczesne ruchów dowolnych i odruchowych.

Porażenia ruchów dowolnych przy zachowaniu czynności odruchowej zależą od uszkodzenia 1) ośrodków psychomotorycznych spojrzenia, które mieszczą się w regio praerolandica, w sąsiedztwie ośrodków twarzy, lub 2) torów ruchowych, z nich wychodzących, które biegną wraz z drogą piramidową.

Całkowite porażenie ruchów dowolnych gałek ocznych we wszystkich kierunkach zwykle łączy się z diplegia facialis cerebralis.

Porażenie poszczególnych ruchów dowolnych na boki zdarza się często, szybko mija i zależy od uszkodzeń okolicy gyrus Rolandi; zaś przy porażeniach ruchów pionowych nie stwierdza się zmian w ośrodkach spojrzenia, natomiast obustronne zwyrodnienia szlaków piramidowych (paralisis pseudo-bulbaris).

Porażenie całkowite dotyczące tak ruchów dowolnych jak odruchowych zależą przeważnie od ognisk w bliskości jąder ocznych, ku którym zmierzają szlaki o charakterze dowolnym i odruchowym. Szlaki te zbierają się w spoidle białem i pęczkach podłużnych tylnych.

Całkowite porażenie ruchów we wszystkich kierunkach zdarza się wyjątkowo: musiały by być zniszczone spoidła białe i oba pęczki podłużne tylne.

Porażenie całkowite ruchów pionowych lub tylko ruchów ku górze zależy od zniszczenia okolicy przywzgórkowej, mianowicie spoidła tylnego. Zwykle równocześnie bywają zniszczone ośrodki źrenicowe, wobec czego ginie odruch świetlny.

Porażenie całkowite ruchów na boki zależy od uszkodzenia czepca mostu. Zniszczenie pęczka podłużnego tylnego prawego wywołuje porażenie ruchów na prawo, zniszczenie lewego — porażenie ruchu na lewo.

Zdarza się częściowe porażenie ruchów odruchowych gałek ocznych.

Porażenie może ulegać rozkojarzeniu: zwłaszcza w przypadkach zdrowienia w początku powracają ruchy odruchowe.

„SANITAS"

Pierwszorzędny Zakład galwanizowania

instrumentów lekarskich

i precyzyjna szlifiernia

wykonywuje wszelkie prace nadzwyczaj starannie, brusi (szlif wklęsły e. t. c.) i galwanizuje (chrom-nikiel) najnowszym sposobem zagranicznym nierdzewiej.

Ceny umiarkowane — wysyłka franco!
Na żądanie prospekty.

CIESZYN
Wyższa Brama 6, telefon 117

Wieloogniskowe surowicze zapalenie opon. (Méningite séreuse à localisations multiples). H. Claude, Velter i de Martel.
Revue neurol. 1931. T. I. Nr. 3. str. 250.

Opis przypadku, który nastręczał wyjątkowe trudności rozpoznawcze. Trepanacja odbarczająca wpływa leczniczo na brodawkę zastoinową; wpływ ten jest stały i decydujący.

Myoklonje pląsawicy elektrycznej Henocha-Bergerona. (Sur les myoclonies de la chorée électrique d'Hénoch-Bergeron). Bogaert i Sweerts.
Revue neurol. 1931. T. I. Nr. 3. str. 262.

Skurcze pląsawicy *Henocha-Bergerona*, nie są rytmiczne i tem odróżniają się od hyperkinez nagminnego zapalenia mózgu. Skurcze pojedyńczych mięśni (typ *Unverrichta-Friedreicha*) stanowi fragment skurczy wielomięśniowych, typ *Bergerona*.

Zespół hypertoniczny i zaburzenia psychiczne po ostrem zatruciu tlenkiem węgla. (Manifestations hypertoniques avec troubles du psychisme consécutifs à l'intoxication oxycarbonée aigue). Chavany, David, Gilbert-Dreyfus.
Rev. neurol. T. I. Nr. 3, str. 269.

Niezwykle szybko po zatruciu tlenkiem węgla występuje zespół hypertoniczny o bardzo dużem natężeniu. Przypomina cokolwiek sztywność

śpiączkową, lecz nie stwierdza się drżenia i skurczy mięśniowych. Zaburzenia psychiczne nie przedstawiają szczególnych cech i zależą nie od zmian w jądrach szarych, a od zmian komórkowych kory, zwłaszcza od licznych małych ognisk rozmiękczeniowych w białej istocie kory.

Patogeneza zmian kuli bladej jest dotąd ciemna, niezależą one od specjalnego ułożenia tętnic. Dla powstawania ognisk w kuli bladej jest niezbędna obecność miażdżycy mózgu (kiła lub alkoholizm).

Dr. Z. Messing.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Krwawienie u młodych dziewczyn i młodych kobiet. (Les hémorragies des jeunes filles et des jeunes femmes). S i r e d e y A.
Bull. méd. 1931 I, 335.

Na wstępie wspomina autor o krwawieniach z macicy u noworodków, które zresztą nie mają nic wspólnego z miesiączką i zazwyczaj mijają bez żadnej terapji. Następnie omawia pokrótce krwawienia u dzieci związane z gonokokowym zapaleniem pochwy, zaznaczając przytem, że najczęściej źródła zakażenia szukać należy w rodzinnem otoczeniu dziecka.

Przechodząc wreszcie do krwawień okresu pokwitania, autor podkreśla znaczenie czynników psychicznych, zaburzeń w krążeniu, czynnika dziedziczności, schorzeń nerek, wątroby i woreczka żółciowego i wreszcie zaburzeń w układzie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

Badanie przypadków krwawienia pokwitania, powinno polegać, poza badaniem ogólnem, na badaniu narządów miednicy małej oczywista per rectum u dziewic. Badanie takie wykryć może zmiany kształtu i wielkości macicy, zmianę jej położenia, niewielkie mięśniaki, schorzenia przydatków, torbielowate zwyrodnienie jajników lub zmiany bliznowate w nich występujące, torbielaki i t. p.

Jednakowoż w całym szeregu przypadków badanie nie wykazuje zmian patologicznych w zakresie narządów miednicy małej. W tych razach o ile krwawienie nie przechodzi, pomimo leżenia w łóżku i starannego leczenia, pozostaje jedynie zbadanie wnętrza macicy, na co oczywista uzyskać musimy zgodę rodziny, gdyż związane to jest z uszkodzeniem błony dziewiczej. Okazuje się wówczas niekiedy, że przyczyną krwawienia były bądź polipy, bądź mięśniaki podśluzowe, bądź rozrost gruczołów śluzówki.

W przypadkach zmian śluzówki macicy skrobanka niekiedy leczy ostatecznie cierpienie, niekiedy zaś pozostaje zupełnie bez skutku, tak, że obrazy mikroskopowe wyskrobanej kilkakrotnie śluzówki nie różnią się zupełnie od siebie. Nie należy przypuszczać, żeby przerost śluzówki miałby być wstępem do zwyrodnienia złośliwego, pomimo wieloletniej obserwacji nigdy w takich przypadkach nie stwierdzono rozwoju raka macicy.

Od chwili zamążpójścia dołączają się nowe przyczyny krwawień z macicy. Chodzi tu przedewszystkiem o sprawy zapalne, toczące się w macicy, lub, co częściej, w jej otoczeniu, a wywołane przez gonokoki lub pałeczki okrężnicy. Ponadto występują w tym okresie krwawienia związane z ciążą, w postaci przedewszystkiem grożącego poronienia.

Leczenie krwawień okresu pokwitania polegać winno na bezwzględnym spokoju, najlepiej leżeniu w położeniu poziomem z wzniesionemi ku górze nogami. Leczenie organopreparatami wskazane jest w przypadkach zaburzeń hormonalnych w każdym razie dobrze jest podawać wapń, surowicę i żelatynę; stałym lekiem pomocniczym winien być sporysz. Ponadto u młodych kobiet (nie dziewic) wskazane są gorące irrygacje 50° C., kanką à double courant...

Jeśli to leczenie nie pomaga, przejść należy do terapji czynnej, jako to: skrobanie, wycięcie mięśniaków i t. p. Autor gorąco poleca leczenie radem krwawień z macicy, jako środek pewny i o tyle lepszy od wycięcia macicy, że znane są po zastosowaniu radu jeszcze przypadki zajścia w ciążę.

Rozpoznanie rentgenologiczne w ginekologji. (Le radio-diagnostic en gynécologie). D o u a y.
Sprawozd. z Kongresu w Gynécol. et obstétr. I. 24, Nr. 4 r. 1931.

W związku z tematem głównym na Zjeździe ginekologów francuskich w Bordeaux w październiku 1931 r. zabrał głos *Douay* z Paryża. Zastanawiał się on nad wartością dwu do niedawna uważanych za konkurencyjne metod badania drożności jajowodów: przedmuchiwanie i salpingografji. Autor wykonał 576 przedmuchiwań i 709 hystero-salpingografji. W świetle obecnych doświadczeń nie ulega wątpliwości, że metody omawiane nie są konkurencyjne ale wzajem się dopełniają: orjentacyjną metodą będzie zawsze przedmuchiwanie, zaś tam, gdzie chodzi o ostateczne i ścisłe rozpoznanie, zwłaszcza przed zamierzoną operacją, wykonywaną dla przywrócenia płodności — tam nieodzowne będzie rentgenowskie prześwietlenie jajowodów.

Natomiast w myśl zasady naczelnej obowiązującej w medycynie „primum non nocere" ważniejszą może jest kwestja bezpieczeństwa tych metod diagnostycznych.

Otóż nie ulega, zdaniem *Douay*, wątpliwości, że metoda hystero salpingografji kryje w sobie więcej niebezpieczeństwa od przedmuchiwania.

Nie należy jednak przesadzać obaw przed tą metodą, wszak ilość komplikacji według *Douay* nie dochodzi do 1% (0,73%). Powikłania te polegają na odnowieniu się sprawy zapalnej przydatków z powodu przedostania się lipiodolu do jajowodu zamkniętego od strony brzusznej, a otwartego od macicznej. Lipiodol, nie mając niewątpliwie własności bakterjobójczych, drażni jako ciało obce, tak, że z wodniaka czy z innego torbielaka jajowodu (sactosalpinx) wytwarza się ropniak (pyosalpinx) nadając oczywista całemu obrazowi klinicznemu charakter groźny i burzliwy. *Douay* obserwował 3 takie przypadki, które w następstwie po dłuższej obserwacji operował i wszędzie stwierdził niewątpliwe ślady lipiodolu. Ten ostatni pozostawać może w zamkniętych jajowodach bardzo długo, latami: tak naprz. po 3 latach stwierdzono przypadkiem przy sposobności rentgenowskiego badania przewodu pokarmowego obecność lipiodolu w jajowodach, wprowadzonego tam przy hystero salpingografji.

Głównym celem rozpoznawczym salpingografji jest wykrycie przyczyn niepłodności; badanie zawartości macicy, ewent. jej nowotworów, daje mniej pewne wyniki.

Głębokie leczenie rentgenowskie mięśniaków macicy i krwawień okresu przekwitania. (La radiotherapie pénétrante dans les fibromes utérins et leshemorrhagies de la ménopause). R e m y-R o u x.
Bull. Soc. Radiol. méd. France. I. 19. str. 192, 1931.

Technika naświetlań jest następująca: natężenie 200 kilowat., filtr — 1 mm. miedzi i 2 mm. aluminjum; 4 pola: jedno z przodu, jedno od tyłu i dwa z boków; dawka łączna wynosi 4000 R., podana na 4 posiedzeniach po 1000 R., z przerwami jednodniowemi; leczenie trwa zatem przez tydzień; wyjątkowo u osób bardzo otyłych autor daje 6000 R. na 6 posiedzeniach. Po naświetleniu pacjentka powinna pozostać w klinice do następnego dnia, z powodu przykrych objawów ogólnych, występujących zazwyczaj.

Na 159 przyp. (42 — mięśniaków bez krwawienia, 91 — z krwawieniem, 26 — krwawień w okresie przekwitania) autor doznał zawodu zaledwie w 3 przyp. 4 przyp. naświetlane przez innych rentgenologów słabszemi dawkami bezskutecznie, zostały wyleczone metodą autora. Krwawienie ustaje przeważnie natychmiast, najdalej po 1 — 2 miesiącach. Guzy mięśniakowate zmniejszają się prawie zawsze; ich znikanie oczywista zależy od ich wielkości.

Krwawienia maciczne i ich leczenie. (Les métrorragies et leur traitement). C h o m é E d.
Leç. Clin. Tarnier. T. J., str. 140. 1931.

Autor omawia krwawienia z macicy, systematyzując je jak następuje: 1) *krwawienia pochodzenia nowotworowego;* mogą one zależeć od dobrotliwych nowotworów jak uklej (polypus) śluzowy lub mięśniowy, gruczolak dobrotliwy szyjki lub przerost śluzówki, albo też zależą one od nowotworu złośliwego (raka) macicy lub części pochwowej czy pochwy. Grupa powyższa nie wymaga omawiania, jako dobrze znana.

2) Krwawienia na tle zaburzeń w krążeniu. Z dziedziny chorób serca chodzi tu przedewszystkiem o zwężenie zastawki dwudzielnej, gdyż niedomykalność tej zastawki, jak również wady aorty nie odbijają się na krążeniu w zakresie miednicy małej, chyba że dołącza się do tego stanu ogólna miażdżyca tętnic. Objawem omawianych zaburzeń są obfite i długie miesiączki.

Inna zgoła patogeneza zastoju w miednicy małej winna być brana pod uwagę, jeśli w zakresie narządów płciowych mamy do czynienia ze sprawami zapalnemi.

Objawem charakterystycznym jest zmienna wielkość macicy, następnie obrzęk i bolesność przymacicz; podmiotowo chore odczuwają bóle to po jednej to po drugiej stronie, przyczem badanie nie wykazuje większych zmian po stronie bardziej dolegliwych bolów.

Stan ten najczęściej ma miejsce u osób z zaburzeniami w układzie nerwów błędnego i współczulnego, z zaburzeniami naczynio-ruchowemi głównie w zakresie miednicy małej. Zazwyczaj jednocześnie stwierdzamy napady skurczów naczyniowych, zaburzenia cieplne, częstoskurcze i nieregularność tętna, czynnościowe zaburzenia żołądka i kiszek. Z biegiem czasu pod wpływem zastoju mogą wytworzyć się żylaki w przypadkach, które z kolei mogą spowodować szereg zaburzeń w narządach rodnych. Leczenie polegać winno na zabiegach miejscowych, ale także na ogólnej hygjenie życia. U starszych kobiet wskazane jest wyjałowienie promieniami Roentgena.

3) Krwawienia spowodowane schorzeniami krwi. Do grupy tej należy blednica (chlorosis) z obfitemi miesiączkami ustępującemi pod wpływem leczenia żelazem. Anemia perniciosa wywołuje zpoczątku obfite krwawienia miesięczne, potem

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

brak miesiączki. Leczenie w tej grupie powinno i może być ściśle przyczynowe.

4) Krwawienia naskutek zmienionej kurczliwości macicy.

Tutaj wymienić należy przypadki niedorozwoju i mięśniaków macicy, w których przy normalnych pobudkach miesiączkowych przychodzi do nadmiernego krwawienia z macicy z powodu niedostatecznej kurczliwości. Do tej samej grupy zaliczyć należy subinvolutio uteri będące powodem nadmiernie obfitych pierwszych kilku miesiączek po porodzie. Leczenie w tej grupie winno polegać na podawaniu środków kurczących macicę.

5) Krwawienia z macicy pochodzenia jajnikowego.

Omawiając przedewszystkiem jajeczkowanie, względnie jego nienormalności, autor wspomina o drobnotorbielowatem zwyrodnieniu jajników, uważając je za przyczynę endometritis haemorrhagica i przerostu błony śluzowej; następnie autor zwraca uwagę na krwawienia, będące skutkiem nadmiernej obfitości hormonów w organizmie (metrorrhagia polihormonalis), a także na zapalne schorzenia jajników, wywołujące w nich zbliznowacenie; to ostatnie jest przeszkodą dla normalnego pękania pęcherzyka Graafa, co powoduje nadmierne wysycenie organizmu follikuliną, przy t. zw. follikulus persistens.

Z chorób ogólnych pamiętać należy o kile; która może wywoływać zmiany w jajniku częściej, jak sądzono dotychczas. Wogóle powiedzieć trzeba, że jajnik stanowi jeden z najczulszych narządów na wszelkie zakażenia i zatrucia rozmaitego pochodzenia. Gruczoły wewnętrznego wydzielania a zwłaszcza tarczyca i przysadka mają niewątpliwy wpływ na prawidłowy przebieg menstruacji.

Leczenie zaburzeń na tle hormonalnym uważa autor za znane, podkreśla jedynie stosowanie insuliny w krwawieniach tej grupy.

Nowa metoda reakcji biologicznej wczesnego rozpoznania ciąży. (Nouveau procédé de diagnostic biologique de la grossesse). B r o u h a.
Paris méd. 1931.I, 496.

Zwierzęciem doświadczalnym jest młoda królica (2—3 miesięczna) niekoniecznie niedojrzała; przeciwnie u zwierząt niedojrzałych reakcja przebiega leniwiej. Zasadniczą wartością nową omawianej próby biologicznej jest jej szybkość. Już w 24 godz. po injekcji dożylnej 5 cm³ moczu (do żyły brzeżnej ucha), występują punkty krwawe w jajniku królicy (wylewy krwawe do pęcherzyka Graafa), które stwierdzić można zapomocą próbnej laparatomji, tak, że to samo zwierzę doświadczalne może być parokrotnie używane do reakcji. Ponieważ nadają się do tego królice dojrzałe, jak wspomniano na wstępie, dobrze jest w razie wątpliwości stwierdzić laparotomją próbną stan przed doświadczeniem. Czas trwania reakcji wynosić winien 24—48 godz., gdyż nie zawsze już po 24 godz. występują punkty krwawe. Wykonano próbę w 110 przyp., z tego w 52 była ciąża przynajmniej 2 mies. Na III dz. połogu reakcja znika. W pozostałych 58 przyp. ciąży nie było i reakcja wypadła ujemnie; w przypadkach tych miały miejsce rozmaite schorzenia ginekologiczne, między innemi nowotwory złośliwe.

Okres, w którym zapłodnienie jest możliwe. (Le moment propice a la fécondation). R e g n a u l t J.
Progrés med. 1931 II, 1528.

Autor polemizuje z *Knaus'em*, który twierdził, że kobieta może zajść w ciążę od 10 do 17 dnia cyklu miesiączkowego. Tymczasem autor przytacza kilka przypadków, z których zapłodnienie nastąpiło na 6, 7 dzień od początku miesiączki, względnie tuż przed następną miesiączką. Wobec tego autor pragnie wzbudzić dyskusję nad omawianą sprawą.

Napięcie macicy i jego zmiany. (Le tonus utérin et ses variations). M a h o n R.
Gynéc. Obstetr. T. 25, Nr. 1, 1932.

Napięcie macicy jest to, zdaniem autora, pewien stopień stałego skurczu, będącego odruchem na rozciąganie od wewnątrz. Zmiany tego napięcia zależeć mogą tylko od zmian objętości macicy, to też w czasie porodu spostrzec je można dopiero po wydaleniu płodu, względnie w niektórych przypadkach po odpływie wód płodowych. Natomiast często używane wyrażenie „zmiana napięcia macicy w czasie porodu" winno być zarzucone, gdyż nie odpowiada ono pojęciu trwałości, jakie istnieje niewątpliwie w słowie „napięcie"; omawiane przed chwilą wyrażenie odnosi się raczej do jakości skurczów macicy.

Teoretycznie odróżnić należy napięcie od kurczliwości (rétractilité) mięśnia; to ostatnie pojęcie związane jest ściśle z elastycznością włókien mięśniowych; praktycznie jest prawie niemożliwością odróżnić od siebie te dwa rodzaje czynności mięśni.

Ze środków farmakologicznych jedynie morfina wywiera pewien nieznaczny wpływ na napięcie macicy, w kierunku jego zmniejszenia...

Tak zwane patologiczne zmiany napięcia są raczej zaburzeniami w kurczliwości mięśnia macicy; zazwyczaj miesza się hypertonję czyli wzrost napięcia bądź z tężcem macicy t. j. jej skurczami zbyt często po sobie występującemi, bądź z trwałym obkurczeniem wywołanym przez utratę elastyczności, zależną od zmian mikroskopowych mięśnia, występujących w związku z przemęczeniem.

Ponieważ czynnościowe zniesienie unerwienia dzeniowego (naprz. zapomocą znieczulenia ledźwiowego) wzmaga konsystencję mięśnia macicy można przypuścić, że napięcie macicy zależy od układu anatomicznego współczulnego w jego części miednicowej, natomiast w rdzeniu znajdują się raczej ośrodki hamujące, zmniejszające tonus.

Podania doświadczalne w niniejszej pracy prowadził autor zapomocą t. zw. hysterografji zewnętrznej, podanej przez Fabre'a. Aparat ten składa się z elastycznego pasa otaczającego brzuch i cardiografu Marey-Pachon'a. Aparat opisuje i zachwala również H. Vignes w Physiologie Obstétricale" na str. 305.

Leczenie rzucawki porodowej, oparte na fizjopatologji. (Therapeutique de l'eclampsie basée sur la physiopathologie). W o d o n J e a n - L o u i s.
Arch. internat. Méd. expér. T. 6, str. 245, 1931.

Opierając się na badaniach fizjologicznych, świadczących o przeciwskurczowym działaniu magnesium sulfuricum, zaleca autor stosowanie w przypadkach rzucawki porodowej 50% magnesium-sulfuricum w dawkach4 cm³ śródmięśniowo co 2½ godziny aż do ustania napadów i jeszcze dwa razy w ciągu następnych 12 godzin. Ogólna ilość magnesium sulfuricum może dojść w poszczególnych przypadkach do 60 gr. na dobę. Wyniki są dobre oczywista bez stosowania innego leczenia.

Magnesium sulfuricum wpływa hamująco na skurcze macicy i dzięki temu może być używane do regulowania nieprawidłowych bólów porodowych.

Omawiany lek wywołuje również spadek ciśnienia u eklamptyczek mniej więcej o 20 mm. Hg. przy ciśnieniu maksymalnem 180 — 230 mm. Hg.

Wymioty w ciąży w ciężkiej postaci wyleczone za pomocą insuliny. Stopniowy spadek współczynnika Maillard'a. (Vomissements graves de la grossesse guéris par l'insuline. Abaissement progressif du coefficient de Maillard). P i g e a u d et P i z z e r a.
Lyon méd. 1931, I, str. 821.

29-letnia ciężarna w II miesiącu cierpiąca na ciężkie wymioty została uleczona zapomocą insuliny. Podawano dziennie po 15 jednostek insuliny, wraz z 15 gr. glukozy.

Ścisła obserwacja nie wykazała nigdy spadku cukru we krwi (hypoglikemia).

Leczenie trwało 2 tygodnie, poczem wystąpiła znaczna poprawa samopoczucia, waga zwiększyła się wydatnie, aceton, znikł, a współczynnik Maillard'a w moczu obniżył się znacznie.

Rozszerzone wycięcie pochwy i macicy przez pochwę i przez cięcie brzuszne w przypadkach raka macicy. (La colpo-hystérectomie élargie par voie combinée vagino - abdominale pour canceer de l'utérus).. M o c q u o t P. et G. B o q u e l i.
Journ. de Chirurg. T. 38, str. 305, 1931.

Znieczulenie ledźwiowe—0,12 narkainy. Okrężne cięcie w śluzówce pochwy na granicy górnej i średniej trzeciej części pochwy, odpreparowanie ścian pochwy od przodu i tyłu, ku pęcherzowi i odbytnicy! zeszycie górnej części pochwy szwem ciągłym. zeszycie ścian dolnej części pochwy ze sobą.

Na tem kończy się pochwowa część operacji. Przejście do cięcia brzusznego oczywista po odpowiednich zabiegach w zakresie aseptyki. w sposób typowy wycinamy macicę wraz z oddzielonym uprzednio górnym odcinkiem pochwy.

W ten sposób uzyskujemy dokładniejsze i łatwiejsze technicznie wycięcie pochwy w najbliższem otoczeniu nowotworowo zmienionej szyjki.

Wyniki tej operacji są bardzo zachęcające co do wyników odległych istotnego wyleczenia.

W sprawie zachowania się w przypadkach nieprawidłowości skurczów macicy w pierwszym okresie porodu. (De la conduite a tenir en présence des anomalies de la contraction uterine, durant la premiere periode du travail). J e a n n i n C.
Paris Médical, T. 21, Nr. 51, 1931.

Artykuł nosi charakter wykładu klinicznego, w którym autor, prof. uniwersytetu, daje rzut oka na zachowanie się lekarza - położnika w zwalczaniu nieprawidłowości bólów porodowych.

Autor jest stronnikiem regulowania siły skurczów porodowych. Poleca on mianowicie przy nadmiernie silnych bólach zwłaszcza u pierwiastek podawanie spasmalgine'y, jako środka uspakajającego. Przy pierwotnie słabych bólach autor poleca wyciąg z tylnego płata przysadki mózgowej, jednakowoż nie radzi stosować go wcześniej, jak przy rozwarciu na pięcio-złotówkę. Zbyt wczesne stosowanie hypophysis jest nie tylko niebezpieczne, ale i bezcelowe, bo po paru niby silniejszych skurczach wraca dawne osłabienie macicy. Najprzykrzejszym powikłaniem ale i najczęstszym jest nieregularność bólów, przy której występuje jednoczesna ich słabość, gdyż brak po nich postępu porodowego. W tych przypadkach należy uspokoić najpierw zapomocą spasmalginy, a następnie pobudzić do czynności zapomocą hypophysis, leki powyższe podawać można nietylko naprzemiennie, ale i jednocześnie, wstrzykując naprz. 1cm³ spasmalgine'y z 0,3 cm³ hypophysis.

Sprawa przebicia pęcherza płodowego jako zabiegu przyśpieszającego poród, nie jest jeszcze, zdaniem autora, dostatecznie wyjaśniona. Tem niemniej sądzi on, że w przypadkach nadmiaru wód poprzedzających i przy dostatecznym rozwarciu (na pięcio-złotówkę) można przebić pęcherz płodowy i że przyśpiesza to znacznie poród.

Powikłania pęcherzowo-moczowodowe w czasie porodu. (Les complications vésico-uréterales au cours de l'accouchement). V a u d e s c a l R.
Leç. Clin. Tarnier T. 6, str. 121, 1930.

Zastanawiając się nad przyczynami obrażeń układu moczowego autor zwraca uwagę na przekrwienie miednicy małej i na obrzęk tkanki łącznej, które jakoby mogą doprowadzić do anemji i wtórnej nekrozy moczowodu; oczywista nie mówiąc o ucisku samej główki na drogi moczowe. Przy zakładaniu kleszczy można uszkodzić pęcherz bezpośrednio łyżką, lub też pośrednio przynieść mu szkodę przez powstające blizny. Pamiętać pozatem należy, że uszkodzenia przepony moczowo-płciowej zmienia statykę nie tylko macicy ale i pęcherza, w którym wytwarza się t. z. cystocoele.

Zapalenie pęcherza może być skutkiem cewnikowania rodzącej, tego rodzaju cystitis trwa niekiedy bardzo długo i jako główny objaw ma nie tyle bolesne ile częste oddawanie moczu.

Pęknięcie pęcherza w czasie porodu należy do wielkich rzadkości; krwawienie z pęcherza jest zazwyczaj skutkiem pęknięcia żylaka.

Zatrzymanie moczu jest czystem powikłaniem porodu; już w czasie porodu trzeba niekiedy spuszczać mocz cewnikiem, gdyż rodząca sama oddać moczu nie może; po porodzie położnica nie mo-

że oddać moczu z powodu niedowładu ściany pęcherza uciśniętej w czasie porodu przez główkę. Jeśli stan ten trwał krótko, obrzęk śluzówki mija prędko, czynność pęcherza wraca do normy; uporczywe zatrzymanie moczu jest skutkiem niedowładu rozciągniętej ściany pęcherza uprzednio uciśniętej.

Późno występujące utrudnienie w oddawaniu moczu jest zazwyczaj skutkiem blizn powstałych dookoła cewki moczowej po porodzie. Pamiętać o tem należy przy cewnikowaniu, gdyż cewka niekiedy kolanowato zgięta usposabia łatwo do powstania t. z. fausse route; z tych też względów używać należy w tych przypadkach tylko miękkich cewników.

Nie trzymanie moczu po porodzie występuje bądź z powodu przetoki, bądź w związku z uszkodzeniem przedniej ściany pochwy i diaphragma uro-genitalis.

Ta ostatnia postać może współistnieć z wypadnięciem narządu rodnego, lub nie. Przednia część cewki przy tym stanie pozostaje za spojeniem łonowem, a tylna rozciąga się lejkowato co powoduje rozciąganie zwieracza i nietrzymanie moczu.

Leczenie tego stanu polegać winno oczywista na naprawie wypadnięcia narządów rodnych z ewen. zeszyciem krocza; operować należy po zupełnem zwinięciu się macicy, tymczasem zaś wskazane są lekkie masaże, djatermja cewki i pochwy, ewentualnie pessarjum.

W przypadkach przetok pochwowo pęcherzowych należy przed operacją wypróbować cewnik á demeure, przypalanie lapisem, co niekiedy daje zupełne zagojenie bez operacji.

W sprawie cięcia cesarskiego z czasowem pozostawieniem macicy poza jamą brzuszną (operacja Portes'a). (A propos de la cesasienne avec exteriorisation temporaire de l'uterus (operation de Portes). Devraigne L. Mayer M.

Gynec. Obstetr T. 25 Nr. 1 1932.

W latach od 1924 — 1930 r. wykonano w szpitalu Lariboisiere osiem razy operację Portes'a z wynikiem dobrym. Wszystkie matki żyją, a z 8 dzieci wydobyto żywo 6. Z wymienionej liczby operacji — dwie wykonano w okresie, kiedy niewykonywano jeszcze cięcia cesarskiego w dolnym odcinku. To też wskazania tu były nieco inne, niż w pozostałych 6-ciu, gdzie operację omawianą wykonano tylko jako metodę konkurencyjną operacji Porro. Innemi słowy wskazaniem była konieczność rozwiązania rodzącej cięciem cesarskim, przy jednoczesnem braku warunków do niego, gdyż wnętrze macicy było prawdopodobnie już zakażone.

U pięciu rodzących wody odeszły już przynajmniej od 41 godzin (od 41 godzin 30 minut do 93 godz.); u jednej wody odeszły dopiero od 16 godzin, ale wykonywano u niej poza szpitalem szereg operacji położniczych per vias naturales.

Ciepłota wahała się od 38.5° C. do 40,5° C. w momencie operacji; jedna tylko rodząca wykazywała ciepłotę 37,6° C., ale wody u niej odeszły przed 93 godzinami i płód był w położeniu poprzecznym zaniedbanym z barkiem zaklinowanym i rączka w pochwie.

Dwie z operowanych kobiet zaszły następnie w ciążę; jedna urodziła żywe i zdrowe dziecko, wagi 2350 gr.; druga poroniła w IV miesiącu ciąży, a w dwa miesiące potem hysterografja lipiodolem stwierdziła normalny kształt jamy macicy.

Przebieg pooperacyjny był prawidłowy, jedynie aż w 3-ch przypadkach zauważono rozejście się szwu macicy.

Autorzy przypuszczają, że było to skutkiem zbyt szybkiej resorbcji katgutu. W dwu przypadkach wykonano wtórny szew macicy z dobrym wynikiem, w jednym rany nie zeszywano, a macica sama wróciła do normy, czego dowodem była wyżej wspomniana ciąża z poronieniem w IV mies., i kontrola rentgenowska.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Przypadek parapsoriasis guttata prawie wyleczony przy pomocy złota. („Parapsoriasis guttata" presque guéri par l'or). Gougerot i Cartiaud.

Bullet de la Soc. de Dermat et de Syphil. Nr. 4, 1931

Autorzy podają opis przypadku parapsoriasis guttata, w którym wykwity utrzymywały się od sześciu lat, były bardzo liczne i dochodziły średnicą do 40 mm., przypominając wykwity parapsoriasis en plaques. Próba tuberkulinowa była silnie dodatnia, leczenie miejscowe bezskuteczne. Zastosowano w końcu dożylne zastrzyki preparatów złota (crisalbine Poulenc) w dawkach 0.05 do 0.25, w ilości 17 zastrzyków w przeciągu około 4-ch miesięcy. Poprawa wystąpiła wyraźnie po 8-ym zastrzyku. Po ukończeniu tej serji zastrzykówwykwity znacznie cofnęły się, nie ustąpiły jednak całkowicie. W kilka miesięcy potem chory zgłosił się z zaostrzeniem się choroby, po 3-ch zastrzykach, zadowolony z wyniku, zaprzestał leczenia.

Ogólne poarsenowe zapalenie skóry, powikłane licznymi podskórnymi ropniami. (Erythrodermie arsenicale, suivie de multiples abcès sous-cutanés à staphylocoques). Louste, Thibaut i Delaporte.

Bullet. de Soc. de Dermat. et de Syphil. N. 4, 1931.

Mężczyzna 19-letni z powodu kiły świeżej drugorzędnej otrzymał i zniósł dobrze pierwszą kurację specyficzną mieszaną (neo-arseno-benzol i Quinby). Po 2-tygodniowej przerwie rozpoczęto drugą kurację salvarsanową lecz zaraz po pierwszych zastrzykach pojawiły się objawy nietolerancji w postaci bólu głowy, wymiotów i podniesienia ciepłoty. Po 3-im zastrzyku wystąpiło silne swędzenie skóry i prawie równocześnie rumieniowe wykwity, szybko zlewające się z sobą, które wraz z objawami ogólnemi (wysoka ciepłota, częściowa utrata przytomności) dały obraz typowego posalvarsanowego ogólnego zapalenia skóry (erythrodermia — obrzęk i zgrubienie skóry, sączące pęcherzyki). Zastosowano leczenie moczopędne (1,5 theobrom. pro die) w połączeniu z wyciągami z wątroby. W okresie cofania się obrzęku i ustępowania zaczerwienienia pojawiły się początkowo na udzie, następnie na brzuchu i klatce piersiowej liczne podskórne ropnie, których ropa

obfitowała w gronkowce. Takie powikłanie jest zjawiskiem rzadkiem. Prawie zawsze powierzchowne zmiany ropne (impetigo, furunculus) wikłają posalvarsanowe zapalenie skóry, bardzo rzadko zjawiają się podskórne zmiany. Jakkolwiek głębokiego ogniska pierwotnego nie można było stwierdzić w żadnym organie wewnętrznym — należy przypuścić, że zakażenie poszło drogą krwiobiegu.

Mięsakowatość typu Kaposiego a leukemja limfatyczna. (Sarcomatose idiopathique de Kaposi et leucèmie lymphoïde). L. Hufnagel i A. Dupont.

Bullet. de Soc. de Dermat. et de Syphil. N. 4, 1931.

U 75-letniego mężczyzny (izraelity) od 3-ch lat stopniowo pojawiały się coraz liczniejsze wykwity. Przypadek był typowym dla choroby Kaposiego. Wykwity umiejscowiły się mniej-więcej symetrycznie, wyłącznie na kończynach. Wielkość tych guzowatych, żywoczerwonych, sinych a nawet ciemnofjoletowych zmian była rozmaita. Guzki mniejsze, wielkości śrutu i grochu, były bardziej wypukłe, większe były bardziej płaskie i tworzyły wyniosłe tarczki o nieregularnych zarysach. Spoistość wykwitów przypominała naczyniaki. Stan ogólny chorego był dobry. W przypadku opisanym oprócz wyżej wymienionych znamiennych dla choroby Kaposiego objawów istniała rzadko spotykana limfocytoza krwi (ciałek czerwonych 3.200.000; ciałek biał. 47.600; limfocytów 93%), która nasuwała na myśl obecność współistniejącej limfatycznej leukemji. Szczegółowe badania histologiczne skrawków wykazały wprawdzie istnienie szczególnie obfitej ilości t. zw. prolimfocytów *(Ferrata)*, nie wyjaśniły jednak zagadnienia czy i jaki związek istnieje pomiędzy mięsakowatością Kaposiego, która właściwie niesłusznie nosi tę nazwę schorzenia o cechach nowotworu złośliwego, a leukemją limfatyczną.

Powtarzające się napady gruźliczego zapalenia otrzewnej, wywołane skaryfikacją tocznia (Poussées répétées de péritonite tuberculeuse provoques par autant de scarifications d'un lupus vulgaire) Ch. Audry.

Bullet. de Soc. de Dermat. et de Syphil. N. 4, 1931.

Uogólnienie się infekcji gruźliczej lub zaostrzenie starych ognisk w organach odległych, występujące po krwawym leczeniu tocznia skóry, jest rzeczą ogólnie znaną, jednak tak rzadką, że autor w ciągu swej 39-letniej praktyki spotyka się z podobnym przypadkiem po raz pierwszy.

Przed 13 laty leczył dziewczynkę z powodu tocznia na skrzydełku nosa (scarificatio i t. d.) — z dobrym wynikiem. Chora ta zgłosiła się ponownie po 4-ch latach z nawrotem tocznia na nosie, na śluzówce dziąseł i gardła. Z powodu rozległości zmian na błonach śluzowych autor zastosował leczenie tuberkuliną, które zostało przerwane skutkiem podniesienia ciepłoty i pojawienia się pokrzywkowej wysypki na całem ciele (alergicznej). Po następnych 4-ch latach autor dokonał wyłyżeczkowania ogniska chorobowego i skierował chorą do przyżegania zmian na śluzówkach. Chora zgłosiła się znowu po 4-ch latach z nawrotem. Wykonano skaryfikację skaryfikatorem Brocqa i zastosowano następnie maści z kwasem pyrogallusowym i jodoformem. W 15 dni po tym zabiegu ciepłota podniosła się, wystąpiły bóle brzucha, wymioty, biegunki i wzdęcie. Dolegliwości te zaostrzyły się wyraźnie po 2-giej skaryfikacji, wykonanej w 2 miesiące później. Po wykluczeniu zajęcia wyrostka robaczkowego rozpoznano peritonitis tuberculosa. Stan chorej po naświetlaniach promieniami ultrafjoletowymi poprawił się.

Chora zgłosiła się jeszcze raz po 2-ch latach znowu ze znacznem pogorszeniem stanu skóry na nosie, jednak w stanie ogólnym bardzo dobrym.

Autor, nie podejrzewając istotnego związku pomiędzy skaryfikacją a zapaleniem otrzewnej, wykonał znowu skaryfikację, po której w 6 dni pojawiły się te same, co przed 2-oma laty objawy otrzewnowe.

W przypadku powyższym trudno zastosować starą hipotezę o septicemji, wszystko przemawia za istnieniem utajonego ogniska około coecum, które wskutek wstrząsu alergicznego, wywołanego przez interwencję krwawą, uległo zaostrzeniu.

Mięsakowatość typu Kaposiego, jej histo i patogeneza. („La sarcomatose idiopathique pigmentaire multiple de Kaposi et ses interprétations histogénétiques et pathogéniques"). L. Hudelo i F. Caillliau.

Annales de Dermat. et de Syphil., N. 4, 1931.

Dokładne badania zmian histologicznych w przypadkach mięsakowatości typu Kaposiego, którego szczegółowy opis kliniczny podał autor w roku 1928 i w innych przypadkach tego schorzenia uprawniają autora do wysnucia następujących wniosków: choroba K., niema żadnych cech nowotworów złośliwych, jakimi są mięsaki. Proces chorobowy polega na proliferacji komórek nerwowych, znajdujących się w warstwie średniej i zewnętrznej ścian naczyń krwionośnych (proces pierwotny) i na następowem tworzeniu się nowych naczyń i ektazji skutkiem drażnienia śródbłonka naczyniowego (proces wtórny). Autor wykazuje w swoich preparatach związek pomiędzy zmienionemi komórkami w wykwitach a komórkami Schwanna, nie znajduje żadnego potwierdzenia dla hipotezy o pochodzeniu tych komórek od glomi periarteriales. Czynnikiem, który ten proces wywołuje, jest, zdaniem autora, czynnik infekcyjny.

Ograniczone wyłysienie czołowe. (De l'alopécie liminaire frontale). R. Saboureaud.

Annales de Dermat et de Syphil. N. 4, 1931.

Czasowe wypadanie włosów daje się zauważyć nawet na najzdrowszych mieszkach (linienie). Włos t. zw. martwy z cebulką „pełną" (zamiast wpuklonej włosa żywego), utracił zupełnie łączność ze skórą w obrębie cebulki, utrzymuje się jednak jeszcze w mieszku około 75 dni skutkiem przyczepienia się jego ścian bocznych. W ciągu tych 75 dni odbywa się w mieszku proces, prowadzący do powstania nowego włosa. W przypadkach łojotoku, wyłysienia pogorączkowego a także wyłysienia plackowatego, każdemu wypadnięciu włosa towarzyszy zawsze powstawanie nowego włosa, tylko, że włos nowy jest znacznie mniej wartościowy od poprzedniego, jest słabszy, cienki.

Po wypadnięciu tego włosa drugiego, wyrasta trzeci, jeszcze mniej wartościowy — i tak stopniowo włosy zamieniają się w meszek, zaledwie widoczny pod mikroskopem, który zawsze spostrzegamy w skórze wyłysiałej łojotokowej lub peladycznej.

Inaczej toczy się proces w przypadkach, w których po wypadnięciu włosa nie następuje jego odnowa. W tych przypadkach włos zamiera z cebulką wpukloną (favus, folliculitis staphylococ.), a proces chorobowy szybko prowadzi do zbliznowacenia mieszka bez przejścia przez stadjum zanikowe cebulki. O żadnej odnowie włosa w tych razach nie może być mowy. Wyłysienie jest trwałe. Do tej grupy schorzeń zalicza autor także t. zw. alopęcie liminaire frontale, schorzenie bardzo rzadkie. Autor spostrzegał w ciągu swojej praktyki tylko 12 takich przypadków, z tych 10 zgłosiło się ze schorzeniem zupełnie wykształconem, a tylko 2 przypadki w toku tworzenia się sprawy. Obraz kliniczny jest tak charakterystyczny, że, zdaniem autora, należy to schorzenie uważać za odrębną jednostkę chorobową. Sprawa rozpoczyna się zapalnemi sączącemi zmianami w okolicy obu skroni lub zmianami zapalnemi zbliżonemi do wypryskowatych na całej głowie (eczema seborrhoicum). Szybko pojawiają się w miejscu zmian zapalnych bliznowate łysinki, które w końcu tworzą symetrycznie na skroniach wyłysienia o kształcie nieregularnych trójkątów. Skóra w tych miejscach jest zanikowa jak gdyby bliznowata. Podobne wyłysienie powstaje wzdłuż czoła, w odległości około 1 cm. od granicy uwłosienia i łączy pasmem poprzednio powstałe łysiny na skroniach. Obraz powyższy może być niezupełny i składać się tylko z łysinek na skroniach lub niecałkowitego pasma. Leczenie, w okresie, gdy schorzenie jest już całkowicie wykształcone, jest bezskuteczne. W okresie zmian zapalnych stosowanie maści o dużej zawartości siarki (10%), kwasu pirogallusowego (3%) i rezorcyny (3%) skraca okres zapalny, a tem samem zmniejsza następowe wyłysienie.

Z. Jastrzębska.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE

Wpływ wyciągu z tylnego płata przysadki na wydzielanie soku żołądkowego. Stwierdzono klinicznie na całym szeregu przypadków, że wstrzykiwania wyciągu z tylnego płata przysadki powodują wyraźnie zmniejszenie się nadkwaśności żołądka tak, że za pomocą tych wstrzykiwań — przy poparciu leczenia odpowiednią dietą — otrzymano wyleczenie kliniczne i radjologiczne wrzodu żołądka w wielu przypadkach, i to w czasie względnie krótkim. Owe działanie wyciągu przysadkowego w kierunku upośledzenia wydzielania soku żołądkowego odbywa się na drodze zubożenia tkanek i krwi w chlorki i wzmożonego ich wydzielania z moczem. *(La Presse Méd. Nr. 5, 1932).*

Cz.

Leczenie wykręcenia stawu (distorsio) i zapalenia stawu pourazowego zapomocą wstrzykiwania do tkanek przystawowych 1% roztworu nowokainy. R. Leriche i R. Fontaine zalecają w przypadkach wszelkiego rodzaju wykręcenia stawu i stanach pourazowego odwapnienia końców stawowych (bez obrażenia anatomicznego kości), którym towarzyszy zwykle bolesne zapalenie stawu, wstrzykiwanie do tkanek przystawowych 1% roztworu nowokainy w ilości ca 20 cm³, powtarzane codziennie dotąd, dopóki bolesność ruchowa danego stawu nie ustąpi całkowicie. Działanie tych wstrzykiwań jest nietylko objawowe, ale i rzeczywiście lecznicze, gdyż zniesienie bólów w stawie chorym umożliwia jego wczesne i rozległe uruchomienie, co z kolei sprzyja szybkiemu wygaśnięciu procesu chorobowego *(La Presse Méd. Nr. 15, 1932).*

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
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 VI WARSZAWA 1932 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

Z drugiego oddziału chirurgicznego szpitala Dzieciątka Jezus. Kierownik Dr. Z. Sławiński.

podał

DR. FELIKS HŁASKO,
wolontarjusz oddziału.

W sprawie porównawczego rozpoznania i leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego u mężczyzn i kobiet

Długoletnie obserwacje nad sprawą zapalenia wyrostka robaczkowego, najpierw na klinice chirurgicznej II U. W. Prof. Radlińskiego, potem na klinice ginekologiczno-położniczej U. W. Prof. Czyżewicza, a obecnie na II oddziale chirurgicznym d-ra Sławińskiego szpitala Dzieciątka Jezus, przekonały mnie, że zapalenie wyrostka robaczkowego zarówno pod względem anatomopatologicznym, jak i pod względem rozpoznania i leczenia jest schorzeniem, które daje często objawy, powikłania i następstwa całkiem odrębne u obu płci, a co zatem idzie, że i traktowanie tego schorzenia u mężczyzn w porównaniu do kobiet powinno być rozmaite.

Już samo położenie anatomiczne wyrostka robaczkowego na prawym talerzu biodrowym i jego bliskie sąsiedztwo z miednicą małą wskazuje na to, jak dalece różnorodne i do siebie niepodobne mogą być objawy i powikłania u obu płci w razie schorzenia tego organu.

Dla łatwiejszej orjentacji w omawianym tu temacie, pozwolę sobie na wstępie przytoczyć kilka praktycznych danych, dotyczących anatomji i topografji wyrostka robaczkowego u mężczyzn i u kobiet.

Co się tyczy położenia wyrostka robacz-

[1]) Praca wyróżniona na tegorocznym konkursie „Wiedzy".

kowego w stosunku do przedniej ściany powłok brzusznych, to jeżeli za punkt orjentacyjny weźmiemy linję, łączącą oba przednie kolce kości biodrowej, to będzie ona odpowiadała wysokości, na której w większej liczbie przypadków znajduje się podstawa wyrostka robaczkowego. Wedle statystyki, wykonanej na sześciuset zwłokach (311 mężczyzn i 289 kobiet) przez profesorów *Ciechanowskiego* i *Glińskiego* w zakładzie anatomji patologicznej, Uniwersytetu Jagielońskiego, wynika że wierzchołek kątnicy, a zatem i podstawa wyrostka robaczkowego leżą na wysokości linji, łączącej oba górne przednie kolce kości biodrowej w 27% przypadków, w promieniu do 4 ctm. powyżej tej linji w 12,4% przypadków, w promieniu do 4 ctm. poniżej tej linji w 18,9% przypadków. Wogóle w pobliżu linji, łączącej górne przednie kolce kości biodrowej (do 4 ctm. wgórę i do 4 ctm. w dół od tej linji) leży podstawa wyrostka robaczkowego w 78,3% wszystkich przypadków z nieznacznemi wahaniami w stosunku do obu płci. Położenie zaś niskie (szczyt kątnicy poniżej 4 ctm. od linji międzykolcowej) spotykamy na wspomnianym wyżej materjale znacznie częściej u kobiet, aniżeli u mężczyzn, a mianowicie: u kobiet w 21% przypadków, u mężczyzn zaś tylko w 12,8%, przyczem kątnice, docierające wierzchołkiem do miednicy małej u kobiet — 5,8%, u mężczyzn — w 3,3%, kątnice, leżące w miednicy małej u kobiet — w 6,2%, u mężczyzn — w 4,1%. Te dane wskazują na to, że wyrostek robaczkowy ślepej kiszki u kobiet znacznie częściej niż u mężczyzn zbliża się do małej miednicy. *Bryant* zaś twierdzi na podstawie swojej statystyki, że kątnica u kobiet dwa razy częściej dociera do miednicy małej, aniżeli u mężczyzn. Częstość takiego niskiego położenia kątnicy u kobiet, zdaniem *Nowickiego*, jest następstwem bardziej skośnego niż u mężczyzn ustawienia się miednicy małej. Sądzimy, że to jest raczej, jeżeli chodzi o wieloródki, skutek tych zmian, jakie pozostawia po sobie w jamie brzusznej macica ciężarna, i spowodowane ogólnem zwiotczeniem powłok i więzów. O ile zaś z takiem niskiem położeniem kątnicy spotykamy się u kobiety nierodzącej, to przeważnie mamy do czynienia z t. zw. typem astenicznym i ogólnem opadnięciem organów jamy brzusznej.

Jeżeli teraz weźmiemy pod uwagę kierunek, w którym przebiega wyrostek robaczkowy w stosunku do kątnicy, to znajdziemy w literaturze cały szereg podziałów i klasyfikacyj na ten temat. Niestety jednak, podziałów tych istnieje prawie tyle, ile dotąd wykonano badań statystycznych. Dla celów praktycznych najbardziej odpowiednią, bodaj, jest jedna z najstarszych klasyfikacyj, mianowicie klasyfikacja, podana przez *Waldeyera*, której trzyma się również w swej olbrzymiej statystyce (2092 przypadki) *Liertz*. Według *Waldeyera* rozróżnić trzeba następujące zasadnicze położenia wyrostka względem kątnicy:

P o ł o ż e n i e I. Positio pelvina: Wyrostek robaczkowy zwisa ku dołowi w kierunku małej miednicy, posiada długą, wiotką krezkę i zazwyczaj jest dość znacznej długości, powyżej 6 ctm.

P o ł o ż e n i e II. Positio ileocoecalis: Wyrostek robaczkowy, zwrócony ku wewnątrz na lewo w głąb jamy brzusznej, leży pomiędzy pętlami jelita cienkiego, niezbyt długi, zwykle do 6 ctm. o krótkiej krezce.

P o ł o ż e n i e III. Positio laterocoecalis: Wyrostek robaczkowy, zwrócony na prawo, leży na zewnątrz od kątnicy.

P o ł o ż e n i e IV. Positio retrocoecalis: Wyrostek robaczkowy leży na tylnej ścianie kątnicy, biegnie ku górze, zazwyczaj przyrośnięty do ściany kątnicy, nie posiada krezki wolnej.

P o ł o ż e n i e V. Positio antecoecalis: Wyrostek leży na przedniej ścianie kątnicy zazwyczaj do niej przyrośnięty.

P o ł o ż e n i e: VI. Positio subcoecalis: Wyrostek przeważnie zwinięty i przyrośnięty do wierzchołka kątnicy.

Do wymienionych powyżej zasadniczych położeń wyrostka należy dodać jeszcze rzadsze jego formy, mianowicie: położenie wyrostka, zależne od nieopadnięcia kątnicy w życiu zarodkowem (wyrostki, leżące pod wątrobą, obok pęcherzyka żółciowego lub w okolicy żołądka); wyrostki leżące po stronie lewej; wyrostki o rozmaitych dziwacznych położeniach i kształtach, zależnych od zrostowego przegięcia wyrostka, lub też od zagięcia samej kątnicy.

Z powyższych położeń wyrostka robaczkowego praktyczne znaczenie mają tylko pierwsze cztery położenia, ponieważ resztę wymienionych położeń spotykamy we

wszelkich statystykach tylko w dziesiętnych ułamkach odsetka.

Największa z istniejących statystyk, uwzględniająca na podstawie przytoczonej wyżej klasyfikacji położenie wyrostka robaczkowego ślepej kiszki względem kątnicy, jest to: statystyka *Liertza*, obejmująca 2092 przypadki. Z polskich statystyk wymienić należy statystyki: *Ciechanowskiego* i *Glińskiego*, obejmujące 600 przypadków i *Wertheima*, obejmującą 100 przypadków.

Wymienione powyżej statystyki, razem wzięte, tworzą jedną, niezmiernie cenną całość z tego względu, że jedna z nich, mianowicie *Liertza*, obejmuje wyłącznie przypadki operacyjne, a zatem uwzględnia wyrostki robaczkowe, patologicznie zmienione. Dwie zaś ostatnie — statystyka *Ciechanowskiego* i statystyka *Wertheima* oparte są na materjale sekcyjnym i dotyczą wyrostków zdrowych, patologicznie niezmienionych. Porównywując przytoczone statystyki, widzimy, jakie położenie wyrostka robaczkowego ślepej kiszki najczęściej ulega schorzeniu i jakie położenia jego należy uważać za niebezpieczne.

Z zestawienia wspomnianych wyżej statystyk wynika, że wyrostki robaczkowe, należące do grupy II, positio ileocoecalis, t. j. leżące na wewnątrz od kątnicy i przebiegające ku linji środkowej, najrzadziej ulegają schorzeniom i że wyrostki takie najczęściej spotykamy u mężczyzn. Z drugiej zaś strony wyrostki robaczkowe, należące do grupy I, positio pelvina, zwisające w kierunku małej miednicy, znowóż najczęściej spotykamy u kobiet, a według statystyki *Liertza* ulegają one nader łatwo schorzeniom i zajmują w jego statystyce wyrostków patologicznych poważny odsetek z ogólnej liczby chorych wyrostków, a mianowicie 42%. Położenie wyrostka robaczkowego III i IV, positio laterocoecalis et retrocoecalis na podstawie powyższych statystyk uważać należy za bezwzględne patologiczne i najłatwiej ulegające schorzeniom; w statystyce *Liertza* zajmują one 57% ogólnej liczby chorych i spotykamy je również znacznie częściej u kobiet aniżeli u mężczyzn.

Powyższe dane starałem się sprawdzić zarówno na materjale sekcyjnym, jak i operacyjnym. W wymienionym celu przeprowadziłem badania w Zakładzie anatomji patologicznej na 200 zwłokach (100 kobiet i 100 mężczyzn) oraz przejrzałem zgórą 200 protokułów sekcyjnych, przyczem brałem pod uwagę tylko taki materjał sekcyjny, który nie był dotknięty sprawami zapalnemi w jamie brzusznej. Na wzmiankowanym materjale stwierdzić mogłem:

Positio pelvina — u kobiet 40%, u mężczyzn 27%.

Positio ileocoecalis — u kobiet 43%, u mężczyzn 64%.

Positio laterocoecalis — u kobiet 5%, u mężczyzn 3%.

Positio retrocoecalis — u kobiet 12%, u mężczyzn 6%.

Na zaobserwowanym zaś materjale operacyjnym kobiecym i męskim, razem wziętym (materjał II kliniki chirurgicznej U. W. i materjał II oddziału chirurgicznego szpitala Dzieciątka Jezus) mogłem stwierdzić:

Positio pelvina w 53%.

Positio ileocoecalis w 11%.

Positio laterocoecalis w 13%.

Positio retrocoecalis w 23%.

Z powyższych badań wynika, że positio pelvina, zajmująca największy odsetek w materjale operacyjnym, to znaczy w materjale patologicznym, znacznie częściej spotykamy u kobiet, aniżeli u mężczyzn. Z drugiej zaś strony positio ileocoecalis, zajmująca w materjale operacyjnym najmniejszy odsetek, znacznie przeważa u mężczyzn, a positio retrocoecalis, którą widzimy na materjale operacyjnym w 23%, dwa razy częściej spotykamy u kobiet aniżeli u mężczyzn.

Jeżeli się teraz zwrócimy do układu naczyniowego wyrostka robaczkowego i jego bezpośrednich okolic, to również zobaczymy, że układ ten u kobiet daje większą predyspozycję aniżeli u mężczyzn. Unaczynienie samego wyrostka robaczkowego jest, coprawda, jednakowe u mężczyzn jak i u kobiet i odbywa się zapomocą tętnicy wyrostkowej (arteria appendicularis), odchodzącej od gałęzi biodrowej tętnicy kątniczookrężnicowej (ramus iliacus arteriae ileocolicae), która odchodzi jako najniższa gałązka tętnicy krezkowej górnej (arteria mesenterica superior) i razem z nią przebiega pomiędzy blaszkami podstawy krezki i jelita cienkiego. Po odejściu od gałęzi biodrowej tętnicy kątniczookrężniczej tętnica wyrostkowa podchodzi pod jelitem biodrowym tuż około jego ujścia do kątnicy, czasami do niej przylegając, i wstępuje do

krezki wyrostka robaczkowego rozgałęziając się w niej. Tętnicy, jak zwykle, towarzyszą jedna lub dwie żyły. Co się zaś tyczy topografji naczyń wyrostka względem całego szeregu naczyń krwionośnych, sąsiadujących z nim, lub mogących z nim sąsiadować, to topografja ich jest ściśle zależna od kierunku, w którym przebiega wyrostek robaczkowy i od wysokości, na której znajduje się tętnica, a zatem, jak to wynika z poprzednich wywodów, nie jest jednakowa u mężczyzn i u kobiet.

Najważniejszym pęczkiem naczyniowym, który często krzyżuje krezkę wyrostka, szczególniej przy nisko położonej kątnicy i zwisającym ku dołowi wyrostku, jest pęczek, zawierający tętnicę nasienną wewnętrzną (art. spermatica interna) u mężczyzn i tętnicę jajnikową (art. ovarica) u kobiet. Naczynia te odchodzą bezpośrednio od aorty, tuż poniżej tętnicy nerkowej (w nielicznych przypadkach odchodzą jako jej gałązki) i biegną prostopadle ku dołowi w fałdzie otrzewnowym, opisanym przez *Treitza* jako plica genito-enterica. Według tego autora, w życiu zarodkowem, jądro u mężczyzn i jajnik u kobiety, opuszczając się z okolicy nerki do miednicy małej, pozostawiają za sobą wspomniany fałd otrzewnowy, zawierający, jak wspomniałem, u mężczyzn tętnicę nasienną wewn., a u kobiet tętnicę jajnikową. Towarzyszące tym naczyniom żyły i naczynia chłonne, tworzą splot wężowaty (plexus pampiniformis). Wspomniany pęczek naczyniowy po skrzyżowaniu się z moczowodem, biegnie dalej ku dołowi w kierunku miednicy małej, wzdłuż strony zewnętrznej mięśnia lędźwiowo-biodrowego (m. psoas major), na zewnątrz i równolegle do moczowodu aż do skrzyżowania z tętnicą biodrową zewn. (arteria iliaca externa) i na tym właśnie odcinku, zależnie od położenia kątnicy, często wchodzi w bezpośrednie zetknięcie z naczyniami wyrostka i jego krezki. Po skrzyżowaniu się z tętnicą biodrową zewnętrzną, wspomniany pęczek naczyniowy wchodzi u mężczyzn do wewnętrznego otworu kanału pachwinowego, w którym tętnica nasienna wewn. już pod nazwą tętnicy jądrowej (arteria testicularis) komunikuje się z tętnicą nadbrzuszną dolną (arteria epigastrica inferior) zapomocą gałązki, noszącej nazwę tętnicy nasiennej zewn. (arteria spermatica externa). Dalej wspomniany pęczek łączy się z częściami składowemi nasieniowodu (ductus deferens) i razem z niemi po przez kanał pachwinowy opuszcza jamę brzuszną i wchodzi do moszny. Całkiem inaczej sprawa przedstawia się u kobiet. Tu wspomniany pęczek naczyniowy, zawierający tętnicę jajnikową, po skrzyżowaniu się z tętnicą biodrową zewn. (arteria iliaca externa), nie opuszcza jamy brzusznej, lecz wchodzi do więzadła szerokiego macicy i wzdłuż niego podchodzi do jajnika, dzieląc się na trzy gałązki: jedna z nich wchodzi do bieguna jajnika, zwróconego ku ujściu trąbki (extremitas tubaria ovarii), drobne zaś gałązki wchodzą do więzadła obłego i z nim wstępują do kanału pachwinowego; naczynia zaś chłonne, przebiegające w pęczku, idą do jajnika i górnej części macicy.

Powyższe dane anatomiczne przemawiają za tem, że u kobiet wyrostek robaczkowy łatwiej może się zetknąć z naczyniami, idącemi z miednicy małej do organów rodnych, które tak niezmiernie często ulegają wszelkiego rodzaju schorzeniom. U mężczyzn zaś te same naczynia prowadzą do moszny i jąder, a zatem do organów, które są zupełnie izolowane od jamy brzusznej i znacznie rzadziej ulegają schorzeniom.

Sprawie, dotyczącej możliwości komunikacji naczyniowej u kobiet pomiędzy wyrostkiem robaczkowym a organami rodnemi, poświęcono dużo prac. Jako klasyczną i podstawową z pośród nich, uważać należy pracę *Clado*, opublikowaną w roku 1892. W pracy tej *Clado* poraz pierwszy opisał fałd otrzewnowy pod nazwą ligamentum appendiculo-ovaricum idący od krezki wyrostka, ku górnemu brzegowi więzadła szerokiego i zawierający naczynia chłonne, łączące się z naczyniami wyrostka robaczkowego i jajnika. *Clado* uważał wspomniany fałd u kobiet jako twór stały, czemu jednak szereg późniejszych autorów zaprzeczyło. Mianowicie ci badacze tej sprawy, którzy szukali ligamentum *Clado* na zwłokach, nie znajdowali go i stawiali istnienie tego tworu w wątpliwość *(Durand, Barusch, Rieffel, Poirier, Cuneo, Kelly, Hurdon, Graig* i inni, z polskich autorów *Kostanecki, Ciechanowski, Gliński);* natomiast ci autorzy, którzy szukali więzadła tego na materjale operacyjnym, znajdowali twór, mogący uchodzić za lig. appendiculo-ovaricum — *Clado* mniej więcej w 5% przypadków *(Green*—Genewa, *Aever*—Filadelfja, *Fovler* — Nowy Jork, *Lockwood* — Londyn).

Obserwacje autora, przeprowadzone w powyższym celu na 100 zwłokach w zakładzie anatomji patologicznej U. W., nie wykryły ani razu tworu, mogącego uchodzić za lig. appendiculo-ovaricum, natomiast obserwacje na materjale operacyjnym kliniki chirurgicznej II U. W., kliniki ginekologiczno-położniczej U. W. i drugiego oddziału chirurgicznego szpitala Dz. Jezus, pozwoliły zaobserwować autorowi dość często, obok jednoczesnych spraw zapalnych wyrostka i przydatków, łączność pomiędzy wyrostkiem a przydatkami pod postacią opisanego przez *Clado* ligamentum appendiculo-ovaricum.

Z powyższych danych wynika, że ligamentum *Clado* jest to twór patologiczny, mogący powstać u kobiet wobec niskiego położenia kątnicy na tle zrostów zapalnych pomiędzy krezką wyrostka robaczkowego (lub też pomiędzy samym wyrostkiem robaczkowym w positio pelvina) a fałdem otrzewnowym, zawierającym tętnicę jajnikową. Ponieważ jednak więzadło wyrostkowo jajnikowe (ligamentum appendiculo ovaricum) jest tworem patologicznym, który powstaje już prawdopodobnie już wtedy, gdy wyrostek i przydatki są zajęte sprawą chorobową, to trudno zgodzić się z poglądem *Clado* jakoby sprawy zapalne pomiędzy wspomnianymi organami szerzyły się drogą zespolonych naczyń za pośrednictwem tego więzu.

Na podstawie przytoczonych powyżej danych anatomopatologicznych, i spostrzeżeń własnych przychodzimy do następujących wniosków:

Wyrostek robaczkowy u kobiet znacznie częściej, aniżeli u mężczyzn zbliża się do małej miednicy i tem samem znacznie łatwiej może być wciągnięty w sprawy zapalne, toczące się w miednicy małej. Z drugiej zaś strony sprawa zapalna wyrostka łatwo może zainfekować przydatki maciczne i spowodować powikłania włącznie do niedrożności jajowodów i ciąży zamacicznej (liczne tego przykłady podałem w swoim czasie w pracy. — *W sprawie powikłań i rozpoznania wyrostka robaczkowego u kobiet i o wskazaniach do jego usuwania podczas operacyj ginekologicznych).*

Niekorzystne dla wyrostka robaczkowego położenia względem kątnicy, w których wyrostek robaczkowy łatwo ulega schorzeniu, a mianowicie: wyrostki zagięte do tyłu, zagięte na zewnątrz i zwisające ku dołowi, jak o tem świadczą odpowiednie statystyki oraz badania własne, przeprowadzone na materjale sekcyjnym i operacyjnym, znacznie częściej spotykamy u kobiet aniżeli u mężczyzn.

U mężczyzn w przeciwieństwie do kobiet możliwość kombinowanego schorzenia wyrostka i organów rodnych, na podstawie przytoczonych wyżej danych anatomicznych, jest prawie całkiem wyłączona.

Dane kliniczne oraz statystyki oddziałów szpitalnych, całkowicie potwierdzają słuszność powyższych wniosków, poczynionych na podstawie danych anatomicznych i anatomo patologicznych i wykazują nam, że liczba chorych i operowanych na wyrostek kobiet o wiele przewyższa liczbę chorych i operowanych na wyrostek mężczyzn.

Tak, w klinice chirurgicznej II U. W. za okres pięcioletni od roku 1921 do 1926 wycięto wyrostek (appendectomia) 595 razy, z tego kobiet 411, mężczyzn 184 czyli 69% kobiet i tylko 31 mężczyzn. Na oddziale drugim chirurgicznym szpitala Dzieciątka Jezus w okresie trzyletnim od 1929 do 1931 roku wycięto wyrostek 1015 razy, z tego kobiet 679, mężczyzn 336 czyli 67% kobiet i 33% mężczyzn.

A zatem we wszelkiego rodzaju dolegliwościach jamy brzusznej powinniśmy u kobiet znacznie częściej podejrzewać siedlisko tych dolegliwości w wyrostku robaczkowym aniżeli u mężczyzn, ponieważ z powyższego zestawienia wynika, że na oddziałach chirurgicznych liczba operowanych na wyrostek kobiet w stosunku do mężczyzn wynosi przeciętnie około 70%; jest to fakt całkiem zrozumiały ze względu na przytoczone powyżej nieco odrębne warunki topograficzne kątnicy, wyrostka oraz na całkiem inne warunki anatomiczne sąsiadującej z wyrostkiem miednicy małej u kobiet.

Jeżeli teraz przejdziemy do sprawy rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego, to również dojdziemy do wniosku, że sprawa ta u obu płci przedstawia się całkiem odmiennie i u kobiet nastręcza znacznie większe trudności aniżeli u mężczyzn.

Rozpoznanie różniczkowe w omawianej sprawie zatacza u kobiet znacznie szerszy krąg możliwości ze względu na obecność w jamie brzusznej organów rodnych i ze względu na nader częste ich schorzenia. Jest to główna przyczyna dlaczego u kobiet z jednej strony znacznie łatwiej przeoczyć

zapalenie wyrostka robaczkowego wobec toczącej się sprawy chorobowej w miednicy małej, z drugiej zaś strony łatwo jest również toczącą się w przypadkach sprawę zapalną wziąć za zapalenie wyrostka robaczkowego. Zarówno statystyki szpitalne jak i praktyka codzienna pouczają nas, że błędy rozpoznawcze z dziedziny zapalenia wyrostka robaczkowego u kobiet są bez porównania częstsze aniżeli u mężczyzn.

Wymownie świadczą o tem cyfry oddziału ginekologji operacyjnej w klinice ginekologiczno-położniczej U. W. W okresie 1925 do 1928 roku miałem możność na powyższym odziale zaobserwować, asystować i częściowo wykonać ogółem 774 laparatomje wykonane z powodu wszelkiego rodzaju schorzeń macicy lub przydatków macicznych, przyczem stwierdzone zostały jednoczesne zmiany chorobowe wyrostka, które upoważniały do usunięcia go w 47 przypadkach, a mianowicie:

10 razy obok cystis ovarii dextr.
5 razy obok graviditas extraut. tub. dextr.
1 raz obok graviditas extraut. tub. sinistra.
3 razy obok graviditas V. mens.
1 raz obok graviditas X. mens.
3 razy obok pyocele dextra.
9 razy obok adnexitis bilateralis.
2 razy obok pyovarium dextrum.
1 raz obok cystis intralig. dextr.
1 raz obok hydrosalpinx dextra.
2 razy obok adnexitis tbc dextra.
2 razy obok fibroma uteri.
1 raz obok retroflexio uteri.
1 raz obok tumor adnex. dextr.

3 razy dawniej przebyte i nieoperowane zapalenie wyrostka dało ropień, który opuścił się do małej miednicy, dając zrosty pomiędzy przydatkami, kątnicą a pętlą jelita cienkiego.

2 razy po przebytem prawostronnem zapaleniu jajnika chorą w dwa lata potem musiano operować z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego.

Z historji chorób wynika, że w większości wspomnianych przypadków schorzenie wyrostka było stwierdzone przypadkowo dopiero podczas operacji, gdyż dolegliwości związanych ze schorzeniem wyrostka nie dało się odróżnić od objawów innych, związanych ze sprawami w przydatkach macicznych, aczkolwiek zmiany anatomo-patologiczne wyrostka nieraz były daleko posunięte. U mężczyzn podobnych powikłań nie spotykamy prawie wcale i u nich przypadkowe schorzenie wyrostka wykryte podczas laparatomji należy do rzadkości.

Powyższy stan rzeczy tłómaczy się tem, że wartość t. zw. objawów wyrostkowych u obu płci nie jest jednakową i przedstawia się znacznie bardziej na niekorzyść kobiet, aniżeli mężczyzn.

Pozwolę sobie tu rozpatrzeć kilka zasadniczych, i najczęściej stosowanych w praktyce, objawów zapalenia wyrostka robaczkowego i ocenić ich wartość rozpoznawczą w stosunku do obu płci. Zacznę od najbardziej klasycznego objawu zapalenia wyrostka robaczkowego, mianowicie od bolesności w t. zw. punkcie *Mac Burney'a*, choć w dobie obecnej objawowi temu już nie przypisują tego pierwszorzędnego znaczenia, jak to czynił w swoim czasie sam Mac Burney i jego następcy. W roku 1889 autor ten pierwszy zwrócił uwagę na to, że największa bolesność powłok brzusznych podczas zapalenia wyrostka robaczkowego znajduje się w miejscu skrzyżowania linji, łączącej pępek i przedni górny kolec kości biodrowej z linją, odpowiadającą zewnętrznemu brzegowi mięśnia prostego. M. B. tłómaczył objaw ten w owym czasie tem, że skrzyżowanie tych dwóch linji odpowiada miejscu, w którem znajduje się podstawa wyrostka robaczkowego ślepej kiszki. Dziś wiemy, na podstawie badań *Lanza* i *Morrisa* i między inemi na podstawie polskiej statystyki dra *Wertheima*, że tak nie jest, i że wyrostek robaczkowy bardzo rzadko znajdujemy w tem rzeczywiście najbardziej bolesnem mejscu, zazwyczaj zaś leży on, i to przeważnie u kobiet, jak to widzieliśmy z przytoczonych powyżej danych topograficznych, znacznie niżej od tego punktu. Stwierdzić jednak należy, że niezależnie od tego, gdzie leży wyrostek robaczkowy, najbardziej bolesnym punktem podczas ucisku powłok brzusznych pozostaje punkt M. B. nawet w przypadkach, w których chory wyrostek robaczkowy leży głęboko w małej miednicy, jednak i wtedy największą bolesność powłok brzusznych stwierdzić można w punkcie M. B. Na ten napozór paradoksalny fakt pierwszy zwrócił uwagę *Lenander*, który tłumaczy sobie uciskową bolesność w punkcie M. B. zapaleniem naczyń chłonnych (lymphangitis), których umiejscowienie na tylnej ścianie brzucha jest stałe i niezależne od umiejscowienia wyrostka robaczkowego. *Lenander* jest tego zdania, że uciskając na przednią ścianę brzucha w punkcie M. B., uciskamy tem poprzez kątnicę tylną ścianę i wywołujemy przeto ból. Czy rzeczywiście tak jest — powiedzieć trudno, fakt jednak pozostaje faktem, że bolesność w punkcie M. B. jest niezależna od umiejscowienia wyrostka robaczkowego i nie roztrząsając tu dalej kwestji mechanizmu jej powstania, jesteśmy tego zdania, że bolesność w punkcie M. B. jest objawem wtórnym, który może być wywołany nie tylko sprawą zapalną wyrostka robaczkowego, zwłaszcza u kobiet. Niejednokrotnie spotyka się typową bolesność w punkcie M. B. u kobiet podczas miesiączkowania. Kilka razy stwierdziłem bolesność w punkcie M. B. tam, gdzie operacja wykazała sprawę zapalną prawego jajnika i zupełnie zdrowy wyrostek robaczkowy. Tłómaczyć to sobie można bolesnością opisanego wyżej fałdu otrzewnowego, zawierającego naczynia i nerwy jajnikowe, które podczas miesiączkowania i spraw zapalnych prawego jajnika ulegają przekrwieniu, i na który to fałd uciskamy poprzez powłoki w punkcie M. B. Często również można stwierdzić u kobiet typową bolesność w punkcie M. B. po wykonanem wycięciu wyrostka. W literaturze spotykałem się z podobnemi przypadkami, opisanemi przez *Küttnera*, który w szeregu przypadków stwierdził bolesność punktu M. B. w schorzeniach prawych przydatków macicznych. Wynika z tego, że bolesność w punkcie M. B. nie może być uważana za objaw pewny do rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego i że u kobiet objaw ten jest znacznie mniej pewny, aniżeli u mężczyzn. To samo dotyczy punktów, opisanych przez *Lanza* i *Morissa*.

Co się tyczy objawu *Rovsinga*, polegającego na wywoływaniu bólu w chorym wyrostku podczas wtłaczania powietrza do kątnicy zapomocą odpowiedniego uciskania poprzez powłoki brzuszne na okrężnicę zstępującą i poprzeczną (colon descendens, transversum) to jest to objaw bardzo niestały, zwłaszcza u mężczyzn, u których ucisk taki poprzez grubą warstwę mięśni wygimnastykowanych pracą lub sportem, nie jest łatwy i dlatego też objaw ten zawodzi u nich częściej, aniżeli u kobiet. Dobre wyniki daje modyfikacja sposobu *Rovsinga* opisana przez *Bestedo*, polegająca na wprowadzeniu do odbytnicy powietrza za pomocą rurki gumowej i balonika. Powietrze tym sposobem trafia poprzez odbytnicę, okrężnicę zstępującą, poprzeczną i wstępującą do kątnicy i w razie schorzenia wyrostka sprawia dotkliwy ból. Jest to bardzo pewny i wprost nieoceniony sposób do odróżniania przewlekłego zapalenia wyrostka od schorzeń przydatków macicznych u kobiet i doświadczenia wykazały, że dodatni wynik wspomnianej próby daje prawie absolutną pewność, że mamy do czynienia z chorym wyrostkiem.

Jeżeli z kolei przejdziemy teraz do objawu *Jaworskiego*, który polega na tem, że obok chorego wyrostka robaczkowego otrzymujemy w jego okolicy ból, skoro każemy choremu podnieść nogę, przytrzymując mu jednocześnie kolano, to ma on dość duże znaczenie w rozpoznaniu u mężczyzn i dodatni jego wynik przemawia u nich za schorzeniem wyrostka. U kobiet nie można uważać objawu tego za miarodajny, ponieważ wypada on dodatnio w okresie miesiączkowania i często również w sprawach zapalnych prawych przydatków. Jest to całkiem zrozumiałe, jeżeli wnikniemy w mechanizm tego objawu. Powstaje on wskutek napinania się mięśnia lędźwiowoudowego (psoas major), który, gdy chora znajduje się w pozycji leżącej, unosi kątnicę ku górze, przyciskając ją do przedniej ściany brzusznej, co — wobec chorego wyrostka robaczkowego — zazwyczaj sprawia ból.

Wzdłuż jednak tego samego mięśnia u kobiet przebiega opisany powyżej fałd otrzewny, zawierający nerwy i naczynia, idące ku przydatkom macicznym. Naczynia te w okresie miesiączkowania i podczas spraw zapalnych w przydatkach ulegają przekrwieniu i podczas napinania się mięśnia lędźwiowoudowego (psoas major) sprawiają ból, który powoduje dodatni wynik objawu *Jaworskiego*. A zatem dodatni wynik tego objawu u kobiet, w przeciwieństwie do mężczyzn, bynajmniej nie przemawia za schorzeniem wyrostka robaczkowego.

Co się tyczy objawu *Blumberga*—dotkliwy ból podczas raptownego puszczenia uciśniętych powłok w punkcie M. B. — to objaw ten znowuż ma bez porównania większe znaczenie rozpoznawcze u mężczyzn, aniżeli u kobiet, u których objaw ten występuje w przebiegu wszelkiego rodzaju podrażnienia otrzewnej, mającego za punkt wyjścia przydatki maciczne.

Napięcie powłok brzusznych po stronie prawej, które po wyłączeniu sprawy nerkowej i ostrego schorzenia woreczka żółciowego, niezbicie przemawia u mężczyzn za zapaleniem wyrostka robaczkowego, u kobiet może być wywołane ostrą sprawą zapalną przydatków prawych, pęknięciem prawostronnej ciąży trąbkowej, a nawet— jak poucza doświadczenie — zwykłem pęknięciem pęcherzyka *Graafa*, a zatem nawet i ten objaw tak charakterystyczny dla sprawy wyrostkowej, należy u kobiet przyjmować z wielkiem zastrzeżeniem. Zmiany morfologji krwi w sensie zwiększenia leukocytozy, które spotykamy w zapaleniu wyrostka robaczkowego, również mają większe znaczenie u mężczyzn, u których możliwość przeoczenia ukrytego stanu zapalnego organów rodnych jest bez porównania mniejsza, aniżeli u kobiet.

Co się tyczy reszty objawów klinicznych, cechujących zapalenie wyrostka robaczkowego, a mianowicie podniesienia ciepłoty i przyśpieszena tętna oraz wszelkego rodzaju zaburzeń przewodu pokarmowego czy to pod postacią zaparcia stolca, czy też pod postacią rozwolnienia lub wymiotów, to objawy te, jak wiemy, są bardzo niestałe, jednak u mężczyzn mają pewną wartość rozpoznawczą, natomiast u kobiet nie są wcale miarodajne ze względu na częstość występowania ich w schorzeniach organów rodnych. *Mc Rae*, rozstrząsając tę kwestję, powiada: „An intact hymen argues strongly for appendicitis“ i tem samem podkreśla fakt, jak często schorzenia organów rodnych mogą naśladować zapalenie wyrostka w przypadkach, w których tego „intact hymen“ brak.

Widzimy zatem, że przytoczone wyżej objawy zapalenia wyrostka robaczkowego, mają zupełnie inną wartość u mężczyzn, aniżeli u kobiet i z wyjątkiem objawu *Basteda*, objawy te u kobiet mają znacznie mniejszą wartość rozpoznawczą, aniżeli u mężczyzn, u których te same objawy dają bez porównania większy odsetek pewności schorzenia wyrostka i tem samem są o wiele więcej miarodajne. Samo rozpoznanie różniczkowe zatacza u mężczyzn znacznie mniejszy krąg możliwości i jest bez porównania prostsze i łatwiejsze, aniżeli u kobiet.

Ażeby po stwierdzeniu powyższych objawów wyrostkowych prawie z całą pewnością powiedzieć, że mamy do czynienia z chorym wyrostkiem robaczkowym, u mężczyzn przeważnie wystarcza wyłączyć następujące schorzenia:

1) schorzenia woreczka żółciowego,
2) sprawy owrzodzeniowe żołądka i jelit,
3) prawostronne schorzenie miedniczki nerkowej,
4) prawostronną kamicę nerki lub moczowodu.

U kobiet zaś do powyższych schorzeń, musimy zawsze dołączyć całą plejadę schorzeń organów rodnych. Pozwolę sobie tu ze względów praktycznych przytoczyć szereg schorzeń przydatków macicznych, które jak to wynika z piśmiennictwa i obserwacji własnych niejednokrotnie już były rozpoznawane jako zapalenie wyrostka robaczkowego.

1. Prawostronna ciąża trąbkowa w okresie jej pęknięcia. Niezawsze bowiem wywiady i badania ginekologiczne doprowadzają do ostatecznego wyniku w sprawie rozpoznania różniczkowego. Krwistek w zatoce Douglasa powstający z powodu pęknięcia ciąży trąbkowej, może na dotyk uchodzić za opuszczony do tejże zatoki ropień około wyrostkowy. Nakłucie zatoki Douglasa poprzez tylne sklepienie niezawsze daje wynik decydujący, z tego względu, że krwistek zamaciczny może zropieć. *Winter* twierdzi, że czasem jest wprost niemożliwe odróżnienie ciąży trąbkowej od ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego z tego względu, że ciąża trąbkowa może dać już obraz ciężkiego schorzenia we wczesnym okresie, wtenczas, gdy badaniem ginekologicznem jeszcze nic pewnego nie można stwierdzić.

2. Prawostronny skręt niedużej torbieli jajnikowej. Zazwyczaj schorzenie to daje się zróżniczkować podczas badania przez pochwę; jednak częste wielkie trudności w tym kierunku nastręczają nieduże torbiele, których czasami nie można odróżnić od wysięków okołowyrostkowych z tego względu, że skręcone torbiele niezawsze bywają ruchome, z drugiej zaś strony wysięk okołowyrostkowy niezawsze jest nieruchomy. Nieskręcone torbiele u dzieci i dziewczynek również niejednokrotnie już były powodem błędnego rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego.

3. Skręt zdrowych przydatków po stronie prawej. Dość rzadkie to schorzenie prawie zawsze daje się zróżniczkować podczas badania przez pochwę, jednak znane są omyłki w tym kierunku.

4. Świeżo powstający wysięk dookoła przydatków prawych. Dolegliwości przytem zwykle nie są tak gwałtowne i nie występują napadami, jak to bywa w zapaleniu wyrostka robaczkowego, jednak wyjątki, mogące wprowadzić w błąd badającego, zdarzały się, a więc i nadal są możliwe.

5. Ostre zapalenie jajnika po przebytem zapaleniu gardła. Bóle przytem zazwyczaj przyzwyczajoni jesteśmy stwierdzać głęboko w małej miednicy tam, gdzie bóle wyrostka robaczkowego nigdy nie sięgają; znane są jednak przypadki, w których bóle te lokalizowały się właśnie w punkcie *Mac Burney'a* i doprowadziły do błędów rozpoznawczych.

6. Po sztucznem poronieniu mogą wystąpić objawy bardzo podobne do ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. W obecnych więc czasach u podejrzanych chorych zawsze należy myśleć o tej możliwości.

7. Znane są wypadki przeoczenia ciężarnej macicy, która z powodu tyłozgięcia dawała objawy, podobne do ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

8. Bolesne miesiączkowanie (dysmenorrhoea) symulować może zapalenie wyrostka robaczkowego ślepej kiszki tembardziej, że bolesne miesiączkowanie często jest jednym z objawów stanu zapalnego wyrostka robaczkowego.

9. Są znane przypadki, w których pęknięcie ciężarnej macicy rozpoznane było jako ostre zapalenie wyrostka robaczkowego ślepej kiszki.

10. Pęknięcie pęcherzyka Graafa w okresie jajeczkowania może dać objawy, podobne do tych, które daje ostre zapalenie wyrostka robaczkowego i może być rozpoznane jako zapalenie wyrostka, ponieważ pęknięcie pęcherzyka *Graafa* niezawsze daje duży wylew krwi do jamy otrzewnowej i niezawsze powoduje typową małokrwistość.

11. Zapalenie otrzewnej pneumokokowe przeważnie u dzieci i dziewczynek niejednokrotnie już było rozpoznawane jako zapalenie wyrostka robaczkowego.

Widzimy zatem, że rozpoznanie różniczkowe zapalenia wyrostka robaczkowego u kobiet zajmuje w medycynie zupełnie odrębny dział, należący do pogranicza ginekologji z chirurgją i o ile rozpoznanie tego schorzenia u mężczyzn i dzieci obu płci dla wprawnego chirurga nie przedstawia trudności, o tyle rozpoznanie to u kobiet jest znacznie trudniejsze i samo badanie poprzez powłoki brzuszne u kobiet nigdy nie jest wystarczające do ustalenia ostatecznego rozpoznania. Dotyczy to w szczególności rozpoznania podostrego i przewlekłego stanu zapalnego wyrostka, w którym badanie ginekologiczne przez pochwę celem ostatecznego rozpoznania, powinno być uważane jako conditio sine qua non.

Przechodząc na końcu swych rozważań zkolei do sprawy postępowania leczniczego w zapaleniu wyrostka robaczkowego, również należy stwierdzić, że nie powinno ono być jednakowe u mężczyzn i u kobiet.

Nieoperowane bowiem zapalenie wyrostka robaczkowego u mężczyzn, o ile się wygoi samodzielnie, zazwyczaj nie daje bezpośrednio żadnych złych następstw pod względem zmian i upośledzeń czynnościowych w organach sąsiednich.

Wcale inaczej sprawa przedstawia się u kobiet. U nich jak to widzieliśmy, sprawa zapalna z wyrostka łatwo może się przerzucić na przydatki maciczne i może się stać przyczyną ciąży zamacicznej oraz szeregu innych ciężkich schorzeń organów rodnych, powodując tem prawdziwe kalectwo kobiety, znajdującej się w pełni sił. Nawroty zaś sprawy zapalnej nieoperowanego w swoim czasie wyrostka, w okresie ciąży i połogu, zagrażają wprost życiu matki i płodu. Wiemy przecie, że operowane w czasie ciąży kobiety, ronią zgórą w 50% przypadków i łatwo zapadają przytem na zapalenie otrzewnej.

Z prac *Pinarda* i *Rosnera* wynika bezsprzecznie, że ciąża ułatwia powstanie nawrotu zapalenia wyrostka robaczkowego. Jest to łatwo zrozumiałe, gdy weźmiemy pod uwagę te zmiany anatomiczne, które zachodzą w jamie brzusznej podczas dojrzewania płodu; zmiany te mają wpływ ujemny na zrosty zapalne i ogniska otorbione. Jeszcze bardziej groźne pod tym względem są ruchy płodu i skurcze macicy, które występują w przebiegu ciąży prawidłowej i według *Doederleina* łatwo prowadzić mogą do rozdarcia istniejących zlepów

zapalnych w okolicy wyrostka robaczkowego i do rozlania się otorbionej ropy do wolnej jamy trzewnej.

Jeżeli teraz jeszcze weźmiemy pod uwagę, że według tegoż autora odsetek śmiertelności z ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u kobiet ciężarnych i położnic nieoperowanych przekracza cyfrę 60%, to dojdziemy do wniosku, że obecność chorego wyrostka robaczkowego w jamie brzusznej u kobiety należy uważać za rzecz bez porównania niebezpieczniejszą, aniżeli u mężczyzn i o ile u mężczyzn może być mowa o chwilowem leczeniu zachowawczem i czekaniu do następnego napadu, o tyle u kobiet w żadnym wypadku o takiem czekaniu mowy być nie może, i tylko w razach wyjątkowych wobec nader poważnych przeciwwskazań nie operujemy kobiety z chwilą, gdy rozpoznaliśmy u niej schorzenie wyrostka robaczkowego.

WNIOSKI OSTATECZNE.

1) Wyrostek robaczkowy u kobiet znacznie częściej aniżeli u mężczyzn, zbliża się do małej miednicy i tem samem znacznie łatwiej może być wciągnięty w sprawy zapalne, toczące się w małej miednicy.

2) Niekorzystne dla wyrostka robaczkowego położenia jego względem kątnicy, w których wyrostek robaczkowy łatwo ulega schorzeniu, a mianowicie: wyrostki zgięte do tyłu, zagięte na zewnątrz i wyrostki zwisające ku dołowi, znacznie częściej zdarzają się u kobiet, aniżeli u mężczyzn.

3) U kobiet często spotykamy szerzenie się spraw chorobowych z wyrostka robaczkowego na organa rodne i naodwrót. U mężczyzn zaś możliwość kombinowanego schorzenia wyrostka i organów rodnych jest prawie całkiem wyłączona.

4) Kobiety, jak to wynika ze statystyk oddziałów chirurgicznych, zapadają bez porównania częściej na zapalenie wyrostka, aniżeli mężczyźni (70% kobiet w stosunku do 30% mężczyzn).

5) Objawy kliniczne zapalenia wyrostka robaczkowego naogół mają u kobiet znacznie mniejszą wartość rozpoznawczą, aniżeli u mężczyzn, i omyłki rozpoznawcze z powodu tego są u kobiet o wiele częstsze.

6) Rozpoznanie różniczkowe zatacza u kobiet znacznie szerszy krąg możliwości i jest o wiele trudniejsze, aniżeli u mężczyzn, ze względu na obecność w jamie brzusznej organów rodnych.

7) Pod względem postępowania leczniczego, musimy u kobiet być bardziej radykalni i usuwać wyrostek u nich niezwłocznie po stwierdzeniu, że jest chory ze względu na możliwość późniejszych ciężkich komplikacyj podczas ciąży i porodu, u mężczyzn natomiast znacznie częściej dopuszczalne jest postępowanie bardziej zachowawcze.

PIŚMIENNICTWO, KTÓRE WZIĘTE BYŁO POD UWAGĘ W PRACY NINIEJSZEJ.

I. Prace polskie.

1) *Broniatowski.* Append. gangrenosa sub part. Now. Lek. 1910. Nr. 2, 2) *Broniatowski.* O związku pomiędzy wyrostkiem a przydatkami. Przegląd Chir. i Gin. 1910. t. IV. 3) *Ciechanowski* i *Gliński.* O topografji kątnicy i wyrostka rob. 4) *Czyżewicz.* Appendicitis u kobiet. 5) *Dobrucki.* Wyrostek a żołądek. Gazeta Lek. 1910 Nr. 22. 6) *Filimonowski.* Topografja wyrostka robacz. Przegląd Lek. 1903. Nr. 42. 7) *Gluziński.* Zapalenie wyrostka a błonica. Tyg. Lek. 1907. 8) *Hornowski.* Anatomja pat. 1924. 9) *Kaczyński.* O niewspółmierności objawów klin. i zmian anat. w zapaleniu wyr. rob. P. Przegląd Chir. 1925. z. 3. 10) *Klecki.* Etjologja appendicitis. Gaz. Lek. 1911. Nr. 43. 11) *Kader.* Leczenie zapalenia wyr. rob. Gaz. Lek. 1911. Nr. 43. 12) *Kostanecki.* O topografji wyrostka rob. Gaz. Lek. 1911. Nr. 43. 13) *Krauze.* Ciąża zamaciczna rozpoznana jako zapalenie wyr. rob. Przegląd Chir. i Gin. 1910 t. IV. 14) *Łążyński.* Z dziedziny powikłań zapalenia wyr. rob. Przegląd Lek. 1909. 37 — 38. 15) *Monsiorski.* Zapalenie wyr. rob. a ciąża jajowodowa. Przegl. Lek. 1914. t. X. 16) *Nowicki.* Patogeneza i etjologja zapaleń wyr. rob. Lw. Tyg. Lek. 1908. Nr. 32—33. 17) *Radliński.* Krwiomocz przy zapaleniu wyr. rob. 1913. 18) *Rosner.* Appendicitis w położnictwie i ginekologji. 19) *Rosner.* Z pogranicza położnictwa i chirurgji. Przegl. Lek. 1912. t. XII. 20) *Rutkowski J.* O wybroczynach operacyjnych w wyrostku rob. 1925. 21) *Rydiger.* O wczesnych operacjach ostrego zapalenia wyr. rob. Tyg. Lek. 1909. 22) *Rydiger.* O leczeniu ostrego zapalenia wyr. rob. Tyg. Lek. 1911. Nr. 47. 23) *Ślęk.* O ostrej niedrożności wyr. rob. Przeg. Chir. 1902. 25) *Zakrzewski.* O zapaleniu wyr. rob. Nowiny Lek. 1909. 26) *Ziemacki.* Etjologja zap. wyr. rob.

II. Prace obcokrajowe.

27) Amann. Deut. med. Woch. 1900. Nr. 23. 28) *Barnsby.* Revue de chir. 1902. II. 29) *Bettmann.* Dissert. Jena. 1906. 30) *Berard* et *Vignard.* L'appendicite 1914. 31) *Burchard.* Geb. und Gynäk. P. 1926. 2. 32) *Beutner.* La presse med. 1924 Nr. 97. 33) *Mac Burney.* New York. Med. Journal 1889. 34) *Caplesco.* Bulletins de la soc. nation de chir. 1925. Nr. 29. 35) *Clado.* Société de Biologie. 1892. 36) *Dührssen.* Archiv. f. Klin. Chir. 1899. 59. 37) *Durand.* Progrés medic. 1895. Nr. 27. 38) *Falk.* Zentralbl. f. Gynek. 1900. 7.

39) *Faure.* La Presse medical. 1924. Nr. 93. 40) *Fink.* Zentralbl. f. Gynek. 5/6 1925. 41) *Fränkel.* Münch. med. Wochenschr. 1901. 43. 42) *Fromm.* Zentralbl. f. Gyn. 1908. 18. 43) *Füth.* Zentralbl. f. Gyn. 1905. 7. 44) *Garau.* Lyon chir. 1-er Mai. 1910. 45) *Green.* Rev. Fr. de Gyn. et d'obst. 1925. 46) *Hermer.* Deutsche Zeitschr. f. chir. 1903. 68. 47) *Herrgot.* Annales de Gynec. t. 1900. 54. 48) *Hlawack.* Monatsschr. f. Geb. und Gynek. H. 1897. 4. 49) *König.* Geb. und Gynekol. 1925 5/6. 50) *Krüger.* Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1897. 45. 51) *Lenander.* Klin. Vortr. Neue Folge Nr. 1893. 75. 52) *Lanz.* Zentralblatt für Chir. 1908. Nr. 7. 53) *Leendartz.* Geb. und Gynek. 5/6. 1925. 54) *Legneu.* Lec. de clin. chir. Paris. 1902. 1902. 55) *Morris.* American Journal of obstetric November 1909. 56) *Oidtmann.* Zentr. f. Gynäk. Nr. 15. 1905. 57) *Olshausen.* Berl. klin. Wochenschr. 1905. Nr. 32. 58) *Pankow.* Zentr. f. Gyn. Nr. 1907. 25. 60) *Pinard.* Bull. de l'Acad. de med. 1900. 6/III. 61) *Mc Rae.* New York. Med. journ. 1901. 62) *Rovsing.* Zentralblatt f. chir. 26/X. 1907. 63) *Stähler.* Zentr. f. Gyn. 1906. 64) *Sprängel.* Appendicitis. Stuttgard. 1906.

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.



L. WŁODARCZYK

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. 124-39, 630-42.

HÉMOPLASE Lumière

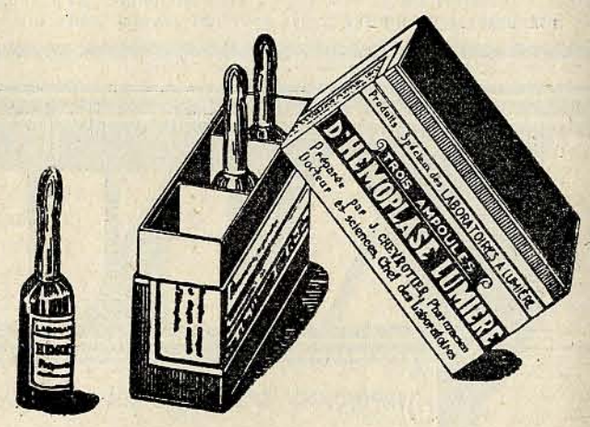
CAŁKOWITY WYCIĄG Z KRWI BARANIEJ,
ZWIERZĄT NAJBARDZIEJ ODPORNYCH NA GRUŹLICĘ.

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. i 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 DRAGÉS.
DAWKOWANIE: 6 — 10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÉMOPLASE GRANULE. 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. 924-39, 930-42

Próby i literatura na żądanie WPP. lekarzy.

LISTY DO REDAKCJI.

Do
Szanownej Redakcji „Wiedzy Lekarskiej".

Na marginesie artykułu „Rzadki objaw w cukrzycy", podanego przez p. D-ra Sejneńskiego w Wiedzy Lekarskiej (nr. 2/1932), pozwalam sobie na kilka uwag.

Zastrzegam się z góry, że uwagi te nie roszczą sobie pretensji do jakichś rozważań naukowych, ani w niczem nie negują trafności spostrzeżeń p. D-ra Sejneńskiego, lecz mają na celu zwrócenie uwagi na możliwość istnienia hematurji w c u k r z y c y, jako objawu samoistnego schorzenia dróg moczowych i że nie jest treścią podanego artykułu dostatecznie przekonywująco udowodnione, że zaobserwowana hematurja była objawem samej cukrzycy.

Ani podmiotowe badanie, ani dokładna analiza moczu, w którym, oprócz pojedyńczych krwinek, nie wykazano żadnych patologicznych elementów, nie wystarczają na usunięcie podejrzenia w kierunku istnienia samoistnego schorzenia dróg moczowych.

Jest elementarnym obowiązkiem przy hematurji przeprowadzić cystoskopję w c z a s i e k r w a w i e n i a celem stwierdzenia źródła krwawienia. (pęcherz, obie nerki, jedna nerka).

Malutki, dobrotliwy brodawczak pęcherzowy może wywołać gwałtowną hematurję, która, jak letnia burza, przechodzi bez interwencji lekarskiej, aby dopiero po latach pojawić się na nowo, wówczas, gdy urósł do wielkich rozmiarów i zmienił się złośliwie.

Już pierwsza cystoskopja może ujawnić obecność brodawczaka w pęcherzu i dać wskazanie do jedynie racjonalnej i natychmiastowej terapji, a to, elektrokoagulacji.

Cystoskopja przeprowadzona w czasie krwawienia, może nas pouczyć, czy nie krwawi przypadkowo jedna nerka. Objaw ten jest bardzo podejrzany na nowotwór w miedniczce nerkowej, n. p. na obecność w niej brodawczaka. I w tym wypadku terapja nie mogłaby się ograniczyć do leczenia objawowego, lecz musiałaby być z natury rzeczy chirurgiczną.

Nie od rzeczy będzie przypomnieć, że i gruźlica nerki może się poraz pierwszy objawić hematurją, a przedewszystkiem nowotwór złośliwy, który po przez miąższ nerki przerósł do miedniczki nerkowej, n. p. hypernephroma.

Nie negując hematurji, jako objawu cukrzycy, uważam, że pacjentka z hematurją należy b e z w z g l ę d n i e przebadać urologicznie i tylko tą drogą wykluczyć poważne schorzenia dróg moczowych. Bez badania urologicznego nie można zaobserwowanego objawu hematurji zaliczyć do objawów cukrzycy w danym przypadku.

Dr. med. M. Grossfeld
Jaworzno.

* * *

W związku z artykułem p. D-ra Sejneńskiego, zamieszczonego w II zeszycie z 1932 r. „Wiedzy Lekarskiej" p. t. „Rzadki objaw w cukrzycy" chciałbym zaznaczyć, co następuje:

Bezsprzecznie jest prawdą, że krwawienia należą do rzadkich objawów w przebiegu cukrzycy.

Przypadek jednak opisany przez autora absolutnie nie upoważnia do wniosku, że hyperglikemja odegrała nietylko główną ale jakąkolwiek bądź rolę przy powstaniu krwawienia, a to przedewszystkiem z tego względu, że rozpoznanie cukrzycy w danym przypadku jest conajmniej wątpliwe.

Rozpoznanie cukrzycy u osobnika, nie przedstawiającego żadnych charakterystycznych dla tego cierpienia skarg, a mianowicie wzmożonego łaknienia i pragnienia, wychudzenia i in., bez określenia poziomu cukru we krwi, litylko na tej zasadzie, że w moczu stwierdza się 0,2% cukru gronowego nie może być traktowane poważnie. Na zasadzie tak nikłej glikosurji nie wolno stawiać rozpoznania cukrzycy, z całem bowiem powodzeniem możnaby cukromocz ten uzależnić od nadmiernego spożywania węglowodanów, a więc traktować jako nieszkodliwą glikosurję alimentarną. Dopóki

przeto nieznany jest poziom cukru we krwi i zachowanie się jego po obciążeniu węglowodanami, dopóki wielokrotne badania moczu nie wykażą, że cukromocz nie jest zwykłą glikosurją alimentarną, dopóty rozpoznanie cukrzycy będzie tylko gołosłownem twierdzeniem, nie opartem na żadnych realnych podstawach.

Parcie na mocz i obecność krwi w moczu nasuwają przypuszczenie, że przyczyny krwawienia szukać należy w schorzeniach narządu moczowego. Niestety, nie podał autor, czy krwiomoczowi temu towarzyszyły bóle, mimo to zamiast myśleć o cukrzycy jako o przyczynie krwawienia i opisywać rzadkie objawy urojonej choroby, należało uwzględnić trzy nasuwające się możliwości: kamicę nerkową, gruźlicę nerki i sprawę nowotworową nerek lub pęcherza moczowego. Podeszły wiek chorego, brak dotąd napadów kolki nerkowej, brak zmian gruźliczych w innych narządach, brak pollakysurji raczej przemawiają za sprawą nowotworową nerek, najprawdopodobniej za nadnerczakiem, przyczem w ten sposób możnaby wyjaśnić i cukromocz. Obecność nadnerczaka, produkującego nadmierne ilości adrenaliny, mogła się przyczynić do zmobilizowania glykogenu wątrobowego a tem samem i do cukromoczu.

Dr. H. Zalcman
Warszawa.

Dr. LEON ZAMENHOF

DZIEJE MEDYCYNY

w życiorysach, aforyzmach i anegdotach

od Hipokratesa do okresu nowoczesnego

WYJĄTKI Z NIEKTÓRYCH OCEN:

...Przyjemnie czyta się krótkie życiorysy wielkich lekarzy..., 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 o tak niskiej cenie powinna znaleźć się na stole każdego lekarza... (Polska Gaz. Lek. Nr. 50 — 1930).

...Miłe dziełko, zabarwione gustownie odpowiednim doborem anegdot i aforyzmów, zawiera krótki rys krytyczny dziejów medycyny... (Nowiny psychjatryczne. Pok VIII, kw. III — IV).

Cena 5 zł. (przy zamówieniu bezpośrednio u autora WARSZAWA, MARSZAŁKOWSKA 1 125 **tylko 3 zł.**

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNETRZNE.

Agranulocytoza na tle zatrucia bismutem. (Agranulocytose bismutique). A. Sèzary et G. Boucher.
Soc. Méd. des hopit. Nr. 33; 1931.

Autorzy obserwowali przypadek agranulocytozy, która powstała z powodu przewlekłego zatrucia bismutem. Obok charakterystycznego morfologicznego obrazu krwi spostrzegano również w tym przypadku krwawienie z dziąseł. Cierpienie to rozwinęło się u 42 letniego mężczyzny, który zgłosił się do lekarza z powodu wybitnych zmian zapalno-degeneracyjnych w jamie ustnej (stomatite ulcéreuse), umiejscowionych szczególnie na dziąsłach. Stwierdzono również krwawienie z dziąseł, obrzmienie gruczołów podszczękowych, oraz podwyższoną ciepłotę ciała (37,8 — 38,2° C.). Chory był blady i wyniszczony.

Podobne zmiany w jamie ustnej spotykano nieraz u chorych, leczonych bismutem z powodu kiły. Wspomniany chory kiły jednak nie przechodził i wstrzykiwań bismutu mu nie stosowano. Chory ten od dłuższego czasu cierpiał na nieżyt przewlekły kiszek grubych oraz na guzy hemoroidalne, których pozbyć się nie mógł pomimo leczenia chirurgicznego i stosowania diatermji. Guzy hemoroidalne krwawiły od szeregu lat. Od 3-ch zaś lat chory stosował 15—20 czopków miesięcznie, które zawierały 0,03 g. soli bismutu (0,015 metalicznego bismutu). Wprowadzał on wobec tego do odbytnicy 0,22—0,3 g. bismutu metalicznego miesięcznie. Chociaż wchłanianie z odbytnicy nie jest zbyt duże, to jednak z powodu owrzodzeń i stałego przekrwienia odbytnicy wchłanianie tam było lepsze, niż u ludzi zdrowych.

W kilka dni po zastosowaniu leczenia miejscowego stan zapalny w jamie ustnej prawie zupełnie ustąpił, lecz pomimo to chory nie czuł się lepiej: ciepłota ciała podniosła się do 39° C., osłabienie wzmogło się, uderzała bladość skóry i śluzówek chorego. Badanie krwi wykazało: c. czerwonych 2615000 hemoglobiny 50%, wskaźnik 0,96, c. białych 1860, z czego wielojądrzastych obojętnochłonnych 10,2%, eozynochłonnych 0,6%, limfocytów małych i małych monocytów 58,2%, monocytów średnich 11.2%, monocytów dużych 4%, komórek nieokreślonych 15,8%. Polychromatofilji, anizocytozy, poikilocytozy oraz c. czerwonych jądrzastych nie stwierdzono.

Wobec powyższego obrazu morfologicznego krwi, oraz znacznego krwawienia z dziąseł zastosowano przetaczanie krwi, wyciąg z wątroby, chlorek wapnia i hemostyl. Ogółem chory otrzymał trzy przetaczania krwi (150; 200; 200 cm³), które nie poprawiły jego stanu. Bezpośrednią przyczyną zgonu chorego było ognisko zapalne w płucu.

Agranulocytoza, pojawiająca się wskutek przewlekłego zatrucia bismutem, była już spostrzegana, występowała ona jednak w leczeniu bismutem kiły. Spostrzeżenie zaś powyższe należy do wyjątkowo rzadkich. Prawdopodobnie wspomniany chory był szczególnie predysponowany do chorób krwi, a to z powodu przewlekłego krwawienia hemoroidalnego oraz przewlekłego zatruwania się gazami benzolowemi (pracował w fabryce samochodów). Przewlekłe wprowadzanie do ustroju bismutu było zatem czynnikiem dodatkowym, który doprowadził do agranulocytozy.

Praktyczne zastosowanie djety ketonotwórczej w leczeniu padaczki. (Le régime cétogène dans l'épilepsie; son application pratique). Ph. Pagnier et A. Plichet.
Presse Méd. Nr. 100; 1931.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki podano sposób odżywiania chorych na padaczkę, dzięki któremu stan tych chorych ulegał wybitnej, niekiedy nawet długotrwałej poprawie. Pożywienie to polega na zmniejszaniu węglowodanów przy obfitem podawaniu tłuszczów, dzięki czemu powstają ciała ketonowe. Przez dłuższy czas nie pojawiały się prace któreby mogły potwierdzić wyniki osiągnięte przez autorów amerykańskich. Ostatnio zaś *Talbot* wspólnie z innymi ogłosił dzieło, obejmujące 208 przypadków padaczki, leczonych djetą ketonotwórczą. Według tych autorów mniej więcej jedna trzecia przypadków została zupełnie wyleczona. Z pozostałych ⅔ ,część chorych uległa wybitnej poprawie, inne przypadki zawiodły całkowicie. Wobec tak zachęcających wyników leczenia *Ph. Panier* i *A. Plicher* stosowali djetę ketonotwórczą w 5 przypadkach padaczki. Obserwacje powyższe dotyczą dzieci oraz młodych ludzi (od 6 — 20 lat). Djetę ketonotwórczą stosowano okresowo. Każdy okres trwał około dwudziestukilku dni, przerwy pomiędzy okresami wynosiły około 20 dni. Djeta ketonotwórcza przedstawiała się w sposób następujący: Śniadanie 100 g. mleka, 50 g. masła i chleb dla cukrzycowych. Obiad: 50 g. mięsa, 50 g. masła, 20 g. oliwy, 100 g. zielonych jarzyn, chleb dla cukrzycowych. Podwieczorek: 100 g. mleka. Kolacja: 1 jajko, 50 g. masła, 100 g. szpinaku, kawałek sera szwajcarskiego. Ogółem djeta podobna zawiera 17,3 g, węglowodanów, 28,2 g. białka, 184 g. tłuszczu, razem 1802 kalorje. Podobną djetę stosowano wszystkim chorym, zmieniając ją tylko nieznacznie w stosunku do wieku i wagi chorego. Zazwyczaj powtarzano podobną djetę 3 lub 4 razy z odpo-

wiedniemi przerwami. Aceton w moczu u tych chorych zjawiał się nieregularnie naprzykład w pierwszym okresie prowadzenia djety 5 razy w przeciągu 19 dni, w drugim okresie 8 razy w przeciągu 17 dni.

Z 5 obserwowanych przypadków w 2-ch stwierdzono wyraźną poprawę. W ogólności chorzy znosili djetę ketonotwórczą dobrze i żadnych objawów ubocznych u nich nie spostrzegano. Djeta ta odgrywa bez wątpienia poważną rolę w leczeniu padaczki i zasługuje na uwagę.

Zmiany dotyczące białka krwi w przebiegu cukrzycy. (Modifications des albumines du sang au cours du diabète sucré). Marcel Labbé et Raoul Boulin.
Presse Méd. Nr. 94; 1931.

Co się tyczy ogólnej ilości białka we krwi u dotkniętych cukrzycą to zdania poszczególnych autorów nie są w tej kwestji uzgodnione. Podczas gdy jedni twierdzą, że u tych chorych ilość białka we krwi jest normalna, inni dochodzą do wniosku, że może być ona zmniejszona lub zwiększona, w zależności od ilości wprowadzanych do ustroju płynów. Inni znowu sądzą, że u cukrzycowych wyniszczonych ilość białka we krwi jest zmniejszona, podczas gdy u chorych odżywionych dostatecznie, prawidłowa. Istnieje również pogląd, że z chwilą znacznego zakwaszenia ustroju ilość białka we krwi cukrzycowych wzrasta. W kwestji albumin i globulin nie osiągnięto również poglądu jednolitego; według niektórych autorów podczas śpiączki wzrasta ilość globulin i tem samem zmniejsza się wskaźnik albuminowo-globulinowy. Istnieje również pogląd wprost przeciwny, a mianowicie, że podczas śpiączki wzrasta ilość albumin we krwi.

Wobec powyższych różnorodności zdań *M. Labbé* i *Boulin* określali w 100 przypadkach cukrzycy ogólną ilość białka oraz ilość albumin i globulin we krwi tych chorych. Posługiwali się oni metodą *Pietrre* i *Vila*, przyjmując pod uwagę następujące wahania białka albumin i globulin, jakie spotykane są u większości ludzi zdrowych. Ogólna ilość białka 70,8‰, albumin 42,56‰, globulin 23,33‰. Wskaźnik albuminowo - globulinowy 1,5-2. Według *Labbé* i *Boulin* w cukrzycy nie powikłanej ma się przeważnie do czynienia ze zwiększoną ilością albumin (w średniem około 61,85‰) w jednym przypadku liczba ta sięgała nawet 104,47‰. Co się tyczy globulin, to ilość ich zazwyczaj była normalna, w średnim około 29,01‰. Wobec powyższych wyników wskaźnik albuminowo - globulinowy według *Labbé* i *Boulin* był zwiększony i sięgał nawet do 4,36, w średniem wynosił 2,32. Według *Labbé* i *Boulin* zwiększona ilość albumin występuje zarówno u cukrzycowych niedożywionych, jak i odżywionych prawidłowo. W przypadkach wyniszczenia ilość albumin sięga nawet liczby wyższej, niż w przypadkach cukrzycy z odżywieniem prawidłowem.

W śpiączce stwierdzali powyżsi autorzy zazwyczaj zwiększoną ogólną ilość białka, obok niezmienionego wskaźnika albuminowo-globulinowelenia opon o innej etjologji (meningokoki — 541 go, który wynosił w średnim 2,02.

W cukrzycy powikłanej gruźlicą płucną w w większości przypadków albuminy nie były tak wybitnie zwiększone, jak w cukrzycy niepowikłanej.

W cukrzycy współprzebiegającej z marskością wątroby stwierdzano natomiast zmniejszoną ilość globulin w stosunku do albumin, obok normalnej ilości białka całkowitego.

U cukrzycowych dotkniętych nefrozą lipoidową spostrzegano wybitne zmniejszenie się ogólnej ilości białka, zmniejszenie ilości albumin (20,9‰) oraz normalną ilość globulin (30,5‰).

Autorzy sądzą, że zwiększenie się albumin w cukrzycy nie powikłanej świadczy o upośledzonej czynności wątroby, jaka ma występować w cukrzycy.

J. Węgierko.

CHIRURGJA.

Klasyfikacja schorzeń odżywczych kości i osteozy przytarczycowe. (La classification des dystrophies osseuses et l'ostéose parathyroïdienne). Lièvre.
La Presse Méd. Nr. 13, luty 1932.

Autor zwraca uwagę na istniejące w dziedzinie schorzeń odżywczych (troficznych) kości pewne pomieszanie pojęć i niedokładności klasyfikacji, które prowadzą nieraz do błędnego utożsamiania zupełnie odrębnych schorzeń jak np. choroby Recklinghausena i Pageta. Rozróżnia on w dziedzinie tej trzy zasadnicze grupy chorób: osteopatje wskutek braku wapnia w ustroju osteitis deformans Pageta i osteosis parathyreoidea.

I. Osteopatje grupy pierwszej są wywołane przez głód wapniowy ustroju, będący następstwem pewnych braków odżywienia jakościowych (awitaminoza) i ilościowych i niewłaściwych warunków higjenicznych bytowania. Działające tutaj czynniki etjologiczne mogą być różne. Cierpienie występuje często nagminnie lub endemicznie. Należą tu: rozmiękczenie kości (osteomalacja), krzywica, gnilec i choroba Möller-Barlowa (jako awitaminoza C) i inne. Charakterystycznem dla stanów powyższych jest spostrzegane stale obniżenie zawartości wapnia w surowicy krwi — w przeciwieństwie do osteoz przytarczycowych, którym towarzyszy zwiększenie stężenia wapnia we krwi.

Do objawów osteopatji wskutek braku wapnia w ustroju często przyłączają się objawy tężyczki jawnej lub ukrytej — jako inny przejaw tego głodu wapniowego.

II. Osteitis deformans Pageti była przez czas dłuższy mylnie identyfikowana z chorobą Recklinhausena (osteitis fibrosa, osteodystrophia fibrosa), od której różni się zasadniczo i swym obrazem klinicznym (wiek starszy, powolny rozwój, symetryczny przerost kości kończyn dolnych, czaszki i kości tułowia), i etjologją (w chorobie Pageta — zupełnie nieznaną). W kościach stwierdzamy tu następujące zmiany: zwłóknienie szpiku kostnego i chorobliwą przebudowę kości, polegającą na zaniku jednych beleczek kostnych i znacznem zgrubieniu innych. Obraz radjologiczny kości jest zatarty, jej zarysy są jakby zamglone („aspect ouaté"). Stężenie wapnia w surowicy krwi jest prawidłowe (prawidłowa przemiana wapniowa), przytarczyce zmian chorobowych nie wyka-

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 W P P. Lekarzy.

zują. Etjologja cierpienia — jak już zaznaczono — jest jeszcze zupełnie ciemna.

III. Istotę osteoz przytarczycowych jest nadmierne uruchamianie wapnia z układu kostnego i jego wydalanie bądźto nazewnątrz (z moczem — łatwe tworzenie się kamieni wapniowych), bądź też jego deponowanie w trzewach, naczyniach krwionośnych i w luźnej tkance łącznej (podskórne guzki wapniowe), Zawartość wapnia w surowicy krwi bywa zwiększona — przynajmniej dopóki nie nastąpi krańcowe zubożenie ustroju w wapień. W związku z przeładowaniem układu mięśniowo-nerwowego wapniem występuje obniżenie jego pobudliwości (w przeciwieństwie do tężyczki) i ogólne osłabienie mięśniowe (astenja). Przyczyną powyższych zmian chorobowych jest nadczynność przytarczyc, zwykle w przebiegu gruczolaka przytarczycy. Leczenie polega na wycięciu chorej przytarczycy.

Należą tutaj między innemi, przypadki schorzenia włóknistego kości czyli choroby Recklinghausena, umiejscowionej (często pod postacią torbieli) lub mniej czy więcej uogólnionej.

Rozpoznawanie rentgenologiczne i sposoby leczenia operacyjnego wgłobienia jelit u dorosłych. (Invagination intestinale aiguë par diverticule de Meckel, par lipome du caecum et sans cause apparente). Voncken, Moiraud i Séjournet.

Ref. Brocq. Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 2, styczeń 1932.

Autorowie à propos trzech przypadków: wgłobienia kretnicy w kretnicę wskutek obecności uchyłka Meckela u kobiety 62-letniej, wgłobienia krętniczo-kątniczookrężnicowego wskutek tłuszczaka kątnicy u kobiety 52-letniej i wgłobienia krętniczo-kątnicowego bez widocznej przyczyny u kobiety 38-letniej — omawiają szczegóły rozpoznawania rentgenologicznego wgłobienia jelit i różne sposoby leczenia operacyjnego tego cierpienia.

Prześwietlenie względnie zdjęcie rentgenowskie (wlewanka kontrastowa) w wielu przypadkach mogą ogromnie ułatwić rozpoznanie wgłobienia. Badanie to może wykazać bądź to niecharakterystyczne nagłe zatrzymanie się masy kontrastowej w jednem miejscu (zwykle u szczytu odcinka wgłobionego) w jej przesuwaniu się w kierunku dogłowowym, bądź obraz, powstały wskutek kombinacji wypełnienia masą odcinka wgłobionego i wgłabiającego, bądź też pozorne zniknięcie to jest nieuwidocznienie na ekranie pewnego odcinka jelita (masa kontrastowa przechodzi poprzez odcinek wgłobiony cieniutkim niewidocznym strumieniem, przyczem odcinki powyżej i poniżej wgłobienia są wypełnione dobrze).

Wybór tej czy innej metody operacyjnej zależy w pierwszym rzedzie od warunków anatomo-patologicznych, na jakie się natrafi przy operacji, ale stan ogólny chorego gra tutaj, naturalnie, równie dużą rolę.

Stan ogólny bywa znacznie cięższy w przypadkach ostrego wgłobienia. niż w przypadkach przewlekłego. Na gorsze rokowanie składaja się tu: dłuższy okres czasu, jaki upłynął od chwili wystąpienia objawów niedrożności, dłużej trwające zakażenie ściany jelita i krezki, długość odcinka wgłobionego i rozległość jego umocowania w odcinku wgłabiającym. Naogół, wgłobienia krętniczo-krętnicze przebiegają znacznie łagodniej od krętniczo-kątniczych. Metodą z wyboru w leczeniu wgłobienia jelitowego u dorosłych jest odgłobienie, o ile naturalnie jest wogóle możliwe do przeprowadzenia bez użycia bardziej gwałtownych rękoczynów. Po odgłobieniu, o ile — przy dobrym stanie ściany kiszki — znajdziemy jako przyczynę wgłobienia guz, usunąwszy go wówczas zapomocą nacięcia ściany kiszki lub jej wycięcia; o ile jednak zajdzie przytem konieczność wycięcia odcinka kiszki grubej, lepiej jest wykonać to dwuczasowo. Jeżeli odgłobienie nie udaje się względnie odcinek wgłobiony okaże się zmienionym zgorzelinowo, to wówczas w przypadkach wgłobienia krętniczo-krętniczego wskazanem będzie jednoczasowe rozległe wycięcie odcinka obumarłego. w przypadkach zaś wgłobienia krętniczo-kątniczo-okrężnicowego wycięcie jednoczasowe — ze względu na dużą śmiertelność pooperacyjna (30 — 50%) — będzie zasadniczo przeciwskazanem. Metodą z wyboru będzie tutaj albo wyłonienie pętli jelitowej i anus praeternaturalis in situ, albo też wycięcie pętli zmienionej i wszycie obu otworów (odcinka dogłowowego i doodbytniczego) w powłoki brzuszne.

Sposób operowania wgłobienia przez wykonanie jedynie zespolenia odcinków powyżej i poniżej wgłobienia, z ewentualnem wyłączeniem odcinka wgłobienia ale z pozostawieniem go na miejscu, zostaje obecnie zarzucony.

Operacja Barker-Widenham-Maunsell, polegająca na wycięciu odcinka wgłobionego po nacięciu ściany odcinka wgłabiającego, znajduje swoje wskazania tylko w wyjątkowych przypadkach, a mianowicie: przy znacznej długości i nieodprowadzalności odcinka wgłobionego, coby zmusiło do bardzo rozległego wycięcia kiszki.

Przyczynek do rozpoznawania i leczenia pourazowych wylewów krwawych podoponowych. między oponą twardą a powierzchnią mózgu. (Hémorrhagie intradurale à symptomatologie retardée, consécutive à un traumatisme du crâne. Apoplexie traumatique tardive). Burgeat i Guibal.

Ref. Lenormant. Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 5, luty 1932.

W związku ze spostrzeganiem dwu odnośnych przypadków autorowie zastanawiają się nad obrazem klinicznym i sposobami leczenia pourazowych wylewów krwawych pod oponą twardą (z równoczesnem uszkodzeniem kości czaszki lub nie).

Częstość występowania tego rodzaju wylewów krwawych jest znacznie większa, niż się ogólnie przypuszcza; wylewy podoponowe zdarzają się o wiele częściej od zewnątrzoponowych (między opona twardą i kością). Vance z Nowego Jorku na 507 sekcyj w przypadkach złamania czaszki obecność krwiaka podoponowego stwierdził w 156 przypadkach, obecność zaś krwiaka zewnętrzoponowego (haematoma extradurale) — tylko w 61 przypadkach. Anatomo-patologicznie rozróżniać należy krwiaki podoponowe rozlane, otaczające prawie całą półkulę mózgową, i krwiaki ograniczone. Te pierwsze są

najczęstsze i najgroźniejsze dla życia chorego. Punkt wyjścia tych wylewów rzadko daje się ustalić. nawet na stole sekcyjnym; najprawdopodobniej chodzi tu o rozerwanie żyły opony naczyniowej w miejscu jej ujścia do zatoki żylnej strzałkowej (sinus longitudinalis superior). Zresztą, ustalenie punktu wyjścia krwiaka podoponowego nie ma żadnego znaczenia praktycznego, leczniczego, gdyż w chwili operacji krwawienie z reguły już oddawna jest nieczynne (w przeciwieństwie do krwiaków pozaoponowych).

Pod względem klinicznym bardzo charakterystyczną jest dosyć długa przerwa pozornego zdrowia (do kilku tygodni), jaka dzieli moment wystąpienia pierwszych objawów klinicznych od urazu. Przerwa ta w przypadkach krwiaków zewnątrzoponowych nie przekracza nigdy 24 — 48 godzin. Druga charakterystyczna cechą krwiaków podoponowych jest nasilanie się objawów chorobowych jakby skokami, napadami, którym odpowiadają prawdopodobnie nawroty krwawienia; w przerwach między temi napadami stan chorego ulega widocznej poprawie. Z czasem rozwijają się zwykłe objawy wzmożenia ciśnienia wewnatrzczaszkowego, nie mające w sobie nic charakterystycznego dla tego rodzaju krwiaków. Rozpoznawanie różniczkowe od krwiaków zewnatrzoponowych na podstawie objawów miejscowych uciskowych bywa naogół trudne. jakkolwiek przyjmuje się powszechnie. że te ostatnie daja wyraźne objawy uciskowe okolicy bróżdy Rolanda. krwiaki zaś podoponowe daja najczęściej rozległe podrażnienia kory mózgowej danej półkuli. Płyn mózgowordzeniowy w przypadkach krwiaków zewnątrzoponowych domieszkikrwi z reguły nie zawiera, w przypadkach zaś krwiaków podoponowych bywa zwykle krwisty. ale niezawsze. gdyż przy dłuższem trwaniu choroby może stać się wtórnie zupełnie klarownym.

Leczenie krwiaków podoponowych. przejawiających się późno. jest z reguły operacyjne, przyczem wskazania do natychmiastowej operacji wypływaja zwykle z nagłego i znacznego pogorszenia się stanu chorego. Po wydłutowaniu odpowiedniego otworu w kości i stwierdzeniu obecności krwiaka podoponowego. nie wystarcza go nakłuć poprzez opone twarda i opróżnić. pewniej prowadzi do celu nacięcie opony. usuniecie możliwie dokładne skrzepów krwi i pozostawienie szerokiego otworu komunikacyjnego między jama krwiaka i przestrzenia podmięśniową. Powłoki czaszki zaszywa się doszczelnie.

Zejścia śmiertelne występuja przeważnie w tych przypadkach, w których obok krwiaka podoponowego mamy stłuczenie i wylewy krwawe do samej tkanki mózgowej.

Schorzenia pourazowe napięstka. (Traumatismes du carpe). Dejardin i Bary.

Bruxelles — Médicale Nr. 6, grudzień 1931.

Po omówieniu pokrótce anatomji kości i aparatu więzadłowego napięstka i fizjo-patologii ruchów w stawie promieniowo-napięstkowym i stawach śródnapięstkowych. autor przechodzi do opisu obrazu klinicznego i leczenia poszczególnych typów obrażeń napięstka.

I. Wykręcenia (distorsio). Obok zwykłego rozerwania więzadeł i torebek stawowych należą tu również oderwania kawałków kości wraz z przyczepami więzadłowemi, rozejścia się i nadwichnięcia poszczególnych kostek. Klinicznie stwierdza się ból samoistny, obrzmienie danej okolicy, bolesność uciskową i ograniczenie ruchów wskutek ich bolesności. Obrażenia te, będąc niewłaściwie leczone, doprowadzają do znacznych i trwałych zaburzeń czynnościowych. Z czasem może się rozwinąć pourazowe rozrzedzenie kości (e hyperaemia — wdg. Leriche'a) z następowemi objawami ze strony stawów, nadmierne uwapnienia, zaniki i zwiotczenia mięśni, zmiany odżywcze w skórze i t. p. objawy, składające się na obraz „arthritis traumatica".

Leczenie — poza nastawieniem bezkrwawem ewentualnych nadwichnięć — będzie polegało na stosowaniu gorąca, miesienia, przegrzewania (diatermji), kąpieli, mechanoterapji; w przypadkach wyjątkowo uporczywych trzeba się uciec do odnerwienia odnośnej tętnicy ramieniowej (sympathicectomia).

II. Zwichnięcia. Do najczęstszych należy zwichniecie kości półksiężycowatej w stronę dłoniową. Nieleczone doprowadza po dłuższym okresie bólów i zaburzeń odżywczych do zupełnego zesztywnienia napięstka (30 — 80% trwałej niezdolności do pracy). Jeśli kość półksiężycowata nie straciła całkowitego swego kontaktu z głową kości główkowatej, wówczas próby nastawienia bezkrwawego zwichnięcia mają widoki powodzenia. W przeciwnym razie należy się uciec do operacji (nastawienie krwawe, lub wycięcie kości półksiężycowatej). Nastawianie bezkrwawe odbywa się w sposób następujący: uśpienie ogólne, przedramie spoczywa na stole tak, żeby napięstek wypadł na brzegu stołu, operujący uruchamia napięstek, następnie pociąga ku sobie za dłoń, wygiętą w stronę grzbietową i jednocześnie duży palec operującego wciska od strony dłoniowej kość półksiężycowatą na miejsce. Ruchy po nastawieniu należy zacząć stosować jaknajwcześniej.

Zwichnięcia w stawie promieniowo-napięstkowym i zwichnięcia innych kości napięstka są naogół rzadkie.

III. Złamania. Najczęściej dotycza kości łódkowatej. Mechanizm sprowadza się do upadku na wyniosłości palca dużego (thenar) przy dłoni zgiętej grzbietowo. Do charakterystycznych objawów klinicznych należy obrzmienie w miejscu tabakierki anatomicznej i bolesność uciskowa tamże. Maksymalne zbliżenie do siebie odłamów uzyskuje się przez ułożenie dłoni w zgięciu dłoniowem i nieco w stronę łokciową. Podstawą leczenia jest jaknajszybsze uruchomienie czynne napięstka i terapja fizykalna. Jeśli bóle i ograniczenie ruchów utrzymują się przez czas dłuższy, a zdjecie rentgenowskie wykaże odwapnienie rozległe i obecność wyrośli kostnych, należy się uciec do wyłuszczenia podokostnowego złamanej kości. Po operacji ruchy czynne należy zacząć od następnego dnia.

Rzadziej ulegają złamania: kość półksiężycowata. główkowata (może dawać bardzo nikłe objawy kliniczne) i wielościenna większa.

Zasadą leczenia obrażeń napiestka jest — przez jego natychmiastowe uruchomienie czynne nie dopuścić do powstania przyczyn anatomicznych (zorganizowania wysię-

ków i wylewów krwawych (pourazowych), któreby na drodze zwiotczenia mięśni i więzadeł i powstaniu blizn niepodatnych mogły doprowadzić do trwałego ograniczenia ruchów napięstka.

Wartość rozpoznawcza określania podstawowej przemiany materji w schorzeniach tarczycy. (La valeur diagnostique du métabolisme basal au cours des affections thyroïdiennes). L a b b é.
La Presse Méd. Nr. 17, luty 1932.

Badanie podstawowej przemiany materji w przebiegu różnych schorzeń tarczycy słusznie jest uważane obecnie za sposób badania, pod względem rozpoznawczym, pierwszorzędnej wartości. Stopień nasilenia podstawowej przemiany materji odpowiada jak najdokładniej nasileniu czynności tarczycy. W stanach nadczynności tarczycy i chorobie Basedowa przemiana materji jest wzmożona w stosunku do normy (w %), w stanach niedomogi tarczycy i w obrzęku śluzowatym — przemiana materji jest upośledzona czyli poniżej normy. Najmniejszym wahaniom czynnościowym ze strony tarczycy odpowiadają odpowiednie zmiany w nasileniu przemiany materji.

W klasycznych przypadkach choroby Basedowa lub obrzęku śluzowatego, o wyraźnym obrazie klinicznym, badanie podstawowej przemiany materji bywa zwykle zbędne, ale w przypadkach niejasnych, niepewnych pod względem rozpoznawczym, bez badania tego obyć się poprostu nie można.

W przypadkach zaś, w których na obraz kliniczny cierpienia składają się i objawy właściwe nadczynności tarczycy, i objawy, właściwe jej niedomodze — jak to bywa niekiedy — to decydującym czynnikiem rozpoznawczym będzie zawsze wynik badania podstawowej przemiany materji, który wyjaśni ostatecznie, czy mamy do czynienia z nadczynnością tarczycy, czy też z jej niedomogą.

Określenie podstawowej przemiany materji ułatwia, między innemi, odróżnienie stanów nadczynności tarczycy od różnego pochodzenia stanów nerwo-patycznych i zaburzeń czynnościowych układu nerwowego roślinnego (z wyłączeniem tarczycy jako przyczyny tych zaburzeń). A przypadki odnośne zdarzają się bynajmniej nie rzadko i do złudzenia mogą przypominać zespół Basedowa (bicie serca, częstoskurcz, drżenie rąk, nadmierna pobudliwość nerwowa, drażliwość psychiczna, uderzenia krwi do głowy i t. p.). Stwierdzenie u chorych odnośnych prawidłowego stopnia przemiany materji wyjaśnia w sposób ostateczny rozpoznanie i decyduje o zastosowaniu odpowiedniego leczenia.

Na zakończenie, autor kładzie nacisk na konieczność wykonywania badania podstawowej przemiany materji wyłącznie przez osoby odpowiednio przygotowane i wprawione do tego, gdyż w przeciwnym razie można łatwo otrzymać z badania powyższego wyniki zupełnie nieraz błędne.

Przedziurawienia ściany esicy, poczynające się od strony światła kiszki. (Des perforations de l'anse sigmoïde d'origine interne). A i g r o t.
La Presse Méd. Nr. 18, marzec 1932.

Autor omawia tutaj wszelkie przedziurawienia pochodzenia „wewnętrznego" to jest takie, które pozostają po wyłączeniu przedziurawień pourazowych (stłuczenia brzucha, rany drążące), zgorzeli wskutek zawężlenia lub uwięźnięcia w worku przepuklinowym, przeżarcia ściany przez ropień w małej miednicy, zropiałą torbiel jajnikową, ropień przywyrostkowy i t. p.

Owe przedziurawienia „wewnętrzne", w których obumieranie ściany kiszki postępuje od strony światła kiszki w kierunku surowicówki, mogą być trojakiego pochodzenia: 1) wskutek obecności ciała obcego w świetle kiszki, 2) owrzodzenia pierwotnego kiszki lub uchyłka i 3) raka esicy.

I. P r z e d z i u r a w i e n i e w s k u t e k c i a ł a o b c e g o. Przed operacją jako takie nie bywa rozpoznawane prawie nigdy. Na wynik pomyślny operacji można liczyć tylko wtedy, kiedy zostanie ona wykonana w pierwszych godzinach od chwili wystąpienia przedziurawienia. Ale i w tych warunkach śmiertelność bywa naogół duża, gdyż ze względu na znaczną septyczność treści kiszkowej zapalenie otrzewnej ma tutaj przebieg zawsze gwałtowny.

II. P r z e d z i u r a w i e n i e w s k u t e k w r z o d u jest zjawiskiem naogół rzadkiem, o przyczynie zupełnie nieznanej. Pierwotne ognisko martwicowe mieści się w tkance podśluzówkowej i stąd szerzy się z jednej strony w kierunku ku surowicówce, z drugiej zaś — ku światłu kiszki. Przebieg cierpienia do chwili powstania przedziurawienia — wybitnie przewlekły.

Przedziurawienie wskutek zmian zapalnych w u c h y ł k a c h e s i c y zdarza się bez porównania częściej. Ze względu na umiejscowienie bólów bądź to po stronie prawej brzucha, bądź po lewej — odróżnienie od zapalenia wyrostka robaczkowego jest nieraz bardzo trudne. Rokowanie po operacji jest niezłe, ponieważ ognisko przedziurawienia bywa dokładnie oklejone zrostami otrzewnowemi.

III. P r z e d z i u r a w i e n i e w s k u t e k r a k a e s i c y. Mechanizm tutaj bywa dwojaki: a) wskutek owrzodzenia śluzówki powyżej miejsca zwężenia kiszki (drażnienie przez zalegające masy kałowe) powstaje ropień przykiszkowy, który wtórnie przebija ścianę kiszki; b) wskutek rozciągania kiszki powyżej zwężenia przez kał i guzy pęka jej śluzówka, poczem szybko już dochodzi do całkowitego przedziurawienia ściany esicy.

Wynik operacji zależy prawie wyłącznie od technicznych możliwości wyłonienia całego odnośnego odcinka kiszki (wraz z guzem) nazewnątrz nastałe, to jest do czasu uzyskania przez chorego takiej poprawy stanu ogólnego, żeby można było wykonać wycięcie kiszki.

Zapalenie kości płaskich czaszki w następstwie schorzeń części miękkich głowy. (L'ostéite des os plats du crâne consécutive aux lésions des parties molles). D'A l l a i n e s i H u s s e n s t e i n.
Journ. de Chir. XXXIX. N. 1, styczeń 1932.

Istnieją trzy zasadnicze postacie zapalenia kości płaskich czaszki: 1) o s t r e z a p a l e n i e k o ś c i p r z e r z u t o w e (gronkowiec złocisty, prątek durowy, drobnoustrój chorobotwórczy ospy), 2) z a p a l e n i e k o ś c i w t ó r n e — w następstwie zapalenia ropnego z a t o k k o s t n y c h (sinusitis, mastoidi-

OPOZONES LUMIÉRE

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.

SPOSÓB UŻYCIA: nader wygodny i przyjemny (małe tabletki bez smaku i zapachu).

NAJEKONOMICZNIEJSZA organoterapja dla chorych.

Opozones Thyroïde	Opozones Pluriglandulaire
„ Corps jaune de l'ovaire (corpus luteum)	(Thyroid. Hypoph. Surrénale)
„ Orchitique (exstr. testic.)	„ Pluriglandulaire „O" (ovarique) — Thyroïde, Hypophyse, Surrenale, Ovaire
„ Mammaire	„ Pluriglandulaire „T" (orchitique) — Thyroïde, Hypophyse, Surrenale, Orchitique
„ Placenta	„ Splênique (lien)
„ Pancreatique	„ Surrènale
„ Biliaire (fellis)	„ Hypophyse
„ Hepatique	
„ Muqueuse intenstinale	
„ Muqueuse stomacale	
„ Prostatique	
„ Thymus	
„ Rénale	
„ Tissu nerveux	
„ Ganglions (gl. lymhat)	

Każde pudełko zawiera 3 rurki po 18 tabletek, powleczonych glutenem i drażowanych

tis), i 3) zapalenie kości w następstwie zakażenia powłok zewnętrznych czaszki (uraz, czyrak i t. p.). Autorowie w pracy niniejszej zajmują się tylko tą ostatnią kategorją.

Powłoki zewnętrzne czaszki składają się z dwu zasadniczych warstw: skóry i czepca ścięgnowego, tworzących pod względem fizjopatologicznym jedną całość, i głębiej — okostnej; przestrzeń między temi dwoma warstwami jest wypełniona luźną tkanką łączną i stanowi typowe siedlisko ropowicy głowy. Dopóki sprawa zakaźna jest ograniczona do skóry, czepca ścięgnowego, względnie, przestrzeni między czepcem i okostną, do zapalenia kości nie dochodzi, gdyż nienaruszona okostna stanowi dla zakażenia barjerę zupełnie wystarczającą. Ale z chwilą czy to jej uszkodzenia mechanicznego, czy też powstania ropnia podokostnowego — proces zakaźny, za pośrednictwem licznych żył śródkościa (venae diploëticae) szybko przenika w głąb kości względnie do jamy czaszkowej. W samej kości proces chorobowy dotyczy zwykle tylko blaszki zewnętrznej i śródkościa, blaszka zaś wewnętrzna bywa zajęta względnie rzadko; pamiętać o tem należy przy wykonywaniu odnośnego zabiegu operacyjnego.

Obraz kliniczny. Objawy zapalenia kości występują powoli i stopniowo, zwykle dopiero po 3—4 tygodniach od chwili zranienia głowy. Na obraz kliniczny składają się 3 zasadnicze objawy: ból, gorączka i zmiany miejscowe. Ból bywa zasadniczo umiejscowiony w okolicy rany, ale szerzy się do sąsiednich części czaszki, nasilając się znacznie w nocy; ból ten z początku występuje z przerwami, później ma charakter stały i duże nasilenie. Gorączka nie bywa zbyt wysoka (do 38,5°)„ o typie nieprawidłowym. Miejscowo — rana zabliźnia się od brzegów, zwęża się i nabiera cech przetoki; na dnie rany widać obnażoną i zmienioną martwicowo kość, nieraz stwierdza się wyraźnie obecność martwaka.

Przebieg kliniczny cierpienia odpowiada przebiegowi pierwotnie przewlekłego zapalenia kości. Oddzielanie się martwaka postępuje tutaj bardzo powoli; obumarciu ulega zwykle tylko część blaszki zewnętrznej.

Rokowanie zależy od obecności ewentualnych powikłań wewnątrz czaszkowych, a mianowicie: ropnia między kością i oponą twardą (abscessus extraduralis), ropnia mózgu (umiejscowionego zwykle powierzchownie), zapalenia zakrzepowego zatoki i zapalenia ropnego opon mózgowych. To ostatnie powikłanie, będąc zwykłem zejściem ropni zewnątrzoponowych i ropni mózgu, jest najczęstszą przyczyną śmierci w przebiegu zapalenia pourazowego płaskich kości czaszki.

Leczenie narazie będzie polegało na szerokiem odsłonięciu ogniska kostnego i wydłutowaniu rozległem blaszki zewnętrznej i śródkościa; o ile blaszka wewnętrzna zmian chorobowych nie przedstawia, należy na tem poprzestać. Jeżeli jednak po operacji bóle głowy i gorączka utrzymują się w dalszym ciągu, trzeba wtórnie zdłutować i blaszkę wewnętrzną, obnażając oponę twardą.

W razie obecności powikłań wewnątrzczaszkowych, należy się kierować ogólnie przyjętemi zasadami.

Uwagi w sprawie leczenia raka odbytnicy naświetlaniami radowemi. (A propos du traitement du cancer du rectum par le radium). Gouverneur.

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. N. 9, marzec 1932.

Na wstępie należy zaznaczyć różnicę, jaka istnieje pod względem histologicznym, przebiegu klinicznego i wskazań operacyjnych między rakami odbytnicy i rakami samego odbytu. Raki odbytnicy są typowemi gruczolakorakami przewodu pokarmowego, które — w związku z zachowaną przez komórki nowotworowe czynnością gruczołowo - wydzielniczą — odznaczają się bardzo małą wrażliwością na promienie radu. Odwrotnie — raki odbytu, które, będąc złośliwemi nabłoniakami pochodzenia skórnego, są naogół bardzo wrażliwe na naświetlania radowe.

W przypadkach raków odbytnicy operacyjnych metodą leczniczą z wyboru jest operacja, możliwie obszczętna, gdyż daje stosunkowo najlepsze wyniki. Leczenie radem w tego rodzaju przypadkach zawodzi. Pominąwszy już częstość występowania ciężkich powikłań po naświetlaniach w postaci obumarcia rozległego śluzówki, ciężkiego zapalenia ściany odbytnicy i tkanek przyległych (nadzwyczaj silne i uporczywe bóle!), a nawet przedziurawienia ściany po odpadnięciu strupa martwicowego — poza tem ujemną stroną naświetlań radowych jest niedostępność dla promieni radu gruczołów chłonnych, które znajdują się zdala od guza pierwotnego, skryte w głębi jamy brzusznej.

Co się tyczy strony technicznej stosowania radu, to sposób wprowadzania rurki radowej do światła kiszki został zarzucony — ze względu na niemożność osiągnięcia równomiernego naświetlenia całego guza. Obecnie stosuje się rad prawie wyłącznie w postaci igieł, wkłutych do guza od strony zewnętrznej, po jego odsłonięciu na drodze operacyjnej, z cięcia odbytniczo-ogonowego.

W przypadkach raków odbytnicy nieoperacyjnych, przy braku wyraźnych objawów zakażenia miejscowego, można zastosować rad, ale po uprzedniem wytworzeniu sztucznego odbytu na talerzu biodrowym lewym. Jeśli po ukończonej kuracji radowej stan miejscowy poprawi się na tyle, że wykonanie operacji stanie się możliwe, to operację doszczętną wykonać należy.

Inaczej się sprawa przedstawia w odniesieniu do raków odbytu. Tutaj wyniki leczenia operacyjnego są naogół mało zachęcające, gdyż stosunkowo często występują nawroty, nawet po bardzo rozległem wycięciu i w przypadkach względnie świeżych. Ale za to naświetlenia radowe dają w tego rodzaju przypadkach wyniki bardzo dobre, stanowiące tutaj metodę leczniczą z wyboru. Zastosowanie radu musi być poprzedzone wytworzeniem sztucznego odbytu na talerzu biodrowym. Co do gruczołów chłonnych w pachwinach, to stosuje się tu albo ich wyłuszczenie operacyjne (gruczoły małe i słabo macalne), albo naświetlenia radowe (gruczoły duże, obrzmiałe), albo wreszcie jedno i drugie razem.

M. Czyżewski.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Surowica przeciwbłonicza i jej działanie lecznicze. (Le sérum antidiphtérique et son action therapeutique). R. Debré, G. Ramon et J. Bernard.

Bull. et mém. de la Soc. Méd. des Hopitaux de Paris. Mars 1932.

Autorzy wykonywali badania doświadczalne nad działaniem surowicy błoniczej i wyprowadzają stąd szereg wniosków praktycznych. Badania są uzasadnione tem, że w ostatnich czasach surowica błonicza jakoby często zawodzi. Autorzy podjęli klasyczne doświadczenia Roux i Martin'a, starając się stworzyć warunki doświadczalne zbliżone do naturalnego zakażenia błonicą u ludzi. Badania miały na celu wykazać: czas odpowiedni dla stosowania surowicy w błonicy, dawki niezbędne, wpływ powtórnych wstrzyknięć surowicy na przebieg choroby, czas utrzymania się anty-toksyny błoniczej we krwi zwierząt i ludzi po wstrzyknięciu surowicy swoistej. Przedewszystkiem autorzy wstrzykiwali jad błoniczy świnkom morskim. Doświadczenie wykazało, że prawie wszystkie świnki, które otrzymały nawet minimalną dawkę suriwicy przed podaniem jadu błoniczego, lub najpóźniej w cztery godziny po wstrzyknięciu jadu— pozostały przy życiu. Te które otrzymały surowicę leczniczą w sześć godzin i później po podaniu jadu błoniczego — ginęły, niezależnie od dawki stosowanej później surowicy błoniczej. U niektórych z tych zwierząt występowały porażenia pobłonicze jeszcze po 20-tu dniach od chwili stosowania jadu i przeciwjadu. W tych przypadkach dawka jadu wystarczająca dla wprowadzenia porażeń i zejścia śmiertelnego wchodziła w trwałe połączenie z komórkami nerwowemi zanim wstrzyknięto surowicę; ta ostatnia zobojętnia jad błoniczy jedynie krążący we krwi zapobiegając zatruciu masowemu i szybkiej śmierci; lecz pozostaje bez działania na jad już połączony z tkanką nerwową, który wywołuje powikłania porażenne.

Doświadczenie to wykazuje znaczenie zasadnicze czasu, który upłynął pomiędzy zadziałaniem na ustrój jadu błoniczego, a wprowadzeniem przeciwjadu. Wyniki tych doświadczeń były identyczne z temi, które jeszcze w roku 1894 wykonywali Roux i Martin. Ta identyczność wyników po 37 latach przemawia, za tem, że działanie surowicy nie uległo zmianie.

Następnie autorzy badali działanie surowicy na zakażenie świnek morskich samemi prętkami błoniczemi. Aby zbliżyć się do warunków zakażenia u ludzi, unikano dawek masowych, lecz wstrzykiwano małe dawki laseczników Löffler'a do tkanki podskórnej. Stosując następnie surowicę leczniczą u tych zwierząt w różnym czasie i w różnych dawkach dowolnie otrzymywano rozwój zakażenia i przebieg zbliżony do obrazów klinicznych spotykanych w chorobie błoniczej u dzieci.

W ten sposób można było dokładnie obserwować skuteczność działania surowicy leczniczej i ustalić jej stopień, a także najodpowiedniejszy czas dla wkroczenia leczniczego.

Jako przykład może posłużyć jedno z serji doświadczeń wykonanych na 100 świnkach. Każde ze zwierząt otrzymywało podskórnie mieszaninę buljonu i 0,01 cm.³ zawiesiny laseczników błoniczych preparowanej według pewnej stałej techniki. Następnie w różnych okresach czasu wstrzykiwano surowicę leczniczą.

Wyniki tych doświadczeń wykazały, że świnki szczepione dawką zawiesiny laseczników Löffler'a, która stale wywoływała śmierć w ciągu najdłużej 50 godzin, zostawały przy życiu o ile przed upływem ośmiu godzin od chwili zaszczepienia zastosowano nawet w znikomej dawce surowicę błoniczą (1—10 jednostek). Zależnie jednak od czasu zastosowania surowicy i dawki w miejscu zaszczepienia laseczników powstawała lub nie, miejscowa martwica tkanki. Świnki, które zaczęto leczyć dopiero po dziesięciu godzinach żyły, lecz pod warunkiem podania najmniej sto jednostek surowicy błoniczej. Nareszcie wszystkie świnki ginęły o ile leczenie rozpoczynało się po 18 godzinach mimo największej dawki surowicy leczniczej.

Bliższa analiza tych doświadczeń stwierdza co następuje: surowica lecznicza szybko przenika po wstrzyknięciu do krążenia. Krew świnki, której podano podskórnie 1000 jednostek uodporniających już po 4 godzinach, zawiera 3 jednostki w 1 cm³ krwi. Przeciwjad szybko przenika do miejsca zaszczepienia laseczników, które dopiero zaczynają wytwarzać jad, który zostaje zneutralizowany „in situ" zanim rozszerzy się w ustroju, zanim nawet wywoła miejscowe zmiany martwicze w tkance, które tak sprzyjają dalszemu rozmnażaniu się laseczników.

Jeżeli surowica przybywa późno (po 12—14 godzinach) laseczniki wytworzyły już jad w dostatecznej ilości, którego część wywiera bezpośredni wpływ zabójczy na otaczające komórki, reszta szerząc się drogą krążenia wchodzi w ścisły kontakt z komórkami nerwowemi, do których ma specjalne powinowactwo. Jeżeli w chwili przenikania do krążenia przeciwjadu błoniczego, dawka jadu wystarczająca dla zabicia zwierzęcia lub wywołania późniejszych powikłań połączyła się z komórkami wrażliwemi na jad, — wtedy przeciwjad okazuje się bezskutecznym. Wszystko więc ostatecznie zależy od ustosunkowania się czynników warunkujących szybkość przenikania do krążenia jadu i przeciwjadu.

Jeżeli leczenie rozpoczęto późno, jasnem jest, że śmiertelna dawka jadu połączyła się już z komórkami wrażliwemi i wtedy żadna dawka przeciwjadu nawet największa i kilkakrotnie wstrzykiwana nie jest w stanie uratować zwierzę.

Doświadczenia te reprodukują zjawiska, które obserwujemy w leczeniu błonicy u dzieci. W doświadczeniu, jak i w obserwacjach klinicznych mamy identyczne uszeregowanie się zmian miejscowych i ogólnych, te same powikłania późne porażenne, identyczny przebieg choroby i wpływ leczenia surowiczego na kolejność i nasilenie zjawisk. Doświadczenia te tłómaczą, dlaczego bywają wyniki skuteczne i bezskuteczne w leczeniu błonicy ludzkiej. Wskazują dalej, że surowica lecznicza zachowała te same właściwości lecznicze, jak i surowica przygotowana w r. 1894 przez E. Roux i że niema mowy o zmniejszeniu się wartości leczniczej surowicy. Prócz tego surowica błonicza, będąc surowicą przeciwtoksyczną wykazuje jednak pewne działanie pośrednie przeciwbakteryjne. Wstrzyknięta w odpowiedniej dawce i w odpowiednim czasie surowica nietylko przeciwstawia się za-

truciu jadem błoniczym, lecz pomaga ustrojowi do uwolnienia się od laseczników błoniczych i do odnowy uszkodzeń tkankowych w miejscu rozwoju tych drobnoustrojów. Zahamowanie miejscowej martwicy tkanek w doświadczeniach na zwierzętach, podobnie jak znikanie błon u ludzi i następcze przyśpieszenie zjawisk reparacyjnych stanowią zjawiska podobne i wskazują na przeciwbakteryjne — działanie surowicy. Znikanie laseczników z tkanki w doświadczeniach na zwierzętach pod wpływem surowicy wskazują na jej działanie przeciwbakteryjne. To działanie surowicy stoi w ścisłym związku z zawartością w niej przeciwjadu.

Doświadczenia autorów wykazują znaczenie wczesnego rozpoczęcia leczenia surowicą błoniczą. Wystarczające są wtedy nawet małe dawki, podczas gdy nawet olbrzymie dawki wstrzyknięte późno nie zapewniają wyniku dodatniego. Różnice te są zupełnie zrozumiałe na zasadzie analizowania mechanizmu działania leczniczego surowicy błoniczej w doświadczeniach na świnkach morskich.

W stosunku do chorego na błonicę nie znamy dokładnie ani istotnego początku choroby, ani stopnia zatrucia ustroju. Stan gardzieli, rozległość błon i t. p. nie jest wskaźnikiem dostatecznie ścisłym, tymbardziej, że mogą zachodzić duże różnice w stopniu jadowitości szczepów laseczników błoniczych. Dlatego też w praktyce należy przez ostrożność stosować surowicę jaknajwcześniej i w dawce dostatecznie dużej.

Przeciwjad osiąga bowiem swoje najwyższe miano we krwi tym prędzej im dawka surowicy jest większa, ale tylko do pewnej granicy, po przekroczeniu której przeciwnie; wchłanianie surowicy zwalnia się.

Badania na ludziach wykazały, że po wstrzyknięciu podskórnem 3000 jednostek, miano antytoksyny we krwi po 24 godzinach jest niższe niż ¼ jednostki w 1 cm³, natomiast po wstrzyknięciu 30,000 jednostek miano przeciwjadu już po 2-ch godzinach osiąga ½, po 6 godzinach 1, po 24 godzinach — 3 jednostki w 1 cm³. w ten sposób uwidaczniają się zalety wczesnego wstrzykiwania dostatecznie dużych dawek surowicy leczniczej.

W stosunku do powtarzania dawek surowicy autorzy stwierdzili, że dawka 1000 jednostek wstrzyknięta dwa lub kilka razy nie daje lepszych wyników leczniczych, niż ta sama dawka podana jednorazowo. Powstaje pytanie czy u chorych na błonicę należy powtarzać podawanie surowicy. Odpowiedź wypada negatywnie. Autorzy przypominają, że jedna jednostka przeciwjadu niweczy 1 cm³ jadu błoniczego. Przypadek stwierdził, że już ½ i nawet ⅒ cm³. toksyny może wywołać śmierć dziecka dwuletniego. A więc w każdym cm³ krwi, która zawiera (po wstrzyknięciu surowicy) 2—3 jednostek przeciwjadu, znajduje się jego o wiele więcej niż to jest niezbędne dla neutralizacji. śmiertelnej dawki jadu, nie zachodzi więc potrzeba powtarzania wstrzyknięć surowicy, tembardziej, że antytoksyna nie znika tak szybko z krwiobiegu, jak to sądzą ogólnie. Naprzykład, po wstrzyknięciu dziecku zdrowemu 24.000 jednostek, surowica krwi zawiera, po czternastu godzinach 13 jednostek, w 1 cm³; czwartego dnia — 12 jednostek; szóstego dnia — 8 jednostek; dziesiątego dnia — 4 jednostki; dwudziestego dnia 1 jednostkę. U innego dziecka chorego na ciężką błonicę, które dostało jednorazowo 30,000 jednostek, po 24 godzinach krew zawierała 3 jednostki w 1 cm³; piątego dnia— 8 jednostek; dwunastego dnia 2 jednostki.

Wyniki obliczeń autorów są zgodne z otrzymanemi w podobnych warunkach przez innych badaczy. Tak naprz. *Platau, Park* i *Williams* z New-York'u otrzymali po wstrzyknięciu podskórnem 10,000 jednostek: po trzech dniach — 2 jednostki w 1 cm³, po 5-ciu dniach — 4 jednostki, po 7-miu dniach — 3 jednostki.

W osoczu krwi osobnika, któremu wstrzyknięto antytoksyny, najwyższe miano antytoksyny osiąga się według Smith'a — czwartego dnia. A więc miano antytoksyny w osoczu krwi nie tylko nie obniża się szybko, lecz nawet podnosi się czwartego — piątego dnia, poczem niezmiernie powoli i stopniowo opada. Prócz tego, miano antytoksyny nie opada szybciej u osobników chorych na błonicę, niż u zdrowych. Z drugiej strony inne obliczenia wykazały autorom, że miano antytoksyny przy powtórnych wstrzyknięciach nie jest wyższe, niż przy jednorazowem podaniu dawki nawet o połowę mniejszej, niż podana ogólnie przy wstrzyknięciach powtórnych.

Zresztą badania autorów wykazały, że jeżeli wstrzykiwano świnkom morskim surowicę zbyt późno nawet w dawkach olbrzymich i powtórnych nie unikano powikłań nerwowych — po trzech tygodniach i później, nawet mimo obecności w osoczu wysokiego miana przeciwjadu. Minimalne dawki jadu bowiem wystarczające dla wywołania późnych powikłań nerwowych zdążyły już połączyć się z komórkami wrażliwemi jeszcze przed wstrzyknięciem surowicy; późniejsze dawki masowe nie mają już na to żadnego wpływu. Klinicznie też spostrzega się późne powikłania u osobników, którzy otrzymali duże i powtórne dawki surowicy i którzy wykazywali w chwili powstania powikłań obecność wysokiego miana antytoksyny we krwi.

Autorzy dochodzą do wniosków, że najważniejszą sprawą w leczeniu błonicy jest podanie surowicy jaknajwcześniej; pozatym wystarcza jedna dawka względnie duża, ale w granicach umiarkowanych (od 15,000 — 50,000), dalekich od przesadnych dawek stosowanych przez niektórych autorów a dochodzących, do 500,000 jednostek. Należy wstrzykiwać połowę dawki podskórnie, drugą część domięśniowo.

J. Wiszniewski.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Wydęcie dolnego odcinka ciężarnej macicy mięśniakowatej. (Dilatation sacciforme du segment inferieur de l'uterus fibromateux gravidique). M ü l l e r G.

Gynécol. Obstétr. T. 24, Nr. 6, 1931.

Autor przedstawia dwa przypadki mięśniaków macicy ciężarnej, w których przyszło do nadmiernego rozdęcia dolnego odcinka.

W pierwszym przypadku wydęcie dolnego odcinka dotyczyło ściany tylnej; ciąża w tym przypadku była zaledwie 7-io miesięczna, a mięśniak umiejscowiony był na przedniej ścianie w okolicy dna. Poród przeprowadzono per vias naturales, a w kilka miesięcy później sposobem Martin'a wyłuszczono mięśniak per laparotomiam.



RHÈANTINE
LUMIÈRE
Przeciwgonokokowa,



doustna szczepionka wielowartościowa w pigułkach,
uzupełniona szczepami pobranymi w Polsce.

WSKAZANIA:

Rzerzączka 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 kleratynowane.

Skład główny L. NASIEROWSKI, Warszawa, ul. Kaliska 9, tel. 924-39, 930-42

W przypadku drugim mięśniak wielkich rozmiarów usadowiony był na dnie macicy i stanowił, zdaniem autora, przeszkodę w akcji porodowej, gdyż nie pozwalał wyprostować się macicy w czasie bolu. Wydęcie dolnego odcinka dotyczyło ściany przedniej. Wykonano cięcie cesarskie, a usunięto macicę z dobrym skutkiem dla matki, jak dla płodu.

W sprawie późnych krwawień w połogu (głos w dyskusji). (A propos de hemorragies tardives des suites de couches). Keller R.

Gynec. Obstetr. T. 24, Nr. 4, str. 374, 1931.

Rozpatrując sprawę zapobiegania krwotokom w późnym połogu autor zaleca szerokie stosowanie natychmiast po porodzie rewizji wnętrza jamy macicy z następujących wskazań.

1) krwotok natychmiast po porodzie;

2) niewątpliwy brak tkanki w urodzonem łożysku;

3) łożysko jest podejrzane co do swej całości, położnica krwawi lub nie;

4) nawet jeśli łożysko wydaje się całkowicie urodzone, ale położnica krwawi choćby lekko, przyczem krwawienie to nie pochodzi z pochwy.

Autor rozumie dobrze, że najwięcej zarzutów ściągnie na siebie z powodu dwu ostatnich wskazań, uważa jednak i to na zasadzie kilkoletniego doświadczenia w klinice Strasburskiej postępowanie to za dobre.

W ciągu ostatnich 3 lat na przeszło 5000 porodów zrewidowano wnętrze macicy w 18 przypadkach bezpośrednio po porodzie; z tego w 51 przypadkach wydobyto mniejsze lub większe resztki łożyska. A więc, jak powiada autor, ochroniono 51 położnic od niebezpieczeństwa późnego krwawienia w połogu.

Pomimo tak śmiałego postępowania autor obserwował w ciągu tych samych 3-ch lat, 5 przypadków pozostania resztek łożyskowych z krwawieniem; z tego w 4-ch przyp. wydobyto polip łożyskowy w 1-ym wycięto macicę, i ten ostatni przyp. skończył się śmiercią wśród objawów zakażenia połogowego.

Wspomniane ostatnio 5 przypadków nie wykazało najmniejszych nawet braków w łożysku przy oglądaniu po porodzie.

Wnioski, do których autor dochodzi dadzą się streścić jak następuje:

1) zapomocą częściej jak dotychczas wykonywanej rewizji jamy macicy można znacznie zmniejszyć liczbę późnych krwawień w połogu, bez narażania położnicy na niebezpieczeństwo zakażenia;

2) pomimo tego postępowania pozostanie pewna niewielka liczba przypadków, w których stwierdzimy w późnym połogu obecność resztek łożyska, pomimo że bezpośrednio po porodzie nie było żadnych objawów, ani krwawienia, ani najmniejszego podejrzenia, co do oglądanego po porodzie łożyska.

W sprawie późnych krwawień w połogu (głos w dyskusji). (A propos de hémorragies tardives des suites de couches). Grosse A.

Gynécol. Obstétr. T. 24, Nr. 4, str. 580, 1931.

Autor obserwował 14 przypadków późnego krwawienia w połogu, z których w jednym nie stwierdzono resztek łożyska (wycięto macicę — nastąpiło zejście śmiertelne), w pozostałych zaś 13 resztki były.

Z tego 7 przebiegało bez gorączki, wyskrobano jamę macicy we wszystkich i wszystkie zakończyły się szczęśliwie.

W 2 przypadkach ciepłota była podniesiona, w jednym wycięto macicę z wynikiem pomyślnym, w 5-ciu pozostałych wyskrobano macicę, jedna chora zmarła.

Na zasadzie powyższych obserwacji autor jest przeciwny porzucaniu dawnego sposobu postępowania i skazywania lekarza na alternatywę: leczenie konserwatywne, lub wycięcie macicy. W najbardziej ogólnej postaci leczenie późnych krwawień w połogu winno wyglądać, zdaniem autora, jak następuje:

1) krwawienie bez pozostania resztek (z gorączką lub bez) — leczenie konserwatywne lub wycięcie macicy.

2) Krwawienie z zatrzymaniem zrazu łożyska z ciepłotą nie przewyższającą 38° C — skrobanka lub ręczne wydobycie resztek łożyska.

3) Krwawienie z powodu zatrzymania resztek łożyska, z wysoką gorączką ze złym stanem ogólnym i wybitnemi objawami zakażenia macicy — leczenie konserwatywne lub wycięcie macicy.

4) Przypadki przejściowe: krwawienie z zatrzymaniem resztek, z ciepłotą niezbyt wysoko podniesioną, lepszym stanem ogólnym, przy słabszych objawach zakażenia macicy — w takich przypadkach wszystkie trzy sposoby leczenia, skrobanka, wycięcie macicy, i leczenie konserwatywne, są najzupełniej usprawiedliwione i wybór ich zależy od indywidualnych cech poszczególnych przypadków.

Leczenie zakażeń połogowych za pomocą ropni terpentynowych. (Le traitement des infections puerpérales, en particulier par les abcés de fixation). Sorrentino B.

Gynéc. et Obstétr. T. 23, str. 511, 1931 r.

Autor przedstawił wyniki stosowania ropni terpentynowych w 60 przypadkach zakażenia połogowego. Wstrzykuje się w udo 3 cm.³ terpentyny i po 2 — 7 dni wystąpić winno zropienie tej okolicy; wynik przyśpieszyć można za pomocą gorących okładów. Jeśli do ropienia nie przychodzi, rokowanie jest bardzo poważne. W przypadkach, kiedy pomimo nacieku nie przychodzi do rozpuszczenia ewent. zropienia, można takowe wywołać przypalaniem, zresztą bardzo bolesnem, okolicy ropnia. W niektórych przypadkach wystąpić może po injekcji terpentyny lekkie podrażnienie nerek.

(Metoda *Fochier* z r. 1898).

Przypadek ostrej białaczki szpikowej w czasie ciąży. (Un cas de leucémie myéloide aigue pendant la grossesse). Held E.

Rev. Franç. Gynec. T. 26. Nr. 10, str. 542. 1931.

W ostatnim tygodniu ciąży wystąpiło silne krwawienie z nosa, wymagające tamponady przedniej i tylnej. Badanie krwi w dniu przyjęcia wykonania wykazało miernego stopnia anemję z niewielką ilością białych ciałek.

Natomiast w dwa dni później wśród objawów nagłego pogorszenia się stanu ogólnego przy temperaturze podniesionej i przy tętnie przyśpieszonym obraz krwi zmienił się zasadniczo, wykazując typowy obraz białaczki szpikowej z jednoczesnym

spadkiem ilości płytek krwi i z wynikającym stąd przedłużonym czasem krwawienia (temps. Duke) i zmniejszoną krzepliwością. Tego samego dnia chora zmarła wśród objawów ogólnego upadku sił, prawie natychmiast po rozwiązaniu polegającem na ręcznym rozszerzeniu szyjki, obrocie i wydobyciu płodu, a także ręcznem wydobyciu łożyska.

We wnioskach końcowych autor przestrzega przed wykonywaniem jakichkolwiek zabiegów, chyba są one usprawiedliwione koniecznością wydobycia żywego płodu z umierającej matki. W swoim przypadku autor przypisuje śmierć nie anemji ale shock'owi.

Leczenie ostrego zapalenia sutka w okresie karmienia. (Traitement des mastites aigues de l'allaitement). Hébert M. et T. Nicoglou.

Rev. Franç. Gynec. T. 26, Nr. 10, str. 548, 1931 r.

Opierając się na obserwacjach poczynionych w Szpitalu Boucicaut na oddziele prof. Le Lorrier autorzy omawiają patogenezę i leczenie ostrych zapaleń sutka w połogu.

Główną przyczyną ropnia piersi jest zakażenie brodawki piersiowej, związane z nadżerkami, pęknięciami i innemi uszkodzeniami brodawki. Zjawiają się one zazwyczaj na 3 — 5 dzień karmienia i, jeśli chodzi o pęknięcia, umiejscowione są na szczycie lub u podstawy brodawki.

Powstanie swe zawdzięczają te pęknięcia przedewszystkiem aktowi ssania, pozatem maceracji naskórka wywołanej przez mleko i ślinę pozostającą w fałdach skóry.

Uszkodzenia te dają się odczuć osobie karmiącej jedynie w czasie ssania; niekiedy przychodzi nawet do krwawienia z uszkodzonego miejsca, przyczem krew, trafiając do przewodu pokarmowego matki, jest powodem powstania t. zw. melaena neonatorum spuria.

Obok głównego czynnika wywołującego, jakim jest zakażenie, pamiętać należy o czynnikach sprzyjających. Są niemi:

1) zastój mleka, który, między innemi, zwalcza się zapomocą zwykłej przepaski podtrzymującej sutek ku górze i sprzyjającej dokładnemu opróżnianiu sutka; 2) często powtarzane urazy w postaci uderzeń, masaży, ściągania mleka zbyt częstego i niepotrzebnego i t. d.

Jeśli w momencie wystąpienia nadżerek i pęknięć brodawki sutkowej nie przerwiemy karmienia, to wkrótce występują objawy poprzedzające ropienie, a przedewszystkiem zapalenie naczyń chłonnych. Ma to miejsce zazwyczaj na 6 — 9 dzień połogu z nagłym podniesieniem się ciepłoty do 40° C. Badanie sutka nie wykazuje ani obrzęku, ani stwardnienia, widać zaczerwienienia i wymacuje się powiększenie gruczołów pachowych; niekiedy występuje tylko ten ostatni objaw obok bolesności sutka; zaczerwienienia skóry brak.

W tym stanie rzeczy wyzdrowienie występuje rzadko; zazwyczaj przychodzi do nacieku, stwardnienia tkanki i wreszcie do zropienia.

Opisana droga powstania ropnia sutka jest najczęstsza; rzadszą stosunkowo postacią jest ropień wychodzący z zapalenia dróg mlecznych.

Skoro ropień się wytworzył, pierś jest duża i bolesna. W pewnym miejscu wytwarza się na niej guzowatość większa lub mniejsza głęboka i oporna. Ciepłota jest podniesiona, a zebrana ropa wywołuje zaczerwienienie i obrzęk skóry; wreszcie występuje chełbotanie wyraźne w przypadkach ropni powierzchownych, mniej wyraźne o ile ropień umiejscowiony jest głęboko.

Z biegiem czasu przyszłe miejsce pęknięcia ścieniuje, skóra cieńczeje i wreszcie pęka, poczem wydziela się z otworu znaczna ilość ropy zawierającej zazwyczaj białe lub złociste gronkowce.

Leczenie powinno polegać przedewszystkiem na postępowaniu zapobiegawczym.

Przedewszystkiem w końcu ciąży należy zmiękczać brodawkę zapomocą delikatnego smarowania oliwą; po porodzie należy zmywać brodawkę przed i po karmieniu 90% alkoholem, a w przerwach pomiędzy karmieniem brodawka winna być przykryta kawałkiem jałowej gazy; poczynając od 15 dnia połogu wystarczy zmywać pierś wodą z mydłem.

Jeżeli zmywanie alkoholem jest bolesne, co świadczy o istnieniu pęknięcia naskórka brodawki należy zastosować leczniczo maść o składzie: Bismuthum carbonicum 8,0, Vaselini 100,0.

Karmienie z piersi uszkodzonej w powyższy sposób jest dopuszczalne tylko przez kapturek i to jeśli pęknięcie jest bardzo niewielkie. Przy większych uszkodzeniach należy przerwać karmienie, choćby na czas kilku godzin, zwłaszcza w przypadkach pęknięć krwawiących.

Aby uniknąć zastoju, szczególnie w dolnych odcinkach piersi, należy podwiązać pierś ku górze zapomocą dość luźno założonej i dostatecznie elastycznej przepaski, aby uniknąć ucisku na gruczoł mleczny. Oczywista nie wolno zapominać o konieczności utrzymania rąk i paznokci położnicy

„SANITAS"

Pierwszorzędny Zakład galwanizowania

instrumentów lekarskich

i precyzyjna szlifiernia

wykonywuje wszelkie prace nadzwyczaj starannie, brusi (szlif wklęsły e. t. c.) i galwanizuje (chrom-nikiel) najnowszym sposobem zagranicznym nierdzewiej.

Ceny umiarkowane — wysyłka franco!
Na żądanie prospekty.

CIESZYN

Wyższa Brama 6, telefon 117

w czystości, aby nie zakaziła sobie ona sama nadżerek brodawki.

Skoro zaczyna formować się ropień piersi, należy stosować miejscowo ciepłe wilgotne okłady, a ogólnie — injekcje ze szczepionki zawierającej przedewszystkiem gronkowca, najlepiej Propidon w dawce wzrastającej (½, 1,2 cm. sz.) co drugi dzień domięśniowo. Zachowywać się wyczekująco należy aż do chwili, kiedy skóra ścieńczeje, jest na pęknięciu, gdyż jak pokazuje doświadczenie, tym szybsze jest wyleczenie, im później wykonano nacięcie ropnia; oczywista odstawić należy karmienie chorą piersią i wszelkie jej maltretowanie.

Kiedy ropień wytworzy się i „dojrzeje", należy go naciąć niewielkim cięciem, ułożonym promienisto w stosunku do środka piersi. Cięcie to nie powinno być większe ponad kilka centimetrów; jeżeli mamy do czynienia ze zropieniem kilku naraz płatów gruczołowych, to należy poprzerywać palcem przegrody pomiędzy poszczególnemi komorami ropnemi i wypuścić ropę przez jeden tylko otwór w skórze. Do sączkowania nadają się znakomicie paski gazy maczane w przesączu bakteryjnym według Besredki.

Kilka uwag w sprawie olbrzymich mięśniaków macicy. (Quelques considérations sur le fibrome géant de l'utérus). B a r d e s c o N.

Gynéc. Obstétr. T. 25, Nr. 1, 1932.

Autor omawia kilka przypadków mięśniaków macicy, w których guzy dochodziły do następującej wagi: 14 klg., 15,5 klg., 28 klg., 13,5 klg., 17 klg., 8,2 klg. We wszystkich tych przypadkach guzy były uszypułowane, co zresztą potwierdzają inni autorowie w stosunku do olbrzymich mięśniaków.

Ponadto we wszystkich przypadkach autora do guza przyrastała sieć, co jest, jak sądzi autor, przyczyną nadmiernego wzrostu, uwarunkowanego obfitym unaczynieniem.

Co do techniki operacyjnej, to autor radzi najpierw wyciąć macicę (nadpochwowo lub całkowicie), a dopiero na końcu zacisnąć i podwiązać przyrośniętą sieć. Sposób ten ma być szybszy, od zwykle używanego (najpierw zrosty — potem guz), co ma wielkie znaczenie lecznicze w tych przypadkach, gdzie zazwyczaj mamy do czynienia ze znacznym osłabieniem i wyniszczeniem.

Przyczynek do badań nad rozpoznaniem, techniką operacyjną i przebiegiem przetok pęcherzowo-jajowodowych. (Contribution a l'étude du diagnostic de la technique opératoire et de l'évolution des fistules vésicoannexielles). L e v i t s k y K. P.

Gynecol. Obstétr. T. 26, Nr. 1, 1932.

Na zasadzie dwu obserwowanych przez się przypadków, autor wysnuwa następujące wnioski:

1) przetoki pęcherzowo-trąbkowe są częstsze, niż się przypuszcza, gdyż często rozpoznawane są one jako schorzenia dróg moczowych;

2) to też w każdym przypadku ostatnio wymienionych schorzeń należy dokonać cystoskopji;

3) w większości przypadków przetok pęcherzowo-jajowodowych przychodzi do samoistnego zagojenia się;

4) w przypadkach utrzymujących się przetoku, wskazane jest leczenie operacyjne;

5) guzy przydatków usuwać należy na drodze operacji brzusznej;

6) wprowadzenie cewnika á demeure do pęcherza jest nieodpartą koniecznością w przebiegu pooperacyjnym.

Wypadnięcie macicy (wskazania operacyjne). (Le prolapsus génital (Etude des indications operatoires). S c h w a r t z A., H u a r d S.

Paris Médical, T. 21, Nr. 51.

Autorowie omawiają ogólnie znane poglądy na etiologję i leczenie wypadnięcia macicy, przytaczając na końcu kilka typowych sytuacji.

Mamy naprzykład do czynienia z wypadnięciem macicy u osoby młodej w okresie pełnego życia płciowego. Najczęstszą przyczyną omawianego schorzenia w tych przypadkach jest brak podstawy ze strony przepony miednicowej uszkodzonej w czasie przebytych porodów. Wynika stąd jasno, że leczenie powinno mieć przedewszystkiem na względzie rekonstrukcję krocza, operacje zaś na macicy winny być brane w rachubę tylko tam, gdzie macica leży w położeniu nieprawidłowym (tyłozgięcie, lub tyłopochylenie). Ponadto brać należy pod uwagę dalszą czynność rozrodczą pacjentki t. j. przy niewielkich dolegliwościach należy się raczej powstrzymać z zabiegiem operacyjnym, aż do czasu ukończenia funkcji rozrodczych.

Oczywista, z operacji na macicy wchodzą w grę przedewszystkiem przymocowanie więzadła obłe i niskie przyszycie macicy, aby umożliwić ewentualne zajście w ciążę w przyszłości.

Inaczej postępować należy, lecząc wypadnięcia względnie opuszczenie się macicy u dziewic lub osób, które nie rodziły; tu zastosujemy wyłącznie operację na macicy wiedząc, że krocze nie było przyczyną schorzenia.

Kobiety w okresie przekwitania wymagają znowu innej terapji. W przypadkach, gdzie krocze jest dość żywotne i pozwala rokować nadzieję, że można będzie z niego wytworzyć podporę dla narządów rodnych, należy je zrekonstruować, a jednocześnie wykonać potrzebne operacje na szyjce (naprz. amputatio colli). Jednakowoż jeśli mięśnie krocza są w stanie zaniku, lepiej zwrócić główną uwagę na przymocowanie macicy, przyczem można się już nie krępować względem na ewentualną ciążę i wybrać metodę mocnego umocowania macicy, wciągając do tego trzon macicy wraz z jego dnem.

Dla staruszek najlepiej nadają się: wysoka plastyka krocza, lub operacja Le Fort'a.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Naczyniak głowy leczony wstrzykiwaniami zabliźniającymi w połączeniu z kryoterapją. (Angiome céphalique traité par injections sclérosantes associées à la cryothérapie). M. J. M e y e r.

Bullet. de Soc. de Dermat. et de Syphil. N. 4, 1931.

Z powodu rozległego naczyniaka szyi, małżowiny usznej, częściowo twarzy i owłosionej skóry głowy (angioma cavernosum) u 36-letniego mężczyzny zastosowano następujące leczenie: wstrzykiwania raz na tydzień chininy z mocznikiem (chininy 0,4, mocznika 0.2, aquae destil. 3.0). Przy pomocy tych wstrzykiwań uzyskano w krótkim czasie obliterację większych pni krwionośnych. Powierzchowne zmiany naczyniakowe zniszczono przy pomocy krioterapji, wykonywanej również raz na tydzień. Leczenie trwało ogółem 19 tygodni (10 wstrzyknięć, 10 zabiegów kryoterapji).

W sprawie wrzodziejących zgorzelinowych i bujających zmian w jamie ustnej, wywołanych przez fuso-spirillae. (Contribution a l'étude de la forme ulcéronécrotique et végétante de la fuso-spirillose buccale). J. G a t é i P. J. M i c h e l.

Paris Médical, Nr. 3 1932.

W związku ze spostrzeganiem 2 przypadków zwracają autorzy uwagę na nietypowe, odosobnione owrzodzenia śluzówki jamy ustnej i języka, wywołane przez fuso-spirillae Vincent'a.

I. U 15-letniej dziewczyny przednia trzecia część języka pokryta była zgorzelinowemi masami, przylegającemi do podłoża tak nacieczonego, że obraz ten nasuwał przypuszczenie, czy niema się do czynienia z guzem języka. Dyskretne zapalne zmiany dziąseł istniały około karjetycznych zębów. W rzekomych błonach zgorzelinowych stwierdzono obecność licznych fuso-spirilli Vincent'a. U chorej nie było żadnych objawów kiły ani wrodzonej ani nabytej, a jednak odczyn B. — Was. i Hechta był silnie dodatni. Chora była leczona częstemi płukaniami z dodatkiem wody utlenionej, pendzlowaniem 10% roztworem argent. nitr.,zwilżaniem miejsca schorzałego nowarsenobenzolem. Równocześnie stale oczyszczano język ze złogów mas, zgorzelinowych. Po miesiącu odczyn B.-Was. bez żadnego leczenia ogólnego przeszedł w ujemny i zmiany na języku ustąpiły. Mniej więcej po roku chora zgłosiła się z okrągłem owrzodzeniem na wewnętrznej powierzchni prawego policzka, pokrytem zgorzelinowemi masami, po których zdjęciu okazały się na dnie owrzodzeni awyraźne wegetacje. Gruczoły chłonnet sąsiadujące nie były powiększone; w owrzodzeniu wykryto znaczne ilości fusospirilli V.

II. Przypadek drugi dotyczył 21-letniej dziewczyny, u której zęby znajdowały się w stanie wielkiego zaniedbania. Na wewnętrznej powierzchni lewego policzka niewielkie owrzodzenie o dnie zrazikowatem, łatwo krwawiącem, pokrytem zgorzelinowemi masami. Na języku po stronie lewej podobna zmiana, pokryta białym nalotem, imitującym zmiany kiłowe. Obydwa ubytki znajdują się na podłożach wyraźnie nacieczonych; w obydwu stwierdzono liczne fuso-spirille. Leczenie, jak w przypadku pierwszym, usunęło zmiany chorobowe.

Autor zwraca uwagę na obecność dodatniego odczynu serologicznego w przypadku pierwszym. Odczyn ten znajduje się często w przebiegu anginy, wywołanej Spirillozą V. i znika po ustąpieniu zmian chorobowych bez leczenia specyficznego, co jest najlepszym dowodem braku kiły. ponadto w przypadkach powyższych istniały liczne karjetyczne nieleczone zęby i to właśnie, zdaniem autora, jest przyczyną odnawiania się sprawy, wywołanej fusospiryllami, które w towarzystwie bakterji ropnych stale wegetują w zapalnych ogniskach okołozębowych. Wkońcu wegetacje są zdaniem Farre'a często w przebiegu zakażeń spirillami.

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

Leczenie złotem tocznia pospolitego. (La chrysothérapie du lupus nodulaire). F. L e b o e u f, H a m o l l a r d.

Presse Méd. 1931, Nr. 61.

Leczenie złotem rzeczywistych zmian gruźlicy skóry nie daje ani tak szybkich ani tak pewnych wyników, jak leczenie tuberkulidów, zwłaszcza liszaja rumieniowego. Autor leczył 15 chorych z objawami lupus nodularis preparatami złota. We wszystkich przypadkach tocznia zmiany były bardzo rozległe (ograniczone nie nadają się, zdaniem autora, do leczenia złotem) trudne do leczenia miejscowego, wrzodziejące; oprócz 2-ch przypad-

ków — wszystkie długotrwałe (4 do 39 lat), przeważnie leczone uprzednio różnymi sposobami. Chorzy byli leczeni podwójnymi solami złota i sodu (sanochrysin Möllgaard) w postaci zastrzyków dożylnych. Ilość zastrzyków była zmienna — 6 do 30; całkowita ilość leku 1 do 7 gramów. Powikłania w czasie leczenia wystąpiły u 3-ch chorych: rumienie uogólnione, żółtaczka, pozłotowe zapalenie śluzówki jamy ustnej z drobnemi owrzodzeniami, zejście w tych 3-ch przypadkach było dobre.

W 2-ch przypadkach wyleczenie było całkowite, z tych w jednym nieznaczny nawrót na nosie ustąpił po drugiej serji zastrzyków. U pozostających 13 wynik leczniczy nie był tak dobry lecz była wyraźna poprawa: wszystkie owrzodzenia zabliźniły się, nacieki i stan zapalny zmniejszyły się, gruczoły chłonne przedtem obrzękłe również zmniejszyły się, stan ogólny uległ poprawie. Guziczki tocznia, niestety, były jednak widoczne.

Te wyniki leczenia obserwował autor przez kilka miesięcy. Sole złote działały pobudzająco w na tkanki, powodując szybszy rozrost tkanki łącznej w otoczeniu ognisk gruźliczych. Oprócz zastrzyków dożylnych można wykonywać i domięśniowe (allochrysine Lumiére lub Solganal Schering Kahlbaum). Co do stosowania zastrzyków złota w otoczeniu ognisk gruźliczych autorowi brak doświadczenia. Wysokość i ilość dawek trudno określić, gdyż każdy osobnik ma inne optimum dawki, przy stosowaniu której wynik leczniczy postępuje najprędzej. Autor zaczynał od 0,05, nie przekraczał 0,5. Zaznaczyć należy, że niepożądane powikłania w czasie leczenia mają raczej charakter nietolerancji niż zatrucia.

Gruźlica skóry pochodzenia krwionośnego i tuberkulidy. (Tuberculoses granulaires de la pau d'origine sanguine et tuberculides). P. Ravaut, J. Valtis, Guerra.

Présse Méd. 1931, Nr. 80.

W szeregu przypadków, których charakter gruźlicy nie jest dostatecznie ustalony, jak sarkoidy, t. b. c. papulonecrotica, lupus erythem., erythema induratum Bazin, lupus pernio — wykonali autorzy szczepienie tkanki patologicznej na świnki; ponadto szczepili krew tych chorych świnkom morskim. W znacznym procencieświnek szczepionych stwierdzili obecność infekcji gruźliczej. Obraz tej infekcji u świnek był odmienny od dotychczasowego typu gruźlicy doświadczalnej Villemin)owrzodzenie w miejscu szczepienia i w kilka tygodni, Adenopatia caseosa). Świnki szczepione przez autora padały po pewnym czasie i można było w nich stwierdzić gruźlicę wyłącznie gruczołową (powiększenie gruczołów z obecnością prątków Kocha). Jest to postać gruźlicy doświadczalnej opracowana szczegółowo przez *Calmette'a i Valtisa*, charakterystyczna dla ultra-virus, przechodzącego przez filtry. Przy pomocy powyższych doświadczeń wykazano w przypadku t. b. c. papulonecrotica obecność virus w krwi w czasie rozwoju wykwitów a także później, nawet w 8 miesięcy po zniknięciu wykwitów (septicémie latente). Podczas tego w tkance patologicznej wynik był ujemny.

W przypadkach lupus erythematodes, virus był widocznie mniej zjadliwy, gdyż trzeba było wielokrotnego przeszczepiania aby wykazać obecność prątków Kocha. Na podstawie tych wyników twierdzą autorzy, że tak zwane tuberkulidy są rzeczywistą gruźlicą skóry, wywołaną przez t. zw. ultravirus, gruźliczy, przedostający się do skóry drogą krwi i podtrzymują swój podział, wygłoszony na zjeździe w Kopenhadze przez jednego z autorów co do 2-ch dużych grup gruźlicy skóry.

1. Gruźlica wywołana najczęściej zakażeniem zewnętrznem (forme bacillaire) — toczeń pospolity i t. d.

2. Tuberkulidy (forme granulaire), wywołane drogą krwiobiegu.

Ponadto istnieją postaci pośrednie.

Co do leczenia, to w grupie tuberkulidów ma widoki powodzenia leczenie ogólne złotem i szczepionkami.

Dr. Z. Jastrzębska.

BIBLJOGRAFJA

Dr. Jochweds. O leczeniu farmakologicznem niedomogi serca. Warszawa, wydawnictwo Warsz. Czas. Lek. 1932. 110 stron. Cena 5 zł.

Książka ta, tak życzliwie powitana zwłaszcza przez lekarzy praktyków wyszła z oddziału D-ra A. Landaua i obejmuje lecznictwo niedomogi serca w rozumieniu współczesnem, t. j. opierając się na dokładnej znajomości fizjologji i fizjopatologji mięśnia sercowego. Obszerny materjał autor podzielił na niedomogę serca z zaburzeniami rytmu, na ogólny przebieg leczenia i niedomogi i na niedomogę z przeważającemi objawami ze strony jednego organu. Brak miejsca nie pozwala na szczegółowe wymienienie tematów poruszanych przez autora, jednakże rozdziały takie jak „Działanie porównawcze naparstnicy, strofantyny i oubainy", „przypadki, w których od początku zarówno naparstnica jak i oubaina wywierają wpływ niedostateczny", „Obwodowy typ niedomogi serca", „Masywne dawki naparstnicy" jak zresztą i wiele innych niewątpliwie żywo zainteresują każdego lekarza. Obszerne piśmiennictwo jeszcze więcej podnosi wartość dzieła.

KRONIKA

KURS EUGENIKI I PORADNICTWA PRZEDŚLUBNEGO.

Rozwój higjeny społecznej uczynił niezmiernie aktualną sprawę porad przedślubnych. Możliwem jest uniknięcie całego szeregu chorób u potomstwa przez odpowiednie wskazówki lekarskie dla rodziców.

Zagranicą istnieją już dawno specjalne poradnie przedślubne, a i w Polsce te niezmiernie ważne placówki rozwijają się już pomyślnie, dzięki inicjatywie Towarzystwa Eugenicznego.

W zrozumieniu doniosłości tej sprawy i niezbędności organizowania takich placówek przez władze rządowe, samorządowe, Kasy Chorych i t. p., Państwowa Szkoła Higjeny wspólnie z Sekcją Naukową Polskiego Towarzystwa Eugenicznego zainicjowała już w zeszłym roku pod kierunkiem wybitnych fachowców kurs dla lekarzy z dziedziny eugeniki i poradnictwa przedślubnego. Kurs cieszył się wielkiem powodzeniem; korzystali z niego zarówno lekarze warszawscy, jak i przyjezdni ze wszystkich stron Polski.

Kurs ten zostaje obecnie powtórzony.

Wykłady obejmują zarówno stronę społeczną, związaną ze sprawami małżeństwa, jak zagadnienia polityki populacyjnej, rozrodczości, reformy małżeństwa, oraz sprawy związane ściślej z patologją, jak dziedziczenie chorób psychicznych, nerwowych, zapobieganie chorobom wenerycznym i t. p.

Kurs odbędzie się w czasie od 25 kwietnia do 9 maja wł. r. b.

W celu umożliwienia uczęszczania na kurs lekarzom praktykującym, wykłady odbywać się będą wieczorami od godz. 20—22 w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny, ul. Chocimska 24.

Kurs jest bezpłatny; wpisowe wynosi 10 zł.

Program i rozkład godzin kursu następujący:

25/IV. godz. 20—21 — Dr. L. Wernic: „Najważniejsze zagadnienia ruchu eugenicznego".

26/IV. godz. 21—22 — Dr. M. Kacprzak: „Z zagadnień rozrodczości".

27/IV. godz. 20—21 — Wiceprezes K. Fleszyński: „Prawodawstwo małżeńskie".

26/IV. godz. 21—22 — Redaktor J. Wasowski: „Współczesne prądy reformy małżeństwa".

27/IV. godz. 20—22. Prof. J. Dembowski: „Z zagadnień dziedziczności".

28/IV. godz. 20—21 — Doc. Dr. G. Szulc. „Gruźlica".

28/IV. godz. 21—22 — Doc. Dr. Lorentowicz: „O zapobieganiu ciąży".

29/IV. godz. 20—22 — Dr. H. Szczodrowski: „Choroby weneryczne".

30/IV. godz. 20—21 — Prof. Dr. J. Mazurkiewicz: „Dziedziczenie chorób psychicznych".

30/IV. godz. 21—22 — Dr. W. Sterling: „Biologja seksualna".

1/V od godz. 12-ej — Dr. L. Wernic: „Poradnictwo przedślubne. Zwiedzanie Tow. Eugenicz.".

2/V. godz. 20—22 — Dr. W. Sterling: „Dziedziczenie chorób nerwowych".

4/V. godz. 20—22 — Prof. L. Hirszfeld: „Dziedziczenie cech odpornościowych".

6/V. godz. Doc. Dr. W. Filiński: „Choroby wewnętrzne".

7/V. godz. 20—22 — Prof. W. Grzywo-Dąbrowski: „Zboczenia seksualne".

9/V. godz. 20—21 — Doc. Dr. Melanowski: „Dziedziczność a narząd wzroku".

9/V. godz. 21—22 — Seminarjum dyskusyjne i zebranie towarzyskie.

Zgłoszenia pisemne przyjmuje i informacji udziela Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny, Warszawa, Chocimska 24, do dnia 20 kwietnia, codziennie od 9 — 11, tel. 8. 94-81.

*

* *

KOMUNIKAT.

VIII *Konferencja Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego* odbędzie się w 1932 r. w Holandji (w Hadze i Amsterdamie) pod przewodnictwem Prof. Dr. W. Nolena.

Program konferencji:

Wtorek, dn. 6 września, godz. 11,30 — Uroczyste otwarcie konferencji. „Stosunek pomiędzy allergją a odpornością". Referent główny — Prof. J. Bordet — Bruksela. Koreferenci: Prof. Donato Ottolenghi — Bolonja, Prof. R. Debré — Paryż, Dr. R. A. Jensen — Kopenhaga, Prof. Bruno Lange — Berlin, Prof. S. Lyle Cummins— Kadiff, Prof. R. Kimla — Praga, Prof. J. de Baranyi — Budapeszt, Dr. A. Wallgren — Gotenburg, Prof. H. Aldershoff — Utrecht, Prof. C. White — Kanada.

Środa, dnia 7 września, godz. 15 — 17 — Dyskusja.

Czwartek, dnia 8 września, godz. 9 — 12,30 — Referaty na temat kliniczny: „Chryzoterapja". Referent główny: Dr. D. L. Saye — Barcelona. Koreferenci: Prof. W. Neumann — Wiedeń, Prof. Roman Rencki — Lwów, Prof. K. Faber — Kopenhaga, Prof. J. Valtis — Paryż, Prof. F. Bocchetti — Rzym, Dr. G. Schömberg, Dr. Jaquerod— Leysin, Dr. Ameuille — Paryż, Dr. L. S. T. Burell — Londyn, Dr. J. Burns Amberson — Nowy York.

Czwartek, dnia 8 września, godz. 14—16 — Dyskusja.

Piątek, dnia 9 września, godz. 9 — 12,30 — Referaty na temat społeczny: „Opieka pozasanatoryjna". Referent główny: Dr. B. H. Vos — Holandja. Koreferenci Dr. Brieger — Wrocław, Dr. R. Courtois i Dr. Olbrechts — Bruksela, Dr. J. Blanco — Hiszpanja, Dr. A. Patison — Nowy York, Dr. J. Guinard — Paryż, Dr. E. Morelli — Rzym. Dr. H. Williams — Londyn, Dr. N. Heitmann — Oslo, Dr. D. A. Stewart — Kanada, Dr. E. Bresky — Praga.

Piątek, dnia 9 września, godz. 15 — 17 — Dyskusja.

Program wycieczek i przyjęć będzie podany osobno.

Stosownie do regulaminu konferencji Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego żadne inne tematy na konferencji poruszane nie będą. W dyskusji mogą zabierać głos wszyscy członkowie konferencji, przyczem pożądanem jest, aby posługiwali się językiem francuskim lub angielskim. Zgłoszenia do wzięcia udziału w dyskusji mogą być zgłaszane zawczasu za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego. Pożądane są wczes-

ne zgłoszenia (do 1 maja), ponieważ głos będzie udzielany w kolejności zgłoszeń a liczba przemówień jest ograniczona czasem trwania posiedzeń.

Udział w konferencji mogą wziąć wyłącznie osoby, które zgłoszą się za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego (Warszawa, ul. Chocimska 2), do dnia 1 maja r. b. Osoby zgłoszone po tym terminie nie będą mogły korzystać z ulg paszportowych i kolejowych, o które Związek czyni starania dla uczestników Konferencji. Ostateczny termin zgłoszeń dla osób niereflektujących na wyżej wymienione zniżki — 15 czerwca 1932 r. Przy zgłoszeniach należy wpłacić do Związku sumę zł. 70 od członków konferencji i sumę zł. 45 od członków ich rodzin.

Członkowie rzeczywiści i tytularni Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego korzystają z prawa uczestniczenia w konferencji bez żadnej opłaty.

Członkowie rodzin uczestników konferencji korzystają z wszystkich praw członków rzeczywistych, lecz nie otrzymują pamiętnika i nie mają prawa przyjmować udziału w dyskusji.

* * *

ZAKOŃCZENIE VII KURSU UZUPEŁNIAJĄCEGO DLA LEKARZY PT. „GRUŹLICA I JEJ ZWALCZANIE".

W sali wykładowej II Kliniki Chor. Wew. U. W. odbyła się uroczystość zamknięcia kursu dla lekarzy, mających pracować w instytucjach przeciwgruźliczych.

Kurs ten zorganizowany przez Polski Związek Przeciwgruźliczy przy współudziale Wydziału Lekarskiego U. W. a sfinansowany przez Min. Spraw Wew. (Dep. Sł. Zdrowia) trwał od dnia 18 stycznia do 18 marca r. b. — Ukończyło go 18 lekarzy z różnych stron kraju: Chełma Lub., Białej Podl., Krasnegostawu, Lwowa, Łochowa, Tarnowa, Sosnowca, Wilna, oraz 9 lekarzy z Warszawy.

Kurs obejmował zajęcia praktyczne w klinikach, szpitalach i poradniach przeciwgruźliczych oraz zajęcia teoretyczne w zakresie rozpoznawania, leczenia i walki społecznej z gruźlicą. W czasie trwania kursu uczestnicy zwiedzili Sanatorjum w Rudce, Uzdrowisko Miejskie w Otwocku, Instytut Wychowania Fizycznego na Bielanach, Ośrodek Zdrowia w Amelinie i na Grochowie, Miejskie Zakłady Sanitarne oraz Państwowy Zakład Higjeny.

Na uroczystość zakończenia kursu przybyli przedstawiciele Departamentu Służby Zdrowia Min. Spr. Wewn. i Wojskowych oraz Min. Pracy i Op. Społecznej.

Zamknięcia kursu dokonał Prof. Dr. Ludwik Paszkiewicz Dziekan Wydziału Lekarskiego U. W. wygłaszając pożegnalne przemówienie, w którem podkreślił jak wielkie obowiązki ciążą na lekarzu, który staje do walki z gruźlicą. W imieniu Dep. Sł. Zdr. M. S. Wewn. i Polskiego Związku Przeciwgruźliczego przemawiał Dyrektor Departamentu i zarazem Prezes Związku Dr. E. Piestrzyński zapewniając słuchaczów, że Związek będzie im zawsze służyć radą i pomocą moralną i materjalną. Następnie jeden z uczestników kursu podziękował organizatorom za udostępnienie im pracy w klinikach i poradniach przeciwgruźliczych dzięki czemu mogli się zapoznać z nowoczesnemi metodami walki z gruźlicą oraz nabrali pewności, że walka ta jest konieczna i skuteczna.

W końcu Dziekan Prof. L. Paszkiewicz rozdał absolwentom świadectwa o ukończeniu Kursu.

Dr. Lian w szpitalu Tenon (Paryż) rozpoczyna 17 maja kurs dotyczący chorób tętnic, żył i naczyń włosowatych. Podczas kursu odbędą się pokazy kliniczne oraz wycieczka do uzdrowiska Bagnoles de l'Orne. Czas trwania kursu 17—28.V. Opłata wynosi: 250 fr. fr. za kurs — 100 fr. fr. za wycieczkę.

Międzynarodowa Wycieczka Naukowa Lekarzy do Austrji i Skandynawji. Uczestnicy zobaczą zakłady lecznicze we Wiedniu i okolicy (8—12.VIII. 1932). Dnia 13.VIII. nastąpi podróż do Berlina i Kopenhagi na Congrès de la Lumière (Kongres badań światła), a stąd do Osla (Christianji) i Stokholmu. Z podróżą główną można połączyć podróż ze Stokholmu do Helsingforsu i do Rosji (Leningród, Moskwa, Kijów, Charków).

Lekarze (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I. Biberstrasse 11. I. St.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
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 VI WARSZAWA 1932 CZERWIEC ZESZYT VI

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

Rozpoznanie i leczenie stanów pośpiączkowych

podał

DR. STANISŁAW HIGIER.

Jednem ze zdarzeń, które w sposób najbardziej zasadniczy wpłynęły na postęp medycyny ostatniego ćwierćwiecza, była bezwątpienia epidemja t. zw. śpiączkowego zapalenia mózgu (Encephalitis lethargica) w okresie likwidacji wojny światowej.

Obecnie, gdy możliwem jest ściślejsze pod względem chronologicznem ustalenie następstwa wypadków, dochodzimy zresztą do wniosku, że był to raczej szereg lokalnych endemji, z których pierwsze, dość łagodne, zdarzały się jeszcze w okopach i na tyłach armji walczących w latach 1916 i 1917 i były notowane, względnie nawet opisywane, ale nie wyodrębniane w osobną jednostkę nozologiczną, przez lekarzy wojskowych. Wyodrębnienie to nastąpiło dzięki wnikliwym pracom *Economo i Cruchet'a*, jednakże dopiero następne epidemje, a szczególnie szerzące się zimą z 1919-go na 1920 rok i jesienią 1922 roku, epidemje, których ofiarą padł znaczny odsetek ludności miejskiej zachodniej i środkowej Europy, wzbudziło prawdziwą panikę wśród laików i ześrodkowały na sobie uwagę świata lekarskiego.

Nic dziwnego! Nowa ta choroba już w swych zasadniczych objawach zawierała wiele niewytłomaczonego i niesamowitego. Paradoksalne odwrócenie się okresów snu i jawy, bredzenie i omamy przy stosunkowo małych wzniesieniach ciepłoty, niepokój ruchowy, bardzo dla chorego męczące podwójne widzenie, a często i nie dające się żadnymi znanymi środkami przytłumić bóle znacznych połaci ciała — oto najczęstsze znamiona zachorzenia, przychodzącego nieoczekiwanie i którego przyczyna nie jest właściwie do dziś dnia medycynie znana.

Wygaśnięcie epidemji (jeżeli o Europę chodzi, niemal całkowite) już w roku 1925, nie zmniejszyło zainteresowania lekarskiego nową chorobą. Mimo bowiem mniejszą, niż przypuszczano z początku śmiertelność, choroba ta dopiero w tym czasie ujawniła swą właściwą grozę.

Okazało się, że śpiączkowe zapalenie mózgu w ogromnej większości przypadków powoduje następstwa o charakterze przewlekłego i postępującego cierpienia, objawiającego się zazwyczaj w pewien czas dopiero po przebytej i, zdawałoby się, zupełnie wyleczonej ostrej chorobie. To przewlekłe cierpienie ze względu na znaczne podobieństwa do drżączki-porażennej samoistnej (Paralysis agitans), czyli t. zw. choroby Parkinsona, nazwano parkinsonizmem pośpiączkowym.

O ile zdamy sobie sprawę z wielkiego rozpowszechnienia epidemji śpiączkowego zapalenia mózgu okresu 1916 — 1925 z jednej strony, a z drugiej z okoliczności, że parkinsonizm, występując często dopiero w kilka lat po przebytej chorobie, trwać i rozwijać się może przez całe dziesięciolecia, to pojmiemy dlaczego właśnie w dzisiejszej chwili stanowi on wielką klęskę społeczną.

Clausen oblicza ilość osób, dotkniętych w Niemczech parkinsonizmem pośpiączkowym na 20.000. Ilość parkinsoników w Polsce wydaje się być niewiele co mniejsza, a może i równa powyższej liczbie.

W tych warunkach walka z powyższym cierpieniem przestaje być wąską domeną specjalisty, a przekazana z konieczności zostaje szerokim rzeszom praktyków, którzy nolens volens na odpowiednie przypadki często natrafiać muszą.

Niestety, stwierdzić trzeba, że w zakresie terapji stanów pośpiączkowych praktycznie dokonano niewiele, przyczem obecnie, po latach doświadczeń, prób i teoretycznych nadziei, lecznictwo stanów parkinsonowskich znajduje się właśnie w okresie sceptycyzmu, jak się zdaje, nadmiernego, i rozpowszechniającego się coraz bardziej poczucia bezradności lekarza wobec cierpienia. Chorzy, szczególnie w Polsce, pozostawiani są teraz najczęściej samym sobie, a w najlepszym razie traktowani paljatywnie.

Trzy przyczyny składają się na ten stan rzeczy. Pierwszą z nich jest naturalnie okoliczność, że dotychczas istotnie nie znaleziono żadnego swoistego środka ani żadnej prostej metody, leczącej lub, przynajmniej, powstrzymującej rozwój zespołów poencefalitycznych. Druga przyczyna leży znów w niejasnej, jak dotychczas, patogenezie cierpienia, przyczem wątpliwości sięgają tu tak daleko, że nie jest jeszcze nawet rozwiązana sprawa, czy choroba wywołana jest trwałym, „permanentnym" zakażeniem, czy też stanowi jedynie skutek wtórnych zmian po przebytym ostrym okresie nagminnego zapalenia mózgu. Trzeci powód braku praktycznych wskazań leczniczych, wynika z dystansu, jaki się wytworzył pomiędzy dość skomplikowanymi teorjami współczesnymi zaburzeń poencefalitycznych i wogóle t. zw. zespołów „pozapiramidowych", a wiadomościami przeciętnego lekarza praktyka, który na odpowiednie przypadki natrafia i najczęściej też je leczy. Niedoskonałość tego leczenia zależy w znacznym stopniu i od trudności rozpoznania.

Chodzi o to, że, jeżeli nawet w połowie przypadków stany pośpiączkowe przejawiają się w obrazie klinicznym dość typowym i łatwym do stwierdzenia przez lekarza, który go raz jeden chociażby oglądał, to jednak często przybierają postaci mało charakterystyczne, czy to, szczególnie, w początkach, jako zespół oligosymptomatyczny, zbyt ubogi w objawy, czy kiedyindziej znów, ze względu na wysuwające się na plan pierwszy indywidualne właściwości obrazu i przebiegu, czy, wreszcie, w związku z nadmiernym, w błąd wprowadzającym bogactwem objawów i powikłań.

Na zasadzie obserwowanego i leczonego przeze mnie w ostatnich latach materjału klinicznego postaram się powyższe trudności uwydatnić i wytknąć drogi praktycznego orjentowania się w przypadkach wątpliwych.

Poważnym ułatwieniem przy rozpoznawaniu parkinsonizmu pośpiączkowego jest naturalnie stwierdzenie przebytego ostrego zapalenia mózgu w *wywiadach*. W naszych jednak, a szczególnie prowincjonalnych, warunkach encephalitis lethargica rozpoznawana była przez lekarzy jedynie w części przypadków; w większości zachorzenie to albo uchodziło za banalną lub powikłaną grypę, wzgl. dur brzuszny czy inną gorączkową chorobę, albo nawet, w lżejszych przypadkach, wogóle nie podlegało interwencji i rozpoznaniu lekarskiemu.

Tak np. na 51 obserwowanych przeze mnie przypadków stanów pośpiączkowych zaledwie u 22 chorych (44%) stwierdzone było zapalenie mózgu w trakcie jego trwania; u 23 postawione było to rozpoznanie ex post, już przy leczeniu parkinsonizmu; 4 chorych przybyło z fałszywymi rozpoznaniami, a dwóch zupełnie bez rozpoznania i bez świadomości, że kiedyś ostrą chorobę mózgowia przechodzili.

Stwierdzenie śpiączkowego zapalenia mózgu ex post jedynie tylko na zasadzie danych anamnestycznych, nastręcza znaczne trudności. Chory, a nawet jego otoczenie, rzadko tylko umie dokładnie opisać przebyte przed kilku laty cierpienie gorączkowe i uwydatnić w nim patognomoniczne objawy. Zaliczany do nich np. objaw „dwojenia" nie posiada, jak mi dotychczasowe doświadczenie wykazało, większej wagi przy zbieraniu wywiadów. A to z tej prostej przyczyny, że niemal każdy chory z ludu na pytanie, czy mu się kiedyś w oczach dwoiło, odpowiada twierdząco, mając przytem na myśli najrozmaitsze inne, zgoła różne zjawiska, od zwykłego zawrotu głowy (vertigo) lub omdlenia począwszy, a skończywszy na zamroczeniu gorączkowym. Tak samo niewiele pod względem praktycznym dowiedzieć się można na temat bezsenności lub nadmiernej senności podczas przebytej przed laty choroby.

Jeżeli więc brak jest ścisłego lekarskiego rozpoznania śpiączkowego zapalenia mózgu, rozpoznania postawionego w swoim czasie w ostrym okresie choroby, to jedynie tylko bardzo typowo przedstawiony przez chorego lub otoczenie opis zespołu encephalitis lethargicae, charakterystyczna dla tego cierpienia długotrwałość (nie krócej niż 2 tygodnie!) i właściwy dla epidemji czas zachorowania — dają prawo do przypuszczenia, nigdy jednak pewności, że dany pacjent ostre śpiączkowe zapalenie mózgu przechodził.

Jeżeli chodzi o *symptomatologję* już rozwiniętego zespołu parkinsonizmu, to szukać należy przedewszystkiem zasadniczej tryjady objawów: 1) wzmożenia napięcia mięśniowego; 2) drżenia mięśni twarzy, tułowia lub kończyn, nawet drgania całych kończyn; 3) zwolnienia tempa wszelkich czynności dowolnych (bradykinesis).

Wbrew autorom, którzy w stanach poencefalitycznych wyodrębnić się starają kilka rozmaitych a zasadniczych rodzajów zaburzeń, rozmaitych właśnie pod względem charakterystycznego zespołu, stwierdzić muszę, że powyższą tryjadę objawów odnajdywałem, z mniejszą naturalnie lub większą łatwością u każdego niemal z mych chorych (na 51 u 49), jeżeli nie w początkach, to w każdym razie w dalszych stadjach choroby.

Wzmożenie napięcia mięśniowego, będące wyrazem t. zw. zespołu amyostatycznego, a powodujące w muskulaturze kończyn lub twarzy stan podobny nieco do porażenia spastycznego, rozpoznawane bywa czasami fałszywie jako wynik udaru mózgowego. Przy różnicowaniu należy się kierować przedewszystkiem lokalizacją tego pseudo-porażenia, które w wypadku parkinsonizmu pośpiączkowego nie ma nigdy charakteru paraplegicznego, a znów w najtypowszych nawet przypadkach parkinsonizmu połowicznego (hemiparkinsonizmu) udaje się ono wykryć, choć w stopniu nierównie mniejszym, i po stronie przeciwnej. Oprócz tego stwierdzamy wówczas wzmożenie napięcia mięśniowego, a nawet typowe przykurcze mięśniowe w drobnych, mimicznych mięśniach twarzy, co powoduje u parkinsoników ów charakterystyczny maskowaty wyraz.

Porażenie pozapiramidowe nie jest przytem nigdy absolutne. Nawet wtedy, gdy chory twierdzi, że nie jest w stanie pewnym członkiem władać i istotnie oddawna nie wykonuje nim żadnych ruchów samoistnych, udaje się często po kilkakrotnym nakazie doprowadzić go do ruchów, niekiedy wymagających nawet dużej siły mięśniowej; podobnież w chwili wielkiej emocji chory jest w stanie wykonać ruchy bardzo złożone i trudne nawet dla człowieka normalnego (objaw t. zw. *Kinesji paradoksalnej* Souques'a).

Zespół amyostatyczny daje się również stwierdzić badaniem zjawisk odruchowych pozapiramidowych, których wygórowanie przejawia się np. w postaci *odruchu antagonistycznego* (wzmagające się pod palcami badanego napięcia mięśni podczas kurczenia się ich antagonistów), zatrzaskowego i t. zw. *koła zębatego*. To ostatnie zjawisko, na naprzemiennym zjawianiu się i znikaniu oporów przy biernym wykonywaniu prostego w obrębie danego stawu ruchu, występuje bardzo często: udało mi się je odnaleść w 98% przypadków, najczęściej i najłatwiej przy ruchach w stawie nadgarstkowym i ruchach głową w tył i naprzód.

Do zespołu amyostatycznego należy częściowo również swoista postawa chorego; parkinsonik jest zazwyczaj *zgarbiony*, górna połowa jego ciała wykazuje wybitne usztywnienie, szczególnie podczas chodze-

nia, ręce, najczęściej w pronacji, *nie balansują* w takt chodu, czasami zato wykonywując inne dziwaczne współruchy. Wszystko to ma być wyrazem przewagi odruchów ułożenia (phénomènes de la posture) nad unerwieniem dowolnym i odruchami piramidowymi oraz metamerycznymi. Dodajmy do tego jeszcze charakterystyczne, drobne i jakby zmechanizowane kroki, niemal bez unoszenia stóp do góry, a pojmiemy, dlaczego parkinsonik w ruchu czyni wrażenie starca.

Częstą też, bo stwierdzoną przeze mnie u 50% chorych, jest niezdolność parkinsonika do utrzymania się nieruchomo w pozycji stojącej; chory czyni mimowoli albo ruchy ku przodowi, albo zaczyna się cofać (objaw *pro i retropulsji)*.

Drżenie mięśniowe, jeden z zasadniczych objawów parkinsonizmu, jest wyrazem hyperkinezy. Najlepiej zaobserwować on się daje, podobnie jak w hyperthyreoidyźmie, w wysuniętych naprzód palcach kończyn górnych. Udawało mi się odnaleść go tam w 64% obserwowanych chorych, często nawet w początkowych okresach.

W takich wypadkach, jeżeli obraz parkinsonizmu jest oligosymptomatyczny, lub gdy drżenie to występuje całkowicie na plan pierwszy, zdarzać się mogą łatwo pomyłki w rozpoznaniu; tak np. 2-ch chorych z początkowym parkinsonizmem zjawiło się u mnie z rozpoznaniem choroby Basedowa.

Jednakże drżenie parkinsoników posiada pewne cechy, odrębne, swoiste, pozwalające na różniczkowanie pod względem djagnostycznym. Przedewszystkiem drżenie to rzadko kiedy bywa symetryczne, przejawiając się czasami nawet wręcz jako drżenie połowicze, obejmujące kończynę górną i dolną tejże połowy ciała, nie oszczędzając przytem jednak całkowicie i drugiej połowy. *Drżenie* obejmuje przytem bardzo często i mięśnie twarzy, szczególnie *warg* (w 62%), niekiedy umiejscawia się najwybitniej w mięśniach tułowia, a u trzech pacjentów stwierdziłem nie bez zdumienia, że najwyraźniej występowało ono w mięśniach pośladków.

We wszystkich przypadkach zaobserwować mogłem wybitny wpływ otaczającej temperatury na drżenie w tym sensie, że ciepło zmniejszało, a nawet zupełnie znosiło ten objaw hyperkinezy. Siedmiu chorych twierdziło, że latem drżenie znika u nich niemal całkowicie.

Charakter drżenia w stanach poencefalitycznych jest inny, zarówno aniżeli w stanach nadtarczycznych, jak i w samoistnej drżączce porażennej; drżenie nie posiada tu swoistego stałego rytmu i nie jest ono również ani czysto „intencyjne", ani tylko „spontaniczne", ale wykazuje właśnie charakter mieszany.

Wreszcie, do właściwego rozpoznania przyczynia się okoliczność, że u parkinsonika, znaleść się dadzą zazwyczaj obok drżenia i inne objawy hyperkinezy, które też stwierdzałem u wszystkich niemal chorych z objawami drżenia poencefalitycznego.

Są to przedewszystkiem drobne *drżenia włókienkowe* samoistne, lub powstające pod wpływem podniet zewnętrznych — nawiasem mówiąc spotykane również tu i owdzie w chorobie Basedowa. Niewiele rzadsze od nich są *ruchy myoklonicznе* o wielkim zasięgu, obejmujące czasami całą kończynę. Rzadziej spotykamy się z ruchami złożonymi, o charakterze pląsawiczo-atetotycznym, które same przez się stwarzają odrębne wątpliwości rozpoznawcze.

Objawy hyperkinetyczne w zakresie mięśni oczu prowadzić mogą do oczopląsu (unikać pomieszania z oczopląsem w stwardnieniu rozsianem!), opsoklonji, a wreszcie patognomonicznych dla stanów pośpiączkowych —napadów skurczowych z przymusowym patrzeniem w górę *(„Crises oculogyres"* francuskich, a „Schauanfälle" lub „Blickkrämpfe" niemieckich autorów). Napady takie obserwowałem u 7 chorych, naogół w okresach bardziej posuniętych.

Do tej samej kategorji objawów zdają się należeć również i *napady czkawki*. częściej występujące coprawda w postaci hiperkinetycznej ostrego śpiączkowego zapalenia mózgu, zdarzającego się jednakowoż i w stanach poencefalitycznych. Wspomnieć również trzeba o napadach przymusowego płaczu i śmiechu, które, jak się mogłem przekonać, kierują nieraz myśl mniej doświadczonego lekarza ku rozpoznaniu histerji.

Na pograniczu zjawisk hyperkinezy znajdują się z jednej strony *czynności „poniewolne"*, wykonywane zupełnie bezcelowo, ale z zadziwiającą, jak na parkinsoników, zręcznością, a z drugiej tak zwana palilalja. *Palilalja* (Souques), objaw polegający na

kilkakrotnem powtarzaniu przez chorego dopiero co wypowiedzianych w logicznym zdaniu przezeń wyrazów lub ich końcówek, jest zjawiskiem częstszym, niżby to się wydawało na zasadzie piśmiennictwa. Nie zawsze jednak rzuca się ono w oczy. Objaw ten stwierdziłem w 75% obserwowanych przypadków, czasami ku wielkiemu zdziwieniu otoczenia, które sobie zupełnie z niego nie zdawało sprawy.

Przechodząc z kolei do trzeciego zasadniczego zespołu objawów pośpiączkowych — *zwolnienia tempa wszelkich czynności*, — podkreślić należy, że nie wynika ono jedynie z amyostazy lub niedomogi aparatu mięśniowego. Ma się tu raczej do czynienia z niezdolnością wprowadzenia w czyn swej inicjatywy, z brakiem łączni pomiędzy tą ostatnią a somatyką. Tak więc przy wywiadach, zbieranych u otoczenia, coraz to spotka się lekarz ze skargą, że chory, nawet zdolny w zasadzie do wysiłku fizycznego, jest dziwnie leniwy, że nie podnosi się po przebudzeniu z łóżka, albo też, że trzeba go karmić, gdyż sam albo wcale do jedzenia się nie zabiera, albo też spożycie zwykłego posiłku trwa u niego całe godziny. Takie zachowanie się chorego (bradyphreniczne) może czasami przypominać zachowanie się chorych psychicznych, czy to depresyjnych, czy też cierpiących na otępienie wczesne.

Z innych objawów neurologicznych wspomnieć trzeba o charakterystycznych *bólach*, t. zw. bólach ośrodkowych, thalamicznych (wzgórkowych). Bóle w parkinsonizmie pośpiączkowym nie są nigdy tak dokuczliwe i rozlane, jak w ostrym zapaleniu mózgu, a występują w dwóch odrębnych postaciach: to jako bóle, podobne do neuralgicznych, to znów w postaci bólów artretycznych, dnawych. Po największej części usadawiają się one w tych kończynach lub okolicach tułowia, które wykazują i inne objawy chorobowe, często więc łącznie z drżeniem, ustępując jak i ono, znacznie pod wpływem ciepła. Natomiast wszelkie środki przeciwbólowe działają na nie bardzo nieznacznie, co może również służyć wskazówką przy rozpoznaniu.

Mowa parkinsonika dostarczyć może także niemało dla różniczkowania. Zwykle jest ona monotonna, zmatowana, o przydźwięku nosowym. W przypadkach, gdy dominuje zespół amyostatyczny, staje się ona bełkotliwą, dla otoczenia mało zrozumiałą, a dla chorego męczącą. Zaznaczyć przytem muszę, że obserwowałem dwa przypadki, w których *bełkotliwość* mowy była jedynym wyraźnym objawem zachorzenia; jeden z nich rozwinął się później w typowy parkinsonizm, drugi do dziś dnia nie wykazuje zaatakowania przez chorobę innych czynności. Tam znów, gdzie na plan pierwszy wysuwa się zespół hyperkinezy, mowa bywa drżąca, „sakkadowana", niekiedy wyraźnie zająkliwa.

Z rzadszych objawów stanów pośpiączkowych wymienię *napady kataleptyczne* i *narkoleptyczne*, które nieraz, np. w przypadkach opisanych przez *Brock'a* i *Bromberga*, dominują nad całym obrazem klinicznym. Sam spotkałem się z podobnymi objawami zaledwie jeden raz.

W zakresie czynności roślinnego układu nerwowego i zawiadywanych przez niego gruczołów o wydzielaniu zarówno zewnętrznym, jak i dokrewnym, jeden tylko objaw należy do częstych i charakterystycznych — nadmierne *ślinienie się* — siallorrhoea. Odnalazłem go w przeszło 60% badanych przypadków, bądź jako zjawisko stałe, bądź napadowe. *Riddoch* podnosi, że ślinotok, a wraz z nim i tak zw. mikrografja (nadmiernie drobne pismo) mają być pierwszymi objawami rozpoczynającego się parkinsonizmu pośpiączkowego. Niestety, obserwacji tej zupełnie potwierdzić nie mogę, gdyż w szeregu wczesnych przypadków zaburzeń pośpiączkowych tych właśnie objawów znaleść mi się nie udawało.

Częstszym jeszcze niż ślinotok objawem, nie mogącym jednakże w tym samym stopniu pretendować na charakterystyczność, a tembardziej patognomoniczność, jest *łojotok*, zaobserwowany przeze mnie na owłosionych częściach ciała (pod postacią Seborrhoea sicca) w 94%; nieco rzadziej występuje on na twarzy.

Nierzadko występują mało charakterystyczne zmiany w czynności naczyń obwodowych, szczególnie kończyn (a raczej w ich unerwieniu roślinnym); czy to w postaci zasinienia (acrocyanosis), czy nawet już jako wtórne zmiany odżywcze.

Częściowo wyrazem niedomogi układu nerwowego roślinnego mają być również *zaburzenia oddechowe* o charakterze zmiany rytmu aż do typu oddechowego Cheyne-Stokes'a włącznie *(Alajouanine)*.

W literaturze kazuistycznej dość często opisywany był zespół *moczówki prostej*, albo też jedynie pollakiurji w przebiegu par-

kinsonizmu. Osobiście zaburzenia takie, i to lekkiego stopnia, stwierdziłem zaledwie w 2-ch przypadkach. Opisywano również nadmierną otyłość, głównie typu zwyrolnienia tłuszczowo-płciowego *(Fröhlich)*, albo też swoiste charłactwa pochodzenia ośrodkowego, które to zjawiska uzależniano od zajęcia przez proces chorobowy przysadki.

Przemiana podstawowa jest w stanach pośpiączkowych zwykle *wzmożona;* rzadko jednak ponad 30%. Zasób zasad niemal zawsze zmniejszony. *Tolerancja cukrowa* zmniejszona znacznie, co przejawia się między innymi i w wybitnie dodatnim wyniku próby adrenalinowo-cukrowej *Syllaby*. Jedni z badaczy uzależniają to od niedomogi układu roślinnego, inni od zaburzeń w zespole gruczołów wewnątrzwydzielniczych, inni jeszcze od niedomogi wątroby. Ci ostatni *(Burakowa, Weber* etc.) powołują się na inne przejawy tej niedomogi, przedewszystkiem na *urobilinurję*, którą istotnie stwierdzić mogłem w 60% przypadków. Czynnościowe badania wątroby, przedewszystkiem zaś próby z lewulczą potwierdzać mają również zaatakowanie miąższu wątrobowego.

Ze zmian w innych narządach wewnętrznych podkreślić muszę stosunkowo częstość objawów *niedomogi serca* I-go stopnia o charakterze astenji mięśnia sercowego: głuchość tonów, rozdwojenie pierwszego tonu, nadmierna pobudliwość rytmu serca na wszelki wysiłek — stwierdza się w większości przypadków rozwiniętego parkinsonizmu. Zaznaczyć warto, że objawy te ustępują często łącznie z objawami amyostazy ogólnej pod wpływem paljatywnego leczenia skopolaminą, która w zasadzie, jak wiemy, działa szkodliwie na mięsień sercowy.

Obraz krwi w stanach pośpiączkowych wykazuje zwykle umiarkowaną *leukocytozę* (7.000 — 10.000) o charakterze mieszanym (neutrofilowo-limfocytarną) bez odczynów regeneracji i bez eozynofilji.

Pomijając zaburzenia czysto psychiczne, które przybierają charakterystyczną postać jedynie u osobników, które przebyły ostre zapalenie mózgu w wieku dziecięcym, przypomnieć trzeba jeszcze o stosunkowej częstości anomalji płciowych, które u mężczyzn występują zarówno w postaci nadczynności (pubertas praecox, satyriasis i t. d.), jak i niedomogi (Impotentia dysthymica), u kobiet zaś najczęściej przejawiają się jako *brak miesiączkowania* (Amennorrhoe).

Zestawiając więc teraz syntetycznie najczęściej spotykane przeze mnie objawy, otrzymujemy następującą tablicę, nie pozbawioną, jak się wydaje, wartości praktycznej, szczególniej przy rozpoznawaniu parkinsonizmu w Polsce. Stwierdzone bowiem zostało, że rozmaitość obrazów stanów poencefalitycznych zależy w pewnym stopniu i od warunków miejscowych, wzgl. narodowościowo-rasowych, tak, że symptomatologja parkinsonizmu w Japonji lub Stanach Zjednoczonych nie pokrywa się całkowicie z symptomatologją parkinsonizmu w Anglji np. lub Niemczech i t. p.

Tabliczka objawów parkinsonizmu pośpiączkowego.

W 51 przypadków stwierdzić się dało:

Objaw:	w %
Zjawisko „Koła zębatego“	98%
Łojotok	94%
Palilalja	75%
Bóle talamiczne	64%
Drżenie palców	64%
Drżenie mięśni dokoła ust	62%
Ślinotok	60%
Urobilinurja	60%
Propulsję i retropulsję	50%
„Crises oculogyres“	14%
Brak miesiączki (u 19 pacjentek)	54%

Prócz wymienionych już jednostek chorobowych, jak: choroba Basedowa, stwardnienie rozsiane i histerja, opisywane były również przypadki pośpiączkowego parkinsonizmu, gdzie zachodziły wątpliwości rozpoznawcze w stosunku do psychozy alkoholowych *(Harpantier)*, myotonji Thomsena, katatonji *(Puca)* i t. d. Odróżniać jedynie tylko na zasadzie aktualnego obrazu klinicznego parkinsonizm poencefalityczny od zespołów parkinsonowskich w przebiegu innych chorób organicznych mózgowia, usadawiających się również w jądrach podstawnych, jest często rzeczą niemożliwą. Dotychczasowy względnie dalszy przebieg cierpienia pozwala jednak zazwyczaj na rozstrzygnięcie sprawy.

Leczenie stanów pośpiączkowych podlega obecnie, jak to już zaznaczyliśmy, pewnemu kryzysowi, i to zarówno leczenie objawowe, jak i przyczynowe. Warto przytem zaznaczyć, że oba te sposoby postępowania nie mają w tej dziedzinie punktów stycznych, to znaczy, że terapja objawowa w żadnych dawkach ani u żadnych osobników,

dotkniętych tym cierpieniem, nie wpływa sama przez się na dalszy jego przebieg, czy to przez wstrzymanie jego rozwoju, czy, przynajmniej, powodując trwalszą remisję. W najlepszym razie efekt leczenia objawowego trwa kilka do kilkunastu dni po przerwaniu najbardziej systematycznych kuracji takimi właśnie środkami paljatywnymi.

Z tych objawowo działających środków większość wymierzona też jest przeciwko jakiemuś pojedyńczemu objawowi choroby.

Dla zwalczania zespołu amyostatycznego, a przedewszystkiem w celu obniżenia napięcia mięśniowego, używane są w pierwszym rzędzie alkaloidy grupy atropiny, a raczej alkaloidy bielunia (Datura Stramonium) i lulka (Hyoscyamus). W doświadczeniu fizjologicznym najbardziej czynnym z nich okazała się *skopolamina*, następnie *hyoscyna*, a w końcu *atropina (Beyerman, Leichner)*. W praktyce jednak, gdy liczyć się trzeba zarówno z całokształtem ich farmakodynamicznych następstw, jak i ze stosunkową toksycznością lub osobniczą względem nich nietolerancją, niezawsze prym oddany być może najsilniej działającemu środkowi, a często sięgać też trzeba do mieszanek preparatów. Tak np. w obserwowanych tu przypadkach bezwzględnie najlepiej (i to nietylko na objawy amyostazy, ale i na ogólne samopoczucie chorego) oddziaływała genoskopolamina, którą przepisuję najchętniej per os w dawkach od 3 — 8 granulek (po 0,0005) dziennie. Bardzo dobre wyniki otrzymywałem także przy podawaniu ilości bielunia w większych dawkach, a więc *Fol. Stramonii* pulv. 0,15 — 0,25 dwa do czterech razy dziennie; przykrym następstwem tego leczenia bywa nadmierna suchość w ustach i paralityczne rozszerzenie źrenic (mydriasis), objawy, mijające zresztą dość szybko. Skopolamina, podawana doustnie, działa u większości chorych efemerycznie. Używam więc jej raczej w zastrzykach wtedy, gdy chodzi o szybki efekt. Wstrzyknięcie trzech decimiligramów bywa w takich wypadkach dostateczne do wywołania ogólnego ożywienia na kilka godzin. Mimo, iż u parkinsoników stwierdza się wzmożoną w stosunku do leków tej grupy tolerancję, należy jednak unikać powtarzania wstrzykiwań takich w ciągu doby. Bezwzględna ostrożność zalecona być musi przy pierwszym wstrzyknięciu skopolaminy w życiu, kiedy ujawnić się może osobnicza nadpobudliwość na jad powyższy.

Atropinę stosuję również niemal wyłącznie w wstrzykiwaniach od 0,0003 — 0,001 na dawkę, najczęściej na przemian z innymi wymienionymi alkaloidami. Ostatnio dużym rozgłosem cieszy się kuracja atropinowa dawkami heroicznymi, kilkunastokrotnie (!) przewyższającymi maksymalne lecznicze *(Kleeman, Bremer, Stern)* w ten sposób, że przyzwyczaja się do nich pacjenta powoli. Leczenie to dawać ma nadzwyczajne wyniki, szczególnie w stosunku do takich objawów jak ślinotok, pro i retropulsja oraz zaburzenia żucia i połykania *(Kleeman)*. Stosując powyższą metodę leczniczą w 2-ch przypadkach, nie mogę, niestety, potwierdzić ani jej wyjątkowej skuteczności, ani, tembardziej, trwałości jej wyników; natomiast przykre objawy uboczne (suchość w ustach, gardzieli i nosie) oraz występujące po odstawieniu leku zjawiska abstynencji, nakazują ostrożność w stosowaniu tego leczenia.

Ponieważ wyszczególnione tu alkaloidy są najczęściej i najchętniej stosowanymi w parkinsoniźmie paljatywami, podkreślić trzeba, że, obok osobniczej nietolerancji, natrafić można też na osobniki, wykazujące zupełną niewrażliwość na leki. Tak np. na 51 pacjentów okazało brak pożądanej reakcji na atropinę (w dawkach farmakopeicznych) — 8, na skopolaminę i genoskopolaminę — 3, a na stramonium — 2, którzy to zresztą nie reagowali na żaden z powyższych leków w sensie dodatnim.

W takich wypadkach zwrócić się trzeba do środków innej grupy. Najbardziej znanym z nich jest alkaloid *harmina* (bannisteryna), stosowana chętnie w Niemczech i w Ameryce. Osobiście dodatnie działanie jej stwierdzić mogłem zaledwie w jednym jedynym przypadku izolowanych zaburzeń mowy. W przypadkach bardziej posuniętych wynik stosowania harminy (po 0,02—0,03 k. r. d.) zaznaczał się bardzo słabo i przejściowo.

W końcu wspomnieć muszę o stosowaniu w parkinsoniźmie *insuliny*, która działać ma poprzez odkwaszenie ustroju, skąd jakoby „przeciwzmęczeniowy“ charakter tej kuracji *(Froment)*. Stosując insulinę (samą) w 7 przypadkach różnego typu i nasilenia, w dawkach 3—7 jednostek raz lub dwa razy na dobę, dobroczynnego jej skut-

ku stwierdzić nie mogłem. Natomiast jak się zdaje, jest w stanie insulina przedłużać okres działania alkaloidów grupy atropinowej i dlatego warto ją czasami stosować jako dodatek do wstrzykiwań np. skopolaminy (strzykawka mieszana: Scopolamini hydrobrom. 0,0002—0,0003 Insulini 3—5 jednostek).

Wpływanie środkami farmakologicznymi na drżenie należy do zadań o wiele trudniejszych. Bardzo chwalona pod tym względem *bulbokapnina*, alkaloid zbliżony do apomorfiny, zawodzi niemal we wszystkich przypadkach. Tak samo wyjątkowo tylko udaje się zmniejszyć drżenie parkinsoników preparatami *arniki* (po łyżce stołowej naparu z 10,0—15;0—180,0 lub po 40 kropel nastoju). *Leki salicylowe* zmniejszają zarówno drżenie, jak i inne objawy hiperkinezy, jednakże tylko w pewnym odsetku przypadków i na krótki czas. Najchętniej przepisuję Calcium acetylo-salicylicum (0,2—0,4 na dawkę) lub miksturę z roztworów Natr. salicyl., Natr. bicarb. i Natr. bromat.

Stosunkowo najlepsze skutki widziałem po wstrzyknięciach *wyciągów przytarczycznych*, niestety jednak również tylko u 50% chorych.

W stosunku do objawów bólowych arsenał środków leczniczych w stanach pośpiączkowych jest także bardzo ubogi. Bóle tego rodzaju nie dają się bowiem przytłumić zwykłymi, popularnymi „analgetykami", zaś środki odurzające musiałyby być użyte tutaj zbyt często i w dawkach szkodliwych. Niektóre pojedyńcze przypadki (nie więcej niż 20%) reagują nieźle na dożylne wstrzykiwania atophanylu, leukotropiny i t. p.

W sposób bardziej swoisty przy tego rodzaju bólach działa jednak wlewanie dożylne 5% roztworu *bromku wapnia* lub *bromku strontu*. Mimochodem zaznaczę, że podawanie wyższych stężeń, których, tytułem próby, użyłem trzykrotnie, nie dawało tak pomyślnych wyników. Tę przygodną obserwację, opartą, przyznaję, na zbyt drobnym doświadczeniu, pozostawiam do ściślejszego skontrolowania.

Jest rzeczą ciekawą, że alkaloidy grupy atropiny, szczególnie skopolamina, w wielu przypadkach ujawnia obok swego działania na napięcie mięśniowe również i zdolność tłumienia bólów parkinsonowskich.

Wreszcie co się tyczy zjawisk o charakterze napadowym (napady epileptoidalne, kataleptyczne, dychawicze, „crîses oculogyres" i t. d.), mają one zwykle tendencję rzadszego występowania równocześnie z poprawą, nawet przemijającą, w zakresie innych objawów pośpiączkowych. Niektórzy autorzy *(Delbeke, Bogaert)* wykazują jednak, że do opanowania ich przyczynia się szczególnie leczenie uwapniające.

Przechodząc z kolei do zagadnienia *przyczynowego leczenia* stanów pośpiączkowych, wskazać trzeba, że wielka różnorodność stosowanych metod przy nieznacznej, jak dotąd jeszcze, ich skuteczności wynika przedewszystkiem z nieustalonej dotychczas ściślejszej patogenezy tych zachorzeń. Nie od rzeczy więc będzie rozpatrywanie tych metod leczniczych w związku i na tle zasadniczych teorji, tyczących się istoty parkinsonizmu.

Naogół panuje wśród badaczy zgoda co do tłomaczenia objawów parkinsonizmu zachorzeniem mózgowia, umiejscawiającym się wyłącznie lub między innymi w istocie szarej t. zw. jąder podstawnych. Zależnie od umiejscowienia się, rozsiania i intensywności odpowiednich zmian, będziemy mieli do czynienia z takim lub innym stopniem tego czy innego zespołu objawów parkinsonizmu.

Różnice zaznaczają się dopiero w poglądach, tyczących się rodzaju tych zmian, w jądrach mózgowych oraz wywołującej je przyczyny. Przeciwstawiają się tu sobie dwie zasadnicze teorje: zakaźnego i niezakaźnego pochodzenia tych miejscowych zmian.

Wśród zwolenników koncepcji traktowania stanów pośpiączkowych jako spowodowanych zakażeniem, wyodrębnić należy przedewszystkiem tych, którzy uważają, że zakażenie to jest trwałe, nie ustępujące od chwili wybuchu ostrego zapalenia mózgu, aż do śmierci wyniszczonego przewlekłą chorobą parkinsonika. W ten sposób pomiędzy postacią podostrego, względnie nawracającego, zapalenia mózgu (Encephalitis epidemica recidivans) a przewlekłym parkinsonizmem istniałyby różnice tylko ilościowe a nie jakościowe. Istotnie pewna część przypadków parkinsonizmu rozwija się nagłymi pogorszeniami, przypominającymi poniekąd nawroty ostrego cierpienia. Nie wchodząc tutaj w dokładną krytykę tej koncepcji, stwierdzić trzeba, że przemawiają przeciwko niej: a) przebieg większości przypadków, które wykazują jednak raczej charakter cierpienia jednostajnie postępującego; b) czas zjawiania się parkinsonizmu czasami w kilka lat dopiero po zniknięciu objawów ostrej choroby, która żadnych po sobie śladów jakgdyby nie pozostawiała; c) brak danych, aby istotny przewlekły parkinsonizm pośpiączkowy mógł się udzielić otoczeniu; d) obraz histopatologiczny, w którym dominują procesy zwyrodnieniowe i zanikowe nad ogniskami zapalnymi, i to tem wybitniej im dłużej parkinsonizm się rozwijał; e) nieskuteczność wszelkiego leczenia odkażającego a szczególnie tych środków i metod, które w ostrym śpiączkowym zapaleniu mózgu dają wyniki dodatnie (trypaflawina, urotropina, ropień jałowy i t. d.); f) wreszcie liczne doświadczenia, które stwierdziły brak zarówno samego zarazka, możności „uczynnienia", wzmocnienia go lub przeniesienia, jak i brak swoistego odczynu humoralnego, któryby świadczył, że którykolwiek ze znanych zarazków przez dłuższy czas oddziaływał na ustrój chorego. *Levaditi* i jego szkoła starała się powyższe okoliczności wyjaśnić w ten sposób, że zarazek śpiączkowego zapalenia mózgu należy do kategorji t. zw. „virus auto-sterilisables" i dlatego ginie on w układzie nerwowym parkinsonika na długo przed jego śmiercią.

Tak, czy inaczej, proponowane i stosowane przez zwolenników tej koncepcji próby leczenia stanów pośpiączkowych mają wszystkie charakter walki z zakażeniem. Należą tu przedewszystkiem wszelkie próby *chemoterapji odkażającej*, więc: leczenie *rtęcią (Billingheimer, Paasche)* preparatami *arsenobenzolowymi (Agostini), jodem (Economo, Katona)*—jednem słowem specyfikami przeciwkiłowymi, jednakże naogół bez pewnych i stałychwyników; dalej — *antymonem*, solami magnezowymi i cyną, ze skutkami bardziej jeszcze wątpliwymi; w końcu *trypaflawiną* i *błękitem trypanowym* — zupełnie bez wyniku. Najlepsze stosunkowo rezultaty uzyskiwano przy dożylnym stosowaniu 40%—50% *kakodylanu sodu*. Ponieważ jednak ta lecznicza właściwość kakodylanu przejawia się w zależności od wysokiego stężenia, a nie ilości wprowadzonej substancji, nasunąć się musi przypuszczenie, że chodzi tu nie o swoiste, odkażające działanie chemoterapeutyczne, ale raczej o spowodowane wstrzyknięciem zmiany fizyko-chemiczne (w stanie koloidalnym), a co za tem idzie, i biologiczne w osoczu krwi.

Dalej, zwolennicy ujmowania parkinsonizmu jako swoistego zakażenia uzasadnić się starają czynne lub bierne wzmożenie odporności ustroju, jako celowe postępowanie lecznicze. Tutaj należy metoda Levaditi'ego, który wytworzył *szczepionkę*, analogiczną do pasteurowskiej przeciwko wściekliźnie, drogą zmniejszania zjadliwości hipotetycznego zarazka „encefalitycznego" w szeregu przeszczepiań na mózgu królika. Metoda ta zawiodła niemal całkowicie, gdyż tylko w mniejszości przypadków dawała polepszenie dość efemeryczne i to, zdaje się zależne od odczynu nieswoistego (niezbędnym warunkiem skuteczności szczepienia ma być według *Marie, Poinclux* i *Codet'a* wyraźny odczyn gorączkowy).

Przykładem metody *uodpornienia biernego* jest stosowanie *surowicy uzdrowieńców* po śpiączkowym zapaleniu mózgu u przewlekłych parkinsoników. Abstrahując od zasadniczych trudności stosowania tej metody obecnie, gdy przypadki ostrego śpiączkowego zapalenia mózgu w Europie zdarzają się bardzo rzadko, stwierdzić trzeba, że odpowiednia kazuistyka *(Stern)* napawa zupełnym sceptycyzmem co do celowości stosowania tej surowicy w parkinsoniźmie. Jest natomiast rzeczą niezmiernie ciekawą, że surowica ta stosowana w przypadkach ostrych, mimo, iż nie wykazywała bezpośrednio leczniczego skutku, zabezpieczała je jakoby od następnych stanów pośpiączkowych.

Inne nieco stanowisko patogenetyczne i lecznicze zajmują ci, którzy, nie zaprzeczając ujmowaniu parkinsonizmu jako sprawy zakaźnej, widzą w nim zakażenie wtórne, odrębne od infekcji nagminnego zapalenia mózgu, a jedynie niejako przez nią „obudzone". Za właściwych sprawców tego wtórnego zachorzenia układu nerwowego są przez zwolenników tego poglądu uważane bądź saprofity, bądź banalna flora bakteryjna, powodująca najczęstsze zakażenie w drogach oddechowych. W myśl tego np. *Evans* i *Stewart* stosowali leczenie stanów parkinsonowskich antygenem pałeczki Pfeiffera, jedynie tylko dlatego, że odnajdywali ją stosunkowo często w wydzielinie nosowej pacjentów i stwierdzili aglutynację jej przez surowicę chorych; wyniki niesprawdzone jeszcze dotychczas w Eu-

ropie, były jakoby wcale dobre. Na identycznych przesłankach opiera się leczenie surowicą „gronkowcową“ *(Rosenow)*, obecnie zupełnie zarzucone. Podobnie uzasadniana jest wszelka nieswoista terapja bodźcowa, a w pierwszym rzędzie *proteinoterapja* (Phlogetan, Mleko, Caseina, Vaccineuryna i t. p.), z której na szczególną uwagę zasługuje *autohaemoterapja* w obu swych odmianach: stosowania domięśniowego *(Augier, Meuman)* i dordzeniowego *(Moore, Pette, Conti, Dardel)*, gdyż według zestawienia *Zinneman'a* daje ona stosunkowo najwyższy odsetek poprawy.

W tym miejscu też przypomnę o próbach leczenia stanów pośpiączkowych zakażeniem zimnicą lub durem powrotnym. Wyniki leczenia tego wypadły wyraźnie ujemnie.

Zupełnie inne sposoby leczenia stanów pośpiączkowych wynikają z koncepcji „niezakaźnej“. Zwolennicy tej koncepcji zgadzają się wszyscy na to, że parkinsonizm nie jest przewlekłym stanem zapalnym mózgowia (Encephalitis chronica), ale, że wynika z postępującego procesu zwyradniającego, jest więc raczej „encephalozą“; różnice zachodzą jedynie w zapatrywaniach na istotę i przyczynę bezpośrednie procesu zwyrodnieniowego. Jedni więc stosunek pomiędzy ostrym zakażeniem nagminnego zapalenia mózgu a parkinsonizmem ujmują w następujące uszeregowanie zjawisk: śpiączkowe zapalenie mózgu sprowadza niedomogę ośrodków życia roślinnego; z niedomogi tej wynikają zaburzenia w przemianie i toksemja przewlekła, która z biegiem czasu powoduje zwyrodnienie pewnych części mózgowia (analogicznie jak to ma miejsce w przewlekłych zatruciach ołowiem, manganem lub tlenkiem węgla), Inni zdają się przypuszczać pierwotne, bo równocześne z ostrą chorobą mózgu, zajęcie gruczołów wydzielania wewnętrznego i aparatu odtruwającego (wątroby, U. S. Ś), które w następstwie prowadzi do zmniejszenia tych części mózgowia, jakie już były zaatakowane przez ostry proces chorobowy.

Stąd i odpowiednie, dotychczas zupełnie nieudane, próby terapji: odtruwającej, namiastkowej *(opoterapja gruczołowa)*, lub w postaci miejscowego zadziałania energją promieniotwórczą *(roentgen)* na ogniska zwyrodnienia.

Stosowane przez siebie leczenie oparłem na koncepcji pośredniej, starającej się uzgodnić dane doświadczalne fizjopatologiczne, serologiczne i histopatologiczne z obserwacją kliniczną.

Nie negując możliwości, że zarazek encefalityczny przetrwać może w ustroju okres postępującego parkinsonizmu pośpiączkowego, sądzę jednak, że *istota tego postępującego procesu wynika raczej z powolnego zwyrodnienia odpowiednich elementów szarej substancji mózgu.* Zwyrodnienie to zależy prawdopodobnie od *odczynu humoralnego, działającego niebiologicznie*, bo, obok wzmożenia swoistej odporności, *powodującego (przez wytworzenie neurolizyn) zniszczenie samej substancji nerwowej.* W tym punkcie wykazuje parkinsonizm poencefalityczny dużo podobieństwa do stanów metaluetycznych, szczególnie do wiądu rdzenia z jednej strony, a do t. zw. poszczepieniowych i toksycznych zapaleń mózgu i rdzenia, (które zresztą również przebiegają czasami jako cierpienia przewlekłe, postępujące *(Fiori, Lewy)* z drugiej. Lokalizacja zwyrodnieniowych procesów, a co za tem idzie, i rodzaj zaburzeń tłomaczy się zaatakowaniem przez neurolizyny przedewszystkiem jąder podstawnych mózgu, które stanowią locus minoris resistentiae, nie tylko w związku z przebytym ostrym cierpieniem, ale i ze względu na swoiste ukrwienie tych jąder, obfitujących w naczynia końcowe. Ta okoliczność znów łączy parkinsonizm pośpiączkowy ze wszystkiemi innymi parkinsonizmami „objawowymi“, czy to kiłowego, czy miażdżycowego czy jakiegokolwiek innego pochodzenia.

Do tych zasadniczych mechanizmów chorobotwórczych dołączają się w stanach pośpiączkowych inne jeszcze, jak np. „uniedrożnianie się“ pewnych szlaków nerwowych, zaburzenia przemiany materji i energji, względnie może nawet i istotne zatruwanie ustroju.

Jasnem więc jest, że leczenie tych stanów, aby być skuteczne, musi być wielostronne, skierowane równocześnie przeciwko kilku patofizjologicznym mechanizmom. Tymczasem, mimo, iż posiadamy jako klasyczny przykład takiej terapji, leczenie schorzeń metaluetycznych, w stosunku do parkinsonizmu poszukujemy wciąż jakiegoś ogólnego panaceum, odrzucając środki, które nie odpowiadają temu pojęciu.

Część obserwowanych przez siebie przypadków starałem się leczyć taką właśnie „polipragmatyczną“ metodą i mogłem przekonać się w jej skuteczności. Leczenie to składa się z kilku etapów:

Etap I. ma za zadanie wzmożenie leczeniem objawowem sił cielesnych i psychicznych pacjenta do pewnego optimum, które mu pozwoli na przeprowadzenie dalszej, dość uciążliwej kuracji. W tym celu chory otrzymuje przedewszystkiem leki, opanowujące zespół amyostatyczny i to w dawkach niezbyt skąpych. Do tego okresu leczenia należy również podawanie środków ogólnie wzmacniających i tonizujących w postaci chociażby rozmaitych preparatów *arszenikowo - strychninowych.* Zaznaczyć trzeba, że tak często spotykane u lekarzy obawy przed stosowaniem strychniny przy przykurczach parkinsonowskich zupełnie nie mają uzasadnienia; strychnina jest bowiem w tych stanach doskonale znoszona.

W przypadkach znacznej depresji psychicznej lub wzmożonej pobudliwości nerwowej nie zawadzi również zastosowanie leków *bromowych lub walerjany.*

Ten okres leczenia trwać winien, zależnie od stanu cielesnego i psychicznego i długotrwałości choroby, od tygodnia do miesiąca i nawet dłużej.

Etap II. leczenia ma na celu zwalczanie zarazka o ile istotnie znajduje się on jeszcze w ustroju chorego. Przedewszystkiem więc, aby umożliwić sobie dotarcie do miejsc, z których zakażenie działać może, staramy się o zwiększenie przenikliwości barjer tkanki bliznowatej i wogóle elementów łącznotkankowych, które odczynowo dokoła ognisk zapalnych wytworzyć się musiały. W tym celu najchętniej stosuję *fibrolizynę* w zastrzykach, mniej chętnie— jod. Bezpośrednio po zadziałaniu tych środków, zwykle więc nazajutrz po zastrzyku fibrolizyny podaję bądź środek bakterjobójczy (1%-wy roztwór Trypaflawiny dożylnie od 5 do 10 ccm.), bądź zastrzyk bodźcowy domięśniowy (1% emulsji siarki oczyszczonej w oliwie), bądź, wreszcie (w wypadkach łączenia II-go i III-go etapu leczenia — p. dalej) autohaemoterapję. Co się tyczy zastrzyków bodźcowych, to, opierając się zarówno na własnych, jak i cytowanych wynikach, unikam bezwzględnie proteinoterapji, która wybitnie wycieńcza parkinsoników, prawdopodobnie nawet pogłębiając zaburzenia przemiany im właściwe.

Niezależnie od rodzaju zastrzyków, powtarzam je, zawsze po uprzedniej fibrolizynie, 6 — 10 razy w odstępach kilkodniowych, unikając ostrzejszych odczynów, szczególnie pod względem wzniesień ciepłoty (najwyżej do 39°).

Etap III. leczenia ma zadanie najważniejsze, bo opanowania właściwej przyczyny postępującego zwyrodnienia istoty mózgowej. Chodzi tu więc o zastąpienie patologicznego odczynu humoralnego (wytwarzanie neurolizyn) biologicznym i celowym. Jak dotychczas, posiłkować się w takim wypadku możemy środkami, które jedynie tylko na zasadzie empirji zdają się odpowiadać temu celowi. Teoretycznie bowiem sprawa możliwości wpływania na skalę i swoistość odczynów humoralnych nie jest jeszcze dostatecznie przez serologów zbadana. Najbardziej celowem wydawałoby się leczenie surowicą zwierzęcia, które traktowane było przez czas pewien tkanką nerwową i zdołało opanować mózgowo-rdzeniowe zaburzenia poszczepionkowe.

Nie mogąc doświadczalnie wypróbować tej metody, używam sposobu mniej swoistego, ale zato bezpieczniejszego i bardziej uproszczonego w postaci autohaemoterapji: wstrzykuję choremu od 10 — 20 ccm. dopiero co pobranej od niego krwi domięśniowo. Zastrzyki takie powtarzam od 1 do 2 razy w tygodniu w przeciągu 6 tygodni. Ponieważ *autohaemoterapja* ta posiada również i znaczenie leczenia czysto bodźcowego, w przypadkach lżejszych łączę postępowanie lecznicze okresu II-go z okresem III-im, zastrzykuję więc w ciągu kilku tygodni co piąty dzień fibrolizynę, a nazajutrz krew chorego. W niektórych przypadkach próbowałem też sprzężać naprzemian: to fibrolizynę z siarką, to znów z autohemoterapją.

W międzyczasie pomiędzy tymi zastrzykami, zwykle podczas całego trwania drugiego i trzeciego etapu kuracji, niezbędnem jest podawanie choremu środków leczniczych objawowych (np. *genoskopolaminy)*, czasami również i środków ogólnie wzmacniających lub nawet nasercowych.

Zazwyczaj ku końcowi trzeciego okresu zaznacza się poprawa, nie zawsze wyraźna subjektywnie dla chorego, dająca się jednak stwierdzić przedmiotowo.

Etap IV i ostatni poświęcony jest, ana-

logicznie do pierwszego, wzmocnieniu chorego, ale jednocześnie ma za zadanie wyrównanie braków, jakie długotrwała choroba w ustroju parkinsonika spowodowała. Szczególnie uwzględnić trzeba niedomogę układu dokrewnego. W każdym niemal przypadku przepisuję też *opoterapję płciową i przytarczyczną;* tam, gdzie objawiały się zespoły przysadkowe, kombinuję ją z wyciągami przysadki; wyjątkowo podaję również małe dawki preparatów tarczycy lub szyszynki (satyriasis).

Skopolamina i środki analogiczne podawane są jeszcze w ciągu pewnego czasu w dawkach coraz to mniejszych.

O ile po odstawieniu tych leków okaże się, że chory może się całkowicie bez nich obyć, nie wykazując w ciągu kilkunastu dni nowego pogorszenia stanu, a tembardziej, jeżeli poprawa idzie naprzód, kurację uznać można za udaną. Choremu zalecam wtedy odpowiednie ćwiczenia gimnastyczne i wogóle leczenie ćwiczebne, w postaci głośnej deklamacji, mimiki przed lustrem, robót ręcznych i t. p. W przeciwnym wypadku, jeżeli poprawa zaczyna się cofać, cykl leczenia, odpowiednio uproszczony, należy powtórzyć. Powtórzenie takie dokonane może być nawet bezpośrednio po ukończeniu pierwszej serji leczenia i, jak mogłem się przekonać, wyraźnie zwiększa odsetek wyleczenia.

Ogółem w opisany lub podobny sposób przeprowadziłem leczenie u 32 parkinsoników. Poprawę trwałą uzyskałem u 19 po jednorazowej kuracji, i u 4 po dwuch kuracjach, co stanowi, w porównaniu z innymi metodami leczniczymi stanów parkinsonowskich, stosunkowo bardzo wysoki odsetek (72%).

Nie krusząc kopji w obronie tej tak żmudnej metody leczenia, jako zbawczej dla każdego parkinsonika bez wyjątku, stwierdzam jednak, że przy racjonalnym i systematycznym leczeniu szansa opanowania zaburzeń pośpiączkowych znakomicie wzrasta. Tej szansy nie wolno odbierać żadnemu choremu.

Tymczasem, w związku z rozpowszechnionym dzisiaj sceptycyzmem terapeutycznym, większość parkinsoników w Polsce przebywa obecnie w najokropniejszych warunkach beznadzieji. Oddziały szpitalne przestały w zasadzie przyjmować tych chorych jako nieuleczalnych, a uciążliwych chroników. Ci, którym zasoby materjalne nie pozwalają na długotrwałe leczenie prywatne, pozostawieni są swemu losowi, na łasce rodziny, nie zawsze wyrozumiałej na przykre kalectwo chorego w najlepszym wypadku, kierowani do przytułków dla nieuleczalnych, gdzie cierpienie ich nieuchronnie w ciągu lat rozwijać się musi w coraz okropniejsze stadjum bezradności, niemocy i brzydoty, a cały byt sprowadzony zostaje do bezcelowej mumifikacji za życia!

Setki, a może tysiące istot ludzkich przebywa w takich właśnie warunkach. Jeżeli więc nie jest dzisiaj możliwem stworzenie dla nich specjalnych zakładów leczniczych, należy przynajmniej, w myśl wskazań opieki społecznej, zagwarantować im prawo do walki z chorobą, którego nie odmawia się w czasach nowożytnych nikomu. Każdy parkinsonik winien być uprawniony do przebywania przynajmniej miesiąc w roku na oddziale szpitalnym, gdzie poddany będzie leczeniu, które, jeżeli nie uzdrowienie, to chociażby ulgę i nadzieję mu przyniesie.

ŹRÓDŁA PIŚMIENNICZE.

Polskie: *Brzezicki.* Badania nad parkins. objaw. (P. Gaz. lek. 1931). — *Hubert.* Przycz. do leczenia nagmin. zapal. mózgu (P. G. Lek. 1931). *Orzechowski i Mitkus.* De la forme parkins. des tumeurs. (Rev. neur. 1925). *Pieńkowski.* Analiza zaburz. ruch. przy nagm. śpiączk. zapal. mózg. 1925). *Sterling.* Palilalja jako objaw parkins. (Neur. polsk. 1926). *Wichert.* Zespół parkins. w poraż. post. (Roczn. Psych. 1926). *Adamówna.* Ub. günst. Erfolge v. Schwefelinj. b. Spätenceph. (Klin. Wschrt. 1925). *Falkiewicz* i *Rothfeld.* Ub. Zwangsbeweg. u. Zwangsschauen. (Dtsch. Ztschrt. f. Nerv. 1925).

Francuskie: *Alajouanine.* Le traitement de formes chron. de l'enceph. ep. (Journ. Méd. fr. 1923). *Aubert.* Trait. d. formes prol. d. nevr. ep. (Bull. méd. 1929). *Crouzon, Vog* i *Delafontaine.* Formes alg. de L'Enc. ep. (Monde méd. 1926). *Dardel i Gonet.* Le trait. d. parkins. (Rev. méd. Suisse rom. 1923). *Delbeke* i *Bogaert.* Le probl. gen. de crises oculogyres. (Encephale, 1928). *Delmas-Marsalet.* Mécan. d'action de la bulbo-capnine. (Rev. neur. 1930). *Fevré d'Arric.* S:le trait. de l'Enc. leth. par le virus-vaccine. (Le Scalpel 1925). *Froment* i *Mouriquaud.* L'insuline peut guerir la cach. parkins. (Rev. neur. 1929). *Froment* i *Velluz.* Du metabol. musc. d. l'état parkins Rev. d. Neur. 1927). *Lados.* Trait. d. syndr. parkins. par Génoscopul. (L'inform. Méd. 1928). *Levaditi, Bize* i *Lépine.* A prop. d. l'étiol. de L'enceph. postvaccin. (Bull. Acad. Méd. 1928). *Marie* i *Poinclux.* Ess. d. vaccinotherapie d. seq. de l'Enceph. (Bull. Acad. Méd. 1934). *Renaud* i *Anger.* L'évol. du syndr. parkins. ((Bull. Soc. méd. hop. Paris, 1925). *Roger.* Trait. du syndr. parkins. (Progr. méd. 1929). *Védel, Puech* i *Pages.* Trait. d. syndr. park. par le salicyl. (Bull. d. l. soc. sciences. 1925). *Wollman* i *Urban.* Rech. s. l. propr. antigenes d. virus invisibles. (C. R. Soc. Riol. 1928).

Inne: *Beringer.* Ub. ein neues Alkal. (Bannisterin). Nervenarzt, 1928). *Beyerman* i *Leicner.* Ub. d. Einfl. Hyoscins i t. p. (Neur. Ztr. 1929). *Conti.* Autoseroterapia rachidiana (Giorn. clin. méd. 1926). *Eichler.* Klin. u. ergograph. Unters. db. Harmin. (Mntschr. f. Ps. u. Neur. 1929). *Economo.* Die Enceph. letharg. 1929. *Klemann.* Mittlg. z. Therapie d. chron. Enc.(Dtsch. Ztschrt. f. Nerv. 1929). *Stevart* i *Evans.* Prel. not. o. bacter. stud. o. spid. enceph. (Amer. Jouen. méd. 1930). *Szyszka.* Atropinbehandl. b. Parkins. (Münch. méd. Woch. 1923). *Trautman* i *Ponsdorf.* Vers: ein. Röntgenbehandl. d. chron. Enc. 1928. *Zinnemann.* Die Therapie d. chron. Enceph. (Ztschr. f. d. ges. Neur. 1930).

PERSODINE Lumière

SWOISTE LECZENIE **BRAKU ŁAKNIENIA** NADSIARCZANAMI.

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

$\boxed{M_2}\ S_2O_8 + H_2O = \boxed{M_2}\ SO_4 + H_2SO_4 + O$ 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.

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

LIPIODOL

OLIWA JODOWA O ZAWARTOŚCI 40% JODU

LIPIODOL TERAPEUTYCZNY
40%
kapsułki i ampułki

- 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
10%, 20%, 40%
flakony alumin. i ampułki

- 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.

W sprawie usuwania łożyska

podał

DR. H. WALAWELSKI. — Wilno

Najdawniejszym i najlepiej każdemu lekarzowi i położnikowi znanym sposobem usuwania łożyska, jest zabieg Credégo. Nie wchodząc w szczegóły metody Credégo, pragnąłbym podać do wiadomości inny zabieg, który może być z łatwością zastosowywany w tych wypadkach, w których zawodzi zabieg Credégo.

Poza metodą Credégo opublikował *Gabeston* ostatnio odmienny sposób usuwania placenty, a mianowicie wstrzykiwanie 2 litrów roztworu soli kuchennej do żyły pępowinowej. Sposób ten, podany poraz pierwszy już w roku 1826 przez Włocha *Mojon*, który wstrzykiwał zimną wodę zakwaszoną kwasem octowym, popadł w zapomnienie aż do publikacji *Gabestona*.

Najprostszym do wykonywania jest zabieg Credégo. Metoda *Gabestona*, również łatwa do wykonania. nie jest pozbawiona pewnego niebezpieczeństwa. Niebezpieczeństwo to leży w niedostatecznej często aseptyce, w braku strzykawki z roztworem, ewentualnie w braku asysty, co może mieć miejsce w prywatnej praktyce, a zwłaszcza na wsi.

Poza wymienionemi zabiegami nie znalazłem w odnośnej literaturze innych metod, pomijając ręczne usuwanie placenty.

Znanym jest fakt, iż skoro łożysko nie zostanie w ciągu 3 godzin usunięte, czy to przy zastosowaniu metody Credégo, czy też Gabestona, wskazanem jest usunięcie ręczne. Niedość wczesne usunięcie placenty powodować może gorączkę połogową, wtórne krwawienia, retencje błon jajowych.

Chcę zwrócić uwagę na jeszcze jeden zabieg, który zastosować można jako ostatnią próbę przed przystąpieniem do ręcznego usunięcia placenty, gdy zawiodą wyżej wspomniane metody. Sposób ten zaleca się swą prostotą oraz zupełnem bezpieczeństwem.

Nie wchodząc w bliższe szczegóły anamnezy, przy ..apię wprost do opisu przypadku. Dnia 20.IV 1931 około godz. 22-iej przedstawiono mi 19-letnią pacjentkę z wypadkiem abortus Mens. IV. O godzinie 6-tej rano odszedł płód samorzutnie i lada chwila należało się spodziewać odejścia placenty. Gdy po upływie kwadransa to nie nastąpiło, zastosowałem zabieg Credégo, któr- zawiódł. Ponieważ placenta była przytwierdzona, przeto za każdorazowem zwolnieniem nacisku macicy sznur pępowinowy cofał się w głąb ku macicy. Kilkakrotnie powtarzany zabieg Credégo nie dawał rezultatu. Również i zastrzyk Hypophysiny zawiódł. Pacjentka nie wykazywała żadnej reakcji, również nie dały się stwierdzić żadne specjalne krwawienia. Ponieważ w czasie dostarczenia pacjentki temperatura jej wynosiła 38.5° C., a w pochwie znajdował się ropny naciek, nie można było myśleć o ręcznem usunięciu placenty. Również nie można było w tych warunkach zastosować zabiegu Gabestona. Tak upłynęło 12 godzin, w czasie których zastosowano ponownie zabieg Credégo, i tym razem bezskutecznie.

Wobec tego zdecydowałem się do następującego dwuręcznego, bezkrwawego zabiegu:

Wskazujący palec lewej ręki osłoniętej rękawiczką, wprowadziłem do otworu odbytowego, a prawą ręką ująłem talerzykowato macicę przez ściankę brzuszną, poczem rozpocząłem rytmicznie uciskać macicę naprzemian, to lewą ręką od strony tylnej ściany macicy, to prawą ręką od strony przedniej. W ten sposób drażniłem macicę naprzemian, to w kierunku brzusznym, to znów w kierunku odbytowym. Rzecz oczywista, iż można również przemienić ręce. Po niespełna 3 minutach ukazała się w pochwie placenta.

Zabieg ten może być łatwo zastosowany przez każdego lekarza-praktyka. Nie wymaga on warunków aseptycznych. Niema przy nim niebezpieczeństwa z..wleczenia zarazków z odbytu do pochwy, gdyż z drogą wyjścia placenty, jak też i z drogami rodnemi nie styka się ani prawa ani lewa ręka.

Zdaniem mojem nie powinno się zaniedbywać zasto-owania tej prostej i zupełnie bezpiecznej próby w wypadkach, gdy już inne metody zawiodły, a przed przystąpieniem do ręcznego usunięcia placenty. Zabieg ten oddać pragnę szerokim kołom lekarzy do kontroli i oceny.

OPOZONES LUMIÈRE

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.



CRYOGENINE

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 (WĘKSZYCH) 2,0 — 3,0 *„pro die“*

w dnie, postrzale, nerwobólach, migrenie i t. p.)

POSTACI:

Pulvis Cryogenine do receptury: proszków, czopków, pigułek, zawiesin i t. p.

comprim. { **Cryogenine** á 0,50 grm.
Cryogenine á 0,25 grm.
W rurce 10 tabletek

cachets { **Cryogenine** á 0,50 grm.
Cryogenine á 0.25 grm.
W rurce 10 opłatków

L. NASIEROWSKI

Skład główny Tel. 9-24-39 i 9-30-42 **Kaliska 9**

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

O upustach krwi z zewnętrznych żył szyjnych. (De la saignée des veines jugulaires externes). Pierre Grellety Bosviel.

Présse Medicale, Nr. 10, 1932.

Ten sposób upustów krwi znany był w starożytności i praktykowany przez lekarzy w XVII i XVIII wieku. Wskazany jest on w stanach niedomogi krążenia albo ucisku żyły próżnej górnej. Autorzy opisują przypadek ciężkiej niedomogi serca na tle zwyrodnienia mięśnia sercowego, w którym upust krwi z żyły szyjnej przyniósł przelotną poprawę, przypadek zapaści w przebiegu zapalenia płuc, przypadek ostrego obrzęku płuc u chorego z nadciśnieniem, gdzie upust krwi wykonany tą drogą wpłynął wyraźnie na poprawę stanu krążenia. Wskazania do upustu krwi z żyły szyjnej są różne. Przedewszystkiem należą tu przypadki, w których czy to z powodu obrzęku, czy też z powodu ukrytego przebiegu nie można znaleźć żył w zgięciu łokciowem. Dalej przypadki, w których z powodu ucisku żyły próżnej górnej występuje zastój krwi w czaszce. Żyły szyjne są wtedy wypełnione, twarz i usta są sine, prawie czarne szczególnie w napadach kaszlu, przy wysiłku, w pozycji pionowej. Do tych objawów dołączają się objawy zastoju krwi w mózgu. Bóle głowy, które się powiększają, gdy chory tylko opuści głowę, szum w uszach, osłabienie wzroku i słuchu, czasami zaburzenia psychiczne, utrata pamięci, utrudnienie myśli. W przebiegu zastoju mózgowego spostrzegano częściowe stany porażenne, nagłą częściową afazję, ataki drgawek o charakterze epileptycznym. W tych ostatniach przypadkach szczególnie, obfity upust krwi z żyły szyjnej przynosi ulgę i z tego też względu uważa się jako wskazanie do tego sposobu upustu zjawienie się objawów mózgowych w towarzystwie podwyższonego ciśnienia żylnego. Ponieważ znany jest związek istniejący między ciśnieniem w żyle szyjnej, a ciśnieniem płynu mózgowordzeniowego, możliwem jest, że zaburzenia mózgowe, towarzyszące zastojowi, wywołane są albo uciskiem ośrodków nerwowych przez obrzęk albo też przez wzmożone ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego, albo przez oba te czynniki razem.

Autorzy dokonują punkcji żyły szyjnej w pozycji siedzącej chorego, który głowę opartą na poduszkach zwraca nieco na bok. Wielkim palcem lewej ręki uciska się jugularis powyżej obojczyka, aby zapobiec dostaniu się powietrza, nakłucie wykonuje się w środkowej części jugularis. Po nakłuciu mierzy się ciśnienie żylne, które w jugularis u człowieka zdrowego w pozycji siedzącej równa się 0, a w pozycji leżącej 13. Autorzy w swoich przypadkach wypuścili 500 — 600 cm. krwi, nie polecają oni jednak upustów bardzo dużych, które wywołać mogą omdlenia, opisywane przez starych autorów. Zresztą upust krwi zmniejsza się sam przez się z chwilą zmniejszania się zastoju mózgowego. Upusty można powtarzać przy ponownem zjawieniu się objawów mózgowych.

O znaczeniu zbieżności ciśnienia skurczowego i rozkurczowego krwi. (La signification de la convérgence de chiffres de tension). Ed. Doumer.

Presse Medicale, Nr. 10, 1932.

Spadek ciśnienia skurczowego z równoczesną niezmiennością, a nawet podwyższeniem ciśnienia rozkurczowego nie zawsze jest wyrazem osłabienia mięśnia sercowego. Stwierdzić to można u osób, z nadciśnieniem, a także u osób wiekowych z rozwiniętemi zmianami sklerotycznemi. Pomimo, że u tych osób stwierdza się zaburzenia czynnościowe, zadyszkę po pracy, rytm cwałowy i zmiany wielkości serca jednak ciśnienie krwi może zachować się prawidłowo. Żywa siła fali krwi, przechodzącej przez uciśnięty mankietem odcinek tętnicy, może się bowiem zmieniać niezależnie od siły skurczu serca i od żywej siły fali krwi, wyrzuconej przez serce do tętnicy głównej. Zależy ona przedewszystkiem od kalibru tętnicy, uciśniętej mankietem i może być względnie niewielka przy normalnym skurczu serca i prawidłowem ciśnieniu skurczowem, jeżeli przy ogólnej aplazji układu naczyniowego tętnica ramieniowa jest wąska. Żywa siła fali tętna pod mankietem zależy i od stanu ścian tętnicy; jeżeli ta ostatnia utraciła swą elastyczność np. w stanach nadciśnienia, w stanach sklerotycznych żywa siła skurczowej fali serca nie zostaje zużyta przez elastyczność aorty, skierowując się do obwodu z większą siłą uderza o mankiet, dając wyższe liczby dla ciśnienia skurczowego. Osłabienie skurczu serca może nawet w tych przypadkach być niewidoczne, i jakby przykryte niezużytą energją fali krwi w uciśniętym odcinku tętnicy ramieniowej. W innych znowu przypadkach może wystąpić zmniejszenie ciśnienia tętna, pomimo że stan serca jest najzupełniej prawidłowy. W tych przypadkach częstą przyczyną tego stanu jest złe wykonanie pomiaru, wywołane zwykle nieprawidłowem założeniem mankietu. Ma to miejsce najczęściej gdy ramię jest zbyt grube lub zbyt chude. Jeżeli mankiet nie jest założony należycie otrzymać można liczby najzupełniej fałszywe. Często jednakże otrzymuje się liczby nieprawidłowe z powodu trudności w określaniu ciśnienia rozkurczowego. Przy stosowaniu metody osłuchowej tony naczyniowe znikają czasami zbyt szybko i wtedy liczby otrzymane dla ciśnienia rozkurczowego są zbyt wysokie. Przy stosowaniu metody oscylometrycznej również występują trudności w określaniu ciśnienia rozkurczowego, gdyż charakter oscylacji nie zawsze jest miarodajny, nie zawsze jest wy-

raźne nagłe przejście od dużych wahań oscylacji do stałego, ale słabego jej spadku, wreszcie stosowanie podwójnego mankietu Gallavardina może sztucznie zmniejszyć wielkość oscylacji i przyczynić się do fałszywego określenia ciśnienia rozkurczowego. Z tych wszystkich względów stwierdzenie zbieżności liczb określających i ciśnienie krwi ma wartość, gdy jest poparte innemi objawami klinicznemi, wśród których jednym z najważniejszych jest wystąpienie rytmu cwałowego.

O miejscowem leczeniu szczepionkami w zapaleniach jelita grubego. Zasady swoistego bakterjologicznego leczenia jelit. (De la vaccinothérapie locale dans les enterocolites. Principes de la bacteriologie intestinale spécifique). A. Besredka.
Présse Medicale. Nr. 24. 23.III.32.

Cały szereg chorób zakaźnych wywołanych jest nie ogólnem zakażeniem ustroju, ale swoistą wrażliwością pewnych narządów w stosunku do wprowadzonych zarazków np. świnka morska zapada na wąglik tylko wtedy, jeżeli zarazki dostaną się do skóry, przy wprowadzaniu zarazków inną drogą nie reaguje objawami chorobowemi, drogą szczepień skórnych także można uodpornić świnkę morską przeciwko wąglikowi. W zakażeniach gronkowcami i paciorkowcami szczepienia skórne i uodpornianie samej skóry wystarcza najczęściej dla uodpornienia całego ustroju.

Szczepienia miejscowe znalazły w następstwie zastosowanie w sprawach zakaźnych, których siedliskiem jest przewód pokarmowy, w cierpieniach tyfusowych, cholerze, dyzenterji i w zapaleniach grubego jelita. We wszystkich tych cierpieniach zakaźnych niezależnie od wrót infekcji zarazek jest jakby przyciągany przez jelita, szczególnie jest to wyraźne w przypadkach, w których doświadczalnie zarazek dyzenterji zostaje wprowadzony podskórnie; nie znajduje się następnie zarazka *Shigi* nigdzie poza jelitami. Miejscowe uodpornianie w przebiegu dyzenterji polega na podawaniu doustnem ogrzanych emulsji hodowli bakteryjnych, odporność zjawia się już po bardzo krótkim czasie. Nieco bardziej złożone jest uodpornianie przeciwko cholerze i durowi; w tych przypadkach podawanie doustne hodowli prątków duru i przecinkowców cholerycznych nie wywołuje odporności, o ile nie stworzy się naprzód warunków korzystnych dla zetknięcia się drobnoustroi z komórkami receptywnemi w błonie śluzowej jelita przez poprzednie podanie żółci. Bacterium coli, podobnie jak poprzednio opisane szczepy, ma również specyficzną skłonność do osadzania się w jelicie i również można uodparniać zwierzęta przeciwko tej infekcji przez doustne podawanie martwych kultur coli poprzedzone jak i w poprzednich infekcjach podaniem żółci. Odporność występuje bardzo szybko, już na drugi dzień po spożyciu szczepionek.

W ten sam sposób próbowano również zwalczać stany zapalne grubego jelita; jak wiadomo te sprawy zakaźne wywołane są albo zarazkiem jednolitym np. przez bacterium coli, czasami jednak zarazek jest mieszany. W przypadkach zakażenia przez bacterium coli, w których zarazek powoduje nietylko objawy jelitowe, ale często także i zakażenie dróg moczowych, podanie emulsji bakterji otrzymanych od pacjenta, poprzedzone spożyciem żółci daje leczniczo wyniki bardzo dobre. Po dziesięciu dniach leczenia, jak podaje Besredka, znikają stany podgorączkowe, zaburzenia jelitowe ustępują i w końcu znikają zarazki z moczu. W przypadkach uporczywej infekcji, w których poprawiają się objawy jelitowe, ale stan ogólny poprawy nie wykazuje z powodu trwania infekcji dróg moczowych, można osiągnąć wyniki dodatnie przez wprowadzenia emulsji zarazków bezpośrednio do miedniczek nerkowych. Podobnie i w stanach nieżytowych grubego jelita, wywołanych innemi zarazkami np. proteus, salmonella, bacillus pyocyaneus, gronkowcami, również podawanie emulsji bakterji otrzymanych od chorych i poprzedzone spożyciem żółci pozwala osiągnąć dobre wyniki. Niektórzy autorzy zamiast podawania żółci cudzej używają dla uczulenia przewodu pokarmowego własnej żółci chorych, poprzedzając podanie szczepionki środkami żółciopędnemi np. dając oliwę albo mieszaninę peptonu i siarczanu sodu. W stanach ciężkich, wrzodziejących zapaleń jelita grubego otrzymywano również zapomocą tego leczenia poprawę. Zdarza się także, że uboczne objawy, stwierdzane w przebiegu zapalnych spraw grubego jelita np. nadciśnienie, stany anemiczne, objawy skórne i t. d. po opisanem uodpornieniu miejscowem również znikają.

Rokowanie i leczenie niemiarowości zupełnej. (Pronostic et traitement de l'arythmie complete). Maurice Perrin.
Bulletin General de Thérapeutique. Nr. 10. Decembre 1931.

Autor podaje w krótkim zarysie metody leczenia stałej niemiarowości tętna, stanu spowodowanego trzepotaniem lub migotaniem przedsionków, które jak wiadomo są wyrazem poważnych zmian włókien sercowych. Jak sama nazwa wskazuje stała niemiarowość tętna jest cierpieniem, które wyraża się niemiarowością stałą tak co do ilości, jak i do jakości skurczów serca, wreszcie przyspieszeniem akcji serca. Na prognozę tego cierpienia wpływa w znaczeniu ujemnem współistnienie wady serca, gdyż wskazuje ona, że przyczyną niemiarowości jest rozszerzenie i osłabienie przedsionka, które może zniknąć w czasie leczenia, ale może zjawić się ponownie i pozostać już jako objaw stały. Duże znaczenie posiadają również objawy niedomogi serca, szczególnie, jeżeli się często powtarzają. Na rokowanie wpływa w znacznej mierze częstość skurczów komorowych, skurcze dochodzące do 120 lub powyżej na minutę są wyrazem stanu ciężkiego, według *Lewisa* liczby dochodzące 140 lub powyżej, ograniczają rokowanie najwyżej do kilku miesięcy, koło 160 zaś zaledwie do kilku tygodni. Przypadki, które reagują korzystnie na leczenie środkami nasercowemi dają rokowanie dobre, niemiarowość może się poprawić, a nawet zniknąć czasowo zupełnie. We wszystkich przypadkach niemiarowości zupełnej cierpienia zakaźne, w szczególności powikłania płucne, grypa i t. d. czynią rokowanie bardzo wątpliwem.

Chory cierpiący na niemiarowość zupełną powinien wieść życie spokojne, unikać zmęczenia, wysiłków, zimna, wilgoci, przeziębienia. W postępowaniu należy odróżnić dwa przypadki zależnie od obecności niedomogi czynnościowej serca. Jeżeli niemiarowość zupełna występuje łącznie z niedomogą serca należy przedewszystkiem leczyć tę

ostatnią. Autor zaleca przedewszystkiem leczenie ouabainą i digitaliną. Digitalina działa na włókna sercowe i na rytm, zmniejsza częstość skurczów komorowych i powiększa ich siłę, blokując pewną ilość bodźców przedsionkowych. W zwykłych przypadkach podaje się dawki średnie digitaliny: 10 — 15 kropli w ciągu pięciu dni lub też tinctura digitalis w dawce 50 — 60 kropli dziennie w ciągu 10 dni. W przypadkach poprawy, która czasami występuje szybko już pierwszego dnia, utrwala się działanie naparstnicy przez podawanie innych środków nasercowych jako cofeiny, ouabainy, sparteiny w dawkach małych, zalecanych przez czas dłuższy. Jeżeli naparstnica podana w dawkach średnich nie daje oczekiwanego wyniku można po kilku dniach przerwy wrócić do niej znowu, dając przez dwa trzy dni z rzędu po 25 kropli digitaliny dziennie. *Lewis* radzi nawet dawać dawki tak duże, iż występują objawy intoksykacji: nudności, rozwolnenia, bóle głowy. W ciężkich przypadkach według tego autora tylko działając temi dawkami otrzymuje się zwolnienie tętna. We Francji ten sposób leczenia jako zbyt śmiały nie jest stosowany. W przypadkach groźnych stosuje się śródżylnie digitalinę albo w ostatnich czasach coraz częściej ouabainę Arnaud. Ta ostatnia w przypadkadh, w których serce nie reaguje na naparstnicę zdaje się go na to działanie uczulać.

Vaquez i *Lutembacher* zalecają następujący sposób podawania ouabainy. Po obfitej punkcji żylnej, która często w tych przypadkach jest konieczna, wstrzykuje się do żyły bardzo wolno ¼ lub ½ miligrama ouabainy. Dawkę tę się powtarza dwa lub trzy razy w 24 godzinnych odstępach, a nawet jeżeli chory nie odczuwa ulgi po pierwszem wstrzyknięciu można już w 6 godzin później wstrzyknąć jeszcze ćwierć miligrama. Według *Vaqueza* i *Lutembachera* dawka pożyteczna wynosi w wstrzyknięciu śródżylnem pół miligrama dziennie. Jednak nawet wtedy, gdy środki nasercowe wzmocnią siłę serca i niemiarowość się zmniejsza rzadko znika ona zupełnie, pozostając jako wyraz zmian trwałych mięśnia sercowego.

W tych przypadkach, w których niema niedomogi serca pozostaje działanie na samą niemiarowość. Znanym i pożytecznym środkiem jest w tych warunkach chinidyna. Przedłuża ona czas odporności przedsionków, poza tem jednak ma pewne działanie niekorzystne na włókna sercowe, zmniejszając ich kurczliwość. Z tego też względu należy się upewnić przed podaniem chinidyny, że niema wyraźnej niedomogi serca, najlepiej jest poprzedzić jej stosowanie przez podawanie naparstnicy lub ouabainy. Chory w przypadkach cięższych powinien pozostawać w łóżku na djecie mleczno-jarzynowej, w przypadkach lżejszych można dozwolić na pewien ruch. Zaczyna się od podawania po dwie tabletki po 0,2 siarczanu chinidyny dziennie, spożytych albo w czasie przyjmowania pokarmów, albo też jeżeli się je bierze w międzyczasie należy popić mlekiem lub wodą. Zależnie od potrzedy zwiększa się następnie dawki po jednej lub dwie tabletki dziennie, dochodząc, o ile to możliwe, do 5 — 6 tabletek. Na tej dawce się pozostaje około 8 — 10 dni poczem można odrazu albo stopniowo przerwać leczenie. Poprawa niemiarowości występuje naogół między 4 — 8 dniem leczenia. Po tym czasie można podtrzymywać działanie chinidyny, podając ją w dawce 1,2 gr. dziennie w ciągu dwóch lub trzech dni w tygodniu lub w ciągu 2 tygodni i stosując w między czasie środki nasercowe. Objawy zatrucia chinidyną, które również znać należy występują w formie zawrotów głowy, szumu w uszach, wymiotów, rozwolnienia, uczucia strachu etc. Naogół można uniknąć tych zaburzeń przy stosowaniu chinidyny o ile się poprzedza je podawaniem digitaliny lub ouabainy, należycie stwierdza stan czynności serca, stosuje chinidynę w dawkach wzrastających i, o ile się ma do czynienia z przypadkiem poważnym, utrzymując chorych w łóżku. W każdym razie jednak stosowane dawki muszą być dość wysokie, gdyż podawanie dawek małych niema żadnego działania.

Wychowanie fizyczne i ciśnienie średnie. (Education physique et pression moyenne). H. Vaquez et de Chaisemartin.
Présse Medicale, Nr. 25, 1932.

Dotychczasowe kryterja wydolności serca po wysiłkach fizycznych, opierające się na określaniu czasu trwania przyspieszenia tętna po wysiłku i wielkości serca nie są pewne. Stopień przyspieszenia tętna po wysiłku, a czas trwania tego przyspieszenia nic jeszcze nie mówią o czynnościowej wydolności serca tak samo, jak nie świadczy o niej i powiększenie serca, gdyż może być ono wywołane tak biernem rozszerzeniem, jak też i przystosowaniem się serca do większej pracy. Zachowanie się skurczowego ciśnienia krwi po pracy także nie pozwala wyciągnąć zupełnie jasnych wniosków, gdyż stopień jego podwyższenia zależy między innemi i od stopnia przyzwyczajenia badanych do wykonywanego wysiłku; ciśnienie rozkurczowe zaś wobec zmienności pojęć i trudności określania tego ciśnienia również się nie nadaje dla oceny stanu krążenia. Wreszcie wzajemny stosunek i zachowanie się ciśnienia skurczowego i rozkurczowego również temu celowi nie odpowiadają, gdyż pierwsze jest zbyt zmienne, drugie trudne do określenia. Według autorów najbardziej nadaje się dla oceny krążenia t. zw. ciśnienie średnie jako wartość stała i łatwo dająca się określić. Aby zbadać znaczenie ciśnienia średniego przy ocenie wysiłków fizycznych autorzy wykonali pomiary tego ciśnienia u 40 osób w Wyższej Szkole Wychowania Fizycznego w Joinville. Autorzy badali częstość tętna, ciśnienie skurczowe i średnie w spokoju oraz bezpośrednio i w 2 — 5 minut po biegu na 300 metrów. Zachowanie się częstości tętna po biegu, i czas powrotu do normy nie pozwala według autorów do wyciągania jakichkolwiekbądź wniosków. Można jedynie powiedzieć, że częstość tętna jest mniejsza, czas powrotu do normy jest krótszy u osób wytrenowanych niż u niewytrenowanych. To samo dotyczy się i wahań ciśnienia skurczowego; po ćwiczeniu u osób wytrenowanych podnosi się ono mniej i prędzej wraca do stanu zwykłego niż u niewytrenowanych. Jeżeli ciśnienie skurczowe w spokoju u osób między 20 — 30 rokiem życia wynosi 150 mm. Hg., a nawet przewyższa 170 mm. Hg. należy to uważać za objaw podejrzany, wymagający bliższej obserwacji. Większe wyniki daje natomiast określanie ciśnienia średniego.

Wahania tego ciśnienia w spokoju są niewielkie, u osób między 20 — 30 rokiem życia wynosi ono przeciętnie od 90 — 100 mm. Hg. Górna granica normy wynosi 110, (w 15%), dolna 80 mm.

Hg. (również w 15%). Po wysiłku ciśnienie średnie również wykazuje pewne wahania, jednak nie są one nigdy tak wielkie, jak wahania ciśnienia skurczowego, nie przekraczały u osób badanych nigdy 30 mm. Hg.; przeciętnie podwyższenie ciśnienia średniego wynosiło około 12 mm. Hg., tam zaś, gdzie było ono wyższe od 20 — 30 mm. Hg. bliższe badanie wykazało powiększenie serca albo też ogólnie słabą odporność fizyczną. To samo odnosi się do obniżenia ciśnienia średniego po ruchu. Naogół u osób doskonale wytrenowanych ciśnienie średnie po ruchu podnosi się bardzo nieznacznie około 4 mm. Hg. i wraca do stanu pierwotnego bardzo szybko w ciągu pierwszych dwóch minut po wysiłku.

Autorzy stwierdzili podobne zachowanie się ciśnienia średniego u 6 wybitnych zawodników po wysiłkach ciężkich (bieg na 400 metrów, skok o tyczce, rzuty oszczepem, walka etc.). W żadnym z tych przypadków podwyższenie ciśnienia średniego nie trwało dłużej, niż dwie minuty, samo podwyższenie było bardzo nieznaczne, w niektórych przypadkach wcale go nawet nie stwierdzono. Według autorów stan dobrej zaprawy charakteryzuje się naogół niezmiennością ciśnienia średniego po wysiłku, szczególnie charakterystyczną w stosunku do zmienności tętna i skurczowego ciśnienia.

O leczeniu cukrzycy insuliną. (Le traitement insulinique du diabète). M. F. Rathery.

Bulletin General de Thérapeutique. Nr. I. 1932.

Autor omawia wskazania, wyniki i niebezpieczeństwa, grożące przy leczeniu insuliną. Nie we wszystkich przypadkach cukrzycy jest ona wskazana. Autor dzieli cukrzycę na dwie postaci: prostą i wyniszczającą.

W formie pierwszej można w pożywieniu zastąpić źle tolerowane węglowodany przez tłuszcze i białka. W formie drugiej ta zmiana nie jest możliwa z powodu występowania zaburzeń przemiany materji, prowadzących do powstania odpadków, mających właściwości trujące dla ustroju: wytwarza się acidoza i ketonuria. W przebiegu cukrzycy prostej odróżniać można wszystkie formy przejściowe począwszy od stanu prawie normalnego z nieznacznie zmniejszoną tolerancją w stosunku do węglowodanów aż do stanu cięższych, gdzie przyswajanie węglowodanów stoi na granicy zapotrzebowania i pod wpływem najprzeróżniejszych czynników każdej chwili grożą zaburzenia równowagi przemiany materji. W tej postaci cukrzyca lekka każdej chwili przejść może w cukrzycę wyniszczającą.

Leczenie insuliną jest różne w tych przypadkach. W cukrzycy prostej jest ona niepotrzebną, gdyż nieznaczne zmniejszenie węglowodanów, unormowanie djety jest w tych przypadkach zupełnie wystarczające dla zwalczenia zaburzeń przemiany węglowodanowej. W przypadkach cukrzycy prostej, zastosowanie insuliny jest wskazane tylko w tych wszystkich okolicznościach, które wpływają na obniżenie tolerancji węglowodanowej. Leczenie insuliną w takich stanach trwać musi tak długo, jak długo trwa przyczyna, (cierpienia zakaźne, zabiegi chirurgiczne, ciąża etc.), która zmniejsza tolerancję. Z chwilą zniknięcia tej przyczyny i poprawy tolerancji leczenie insulinowe staje się niepotrzebne.

Stałe leczenie insuliną przypadków lekkiej cukrzycy, które się pod wpływem czynników innych pogarszają jest bezcelowe. Insulina zwiększa tolerancję ustroju w stosunku do węglowodanów, ale zasadniczo nie uzdrawia. Jest to także dowodem, że brak insuliny nie jest jedyną przyczyną cukrzycy, działanie insuliny stanowi tylko jeden ze składników zagadnienia, które w swej istocie pozostaje jeszcze do rozwiązania. Natomiast insulina jest nieodzownym środkiem w lecznictwie cukrzycy wyniszczającej.

Jak należy postępować w praktyce rozpoczynając leczenie insulinowe? Pacjent powinien przedewszystkiem kilka dni pozostawać na djecie mieszanej, zawierającej około 200 gr. mięsa, 80 tłuszczu, 400 gr. kartofli, 150 gr. chleba oraz dowolną ilość jaj i jarzyn zielonych. Mocz zbiera się w odstępach 24-godzinnych i bada się na zawartość cukru, acetonu, kwasu acetooctowego i oxymasłowego. Zależnie od wyniku badania odróżnia się dwa przypadki: mocz zawiera tylko cukier bez ciał acetonowych lub też zawiera i jedno i drugie. W tym ostatnim przypadku bada się mocz ponownie po 5 dniach w czasie których pacjent odżywia się tylko mięsem, tłuszczami, jajami i zielonemi jarzynami. Jeżeli mocz w tem ponownem badaniu nie zawiera ani cukru, ani ciał acetonowych, jest to cukrzyca lekka, która nie wymaga leczenia insulinowego. Jeżeli się natomiast stwierdza cukier i ciała acetonowe cukrzyca jest wyniszczająca, wymagająca insuliny. W końcu tego okresu powinno się zbadać rano na czczo cukier we krwi; istnieją bowiem przypadki cukrzycy t. zw. nerkowej, które przebiegają bez hyperglikemji, z acetonurją i przy których zastosowanie insuliny nie jest wskazane. Rokowanie co do charakteru cukrzycy musi być zawsze poparte obserwacją, w czasie której kilkakrotne badania moczu wykonywane są w okresie stosowania znanej i określonej djety, poza tem jednak charakter cukrzycy jest niezależny od stopnia glikosurji, czasami cięższe uporczywe formy przebiegają z względnie słabą glikosurją lub odwrotnie przy dużem wydzielaniu cukru po 300 — 400 gr. dziennie następuje szybka poprawa.

Przy stosowaniu insuliny należy zwrócić uwagę na djetę i na sposób podawania insuliny. Djeta chorych powinna zawierać węglowodany (chleb 400 gr., kartofle 200 — 300 gr.), białko (mięso 150 gr., 3 — 4 jaja), tłuszcze (60 gr.), dowolną ilość jarzyn zielonych i pół litra wina. Węglowodany należy podawać w pokarmach, spożywanych po wstrzyknięciu insuliny. Ta djeta jednak jest kalorycznie zbyt ubogą, dlatego też w czasie leczenia trzeba ją zmieniać i rozszerzać. Insulinę podaje się podskórnie, nigdy doustnie. Dawka insuliny musi być różna zależnie od stanu każdego chorego; niesłusznem jest pojęcie, że określona ilość insuliny zapewnia zużycie określonej ilości węglowodanów. Ta sama dawka tej samej insuliny dana kilku zwierzętom tej samej wagi ma różne skutki. U chorych cukrzycowych również reakcja pozostaje najzupełniej indywidualną, stopień glikemji, ilość wydzielonego cukru, nawet przy znanej djecie, dają co do dawkowania insuliny tylko luźne wskazania; u pewnych chorych po 40 jednostkach insuliny opada ilość cukru w moczu bardzo znacznie, u innych dla wywołania tego samego spadku trzeba użyć o wiele

Dr. B. JOCHWEDS

O leczeniu farmakologicznem niedomogi serca

(przy współpracy D-ra R. Pekielisa).

Z przedmową D-ra A. Landaua.

Str. 110. Cena zł. 5.

SPIS RZECZY:

Część I:
1) O wzmożonej pobudliwości mięśnia sercowego.
2) Przypadki, w których naparstnica przyśpiesza tętno.
3) Przypadki, w których leki grupy naparstnicowej nie zwalniają tętna.
4) Przypadki, w których naparstnica nadmiernie lub zbyt wcześnie zwalnia tętno. — Leczenie niedomogi serca, powikłanej blokiem.
5) O stosowaniu t. zw. „masywnych“ dawek naparstnicy.

Część II:
1) Ogólny przebieg leczenia niedomogi serca (typy oddziaływania na leki grupy naparstnicowej i strofantynowej). O stosowaniu moczopędnych preparatów rtęciowych w leczeniu niedomogi serca.
2) O działaniu porównawczem naparstnicy, strofantyny i ouabainy.
3) O leczeniu niedomogi serca, przebiegającej z przeważającemi objawami ze strony jednego narządu (dychawica sercowa, dusznica bolesna, „obwodowy typ niedomogi serca“ i t. d.).

Wyjątki z niektórych ocen:

„Jochweds napisał książkę o leczeniu farmakologicznem niedomogi serca, w której omawia szczegółowo wszystkie najważniejsze zagadnienia, nasuwające się lekarzowi przy leczeniu niedomogi serca. Książka jest napisana jasno i dostępnie..., oparta zarówno na własnem doświadczeniu (opisy przypadków), jak i na bardzo obfitem piśmiennictwie. Książka **Jochwedsa** daje czytelnikowi całkowity obraz współczesnego stanu leczenia farmakologicznego niedomogi serca. Lekarz-praktyk znajdzie w tej książce liczne pożyteczne wskazówki, które mu w trudniejszych przypadkach umożliwią zastosowanie właściwego leczenia i udzielenie najskuteczniejszej pomocy choremu“.

(Warsz. Czas. Lek. Nr. 16 — 1932).

„Książka ta, tak życzliwie powitana zwłaszcza przez lekarzy praktyków... obejmuje lecznictwo niedomogi serca w rozumieniu współczesnem, t. j. opierając się na dokładnej znajomości fizjologji i fizjopatologji mięśnia sercowego“.

(Wiedza Lekarska Nr. 5 — 1932).

Książkę wysyła się natychmiast po wpłaceniu należności (5 zł.) na konto czekowe P. K. O. Nr. 460 (Dr. Benjamin **Jochweds,** Warszawa).

Pozatem do nabycia:
1) w Administracji „Warsz. Czas. Lek.“, ul. Marszałkowska 71,
2) w księgarniach f. „Gebethner i Wolff“ i innych,
3) w Księgarni Lekarskiej „Eskulap“ w Warszawie, ul. Koszykowa 32.

większej dawki. Najlepiej jest rozpocząć leczenie od stosowania 10 — 20 jednostek, a później powoli stopniować, dodając po 10 jednostek. Dawka dzienna jest zmienna dla każdego chorego, każdy chory posiada swoją dawkę najkorzystniejszą, którą trzeba umieć znaleźć, ale jej nie przekroczyć. Jeżeli się tej dawki nie osiągnie wyniki leczenia będą nieznaczne, jeżeli się ją przekracza grożą przypadki hipoglikemji bez lepszego wyniku leczniczego. Działanie insuliny rozpoczyna się naogół w pół godziny lub w godzinę po wstrzyknięciu, jest największe w 1,5 — 2,5 godzin, znika po 4 — 5 godzinach, ale i w tem istnieją liczne indywidualne wahania. Wstrzyknięcie powinno być wykonane albo bezpośrednio albo około 20 minut przed jedzeniem, które zawsze musi zawierać węglowodany. U chorych ambulatoryjnych postępuje się w ten sposób, że zjawiają się oni rano o godz. 8 w szpitalu, przynosząc swoje śniadanie, które spożywają w obecności lekarza zaraz po wstrzyknięciu insuliny. W myśli o wstrząsie hipoglikemicznym powinien każdy chory mieć przy sobie 3 — 4 kawałki cukru.

Bezpośrednia kontrola lekarska jest konieczna w początku leczenia insuliną. Tylko lekarz, który się kieruje ilością cukru we krwi, stanem cukromoczu, procentowem wydzielaniem ciał acetonowych może odpowiednio podnosić dawki insuliny, aż do ustalenia dawki największej napożyteczniejszej dla chorego. Po ustaleniu tej dawki nadzór lekarski przestając być ścisłym jest jednak i nadal potrzebnym, gdyż mogą wystąpić poprawy lub pogorszenia stanu chorych, wymagające zmian w dawkowaniu insuliny. *Rathery* radzi, żeby nauczyć takich chorych badania moczu. Jeżeli mocz, zbadany tuż przed zamierzonem wstrzyknięciem insuliny, zawiera cukier wstrzyknięcie powinno być zrobione, jeżeli nie — bada się mocz jeszcze raz wieczorem i wtedy w razie obecności cukru wstrzykuje się insulinę przed kolacją. Przepis ten nie jest doskonały, ale jeżeli chorzy są pozostawieni sobie unika się w ten sposób przypadków hipoglikemji. Czas trwania leczenia jest bardzo różny, u jednych chorych rozciąga się na długie lata, w innych przypadkach jak np. w cukrzycy prostej jest stosowany przejściowo tylko w czasie powikłań, o których była już mowa. W przypadkach cukrzycy wyniszczającej leczenie powinno być stałe, wprowadzanie przerw jest w tych przypadkach bezcelowe. ew. do zastosowania tylko wtedy, jeżeli poprawa jest trwała.

Omawiając działanie insuliny na przebieg cukrzycy autor dzieli chorych na 3 grupy.

W g r u p i e p i e r w s z e j najliczniejszej bezpośrednio pod działaniem insuliny zjawia się poprawa już po 5 — 6 dniach. Ilość cukru i ciał acetonowych w moczu zmniejsza się, najczęściej dotyczy to przedewszystkiem ketonurji, podczas gdy glikosurja zmniejsza się względnie nieznacznie; w innych rzadszych przypadkach występują stosunki odwrotne. Równocześnie stan kliniczny i wygląd chorych się poprawia. Znika osłabienie, podnosi się waga, znika polyuria, polyphagia, polydipsia, znikają również pewne inne przykre dolegliwości, jak np. pruritus genitalis. Jednakże najczęściej trwa ta poprawa tak długo, jak długo się stosuje insulinę. Jeżeli przerwać wstrzykiwanie insuliny nawet po kilkuletniem jej podawaniu, już w krótkim czasie powiększa się glikosurja i acetonurja, pogarsza się stan ogólny. Insulina zachowuje całą swą wartość, niema żadnego przyzwyczajania się do tego środka, ale działa ona w tej grupie przypadków tylko tak długo, jak długo jest stosowana, podobnie np. jak wyciągi tarczycy przy obrzęku śluzakowatym. Działanie insuliny u tych chorych występuje względnie szybko, ale gdy się osiągnęło już maksymalny efekt tego działania w następstwie, niezależnie od czasu trwania leczenia, osiągnięty wynik leczniczy podlega już tylko małym wahaniom.

D o d r u g i e j g r u p y należą chorzy odporni na insulinę. Ta odporność może być przedewszystkiem wywołana przepisaniem za małych dawek insuliny, sposób wstrzykiwania ma także znaczenie, gdyż ta sama dawka insuliny działa lepiej we wstrzykiwaniach częstszych, dwu, trzy, czterokrotnych w ciągu dnia. Poza tem odgrywają rolę i błędy djetetyczne, chorzy albo spożywają w tych przypadkach za dużo węglowodanów, albo za duże ilości tłuszczu i mięsa, wreszcie mogą pod wpływem różnych czynników (wstrząsy moralne czy fizyczne, cierpienia zakaźne, etc.), wystąpić zmiany w przyswajaniu węglowodanów, które wymagają zwiększenia dawki insuliny. W żadnym z tych przypadków nie można mówić o prawdziwej odporności w stosunku do insuliny. Całkowita prawdziwa odporność na insulinę jest rzeczą rzadką. Aby dowieść, że insulina zupełnie nie działa nie wystarcza stwierdzenie, że cukrzyca pomimo stosowania insuliny się pogarsza, ale trzeba jeszcze wykazać, że po przerwaniu wstrzykiwań insuliny stan chorych pozostaje takim samym jak poprzednio. Jednak przerwa w stosowaniu insuliny prawie zawsze, nawet w najgorszych przypadkach, wywołuje pogorszenie objawów. Częściowa odporność na insulinę jest natomiast rzeczą dość częstą. Może się ona objawiać w sposób różny. Przedewszystkiem pomimo stałej djety i stałego dawkowania insuliny glikemja podnosi się nieznacznie i stale, to samo dotyczy się glikosurji i ciał acetonowych albo też przy tejże djecie trzeba podnosić stale dawkę insuliny, aby otrzymać wyniki podobne do stwierdzonych w początku leczenia, lub też stan chorych się pogarsza pomimo powiększania dawek insuliny, wreszcie dawka insuliny nie może być powiększona, gdyż zjawiają się przypadki hipoglikemji.

T r z e c i a g r u p a obejmuje pewną liczbę przypadków, w których insulina doprowadza do wyleczenia cukrzycy albo też do jej poprawy. Pojęcie wyleczenia dotyczy tylko cukrzycy wyniszczającej, gdyż insulina w cukrzycy prostej niema zastosowania, a poza tem ta forma cukrzycy może się poprawić, czego się nie stwierdza w cukrzycy wyniszczającej. Wyleczenie tej ostatniej formy wyraża się w tem, że przy djecie mieszanej z względnie prawidłową ilością węglowodanów bez stosowania insuliny nie stwierdza się ani hiperglikemji, ani glikosurji, ani wydzielania ciał acetonowych. Poprawę cukrzycy wyniszczającej stwierdza się wtedy, gdy znikają objawy cukrzycy, ale trzeba ciągle w małych dawkach stosować insulinę aby ten stan utrzymać lub też gdy objawy cukrzycy się poprawiają i równocześnie zmniejsza się dawka koniecznej insuliny. Autor przytacza pewną liczbę przypadków, które wykazuje, że pod działaniem insuliny możliwa jest

nietylko poprawa, ale i wyleczenie cukrzycy, jednakże nie twierdzi, że to ostatnie jest trwałe i definitywne, gdyż aby to uczynić należałoby chorych obserwować jeszcze przez miesiące i lata. Szczególną zwraca autor uwagę, aby w okresie poprawy nie przerywać zbyt szybko leczenia insulinowego, ale utrzymywać je w małych dawkach jeszcze przez pewien czas nawet po zniknięciu objawów cukrzycy.

Wynika więc z tego, że insulina jest środkiem, na który różni chorzy różnie reagują. W ogromnej większości przypadków stwierdza się poprawę. W tych przypadkach najczęściej insulina zastępuje w ustroju hormon, którego on sam nie jest w stanie wytworzyć. Leczenie w tych przypadkach musi być stałe i obecnie nie jest możliwem określić czas jego trwania. W pewnej liczbie przypadków ma się wrażenie, że insulina jako taka może wyleczyć lub przynajmniej poprawić cukrzycę. Czasami ta poprawa występuje po latach leczenia, czasami po bardzo krótkim czasie. Odporność pewnych chorych na insulinę zależy prawdopodobnie od tego, że brak insuliny nie jest jedyną przyczyną ich cukrzycy. W innych znowu przypadkach ustrój zatraca przejściowo zdolność wytwarzania insuliny i stosowanie tej ostatniej, oszczędzając chwilowo trzustkę może po krótszym czy dłuższym czasie doprowadzić znowu do jej prawidłowego funkcjonowania. Możliwe jest także, że zastępczo działają i inne narządy o wydzielaniu wewnętrznem. Pewną jest rzeczą, że chorzy cukrzycowi żyją obecnie dłużej niż dawniej i do wyjątków należą przypadki, w których chory leczony prawidłowo insuliną ginie w śpiączce, choć zdarzyć się to może szczególnie w przypadkach powikłanych gruźlicą, sprawami naczyniowemi i zakaźnemi.

E. Reicher.

CHIRURGJA.

Rozpoznawanie i wskazania operacyjne w przypadkach raka odbytnicy. (Le cancer du rectum. Remarques sur le diagnostic et les indications opératoires). G o u v e r n e r i O u r y.

La Presse Méd. N. 23, marzec 1932.

Statystyki ostatnich czasów *(Hartmann)* wykazują, że — wbrew utrzymującej się dotychczas opinji ogółu — w wielu przypadkach raka odbytnicy udaje się uzyskać wyleczenie na cały szereg lat, przy stworzeniu choremu zupełnie znośnych warunków życia, pod warunkiem, jednakże, zastosowania leczenia w ł a ś c i w e g o i w możliwie w c z e s n y m okresie choroby. R o z p o z n a w a n i e r a k a o d b y t n i c y. Rak odbytnicy bywa rozpoznawany jako taki naogół późno, po szeregu miesięcy bezskutecznego leczenia rzekomego nieżytu kiszek, „dyspepsji", guzów krwawnicowych i t. p. W 60% wszystkich przypadków raka odbytnicy chorzy zgłaszają się do oddziału chirurgicznego: dla wykonania operacji dopiero po roku od chwili wystąpienia pierwszych objawów klinicznych. A przecież niejednokrotnie w ciągu długich miesięcy rak odbytnicy (bańki) nie daje ż a d n y c h objawów klinicznych.

Do najważniejszych danych, na jakich oprzeć należy rozpoznanie raka odbytnicy, należą: wynik badania palcem przez odbytnicę (najlepiej w pozycji leżącej na plecach), rektoskopja (po uprzedniem dokładnem oczyszczeniu odbytnicy lawatywą z wody) i badanie drobnowidzowe skrawków guza. Stan ogólny chorych i odżywiania może nie ulec najmniejszemu zakłóceniu, pomimo trwania cierpienia już przez czas dłuższy. W rozpoznaniu różniczkowem uwzględniać należy zapalenia wytwórcze odbytnicy (proctitis stenosans) i dobrotliwe guzy brodawkowate, wychodzące ze śluzówki odbytnicy. W tym ostatnim przypadku rozstrzyga badanie histologiczne.

L e c z e n i e. Zastosowanie tej czy innej metody leczniczej, względnie, tego czy innego sposobu operacyjnego zależy wyłącznie od u m i e j s c o w i e n i a raka; rozróżniamy tu: raki odbytu, raki bańki odbytniczej i raki z pogranicza odbytnicy i esicy.

Jeśli c h o d z i o r a k i o d b y t u, to tutaj uwzględniać należy jeszcze ich budowę drobnowidzową, a mianowicie: raki odbytu pochodzenia skórnego (carcinoma baso-cellulare lub spinocellulare) leczy się z wyboru n a ś w i e t l a n i a m i r a d o w e m i, jako dającemi w tego rodzaju przypadkach najlepsze wyniki; raki zaś pochodzenia gruczołowego (adenocarcinoma) — o p e r a c j ą, która polega na wycięciu rozległem odbytu wraz z dolnym odcinkiem odbytnicy od strony krocza (amputatio perinealis), przyczem operację poprzedza na 3 mniej więcej tygodnie wytworzenie odbytu sztucznego na lewym talerzu biodrowym. Leczenie powyższe zostaje uzupełnione wyłuszczeniem gruczołów chłonnych w pachwinach. Niestety, po tego rodzaju operacjach, wykonanych jak najbardziej nawet doszczętnie, widuje się dosyć często nawrót raka — na kroczu lub w pachwinie. Co się tyczy r a k ó w z p o g r a n i c z a o d b y t n i c y i e s i c y (na 10 do 14 cm powyżej odbytu), to wskazane będzie wycięcie odbytnicy drogą przez brzuch (według Hartmanna — amputatio abdominalis), z wytworzeniem z odcinka dogłowego przetoki kałowej na stałe. Odcinek obwodowy zaszywa się od góry i pokrywa się otrzewną dna miednicy. Zabiegu tego nie należy rozciągać na przypadki, w których guz jest usadowiony nizko, w pobliżu dołu Douglasa; tutaj wskazanym będzie raczej zabieg, podany niżej.

Pozostaje wreszcie omówić wskazania operacyjne w r a k a c h b a ń k i o d b y t n i c y. U osób względnie młodych, w dobrym stanie ogólnym i niezbyt otyłych należy wykonać w y c i ę c i e b r z u s z n o - k r o c z o w e (amputatio abdomino-perinealis), które polega na przecięciu odbytnicy powyżej guza, uruchomieniu odcinka obwodowego (podwiązanie i przecięcie naczyń odbytniczych górnych), nacięciu otrzewnej dna miednicy, zeszyciu jej powyżej odcinka uruchomionego i, wreszcie, wytworzeniu z odcinka dogłowowego odbytu sztucznego na stałe. Następnie, na tem samem posiedzeniu, od strony krocza usuwa się cały dolny kikut odbytnicy (uruchomiony od strony brzucha) wraz z odbytem.

U osób zaś starszych, z upośledzonym stanem ogólnym, po przygotowawczem wytworzeniu odbytu sztucznego na stałe, odrazu od strony krocza wycina się cały odnośny odcinek odbytnicy, bez uprzedniego jego uruchamiania od strony brzusznej. Wraz z odcinkiem odbytnicy usuwa się zawsze i cały odbyt. Wycięcie odbytnicy brzuszno-

kroczowe jest zabiegiem zbyt ciężkim dla osób wyniszczonych lub otyłych, gdyż pociąga za sobą względnie często niebezpieczne dla życia powikłania w postaci ropowicy w miejscu operacji, osłabienia serca, zatoru naczyniowego i mocznicy.

Na zakończenie, sprostować tutaj należy niesłuszny, zdaniem autorów, pogląd, jakoby w przypadkach raków nieoperacyjnych dużą ulgę miało przynosić chorym wytworzenie odbytu sztucznego na talerzu biodrowym. Zabieg ten zasadniczo w niczem nie zmienia stanu chorych i bynajmniej nie polepsza ich warunków życia. Wskazanym będzie tylko w jednym przypadku — jeśli już doszło do zupełnej niedrożności kiszki.

Wartość rozpoznawcza pomocniczych badań laboratoryjnych w przypadkach bąblowca. (L'aide du laboratoire dans le diagnostic des kystes hydatiques). B r e s s o t.

La Presse Méd. N. 25, marzec 1932.

Rozpoznawanie bąblowca — ze względu na szczupłość zakresu środków badania czysto klinicznego (np. istnieje zasadnicze przeciwskazanie do nakłuwania ściany torbieli bąblowcowych) — jest naogół trudne, i dlatego lekarz-klinicysta tak chętnie zwraca się tutaj o pomoc do różnych metod laboratoryjnych.

E o z y n o f i l j a ma miejsce w połowie wszystkich przypadków bąblowca i waha się w granicach 5 — 14%. Wartość rozpoznawczą ma jedynie w połączeniu z dodatnim wynikiem próby biologicznej.

O d c z y n W e i n b e r g a wypada dodatnio w niektórych przypadkach raka i ropnia płuca, mięsaka nerki, torbieli skórzastej śródpiersia i t. p.). W próbie tej jako antygenu używa się, jak wiadomo, płynu z torbieli bąblowcowej barana.

Odczyn śródskórny Casoniego wypada dodatnio w 58% wszystkich przypadków bąblowca. Najbardziej miarodajną jest ta faza odczynu, która występuje w 10 — 15 minut od chwili wstrzyknięcia. W przypadkach torbieli bąblowcowych zropiałych odczyn Casoniego (z płynem torbieli bąblowcowej barana) zachowuje się naogół nieprawidłowo, a conajmniej — niepewnie. Godnem podkreślenia jest, że odczyn ów wypada dodatnio przez czas dłuższy również i po operacji bąblowca (przy braku jakichkolwiek objawów nawrotu cierpienia, ewentualnie, istnienia drugiego ogniska chorobowego).

W przypadkach bąblowca wieloogniskowego, uogólnionego, odczyn śródskórny wypada zwykle ujemnie (stan „anergji", analogiczny do odpowiedniego stanu w gruźlicy uogólnionej).

R o z p o z n a w a n i e n a p o d s t a w i e o b r a z ó w r e n t g e n o w s k i c h dotyczy w mniejszym stopniu zasadniczego rozpoznania bąblowca, co właściwie jego umiejscowienia (zwłaszcza w zakresie klatki piersiowej), obrazów rentgenowskich, charakterystycznych dla torbieli bąblowcowych, niema.

Jak widać z powyższego, metody laboratoryjne w rozpoznawaniu bąblowca, grają, jak dotychczas, rolę niewielką i wartość ich jest dosyć ograniczona.

Anatomo-patologiczne i terapeutyczne rozważania na temat złamania podstawy czaszki. (Quelques remarques sur une série de 103 cas de fracture de la base du crane). A n g é l e s c o i T z o v a r u.

Lyon Chirurg. N. 2, marzec — kwiecień 1932.

Złamanie podstawy czaszki było uważane dawniej za schorzenie bardzo groźne dla życia, gdyż w 60 — 70% sprowadzało zejście śmiertelne. Dopiero od czasu wprowadzenia do lecznictwa n a k ł u c i a l ę d ź w i o w e g o (1900 r.) i operacji odbarczającej wdg. Cushinga (1908 r.) rokowanie uległo tutaj znacznej poprawie, a śmiertelność wynosi obecnie tylko 20 — 30%. Przyczem rokowanie to zależy nie tyle od samego złamania, co od rodzaju i rozległości towarzyszących mu p o w i k ł a ń, jako to: u s z k o d z e n i a m ó z g u i o p u s z k i r d z e n i a, u s z k o d z e n i a n a c z y ń w e w n ą t r z c z a s z k o w y c h (z następowem wzmożeniem ciśnienia wewnątrzczaszkowego, obrzękiem mózgu, nacieczeniem ośrodków mózgowych produktami rozpadu krwi, podrażnieniem splotów naczyniowych i uciskiem mózgu) i, wreszcie, z a k a ż e n i a m ó z g u i o p o n. Nakłucia lędźwiowe zaznaczyły swój leczniczy wpływ dobroczynny tylko w przypadkach powikłań dwu ostatnich grup (naczyniowych i zakaźnych). Co się zaś tyczy przypadków złamania podstawy czaszki, powikłanych uszkodzeniem samego mózgu (contusio cerebri), to tutaj z chwilą wprowadzenia do lecznictwa nakłucia lędźwiowego niewiele się zmieniło — rokowanie pozostało w dalszym ciągu bardzo poważnem.

Pod względem klinicznym rozróżniamy 3 rodzaje złamań podstawy czaszki: 1) p r z y p a d k i l e k k i e (bez objawów nerwowych) — do wyleczenia dochodzi szybko i bez powikłań; 2) p r z y p a d k i c i ę ż k i e (z wyraźnemi objawami obrażenia mózgu) — prowadzące do śmierci w ciągu najbliższych godzin (wskutek wstrząsu mózgu) lub nieco później (wskutek stłuczenia mózgu); p r z y p a d k i p o ś r e d n i e — stanowią one większość wszystkich złamań podstawy czaszki i, jednocześnie — najwdzięczniejsze pole do leczenia powtarzanemi nakłuciami lędźwiowemi.

Autorowie spostrzegali i leczyli 103 przypadki złamania podstawy czaszki, przyczem śmiertelność wyniosła 35%. Przyczyną śmierci było najczęściej rozległe, względnie, wielogniskowe stłuczenie mózgu z następowem obfitem krwawieniem wewnątrzoponowem; rzadziej przyczyną śmierci było zakażenie opon, najrzadziej — ucisk mózgu przez krwiak ograniczony. L e c z e n i e polegało na stałem oczyszczaniu jam, nosa i gardła, skąd zakażenie mogłoby się przenieść na opony mózgu, na zapobiegawczem wstrzykiwaniu surowicy przeciwpaciorkowcowej i przeciw dwoinkom zapalenia płuc (po 10 cm³) i na stosowaniu powtarzanych nakłuć lędźwiowych (dotąd, dopóki nie wystąpi wyraźna poprawa w stanie chorego, a zwłaszcza, dopóki utrzymują się objawy wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego), przyczem nie należy za jednym razem wypuszczać płynu mózgowordzeniowego więcej: jak 20 cm³. Na 103 przypadki tylko w 12 autorowie zmuszeni byli wykonać dłutowanie czaszki w celu odbarczenia. Wskazaniami do tego ostatniego zabiegu były: objawy mózgowe ogniskowe (porażenia, drgawki), wybitne

CRYPTARGOL LUMIÈRE

SÓL SREBROWA SIARCZANU SODOWEGO TIOGLICERYDU

OVULUS, 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. Owrzodzenie (gruźlica). Upławy (flour albus). Co 2 — 3 dni po 1 gałce.

B) **CRYPTARGOL SOLUTION,** stężony roczyn do przemywań.

WSKAZANIA:

1. Do **przemywań pochwy** roczyn 1:1000 do 5:1000
2. Do **przemywań pęcherza** roczyn 1:1000 do 5:1000 w ilości 500 ccm. do 1000 ccm,
3. w **ostrych zapaleniach pęcherza** moczowego (wkraplanie 20 — 30 kropel roczynu 1:100),
4. W **leczeniu rzeżączkowego zapalenia** cewki moczowej:
   a) w zapaleniu tylnej części - przemywania roczynem 1:1000 do 5:1000,
   b) w zapaleniu części przedniej: 2 — 3 razy dziennie po 3 przestrzykiwania roczynem 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** roczyn 1:1000 do 5:1000.

Skład główny L. Nasierowski Kaliska 9, Warszawa

objawy nadciśnienia wewnątrzczaszkowego, a zwłaszcza, jeśli wystąpią dopiero po pewnym czasie, brak poprawy po stosowaniu nakłuć lędźwiowych.

M. Czyżewski.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Astma dziecięca. (L'Asthme infantile). E. C a s s o u t e.
Pédiatrie. Mars 1932.

Dychawica oskrzelowa zdarza się w każdym wieku, nawet w pierwszych miesiącach życia. Cechą wczesnej astmy dziecięcej jest to, że rzadko trwa ona dłużej niż do 20 lat. Im wcześniej występuje choroba, tym wcześniej zazwyczaj ustępuje. Jeżeli pierwszy napad zjawia się po 10 roku życia, zwykle choroba trwa przez całe życie.

Podłoże ustrojowe odgrywa w etjologji astmy pierwszorzędną rolę. Szczególnie są usposobione do astmy dzieci obarczone skazą artretyczną. Oddawna już zauważono związek tego cierpienia z wypryskiem, świerzbiączką (prurigo), pokrzywką, migreną, wymiotami okresowemi z acetonemją itd.

W świetle naszych pojęć zespoły te stoją w związku z niedomogą wątroby i niedomogą gruczołów dokrewnych, a szczególnie tarczycy. Te zaburzenie zazwyczaj ustępuje w okresie dojrzewania w związku z rozpoczynającą się czynnością hormonów płciowych, które mogą wyrównać zaburzenia równowagi hormonalnej.

W powstawaniu astmy niektórzy przypisują duże znaczenie przerostom migdałków i innych gruczołów chłonnych, chorobom jamy nosowej i gruźlicy. Są to przypuszczenia niezbyt uzasadnione.

Większe znaczenie posiada teorja uczuleniowa. *Debré* starał się wykazać łączność pomiędzy astmą a tężyczką. Niektóre cechy kliniczne mogły za tem przemawiać; jednak badanie poziomu wapnia we krwi astmatyków nie wykazało w większości przypadków obniżenia, jak w tężyczce.

Rozpoznanie astmy u dzieci, a szczególnie jej postaci gorączkowej bywa trudne, gdyż nasuwa przypuszczenie o odoskrzelowem zapaleniu płuc. Cechy duszności są odmienne. Przy zapaleniu płuc oddech bywa przyśpieszony, w astmie raczej zwolniony z wydłużeniem wydechu. Rozpoznanie różniczkowe powinno jeszcze uwzględnić brouchitis capillaris, dławiec błonicy i rzekomy, ropień tylnej ściany gardzieli, znaczne powiększenie gruczołów wnękowych z chrakterystycznem sapaniem wydechowem.

Szkic o etjologji ostrego gośćca stawowego. (Étude sur l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu). P. N o b é c o u r t et J. P a r a f.
Bull. et mém. de la Soc. Méd. des hopitaux de Paris. N. 9. 1932.

Ostry gościec stawowy dzięki swym powikłaniom stanowi jedno z najcięższych cierpień wieku dziecięcego. Mimo że śmiertelność jest względnie nie duża, powikłania sercowe występujące u większości chorych upośledzają w wysokim stopniu dalsze ich życie.

Stąd ważnem jest ustalić warunki etjologiczne powstawania tej choroby.

Szczególnie dużo prac poświęcili temu zagadnieniu autorzy angielscy i amerykańscy. W krajach tych gościec stawowy jest cierpieniem szczególnie częstem i poważnem.

Częstość występowania ostrego gośćca stawowego u dzieci waha się zależnie od statystyk i autorów od 3% do 9,8% wszystkich chorych dzieci przyjmowanych do szpitali. Jest więc jak widzimy bardzo wysoka. Autorzy spotkali w klinice dziecięcej, w latach 1916 — 1931 na 3,000 dzieci, — 183 reumatyków, czyli 6,1%.

Płeć nie odgrywa większej roli w stosunku do zachorowalności na gościec stawowy. Odwrotnie, jak to stwierdzają wszyscy autorzy, — wiek dzieci posiada duże znaczenie etjologiczne. Do 3-ch lat gościec stawowy u dzieci należy do wyjątków; najwięcej chorych przypada na okres od 7 — 14 lat. Według pór roku najwięcej przypadków gośćca stawowego widuje się w zimie (grudzień, styczeń) i latem (maj, czerwiec). Warunki społeczne odgrywają dużą rolę; w rodzinach zamożnych gościec stawowy u dzieci widuje się rzadko; najwięcej w klasie niezamożnej, wśród dzieci znajdujących się w złych warunkach higjenicznych i przedwcześnie przeciążonych pracą zarobkową, rzemieślniczą.

Niektórzy podkreślają, że zdarzają się epidemje gośćca stawowego; tak naprz. *Gremt* obserwował to w wojsku. Autorzy sądzą, że jeżeli istnieje zakażenie, to odbywa się ono bezpośrednio od chorych podobnie jak w poliomyelitis. Znaczenie przygotowawcze dziedziczności trudno ustalić. Naogół gościec stawowy, będąc chorobą swoistą, wywoływaną przez nieznany zarazek, należący najprawdopodobniej do grupy zarazków przesączalnych, — podlega podobnym prawom epidemjologicznym jak i inne choroby wywoływane jadem przesączalnym.

CHOROBY KOBIECE. POŁOŻNICTWO.

Odtworzenie pochwy zapomocą przeszczepów skórnych z napletka. (Réfection d'un vagin par greffe de deux prépuces). P e t i t R a y m o n d.
Rev. Franç. Gynec. Obstr. T. 26, Nr. 11, 1931.

Autor opisuje przypadek, w którym przyszło do martwicy śluzówki pochwy po irygacji z wody i amoniaku (pół na pół) w celu wywołania sztucznego poronienia. W następstwie tego zabiegu przyszło do częściowego zarośnięcia pochwy z bardzo znacznym jej zwężeniem.

Ponieważ zachowawcze zabiegi nie pomogły, autor na prośby rodziny i chorej postanowił odtworzyć pochwę zabiegiem operacyjnym. W tym celu wyciął bliznę i wszczepił do pochwy płat skórny w kształcie pustego walca; skórę do przeszczepu autor pobrał z napletka męskiego członka, gdyż uważał, że rodzaj skóry z tego miejsca najbardziej odpowiadał swemi cechami (miękkość i rozciągliwość) śluzówce pochwy. Aby uzyskać dobry przeszczep, należy po wycięciu całego fałdu napletka odpreparować stronę skórną od śluzówkowej i wszczepić tylko śluzówkę, która tak budową, jak embryologicznie najbardziej odpowiada śluzówce pochwy. (W napletku śluzówki właściwej niema. Przyp. refer.).

W sprawie ambulatoryjnego leczenia przewlekłych zapaleń szyjki macicy zapomocą pałeczki Filhos. (Sur le traitement ambulatoire des métrites cervicales chroniques par les cautérisations au Filhos). C h a l i e r A n d r é.
Rev. Franç. Gynec. Obstetr. T. 26, Nr. 11, 1931.

Metoda P a u l i o t leczenia ambulatoryjnego przewlekłych zapaleń szyjki macicy polega na stosowaniu przyżegań pałeczką Filhos w odstępach parotygodniowych.

Autor stosował tę metodę w 400 przypadkach ze znakomitym skutkiem, pod warunkiem, że brał pod uwagę następujące zastrzeżenia:

1) przystępując do przyżegania trzeba mieć znakomite warunki operacyjne, t. j. dobrze widzieć szyjkę i mieć do niej łatwy dostęp;

2) przed zabiegiem należy pacjentkę dokładnie zbadać; bezwzględnym przeciwwskazaniem do stosowania pałeczki Filhos jest ostry stan zapalny szyjki macicy, jak również przewlekłe jej zapalenie, ale połączone z zapaleniem przydatków. Oczywista nie wchodzą tu w grę resztki po przebytem zapaleniu przydatków czy przymacicza, ale tylko istniejące ostre, podostre lub przewlekłe zapalenie;

3) trzecim warunkiem powodzenia i bezpieczeństwa metody jest unikanie rozszerzania ujścia wewnętrznego i szyjki tuż przed przyżeganiem; chodzi mianowicie o uniknięcie drobnych pęknięć skurówki szyjki, które mogły by być powodem do sprawy zapalnej i do przenikania żrącego czynnika wgłąb tkanki.

Poszczególne przyżegania wykonywać należy co 2—3 tygodni, ich ilość przeciętna wynosiła 1—3 na całą kurację, jakkolwiek było parę wyjątkowych przypadków wymagających aż 13—14 przyżegań.

Wyniki leczenia raka szyjki macicy w klinice ginekologicznej w Genewie w latach od 1914 — 1930 r. Przyczynek do leczenia radem raka szyjki. (Le traitement du cancer du col à la clinique gynecologique de Genève de 1914 à 1930). H e l d. E.
Rev. franç. Gynéc. T. 26, str. 373, r. 1931.

W dawniejszych latach stosowano w klinice genewskiej rad w dawce łącznej 8000 miligram godzin, dzielonej na 3 dawki podawane w odstępach miesięcznych. W ostatnich czasach autor przeszedł na metodę Regaud, t. j. podanie 7.200 miligr-godzin, w ciągu 6 dni; w przypadkach nie operaacyjnych stosuje się po 6—8 tyg. naświetlanie Roentgenem. Przypadki zaś operacyjne poddawane są po tymże terminie zabiegowi operacyjnemu. (wycięcie całkowite macicy przez pochwę). Od r. 1914—1926 leczono 286 przypadków raka szyjki. Leczenie bezwzględne nastąpiło w 12,2%; w przypadkach I grupy (nadających się do operacji) odsetek względnego wyleczenia wynosił 47.8%; w przypadkach zaś leczonych tylko energją promienistą (nie nadających się do operacji) — było 14.7% wyleczeń (względnych). Samo leczenie radem spowodowało 3 przyp. śmierci.

Wskazania do leczenia energją promienistą raka jajnika. (Des indications de la radiotherapie dans les cancers de l'ovaire). M o u l o n g u e t P. et L. M a l l e t.
Bull. Soc. Obstétr. Paris, T. 30, str. 1931.

Na wstępie autorzy zwracają uwagę na wielką różnorodność budowy histologicznej raka jajnika, co zmusza do wielkiej ostrożności w uogólnianiu wniosków terapeutycznych w zakresie stosowania energji promiennej. Oporność nowotworów jajnika na naświetlanie jest bardzo rozmaita; brodawczako-raki są najmniej na terapję czułe, inne zaś formy raków poddają się mniej lub więcej leczeniu energją promienną. W każdym razie udało się autorom kilka rozpaczliwych przypadków utrzymać przy życiu przez 4 lata, względnie przez 2 lata lub 18 miesięcy.

Autorowie radzą zaczynać naświetlania możliwie jaknajwcześniej i obejmować nim cały brzuch. Leczenie omawiane nie wywołuje specjalnie silnej reakcji tak, że znosić go mogą osoby nawet z daleko posuniętem wyniszczeniem.

Częściowe przecięcie spojenia łonowego; jego wskazania i wartość lecznicza w przypadkach niestosunku porodowego, na zasadzie 100 obserwacji z kliniki położniczej w Buenos Aires. (La symphysiotomie partielle. Indikations et valeur thérapeutique dans la dystocie pelvienne, d'apres 100 observations de la clinique obstétricale de Buenos-Aires). Z a r a t e E.
Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 27. N. 2. 1932 r.

Zarate, autor metody częściowego przecięcia spojenia łonowego, przedstawia swoje wyniki uzyskane w 100 przypadkach niestosunku porodowego. Metoda omawiana polega na nacięciu skóry nożem cięciem tak małem, żeby tylko mieć moż-

„SANITAS"
Pierwszorzędny Zakład galwanizowania
instrumentów lekarskich
i precyzyjna szlifiernia
wykonywuje wszelkie prace nadzwyczaj starannie, brusi (szlif wklęsły e. t. c.) i galwanizuje (chrom-nikiel) najnowszym sposobem zagranicznym nierdzewiej.
Ceny umiarkowane — wysyłka franco!
Na żądanie prospekty.
CIESZYN
Wyższa Brama 6, telefon 117

ność przedostania się do chrząstki spojenia łonowego, które z kolei przecinamy, jak również większą część lig. anterior, całe lig. preuretrale, co w sumie stanowi dolną część aparatu więzadłowego utrzymującego łączność spojenia łonowego; z górnej części pozostaje nienaruszona dolna partja linji smugi białej, wzmocnionej przez lig. Cooperi i przez skrzyżowanie włókien mięśnia skośnego zewnętrznego.

Metoda Zarata pozwala na rozszerzenie spojenia łonowego zaledwie na 4 cm. ale zato jest metodą bezpieczną dla rodzącej, gdyż nie powoduje uszkodzeń pochwy i pęcherza, ani też nie jest przyczyną wielkich krwiaków, często obserwowanych po zastosowaniu innych metod przecięcia spojenia łonowego.

Wyniki przedstawiane w niniejszej statystyce pochodzą z kliniki prowadzonej przez autora, gdzie operatorami było 10-ciu rozmaitych operatorów.

Z matek operowanych zmarła tylko jedna i to z powodu niedomogi serca i żółtego zwyrodnienia wątroby. Wobec powyższego autor uważa, że śmiertelność w jego statystyce wynosiła 0%.

Dzieci zmarło 5 (wliczono w liczbę powyższą dziecko, które zmarło w 30 godzin po porodzie).

Z powikłań pooperacyjnych wymienić należy przetokę odleżynową w 1 przypadku, 3 przyp. phlebitis i w 24 przyp. połóg gorączkowy.

Wnioski autora dadzą się ująć jak następuje.

1) Częściowe przecięcie spojenia łonowego jest operacją łatwą, bezpieczną i stanowi dzielny środek leczniczy w przypadkach zwężenia miednicy niezbyt znacznego stopnia (conjugata vera przynajmniej 8 cm.).

2) Należy unikać obrotu i kleszczy, raczej zastosować zabieg Kristellera u wieloródek, a u pierwiastek — nacięcie krocza.

3) Unikać należy wyprowadzania główki szwem strzałkowym w wymiarze prostym; główka powinna rodzić się w wymiarze skośnym.

4) Używanie preparatów przysadki mózgowej jest niebezpieczne, gdyż nagły skórcz macicy spowodować może, zwłaszcza jeżeli główka stanie w wymiarze prostym, — pęknięcie przedniej ściany pochwy.

5) Po omawianej operacji położnica winna pozostawać w łóżku przynajmniej 21 dni, gdyż ten okres czasu potrzebny jest do wytworzenia się blizny spojenia łonowego; przy zachowaniu tego warunku nie trzeba się obawiać jakichkolwiek zaburzeń w chodzeniu.

Próby leczenia zakażenia połogowego zapomocą szczepionki z bakterji rozpuszczonych. (Essais de traitement des infections puerpérales par les lysate vaccins et considérations bactériologiques). Lapointe, P. Brocq, L. Duchon.

Bull. Soc. Obstétr. Paris. I.20, str. 450, 1931 r.

Autorowie używali szczepionki przygotowanej według metody *Duchon*. Żywe drobnoustroje chorobotwórcze poddawane są rozpuszczającemu działaniu zaczynów żywych pałeczek ropy błękitnej (pyocyaneus).

Produkty rozpuszczenia uzyskuje się zapomocą sączenia, są one zatem zupełnie nieszkodliwe i mają wysoką wartość uodporniającą.

Wspomniana wyżej nieszkodliwość opiera się między innemi na odtruwającem działaniu pałeczki ropy błękitnej.

Bakterjolityczne działanie bac pyocyaneus jest tak silne, że rozpuszcza on nietylko Gramm ujemne, ale, Gramm dodatnie drobnoustroje, jak naprz. paciorkowce.

Leczono omawianemi szczepionkami 19 przypadków, z których w 10 wyhodowano ze krwi Streptococcus haemoliticus.

Na 9 przypadków zakażenie paciorkowcami hemolizującemi zmarło 3, z czego dwie chore zaczęto leczyć omawianą metodą tuż przed śmiercią; jeśli je odrzucić, to stwierdzić wypada, że na 7 przypadków tego zakażenia 6 wyleczono.

Szczepionkę rozpuszczoną stosuje się przez pierwsze parę dni po 1 cm. co 6 godzin; po tym okresie uodporniania przechodzić należy do zwykłych szczepionek.

Stosunkowo czyste występowanie paciorkowców, jako czynnika zakażenia, wiążą autorzy z częstą obecnością tego drobnoustroju w cewce męskiej, co zaznacza się stanem lekkiego jej nieżytu.

W 24 przypadków bezgorączkowego połogu autor nie znalazł w szyjce paciorkowców, wbrew doniesieniom innych autorów.

W sprawie określenia wskazań do leczenia operacyjnego zakażeń po poronieniu. (Essai sur les indications opératoires dans l'infection post-abortum). Chifoliau, Béchet et Foliasson.

Progrés méd. 1932, 11, str. 2012 — 2020.

W przypadkach resztek po poronieniu należy macicę opróżnić zapomocą wyłyżeczkowania. Jeśli mamy do czynienia z ropniami w sąsiedztwie macicy, należy je otworzyć i to zależnie od umiejscowienia: ropień w zatoce Douglasa przez nacięcie tylnego sklepienia, ropień w przymaciczu — cięciem nad więzem Pouparta. Tam gdzie dochodzi do peritonitis diffusa należy brzuch otworzyć i założyć worek Mikulicza.

Oczywista obok leczenia operacyjnego pamiętać należy o leczeniu ogólnem i objawowem, w każdym jednak razie nie należy zbyt długo wyczekiwać na wynik tych zabiegów konserwatywnych, aby nie stracić odpowiedniego momentu do wkroczenia operacyjnego.

Powikłania operacji Doleris'a. (Les inconveniants du Doléris). Macias de Torres.

Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 27, N. 2, 1932 r.

Na zasadzie 4-ch przypadków obserwowanych osobiście autor twierdzi, że w następstwie operacji *Doleris'a* może przyjść do powstania ciąży pozamacicznej.

Przyczynę tego późnego powikłania widzi autor w zagięciu jajowodu, jakie powstaje naskutek pociągania przez pętlę więzadła obłego uchwyconego dość blizko rogu macicy. Zgięcie to zwęża światło jajowodu dość znacznie, aby nie przepuścić jaja, ale niedostatecznie, aby nie mógł przejść plemnik. W wyniku powyższego stanu rzeczy dochodzi do zapłodnienia, ale wędrówka jaja do macicy jest niemożliwa, czego skutkiem jest ciąża jajowodowa.

Opisane przed chwilą powikłanie powstaje zazwyczaj, jeśli więzadło obłe uchwycone zostało w odległości 4—5 cm. od rogu macicy. Jeśli jednak uchwycić lig. rotundum tuż przy rogu macicy to jajowód zostanie wciągnięty w kanał pachwinowy i przegięty tak znacznie, że światło jego ulegnie całkowitemu zamknięciu, co w skutku da niepłodność tem przykrzejszą, że często operację *Doléris'a* podejmujemy właśnie w celu wyleczenia bezpłodności.

Wniosek praktyczny z powyższych rozważań brzmi: chwytać więzadło obłe możliwie jak najdalej od rogu macicy i zawsze sprawdzić, czy pociąganie uchwyconego lig. rotundum nie wywołuje za sobą kolankowego zagięcia trąbki.

Przy zachowaniu tego warunku operacja Doléris'a jest zabiegiem godnem ze wszech miar polecenia w leczeniu tyłozgięcia macicy.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Fizjoterapja trądzika pospolitego. (La physiothérapie de l'acné vulgaire). G. Archambault, Albéric Marin.

Presse Méd. 1931, Nr. 58.

Acne comedon. jest to postać trądzika, charakteryzująca się licznemi wągrami, która rzadko ustępuje pod wpływem leczenia promieniami Rentgena. Po zastosowaniu 7 — 8 naświetleń, jeżeli niema poprawy, należy przejść do leczenia miejscowego.

Acne pustulosa superfic. częsta u blondynek o skórze delikatnej, z małą ilością wągrów, nie nadaje się zupełnie do leczenia promieniami R. a tylko do leczenia miejscowego.

Acne papulosa z licznemi wągrami, pozostawiająca sino-czerwone plamy, niekiedy blizny, nadaje się do leczenia promieniami R. Acne indurata profunda - tuberosa - phlegm.-cystica: te postaci, charakteryzujące się głębokimi zmianami naciekowymi dają najlepsze wyniki po leczeniu promieniami R. Więcej niż połowa tych przypadków zostaje wyleczona w przeciągu 4-ch miesięcy.

Autor na 59 przypadków trądzika (przeważnie acne indurata), leczonych promieniami R. miał 33 wyleczonych w przeciągu 4-ch miesięcy.

Naświetlania sposobem *Mac Kee*, stosowane powszechnie w Ameryce, polegają na naświetlaniach małemi dawkami co 7 dni promieniami niefiltrowanemi lub nieznacznie filtrowanemi. Około 16 naświetlań przeciętnie wystarcza do wyleczenia. W razie niepożądanych powikłań należy naświetlań zaprzestać i po przerwie ponowić, poczynając od dawek mniejszych. Autorzy amerykańscy są zwolennikami naświetlań bez filtrów, autor natomiast naświetlał zawsze pierwsze 3 do 4-ch razy przez filtr, następnie bez filtru. Ten sposób pozwala dosięgnąć prędzej głębokich zmian naciekowych. W czasie leczenia promieniami R. nie stosowano żadnego leczenia miejscowego, co, zdaniem autora, jest wysoce ryzykowne: pozwalano na mycie twarzy ciepłą wodą i mydłem i na wyciskanie wągrów. W niektórych przypadkach naświetlania wykonywano w 2-ch serjach z przerwą. Powikłania w przebiegu leczenia mogą być następujące: liczne piegi występują niekiedy pod koniec pierwszego lub drugiego miesiąca, znikają szybko. Pigmentowane plamy zjawiają się zwykle późno i są długotrwałe.

Następujące 2 objawy są alarmujące i bezwzględnie stanowią wskazanie do przerwania leczenia: podrażnienie, które zjawia się zwykle po przebywaniu na wietrze, słońcu lub zimnie lub po wzruszeniu psychicznem jako zaczerwienienie twarzy nie znika, jest trwałe; suchość, którą chory

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

sam łatwo spostrzega, gdyż jego skóra na twarzy zwykle tłusta staje się sucha skutkiem zaniku gruczołów łojowych — zaczem może nastąpić zanik całej skóry wogóle. Te zmiany zanikowe występują wtedy, gdy pomimo podrażnienia nie przerwano naświetlań; mogą jednak wystąpić nie poprzedzone rumieniem.

Puszek obficie zjawiający się na twarzy uważają niektórzy za uszkodzenie porentgenowskie, autor nie przywiązuje wagi do tego objawu. Nawroty są częste, jednak prawie wszystkie znikają na stałe po drugiej kuracji. Wyleczenie jest trwalsze u osobników, stosujących djetę. Leczenie djetetyczne i wewnętrzne nie jest zdaniem autora konieczne. Leczenie zewnętrzne jest zdaniem autora, tak jak i Sabouraud'a jedynem, dającem wyniki pewne; z licznych zaś sposobów leczenia zewnętrznego najlepsze jest leczenie promieniami R., stosowane sposobem Mac Kee z pewną odmianą (filtry) ze ścisłym uwzględnieniem przeciwskazań.

Leczenie ciężkich przypadków pokrzywki insuliną. (Traitement des urticaires graves par l'insuline). P. Chevallier.

Paris, Médical, Nr. 3 — 1932.

Pierwszy skuteczny wynik w pokrzywce po stosowaniu insuliny był dla autora sprawą przypadku, gdyż na usilne prośby chorej, która bez przerwy od 5 lat cierpiała na pokrzywkę, aby cośkolwiek jej zapisać, wyczerpawszy wszystkie powszechnie stosowane środki — zastosował leczenie insuliną Pokrzywka u tej chorej 32-letniej wystąpiła poraz pierwszy przed 5 laty po narkozie chloroformowej. Od tego czasu pojawiała się stale codziennie, a zwłaszcza w silniejszym stopniu po spożyciu większej ilości tłuszczu. Insulinę (Byla) zastosował autor w postaci zastrzyków podskórnych 2 razy dziennie, rano i wieczór po 5 jednostek, w przeciągu 10 dni z równoczesnem spożyciem kilku kawałków cukru. Już po kilku dniach wystąpiła poprawa, a po drugiej serji zastrzyków chora praktycznie była wyleczoną i tylko od czasu do czasu po obfitym w tłuszcze pokarmie występowały wykwity pokrzywkowe. Zachęcony tym wynikiem leczniczym zastosował autor to samo leczenie w przypadku pokrzywki, istniejącej od dzieciństwa u 22-letniej dziewczyny z kiłą wrodzoną. W tym wypadku wykwity występowały okresowo, w większej lub w mniejszej ilości, okresy przycichania sprawy przypadały na okresy bardziej higjenicznego trybu życia chorej, okresy zaostrzenia się sprawy występowały zwłaszcza w czasie nadużywania napojów alkoholowych (coctailes), które chora w dużej ilości spożywała. I w tym przypadku po 8 dniach chora została wyleczona insuliną.

Autor nie spodziewa się, aby w każdym przypadku pokrzywki leczenie insuliną mogło dać tak dobre i pewne wyniki, jak w powyższych 2-ch, jest jednak zdania, że w każdym ciężkim przypadku pokrzywki należy próbować leczenia insuliną.

KRONIKA

Redakcja otrzymała następujące pismo w sprawie budowy Domu Medyków:

Szanowni Panowie!

Uważamy za swój wielki i serdeczny obowiązek zwrócić się do całej społeczności lekarskiej z uprzejmą prośbą i wezwaniem o przyjście z materjalną pomocą Kołu Medyków Uniwersytetu Warszawskiego w jego pracy nad budową „Domu Medyków" w Warszawie. Dom Medyków ma tworzyć ośrodek pracy samopomocowej, oświatowej i kulturalnej słuchaczy medycyny Uniwersytetu Warszawskiego. Ma on być miejscem, w którem będą oni mogli spokojnie uzupełniać swe studja, rozwiązywać zagadnienia swej samopomocy koleżeńskiej, wreszcie znajdować godziwą rozrywkę.

Przyszły Dom Medyków stanie w Warszawie na placu przy ulicy Oczki ofiarowanym młodzieży przez Uniwersytet Warszawski, tuż obok Zakładu Anatomicznego, wielu Klinik i Zakładów Medycznych. Mieścił będzie on biura Samopomocy Medyków, salę odczytową, pracownię biblioteczną i mikroskopową, oraz pomieszczenie klubowe. Sprawą Budowy Domu zajmuje się z ramienia władz uniwersyteckich specjalna Komisja Senacka z Dziekanem obecnym prof. Dr. Ludwikiem Paszkiewiczem na czele. Komisja baczy, by prace nad budową Domu rozwijały się w należytym kierunku, w odpowiedni sposób podlegały troskliwej i należytej administracji.

Jesteśmy przekonani, że zew nasz znajdzie w świecie lekarskim serdeczne echo, by w ten sposób podtrzymać i wzmocnić węzły łączności i zawodowego koleżeństwa między starszymi i młodszymi pracownikami w dziedzinie zdrowia publicznego.

Jesteśmy przekonani, że wezwanie nasze odniesie należyty skutek i że wszyscy pośpieszą z pomocą na rzecz Budowy Domu Medyków w Warszawie przez zakupienie odpowiednich nalepek i cegiełek w Kole Medyków, oraz przez złożenie choćby najskromniejszej ofiary na rzecz Budowy Domu Medyków za pośrednictwem P. K. O. Nr. 24291.

Tak więc wspólnym wysiłkiem Lekarzy i przyszłych Ich następców, Warszawskiej Młodzieży Lekarskiej stanie „Dom Medyków", który w całej Rzeczypospolitej, wszystkim jej obywatelom i całemu naszemu stanowi lekarskiemu odda należyte usługi.

Senacki Komitet Budowy Domu Medyków, w Warszawie.

(—) Prof. Dr. *Ludwik Paszkiewicz.*
Dziekan Wydz. Lekarskiego.
(—) Prof. Dr. *Bronisław Koskowski,*
b. Dziekan Wydz. Farmaceutycznego.
(—) Prof. Dr. *Franciszek Czubalski,*
b. Dziekan Wydz. Lekarskiego
Opiekun Koła Medyków.
(—) Ks. Prof. Dr. *Edmund Bursche,*
b. Dziekan Wydz. Teologji Ewangelickiej.
(—) Prof. Dr. *Grzywo - Dąbrowski.*

MIĘDZYNARODOWY KONGRES LEKARSKI W VICHY.

Wyłączny temat: Kamica żółciowa.

Międzynarodowy Kongres Lekarski o kamicy żółciowej odbędzie się w Vichy w dniach od 19 do 22 września 1932 roku pod wysokim protektoratem p. Ministra Zdrowia Publicznego; przewodniczącym Kongresu obrany został p. profesor Carnot, członek Académie de Médecine, przewodniczącymi honorowymi — pp. profesorowie: Von Bergmann (Berlin), J. Cantacuzene (Bukareszt), Chas. Gordon Heyd (New-York), Hijmans Van Den Bergh (Utrecht), Maranon (Madrid), Lord Moynihan of Leeds (Londyn), A. Navarro (Montevideo), Rousseau (Quebec), Sanarelli (Rzym), R. Verhoogen (Bruksela), oraz pp. prof. Achard, d'Arsonval, Balthazard, Chauffard, Desgrez, Dopter, Gosset, Hartmann, Quenu, Roger, Vincent, z Académie de Médecine.

Na posiedzeniach plenarnych Kongresu wygłoszone zostaną referaty główne, podane już uprzednio do wiadomości; pozostałe komunikaty odczytane zostaną na posiedzeniach sekcyj: *teoretyczno-djagnostycznej, chirurgicznej, terapji i wodolecznictwa, elektro-radjo i fizjoterapji.*

Wobec znacznej liczby zgłoszonych już referatów, każdy z uczestników będzie mógł zgłosić jeden tylko referat o rozmiarach trzech stron pisma maszynowego, po 40 wierszy na stronie i 54 litery w wierszu. Referaty wygłaszane mogą być w dowolnym języku; referaty w jęz. obcych winny być uzupełnione krótkim streszczeniem pisemnem w jęz. francuskim. Tytuły referatów winny być przesłane do Sekretarjatu Głównego Kongresu najpóźniej do dnia 1 lipca 1932 roku.

Wpisowe ustalone zostało w wysokości 50 fr. fr. dla członków, oraz 25 fr. fr. dla osób im towarzyszących (najbliższej rodziny); tyleż opłacają studenci medycyny Francuzi i cudzoziemcy.

Członkowie Kongresu korzystać będą z ulgowych warunków pobytu w pewnej liczbie hoteli w ciągu 4 dni obrad.

Dyrekcje kolei francuskich udzielają ulgi 50% od ceny biletu, w postaci biletów indywidualnych, na przejazd od granicy francuskiej do Vichy i zpowrotem; na życzenie — możliwość przejazdu przez Paryż.

Uprasza się o kierowanie wszelkich zapytań, zgłoszeń i wpłat do Dr. Aimard'a Sekretarza Głównego. (Secrétaire Général du Congrés International de la Lithiase Biliaire), Paris (IX), 24 Boulevard des Capucines.

MIĘDZYNARODOWA WYCIECZKA NAUKOWA LEKARZY DO AUSTRJI I SKANDYNAWJI.

Uczestnicy zobaczą zakłady lecznicze w Wiedniu i okolicy (8 — 12.VIII 1932). Dnia 13.VIII nastąpi podróż do Berlina i Kopenhagi na Congrès de la Lumière *(Kongres badań światła)*, a stąd do Oslo (Christianji) i Stokholmu. Z podróża główną można połączyć podróż ze Stokholmu do Helsingforsu i do Rosji (Leningród, Moskwa, Kijów, Charków).

Lekarze *(z wszystkich krajów)*, którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandssstudienreisen, Wiedeń (Wien) I. Biberstrasse 11. I. St.

WYCIECZKA LEKARSKA DO ITALJI.

Od dnia 5 do 21 września b. r. odbędzie się w Italji 9-ta Wycieczka Lekarzy „Nord-Sud", zorganizowana przez Narodowe Biuro Turystyczne „E. N. I. T.".

Wycieczka będzie zapoczątkowana w Turynie i zakończy się w Viareggio. Będą zwiedzane następujące miejscowości: Gressoney, Courmayeur, Cogne — miejscowości klimatyczne, oraz St. Vincent, miejscowość kąpielowa w Dolinie Aosta; Stresa i Mottarone, Pallanza i Baveno nad Lago Maggiore; Bognanco stacja termalna pod Domodossolą; jezioro Orta, cieplice w Acqui, Nervi, S. Margherita, Portofino, Rapallo, Sestri Levante na Włoskiej Riwierze; Viareggio nad morzem Tyreńskiem.

Wycieczka odbędzie się pod kierownictwem prof. Guido Ruata. Przejazdy będą się odbywać specjalnym pociągiem w wagonach I-ej klasy, a w poszczególnych miejscowościach będą zarezerwowane dla uczestników wycieczki pokoje w pierwszorzędnych hotelach. Opłata wynosi 1500 lirów (o 100 lirów mniej, niż w roku ubiegłym) i obejmuje wszystkie koszta podróży. Osoby, które zapiszą się na wycieczkę, otrzymają bilet ze zniżką 50% od granicy włoskiej do Turynu, oraz dwa bilety z taką samą zniżką, ważne przez dłuższy okres czasu, na dowolne przejazdy w Italji, po zakończeniu wycieczki „Nord-Sud". Lekarzom może na tych samych warunkach towarzyszyć jedna osoba z rodziny.

Prospekty, informacje i zapisy w biurze Enit, Via Marghera 2, Rzym lub też u p. Dr. A. Menotti Corvi, delegata Enit'u na Polskę, Warszawa, Pl. Dąbrowskiego 6.

KOMUNIKAT.

Zgodnie z uchwałą II-go Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwrakowego odbędzie się w Łodzi w dniu 30 i 31 października (niedziela i poniedziałek) 1932 r. III-ci Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy.

Tematy główne: 1) współczesne badania nad rakiem; 2) wczesne rozpoznanie raka; 3) leczenie raka i d) walka z rakiem na terenie Rzeczypospolitej.

Dotychczas zgłosili odczyty:

1. St. Adamowiczowa (Warszawa): „Rak organów płciowych kobiecych na podstawie statystyki szpitalnej".

2. Prof. dr. K. Bocheński (Lwów): „Leczenie raka macicy w świetle najnowszych poglądów".

3. Prof. dr. M. Eiger i Doc. dr. E. Czarnecki (Wilno): „Wpływ na powstawanie nowotworów doświadczalnych ciał działających na układ współczulny".

4. Prof. dr. M. Eiger (Wilno): „Mikrobiologiczne ujęcie sprawy tworzenia się i wzrostu komórki nowotworowej w ścisłej korelacji z fizjologją i fizjopatologją ustroju".

5. Dr. M. Floksztrumpf i dr. St. Gądek (Warszawa): „Wskazania, metody i wyniki leczenia radem nowotworów złośliwych".

6. Prof. dr. L. Hirszfeld (Warszawa): „Zagadnienie raka w świetle nauki o odporności".

7. Dr. J. Kołodziejski i dr. M. Floksztrumpf (Warszawa): „Sprawa chemoterapji w raku".

8. Dr. J. Laskowski (Warszawa): „Podstawy mianownictwa i klasyfikacji raków z punktu widzenia morfologji".

9. Dr. F. Łukaszczyk (Warszawa): „Biologiczne podstawy radioterapji nowotworów złośliwych".

10. Prof. dr. M. Mayer (Poznań): „Obecne warunki wyleczenia raka metodą radiologiczną".

11. Doc. dr. A. Oszacki (Kraków): „Biologiczny obraz krwi jako wyraz przemiany materji u chorych na raka".

12. Prof. dr. K. Pelczar (Wilno): „O stanach odpornościowych w chorobie raka".

13. Ks. Fr. Radziwiłł (Warszawa): „Projekt Ligi Polskich Organizacyj Przeciwrakowych oraz Ogólnosłowiańskiej Ligi Przeciwrakowej".

14. Doc. dr. S. Sterling Okuniewski (Warszawa): „Dziedziczność w raku i usposobienie do niego".

15. Dr. B. Wejnert (Warszawa): „Walka z rakiem w Polsce obecnie i w najbliższej przyszłości".

16. Płk. dr. W. Zawadowski (Warszawa): „Leczenie promieniami X".

Uprasza się o zgłaszanie odczytów w terminie do dnia 15 czerwca r. b., a także preparatów anatomopatologicznych, rentgenogramów i tablic statystycznych dla Wystawy naukowej, organizowanej w związku ze Zjazdem.

Regulamin Zjazdu określa czas dla referentów tematów głównych na 20 do 40 minut (zależnie od porozumienia się z referentem) i 10 minut dla odczytów dodatkowych.

Program szczegółowy Zjazdu będzie ogłoszony w pismach lekarskich.

Komitet wykonawczy. Prezydjum:

(—) Dr. B. Frenkiel,
(—) Dr. J. Marzyński,
(—) Dr. I. Watten.

Sekretarz Generalny:

(—) Dr. K. Gawroński.

KOMUNIKAT.

Stypendja dla lekarzy w Instytucie im. „Benito Mussoliniego" w Rzymie.

Na Międzynarodowej Konferencji Przeciwgruźliczej w Oslo, Italski Faszystowski Związek dla Walki z Gruźlicą oddał do dyspozycji Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego dwa stypendja rocznie dla studjów w Instytucie im. „Benito Mussoliniego" w Rzymie.

Stypendja te w wysokości 6.000 lirów (ok. 2.750 zł.) każde z mieszkaniem i całkowitem utrzymaniem mają na celu udostępnić lekarzom zagranicznym odbycia stażu w Instytucie. Staż trwa od 15 listopada do 15-go lipca z przerwami na wakacje świąteczne.

Pierwszeństwo w otrzymaniu stypendjów będą mieli młodzi lekarze już obeznani z problematami gruźlicy i mający zamiar specjalizowania się w tej dziedzinie medycyny.

Praca w Instytucie będzie ustalona w porozumieniu pomiędzy dyrektorem Instytutu i kandydatem.

Koszty publikacji prac wykonanych w Instytucie będą mogły być pokryte całkowicie, albo częściowo przez Instytut.

Program studjów w Instytucie im. „Benito Mussoliniego":

1) Patologja i klinika gruźlicy i dróg oddechowych (prof. Morelli).
2) Radjologja dróg oddechowych (prof. Busi).
3) Anatomja patologiczna (prof. Dionisi).
4) Patologja i klinika gruźlicy chirurgicznej (prof. Alessandri).
5) Gruźlica u dzieci (prof. Spolverini).
6) Gruźlica górnych dróg oddechowych (prof. Bilancioni).
7) Gruźlica i ciąża (prof. Pestalozzi).
8) Przeciwgruźlicza higjena społeczna (prof. Ilvento).
9) Instytucje zapobiegawcze i medycyny społecznej Ubezpieczeń społecznych (prof. Giannini).
10) Sanatorja dla chorych gruźliczych (prof. Mendes).
11) Poradnie przeciwgruźlicze (prof. Benedetti).
12) Syndrom kliniczny pseudo-gruźliczy (prof. Omodei Zorini).
13) Bakterjologja i serologja (prof. Tonietti).
14) Zapobieganie i klimatologja (prof. Bocchetti).

Stypendja będą przyznane na posiedzeniu Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego w dniu 6 września. Kandydatury mogą być zgłaszane wyłącznie przez Związki Przeciwgruźlicze członków Związku Międzynarodowego do 15 lipca r. b.

Lekarze chcący się ubiegać o stypendja w Instytucie „Benito Mussoliniego" powinni zgłosić swą kandydaturę do Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, Warszawa, Chocimska 24, najpóźniej *do dnia 1 lipca r. b.* z podaniem:

1) Nazwiska i imienia.
2) Curriculum vitae ze szczegółowem uwzględnieniem przebiegu pracy lekarskiej.
3) Wykazu ogłoszonych prac naukowych o ile możliwe z załączeniem tych prac.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji Warszawa, Tucholska 10. Tel. 11-30-33.
Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

		1/1 str.	1/2 str.	1/4 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 VI WARSZAWA 1932 LIPIEC ZESZYT VII

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

Hydrologja nowoczesna
Royat les Bains

podał
DR. ROMEUF,
lekarz szpitalny w Clermont-Ferrand, lekarz-konsultant w Royat.

Wody mineralne są używane w lecznictwie już od wielu tysięcy lat. Niemniej dawne jest przeprowadzanie leczenia w gorących źródłach, na samem miejscu ich wytrysku.

Jeżeli szukać będziemy uzasadnienia tych spraw w pracach lub zapiskach, poświęconych historji medycyny, będziemy zmuszeni przyznać, że podane w nich, często dziwaczne wyjaśnienia sprawią nam niemały zawód. Wszystkie niemal swym brakiem jasności odpowiadają nieokreślonym danym, zawartym w ówczesnej medycynie.

Hipokrates i *Galen* żyli w tamtych czasach, ale, oczywiście, *Pasteura* jeszcze wtedy nie było!

Czy pragniemy przez to powiedzieć, że dopiero *Pasteur*, wielki *Pasteur* skierował te badania na właściwe tory?

Nie jesteśmy bynajmniej tego zdania, gdyż sądzimy, że *Pasteur* wpłynął raczej na ich opóźnienie (co jest dość zrozumiałe), dzięki temu, że skierował wyłączną prawie uwagę ludzkości na drobnoustroje, ich morfologję, rozwój, cechy oraz wpływ ich na ustrój ludzki, który, niestety, bywa tak często siedliskiem tych nieskończenie małych istot.

Nie ulega jednak wątpliwości, że *Pasteur* przyczynił się do pogłębienia i sprecyzowania wielu pojęć w medycynie, czego jej dotąd brakło i bez czego nigdy już obejść się nie będzie mogła.

Rzeczywistym ojcem hydrologji w ten sposób ujętej jest niewątpliwie nasz stary i nieodżałowany mistrz *G. Billard*, były dyrektor Szkoły Lekarskiej w Clermont-Ferrand.

On to w rzeczy samej, mniej więcej przed dwudziestu laty, zapoczątkował erę studjów hydromineralnych, badając zmia-

ny, którym u wód w Royat, Bourboule i Mont-Dore ulegały objawy uczulenia w toku rozwoju; dzięki tym badaniom, lecznictwo ciepliczne w ostatnich latach — tych właśnie, które poprzedziły zgon *G. Billarda* — mogło uczynić wielkich krok naprzód wskutek odkrycia zjawiska obrony (filaksji [1]), i to obrony wybiórczej wobec tego lub owego jadu, zapomocą takiej lub innej wody mineralnej naszego basenu w Owernji.

Dla pamięci jedynie, gdyż każde z doświadczeń *G. Billarda*, przedstawionych przez jego uczniów lub przyjaciół Międzynarodowemu Towarzystwu Hydrologicznemu, obiegło cały naukowy świat lekarski, podajemy tu w streszczeniu:

1) że morświnka, która pomiędzy zastrzykiem uczulającym a zastrzykiem wywoławczym obcego białka otrzymuje codzienną dawkę odpowiedniej wody mineralnej (naprz. ze źródła St. Mart w Royat), nietylko nie pada, jak morświnka kontrolna, lecz nawet nie wykazuje żadnych dostrzegalnych objawów chorobowych;

2) że morświnka, nie poddawana jeszcze doświadczeniom, a otrzymująca określoną dawkę odpowiedniej wody mineralnej, staje się niewrażliwa i odporna nawet na kilka śmiertelnych dawek zastrzykniętego następnie jadu.

W taki to sposób:

a) 5 cent. sz. wody z Bourboule (źródło Choussy) uodpornia morświnkę przeciwko dawce jadu tężcowego, uśmiercającej morświnkę kontrolną w ciągu 92 godzin; uodpornienie to jest tem jaskrawsze, że zastrzyk toksyny dokonywany bywa o wiele później, naprz. na dwunasty dzień, zamiast nazajutrz po pierwszym zastrzyku;

b) w tych samych warunkach:

jad żmiji zostaje unieczynniony zapomocą wód z Chatel Guyon (źródła Gubler, Germaine, Deval);

jad błoniczy — przez wody z Saint-Nectaire (źródła Rocher i St.-Cézaire),

jad tężcowy — nietylko przez wodę ze źródła Choussy, jak podaliśmy wyżej, lecz również, w słabszym nieco stopniu, zapomocą wód ze źródła Eugénie w Royat, oraz ze źródła Gubler w Chatel Guyon.

Drugim badaczem, który — o ile nam wiadomo — przyczynił się do niesłychanie w dziejach hydrologji ważnego postępu, jest również jeden z naszych mistrzów, także niedawno zmarły; był to *E. Feuillée*, lekarz szpitali paryskich, kierownik pracowni profesora *Acharda*.

Niezadługo przed śmiercią, badacz ten ogłosił w „Siècle Médical" wybitną pracę, w której zebrał doświadczenia lat trzydziestu, pracy wyczerpującej, a zawierającej zdanie, jakie pragniemy polecić uwadze naszych czytelników, a mianowicie, że *„wody mineralne zajmują miejsce czołowe w leczeniu ogólnem schorzeń przewlekłych"*.

Ocena całokształtu tej pracy, wobec zamierzonego przez nas celu, zabrałaby nam zbyt wiele czasu; jednak nie możemy pominąć milczeniem działu, dotyczącego okresu zmniejszonej wrażliwości, zbiegającego się zawsze z rozpoczęciem leczenia w termach.

W określeniu tem *(hypofilaksja)* czytelnik dopatrzy się prawdopodobnie zmniejszenia wrażliwości takiej, o jakiej myślał *G. Billard* i jaką my sami ustaliliśmy powyżej.

Zaznaczamy zgóry, że bynajmniej tak nie jest. Hypofilaksja w pojęciu *E. Feuillée* oznacza osłabienie przyrodzonej odporności ustroju wskutek naruszenia normalnie istniejącej równowagi humoralnej i leukocytowej; jako wyraz takiego zakłócenia występuje — między innemi — również swoisty wzór leukocytowy, którego charakterystyczne cechy są następujące:

1) zwiększenie odsetka wielkich komórek jednojądrzastych z zawartością ziarnistości lazurochłonnej lub bez niej,

2) zmniejszenie się liczby limfocytów w stosunku do wielkich i średnich komórek jednojądrzastych,

3) stosunkowy wzrost liczby komórek wielojądrzastych, posiadających dwa jądra lub też jedno tylko (jądro w kształcie wstążeczki, podkowy) i t. d.,

4) często zwiększenie się liczby komórek eozynochłonnych oraz tucznych, których ilość — zarówno jednych, jak i drugich — bywa niekiedy znaczna,

5) obecność większej ilości postaci przejściowych komórek Türcka.

Obok zjawisk powyższych spostrzegać się niekiedy dają „objawy chorobowe stwierdzalne klinicznie", jakoto: tworzenie się ropni okołozębowych, czyraczność, reaktywacja ognisk zakaźnych w sprawach ginekologicznych, w zapaleniach pęcherzyka żółciowego, nawrót utajonego wydzielania się bakterji z moczem, zapaleń nosa i gardła, zapaleń zatok nosowych, zapaleń wyrostka robaczkowego i t. d.

Na szczęście, ten okres zmniejszonej wrażliwości jest jedynie przejściowy i nie trwa zwykle dłużej niż 7 do 15 dni, kończy się zaś przeważnie z chwilą wystąpienia „leukopenji", której towarzyszy zmniejszenie się odsetka komórek wielojądrzastych. Leukopenja ta jest zwiastunką szybkiego powrotu do normalnego wzoru leukocytowego.

Z jakiej tedy strony należy ująć fakty powyższe?

Czy są one pocieszające, czy też niepokojące?

E. Feuillée sam rozstrzyga te wątpliwości:

„Jeżeli na 10,000 żołnierzy mam 3,000 kalek (należy pod tem rozumieć chore leukocyty), wtedy uśmiercam stopniowo owe trzy tysiące. Wolę mieć do akcji tylko 7,000 żołnierzy ,ale zupełnie zdrowych.

I oto ustrój sam dostarcza mi 3,000 młodych poborowych".

Powracam tedy do ogólnej liczby 10,000, lecz wszyscy uczestnicy walki są to już żołnierze silni i zdrowi.

Oto co nazywam „odnowieniem leukocytowem".

Jakkolwiek tezy powyższe ujęte są nader pobieżnie, to jednak każdy lekarz, który je odczyta, pojmie, jakie widnokręgi otwiera przed medycyną całokształt omawianych zagadnień.

Jako uczeń obu wymienionych mistrzów, pragnę w drugiej części artykułu niniejszego wyjaśnić li-tylko w świetle dziewięciu lat praktyki zdrojowiskowej, a więc dziewięciu lat dokładnych spostrzeżeń, wpływ wód w Royat na ustrój chorych, którzy się u nas leczą.

Oczywiście, czyniąc to, bynajmniej nie rościmy sobie prawa wytłumaczenia poniżej wyłuszczonych zjawisk. Wiele z nich osiągane bywają i gdzieindziej; jednakże my wyspecjalizowaliśmy się w leczeniu nadmiernego ciśnienia tętniczego w naszem zdrojowisku. Z tego powodu jesteśmy nawet szczególnie radzi, że możemy uczcić pamięć Tego, który był jego pionjerem, a mianowicie naszego nieodżałowanego kolegi *HEITZA*.

Temniemniej poglądy nasze będą indywidualne, gdyż wypływają bądź z powyżej przytoczonych wywodów, bądź też zazębiają się o nasze własne teorje.

Podkreślamy przytem, że wszystkie bez wyjątku zostały poddane surowej krytyce ze stanowiska naukowego.

Nadmierne ciśnienie tętnicze a Royat.

Przedewszystkiem omówimy leczenie nadmiernego ciśnienia tętniczego. Tam gdzie *Hipokrates* mówi „TAK", *Galen* odpowiada „NIE". A więc, czy Royat działa skutecznie na wymieniony zespół, czy też nie?

Bez wahania odpowiadamy „TAK" — w ogromnej większości przypadków, dodając zarazem, że jedynie od lekarzy samych zależy zwiększenie liczby pacjentów, o ile będą staranniej segregowali swych chorych i kierowali ich do nas w możliwie wczesnych okresach.

Zajmujemy w danej sprawie stanowisko czysto kliniczne i w ten sposób usuwamy się od wszelkich sporów rozmaitych szkół w przedmiocie pochodzenia samego ciśnienia nadmiernego, przyczem, zgodnie z naszemi spostrzeżeniami — stwierdziliśmy, że w istocie większość skierowanych do nas chorych wykazuje ciśnienie tętnicze, zależne conajmniej od trzech lub czterech czynników; z tych najgroźniejszym ze względu na swą przewlekłość oraz nieuleczalność, już przez sam swój charakter, jest miażdżyca tętnicy głównej.

Inni znów chorzy dotknięci są obwodowemi skurczami naczyń, nadmierną lepkością krwi, niewydolnością nerek, nadmiernem wydzielaniem gruczołów chromochłonnych i t. d.

Miażdżyca tętnicy głównej.

Sprawa ta zajmuje mnie już od czasu mej rozprawy lekarskiej, którą ogłosiłem pod kierunkiem i kontrolą *G. Billarda;* zwracam więc tutaj usilną uwagę na rolę,

[1]) Filaksja jest to obrona ustroju zwierzęcego przed niektóremi jadami (szczególnie jadami nerwowemi), bądź zapomocą wstrzyknięcia tychże, dokonanego po uprzedniem zmieszaniu in vitro z innemi substancjami toksycznemi lub bez nich, bądź też że się je wprowadza zosobna do ustroju, w kilka minut lub kilka tygodni, niekiedy nawet dłużej, po wprowadzeniu samych substancji toksycznych, lecz w każdym razie — bez posługiwania się mechanizmem zobojętniającym antagonizm, bez użycia odczynu uodporniającego w biologicznem znaczeniu tego wyrazu.

jaką czynnik ten odgrywa w etjologji rozwiniętej hypertensji.

Jak wykazał *Dodel*, rola ta jest niewątpliwa i wielce doniosła, jak tego dowodzą częściowe niepowodzenia terapeutyczne.

Dla przekonania się o tem wystarczy, by lekarz praktyk skonstruował schemat krwiobiegu, w którym umieści naprzemienne działanie aorty giętkiej tudzież aorty sztywnej, obie długości 0,17 metra.

Jeżeli przyjmiemy, że płynem krążącym będzie woda, że rura tętnicza podniesie się na wysokość około 0,5 metra, aby złączyć się z naczyniem grającem rolę naczyń włoskowatych, oraz że gruszka, zastępująca serce, będzie wykonywała 94 tętnienia na minutę (należyty rytm zwalniający używanej przez nas pompy wodnej) to stwierdzimy, że ciśnienie odpowiadające jednej lub drugiej aorcie będzie wynosiło:

	Mx	*Pe*	*Mn*
Aorta giętka:	8,50	5	2,50
Aorta sztywna:	9,50	5	2,50

Wobec tych wyników, badacz przeniesie się myślą w dziedzinę krwiobiegu ludzkiego i włączy doń wszelkie poprawki, dotyczące długości aorty, własności płynu krążącego, t. j. krwi i t. d. i natychmiast spostrzeże wtedy, jakie mogą być ich następstwa!

Nie chcemy kłaść zbytniego nacisku na omawianie tego przedmiotu.

Skurcze naczyniowe. Istnieje dobrze znana postać skurczów naczyniowych, przynajmniej pod względem jej następstw; należą do niej czynniki wywołujące napady nadmiernego ciśnienia, tak dokładnie zbadane przez *Vaqueza* przy nagłem zamroczeniu, dalej niektóre odmiany dusznicy bolesnej, niektóre napady ostrego obrzęku płuc i t. d.

Znamienną cechą tych skurczów jest ich występowanie nagłe.

O ile powtarzają się — są zapowiedzią przewlekłego ciśnienia nadmiernego, niekiedy zaś już jego powikłaniem.

Główną cechą leczonych w Royat schorzeń tego rodzaju jest uporczywość ich oraz typowe umiejscowienie, o ile nie w naczyniach wielkich i średnich (jest to kwestja sporna, a jednak nie ulegająca wątpliwości wobec wrzekomego chromania przestankowego, które zupełnie ustępuje, czego świadectwem jest powrót do normy wskaźnika oscylometrycznego pod wpływem naszego leczenia), to już conajmniej w części tętniczej naczyń włosowatych.

Jako dowód powyższego przytaczamy:

1) zaczerwienienie wskutek rozszerzenia tętniczek skórnych powierzchni ciała chorych, zanurzonej w kąpieli, co spowodowane jest przez osiadanie na niej licznych pęcherzyków gazu CO_2; w danym wypadku pęcherzyki te mają znaczenie leku kojącego, porażającego zakończenia nerwu współczulnego w skórze właściwej;

2) natychmiastowy spadek ciśnienia, wyrażający się w obu kierunkach z chwilą wystąpienia objawów powyższych, czyli w kilka minut po wejściu do wanny.

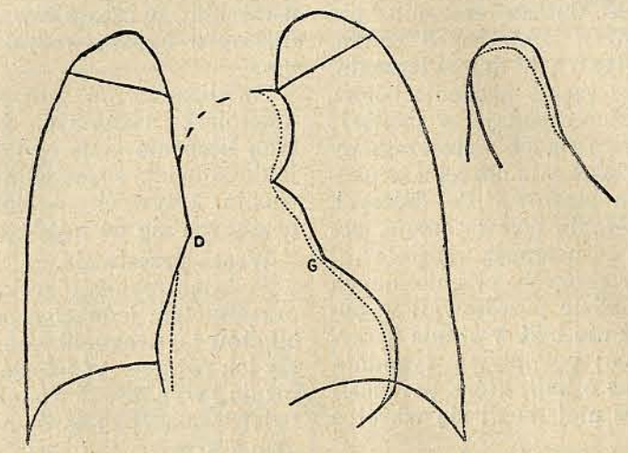
Wskutek wchłaniania gazu CO_2 poprzez zanurzone powłoki (wchłanianie to jest sprawdzone zapomocą zbadania wzoru respiracyjnego CO_2, który staje się równy jedności, podczas gdy chory wdycha O z wolnego powietrza), dokonywa się jeszcze doskonalsze ukojenie nerwu współczulnego, który pomiędzy 7 a 10 minutą nietylko powoduje jeszcze znaczniejszy spadek omawianego ciśnienia [1]), lecz również wielce pożądane zwolnienie uderzeń tętna wskutek przewagi nerwu błędnego; zwolnienie to pozwala sercu częściowo odzyskać utracone napięcie, na co wskazuje natychmiastowy wzrost wskaźnika oscylometrycznego oraz możliwy powrót do stanu normalnego serca, którego lewy przedsionek uległ nieznacznemu rozszerzeniu przed kuracją (odczyt prof. *Landouzy*, b. dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Paryskiego).

Obok tych wyników, chory odczuwa jeszcze często potrzebę oddania moczu, co jest skutkiem rozszerzenia naczyń tętniczek nerkowych (rozszerzenie tętniczek kłębuszka nerkowego).

Oczywiście, tak pomyślny całokształt przemian nie wykazuje tyle pożądanej stałości. Po wyjściu z wanny, usunięte chwilowo skurcze naczyniowe wykazują skłonność do nawrotu; pozatem zaznacza się również ponowne podniesienie ciśnienia.

---

[1]) Należy zaznaczyć, że podobny spadek ciśnienia nie ma nic wspólnego z nader wybitnem, a nawet niebezpiecznem obniżeniem ciśnienia, spostrzeganem niekiedy u chorych, zagrożonych omdleniem w kąpieli. W istocie, w tych przypadkach dołącza się wstrząs z uczulenia, spostrzegany przez A. Lumière'a, a spowodowany przez przenikanie białka śródkomórkowego do krwiobiegu wskutek wstępnego spadku ciśnienia.



Ryc. 1. Ortodiagram osobnika z ciśnieniem nadmiernem, dotkniętego rozszerzeniem serca.
——— 15 czerwca 1912, przed leczeniem w Royat.
..... 15 lipca 1912, w dniu wyjazdu ze zdrojowiska.
Na lewo: rentgenogram tętnicy w położeniu ukośnem, od przodu, zprawa.

Jednakże nawroty te rzadko dosięgają pierwotnego poziomu i w ten to sposób, po serji kąpieli, zastosowanych w trybie właściwym, jaki zaordynuje każdy z lekarzy w Royat, dochodzimy do stałego spadku, odpowiadającego nietylko ukojeniu nerwu współczulnego, lecz również uwolnieniu ustroju od toksyn i kryptotoksyn (których zatrzymanie idzie tak często w parze z zatrzymaniem w ustroju mocznika), oraz wytworzeniu równowagi humoralnej, jakiej początek przypada właśnie na zakończenie przełomu termalnego.

Przełom ten, dokładnie zbadany przez prof. *Landouzy* w poniżej przytoczonym ustępie, wykazuje, rzec można, dziwne podobieństwo do przełomu, odczuwanego przez chorych mocznicowych, poddawanych kilkakrotnym dłuższym zabiegom w komorze emanującej rad.

W sprawie tej zalecamy również przejrzenie prac, ogłoszonych przez pp. *Teissier* i *Rebattu* z Lyonu, a przytoczonych poniżej.

Wyciąg z odczytu, wygłoszonego przez prof. Landouzy na temat przeprowadzonego przez niego leczenia kilku chorych w Royat (1912):

„Zaznacza się wzmożone wydalanie mocznika i kwasu moczowego, podwyższenie wskaźnika azoturycznego oraz współczynnika utleniania siarki. Nie podaję szczegółów; panowie winni zrozumieć, jaki wpływ te fakty wywierają na komórkową i śródkomórkową przemianę materji.

O ile dokonamy dokładniejszego rozbioru tych odczynów u chorych, to stwierdzimy, po przeprowadzeniu badania hematologicznego, że odsetek hemoglobiny jest zwiększony, u niektórych kuracjuszów nawet do 20%.

Uważam, że szczegóły te są nader ważne, dowodzą bowiem, że spostrzeżenia naszych poprzedników były słuszne, kiedy wspominali o „gorączce termalnej", kiedy zapomocą dostępnych im metod usiłowali wyświetlić przeistoczenia, dokonane w ustroju, kiedy pisali o „przełomie wskutek usuwania piasku nerkowego, następującym między 7 a 15 dniem leczenia".

„Przełom ten wywołuje jednak pewne znużenie, pewną dostrzegalną zmianę bądź w zakresie snu, bądź też w sposobie wydalania nerkowego lub wreszcie czynności narządów krwiobiegu, trawienia lub nerwowych".

Wyciąg z artykułu pp. Teissier i Rebattu z Lyonu.

„Promieniolecznictwo wywołuje u dotkniętych zatrzymaniem kwasu moczowego podagryków prawdziwą salwę kwasu moczowego w moczu, poczem odsetek wydalanego kwasu moczowego spada do poziomu niższego niż ten, jaki stwierdzono początkowo".

Wogóle osiągamy przytem całkowite zniknięcie kwasu moczowego z krwi.

„W pierwszych dniach leczenia nie stwierdzamy żadnych uchwytnych zmian. Następnie, pomiędzy 6 a 12 dniem leczenia, zaznacza się nader często nasilenie bólów, którego wytłumaczenie podajemy poniżej; w niektórych przypadkach spostrzegamy nawet pewne powiększenie obrzęku w okolicach schorzałych stawów. Po dalszych kilku dniach natężenie bólów maleje, poczem dolegliwości te ustępują zupełnie".

Spostrzegaliśmy chorych, przeniesionych do emanatorjum, gdzie pozostawali w pozycji leżącej, gdyż nie byli w stanie utrzymać się na krześle; po upływie tygodnia przychodzili do nas o kuli, którą porzucali dla laski, ale i bez niej mogli się wkrótce obejść.

Do powyższego dodamy jeszcze szczegół następujący: podczas całego okresu przełomu termalnego zatrucie kwasem moczowym wzmaga się wyraźnie, poczem stopniowo zmniejsza się aż do normalnego poziomu kwasu moczowego we krwi.

Co do liczb, oznaczających ciśnienie, nadmieniamy z przyjemnością, że liczby dotyczące końca leczenia, czytane w gabinecie lekarskim, są często równe tym, jakie ustaliliśmy w kąpieli w 3, 4 lub 5 dniu leczenia.

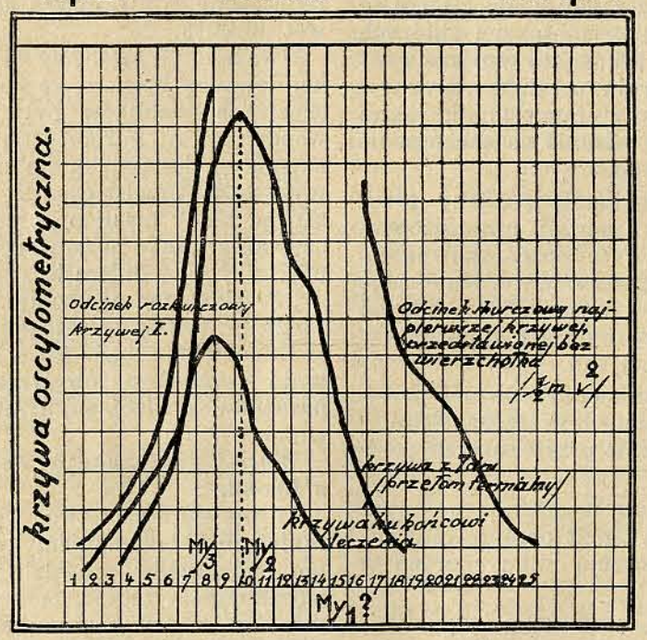
Nawiązując do powyższego, winniśmy natomiast zaznaczyć, że uszeregowanie tych liczb nie idzie bynajmniej w parze z jakimkolwiek odpowiednikiem przy zestawieniu krzywych oscylometrycznych, odnoszących się do każdego z tych okresów.

Wręcz przeciwnie.

Podając poniżej wykresy, które były przedmiotem jednego z poprzednich komunikatów [1]), pragnęlibyśmy wykazać jeszcze raz ich różnice. W istocie — zbadanie tych różnic wykaże dowodniej niż wszelkie twierdzenia (i to zarówno osobom obeznanym z krzywą, jak również tym, którzy zechcą odnieść się do artykułu, podanego w odsyłaczu), owe pomyślne zmiany, jakie w samym mechanizmie krwiobiegu wywołuje *zmniejszenie żywej siły fali tętniczej*, spowodowane przez spostrzegany spadek ciśnienia, a będące wynikiem rozszerzającego naczynia działania naszych wód.

Uwaga. Uwzględniając najnowsze, w piśmiennictwie lekarskiem zamieszczone

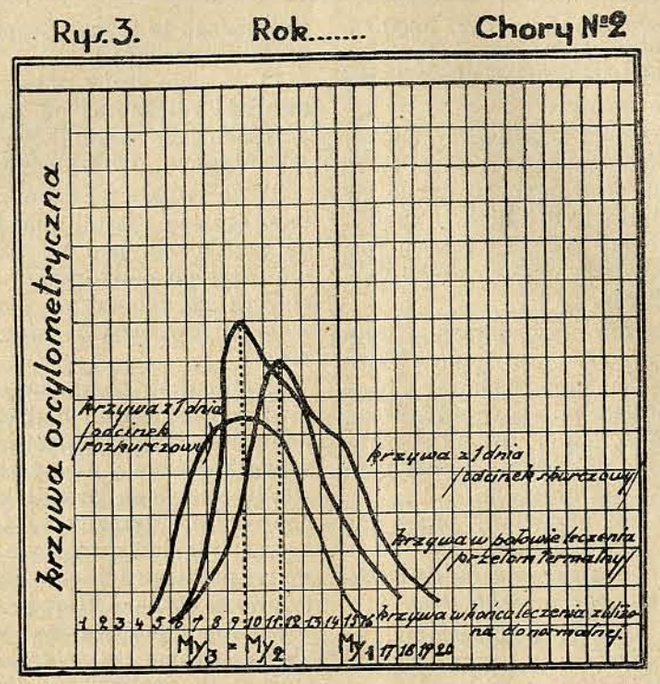
Ryc. 2. Rok..... Chory N°1



[1]) Konkurs Lekarski w sierpniu 1931 r.: „O żywej sile fali tętniczej oraz o krzywej oscylometrycznej".

badania, poświęcone ciśnieniu *(Pachon, Vaquez, C. Lian* i t. d.), czytelnik spostrzeże niechybnie, jak ściśle łączy się ono z wy-

Ryc. 3. Rok..... Chory N°2



obrażeniem żywej siły oraz z podobieństwem spadku, zachodzącem pomiędzy niemi na dwóch przedstawionych schematach oryginalnych, odpowiadających różnym okresom rozwojowym miażdżycy tętnic.

Nadmierna lepkość krwi. Obecnie omówimy inny czynnik nadmiernego ciśnienia tętniczego, w sposób tak wyrazisty ujawniony przez *Martineta.*

Aby nie przedłużać nadmiernie niniejszego artykułu, zaznaczamy jedynie w tym przedmiocie, że wspomniany czynnik stwierdzamy przeszło u połowy ogólnej liczby naszych chorych neuroartretycznych.

Zastosowanie różnych rodzajów naszych wód mineralnych działa wielce pomyślnie w tym zakresie, przyczem odnośne liczby zbliżają się niemal do normy, która, według miernika lepkości Hessa, wynosi jak wiadomo 4,50.

Nadmierne wydzielanie gruczołów chromochłonnych. Gruczoły chromochłonne, podobnie jak nadnercza, są to gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem, których wytwory czyli hormony posiadają własność zwężania naczyń.

Spowodowane przez nie schorzenia należą przeważnie do bardzo ciężkich. Na szczęście, są one rzadkie. Co do nas spostrzegaliśmy najwyżej 10 przypadków; wszystkie dotyczyły osób conajmniej trzydziestoletnich.

U chorych tej kategorji leczenie wodami mineralnemi zazwyczaj nie daje wyników dodatnich; to też wszystkie te przypadki zakończyły się zejściem śmiertelnem w przeciągu sześciu miesięcy.

Wpływ naszych wód na białko.

Każdy z naszych chorych, ze względu na stan fizyczno-chemiczny płynów ustrojowych (i to niezależnie od wysokości ciśnienia i powodów tegoż), dotknięty jest brakiem równowagi humoralnej (dna = schorzenie osadzające płyny; swoistość i zimnica = odchylenie lub możliwość odchylenia odczynów *Bordet-Wassermana, Desmoulières'a* i t. d.); przeto uważamy, że godnem zastanowienia jest pytanie, jaki jest wewnętrzny mechanizm działania naszych wód, wprowadzanych do ustroju chorych bądź zapomocą zastrzykiwań podskórnych (metoda ta doświadczalnie stosowana jest jeszcze w ograniczonym zakresie), bądź też drogą doustną.

Otrzymane przez nas w tym kierunku wyniki nie są jeszcze zupełnie zadowalniające; mimoto umożliwiają nam poniekąd

poznanie istotnego stanu rzeczy, spodziewamy się więc, że wkrótce na pytanie to będzie można udzielić ścisłej odpowiedzi.

Oto omawiane wyniki:

Zgodnie z poglądem *G. Billarda,* chorzy w toku leczenia wodami mineralnemi są to osobniki uczulone. Uczulenie to ustala się na okres mniej lub więcej długi — zazwyczaj długi — wogóle jednak czasowa rozpiętość jego odpowiada przewlekłemu charakterowi schorzenia.

W nader częstych przypadkach — mowa o neuroatretykach — antygenem bywa białko, pochodzące od samego chorego, bądź jako wytwór upośledzenia czynnościowego narządu trawienia, bądź też utworzone wskutek naruszenia misternej budowy podstawowych soków ustrojowych.

Jakimkolwiek jest omawiany przez nas antygen, musi bezwzględnie, jak każde białko, składać się z *zespołu białkowo-lipoidowego, zazębionego o elektrolity.*

Jedynie dla pamięci podkreślamy, że białko w stanie czystym w przyrodzie nie istnieje, tem mniej zaś w istotach żyjących, i że otrzymać je można przy całkowitym rozpadzie zapomocą odczynników tak potężnych, jak siarczan amonu. Zresztą, w tej postaci jest nieszkodliwe (przygotowywanie surowic oczyszczonych).

Przy utworzonej w ten sposób wolnej toksynie lub kryptotoksynie wszczepionej do miceli i bez względu na rodzaj wstrząsu z uczulenia (koloidoklaza, według *Widala;* przez podrażnienie nerwu współczulnego na poziomie tętniczki końcowej, przez odkładanie złogów *(A. Lumière),* co najbardziej zgodne jest z naszym poglądem; tudzież przez czynniki jeszcze nam nieznane zdaniem naszego kolegi *Macheboeuf* z Instytutu Pasteura) — jesteśmy skłonni do przypuszczenia, że lipoidy czy też elektrolity, albo może lipoidy wraz z elektrolitami, stają się — o ile można się tak wyrazić — ostrogą dla wstrząsu białka antygenowego.

I właśnie z powodu takiego ujęcia sprawy przez nich, przyjaciele nasi, *Dodel,* profesor fizjologji w Szkole Lekarskiej w Clermont Fd, oraz *Mercier,* obaj również uczniowie prof. *G. Billarda,* zdołali osiągnąć wyleczenie uporczywych egzem, nie poddających się żadnej terapji.

W istocie, kierując swą uwagę na składniki lipoidowe białka antygenowego, wywołującego te stany chorobowe, badacze ci zdołali wykazać:

1) że jego cechy patognomiczne o wiele bardziej zależne są od zmienności w proporcjach jego składników, niż od samej ilości antygenu, uwięzionego w ustroju;

2) że zwykłe wprowadzenie do dotkniętego egzemą ustroju ciał lipoidowych drogą podskórną, pod warunkiem odpowiednio częstego powtarzania zastrzyków, *wystarcza do zaburzenia omawianej równowagi, a tem samem — do wyleczenia chorego.*

Krótko mówiąc, zarówno jeden jak i drugi z wymienionych badaczów osiągnęli te pomyślne wyniki, stosując odnośną, właściwą każdemu z nich technikę przy zadawaniu acetonem próbki krwi, pobranej u chorego. Otrzymany w ten sposób strąt (strąt lipoidowy) zostaje dokładnie przemyty, poczem zadaje go się wyskokiem metylowym 99°, po którego zupełnem wyparowaniu, z pozostałego osadu przyrządza się zawiesinę w płynie fizjologicznym, służącą do zastrzyków podskórnych.

Powtarzamy, że już bardzo niewielkie dawki dają zdumiewające wyniki zarówno pod względem skuteczności leku jak również szybkości działania. Osiem zastrzyków daje wybitne polepszenie, dwadzieścia zaś — długotrwałe uzdrowienie.

Podajemy pozatem do wiadomości czytelnika wyniki jeszcze bardziej zachęcające (doświadczenia *Mercier'a).*

1) surowica końska z dodatkiem 1 c. sz. zawiesiny lipoidowej końskiej (metoda poprzednia), zastosowana u morświnki narazie jako zastrzyk uczulający, następnie zaś, po upływie 21 dni — jako zastrzyk wywoławczy, nie powoduje żadnego wstrząsu.

2) czysta surowica końska użyta w powyższy sposób również nie wywołuje wstrząsu, jeżeli w przerwie pomiędzy zastrzykiem uczulającym a wywoławczym zastrzykniemy morśwince co trzy dni 1 c. sz. surowiczej zawiesiny lipoidowej, pochodzącej *bądź od konia, bądź od morświnki...*

Przenosząc wyniki te w dziedzinę lecznictwa termalnego, czy będziemy upoważnieni do przypuszczenia, że zakłócenie równowagi antygenu wskutek przesunięcia jego elektrolitów, bądź przez przemieszczenie tychże, bądź przez dołączenie do nich innych, bądź wreszcie przez modyfikację ich

czynności [1]), spowoduje takie same wyniki?

Z wszelką pewnością tak. Dla przekonania się o tem, wystarczy powołać się na pierwszy ustęp pracy niniejszej, dotyczący doświadczeń *G. Billarda* nad anafilaksją a filaksją.

Po osobistem przeprowadzeniu tych badań oświadczamy, że morświnka, uczulona zapomocą surowicy końskiej lub białka kurzego, zniesie dobrze zastrzyk wywoławczy antygenu, będącego przedmiotem badania, o ile w przerwach otrzyma codziennie, albo też co drugi dzień, zastrzyki dootrzewnowe jednego lub dwóch cent. sz. wody St. Mart, St. Victor lub Eugénie.

Aby uniknąć zbytecznego powtarzania, zaniechamy omawiania zjawisk filaksji. Jako wstęp do dalszych naszych prac zaznaczamy jedynie, że zjawiska anafilaksji i filaksji są o wiele więcej zbliżone do siebie, niż się to na pierwszy rzut oka wydaje.

Czytelnik uświadomi sobie tę kwestję, przebiegając ponownie myślą, jak my to w danym razie czynimy, ostatnią pracę *Mercier'a,* ogłoszoną niedawno w „Presse Médicale", gdzie podkreślamy, że 2 c. sz. surowicy końskiej, zastrzyknięte morśwince, wywołują u niej anafilaksję względem tejże surowicy, a zarazem wytwarzają stan filaksji w stosunku do siarczanu sparteiny.

Wywody powyższe wykazują, jakiego rodzaju są zmiany fizyczno-chemiczne, wywołane przez działanie naszych wód na pierwotny skład obcego białka (czyli antygenu wewnątrzpochodnego), jaka wynika z nich równowaga ostateczna; pozatem, pogłębiając sprawę — jakim zmianom ulegają również pierwiastki składowe naszych soków ustrojowych, przedewszystkiem mydła, w różnych ich stanach i przerwach pomiędzy temi stanami, które sam rytm życiowy zmienia nieustannie (głód i jedzenie, stan zdrowia i choroba i t. d.)?! Czyż każda nawet komórka różnych tkanek ustrojowych, z powodu braków swej budowy, nie jest zdolna do zakłócenia równowagi swej przemiany materji?

---

[1]) Celem wyjaśnienia zaznaczamy, że profesorowie Maksymiljan i Michał Polonowscy wykazali, iż związki alkaloidowe utleniające aminy (genal. kaloidy ich są przedmiotem komunikatu, przesłanego do Paryskiej Akademji Naukowej w r. 1925) względem odpowiedniego alkaloidu w postaci pierwotnej posiadają jadowitość mniejszą 200 do 250 razy.

Oto pełnia spraw, nadających się do omawiania, lecz bez możności ostatecznego ich rozstrzygnięcia.

Krocząc w ślady naszego kolegi *Dodela* i nie przesądzając sprawy cennej pomocy, jaką w tym przedmiocie będą mogły okazać nauki fizyczno-chemiczne, o czem świadczą prace *E. Feuilléego,* sądzimy, że ostatnie słowo należy jeszcze do doświadczeń biologicznych, w kierunku wskazanym przez *G. Billarda* i prowadzonym nadal w szkole w Clermont-Ferrand.

Spodziewamy się, że ogłoszone przez *Laville'a* prace i badania, będące obecnie w toku, wykażą wkrótce słuszność naszych tez. Da nam to sposobność i przyjemność podjęcia pracy niniejszej od punktu, na którym przezornie i samorzutnie zatrzymaliśmy się.

Wskazania do zalecania wód Royat.

Do wiadomości ogólnej oraz celem udzielenia odpowiedzi na liczne skierowane do nas przez naszych członków-korespondentów pytania, podajemy w zakończeniu pracy niniejszej krótki przegląd obecnych wskazań leczniczych do picia wód w Royat:

a) osoby, dotknięte nadmiernem ciśnieniem, u których zespół objawów odnośnych bywa przeważnie tylko zjawiskiem wtórnem przy skazie humoralnej, która, przed wytworzeniem miażdżycy naczyń, wywołuje skurcz naczyniowy;

b) neuroartretycy, jako naogół dotknięci brakiem równowagi humoralnej;

c) chorzy, wykazujący nadmiar kwasu moczowego lub cholesteryny we krwi, przeważnie uczuleni lub skłonni do uczulenia;

d) osoby otyłe, pletoryczne;

e) chorzy dotknięci chorobą Basedowa lub też ofiary nadmiernego wydzielania gruczołów chromochłonnych (nadmierne wydzielanie gruczołu tarczowego, nadnercza oraz z nadmierną zawartością cholesteryny we krwi);

f) kobiety w okresie przekwitania, dotknięte zaburzeniami krążenia wskutek ustania czynności jajników;

g) nieznaczne niedomogi mięśnia sercowego, zwłaszcza u osób młodych, po przebytym gośćcu, u których stwierdzono dawne zmiany zastawkowe. Rozszerzenie naczyń włoskowatych oraz kardjotoniczne działanie naszych wód oddaje tego rodzaju chorym cenne usługi (p. art. *Deschamps'a* w Royat-Journal z ubiegłego marca).

HÉMOPLASE Lumière

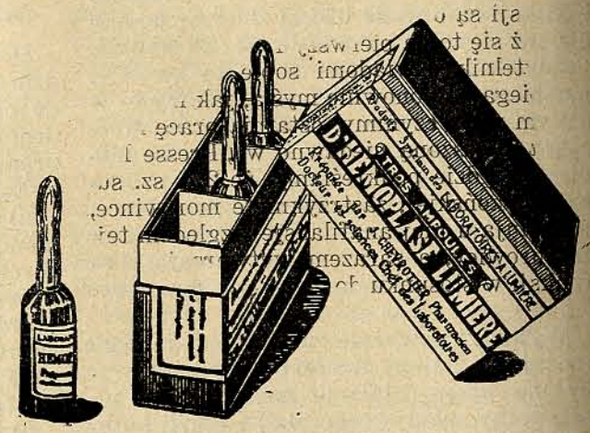
CAŁKOWITY WYCIĄG Z KRWI BARANIEJ,
ZWIERZĄT NAJBARDZIEJ ODPORNYCH NA GRUŹLICĘ,

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. i 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 lat 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.

Zdrowotność Warszawy w świetle danych Kasy Chorych.

podał
DR. W. MIKLASZEWSKI.

Przedmowa.

Dane kas chorych mogą wyjaśnić wiele zagadnień natury społecznej, dotyczących stanu zdrowotnego ludności i czynników, wpływających ujemnie na rozwój cielesny i zdrowie. Praca zbiorowa mogłaby odpowiedzieć: jaki przedstawiamy materjał ludzki, czy zdolni jesteśmy wytrzymać kryzysy, które stały się przewlekłą chorobą. Przetrwać go może tylko odporny. Widzieliśmy to podczas podczas wojny światowej w postaci wymierania gruźlików, niemowląt, dzieci, starców, znacznego spadku rozrództwa. To była skała Tarpejska, o którą rozbiło się masę istnień o słabej żywotności. Warunki bytu poprawiły się niewątpliwie od owych czasów, jednak czy zwiększyła się nasza odporność, czy nie grozi nam zwyrodnienie, zagłada?

Podobne pytania skłoniły mnie przed 30 laty do podjęcia mozolnych badań. Przeprowadziłem pomiary antropometryczne, oględziny lekarskie, wywiady z zakresu warunków społecznych kilkudziesięciu tysięcy dzieci, wysyłanych na kolonje letnie, noworodków w instytucie położniczym, chorych szpitalnych i w przychodni bezpłatnej dla biednej ludności Warszawy, chorych moich z praktyki prywatnej. Owocem tych badań były dwa dzieła: Rozwój cielesny proletarjatu Warszawy w świetle pomiarów antropometrycznych (1912 r. str. 176, tab 43) i Rozwój ciel. klas uprzywilejowanych w Król. Polskiem (1914 r. str. 335, tab 98). Wniosek ogólny z tych prac wskazywał, że stan cielesny ludności b. zaboru rosyjskiego przedstawia wiele do życzenia ale rozpaczliwy nie jest. Najgorzej przedstawiała się ludność żydowska, nosząca powszechne cechy niedorozwoju cielesnego, zwłaszcza słabego rozwoju wskaźnika piersiowego i siągu. Dalej szła szlachta, wykazująca tesame braki w mniejszym nieco stopniu. Dobry stan wykazuje mieszczaństwo, niezły — włościaństwo i szlachta zagrodowa. Zamożność odbija się przeważnie na wadze względnej a w małej tylko mierze na rozwoju cielesnym, chociaż proletarjusz Warszawy zarabiał miesięcznie 22,6 rb., koszt jedzenia wynosił na członka rodziny 13,6 kop., a na izbę wypadało przeciętnie 3,3 dorosłych i 2,35 dzieci. Warunki materjalne żydów przedstawiały się korzystniej.

Dalsze moje badania podczas wojny wśród armji rosyjskiej i uczniów szkół w Moskwie potwierdziły te wyniki, nawet je pogłębiły na materjale 40.000. Przedstawiłem go w kilku pracach: Charakterystyka fizyczna ludności naszych kresów wschodnich (1920 r.), Rozwój cielesny uczniów szkół polskich w Moskwie (1916 r.), Oficer armji rosyjskiej ze stanowiska rasy (1919 r.). Na stanowisku profesora Wyż. Kursów Naucz. zbadałem 727 nauczycieli i nauczycielek szkół powszechnych i przeprowadziłem porównanie ich rozwoju cielesnego z umysłowym i społecznym w książce: Nauczycielstwo szkół powsz. ze stanowiska higjeny społ. (1924 r.). Wreszcie na stanowisku v.-prez. Patronatu przeprowadziłem badania małoletnich przestępców o których wydałem książkę (1924 rok). Na podstawie tak obfitego materjału, zebranego osobiście, posiadam dane do wyrażenia poglądu na stan cielesny naszego społeczeństwa. Nie zgadzam się z wywodami p. L. Krzywickiego, który w zestawieniach antropologicznych (Kraków 1912 rok), wyprowadza przeciętne, nie uwzględniwszy tak ważnego czynnika, jak rasa. Ludność żydowska, posiada odrębne cechy. Choćby niski wzrost 1625 mm., gdy u włościan wynosi on w rozmaitych okręgach 1655 — 1698 mm., a u szlachty 1738 mm. albo wskaźnik obwodu czaszki, przekraczający u żydów 34%, gdy u szlachty wynosi on około 32½%, u włościan 33, lub wskaźnik piersiowy u żydów 44, u szlachty 47, u chłopów 51 i t. p. wyłączają możność wyprowadzania jakichkolwiek prze-

ciętnych dla całej ludności. Nikt nie pokusiłby się wyprowadzić przeciętnej wzrostu konia, psa, kota ,nie uwzględniwszy rasy i odmiany. Można być małym cieleśnie, a wielkim umysłowo i odpornym życiowo, a legendarni Goljaci i olbrzymi z rodu Enaków i Samsoni wyginęli od proc Dawidów i nożyc filistynek. Cechy antropologiczne a rozwojowe to nie to samo. Pierwsze odznaczają się wielką stałością i np. wysoki wzrost nie zależy zupełnie od dobrobytu i intensywnego żywienia, lecz jest wielkością prawie niezmienną, ulegającą wahaniom tylko pod wpływem krzyżowania.

Praca w kasie chorych nie pozwala na prowadzenie dalszych pomiarów antropometrycznych, bo to pochłania zbyt wiele czasu. Dlatego też postanowiłem wyzyskać posiadany materjał w zupełnie innym zakresie.

Wzór do moich badań obejmuje następujące punkty: Płeć, wiek, stan rodzinny, liczba dzieci żyjących, zmarłych, poronień samoistnych i sztucznych, obecność ciąży. Zawód i choroba. Wiek rozpoczęcia stosunków płciowych, ich liczba tygodniowo (u kobiet zadowolenie, lub brak jego przy stosunkach). Wiek rozpoczęcia samogwałtu, jego częstość. U kobiet wiek zaczęcia miesiączek. Wiek przebytych chorób wenerycznych. Wiek rozpoczęcia palenia tytuniu i używania wyskoku. Ilość tych używek. Wszystkie powyższe dane zapisuję odpowiedniemi symbolami, co sprowadza całe badanie do minuty. Opracowanie tego materjału wymaga sporo czasu. Przed 2 laty napisałem już tę pracę, jednak wstrzymałem się z jej ogłoszeniem, bo nasuwało mi się szereg wątpliwości, które trzeba było rozstrzygnąć na większym materjale. Dziś rozporządzam 5000 spostrzeżeń, mogę więc stawiać uzasadnione wnioski.

I. Mężczyźni. Stan ich rodzinny. Zawód. Choroby. (Tablica I).

Z liczby 2051 zbadanych w Kasie Ch. m. Warszawy mężczyzn miałem: katolików 1312, protestantów 24, prawosławnych 14 i żydów 700. Nie mogę sprawdzić, czy liczby te odpowiadają ogólnym stosunkom ubezpieczonych, ponieważ ta rubryka jest zupełnie pominięta. Najbardziej korzystają z pomocy Kasy — żydzi. To samo stwierdziłem przed wojną w przychodni bezpłatnej, gdzie stanowili oni połowę moich pacjentów z liczby 14000. Uważa się to za większą dbałość o zdrowie. Jednak nasuwa przypuszczenie, że ma się do czynienia *z większą zachorowalnością i mniejszą odpornością.*

Stan rodzinny naszych chorych wykazuje przewagę bezżennych. Mamy ich wśród chrz. 677, czyli 50,2%, a wśród żydów 448, czyli 64%. Czyżby oni odznaczali się największą chorowitością? A może to czynniki społeczne i gospodarcze sprawiają, że tak wielka liczba mężczyzn nie może zawiązać rodziny? Rzuca się w oczy, że wiek zawierania związków małżeńskich jest znacznie opóźniony: przed wojną większość ludności żeniła się zaraz po powrocie z wojska, około 24 r. ż. W pracy: Życie płciowe naszego ludu miejskiego (1908 r.), wskazuję ten właśnie wiek za przeciętny. Jeżeli więc potrącić z naszych liczb młodzież poniżej tego wieku, czyli 465 chrz. i 353 żydów, to i tak pozostanie bezżennych w wieku powyżej 24 lat 212 i 95. Nawet powyżej 40 r. ż. mamy jeszcze 26 i 1 kawalerów.

Liczba wdowców wynosi 32 i 7, czyli nie przekracza przeciętnych dla ogółu ludności, natomiast liczba rozwiedzionych 13, wyłącznie wśród chrześcijan, jest uderzająca. Nie chodzi tu wprawdzie o rozwody formalne, lecz przeważnie o rozstanie się małżonków. W stosunku do 674 rodzinnych jest to wielki odsetek 1,92%. Pomiędzy 24 a 29 r. ż. mężczyzny wypada na 143 stadła 6 zerwanych (4,2%).

U polaków wypada na 674 rodziny 8600 lat pożycia małżeńskiego, czyli 12,8 lat przeciętnie, małżeństw bezdzietnych jest 137 (20,3%!), dzieci żyjących mają 1144, czyli 2,1 na dzietną rodzinę, zmarłych dzieci 451, czyli 0,84 na rodzinę, ciąży zaznaczono 20, poronień samoistnych 19, sztucznych 18. W porównaniu ze stosunkami przedwojennemi wygląda to inaczej: na 2880 rodzin miałem tam 272 bezdzietnych (9,44%), dzieci żywych 6509 (2½ na rodzinę), zmarłych 4752 (1,8), poronień 2183 (0,8), ciąży 251 (0,09), czyli całkowita rozródczość rodziny wynosiła przeciętnie 5,3 dzieci na matkę, a powyżej 50 r. ż. wypadało na matkę dzieci: żyjących 3,93, zmarłych 3,22, poronionych 1,48, ogółem 8,63. To są liczby zupełnie odmienne. Zestawienie naszych danych podług grup wieku wykazuje wielką liczbę bezdzietnych w wieku młodszym, małą liczbę dzieci i dużą poronień, przeważnie sztucznych. W gru-

ó	b			Samogwałt						Stosunki płciowe													
II	IXX	XX	XXI	Wiek			Częstość			Wiek rozpoczęcia		Ile razy tydzień			Piją wódkę od lat				Ilość		
	Otyłość	Dna	Zdrowi	> 15 r. ż.	15 — 18	< 18	1 na tydzień	Często	Codzień	> 17 r. ż.	17 — 18	> 10	11—20	< 20	> 15	15—18	19—21	< 21	Od święt.	często	codz.
				3			2	1				2			5				5		
1	2	—	8	9	34	1	20	22	2	25	32	76	17	4	42	37			73	5	1
	1		7	10	46	18	30	35	9	30	111	87	110	32	6	189	44	2	210	26	5
			6	7	25	11	19	19	5	22	79	67	104	40	5	142	47	6	155	35	10
			7	8	11	3	6	15	1	18	45	35	58	34	4	80	24	16	82	28	14
	1		6	4	7	4	7	7	1	15	36	19	47	27	2	55	25	7	66	16	7
	2	1	1	9	2	1	9	3		6	29	31	50	35	3	69	44	10	85	34	7
		3	—		2			2		3	12	29	23	13	6	44	16	6	50	15	7
		1	—							6	16	31	27	9	2	45	15	15	55	16	6
	6	5	34	50	127	38	93	104	18	125	360	377	436	194	75	661	215	62	781	175	57
3	0,4	0,4	2,4	3,7	9,4	2,8	6,9	7,7	1,3	9,3	29,7	27,9	32,2	14,4	5,9	48,6	15,9	4,6	57,7	13	4,1
					1			1							1				1		
2			11	11	22	—	11	17	5	25	20	40	8	1	12	10			22		
	1		3	11	33	14	16	34	8	24	74	67	39	8	7	79	9		78	15	2
			6	8	9	7	10	10	4	16	32	95	35	14	2	50	6	—	52	4	2
		1	4	3	9	1	2	9	2	13	20	22	18	11		43	2	2	42	3	2
	2	1	—	1	6	1	1	6	1	5	13	10	9	8	1	22	4		24	3	
	1		1	3	6	—	2	7	—	3	11	5	8	3	2	20	4		21	1	4
	2				2			2		4	8	3	6	4		14	3		10	6	1
		1								2	9	6	5	1	1	14	2		14	2	1
3	6	3	25	37	88	23	42	86	20	92	187	178	128	50	26	252	30	2	264	34	12
4	0,4	0,3	3,7	5,3	12,5	3,2	6	12,2	2,8	13	26,7	25,4	18,3	7,2	3,7	36	4,3	0,3	37,8	4,8	1,7

pie 50 — 59 lat ż. mamy na 68 małżeństw 6 bezdzietnych, 196 dzieci żyjących (3,2 na rodz.), 83 zmarłych (1,3) i zaledwo 2 poronienia. W następnej grupie zaznacza się to jeszcze wyraźniej: na 74 małżeństwa niema ani jednego bezdzietnego, mają one 252 dzieci (3,4), zmarłych 160 (1,7), poronień niema. Stosunki powojenne zmieniły się więc wyraźnie. Statystyka ogólnopaństwowa wskazuje, że jest to objaw powszechny w całej Polsce. W 1930 r. zawarto 300000 małżeństw (9,7 na tysiąc lud.), urodziło się żywych 1016000 dzieci, zmarło ogółem 490000, przyrost naturalny wynosi 526000 (17 na 1000 lud.). Zmniejszyła się śmiertelność, zwłaszcza dzieci i niemowląt, a zmniejszenie płodności nie odbiło się ujemnie na przyroście naturalnym, który przoduje w Europie, gdzie Rumunja wykazuje 15,6, Holandja 12,1, Portugalja 11,7, a Niemcy spadły z 12,9 do 5,3, Anglja z 10,7 do 2,9, Austrja z 5,3 do 2,2, Francja z 0,7 do 0,3.

Wśród żydów mamy niewątpliwie opóźnienie wieku związków małżeńskich i płodności. Na 252 rodziny wypada 3150 lat pożycia małżeńskiego, czyli po 12½ r. Bezdzietnych jest 60 małżeństw (23,8%). Na 192 rodz. wypada dzieci: żyjących 536 (2,8), zmarłych 121 (0,63), ciąży 10 (0,05) poronień 3. Ogółem na 12½ lat pożycia 3,48 ciąże na matkę, gdy przed wojną było 7,5. Na 62 małż. w wieku 30 — 34 r. ż. wypada 398 lat pożycia (6,4), 10 bezdzietnych (16,1), dzieci: żyjących 123 (2,4), zmarłych 19 (0,3), a powyżej 50 r. ż. na 43 rodziny wypada 1644 lata pożycia (38,2), bezdzietnych niema, dzieci: żywych 178 (4,1), zmarłych 62 (1,5), czyli ogółem 5,6 ciąży na matkę. Są to wyraźnie niższe liczby, niż przed wojną. Znaczyłoby to, że rozróżdztwo u żydów zmniejszyło się. Jest to więc objaw powszechny, mający swe źródło niezawodnie w ogólnym stanie gospodarczym. W Niemczech wywołało to jeszcze przed wojną niepokój.

Pewne wskazówki co do stanu zamożności daje ugrupowanie naszego materjału podług zawodów. Zestawiam go, jak w pracach poprzednich, w 9 grupach, mając na względzie przedewszystkiem stałość i wysokość zarobku, mianowicie: 1) robotnicy są najgorzej zabezpieczeni, 2) rzemieślnicy mają korzystniejsze warunki pracy, jednak na ich zarobkach odbijają się wahania stanu rynku, 3) służba domowa ma byt zabezpieczony zadawalająco i stale, 4) służba osobista (woźni, gońce, bony, fryzjerzy, woźnice i t. p.), mający dość stały zarobek, 5) sklepowi, kolporterzy, inkasenci i pracujący w handlu, 6) drobni przemysłowcy, 7) technicy, mechanicy, szoferzy, zecerzy i inni z wykształceniem zawodowem, 8) pracownicy umysłowi, urzędnicy, księgowi, nauczyciele, dziennikarze i 9) nie zarobkujący samodzielnie (dzieci przy rodzicach, starcy, inwalidzi). Ugrupowanie nie daje ścisłych wskazówek co do stanu zamożności, jednak nawet bezpośrednie rozpytywanie się o zarobek miesięczny przekonało mnie, że zadowoleni należą do wyjątków. Najtrudniej jest dwu pierwszym grupom, jednak i w gr. 5 spotykam się nieraz z niewiarygodnym wyzyskiem, zwłaszcza wśród żydówek, zarabiających jako sklepowe za 12 godzin pracy 40 — 60 zł. mies. Naogół stan wyrobników, robotników i rzemieślników był przed wojną znacznie gorszy.

W naszym materjale mamy na 1350 polaków: 1) 125 (9,25%), 2) 413 (30,6%), 3) i 4) 288 (21,4%), 5) 85 (6,29%), 7) 181 (13,4%), 8) 202 (14,95%), 9) 56 (4,1%). A więc przynajmniej 2 pierwsze grupy, czyli 39,85% są w trudnych warunkach materjalnych. Rozpatrzmy, jak w zależności od tego układa się sprawa związków małżeńskich. (Tabl. II).

Liczba żonatych w stosunku do L. członkód danej grupy (A:B):

Tabl. II wskazuje, że przyrost liczby związków małżeńskich postępuje szybko z wiekiem, jest niewielki przed 25 r. ż. mężczyzny a około 40 r. ż. jest jeszcze 10,2 kawalerów. Najgorzej rzecz przedstawia się wśród robotników w wieku młodszym, choć przed wojną oni właśnie byli najśpieszniejsi do żeniaczki. Znacznie lepiej dzieje się rzemieślnikom i technikom, bo wcześniej zawierają małżeństwa. Najgorzej sprawa wygląda w gr. V, choć uposażenie ich jest stosunkowo dobre. Będziemy musieli szukać innej przyczyny przy dalszych zestawieniach.

Wśród żydów mamy w poszczególnych grupach zawodowych: I 9,4%, II 39,1%, IV 5,3%, V i VI 17,9%, VIII 15,7% i IX 4%.

Liczba żonatych w stosunku do L. czł. danej grupy (A:B) (Tabl. III):

TABLICA II.

Okres wieku / Zawody mężczyzn	20 — 24 A : B	25 — 29 A : B	30 — 34 A : B	35 — 39 A : B	Ogółem A : B	%
I Robotników	2 : 32	17 : 31	18 : 21	6 : 7	43 : 91	47,2
II Rzemieślników	19 : 99	50 : 88	31 : 38	29 : 32	129 : 257	50,6
IV Służby	5 : 48	24 : 45	32 : 39	19 : 19	80 : 151	53
V Handlowców	3 : 23	5 : 11	4 : 6	4 : 6	16 : 46	34,8
VII Techników	13 : 72	20 : 34	17 : 21	11 : 13	61 : 140	43,6
VIII Urzędników	7 : 44	25 : 49	21 : 30	23 : 26	76 : 149	51
Ogółem	49 : 318	141 : 258	123 : 155	92 : 103	405 : 834	48,56 %
% żonatych	15,4	54,6	79,3	89,8		

TABLICA III.

Okres wieku / Zawody żydów	20 — 24 A : B	25 — 29 A : B	30 — 34 A : B	35 — 39 A : B	Ogółem A : B	%
I Robotnicy	2 16	11 17	7 7	2 3	22 43	51,2
II Rzemieślnicy	9 114	25 47	20 25	17 18	71 204	34,8
IV Służba	4 12	2 4	2 2	2 3	10 21	47,6
V Handlowcy	1 37	7 27	11 14	6 6	25 84	29,7
VII Technicy	2 15	6 15	7 16	1 1	16 47	34
VIII Urzędnicy	1 32	9 23	13 13	8 9	31 77	39,8
Ogółem	19 : 226	60 : 133	60 : 77	36 : 40	175 : 476	36,7
%	8,4	45,2	77,9	90		

A więc wczesne małżeństwa u żydów należą już tylko do wspomnień. Do 24 r. ż. jest ich zaledwo 8,4%, a w 40 r. ż. pozostaje jeszcze około 10% nieżonatych. Najwięcej żonatych wypada na robotników, najmniej na handlowców, podobnież jak i u polaków.

Trzymając się ogólnego wzoru mianownictwa chorób p/g Kom. Międzynarod. z 14/X.20, grupuję rozpoznania w 20 grupach, mianowicie: 1) ostre, zakaźne, 2) gruźlica, 3) weneryczne, 4) nowotwory, 5) gościec staw., 6) nerwowe, 7) narz. krążenia i krwi, 8) oddychania, 9) trawienia, 10) moczowe, 11) skóry, 12) ciąża, poród, poronienia, kobiece, 13) rozwojowe, 14) starość, 15) wyczerpanie, 16) urazy, 17) wole, 18) kości, ropnie, 19) otyłość, cukrzyca, 20) dna, 21) brak choroby.

Z tego zestawienia widzimy, że ostre choroby zakaźne wynoszą u polaków 9,1%, a u żydów 6,4% ogółu zachorowań. Są to najczęściej zapalenia migdałków; spotykam je przeważnie w brudnych, zakurzonych i zadymionych okolicach zwłaszcza w porze suchej. Z innych chorób zakaźnych spotykam kilka przypadków róży, krztuśca, odry, sporo ostrych zapaleń oskrzeli, tak chętnie nazywanych grypą.

Gruźlicę stwierdziłem u 4,3% polaków i 14,3% żydów. Statystyka m. st. Warszawy i Łodzi wskazuje na znacznie mniejszy współczynnik śmiertelności z gruźlicy wśród żydów, niż polaków, np. w 25 r. miał on wynosić w Warszawie wśród polaków 19,15%, polek 16,94% wszystkich zgonów, a wśród żydów tylko 11,76 i 9,81%, zaś w Łodzi polaków 21,1% i 18,54%, a u żydów 11,72 i 11,54%. Te liczby są zupełnie sprzeczne ze wszystkiemi mojemi dotychczasowemi badaniami, choćby z zestawieniami z 14,000 moich chorych z przychodni bezpłatnej , danemi poborowemi, przeprowadzoną przezemnie statystyką szpitalną w całej Polsce. Próbowano bronić tych mylnych liczb teoryjkami w rodzaju urbanizacji żydów, która miała im zapewnić większą odporność. Pisano też, że wielu żydów umiera w Otwocku i dlatego nie dostają się do statystyki Warszawy (?!). W pracy: Współczynnik śmiertelności w Warszawie i Łodzi (1928 r.) wskazuję te czynniki, między innemi ogromną umieralność żydów na zapalenie płuc i opon mózgowych. Pod ich osłoną ukrywa się niezawodnie dużo przypadków gruźlicy. Wprawdzie przebieg choroby może być łagodniejszy dzięki korzystniejszym warunkom pracy i większej zamożności, wstrzemięźliwości płciowej, mniejszemu nadużywaniu używek, jednak to może się odbić tylko na powolniejszym przebiegu choroby, na długowieczności, lecz nie zmniejszy liczby zgonów z gruźlicy.

W celu dokładniejszego wyjaśnienia sprawy grupuję gruźlików podług grup, wieku, stanu rodzinnego i zawodu (Tabl. IV):

TABLICA IV:.

Wiek — Zawód	Do 16	16—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—49	<50	Ogółem	%
		P	O	L	A			C	Y	
1. Robotnicy		1	1	1	1	1			5 : 125	4
2. Rzemieśl.		1	2	3	1	1	2	1	11 : 413	2,6
3. 4. Służba		2	3	2	4	1	2		14 : 289	4,8
5. Handlowcy		1	1		2	1			4 : 85	4,7
7. Technicy		2	4	3			1		11 : 181	6,1
8. Urzędnicy			2	4	2	1	—	1	10 : 202	4,9
9. U rodziny	2	1							3 : 56	5,4
Ogółem	2	8	13	13	10	5	5	2	58 : 1350	4,3
			Ż	Y	D	Z			I	
1. Robot.			2						2 : 66	3,1
2. Rzemieśl.	1	7	23	2	4	2	3		42 : 274	15,4
4. Służba		2	2	2	1			1	8 : 37	21,6
5. Handlowcy		4	9	6	1	2			22 : 125	17,6
7. Technicy			2	1					3 : 60	5
8. Urzędnicy			7	3	2	1	1	2	16 : 110	14,5
9. U rodziny	1	6							7 : 28	25
Ogółem	2	19	45	14	8	5	4	3	100 : 701	14,3

Liczby nie są duże, jednak mają swą wymowę. Wśród polaków najwięcej gruźlików mamy techników, którzy nietylko pracują w kurzu, lecz i nadużywają wyskoku i tytuniu. Wśród żydów na pierwszem miejscu stoi młodzież, która jest w rzeczy samej krzywicowa, źle rozwinięta cieleśnie, źle odżywiana. Na 2-im miejscu stoi służba, a właściwie usługi osobiste: fryzjerzy, kelnerzy, woźni, gońcy i t. p. w dużej mierze niezdolni do cięższej pracy cielesnej. To samo dotyczy w dużej mierze handlowców. Wskazuje to na zły stan cielesny młodego pokolenia żydowskiego. Potwierdza to jeszcze jeden fakt, że z pośród 730 polaków w wieku od 20 do 34 odbyło powinność wojskową 415 (57,6%), a na 440 żydów tylko 62 (14%). Jest to sprawdzian niedorozwoju cielesnego żydów; zaznaczał on się wyraźnie już przed wojną przy poborach i daje wdzięczny grunt do rozwoju gruźlicy.

Związki małżeńskie gruźlików zawierane są, jak następuje: z ogólnej liczby ich w grupach wieku jest żonatych

W i e k	20 — 24	24 — 29	30 — 34	35 — 39	40 — 49	<50	Ogółem	%
Polacy	4 : 13	8 : 13	8 : 10	2 : 5	5 : 5	1 : 2	28 : 48	58,3
Żydzi	2 : 45	2 : 14	8 : 8	3 : 5	3 : 4	3 : 3	21 : 79	26,6

Wygląda na to, że polacy gruźlicy żenią się wcześniej i chętniej, niż ogół mężczyzn (49,8%), a u żydów % ich jest mniejszy od przeciętnych (36%).

Choroby weneryczne spotykam tylko przypadkowo. Potwarzenie nas przed paru laty w prasie niemieckiej, jakoby połowa ludności naszej była dotknięta przymiotem, miało cele wybitnie polityczne.

Nowotwory wynoszą w moim materjale u polaków 0,4, u żydów 0,1%. Z nich jeden jest włókniak sutka u 14-letn. ucznia, 2) tłuszczak u 18-let. chłopca, 3) rak żołądka na tle wrzodu u 44-let. tkacza, wdowca, ożenionego w 22 r. ż., mającego 2 dzieci, nie palącego, nie pijącego i nie mającego chorób wenerycznych, 4) rak żołądka, krawiec 48 lat, żonaty 22, dzieci 3, zmarło 4, pali dużo, pije codzień od 18 r. ż., 5) rak przełyku, stróż 55 lat, żonaty 27, dzieci 4,

pali i pije nałogowo od 18 r. ż., 6) rak migdałków, rządca domu, żyd 67 lat, żonaty 44 lata, dzieci 6, nadużycia płciowe, pali i pije umiarkowanie. — A więc raki nie są zbyt częste, bo spotykam je wszystkiego 4 na 2051 chorych mężczyzn, czyli 40 razy rzadziej, niż gruźlicę. Zgadza się to z mojemi badaniami poprzedniemi.

Gościec stawowy spotykam przeciętnie w 2,2% u polaków i 2% u żydów. Stanowi on najczęściej następstwo zapalenia migdałków.

Choroby nerwowe wynoszą u polaków 20,6%, u żydów 24,7%. Są to w znacznej mierze nerwice, jako wyraz przepracowania, wysiłków, nadużyć, zawodów, niedostatecznego żywienia. Jeżeli wszakże zgrupować choroby nerwowe o charakterze organicznym, to okaże się, że jest ich bardzo dużo. Zestawiam je podług wieku w grupach: I Nerwobóle, II Wyczerpanie na tle samogwałtu, III Dusznica oskrzelowa, Basedow, migrena, IV Porażenia org. (Tabes d., hemiplegiae, alkoholizm, przymiot ukł. nerw., padaczka) (Tabl. V).

TABLICA V.

Grupy wieku	Poniż. 20	20—24	25—29	30—34	35—39	40—49	< 50	Ogółem
Ogół. nerwow. polak.	47	69	49	42	19	32	18	276
I Nerwobóle . . .	8	21	22	18	4	17	14	104
II Wycz. płciowe . .	5	5	2	2	1	1	—	16
III Dusznica	2	1	2	2		2	—	9
IV Organiczne cierp. .			2	6	2	7	1	18
Ogół polacy	15	27	28	28	7	27	15	147
% ogółu polsk. . . .	31,8	42%	49,2	66,7	36,8	84,3	82,2	53,2
Ogół. nerw. żydów . .	36	58	33	19	9	11	7	173
I Nerwobóle . . .	4	14	7	5	2	9	5	46
II Wycz. płciowe . .	7	11	3	3				24
III Dusznica	2	4	3	1				10
IV Organiczne . . .	1	1		1		1	1	5
Ogół. żydzi	14	30	13	10	2	10	6	85
% ogółu żydów . . .	38,8	51,7	39,4	52,6	22,2	90,1	85,7	49,1

Choroby nerwowe z podkładem organicznym, spotyka się u polaków aż w 53,2% chorób nerwowych a u żydów w 49,1. Odsetki te powiększają się dość znacznie z wiekiem. Najczęściej spotyka się rozmaite nerwobóle. Wyczerpanie płciowe daje najwięcej przypadków w okresie młodzieńczym a potem stopniowo ustępuje. Z cierpień organicznych spotykamy u polaków 9 przypadków wiądu i przymiotu ukł. nerw., 4 przyp. alkoholizmu, 3 padaczki i 1 porażenia połowiczne. U żydów mamy 2 przyp. tabesu, 1 przymiotu, 1 paraliż dziecięcy i 1 alkoholizm. W zestawieniu tych chorych z ich zawodami otrzymamy (Tabl. VI):

TABLICA VI.

Grupa chorych	Polacy				Ogół	Na	%	Żydzi				Ogół	Na	%
Zawody	I	II	III	IV				I	II	III	IV			
I Robotnicy	14	2		1	17	125	13,6	9	1			10	66	15,1
II Rzemieślnicy . . .	34	8		1	43	413	10,4	17	2	5	10	34	274	12,3
IV Służba	27	2	2	1	32	288	11,1			1	2	3	37	8,1
V Handlowcy	8	1		2	11	85	12,9	7		1	5	13	125	10,4
VII Technicy	12	2	3	7	24	181	13,2	6				6	60	10
VIII Urzędnicy	9	3	4	3	19	202	9,4	7	2	2	6	17	110	15,4
IX U rodzin				1	1	56	1,8			1	1	2	28	7,1
Razem . . .	104	18	9	16	147	1350	10,9	46	5	10	24	85	700	12,2

Choroby układu krążenia spotykamy u 3,9% polaków i 4,3% żydów. Są to przeważnie wady serca w wieku młodszym, i choroby mięśnia sercowego w wieku późniejszym. Tętniaki aorty zanotowałem 4: 1) 41-letni ślusarz, żonaty 5 lat, ma 1 dziecko, kiły nie przechodził podobno, pali dużo od 20 r. ż., 2) 47-letni cukiernik, kawaler, lues w 25 r. ż., pali dużo od 22 r. ż., 3) 60-letni rzeźnik, żyd, żonaty 16 lat, nie przechodził luesu, ma 3 dzieci, pali dużo od 18 r. W wątpliwych przypadkach nie udało się zrobić próby Wassermana. Przypadków chorób krwi nie spostrzegałem. Nie rozpoznaję niedokrwistości bez odpowiednich badań krwi na podstawie jedynie bladego wyglądu.

Choroby narządów oddychania wynoszą u polaków 23,9%, a u żydów 16,3%. Są to przeważnie przemijające zapalenia oskrzeli, tchawicy, krtani i nosa. Mniejsza ich częstość u żydów zależy prawdopodobnie od korzystniejszych u nich warunków pracy, w mniejszym kurzu. Zapewne odgrywa też rolę mniejsze używanie tytuniu i wyskoku (P. d.).

Choroby przewodu pokarmowego wynoszą u polaków 21,7%, u żydów 17,4%. Najczęstsze są nieżyty przewlekłe żołądka. Rzadziej stosunkowo spotyka się nieżyt jelit grubych, jeszcze rzadziej cienkich. Najcięższe choroby spotykamy w następujących stosunkach: wrzód żołądka i dwunastnicy u polaków 13 (4,4%), u żydów 3 (2,4%), choroby wątroby 13 (4,4%) i 4 (3,3%), zapalenie wyrostka robacz. 19 (6,5%) i 10 (8,1%). Najwięcej tych chorób przypada na urzędników i techników, mianowicie u polaków 20 z 45.

Choroby narządów moczowych spotykamy u polaków w 2%, u żydów w 2,7%. Przeważają tu zapalenia miedniczek i pęcherza.

W szeregu innych chorób spotyka się wycieńczenie i ogólne wyczerpanie u 1,5% polaków i 1,3% żydów. Otyłość u 6 polaków i 2 żydów, pozatem wyłącznie u żydów mamy 4 przypadki cukrzycy.

Rzuciwszy raz jeszcze okiem na wykaz zachorowań, musimy stwierdzić, że są one w przeważającej liczbie przemijające, niezbyt ciężkie i kończą się prawie zawsze dość szybkiem wyzdrowieniem. W sumie cięższe przypadki nie przekroczą u polaków 10%, a u żydów 20% spostrzeżeń.

II. Życie płciowe mężczyzn. Używanie tytoniu i wyskoku.

Stykając się z ciężkiemi warunkami bytu, zadaje sobie nieraz pytanie lekarz, co trzyma ludzi przy życiu? Wzrasta stopniowo liczba samobójstw, dochodząc w miastach polskich ponad 100,000 mieszkańców do 2,2 na 10000 ludn., a to dało w 29 r. 705 na 42039 zgonów (1,7%), a w 30 r. 723 na 40478 (1,9%), a w całej Polsce doszło w 28 r. do 4313 zamachów samobójczych. Wśród zawiedzionych i wykolejonych, którzy w taki sposób chcą przerwać swe cierpienia, przeważają ludzie zdeklasowani, pokrzywdzeni. Brak tu prawie zupełnie przedstawicieli klas upośledzonych, którzy przywykli do swego nędznego bytu. Poza uwiedzionemi pannami, które nie chcą przeżyć swej hańby, spotyka się tylko pojedyńcze przypadki samobójstw ze względów materjalnych nawet wśród zupełnej nędzy. Co tych ludzi trzyma przy życiu? Najchętniej powołują się znawcy stosunków gromadzkich na względy religijne. Może istotnie odgrywają one rolę u kobiet. Ale u mężczyzn instynkt samozachowawczy prowadzi ich innemi tory. Głównemi czynnikami są tu właśnie życie płciowe i używki.

Badanie młodzieży w zakresie samogwałtu spotyka się nieraz z dużemi trudnościami. Jednak same oględziny lekarskie pozwalają często stwierdzić, że chłopiec się zapiera, a nawiązanie jego zaburzeń do nałogu stwarza odrazu prawdomówność. Nawiązuje to nawet nić zaufania do lekarza. Na tej drodze zdobyłem dość dokładne wiadomości o samogwałcie u młodzieży. Znacznie trudniej jest z dorosłymi, którzy najczęściej udają, że nie pamiętają. Tłomaczy to, dlaczego odsetek onanistów jest w omawianym materjale stosunkowo znacznie mniejszy, niż np. w zestawieniach, jakie zrobiłem u uczniów szkół średnich, powszechnych i u małoletnich przestępców. Ogół oddających się samogwałtowi 15,9% polaków i 21% żydów jest stanowczo za niski. Obliczenie onanistów w wieku poniżej 30 r. ż. daje nieco wyższe odsetki: 19,4 i 22,9, ale i to nie odpowiada zapewno rzeczywistości. To zdaje się jednak prawdopodobne, że samogwałt występuje naogół w wieku niezbyt wczesnym, stosunkowo rzadko poniżej 15 r. ż. Nałogowców w ścisłem słowa znaczeniu spotykam zaledwo 1,3 i 2,8.

Znacznie dokładniejsze dane dotyczą stosunków płciowych. Uwzględniam nadewszystko wiek ich rozpoczęcia i ich czę-

stość. Poniżej 17 r. ż. zaczyna je 9,3% polaków i 13% żydów.

Na wiek 17 i 18 r. ż. przypada 26,7%. Jest to bezwarunkowo przedwcześnie, ale stosunki odbywają się rzadko ze względów materjalnych. Niestety uzupełnia to sobie młodzież często jednoczesnym samogwałtem. Dotyczy to w pewnej mierze i następnego dwulecia. Po 20 r. ż. mamy jednak 23% i 15,9% młodzieży, która do tego czasu była wstrzemięźliwa. Wśród nich 15,2% i 8,3% zaczęło stosunki dopiero po zawarciu związków małżeńskich. Ta wstrzemięźliwość ciągnie się nieraz poza 30 r. ż. daje więc rękojmię wyrobienia woli i odporności. Przyjrzyjmy się im, nieco dokładniej, uwzględniając wiek zawarcia małżeństwa, liczbę potomstwa, zawód i stan zdrowia. (Tabl. VII).

Otóż na 62 polaków i 24 żydów stosunki układają się, jak następuje:

TABLICA VII.

Gr. wieku	Spostrz.	Lat poz. małżeńsk.	L. dzieci		Zawody chorych		
			żyw.	zmar.	I-IV	V	VII VIII
Polacy							
do 30 r.ż.	13	44	11	2	9		4
30 — 39	15	121	26	5	13		2
40 — 50	21	404	63	32	18		3
pow. 50	13	496	51	30	11	1	1
Żydzi							
do 30 r.ż.	9	26	9		6	2	1
30 — 39	10	77	28	1	8	1	1
40 — 50	4	73	9		2	1	1
pow. 50	1	52	8		1		

Z tego zestawienia wynika, że są to mężczyźni, którzy pożenili się przeważnie w bardzo młodym wieku przed 22 r. ż., pochodzą prawie wyłącznie z klas robotniczych i rzemieślniczych oraz służby, 2 jest wśród dnich inwalidów, 2 gruźlików. Liczba dzieci w tych rodzinach nie przekracza przeciętnych, podobnież jak sprawność płciowa. O wstrzemięźliwości płciowej trudno tu właściwie mówić, raczej o pomyślnem ułożeniu się warunków życiowych, które pozwoliły na wczesny ożenek. Nie przeszkadza to jednak temu, że 2 z tych uprzywilejowanych przechodziło w późniejszym wieku rzeżączkę.

Z zestawienia odsetków ogólnych wynika, że nie rozpoczęło stosunków 226 (16,1%) naszych chorych, a nie miewa stosunków 295 (21,8%). W pierwszym przypadku chodzi o młodzież, w drugim o mężczyzn i starców. Na 210 młodzieńców poniżej 20 r. ż. rozpoczęło stosunki 57 (27,1%) polaków, a na 142 żydów 45 (31,7%). Pomiędzy 20 — 24 r. ż. na 323 pol. żyje płciowo już 270 (w tem żonatych 48), czyli 83,8% pol. i 177 na 230 żyd., czyli 76,9%. Od 25 — 29 r. ż. mamy jeszcze 7 na 260 wstrzemięźliwych pol. i 10 na 133 żyd. Są to w połowie onaniści, niezdolni do stosunków płciowych. To samo dotyczy okresu 30 — 34 r. ż., gdzie wstrzemięźliwość jest 5 na 159 i 4 na 78. W następnych okresach zaczyna się już nieudolność płciowa, wzrastająca z wiekiem. Jednak nawet powyżej 60 r. ż. mamy jeszcze 30 na 77 pol. i 8 na 22 żydów, miewających stosunki po parę razy na miesiąc.

Wrażenie ogólne jest, że sprawa życia płciowego nie jest uregulowana. Jest to jedna z szeregu bolączek społecznych, nad któremi mozolą się od wieków narody o znacznie wyższej kulturze, wyzwolone z pojęć średniowiecznych, z przesądów. Małżeństwo nie jest tylko rozwiązaniem zagadnień płciowych, lecz czynnikiem bardzo złożonym, którego nie można traktować na sposób ludzi pierwotnych, jak to wskazałem w książce: „Dziecko“ w rozdziale: Nieślubne (1926 r.). Te nieszczęsne ofiary nieuregulowania stosunków społecznych, których prawa są ograniczone przez kodeks cywilny, głoszący w art. 305: „poszukiwanie ojcostwa jest zabronione...“, są poniekąd sprawdzianem fatalnego stanu rzeczy. Nieślubne wynoszą w Warszawie 8% noworodków, w Łodzi 6,5, w Poznaniu 16,7, w Krakowie 25,3%, jednak nie są to liczby zbyt wielkie: w Berlinie jest ich 15,9%, w Marsylji 17, w Rzymie 17,7, w Lipsku 18,9, w Kopenhadze 24,3, w Paryżu 26,5, Budapeszcie 27,4, Sztokholmie, tem wysokokulturalnem mieście, gdzie na ulicach nie spotyka się nierządu, 31,4%, w Wiedniu 31,7, w Pradze 43,8%. A więc nawet w państwach o wysokiej kulturze zagadnienie związków płci nie zostało uregulowane w taki sposób, by dać mu charakter jakiej takiej trwałości. Stosunki w Warszawie wyglądają wobec tego jeszcze znośnie.

Co się tyczy chorób wenerycznych, to rzeżączkę przechodziło 24,8% polaków i 16,6% żydów, przymiot 4% i 1,7%, szankra 2,6 i 0,4%. W porównaniu np. z ofi-

cerami armji rosyjskiej są to odsetki niskie, bo rzeżączkę przechodziło tam 69,7% rosjan i 56,3% polaków, a przymiot 28,3 i 22,4%. Pod względem wieku większość przypada na okres dojrzałości 20 — 25 r. ż., jednak i później spotyka się dość dużo zarażeń nawet wśród żonatych, a to jest sprawdzianem, że wczesny ożenek nie jest bezwzględnem rozwiązaniem zagadnienia płciowego i że postawienie go na właściwem miejscu w szeregu innych czynników życiowych ma znaczenie istotne.

W celu uwypuklenia społecznego znaczenia tej sprawy zestawiam chorych wenerycznych podług wieku i zawodów (Tabl. VIII):

TABLICA VIII.

Gr. wieku / Zawody	Rzeżączka						Razem	Przymiot						Razem	Szanker					
	I	II	IV	V	VII	VIII		I	II	IV	V	VII	VIII		I	II	IV	V	VII	VIII
Polacy																				
>20 rż.	—	4	2	1	3	—	10	—	1					1		1		1	1	—
20—24	3	6	9	4	10	13	55		2			3	1	6	2	2		1	1	—
25—29	8	25	14	4	11	14	76	2	4	1		1		8	3	5			1	2
30—34	6	13	9	2	11	13	54	2	1	5	1	2		11	—	2	1		1	2
35—39	1	12	7	6	7	20	53	1	2	2	1	1	1	8		2				
40—49		17	8	6	10	10	51		4	2	2	1	4	13		1	1			1
<50	3	12	9	3	5	15	48		2	1	1		3	7		1	1	1	1	
Ogółem	21	99	58	26	57	85	346	5	16	11	5	8	9	54	5	14	3	3	5	5
% chor.	16,1	23,9	20	30,6	31,5	42,1	25,7	4	3,8	3,8	5,9	4,4	4,4	4	4	3,4	1	5,8	2,8	2,5
Żydzi																				
>20 rż.		2	3	1			6													
20—24	2	2	2	11	4	6	27		1					1		2				
25—29	4	14	3	10	7	7	45		3					3						1
30—34	1	3		1	4	6	15		2				3	5						
35—39	3	5		1	1	4	14													
40—49	2	1		3		3	9						1	1						
<50	1		4	1		3	9		1				1	2						
Ogółem	13	27	12	28	16	29	125		7				5	12		2				1
% chor.	19,7	9,9	32,4	22;4	26,7	26,4	17,8	—	2,5				4,5	1,7		0,7				0,9

Zestawienie powyższe różni się w grupie chorych na rzerzączkę od Tabl. I, ponieważ obejmuje zachorowania, a nie chorych, którzy nieraz zapadali parokrotnie. Różnice są niewielkie, a dotyczą przedewszystkiem ludzi bezżennych. Na rozpatrzenie zasługuje przedewszystkiem % chorych w poszczególnych grupach zawodowych, czyli stosunek L. chorych do L. pracowników danego zawodu. Jest uderzające, że najwyższe odsetki przypadają na pracowników umysłowych, bo rzeżączka dochodzi wśród urzędników do 42,1% i 26,4%, wśród techników do 31,5 i 26,7%, handlowców do 30,6 i 22,4%, gdy u zawodów, pracujących cieleśnie odsetki są znacznie niższe. Wyjątek stanowią tylko gr. IV u żydów, gdzie mamy najwyższy odsetek 32,4%. Są to przeważnie fryzjerzy i kelnerzy. Mniej wyraźnie zaznacza się to samo przy przymiocie i szankrze, ale liczby spostrzeżeń są tu dość małe. Wartoby to sprawdzić na większym materjale. Wenerolodzy mieliby tu wdzięczne pole do zestawień.

Szerzenie się chorób wenerycznych nie przybiera jeszcze zastraszających rozmiarów.

Zestawię liczby dzieci żywych, zmarłych i poronionych w małżeństwach, gdzie ojciec chorował na rzeżączkę, lub przymiot przed zawarciem małżeństwa. Ma to miejsce u polaków co do rzeż. 169 (26,9%) i co do przym. 32 (5,1%), a u żydów 46 (18,7) i 3 (1,2). Podług okresów wieku otrzymujemy: (Tabl. IX):

Ogółem więc mamy bezpłodnych małżeństw w przypadkach rzeżączki u polaków 51 na 169 (30,2%) a w przymiocie 7 na 32 (21,9%), u żydów zaś 11 na 46 (24,9%). Na 117 rodzin dzietnych przypada 222 dzieci żyjących (1,9 na rodzinę), 122 zmarłe i 9 poronień, czyli nie o wiele mniej, niż przeciętnie. U żydów 73 żywe,

TABLICA IX.

Wiek	POLACY						ŻYDZI				
	Rzeżączka			Przymiot			Rzeżączka			Przymiot	
	>25 rż	25—44	<44	>25	25—44	<44	>25	25<44	<44	25—44	<44
Dzieci żyw. .	6	123	93	—	18	10	6	38	29	2	1
Zmarłych . .	2	75	45	—	7	7	—	6	5	—	—
Poronień . .	—	7	2	—	3	2	1	1	—	—	—
Bezpłod. . .	2	43	6	—	4	3	1	9	1	—	—
Na małż. . .	9	119	41	—	22	10	5	32	9	2	1

11 zmarłych i 2 poronienia na 35 rodzin, w których mąż przechodził rzeżączkę. A więc choroba ta nie pozostawia w 70% zgórą następstwa niepłodności. Przy kile spotykamy ją w 7 przypadkach na 32 (21,9%), jednak 29 dzieci żywych, 14 zmarłych i 5 poronień na 25 rodzin. Czy to potomstwo jest obarczone nie wiem, jednak nie ulega wątpliwości, że klapa bezpieczeństwa w postaci bezpłodności przy przymiocie działa słabo i że przynajmniej część tych dzieci wchodzi w życie jako upośledzone pod względem zdrowia.

Przechodzę do zagadnienia używek. Nie będę mówił o szkodliwości tytoniu i wyskoku, zwłaszcza w wieku młodzieńczym. Zaznaczę tylko jedno, że utrata odczuwania znużenia, jaką one sprowadzają i za co są tak cenione, prowadzi do nadwyrężenia żelaznego kapitału ustroju i zachwiania jego budżetu. Nikt z własnego popędu nie stał się palaczem ani zwolennikiem wyskoku. Te używki o niemiłym smaku są narzucane każdemu młodemu pokoleniu. Młodzież musi się nałamywać do ich stosowania. Dopiero po tem przymusowem szkoleniu stają się te używki nieodzownemi.

Ma wielkie znaczenie sprawa wieku, kiedy zaczęto stosować te używki i ilość oraz częstość ich używania. Grupuję mój materjał, jak w pracach poprzednich, co do wieku w 4 grupy: poniżej 15 r. ż., 15 — 18, 19 — 21 i powyżej 21. Ilość określam na liczbę wypalanych papierów: 1) do 10 dziennie, czyli 1 papieros co 1½ godziny, 2) — do 20 papierosów, czyli co 3 kwadranse i 3) — powyżej 20. Co się tyczy używania wódki, to dzielę pijących na 3 grupy: 1) odświętnie, 2) parę razy na tydzień i 3) codzień.

W moim materjale 343 (25,5%) polaków i 345 (49,1%) żydów nie pali, lub przestało palić. Są to odsetki nieprawdopodobnie wielkie. Zwłaszcza młodsze pokolenie wykazuje w wyższym stopniu tę wstrzemięźliwość. Nie można kłaść jej na karb uświadomienia, lecz raczej warunków materjalnych. Co do wieku rozpoczęcia palenia wypada na okres poniżej 15 r. ż. 11,7% polaków i 12,4% żydów. Największy % zaczynających palić przypada na okres od 15 — 18 r. ż. Pozostaje to w łączności z budzącemi się popędami płciowemi, które podług zapewnień wielu młodzieńców mają być hamowane przez tytuń. Jest to jednak tylko złudzenie: najwyżej można powiedzieć, że młodzian czuje się bardziej zadowolony, korzystając z jakiejś używki, niż będąc pozbawiony wszystkich. Pomiędzy 19 a 21 r. ż. zaczynają palić przedewszystkiem ci, którzy zaczęli samoistnie zarobkować. Powyżej 21 r. ż. zaczęło palić dużo młodzieży po wstąpieniu do wojska.

Większość pali umiarkowanie, zwłaszcza wśród żydów. Zapewne stanowi o tem przedewszystkiem stan zamożności, bo 14,4 procent polaków i 7,2% żydów, palących najwięcej, należą prawie wyłącznie do klas i zawodów najlepiej uposażonych.

Podobnież wygląda w naszym materjale sprawa używania wódki. Pije 75% polaków i 44,3% żydów. Przed 15 r. ż. zaczęło pić zaledwo 5,9% i 3,7%, czyli znacznie mniej, niż wśród oficerów rosyjskich, a zwłaszcza małoletnich przestępców. Największe odsetki przypadają na wiek od 15 do 18 lat. Zwłaszcza uroczystości rodzinne i święta rytualne mają na sumieniu przyszłych pijaków. Po 21 r. ż. zaczyna pić zaledwo 4,6 pol. i 0,3 żydów.

Odświętnie pijących mamy 57,7% i 37,8%, często 13% i 4,8%, nałogowo 4,3% i 1,7%. Sprawa przedstawia się więc nieźle. Jednak i tu wpływ wywiera przedewszystkiem zamożność. Pamiętamy czasy inflacji, kiedy położenie robotnika było korzystniejsze, niż pracowników umysłowych: pijaństwo przybierało wówczas zastraszające rozmiary. Rozumna propaganda może dać tu doskonałe wyniki. Gdy przed 30 laty odmawiałem w Szwecji użycia napojów wyskokowych, uważano mnie za barbarzyńcę. Ale już po 10 latach działalność T-w wstrzemięźliwości wykasowała wyskok z jadłodajlni. I w Polsce da się to przeprowadzić, byle nie w drodze niewykonywania ustaw. Budżet robotnika podług Rocznika statystycznego wykazuje w 1928 r. 1,7% wydatków na wyskok i 2,4% na tytuń, w dodatku pozycje te rosną w miarę lepszych zarobków. Niema więc obawy, aby tych nałogów nie udało się opanować.

(C. d. n.).



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).

NAJEKONOMICZNEJSZA organoterapja dla chorych.

LIST DO REDAKCJI

Redakcja otrzymała od D-ra W. Knappego list następujący:

BARBARZYŃSKI KONKURS DENTYSTYCZNY.

„Fédération dentaire internationale“ w Ameryce ogłosiła konkurs na najlepszą metodę leczenia zębów. Nagroda 1000 dolarów. Warunki konkursu:

„Ubiegający się o nagrodę mają przynajmniej u dwóch psów w wieku 1—2 lat w szeregu zębów u góry i u dołu usunąć nerwy i zakazić kanały zarazkiem ropotwórczym (streptokokiem), uzyskanym z zębów ludzkich, poczem zęby mają być zaplombowane. Górne zęby pozostają bez leczenia, dolne zęby mają być leczone po 3 miesiącach. Po upływie 1½ roku zwierzęta mają być uśmiercone i zęby ich poddane badaniu“.

Niemieckie pismo dentystyczne „Zahnärztliche Rundschau“ Nr. 48 podaje ten konkurs do wiadomości bez komentarzy.

Chodzi więc znowuż o doświadczenia na zwierzętach, tym razem w zakresie dentystyki. Wiwisekcja chce się wedrzeć w nową dziedzinę nauk lekarskich i to w okresie, kiedy we wszystkich krajach cywilizowanych rozlegają się coraz głośniejsze protesty przeciwko tej metodzie badań lekarskich i biologicznych, nietylko ze strony laików, ale i ze strony fachowych, poważnych badaczy nauk lekarskich.

Widocznie przeciwnicy wiwisekcji za słabo jeszcze zaakcentowali swoje stanowisko w potępianiu nieludzkich eksperymentów na bezbronnych zwierzętach i za mało piętnują niegodziwość samych eksperymentatorów, jeżeli ci, nietylko nie zaprzestają swoich praktyk, ale zachęcają do nich innych, nieuświadomionych lekarzy, nęcąc ich wysoką nagrodą pieniężną, t. j. grając na najniższych instynktach — chciwości pieniędzy.

Wiadomo już, że głównym motorem okrutnych metod wiwisekcyjnych jest — nie dobro ludzkości a chęć zaimponowania bezkrytycznemu światu, zyskania rozgłosu i pozyskania pieniędzy. Należy z tem nareszcie zrobić ład i porządek w medycynie.

Medycyna nie jest i nie może być czemś w rodzaju terenu wyścigów konnych, lub areny walki byków; lekarz nie jest championem, zyskującym poklask bezmyślnych mas i nagrody — lecz człowiekiem mającym służyć za wzór humanitarności.

Ratowanie od śmierci, zwalczanie cierpień, uśmierzanie bólów wszystkich jestestw żyjących, nietylko ludzi, to jest zadanie lekarza. Kto zaś, zamiast spełniania tych obowiązków, zajmuje się zadawaniem najokrutniejszych, nieopisanych cierpień zwierzętom, ten na miano „lekarza“ nie zasługuje i należy mu się ogólne potępienie.

Doświadczenia z zębami, na które mają być narażone psy, zgodnie z warunkami konkursu, ogłoszonego przez Fédération Dentaire, są jedne z najokrutniejszych, na jakie perwersyjny umysł ludzki w sadyzmie swoim zdobyć się może. Czyż jest kto taki na świecie, ktoby nie wiedział czem jest ból jednego zęba? A tu mają być sztucznie wywołane psom zapalenia korzeni zębowych u góry i u dołu; jedne z tych zębów mają być leczone, drugie pozostawione bez leczenia. Proszę sobie uświadomić męczarnie tych psów przy świdrowaniu, wyrywaniu nerwów, zakażaniu ich kanałów zębowych, ich pożałowania godny stan, spowodowany tem zakażeniem i ponowne męczarnie przy leczeniu tych zębów; do tego dochodzi głód wskutek niemożności przyjmowania pokarmów przy silnym stanie zapalnym zębów.

Wstyd nam jest takiej medycyny, która traci swą świetlistą aureolę jaką mieć powinna, i w imię etyki i honoru medycyny zakładamy publiczny protest.

Niżej podpisany oświadcza, że będzie uważać każdego lekarza lub dentystę, który weźmie udział w tym konkursie, za człowieka wyzutego z uczuć etycznych i humanitarnych, niegodnego noszenia tytułu lekarza i zaliczania się do korporacji lekarskiej. Wszyscy uczestnicy konkursu winni być z imienia i nazwiska piętnowani w pismach lekarskich i publicznych.

Zwracamy się jednocześnie do wszystkich organizacji lekarskich i dentystycznych, do wszystkich głębiej myślących obywateli, ażeby przez jaknajgłośniejszy protest zapobiegli temu pohańbieniu medycyny, na które ją narazi konkurs, ogłoszony przez Fédération Dentaire.

Dr. W. Knappe.

PERSODINE Lumière

SWOISTE LECZENIE **BRAKU ŁAKNIENIA** NADSIARCZANAMI.

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

$\overline{|M_2|}\ S_2\ O_8 + H_2\ O = \overline{|M_2|}\ SO_4 + H_2\ S\ O_4 + O$ 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.

Samuel Hahnemann.

PODAŁ

LEON ZAMENHOF.

W dobie obecnej, kiedy odbywa się wielkie przewartościowanie wszelakich prądów w medycynie, kiedy w poszukiwaniu dróg właściwych medycyna gotowa jest nawet nawrócić się na hasła dawno już zarzucone, kiedy rozlega się nawet nawoływanie do powrotu do *Hippokratesa*, warto nieco zastanowić się nad jednym kierunkiem, tak niedawno zupełnie przez medycynę odrzuconym, a dziś coraz więcej odzyskującym prawo obywatelstwa. Mowa tu o *homeopatji*. Dziś poprzez pryzmat całego stulecia ocena jej musi być spokojniejsza i więcej rzeczowa.

Aby zrozumieć genezę homeopatji, należy zapoznać się z chaotycznemi poglądami 17 i 18-go wieku na nozologję. Na chorobę zapatrywano się wciąż jeszcze z punktu widzenia ontologicznego. Traktowano ją jako jednostkę indywidualną, jako pojęcie rzeczowe, coś w rodzaju złej siły, czy też ducha z okresu średniowiecza. Zwolennikiem tej teorji indywidualistycznej był słynny *K. W. Stark*, który dopuszczał nawet możliwość przeobrażenia się człowieka w chorobie w różne gatunki tworów, jak ptaki, ryby, pasorzyty i t. p. Taki chaos w nozologji, oczywiście, musiał wywołać ze strony umysłów o szerszym poglądzie — dążenie do szukania nowych prawd.

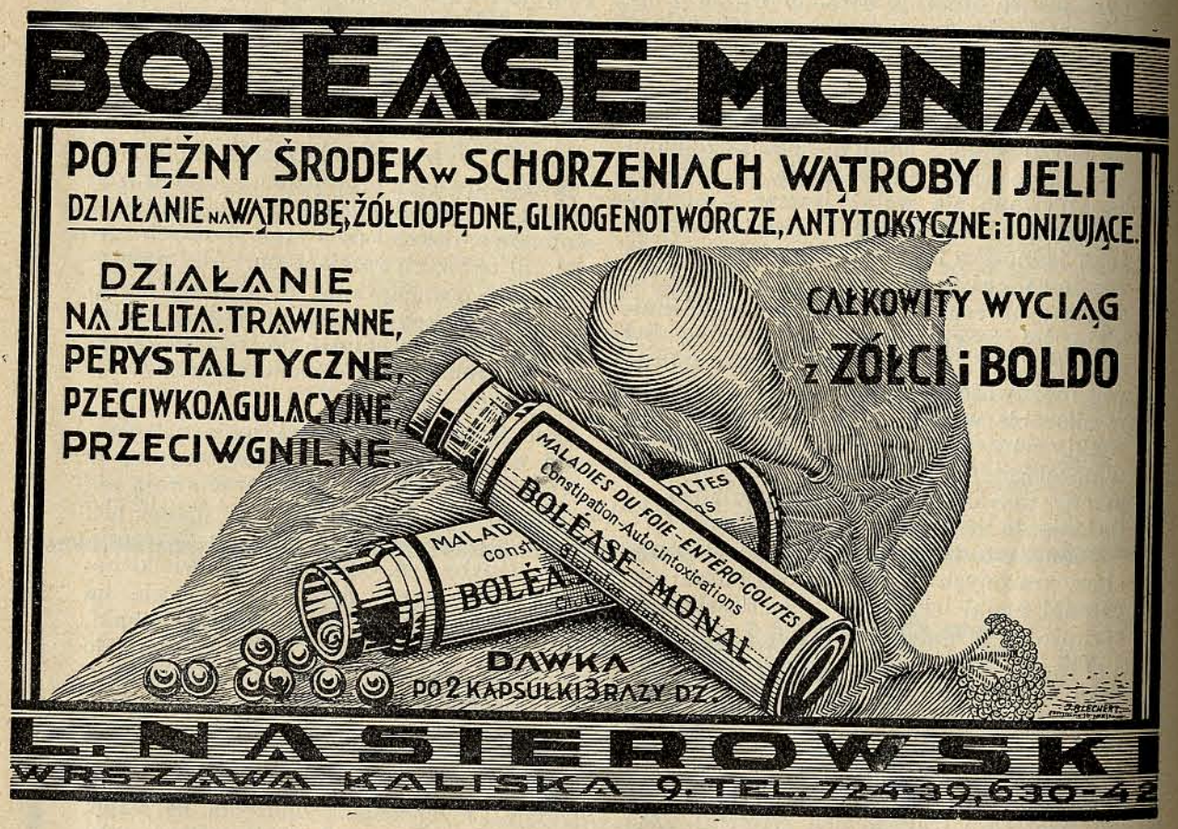
Jednym z takich rewolucyjnych umysłów, zrażonych jałowością dogmatyki ówczesnej nauki lekarskiej i jej chaotycznej terapji był *Samuel Hahnemann* z Meissen (1755 — 1843), syn niezamożnego rysownika na porcelanie w miejscowej fabryce. Po ukończeniu medycyny w Erlangen nie miał powodzenia jako lekarz praktyk i uzupełniał sobie zarobki pracą literacką. Tłumacząc pewnego razu dzieło Edynburskiego profesora *Cullena* pod tytułem: „Materia medica“, zwrócił uwagę na działanie kory chinowej i zaczął badać jej wpływ na swój organizm. Wyniki, do których doszedł, był punktem wyjścia jego „teorji podobieństwa“. Nie wszyscy historycy przyznają pierwszeństwo tego odkrycia *Hahnemannowi*. Niektórzy widzą początek tej teorji jeszcze w słynnej szkole Knidskiej z czasów *Hippokratesa*, inni u *Paracelsa*, *Cardana*, *Tycho de Brahe*. Gdyby istotnie tak było, dowodziłoby to tylko większej racjonalności podstaw tej teorji, której bliższe opracowanie bezsprzecznie jest zasługą *Hahnemanna*.

Teorja Meisseńskiego reformatora polegała na dwuch głównych podstawach: izoterapji i drobinowem dawkowaniu. Do tej ostatniej zasady doszedł *Hahnemann* na podstawie nietylko teoretycznych rozważań, lecz i doświadczeń klinicznych. Zauważywszy, mianowicie, że zwykłe dawki kliniczne wywołują zaburzenia chorobowe i są szkodliwe dla organizmu, zaczął szukać dawek nieszkodliwych i, zmniejszając je stopniowo, doszedł do swych słynnych nieraz miljonowych rozcieńczeń. Aby umotywować to postępowanie, *H.* stworzył nową teorję farmakodynamiczną, według której lekarstwa miały należeć do rodzaju zaczynów, wywołujących fermentację już w najmniejszych ilościach.

Teorja ta, z punktu widzenia nowoczesnej biochemji mało przekonywująca, w owym czasie musiała zdumiewać swoją pomysłowością. Nie należy więc dziwić się, że *Hahnemann* znalazł licznych zwolenników. Gdyby ten, bądź co bądź, wielki heretyk reformator poprzestał jedynie na tych głównych podstawach swej nauki, niezawodnie przeszedłby nawet chlubnie do dziejów medycyny, jako mąż nietylko wybitny, lecz nawet genjalny. Niestety, *Hahnemann*, olśniony swem odkryciem, posunął się zbyt daleko — niemal do abnegacji wszystkich najważniejszych zdobyczy medycyny. Wychodząc z założenia, że rozpoznanie istoty choroby jest niemożliwe, ogłosił djagnostykę jako zupełnie zbędną i wprowadził terapję wyłącznie objawową, nie uznającą ani anatomji, ani fizjologji. Tu *Hahnemann* przeciągnął strunę i prze-

kreślił całą dotychczasową wartość swej nauki. Okrzyczano go wkrótce odszczepieńcem, szarlatanem. Allopatja odgrodziła się od niego murem izolacyjnym, i nauka *Hahnemanna* przeszła w ręce tych, którzy w nihiliźmie medycyny widzieli najprostszy i najrentowniejszy sposób uprawiania zawodu lekarskiego. A szkoda wielka, gdyż, odrzucając plewy, wraz z niem wyrzuciliśmy również dużo zdrowego ziarna. Dumna arystokratyczna allopatja lekceważąco traktuje wszystko, co ma jakikolwiek związek z homeopatją, dufna w swoją nieomylność. Życie jednak wykazało, że zbytnią pewnością siebie narażaliśmy się nieraz na przykrą kompromitację. Ostatnie lata naszego postępu naprzód zaznaczyły się tu i owdzie wstydliwym nawrotem nietylko do „prawa podobieństwa", lecz i do homeopatycznych dawek, tak sarkastycznie ośmieszonych przez *Henryka Heinego*. Nowoczesne pojęcie o uodpornianiu oraz działaniu najsłabszych podniet, o których głosi prawo Schultz-Arndta, zrehabilitowały w dużym stopniu wyszydzoną przez legalną naukę teorję *Hahnemannowską*.

Był to bezsprzeczny błąd ze strony allopatji, że nie wyłuskała w swoim czasie zdrowych ziaren z nauki homeopatycznej, naraziwszy je dziś na wypaczenie w rękach tych, którzy na homeopatję patrzą z punktu widzenia, nie mającego nic wspólnego z postulatami czystej wiedzy lekarskiej.



STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Znaczenie badań laboratoryjnych w rozpoznawaniu natury gruźliczej gośćca. (Les données fournies par le laboratoire dans le diagnostic de la nature tuberculeuse d'un rheumatisme). G. de Chamaleilles.

Journal de Médecine de Lyon. Nr. 295, 1932.

Jednym z pierwszych dowodów gruźliczego pochodzenia gośćca były wyniki badań doświadczalnych, które wykazały, że można otrzymać u zwierząt po wstrzyknięciu kultur laseczników lub ich toksyn (świnki morskie, króliki lub psy) zmiany stawowe zupełnie podobne do gruźlicy stawów u człowieka.

Zastosowanie odczynu tuberkulinowego w sprawach reumatycznych podejrzanego pochodzenia daje bardzo różne wyniki i jest różnie interpretowane. Tuberkulinę stosuje się śródskórnie, podskórnie, doskórnie. Przy zastosowaniu odczynu podskórnego u chorych, nie mających klinicznie widocznych zmian gruźliczych, a cierpiących na ostre lub przewlekłe sprawy stawowe nieokreślonego pochodzenia wystąpienie po pierwszem wstrzyknięciu tuberkuliny odczynu bardzo wyraźnego z podwyższeniem ciepłoty przynajmniej o 1° pozwala przypuszczać, że sprawa jest pochodzenia gruźliczego. To samo odnosi się do oceny odczynu przy zastosowaniu skórnem i śródskórnem tuberkuliny. Przy tej ostatniej reakcji zjawia się często odczyn ogniskowy szczególnie, jeżeli wstrzyknięcie wykonane było w sąsiedztwie chorych stawów. Odczyn śródskórny może mieć i znaczenie dla rokowania, gdyż staje się on słabszym w sąsiedztwie najsilniej zajętych stawów. Chorzy cierpiący na gościec gruźliczego pochodzenia mają szczególnie dużą wrażliwość stawową w stosunku do tuberkuliny, gdyż po jej zastosowaniu występują znaczne odczyny ze strony chorych stawów w połączeniu z ożywieniem się objawów ogólnych.

Z pośród badań krwi wysuwa się na pierwsze miejsce tak dla swego znaczenia praktycznego, jak i z powodu prostoty techniki i łatwości interpretacji odczyn opadania krwinek. Przyspieszenie opadania krwinek nie jest wprawdzie specyficzne dla gośćca pochodzenia gruźliczego, spotyka się ono bowiem we wszystkich zapalnych sprawach stawowych niezależnie od ich pochodzenia. To też wystąpienie tego objawu nie tyle posiada znaczenie dla postawienia rozpoznania, ile dla oceny przebiegu cierpienia i dla rokowania. Stopień opadania krwinek odpowiada naogół stanowi stawów; nie można mówić o wyleczeniu stawów, jak długo opadanie krwinek jest przyspieszone. Wyniki opadania krwinek idą naogół równolegle do próby skłaczania, pierwsza próba jest jednakże prostsza i dokładniejsza.

Zdjęcia rentgenologiczne nie mają wielkiego znaczenia dla rozpoznania reumatyzmu gruźliczego, gdyż zmiany stawowe są naogół podobne do siebie niezależnie od etiologji, umiejscowienia i przebiegu sprawy stawowej.

Badanie płynu stawowego może w znacznej mierze ułatwić rozpoznanie. Płyn ten naogół niezbyt obfity jest przejrzysty, jasno żółty, zawiera dużo włóknika, rzadko kiedy zawiera prątki Kocha. Największe znaczenie dla rozpoznania gruźliczej natury cierpienia stawowego posiada badanie biologiczne płynu przez zaszczepienie go śwince morskiej. Wyniki tego badania były do niedawna źle oceniane, gdyż nie znano dokładnie gruźlicy świnki morskiej, która może przebiegać i w formie gruźlicy gruczołowej znacznie złagodzonej. Poza tem używa się do szczepień i krwi chorych (5 cm³). Wyniki tego szczepienia choć mniej stałe, mogą być bardzo cenne, jeżeli dowiodą, że we krwi chorych reumatycznych znajdują się laseczniki. Należy więc we wszystkich przypadkach podejrzanych używać do próby biologicznej wysięku stawowego i krwi chorych. Posiewy krwi według metody Loewensteina i Reittera, którzy znaleźli prątki Kocha w znacznej ilości przypadków ostrego gośćca stawowego, wywołały bardzo ożywioną dyskusję. Następne badania nie potwierdziły jednak całkowicie wyników Lowensteina, którego metoda nie ma obecnie bezpośredniego znaczenia dla kliniki, natomiast jest cenną dla klinicznego i doświadczalnego badania bakterjemji gruźliczej.

Poncet i jego szkoła, wysuwając rozpoznanie gośćca gruźliczego, nie ograniczyli się do postawienia hipotezy klinicznej, ale starali się oprzeć swe twierdzenie na metodach laboratoryjnych, wykazując dodatni wynik szczepienia płynu stawowego u świnki morskiej, znaczenie aglutynacji, badań radiologicznych i t. d.

Wskazania lecznicze w gośćcu gruźliczym. (Les indications thérapeutiques dans les rhumatismes tuberculeux). Ravault, Thiers, Ceccaldi.

Journal de Médecine de Lyon. Nr. 296, 1932.

Wskazania lecznicze w przebiegu wszystkich spraw gośćcowych mają naogół charakter niepewny, empiryczny co zrozumiałem jest, jeżeli się uwzględni nietylko złożoną patogenezę spraw gośćcowych, ale i trudności w określeniu etiologji i różnorodność przebiegu. Leczenie klimatyczne w przebiegu wszystkich spraw gośćcowych posiada duże znaczenie. Naogół wskazany jest klimat suchy w miejscowościach zakrytych na niewielkich wysokościach, klimat wysokogórski sprzyjać może zaostrzeniom cierpienia. Odżywianie powinno być urozmaicone i obfite. Ograniczenia tak często stosowane z obawy przed artretyzmem są szkodliwe, szczególnie w przypadkach gośćca na tle gruźliczem. Obojętnem jest wtedy czy pokarmy zawiera-

ją dużo purynów czy cholesteryny. Chorzy powinni się odżywiać dobrze, żeby się wzmocnić; szczególniej w przypadkach podejrzanych o etiologję gruźliczą ma to wielkie znaczenie.

Ze stosowanych środków leczniczych największą rolę odgrywa salicylat sodu. Działa on głównie w przypadkach ostrych gośćca, w przypadkach podostrych i przewlekłych działanie jego jest mniej wyraźne, ale i tam uśmierza on czasami bóle. W stanach ostrych czasami nie wywiera on swego swoistego działania jednakże ze sposobu skutkowania salicylu nie można wnioskować o naturze gruźliczej lub reumatycznej cierpienia, gdyż działa on uśmierzająco na ból i w przypadkach reumatyzmu gruźliczego. W stanach podejrzanych o ten ostatni nie należy podawać jodków, ani koloidalnych siarek, gdyż mogą one pobudzić drzemiącą sprawę gruźliczą, natomiast koloidalne połączenia jodu mają działanie dodatnie. Wyciągi tarczycy mogą działać szkodliwie, podobnie jak i środki radioaktywne np. mesothorium. Preparaty arszenikowe można dawać tylko w stanach bezgorączkowych. Szczególnie korzystnie mają działać w przebiegu reumatyzmu gruźliczego preparaty złota, które stosuje się w formach ostrych, a także w formach przewlekłych o podostrych nawrotach. Leczenie tuberkuliną, może być pożyteczne.

Metodę Paula, zalecaną w przypadkach gośćca pochodzenia zapalnego, można ostrożnie i powoli dawkując, stosować także i w sprawach stawowych o etiologji gruźliczej,jeżeli nie są powikłane czynną lub przebytą gruźlicą płuc. Metoda Ponndorfa działać ma poza reumatyzmem i w przypadkach nie mających nic wspólnego z gruźlicą, jej działanie jest szczególnie dodatnie, jeżeli wywołuje żywą ogólną i miejscową reakcję. Za specyficznością tej metody przemawiać ma fakt że wywołuje ona często odczyn miejscowy, jednakże przeczy temu hypoteza *Duverneya*, który twierdzi, że reumatycy są uczuleni na działanie różnych niespecyficznych bodźców, na które reagują zmianami stawowemi. Przy leczeniu tuberkulinowem należy pamiętać, że w przypadkach gośćca na tle gruźlicy spotkać się można z wielką wrażliwością w stosunku do tuberkuliny, która uniemożliwić może jej stosowanie.

Ciepło w postaci diatermji jest pożyteczne w formach bolesnych albo tam gdzie proces gruźliczy jest słaby, mało ewolucyjny. Jednakże ta metoda lecznicza nie zawsze jest pewna, gdyż odczyn, który wywołuje obudzić może utajone, nieczynne ogniska stawowe i okołostawowe. Niezmiernie pożyteczne promienie ulrafioletowe muszą być także stosowane pod kontrolą ciepłoty i stanu płuc.

Z miejscowości kuracyjnych we Francji szczególnie wskazane są Aix, Dax, Bourbon — Lancy. Ostatnie szczególnie odpowiednie dia osób nerwowych, ozdrowieńców po stanach ostrych, Aix dla chorych, wymagających leczenia mechanicznego, Dax dla osób z daleko posuniętemi zmianami stawowemi, dla których szczególnie pożądane jest działanie błot ciepłych. Leczenie gośćca pochodzenia gruźliczego jest więc różne zależnie od jego przebiegu. W przypadkach ostrych stosować należy systematycznie i w dawkach wystarczających salicyl.

W przypadkach bólów stawowych bez wyraźnych zmian klinicznych i radiologicznych otrzymuje się dobre wyniki leczeniem tuberkulinowem i złotem. W przypadkach gośćca przewlekłego, zniekształcającego, złoto, tuberkulina, szczepionki Ponndorfa, Paula działają dodatnio, preparaty złota szczególnie w przypadkach cięższych i częstszych zaostrzeniach, tuberkulina raczej w przypadkach o przebiegu stałym lub postępowym, jednak bez większych nawrotów. Nadwrażliwość tych chorych nakazuje ostrożność i dozór lekarski w czasie leczenia w którym szczególny nacisk należy położyć na warunki higjeniczne życia i dobre odżywianie chorych.

Rozważania kliniczne nad ostrym, gruźliczym gośćcem stawowym. (Considérations cliniques sur le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux). A. Pic et P. Delore.

Journal de Médecine de Lyon. Nr. 295, 1932.

Autorzy stwierdzają, że w obecnym stanie należy odróżnić chorobę reumatyczną t. j. cierpienie o niejasnej etjologji od kompleksu objawów ostrego gośćca stawowego, mogącego mieć przyczyny różne, w pierwszej linji gruźlicę i zakażenie gonokokkowe. Według tego pojęcia choroba reumatyczna jest cierpieniem o rozwoju przewlekłym, przerywanym zaostrzeniami stawowemi. Ewolucja biologiczna zarazka reumatycznego podobna jest do rozwoju laseczników gruźliczych i spirochet. Zaostrzenia reumatyzmu są tylko wyrazem utajonego stanu chronicznego. Ten rodzaj przebiegu, jak też charakter zapalny zaostrzeń stawowych a wreszcie występowanie jednego i drugiego cierpienia stawowego w wieku młodym od 15 — 30 roku czyni, iż trudno jest odróżnić chorobę reumatyczną od ostrego reumatyzmu gruźliczego. Często stwierdzić można rozwój ostrego gośćca u osób z przeszłością gruźliczą i odwrotnie gruźlicę u osób, które przeszły sprawę gośćcową. Jednak wobec częstości jednego i drugiego cierpienia podobnym faktom nie można przypisywać większego znaczenia.

Natomiast w przypadkach gdzie sprawa reumatyczna i gruźlica występuje równocześnie albo też następują po sobie w bardzo małych odstępach czasu nasuwa się myśl, że istnieje związek między jednem a drugiem cierpieniem. Ostry gościec stawowy, robiący wrażenie cierpienia samoistnego poprzedza czasami gruźlicę. Może być on wczesnym jej objawem, spostrzeganym jednak rzadko w przebiegu wyraźnej gruźlicy. Chorzy tacy zostają przyjęci do szpitala jako reumatycy, w dalszym ciągu jednak cierpienie rozwija się jako gruźlica, która może usadowić się w jednym z chorych stawów ale może także wystąpić się i w innych narządach, w kręgosłupie, w oponach mózgowych, w płucach, w opłucnej i w osierdziu. Z dotychczasowych spostrzeżeń widać, że, wszystkie charakterystyczne cechy ostrego gośćca stawowego (początkowa angina, wysoka ciepłota, poty, bóle stawowe, zajęcie dużych i małych stawów) nawet nadczynność tarczycy mogą wystąpić w przebiegu ostrego gośćca pochodzenia gruźliczego.

Nawet stwierdzenie zmian sercowych, wad serca, spraw osierdzia nie posiada znaczenia decydującego, gdyż mogą one wystąpić i w przebiegu ostrego gośćca pochodzenia gruźliczego. Charakter wysięków opłócnowych również nie jest ani charakterystyczny, ani decydujący. Wysięki reumatyczne, które naogół są mało obfite, szybko mijają, nie tworzą zrostów, czasami miewają skłonność do tworzenia zrostów, występują powoli i trwają długo, czasami mają charakter krwawy, w innych przypadkach znowu poprzedzają objawy stawowe lub też objawy płucne stoją nawet na pierwszem miejscu, tak iż narzuca się myśl o gruźlicy. Pozatem i działanie salicylu nie zawsze jest charakterystyczne, gdyż bywają przypadki, że nie działa on na typowe wysięki reumatyczne, a wywołuje stały spadek ciepłoty w wysięku opłucnowym niewątpliwie gruźliczym. W innych znowu przypadkach typowe gruźlicze wysięki opłucnowe występują w przebiegu ostrego reumatyzmu stawowego. Dla stwierdzenia charakteru wysięków niewystarcza nawet badanie fizykochemiczne biologiczne i cytologiczne, gdyż cytologiczny charakter pewnych wysięków gruźliczych może się zbliżać do wysięków reumatycznych. Dotychczas przypuszczano, że lecznicze działanie salicylatu sodu pozwoli odróżnić samoistny gościec stawowy od gruźliczego, ale nowsze badania zdają się stwierdzać, że działanie tego środka nie ma charakteru specyficznego. Działa on głównie i tem silniej im bardziej ostre, gorączkowe, zapalne, i wielostawowe jest cierpienie, działa głównie przeciwbólowo i przeciwzapalnie, ale nie chroni ani od powikłań gośćcowych, ani od jego nawrotów, ani nie zapewnia istotnego wyleczenia.

W stosunku do antipyryny podawanej w dawkach od 2 — 5 gr. dziennie ma on mieć większe działanie objawowe, nie specyficzne. Wprawdzie w sprawach stawowych gruźliczych salicylat sodu nie działa tak wyraźnie jak w ostrym gośćcu stawowym, jednak i w tych przypadkach zachowuje on często swe działanie przeciwbólowe i przeciwgorączkowe, działa czasami w ten sposób i na sprawy reumatyczne innego pochodzenia gonokokkowe) i z tego też względu nie można opierać rozpoznania charakteru sprawy gośćcowej na samem działaniu salicylu. Wynika z tego wszystkiego że rozpoznanie ostrego gośćca gruźliczego, który może być pierwszym wyrazem złagodzonej gruźlicy, jest niezmiernie trudne, wobec jego prawie zupełnego podobieństwa do ostrego gośćca stawowego. Z tego też względu należy myśleć o gruźlicy w przebiegu każdego ostrego gośćca o niejasnem pochodzeniu i należy jej poszukiwać wszystkimi metodami klinicznemi w myśl rady *Ponceta* i *Lericha*: „w obecności gośćca należy wykazać przedewszystkiem, że nie jest on pochodzenia gruźliczego".

E. Reicher.

Gorączka falista pochodzenia zwierzęcego. (La fievre ondulante d'origine bovine. L'endemie franc-comtoise). E. Ledoux.

Journal de Medecine de Lyon. Nr. 292. 1932.

Przypuszczano dawniej, że gorączka falista, albo inaczej mówiąc, gorączka maltańska panuje jedynie w krajach, w których kozy lub barany są zarażone przez Micrococcus melitensis. Później spostrzegano jednak tę chorobę w krajach, w których nie ma ani hodowli kóz, ani hodowli baranów, ale gdzie panuje choroba ronienia krów. Chorymi najczęściej byli wieśniacy, właściciele chorych zwierząt, weterynarze, czasami ludzie, którzy nie mając nic do czynienia bezpośrednio z choremi zwierzętami, pili ich mleko. Przypadki gorączki maltańskiej, spostrzegano początkowo rzadko w tych krajach, stały się coraz częstsze prawdopodobnie dzięki zwróceniu uwagi na bydlęcą etiologję tego cierpienia oraz na szerzenie się epizootji. Badania bakterjologiczne nad zarazkiem gorączki maltańskiej wykazały, że zarazek ronienia kóz i baranów (micrococcus melitensis) oraz zarazek ronienia krów (bacillus abortus Bruce) należą do jednej rodziny i mają prawie te same właściwości morfologiczne, biologiczne, serologiczne, alergiczne, patologiczne w stosunku do zwierząt domowych. Różnią się tylko jednem. Jadowitość micrococcus melitensis dla człowieka powiększa się w przejściu przez organizm kozy, natomiast jadowitość Bacillus Bruce zatraca się lub osłabia w przejściu przez organizm bydlęcy. Dowodzą tego doświadczenia, które wykazują, że w laboratorjach zakażenia przez melitensis są częste, natomiast kultury Bacillus Bang nigdy nie zakaziły osób, mających z nimi do czynienia. Pomimo tego stwierdzono, że gorączka maltańska może pochodzić także od zakażenia bydlęcego jak to między innemi wykazały badania prowadzone w ostatnich trzech latach przez autora. Prawie we wszystkich przypadkach spostrzeganych można było wykazać bydlęce pochodzenie zarazka (21 na 22 chorych). Prawie wszyscy chorzy byli rolnikami właścicielami chorego bydła. Kliniczny obraz chorych przypominał w zupełności gorączkę maltańską, ale o łagodniejszym przebiegu. Powolny początek cierpienia, bóle głowy, członków, powiększenie śledziony, poty, przypominały w zupełności gorączkę falistą, wywołaną przez zarazę kóz. Nie stwierdzono zupełnie form cięższych tyfoidalnych, ani powikłań w postaci zapaleń stawów, wsierdzia, ciężkich melancholji. Przypadków śmiertelnych również nie było, podczas kiedy śmiertelność przez Micrococcus melitensis ma wynosić około 6 — 7%. Najcharakterystyczniejszą cechą cierpienia jest przebieg ciepłoty, której podwyższenie trwa naogół 2 — 9 miesięcy. Krzywa ciepłoty wykazuje trzy typy: wyraźną falistość ciepłoty, trwającej około 15 dni z małemi różnicami między ciepłotą dzienną a wieczorną, okresy gorączkowe wyraźnie oddzielone około 10-dniowemi przerwami o normalnej ciepłocie, wreszcie falistość ciepłoty jest zaledwie zaznaczona na nieregularnej o wysokich wahaniach krzywej ciepłoty. Badanie krwi wykazywało naogół silną, do 60%, dochodzącą limfocytozę. Naogół we wszystkich przypadkach stwierdzano dodatni odczyn śródskórny z melityną i abortyną, i aglutynację w roztworach przynajmniej $^1/_{1000}$.

Kaszel jest częsty w gorączce pochodzenia bydlęcego, przyczem naogół osłuchowo nie znajduje się zmian w płucach, czasami jednak stwierdzić można objawy nieżytu oskrzeli, ogniska zapalne lub też szczytowe zmiany opłucnowe. Zwraca czasami uwagę, że objawy płucne połączone z wysoką ciepłotą przebiegają przy doskonałym stanie ogólnym. Przemawia to przeciwko gruźlicy, do której gorączka falista może się stać podobną o ile z objawami płucnemi łączą się poty, wysoka ciepłota, osłabienie i wychudzenie. O gorączce maltańskiej należy pamiętać zawsze przy stanach gorączkowych nieokreślonego pochodzenia szczególnie, jeżeli ma się do czynienia z chorymi rolnikami, właścicielami chorego bydła. Znajomość symptomatologji, a szczególnie dokładne notowanie ciepłoty, pozwala postawić rozpoznanie którego potwierdzenie znajduje się w próbach biologicz-

nych, aglutynacji i intradermoreakcji, wreszcie w posiewach krwi. Autor zwraca uwagę, że mówiono, iż gorączka maltańska jest chorobą przyszłości, a obecnie dla dwudziestu kilku departamentów Francji jest ona już chorobą teraźniejszości.

Brucelloza w Grecji. (Brucellose en Grece). S p i r o L i v i e r a t o.

Presse Medicale. Nr. 11, 1932.

Gorączka t. zw. maltańska znaną jest od czasów dawnych. Hippokrates opisuje ją jako cierpienie, przebiegające z gorączką raz dłużej drugi raz krócej trwającej bez określonych objawów ze strony narządów. W ostatnich czasach dzięki badaniom serodiagnostycznym choroba ta może być rozpoznana dokładniej i w Grecji ma być ona cierpieniem endemicznem, spotykanem sporadycznie. Naogół w przebiegu odróżnią się dwie postacie: tyfoidalną i malaryczną, jako powikłania spostrzegano zapalenia nerek, rwę kuszlową i t. d. Dokładnych danych co do rozpowszechnienia gorączki maltańskiej w Grecji niema z jednej strony dlatego, że stwierdzenie cierpienia jest trudne z drugiej strony z powodu niedostatecznie zorganizowanej służby sanitarnej. Klinicznie występuje gorączka maltańska powoli w postaci ogólnego niedomagania, do którego z czasem dołącza się charakterystyczna gorączka o przebiegu falistym. Stan ten trwa mniej lub więcej długo, przy czem występują równocześnie bóle stawowe, poty, zaparcie stolca, ogólne osłabienie, wreszcie powiększenie wątroby i śledziony, czasami stany zapalne jąder. Opisywano przypadki, które zaczynały się z objawami zapalenia opon mózgowych, w innych gorączka maltańska miała przebieg zapalenia wyrostka robaczkowego. Jako rzadkie powikłanie gorączki maltańskiej opisuje autor 2 przypadki zapalenia wsierdzia w postaci endocarditis lenta. Postaci gorączki maltańskiej wywołanej przez Bacillus abortus Bang w Grecji nie spostrzegano. Rozsadnikiem gorączki maltańskiej wywołanej przez Micrococcus melitensis są kozy, należące do rasy afrykańskiej, które pochodzą naogół z Malty i są importowane do Grecji. Badanie mleka tych kóz w Atenach wykazało, że około 7% jest zarażonych, w Malcie samej około 30 — 50% kóz ma być zarażonych. Epidemiczną chorobę krów (około 40%) wywołaną przez bacillus abortus Bang, spostrzeganą w Atenach w roku 1927, wywołana miała być ona przez krowy sprowadzone z Polski.

Naogół nabywa się infekcję przez spożywanie koziego mleka świeżego nie gotowanego, masła, sera świeżego i wreszcie yoghurtu. Dawniej spostrzegano przypadki zarażenia przez kontakt z choremi zwierzętami (jest to najczęstszy sposób nabycia tej choroby na wsi), rzadziej z ludźmi. Ponieważ zwierzęta chore zarażają rasy zdrowe ministerstwo higjeny zabroniło eksportować z prowincji, gdzie stwierdzono to cierpienie wśród zwierząt nie tylko same zwierzęta, ale i produkty od nich pochodzące, zarządzono również obowiązkowe meldowanie choroby. Cierpienie nie jest częste prawdopodobnie dzięki zwyczajowi spożywania mleka gotowanego.

W leczeniu stosowano dotychczas ogólne środki antiinfekcyjne (electrargol, trypaflavinę, neosalvarsan etc.). Stosowanie surowic nie dało większych wyników, natomiast bardzo dodatnie było działanie szczepionki. Skraca ona naogół przebieg choroby tak co do czasu trwania jak i co do liczby fal gorączkowych. Szczepionkę stosowano naogół śródmięśniowo, doskonałe wyniki miano także otrzymać i w stosowaniu doustnem.

Sympatykoza brzuszna. (Sympathicose abdominale). D. T a d d e i.

Presse Medicale. Nr. 7, 1932.

Autor opisuje objaw chorobowy polegający na bolesności przy ucisku części brzusznej tętnicy głównej oraz przy ucisku tętnic biodrowych. Objaw ten występuje najczęściej u kobiet między 20 — 40 rokiem życia, wątłych, astenicznych, skarżących się ponadto na nieokreślone bóle stawów, pleców, jamy brzusznej. W szczególności bóle te są częste w okolicy dołka podsercowego niezależnie od przyjmowania pokarmów, apetyt najczęściej jest zły, czasami choć rzadko występują wymioty. Chorzy ci bywają nawet z powodu uporczywego charakteru dolegliwości często operowani czy to z rozpoznaniem wrzodu żołądka lub dwunastnicy, czy to jako kamica żółciowa, czy to z powodu opadnięcia nerki, czy wreszcie jako zapalenie wyrostka robaczkowego. Jednakże często po operacji dawne dolegliwości trwają i nadal. Badania kliniczne wykazują w tych przypadkach czasami opadnięcie trzew, czasami stany skurczowe grubego jelita, atonię żołądka, tyłozgięcie macicy, w innych znowu przypadkach wynik badania klinicznego jest zupełnie ujemny. Często natomiast ma się spotykać lekkie stany podgorączkowe, które znikają po wypoczynku lub leczeniu klimatycznem. Autor przypuszcza, że bolesność przy ucisku tętnic brzusznych jest spowodowana nadmierną wrażliwością sympatycznych splotów w jamie brzusznej, wreszcie przemawiają za nią stany podgorączkowe i dodatni wynik leczenią klimatycznego.

Autor podkreśla, iż możliwem jest, że objaw opisywany przez niego został zauważony przez innych autorów i opisany jako objaw Stillera, albo też ujęty w pojęciach takich jak chloroza, dyspepsia gruźlicza, newroza gruźliczych, newralgie splotu słonecznego, solaritis i t. d. Z poprzednich autorów żaden jednak nie kładł specjalnego nacisku na znaczenie bolesności, występującej przy ucisku tętnicy głównej brzusznej i tętnic biodrowych.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Odma samoistna pochodzenia nie gruźliczego u niemowlęcia. (Le pneumothorax spontané non tuberculeux du nourrisson). C h. G a r d è r e et J. S a v o y e.

Journal de Méd. de Lyon. 1932.

Odma samoistna u niemowląt różni się znacznie od takowej u dorosłych, jeżeli chodzi o tło etjologiczne. U dorosłych w większości przypadków przyczyną powstawania odmy samoistnej jest gruźlica. U niemowląt odma w przebiegu płatowego lub odoskrzelowego zapalenia płuc i ropni płucnych zdarza się częściej niż w gruźlicy.

Przedziurawienie płuca powstaje prawie zawsze w kierunku jamy opłucnowej albo wskutek pęknięcia drobnego ropnia, albo na drodze czysto mechanicznej wskutek pęknięcia w obrębie zastępczej rozedmy części płuca.

Ostatnia ewentualność jest bardziej pomyślna.

Odma samoistna powstająca bez zakażenia jamy opłucnowej szybko wchłania się. Przy pęknięciu ropnia podopłucnowego powstaje „pyopneumothorax" dający prawie zawsze złe zejście. Towarzysząca czasami odmie samoistnej opłucny — odma podskórna lub śródpiersiowa wskazują na postać ciężką.

Wreszcie może być odma obustronna.

Obraz kliniczny zależy od natężenia mniej lub bardziej nagle występujących objawów czynnościowych w przebiegu cierpienia zasadniczego. Istnieje odma o zespole objawowym charakterystycznym i utajonym.

Postacie najbardziej klinicznie wyrażone są te, które spostrzega się u niemowląt w przebiegu względnie łagodnych postaci zapaleń płuc. W przebiegu normalnym, średnio-ciężkim, występuje nagłe pogorszenie, cechujące się przedewszystkiem żywą dusznością, przyśpieszeniem ruchów oddechowych, które są płytkie i powierzchowne, a także sinicą.

Ten nagły zwrot objawów powinien nasunąć myśl o możliwości powstania odmy samoistnej. Badanie przedmiotowe powinno stwierdzić dwa zasadnicze objawy odmy: nasilenia jawności dźwięku opukowego w połączeniu z osłabieniem szmeru oddechowego. Lecz objawy te nie zawsze łatwo stwierdzić u niemowlęcia dzięki łatwemu przenoszeniu się różnych dźwięków i szmerów ze strony przeciwnej klatki piersiowej. Unieruchomienie połowy klatki piersiowej przy znacznej duszności również trudno wykazać. Naogół jednak w obliczu wymienionych objawów, rozpoznanie odmy samoistnej nie nastręcza trudności.

W innych wypadkach rozpoznanie odmy samoistnej napotyka na duże trudności. Czasami objawy odmy samoistnej występujące w przebiegu ciężkiego schorzenia płucnego nie odcinają się wyraźnie od tła choroby zasadniczej, przy której toku może być wybitna duszność, sinica itp. W tym wypadku wystąpienie odmy samoistnej nie wnosi nic nowego do poprzedzającego obrazu klinicznego, a dyskretne objawy fizykalne mogą być przeoczone. Innym razem objawy czynnościowe odmy samoistnej są tak nieznaczne, odma bywa tak dobrze znoszoną przez dziecko, że jedynie bardzo drobiazgowe badanie kliniczne, a przedewszystkiem rentgenologiczne może wykryć powstanie odmy.

Te dane podkreślają ogromne znaczenie badania rentgenologicznego dla stwierdzenia powstania odmy samoistnej u niemowlęcia. Zwykłe prześwietlanie w tych wypadkach może dać więcej niż zdjęcie, gdyż pozwala wykryć uchylenia w dynamice oddechowej, które są cechami odmy samoistnej najbardziej zasadniczemi. Stwierdza się: unieruchomienie oddechowe żeber, falowanie wdechowe śródpiersia, paradoksalne ruchy przepony (objaw Kinbock'a).

Wreszcie trzeba zauważyć, że zdarza się, aczkolwiek bardzo rzadko t. zw. odma wrodzona. Stwierdza się wtedy u noworodka klasyczne objawy fizykalne odmy, którym mogą nie towarzyszyć żadne objawy czynnościowe. Odma wrodzona może powstać przy istnieniu komunikacji pomiędzy oskrzelem, a jamą opłucny.

Rokowanie w odmie samoistnej u niemowląt nie jest zbyt złe, o ile nie występuje w przebiegu gruźlicy. Wszystko zależy od zasadniczego cierpienia, które doprowadziło do powstania odmy. Odma samoistna powstająca w przebiegu względnie łagodnych schorzeń płucnych i niepowikłana zakażeniem jamy opłucnej wchłania się samoistnie względnie szybko.

Najgroźniejsze są te przypadki, w których odma samoistna jest następstwem ropnia płuc. Według statystyki Lereboullet'a śmiertelność wynosi wtedy 75%. W innych przypadkach śmiertelność nie przekracza 40%. Leczenie, ważne szczególnie w okresie początkowym powstania odmy powinno dążyć do złagodzenia objawów czynnościowych za pomocą wdechania tlenu, środków nasercowych i uspokajających. Czasami bywa wskazane nakłucie opłucnej w celu zmniejszenia ciśnienia w jamie opłucnowej.

Stan obecny zagadnienia etjologji płonicy. (l'État actuel du problème étiologique de la scarlatine). F. M e e r s s e m a n.

Journal de Méd. de Lyon. Février, 1932.

Obecnie istnieją dwie teorje dla rozwiązania zagadnienia etjologji płonicy: teorja paciorkowcowa i teorja jadu przesączalnego.

Teorja paciorkowcowa po raz pierwszy wysuniętą była w r. 1895 przez *Bergé*. Prace dalsze nad nią podjęte były następnie przez szkołę amerykańską.

Teorja paciorkowcowa opiera się przedewszystkiem na fakcie, że z gardzieli chorych na płonicę zawsze można wyhodować paciorkowca hemolizującego, który ma być zarazkiem wywołującym płonicę. Swoistość tego paciorkowca opiera się na całym szeregu dowodów, jak to: wybiórcza aglutynacja z surowicą ozdrowieńców po płonicy; zjadliwość stwierdzona doświadczalnie dla zwierząt i ludzi; wytwarzanie swoistego jadu, który wstrzyknięty do skóry, daje odczyn, t. zw. odczyn Dick'a i który stoi w związku z wrażliwością lub odpornością ustroju na płonicę. Z pomocą tego jadu płoniczego można uskutecznić szczepienie zapobiegawcze i wytwarzać surowicę posiadającą swoiste własności biologiczne i lecznicze.

Działanie paciorkowca płoniczego na ustrój jest według różnych badaczy dwojakie. Według niektórych jad płoniczy wywołuje zatrucie podobnie jak jad błoniczy; paciorkowiec płoniczy rozwija się jedynie w gardzieli chorego, a wszystkie ogólne objawy choroby płoniczej zależą od szerzenia się w ustroju jego jadów. Według innych jad płoniczy składa się z toksyny prawdziwej i t. zw. allergenów (ciał uczulających) i że jad ten wywiera działanie chorobowe jedynie na ustroje uprzednio swoiście uczulone.

Druga teorja etjologiczna, teorja jadu przesączalnego podtrzymywaną jest głównie przez szkołę rumuńską. Teorja ta stara się wątpić w swoistość paciorkowca hemolizującego i wysuwa na pierwszy plan istnienie jadu przesączalnego, za pomocą którego można wywołać chorobę u zwierząt. Jad przesączalny towarzyszy paciorkowcom, które przyjmują tylko udział w chorobie płoniczej. Współudziałem paciorkowców tłomaczy się ich zdolność aglutynacyjna z surowicą ozdrowieńców. Zresztą ta zdolność aglutynacyjna może być nabytą przez każdy szczep paciorkowców rosnących na pożywkach z dodatkiem jadu przesączalnego.

Według autora, przy obecnym stanie wiedzy żadna z tych teoryj sama nie jest wystarczającą dla wytłomaczenia zjawisk zachodzących w płoni-

cy. Zarówno swoistość paciorkowca płoniczego jak i teorja jadu przesączalnego nie są do przyjęcia bez zastrzeżeń. Autor sądzi, że dla wytłomaczenia patogenezy płonicy należy przyjąć tylko współudział paciorkowców z nieznanym bliżej ale swoistym dla płonicy jadem przesączalnym.

Badania teoretyczne starające się rozwiązać zagadnienie etjologji płonicy doprowadziły do szeregu zastosowań praktycznych. Temi są: próby zapobiegania szerzenia się płonicy, oparte nie na klasycznym terminie izolacji chorych i zakażonych lecz na kontroli bakterjologicznej (obecność paciorkowca hemolizującego w wydzielinie z gardzieli); szczepienia zapobiegawcze za pomocą toksyny lub anatoksyny paciorkowcowej; leczenie płonicy surowicą otrzymaną po wstrzykiwaniach zwierzętom jadu paciorkowca hemolizującego — płoniczego. Według ogólnego zdania, leczenie to, pod warunkiem wczesnego stosowania jest wyraźnie skuteczne na zespół toksyczny na początku choroby płoniczej; na ujawnione już powikłania leczenie surowicą nie wywiera wpływu i pozostaje wątpliwem, czy wogóle posiada znaczenie zapobiegawcze w stosunku do powikłań.

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Leczenie operacyjne złamań szyi kości udowej. (Le traitement des fractures du col du fémur). T a v e r n i e r.

La Presse Méd. Nr. 32, kwiecień 1932.

Stosowane dotychczas szeroko leczenie zachowawcze w przypadkach złamań właściwej szyi kości udowej i złamań podgłówkowych (decapitatio), a także złamań przezkrętarzowych, zaklinowanych w ustawieniu wadliwem (skrócenie, przywiedzenie i skręcenie nazewnątrz), daje naogół słabe wyniki czynnościowe; stopień ostatecznego inwalidztwa wynosi tu przeciętnie 50%. Większość lekarzy godzi się z tym faktem, gdyż w przypadkach powyższych chodzi zwykle o starców, których sprawność czynnościowa po wyleczeniu złamania nie interesuje zbytnio ani najbliższej rodziny, ani ogółu społeczeństwa. Zbędnem byłoby podkreślać niesłuszność takiego rozumowania, pomijając już fakt, że złamania w zakresie szyi kości udowej dotyczą czasami i osób w młodszym wieku.

Brakom powyższym starają się zaradzić dwie następujące metody: s p o s ó b W i t h m a n n a (duży gips na miednicę i kończynę w silnem odwiedzeniu, lekkiem zgięciu w biodrze i skręceniu ku wewnątrz — na przeciąg 3 miesięcy) i o p e r a c y j n e z e ś r u b o w a n i e o d ł a m ó w (pomysłu Delbeta). Wady tego pierwszego sposobu (konieczność długotrwałego i rozległego unieruchomienia chorych w starszym wieku), przemawiają tem samem na korzyść drugiego to jest ześrubowania.

Stosowanie sposobu Delbeta wymaga dokładnego opanowania techniki danego zabiegu. Błędy techniczne jak nieprawidłowe ześrubowanie odłamów lub następowe przemieszczenia odłamów (np. pęknięcie głowy) po prawidłowo wykonanym zabiegu — psują w mniej lub więcej znacznym stopniu wynik ostateczny, co niesłusznie jest kładzione później na karb samej metody.

Wstępem do zabiegu wdg. Delbeta, zresztą niesłychanie ważnym, jest d o k ł a d n e z e s t a w i e n i e odłamów: szyja wraz z krętarzem ma być ściśle na przedłużeniu głowy kości udowej. W znieczuleniu rdzeniowem względnie miejscowem, na specjalnym stole, który umożliwia wykonanie zdjęcia rentgenowskiego w każdej chwili, pociąga się za kończynę w jej osi z siłą 10 kg (wyciąg ten u t r z y m u j e się do końca operacji), jednocześnie z tem pociąga się za górną część uda do boku zapomocą serwety, założonej na udo tuż poniżej pachwiny. Odłamy ulegają wówczas odklinowaniu i ustawiają się prawidłowo po zaprzestaniu zaś pociągania do boku stopa już nie opada nazewnątrz, a pozostaje w ustawieniu prawidłowem.

Po upewnieniu się zapomocą zdjęcia rentgenowskiego o tem, że odłamy są ustawione jak należy, następuje właściwy akt operacyjny. Cięcie skóry podłużne na zewnętrznej powierzchni krętarza dużego, długości 8 — 10 cm. Po przecięciu rozcięgna mięśnia pośladkowego największego i średniego i odsłonięciu w ten sposób powierzchni bocznej krętarza ze znajdującem się tutaj zagłębieniem, oczyszcza się je skrobaczką dokładnie z przyczepiających się tu włókien mięśniowych, wyznacza się kierunek i długość kanału dla śruby (w porównaniu z rentgenogramem), toruje się ów kanał zapomocą boru, wykonuje się zdjęcie kontrolne przed wyciągnięciem boru, następnie, w przygotowany kanał wkręca się odpowiednią śrubę tak mocno, żeby powierzchnie złamania ściśle przylegały do siebie, jeszcze raz kontroluje się zdjęciem rentgenowskiem i, wreszcie, ranę zaszywa się doszczętnie szwem 2-piętrowym (rozcięgno m. pośladkowego największego, skóra), a kończynę u n i e r u c h a m i a się w lekkiem zgięciu zapomocą rynienki gipsowej od przodu na przeciąg 15 dni. Po tym terminie rynienkę się odrzuca i chory uzyskuje z u p e ł n ą s w o b o d ę r u c h ó w w ł ó ż k u. Chodzić zaczyna dopiero po 3 miesiącach. Przeciętnie, dla mężczyzn o silnej budowie długość śruby powinna wynosić 9 cm, dla kobiet — 8 cm. Po całkowitem wkręceniu śruby jej koniec nie powinien sięgać warstwy korowej głowy. Następowe usuwanie śruby po zagojeniu się złamania jest zbędne, gdyż kość zupełnie dobrze znosi jej obecność przez czas nieograniczony.

Zabieg powyższy jest wskazany przedewszystkiem w złamaniach podgłówkowych (decapitatio) i złamaniach właściwej szyi kości udowej; a poza tem — w złamaniach przezkrętarzowych, w których zestawienie i ustalenie odłamów może być wykonane właściwie prawie całkowicie pod kontrolą oka.

Jedynem przeciwskazaniem będzie tutaj daleko posunięty wiek (starczy) i znaczne upośledzenie stanu ogólnego. Jednakże dodać tu należy, że właśnie wyżej opisany sposób leczenia zapomocą ześrubowania odłamów znacznie mniej naraża chorych w późnym wieku i ogólnie niewydolnych na różne powikłania wtórne, niż sposób zachowawczy, który ich całkowicie unieruchamia w łóżku na przeciąg wielu miesięcy, ze wszelkiemi tegoż następstwami.

CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.

Siarka w leczeniu ozeny. (A propos du soufre dans le traitement de l'ozène). M a i l h o - L a r g e t e a u.

Revue de lar. T. 51, Nr. 15—16.

Lermoyer mawiał, że „ropa wymaga siarki". Istotnie doświadczenia term siarczanych wykazują

bardzo dodatni wpływ na przewlekłe ropienia jam i zatok nosa. Działanie jest nie tylko antyseptyczne, ale i przestrajające („modificatrice"), prawdopodobnie troficzne. Podobnie rzecz się ma z działaniem keratoplastycznem i keratolitycznem siarki w dermatologji. Stosowanie siarki w ozenie nie jest nowe. Opierając się na pracach *Heftera, Maillarda, de Challes'a* autorzy doszli stopniowo do stosowania 10%-owego pseudokoloidalnego roztworu wodnego o P. H. : 4,8 — 4,7 i odczynie lekko kwaśnym. Powstaje on przez rozkład wodorotlenku siarki, niezmienia się w ciągu miesięcy i miesza się z wodą niedając zrazu strątów ani skrzepów. Po odczyszczeniu jam nosa ze strupów przy pomocy irygacji wodą słoną pacjent zanurza nos do rozcieńczonego ciepłego płynu (łyżka oryginalnego rozczynu na szklankę wody) i kilkakrotnie naprzemian przez każdą stronę nosa wciąga płyn powoli lecz głęboko (doucement, mais profondément) i potem go wysiąkuje. O trąbkę Eust. z powodu przestronności jam nosa niema obawy.

W cięższych wypadkach prócz tego wprowadza się płyn oryginalny wątotrzymaczami na wacie do przestworów nosowych aplikując „jak gdyby przy znieczulaniu". U wrażliwych pacjentów akt ten można zastąpić rozpyleniem płynu do nosa. Przez 2 tygodnie trzeba stosować metodę 2 razy dziennie, potem stopniowo rzadziej. Autorzy chwalą wyniki i zapraszają do wypróbowania metody. W późniejszych fazach stosują też masaż wibracyjny śluzówki i injekcje podśluzowe barytu i t. p. Autorzy rozporządzają doświadczeniem 1-rocznem, ilości przypadków leczonych nie podają.

Perlak. (Du cholestéatome). R e j t o A.

j. w. Nr. 17—18.

Autor wyłuszcza metodę rozpoznania perlaka na drodze kolorymetryczno-chemicznej i przy tej sposobności przytacza szereg zajmujących szczegółów ważnych także dla terapji i etjologji tego poważnego cierpienia usznego. Nazwa perlaka (Perlgeschwulst) pochodzi od *Virchowa* i opiera się na mikroskopowym wyglądzie mas perlakowych. Jakkolwiek *Virchow* odrzuca wcześniejszą nazwę „cholesteatoma" podaną przez *Joh. Müllera*, opierającą się na składzie chemicznym perlaka, a mianowicie na zawartości cholesteryny, to przecież dalsze badania *Haikego* i *Lautenschlägera* wykazują istotne znaczenie cholesteryny w składzie perlaka. Chociaż jest prawdą, że wiele innych tkanek zawiera też ten wysoko-drobinowy alkohol, to przecież, jeśli uwzględnimy nietylko krystaliczną, ale i bezpostaciową cholesterynę, to masy perlakowe zawierają ją w bez porównania wyższym procencie. Prawidłowy naskórek zawiera jej 10,6%, masy perlaka blisko podwójnie: (18—23%). Ciekawe są spostrzeżenia, dotyczące warunków powstawania perlaka. Dlaczego n. p. po usunięciu operacyjnem perlaka jest możliwem, że to samo podłoże przestaje produkować masę perlakową, dając w rezultacie wyleczenie ostateczne. Otóż okazuje się, że do warunków sprzyjających rozwojowi perlaka należy: 1) wilgoć, 2) lichy dostęp światła i 3) powietrza (tlenu). Operacja z plastyką usuwa czynnik 2) i przez to działa lecząco. O ważności usunięcia wilgoci należy pamiętać w całem zagadnieniu leczenia zachowawczego perlaka i ucha wogóle. Tu musi być decydującą wytyczną unikanie wszelkich płynów (n. p. H_2O_2 i t. p.) i dbanie o dobre przewietrzanie terenu leczenia. Wedle doświadczenia autora szczególnie ciężkie i rozległe perlaki operowane przez niego, wykazywały w wywiadzie stale długotrwałe leczenie ciężkie i rozległe perlaki operowane przez niego, wykazywały w wywiadzie stale albowiem wedle *Lautenschlägera*, ona stanowi czynnik postępującej destrukcji kości w tem cierpieniu. Do tego celu teoretycznie służyć może ciepły alkohol, chloroform, oliwa i czterochlorek węgla (CCl_4). Pierwsze dwa, chemicznie nie obojętne, są niepraktyczne; pozostaje oliwa i CCl_4. Ten ostatni ma poza małem drażnieniem skóry, które można łatwo ominąć, — tę dodatnią stronę, że zawartość cholesteryny w wyciągu można rozpoznawać ilościowo na drodze kolorymetrycznej wedle metody de *Bloara*, zmodyfikowanej przez *Hahna* i *Wolfa*. Autor dla celów porównawczych używa czterech różnie rozcieńczonych rozczynów zielonych B-naftolu i w ten sposób określa koncentrację cholesteryny w CCl_4. Autor jest w stanie rozpoznać klinicznie perlak, co sprawdził dotąd na 25 przypadkach operowanych. Technika otrzymania wyciągu cholesteryny polega na wstrzyknięciu rozczynu CCl_4 do ucha środkowego i wyaspirowaniu go po 10 — 15 minutach.

Rola tytoniu jako czynnika zwiększającego przytępienie słuchu. (Du rôle du tabagisme comme agent d'aggravation des surdités). F e r r a n C.

j. w. Nr. 19.

W pracy tej, będącej ciągiem dalszym publikacji tegoż autora z lat 1911 i 1922 zwraca autor po-

„SANITAS"

Pierwszorzędny Zakład galwanizowania

instrumentów lekarskich

i precyzyjna szlifiernia

wykonywuje wszelkie prace nadzwyczaj s t a r a n n i e, brusi (szlif wklęsły e. t. c.) i galwanizuje (chrom-nikiel) najnowszym sposobem zagranicznym nierdzewiej.

Ceny umiarkowane — wysyłka franco!
Na żądanie prospekty.

CIESZYN
Wyższa Brama 6, telefon 117

nownie uwagę na swe poglądy potwierdzone wciąż przez praktykę autora. A mianowicie: tytoń na ogół dla uszu zdrowych, nawet w większych ilościach, zdaje/się nie być szkodliwym. Natomiast nie tylko palenie tytoniu, lecz także przebywanie w lokalach nasyconych dymem tytoniowym (kawiarniach i t. p.) jest niewątpliwie wybitnie szkodliwe dla słuchu ludzi cierpiących na sprawy ostre lub przewlekłe narządu słuchowego. W związku z tem twierdzeniem autor snuje różne hipotezy i teorje dotyczące anatomo - fizjologicznego mechanizmu szkód tytoniowych. Nikotyna ma wywoływać naczynioruchowe, a pośrednio także troficzne zmiany w obrębie n. cochlearis, a zmiany są tutaj specjalnie łatwe, intensywne i długotrwałe z powodu pomieszczenia nerwu ślimakowego w ciasnym niepodatnym kanale kostnym. Również i zmiany na śluzówce jamy nosogardłowej, trąbki i jamy bębenkowej, wywołane tytoniem, odgrywają rolę w zaostrzeniu przytępienia słuchu u osób już dotkniętych początkami cierpienia. Autor wnosi stąd, że o ile chodzi o uszy, zbytecznem jest niepokoić ludzi zdrowych zakazami, natomiast już zagrożonym należy palenia tytoniu i przebywanie w zadymionych lokalach zakazywać bezwzględnie.

Wstrzykiwania ściągające jako metoda wyboru w przerostach śluzówki nosa bez zniekształcenia podłoża kostnego. (Les injections sclérosantes, traitement de choix des hypertrophies de la muqueuse nasale, sans malformations osseuses sous-jacentes). Dutheillet de Lamothe.

j. w. Nr. 22.

Gdy muszle nosowe utrudniają oddychanie wyłącznie z powodu przerostu rozlanego śluzówki lub gdy takiż efekt wywiera po stronie pierwotnie przestronnej jednostronny zastępczy przerost śluzówki muszli po wykonaniu podśluzowego wyprostowania przegrody nosa, wówczas stosuje się na ogół krwawe resekcje przerosłej śluzówki, arteficialne złamanie muszli z przesunięciem ku zewnątrz lub galwanokaustykę. Metody te zdolne są zastąpić injekcje 5%-owego rozczynu wodnego chininy uretanowej (Quinine urétane) w okolicę okostnej muszel. Injekcje te robi się wedle metody *Richier* i *Leroux*, zmodyfikowanej przez autora w cztery miejsca: jedną na dolnej powierzchni muszli dolnej, trzy pod przód, środek i tylny koniec na powierzchni górnej. Wstrzyknięcia (po znieczuleniu śluzówki 20% kokainą), są niebolesne. Podobnie korzystne wyniki ma dawać wstrzykiwanie „sclero-serum", które jednak jest bolesne. Efekt wyraża się w znacznem i jednostajnem skurczeniu się śluzówki i przywróceniu drożności. Co do trwałości wyników, autor wobec krótkiego doświadczenia nie może się wypowiedzieć. Dodatnia strona metody polega na uniknięciu operacji, braku wszelkiego odczynu i pewnemu zapobieganiu wszelkim powikłaniom, jak zrosty pooperacyjne.

Ból głowy jako objaw podwyższonego ciśnienia wśródczaszkowego. (La cephalée dans le syndrome d'hypertension intracranienne). Portmann G.

j. w. T. 52. 1931. Nr. 1.

Ból głowy jest objawem niemal nigdy nie brakującym w zespole objawów podwyższonego ciśnienia wśródczaszkowego, spowodowanego przyczyną organiczną, zwłaszcza natury zapalnej. Chociaż i przy guzach wśródczaszkowych mało kiedy jest nieobecny. Ból ten, w swoim stopniu i rozwoju wybitnie charakterystyczny, niejednokrotnie sam jeden naprowadzi na rozpoznanie i wskazanie operacyjne. Niemniej jednak znane są wypadki znacznych guzów wśródczaszkowych z wyraźnem podwyższeniem ciśnienia wśródczaszkowego, gdzie bólu głowy wogóle niema. Taki przypadek glejaka kąta mostkowo-móżdżkowego operowany przez autora, opisuje autor. Również opisuje autor przypadek zropiałego perlaka z ropniem nadoponowym i drugim ropniem mózgowym w okolicy skroniowo-klinowej, gdzie ból głowy był jedynym symptomem naprowadzającym.

Kojarzenie się bólu głowy, omawianego tutaj, z wybitnem wychudnięciem pacjenta uważa autor jako zespół o dużem znaczeniu rozpoznawczem. Autor dochodzi do wniosku, że klinika nie zna żadnego luźnego objawu, bezwzględnie patognomicznego i że zawsze należy dążyć do oparcia rozpoznania na możliwie dużej ilości objawów.

A. Schwarzbart
(Kraków).

CHOROBY KOBIECE. POŁOŻNICTWO.

W sprawie zaniedbanego położenia poprzecznego; klinika i leczenie. (A propos des présentations de l'épaule négligées; clinique et thérapeutique). Reeb M.

Rev. francç. Gynéc. T. 26, str. 417, 1931 r.

Na 3345 porodów w ciągu 30 miesięcy było 17 przypadków położenia poprzecznego, co stanowi 0,51%. W liczbę powyższą nie wliczono porodów niedonoszonych i położeń poprzecznych, stwierdzonych w czasie porodu bliźniaczego.

Z omawianych 17 przypadków, w 8 wykonano obrót w ogólnem uśpieniu z wynikiem dobrym dla matki; 7 dzieci wydobyto żywych, 1 zmarło w czasie obrotu, jedno zaś zmarło na trzeci dzień po porodzie z powodu wylewu do mózgu. W 1 przypadku wykonano cięcie cesarskie z dobrym wynikiem.

Pozostałe 8 przypadków były to położenia poprzeczne zaniedbane z barkiem wklinowanym. Postępowanie lecznicze było tu nieco odmienne. W 2 przypadkach wybrano a priori drogę pochwową; w obydwu płody były martwe to też zastosowano decapitatio nożyczkami Dubois. Przypadek trzeci rozwiązano obrotem jakkolwiek płód był martwy, gdyż technicznie operacja ta wydawała się łatwiejsza od rozkawałkowania płodu.

W 4-ym przypadku po nieudałym obrocie wykonano cięcie cesarskie w dolnym odcinku z wynikiem dobrym; przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. W 5-tym przypadku wykonano rozkawalenie płodu na mieście, a ponieważ po porodzie stwierdzono wewnętrzne pęknięcie macicy wytamponowano chorą i po przewiezieniu do kliniki natychmiast przystąpiono do laparotomji. Stwierdzono pęknięcie niecałkowite z wytworzeniem olbrzymiego wylewu krwawego do przymacicza, sięgającego aż do okolicy nerek; nadpochwowe wycięcie macicy; śmierć na stole operacyjnym.

Doświadczenie uzyskane z poprzedniego przypadku skłoniło autora do obrania drogi operacji przez brzuch w 6-ym przyp. W przypadku tym na płodzie martwym probowano obrotu, poczem stwierdzono objawy pęknięcia macicy, przetransportowano do kliniki i natychmiast otwarto jamę brzuszną; stwierdzono kolpaporrhexis, wycięcie macicy, Mikulicz, wyzdrowienie.

Przypadek 7-y: położenie poprzeczne zaniedbane, płód martwy, temperatura 38,6, wykonano cięcie cesarskie według Portes'a, zejście śmiertelne na 9-ty dzień po operacji z powodu endometritis gangrenosa, abscessus retrovesicalis.

Przypadek 8-y: położenie poprz. zaniedbane, płód żywy; sectio caesarea, wynik dobry.

Wnioski autora dadzą się ująć jak następuje:

przy martwym płodzie i niezbyt rozciągniętym dolnym odcinku — operacją wyboru jest decapitatio wykonana nożyczkami;

obrót martwego płodu w pewnych warunkach technicznych nie jest grzechem;

po każdej operacji położniczej w przypadkach położenia poprzecznego, zaniedbanego należy dokładnie sprawdzić wnętrze macicy a szczególnie całość dolnego odcinka;

jeśli znaczne rozciągnięcie dolnego odcinka każe przewidywać trudną i niebezpieczną operację pochwową, lepiej odrazu przystąpić do operacji brzusznej;

pęknięcie dolnego odcinka z jednocześnie występującemi objawami początkowego zakażenia jest wskazaniem do wycięcia macicy całkowitego, bez jej otwierania;

jeśli płód żyje, a obrót jest niemożliwy lub przeciwwskazany należy wykonać cięcie cesarskie.

Wybór pomiędzy cięciem cesarskiem z lub bez sączkowania, operacją Porro i oPrtes'a — jest nadal trudny do zdecydowania.

Czas trwania porodu prawidłowego. (La durée de l'accouchement normal). Kreis J.

Rev. Franç. Gynèc. Obstétr. T. 27, Nr. 5, 1932 r.

Omawiając czas trwania porodu prawidłowego autor zwraca przedewszystkiem uwagę na znikomą wartość podziału pod względem czasu porodu na okres rozwierania i okres wydalania. Rzeczą pierwszorzędnej wagi jest czas trwania całego porodu, i to nie tylko pod względem praktycznym, ale i teoretycznym: wszak przyczyną długotrwałości porodu jest słaba akcja porodowa mięśnia macicy, a przyczyna ta wszak pozostaje niezmieniona w obydwu okresach. Wiadomo, że przedłużającemu się I okresowi porodu towarzyszy zazwyczaj długi okres II, oczywista w przypadkach prawidłowych pod względem miednicy kostnej.

W pojęciu czasu trwania porodu prawidłowego należy wnieść zasadniczą poprawkę: odróżniać należy mianowicie poród prawidłowy od porodu samoistnego. Te dwa pojęcia nie są synonimami, gdyż nie każdy poród zakończony siłami natury zasługuje na nazwę prawidłowego; czyż można nazwać prawidłowym poród, który trwa kilka dni?, choćby zakończył się bez interwencji lekarskiej urodzeniem zdrowego noworodka?

Punktem wyjścia rozumowania autora jest fakt, że znana jest pewna liczba porodów pierwiastek przebiegających w ciągu 2 — 6 godzin i to bez jakiejkolwiek interwencji położniczej; dla wieloródki czas trwania porodu określa autor na 4 godziny, wychodząc z tych samych założeń.

Zastanawiając się nad przyczyną przedłużania się porodu samoistnego *Kreis* zwraca przedewszystkiem uwagę na t. zw. bóle przepowiadające lub fałszywe, występujące w przeważnej liczbie wszystkich porodów. Żadna z wyżej przytoczonych nazw nie jest odpowiednia, gdyż bóle te przedewszystkiem są nieprawidłowe i, jak wynika z obserwacji K. i autora fińskiego *Ritala*, wpływają wybitnie ujemnie na dalszy przebieg porodu; nie są więc tylko bólami przepowiadającemi. Poród, który rozpoczyna się t. zw. bólami przepowiadającemi trwa znacznie dłużej przeciętnie, niż poród od początku prawidłowy pod względem jakości bólów, nawet jeśli odrzucić okres trwania tych właśnie bólów fałszywych lub przepowiadających.

Bóle nieregularne, jak wiadomo, są związane etiologicznie z nieprawidłowościami unerwienia macicy i rozwierania się ujścia; ten ostatni składnik mechanizmu porodowego zależy z kolei od czynności mięśni podłużnych macicy; wynikiem ich pracy jest podciąganie pierścienia skurczowego ku górze. Klasyczne położnictwo wnioskuje na zasadzie przebiegu pierścienia skurczowego o wielkości rozwarcia ujścia zewnętrznego; nie jest to jednak bynajmniej pewne. Liczne obserwacje w czasie cięcia cesarskiego wykazały, że zależność pomiędzy wysokością pierścienia skurczowego, a rozwarciem ujścia zewnętrznego jest bardzo problematyczna: często widuje się wysoko przebiegający pierścień przy bardzo niewielkiem rozwarciu ujścia, i odwrotnie. W podobnych przypadkach zachodzić musi nadmierna niepodatność ujścia zewnętrznego, co oczywista odbić się musi na czasie trwania porodu.

Leczniczo w przypadkach nieregularnych bólów w początku porodu autor radzi injekcję środka przeciwskurczowego jakim jest spasmalgine Roche'a. W wielu przypadkach czynność porodowa wyrównuje się, bóle stają się regularne; w innych zaś trzeba injekcję powtórzyć; niekiedy bóle ustają zupełnie, ale potem przychodzą, już zupełnie normalne. Oto pierwsza ważna wskazówka terapeutyczna w leczeniu nieregularnych bólów i to w samym początku porodu.

Drugi zasadniczy składnik położniczego postępowania szkoły strasburskiej to przebicie pęcherza płodowego w początku porodu w każdym przypadku. Ma to na celu ułatwienie macicy jej pracy przez skrócenie włókien mięsnych po zmniejszeniu zawartości jej jamy. Ponadto w niektórych przypadkach zachowany pęcherz płodowy może być przeszkodą porodową.

Rezultaty swego postępowania położniczego ogłosił autor w swoim czasie. Wynika z nich w sposób niewątpliwy że dzięki temu postępowaniu powiększyła się dwukrotnie liczba porodów szybkich, poniżej 6 godzin trwających, które K. jedynie uważa za prawdziwie normalne. Dalszy rozwój położnictwa doprowadzić musi do sprowadzenia większości porodów do tak pojętego przebiegu prawidłowego.

Krwotoki w późnym połogu. (Hemorragies tardives du post-partum). Léon-Borcea, Lucie.

Progrés méd. 1931 II, str. 2272.

Praca niniejsza porusza jeszcze raz sprawę leczenia krwotoków w późnym połogu, zajmującą umysły położników od czasu bojowego artykułu *Couvelaire'a*. Zaleca on, jak wiadomo, powstrzymanie się od wszelkich zabiegów wewnątrz - ma-

cicznych w tych przypadkach uważając, że jedynie postępowanie zachowawcze lub wycięcie macicy wchodzi tu w grę.

W przeciwieństwie do zdania *Couvelaire'a*, autorka niniejszego artykułu broni gorąco usuwania resztek łożyska po porodzie ostrą łyżeczką; podkreśla przytem konieczność używania ostrej łyżeczki, gdyż tępa ześlizguje się po resztkach łożyska nie usuwając ich.

Na poparcie swego stanowiska autorka powołuje się na doświadczenie szpitalne w ciągu 10 lat, a także przytacza kilka niedawno spostrzeganych przypadków.

Zakażenie obserwowane w niektórych przypadkach powstaje jeszcze przed zabiegiem, czego dowodem jest dodatni wynik posiewu ze krwi pobranej przed zabiegiem. W niektórych przypadkach bezpośrednio po zabiegu występuje dreszcz i skok ciepłoty, zazwyczaj jednak opada ona litycznie do poziomu normalnego. Im wcześniej wykonać skrobanie macicy tem więcej szans szczęśliwego zejścia choroby.

Z powyższych wywodów nie należy sądzić aby autorka bagatelizowała niebezpieczeństwo omawianego zabiegu; uważa go jednak za najlepsze wyjście z sytuacji.

Płytki krwi w czasie miesiączki, ciąży i połogu. (Les plaquettes sanguines au cours de la menstruation, de la grossesse et des suites de couches). Benhamon Ed., A. Nouchy.

Gynéc. Obstétr. T. 25, Nr. 2, 1932 r.

Autorowie badali ilość płytek krwi w czasie miesiączki, ciąży i połogu posiłkując się techniką *van Herwerden — van Gold — Denhoven* z tą jedną nieznaczną modyfikacją, że płyn rozcieńczający podbarwiali barwnikiem (crésyl bleu brillant).

Technika ta, podana przez wymienionych autorów w Ann. Soc. Sc. Bruxelles, z 31 grudnia 1926 r., jest następująca.

Na czczo, zawsze w tych samych warunkach i o tej samej godzinie pobiera się krew z palca. Do pipetki (melangera) używanej do białych ciałek pobiera się płynu rozpuszczającego do kreski 0,5, potem krwi do — 1, i wreszcie znowu płynu do kreski oznaczonej liczbą 11. Po dokładnym wymieszaniu za pomocą potrząsania, wydmuchuje się ½ zawartości pipety, a z pozostałości wpuszcza się 1 kroplę do zwykłej kamery (Bürkera). Oblicza się jak białe ciałka na 1 cm^3. Wyniki badań autorów dadzą się streścić jak następuje:

1) Normalna ilość płytek u kobiety wynosi 330.000 do 380.000.

2) Przed samą miesiączką spada nagle lub powoli ilość płytek we krwi; spadek ten wynosi około 100.000 płytek i trwa przez pierwsze 2—3 dni miesiączki; poczem liczba płytek zaczyna się powoli wznosić aż osiągnie granice normalne. Spostrzeżenie powyższe jest ważnym teoretycznem uzasadnieniem znanego prawidła: nie operować w czasie menstruacji.

3) W ciąży ilość płytek wzrasta bardzo znacznie, dochodząc pod jej koniec do 500.000—600.000.

4) W czasie porodu ilość płytek spada znacznie, ale spadek ten zaznacza się szczególnie wydatnie w połogu, w jego pierwszych dniach; już jednak na 8—9 dzień połogu liczba płytek wzrastając powoli osiąga normalną wysokość.

5) Doświadczalna injekcja follikuliny ani też wstrzyknięcie adrenaliny (w celu skurczenia śledziony) nie wywołuje wybitniejszych zmian w ilości płytek we krwi.

25 przypadków wycięcia nerwu przedkrzyżowego z powodu bolesnego miesiączkowania i bólów w krzyżu. (Vingt-cinq résections du nerf présacré pour dysménorrhée et névralgie pelvienne). Razemon P., Lambert M.

Arch. franco-belges Chir. T. 32, str. 641, r. 1932.

Autor podnosi, że bóle nerwowe miednicy małej występują stosunkowo późno w przypadkach autora 15 chorych rodziło przynajmniej raz, a 4 zaledwie cierpiały od początku dojrzałości płciowej.

Prawie we wszystkich przypadkach w czasie zabiegu stwierdzono jakieś zmiany patologiczne w zakresie narządu rodnego (tyłozgięcie, zwyrodnienie torbielkowate jajników i t. d.).

Na 25 przyp. operowanych badano po raz drugi 20 pacjentek. Stwierdzono, że 10 uważało się za zupełnie wyleczone, u 6 stwierdzono poprawę, a 4 nie wykazywały żadnej poprawy. W jednym przypadku pomimo omawianej operacji wykonanej w początku ciąży, ukończyła się ona pomyślnie w normalnym czasie.

Przeszczepienie jajnika do macicy z zachowaniem szypuły naczyniowo-nerwowej. (Transposition utérine de l'ovaire avec conservations de son pédicule vasculonerveux). Petit Raymond.

Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 27, Nr. 5, 1932.

Metoda operacyjna, będąca przedmiotem niniejszego artykułu nie jest nowa. Autor wykonał ją od r. 1908 czterdzieści kilka razy, *Tuffier* zmodyfikowawszy ją nieco stosował również kilkanaście razy. Artykuł niniejszy ma raczej na celu dokładne przedstawienie techniki operacyjnej raz jeszcze i spopularyzowanie zabiegu.

Technika przedstawia się jak następuje:

Usunięcie jednostronne przydatków i jajowodu po stronie wszczepianego jajnika, uwolnienie tego ostatniego ze zrostów i dokonanie na nim samych potrzebnych zabiegów (nakłucie torbielek, ewent. wycięcie klinowate części jajnika i t. d.).

Następnie dla dokładniejszego uruchomienia jajnika nacina się okrężnie otrzewną pokrywającą jego szypułę (głównie lig. ovarii proprium, gdyż lig. infundibulo pelvicum jest już przecięte przy usuwaniu jajowodu) i nasuwa się ją ku dołowi, obnażając samą tylko szypułę zawierającą nerwy i naczynia.

Teraz na 4 bieguny jajnika zakłada się cienkie szwy katgutowe, nie związując ich narazie; nitki te będą służyły do wprowadzenia jajnika do wnętrza macicy.

Macicę otwiera się cięciem bocznem w rogu macicy mniej więcej w miejscu przyczepu jajowodu; cięcie to musi być dość duże, aby dostęp do wnętrza macicy był łatwy. Tuffier radzi cięcie w tylnej ścianie macicy, z czem jednak Petit nie zgadza się.

Po otwarciu jamy macicy przeprowadza się nitki uprzednio założone na jajnik przez całą grubość ściany macicy, tak aby biegun wewnętrzny jajnika znalazł się w dolnym końcu cięcia w macicy, zewnętrzny zaś — w górnym; w ten sposób

jajnik zostaje wprowadzony bez skrętu szypuły do jamy macicy. Następuje związanie nitek, wprowadzających i zeszycie cięcia w trzonie macicy, kilkoma szwami z koniecznym oszczędzaniem samej szypuły jajnika.

Zesunięty uprzednio mankiecik otrzewnowy przystanie teraz ściśle do otrzewnej pokrywającej macicę i przyrośnie doń nawet bez niezbędnego przyszycia obydwu powierzchni.

W ten sposób wykonana operacja dała w wyniku autorowi na 46 przypadków 4 razy zajście w ciążę, we wszystkich zaś miesiączki utrzymywały się zupełnie prawidłowo.

Na wstępie artykułu autor przypomina ogólnie znane dane z anatomji jajnika, a przedewszystkiem jego zaopatrzenia nerwowego, krwionośnego i chłonnego.

Zachowanie częściowe jajnika. (La conservation parcellaire de l'ovaire). Villard E. J. Caillot.

Paris méd. r. 1932 II, str. 531.

Autor zdaje sprawozdanie z 47 przyp., w których wykonał częściowe klinowe wycięcie jajnika sposobem Pozzi'ego; w czasie zabiegu zwracał baczną uwagę na pozostawienie wnęki jajnika nienaruszonej, jak również na zachowanie naczynia krwionośnego idącego tuż obok strzępka jajowodu.

W wyniku tego zabiegu autor uzyskał w 92% przyp. normalną miesiączkę po operacji, a w 98% przyp. wogóle krwawienie miesiączkowe było zachowane.

Powyższe spostrzeżenie wykazuje, jak bardzo jajnik jest wytrzymały na jego pomniejszanie ilościowe i jak szybko przystosowuje się do zmienionych warunków życia.

Oczywista we wszystkich omawianych przypadkach macica pozostawała obok resztki jajnika (co ma duże znaczenie wewnątrz wydzielnicze według ostatnich badań naukowych — przyp. refer.).

Nowy sposób leczenia operacyjnego zapaleń przydatków. (Un nouveau traitement chirurgical des annexites inflammatoires). Rotter H.

Bull. Soc. nat. chir. Paris 57, 1351, 1931 r.

Autor poleca podwiązanie więzadła lejkowo miednicowego jedną podwiązką en masse, zaciskającą tak żyły, jak tętnicę. Zabieg ten powoduje zmniejszony dopływ krwi tętniczej z jednoczesnie powiększonym przekrwieniem biernym żylnym.

Operacja Rottera wskazana jest przedewszystkiem w ostrych i podostrych zapaleniach przydatków u młodych kobiet, gdyż pozwala ona w pewnej ilości przypadków ominąć przedwczesną kastrację osób młodych.

Autor wykonał omawianą operację w 30 przypadkach z dobrym wynikiem, bez przypadku śmierci. W 28 przyp. było gonokokowe zapalenie, w 2 rozpoczęło się ono po porodzie. Powikłania pooperacyjne 1 przyp. zapalenia żył i 2 przyp. oskrzelowego zapalenia płuc.

Zabieg omawiany oczywista stosować należy w przypadkach niepoddających się leczeniu zachowawczemu.

We wszystkich przypadkach stwierdzono bardzo szybką i wybitną poprawę, dochodzącą niekiedy do anatomicznego wyleczenia. Sprawdzenie stanu leczonych pacjentek po kilku miesiącach w 16 przyp. wykazało stan zupełnie zadawalający.

Dla ostatecznej oceny wartości operacji Rottera potrzeba większej ilości przypadków.

Zwłaszcza ciekawym będzie ewentualny przebieg ciąży po tym zabiegu.

Wytworzenie sztucznej pochwy. (Creation d'un vagin artificiel). Hartman Henri.

Gynéc. Obstétr. T. 25, Nr. 5, 1932.

Autor omawia operację podaną i wykonaną po raz pierwszy przez *Frank'a* i *Geist'a*. Polega ona na przeszczepieniu płata skórnego z uda, z jego powierzchni wewnętrznej do sztucznie wytworzonego kanału pomiędzy cewką a odbytnicą. Operację tę wykonywa się na kilka temp. Przedewszystkiem należy opisać nożem na wewnętrznej powierzchni uda figurę podłużną długości 17 cm., szerokości 12 cm. Podstawa tej figury winna znajdować się na granicy owłosienia sromu, i nie powinna być narazie odcięta; natomiast granica zewnętrzna ma lekko falisty kształt.

Po zaznaczeniu tych konturów podminowujemy lekko brzegi płata na przestrzeni mniejwięcej szerokości palca, w ten sposób, żeby przerwać wszelkie połączenia tętnicze w tym zakresie. Po odpreparowaniu odwija się brzegi płata z powrotem i przyczepia paroma szwami catgutowemi.

Kiedy ustanie wszelkie wydzielanie w zakresie cięcia, przystępujemy do drugiego tempa: podnosimy znowu brzeg płata i oddzielamy go na całej prawie przestrzeni tak, że nienaruszona pozostaje tylko podstawa wewnętrzna w sąsiedztwie sromu; po oddzieleniu tym układamy z powrotem płat na dawne miejsce i przytwierdzamy go paroma szwami.

Dopiero po całkowitem ustaniu wydzielania z rany wytwarzamy z płata rurę dookoła cylindra kauczukowego i wprowadzamy ją do uprzednio wytworzonego kanału pomiędzy cewką a odbytnicą i obszywamy na brzegu nacięcia. W 5 — 6 dni potem zaczyna się podcinać podstawę płata, będącą ostatniem połączeniem tegoż z organizmem. Podcinanie to odbywa się bardzo powoli, co trzy dni, tak że trwa około 6 tygodni. Do tego czasu płat przeszczepiony zdąży wgoić się całkowicie i ustalić związek odżywczy z otoczeniem.

W ciągu kilku miesięcy chora powinna nosić w nowowytworzonej pochwie duży tampon, aby przeciwdziałać skurczeniu się wszczepu.

W sprawie leczenia przebicia macicy, powstałej w czasie skrobanki. (Du traitement des perforations de l'utérus au cours du curettage). Basset A.

Bull. Soc. Obstétr. Paris, T. 10, str. 760, 1931 r.

Autor postanowił zabrać głos w sprawie wymienionej w tytule głównie w celu polemiki z rozpowszechnionemi jeszcze dotychczas poglądami, jakoby przebicie macicy po skrobance leczyć należy zachowawczo.

Na zasadzie 5 przypadków Basset uważa to właśnie postępowanie za najbardziej niebezpieczne. Jego zdaniem po stwierdzeniu przebicia macicy należy zaniechać wszelkich jakichkolwiek rękoczynów i natychmiast wykonać próbne otwarcie jamy brzusznej. Im szybciej otworzymy jamę brzuszną tem bardziej konserwatywnie możemy zachować się podczas samego zabiegu. W większości

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

przypadków mianowicie wystarczy tylko zaszycie uszkodzenia nawet bez drenowania jamy brzusznej; jedynie w przypadkach bardzo znacznych ubytków tkankowych lub jeżeli tkanka macicy jest tak krucha, że szwy ostrożnie założone przecinają tkankę — zmuszony jest operator wyciąć całkowicie lub nadpochwowo macicy.

Przebicie macicy z wgłobieniem jelita cienkiego. (Perforations uterines avec inclusion de l'intestin grele). K ü s s.

Bull. Soc. nat. Chir. Paris, T. 57, str. 1262, r. 1931.

Autor opisuje dwa przypadki przebicia macicy z wgłobieniem jelita cienkiego.

W przypadku pierwszym doszło do tak znacznego przyrośnięcia jelita, że oddzielać je trzeba było na ostro, wycinając jelito z ściany macicy wraz z tkanką macicy. W przyp. 2-im pętla jelita wypadła poprzez otwór w macicy przez pochwę na zewnątrz. Odkażono ją starannie eterem i przez laparotomję odprowadzono z powrotem do jamy brzucha. W obydwu przypadkach otwór macicy zeszyto kilkoma szwami katgutowemi. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Autor występuje energicznie przeciwko tak, metodzie wyczekującej, jak daleko idącym operacjom radykalnym polegającym na wycięciu macicy przez brzuch czy pochwę.

Natomiast autor gorąco zaleca w każdym przypadku podejrzenia na przebicie macicy próbną laparotomję dla wyjaśnienia sytuacji. W przypadkach niezbyt rozległych uszkodzeń macicy można śmiało zadowolnić się starannym zeszyciem dziury.

Przypadek olbrzymiego wodonercza symulującego torbiel jajnika. (Un cas d'hydronephrose énorme simulant un kyste de l'ovaire). G e r i n - L a j o i e, L e o n.

Un. méd. Canada, T. 60, str. 711, r. 1931.

U 63-letniej kobiety stwierdzono olbrzymi guz sięgający do wyrostka mieczykowatego i utrudniający oddechanie. Rozpoznano torbiel jajnika i przystąpiono do operacji. Badanie moczu wykazało ślady białka.

W czasie operacji okazało się, że guz jest wodonerczem zawierającem 6½ l. jasnego moczu. Brzuch zamknięto i cięciem lędźwiowem wycięto nerkę lewą, zanikłą aż do stanu małej kieszonki.

Przypadek powyższy godny jest uwagi ze względu na stosunkowo częstą omyłkę rozpoznawczą omawianego typu.

W sprawie rozpoznawania i leczenia raka trzonu macicy. (A propos du diagnostic et du traitement du cancer du corps utérin). V i o l e t.

Gynéc. T. 30, str. 664, r. 1931.

Autor występuje przeciwko zdaniu *J. L. Faure'a*, który głosi: „W przypadkach raka trzonu macicy należy zaniechać wszelkich zabiegów wewnątrzmacicznych, gdyż są one niepotrzebne i niebezpieczne; każda macica podejrzana winna być usunięta".

Violet zwraca przedewszystkiem uwagę na niepewność objawu uważanego niejako za patognomiczny — krwawienie z macicy — w okresie przekwitania. Zaledwie 5—6% przypadków krwawień z macicy w tym okresie okazało się istotnie rakiem; w pozostałych — przyczyną krwawień były schorzenia zgoła dobrotliwe. Zupełnie inaczej przedstawiają się stosunki po skończeniu miesiączek: tu w 90% przyp. istotnie krwawienie z macicy jest objawem raka; pozostałe przypadki to myoma submucosum lub metritis senilis.

W związku z powyższemi wywodami autor radzi w każdym przypadku przed decyzją usunięcia macicy zbadanie jej wnętrza i to najpierw sondowaniem, potem, jeśli wystąpi krwawienie — rozszerzenie szyji i obmacanie jamy palcem; potem dopiero następuje wyłyżeczkowanie jamy macicy. Autor broni swego sposobu postępowania (dalekiego od ogólnie przyjętego — przyp. ref.) tem, że pozwala ono na wykrycie między innemi ukrytej pyometra, co ma niewątpliwie duże znaczenie dla przebiegu ewentualnej operacji, czy brzusznej, czy pochwowej.

Violet jest stronnikiem operowania przez pochwę zwłaszcza u osób otyłych i u staruszek. W swej 20-letniej praktyce operował autor 22 przypadki raka trzonu macicy z tego 14 przez brzuch, 8 przez pochwę — wszystkie operacje skończyły się szczęśliwie. Przy operacji wycięcia macicy przez pochwę radzi autor udostępnić sobie dostęp zapomocą szerokiego nacięcia, krocza według Chaput (cięcie Schuhardt'a autorów niemieckich — przyp. ref.).

T. Zawodziński.
(Warszawa).

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Patogeneza i leczenie bielactwa. (Causes pathogénie et traitement du vitiligo). P a u l B l u m i J. B r a l e z.

„Paris Médical" Nr. 10, 1932.

Szereg spostrzeżeń w przypadkach bielactwa a mianowicie: występowanie plam bielaczych w miejscach istniejących uprzednio rumieni i innych zmian zapalnych w skórze jakoteż wspólnie ze znamionami i w miejscu długotrwałego drażnienia mechanicznego skóry (paski przepuklinowe) — wskazują na to, że nie daje się przeprowadzić ścisłe ograniczenie bielactwa istotnego od następowej dyschromji. Znamienną cechą dla plam bielaczych jest przebarwiona obwódka w otoczeniu plam. Badanie histologiczne mało wyświetla istotę bielactwa. W ostatnich czasach coraz częściej słyszy się o kile, jako przyczynie bielactwa. Wymienia się kiłę okresu II i III a także wrodzoną. Autor podaje szereg hipotez tyczących się patogonezy bielactwa kiłowego, z których przeważna ilość przyjmuje działanie kiły pośrednie na układ nerwowy centralny.

Poza kiłą łączą bielactwo ze schorzeniami gruczołów dokrewnych zwłaszcza tarczycy. Wobec tak mało ustalonej patogonezy i etjologji bielactwa jest rzeczą zrozumiałą, jak znaczne trudności przedstawia leczenie tego schorzenia.

W przypadkach pewnej kiły należy stosować leczenie specyficzne, przedewszystkiem bismutowo-rtęciowe. Stosowanie preparatów arsenowych, zwłaszcza arsenobenzoli daje niekiedy doskonałe wyniki, powinno być jednak ściśle kontrolowane ze względu na łatwość wywołania zmian barwikowych skóry.

W innych przypadkach radzi autor zawsze stosować preparaty gruczołowe, jednakże po uprzedniem dokładnem zbadaniu funkcji endokrynów osobnika bielaczego.

Leczenie światłem daje wyniki wprost niepożądane, gdyż plamy bielacze pod wpływem światła łatwo zamieniają się w rumienie, potem łuszczą się a nigdy nie nabierają barwika, natomiast otaczająca skóra prawidłowa pod wpływem światła ciemnieje. Ten sam niepożądany wynik osiąga się po stosowaniu środków uczulających na światło, tak jak to niektórzy proponują (gonacrine). Większość lekarzy stosuje w celu złagodzenia kontrastów w zabarwieniu miejscowo maści chininowe.

Badanie jamy ustnej w przypadkach kiły wrodzonej. (Examen buccal et hérédosyphilis). M. H i s s a r d.

„Paris Médical", 1932, Nr. 10.

Dokładne badanie jamy ustnej daje nam często cenne wskazówki co do obecności kiły wrodzonej zwłaszcza w tych przypadkach, w których brak innych stygmatów i objawów pewnych dla kiły wrodzonej.

Dwuletnie swoje spostrzeżenia z ostatnich czasów podzielił autor na dwie grupy.

Pierwsza obejmowała tysiąc przypadków kiłowych, wśród których była niewątpliwie pewna ilość z kiłą wrodzoną, ilości tej jednak nie mógł autor ściśle określić z powodu pewnych objawów u samychże chorych lub z powodu niemożności stwierdzenia kiły u ich przodków.

Druga grupa — 68 przypadków obejmowała wszystkie dzieci rodzin kiłowych, spostrzegane przez autora.

S ł u z ó w k i: pomijając takie objawy, jak kilaki i inne objawy kiły czynnej, zwraca autor uwagę na to, że bardzo rzadko można spostrzec ślady przebytej sprawy t. zw. glossitis sclero-gummosa, jeszcze rzadziej leukoplasję kiłową, którą bardzo łatwo pomylić z lichen ruber planus. Natomiast lingua scrotalis, jakkolwiek też nie jest objawem częstym, wskazuje z wielkim prawdopodobieństwem na obecność kiły wrodzonej.

W najświeższem zestawieniu *Du Bois* na 21 przypadków lingua scrotalis w 16 stwierdzono kiłę u rodziców lub dziadków. Inni wskazują na występowanie w przebiegu kiły wrodzonej pęknięć języka i glossitis exfoliativa marginata.

Nieprawidłowe ustawienie zgryzu (normalnie pierwsze zęby przedtrzonowe dolne powinny trafiać pomiędzy przedtrzonowe górne i kły) w kierunku ku przodowi lub ku tyłowi spotyka się często wśród innych nieprawidłowości w uzębieniu w przypadkach kiły wrodzonej. Mniej częste lecz b. znamienne dla kiły wrodzonej jest, zdaniem autora, nieprawidłowe wygięcie łuków uzębienia. Po zamknięciu szczęk pozostaje szpara najszersza pomiędzy siekaczami, stopniowo do boków zwężająca się. Dzieje się to skutkiem zaniku przedniego uzębienia. Autor powyższe zboczenie spostrzegał tylko w przypadkach kiły wrodzonej.

Zmiany w samem uzębieniu dzielą sie na dotyczące wielkiej ilości zębów i dotyczące tylko nielicznych zębów. Zmiany dotyczące licznych zębów są: opóźnienie w wykluwaniu się zębów, przedwczesna próchnica.

Co do zmian typu drugiego, to dotyczą one zwykle siekaczy, kłów i pierwszych zębów trzonowych. Oprócz zmian typowych dla zespołu Hutchinsona i zębów zbliżonych kształtem do śróbokrętu — zwraca autor uwagę na częste miseczkowate wgnioty tak na zewnętrznych jak i na wewnętrznych powierzchniach siekaczy, na możliwość istnienia wzgórka Carabellego nie tylko na zębach trzonowych ale i na siekaczach, na microdontismus wszystkich zębów a zwłaszcza siekaczy górnych bocznych.

Siekacze dolne mogą wykazywać wszystkie powyższe zmiany w stopniu znacznie mniejszym. Spotykamy także wielokształtność uzębienia t. zw. amorphismus dentium (zęby krzywe, skręcone, podobne do klawisza, do rogu).

Powyższe zmiany odnoszą się do uzębienia stałego. Co się tyczy uzębienia mlecznego. to w przypadkach kiły wrodzonej zdarza się zmniejszenie ich powierzchni żucia. Brzeg wolny zębów mlecznych tworzą niekiedy drobne wyniosłości umiejscowione na stożkowatej koronie zęba. Guzki Carabellego występują również i na zębach mlecznych.

Zęby zabardzo rozstawione lub ściśnięte, krzywo wyrastające, wyrastające nie w linji łuku zębowego, brak niektórych zębów (najczęściej górnych bocznych siekaczy lub siekaczy dolnych), pozostawanie na stałe pojedyńczych zębów mlecznych, wszystko to są zmiany spotykane bardzo często w przypadkach kiły wrodzonej, częściej naogół niż typowy zespół Hutschinsona, który na 54 przypadki obserwował autor tylko 3 razy, podczas gdy było 15% miseczkowatych wgniotów na siekaczach, 7% przypadków amorphismus dentium, 23% microdontismus, 9% braku jednego lub więcej zębów, 20% rozstawienia siekaczy górnych, dodatkowych guzków i krzywego wyrastania zębów.

Wszystkie nieprawidłowości uzębienia pochodzą albo od nieprawidłowego wapnienia albo od uszkodzenia zęba w zarodku, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że najczęściej dotknięte zęby (siekacze górne, kły i pierwsze trzonowe) kształtują swoje zarodki w ostatnich miesiącach życia płodowego lub w pierwszych miesiącach po urodzeniu, łatwo zrozumieć, że czynnik szkodliwy musi zadziałać na płód jeszcze w łonie matki — a czynnikiem tym najczęściej bywa kiła.

Przypadek nadmiernego rogowacenia kiłowego. (Hyperkératose syphilitique foliée du pli articulaire phalango-phalangien). G. Milian.

„Paris Médical" Nr. 10, 1932.

U 52-letniego osobnika istnieje od 18 miesięcy w okolicy pierwszego stawu paliczkowego palca środkowego na dłoniowej powierzchni wykwit w postaci 3-ch wałów zrogowaciałych wysokości około 1½ centymetra, porozdzielanych głębokimi bruzdami. Kierunek wałów i bruzd odpowiada kierunkowi naturalnych fałdów skóry w tem miejscu. Podobny jeden nieco mniejszy wał zrogowaciały znajduje się u nasady 4-go palca tej samej ręki również po stronie dłoniowej. Chory nigdy nie był leczony z powodu kiły, o zakażeniu nic nie mówi. Odczyn Was. silnie dodatni. W przeciągu 2-ch miesięcy, po zastosowaniu leczenia bismutem (Quinby) — wykwit ustąpił.

Epidermolysis ichtyosiformis congenitalis. (Épidermolyse ichtyosiforme congénitale. Érythrodermie ichtyosiforme congénitale forme bulleuse de Brocq). S. Lapière.

Annales de Dermat. et de Syphil. Nr. 5, 1932.

Do grupy wrodzonych schorzeń skóry należy t. zw. rybia łuska, której 2 postaci — pęcherzową i suchą — spostrzegał autor. Postać pęcherzowa: chora lat 21 pochodziła z rodziny nie wykazującej żadnej skłonności do nadmiernego rogowacenia skóry. Po urodzeniu skóra nie różniła się niczem od normalnej.

Podczas pierwszych kąpieli zauważono, że na grzbiecie skóra za potarciem łuszczy się (objaw Nikolsky'ego). W 3 dni potem na skórze pozornie zdrowej pojawiły się nagle duże napięte pęcherze, wypełnione płynem przezroczystym żółtawym. Pęcherze szybko znikły po zastosowaniu obojętnej zasypki.

W ciągu 3-ch lat podobne pęcherze pojawiały się kilkakrotnie i znikały bez śladu. Skóra pozostawała normalna. Od 3-ciego roku życia zauważono zwiększone rogowacenie naskórka, które, stopniowo nasilając się, dało około 17 roku życia obraz typowy dla rybiej łuski. W tym okresie pęcherze pojawiały się niekiedy lecz nigdy nie zajmowały całej skóry, bywały umiejscowione w pewnych okolicach ciała, bardziej płaskie, mniej napięte. Od 17 roku życia objawy nadmiernego rogowacenia poczęły cofać się, pęcherze nie pojawiały się już wcale. U chorej perjody wystąpiły w 12 r. życia, były przyśpieszone i długotrwałe. Wydzielanie potu nadmierne, łoju wzmożone. Stan obecny chorej wykazywał nadmierne rogowacenie skóry owłosionej głowy, okolicy brwi, wszystkich fałdów i załamków skóry, dłoni, podeszew i grzbietowych stron rąk i stóp. Dokładniejsze badanie wykazało szereg objawów, stanowiących zespół typowy dla niedomogi wydzielniczej tarczycy: brak zmiany tętna po uciśnięciu gałek ocznych, wybitna arytmia oddechowa, obniżenie podstawowej przemiany materji, ujemna leukoreakcja (Milian), po 1 mgrm. adrenaliny, obfite i długotrwałe wydzielanie potu i łoju po 2-ch mgrm. pilokarpiny, brak glykozurji alimentarnej po podaniu 50 gr. cukru, natomiast wystąpienie gdykozurji po zastosowaniu 1 mgrm. adrenaliny.

Przypadek drugi dotyczył mężczyzny lat 17. Po urodzeniu naskórek szaro-żółtawy złuszczał się dużemi płatami w ciągu pierwszych kilku dni. Po kilku tygodniach wystąpiły objawy nadmiernego rogowacenia, które mniej więcej do chwili obecnej utrzymują się w natężeniu jednakowem, będąc powodem dokuczliwego bardzo swędzenia w niektórych okolicach skóry.

Nadmierne rogowacenie występuje najsilniej na skórze owłosionej głowy, przegubach kończyn, na szyi, na dłoniach i podeszwach, tworząc zależnie od okolicy grube, szerokie łuski lub zrogowaciałe podłużne wały. Reszta skóry pokryta jest również naskórkiem nadmiernie zrogowaciałaym w postaci cieńszych łusek. Wydzialanie potu i łoju normalne.

2 powyższe przypadki zasługują na uwagę ze względu na wczesne wystąpienie zmian, na nietypowe umiejscowienie najsilniej wyrażonych zmian, na zachowanie normalnych funkcji gruczołów potnych i łojowych, w końcu ze względu na normalną a nawet wzmożoną czynność gruczołów płciowych. 2 te przypadki ilustrują pod względem klinicznym 2 odrębne typy rybiej łuski, typy, które nie wykazują nigdy form mieszanych i przejściowych między sobą.

Odrębność ta istnieje także pod względem histologicznym, co wykazał autor po wykonaniu badania skrawków.

Szereg autorów uważa rybią łuskę za schorzenie dziedziczne, wielu znajduje u przodków kiłę. Zdaniem autora prawdopodobnem jest. że w łonie matki jeszcze jakiś bliżej nieznany czynnik powoduje uszkodzenie endokrinów. Bardzo często znajduje się objawy niedomogi tarczycowej i leczenie przetworami tarczycy jest jedynem uzasadnionem leczeniem dla tego schorzenia.

Grupy krwi w dermatologji. (Les groupes sanguins en dermatologie). G. J. Landa i M. M. Israelsohn.

Annales de Derm. et de Syphil. Nr. 5, 1932.

Zestawienie grup krwi w szeregu przypadków różnych schorzeń skórnych wykazało częstość występowania pewnych grup w niektórych schorzeniach. Np. znaczny procent grupy AB znajdował autor u cierpiących na łuszczycę, przeciwnie w przypadkach neurodermitis nie znajdował wcale grupy AB. w przypadkach wyprysku tylko znikome ilości, w tych natomiast schorzeniach często spotykał grupę B. Zestawienie nie upoważnia autora do wyciągania jakichkolwiek wniosków, powinno być jednak zachętą do dalszych szerszych badań.

Leczenie choroby Nicolas-Favre'a dogruczołowymi wstrzykiwaniami gliceryny. (Traitement de la maladie de Nicolas-Favre par les injections intraganglionnaires de glycérine). M. Pinardi P. Robert.

Annales des Malad. Véner. Nr. 1, 1932.

Levaditi, Ravaut i inni wykazali, że in vitro czynne zarazki choroby N.-F. traciły gwałtownie swoją zjadliwość po dodaniu gliceryny; tem doświadczeniem kierując się wstrzykiwał autor w schorzałe gruczoły, po uprzedniem opróżnieniu ich z ropy czystą gliceryną wyjałowioną. Ten sposób leczenia łatwy dawał dobre wyniki, szybsze niż inne sposoby leczenia tego schorzenia.

Kiłowe zaburzenia psychiczne. (Les troubles mentaux des syphilitiques). J. Levy-Valensi.

Bullet. Médic. Nr. 3, 1932.

Autor podkreśla duże znaczenie badania niektórych psychopatów w kierunku zakażenia kiłą i częste występowanie u kiłowych zaburzeń psychicznych, nie mających żadnych cech charakterystycznych dla kiły. Pomijając paralysis progressiva wykazuje autor, że zaburzenia psychiczne u kiłowych nie mają żadnych cech swoistych dla tej etjologji. Kiła wrodzona lub nabyta może spowodować 3 rodzaje zaburzeń psychicznych: 1) działając tak jak każda choroba zakaźna może wywołać pewne nieznaczne zaburzenia psychiczne (confusion mentale); 2) jako schorzenie niszczące tkankę mózgową może spowodować dementio lub idiotismus; 3) w końcu może być chorobą ujawniającą szereg psychoz dających się ściśle określić (manja prześladowcza, melancholja i t. d.).

Leczenie gorączkowe i chemiczne kiły pierwszego i drugiego okresu. (Pyréto-et chimiothérapie dans la syphilis primaire et secondaire). Ch. Richet, F. Joly.

Bullet et Mém. de la Société Médic. des Hôpit. de Paris, Nr. 2, 1932.

Zechęceni dobrymi wynikami Pasiniego — autorzy zastosowali leczenie gorączkowe (niemalaryczne) i równocześnie chemiczne w przypadkach kiły świeżej. Stosowano domięśniowo lub podskórnie propidon, szczepionkę przeciwwiewiórową, mleko, T. A. B a najczęściej Dmelcos dożylnie. Atak gorączki wywoływano w dniu wstrzyknięcia novoarsenobenzolu, dzień przedtem stosowano wstrzyknięcie bismutu. Ujemną stroną tego leczenia jest konieczność przebywania chorych w szpitalu, dodatnią — zwiększenie czynności leków chemicznych, co objawia się częstszym i szybszym przechodzeniem odczynu Wassermana w ujemny.

Z. Jastrzębska.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE

W różnych cierpieniach przewlekłych kątnicy, wyrostka robaczkowego, okrężnicy i ograniczonych przewlekłych zapaleniach otrzewnej bardzo dobre wyniki lecznicze daje stosowanie przegrzewania (diatermji). Wybitna poprawa stanów powyższych (wobec których medycyna jest niejednokrotnie bezsilną) dotyczy nietylko objawów bólowych, ale i całokształtu zazaburzeń czynnościowych odnośnych narządów. Szczególnie pomyślne wyniki osiągnięto na tej drodze w stanach spastycznych kiszki grubej i w towarzyszących im zaparciach nawykowych.

(Timbal — La Presse Méd. Nr. 33, 1932).

Alajouanine i Horowitz w ciągu ostatnich 3 lat stosowali w celach leczniczych u chorych na kryzy żołądkowe w przebiegu wiądu rdzenia wstrzykiwania dożylne atropiny (atropinum sulfuricum) 0,001 — 0,003 na dawkę zależnie od nasilenia objawów chorobowych, przyczem dawkę tę powtarzali parokrotnie w miarę potrzeby. Chorzy znosili te wstrzykiwania naogół dobrze, a wyniki osiągnięte były bardzo zachęcające, gdyż na 30 leczonych w ten sposób chorych — u 28 objawy kryzy żołądkowej ustąpiły w krótkim czasie zupełnie i trwale.

(Paris Méd. Nr. 6, 1831).

M.

BIBLJOGRAFJA

La pratique médicale illustrée. L'acrodynie infantile. Ch. Rocaz. G. Doin. 96 str. Cena 25 fr. fr.

Wielokrotnie omawiane tu wydawnictwo „La pratique médicale illustrée" znowu wzbogaciło się dwoma nowemi zeszytami. Pierwszy z nich poświęcony jest mało znanej naogół a jednak jakoby coraz częściej napotykanej jednostce chorobowej — akrodynji dziecięcej. Sprawa ta, którą anglik Bilderback obrazowo sprowadził do 6 P: Pain (ból), Pink (zaróżowienie), Pelling (łuszczenie), Perspiracja, Parestezja, Prostracja niewątpliwie znacznie częściej bywa napotykana, aniżeli to się powszech-

nie przypuszcza, zwłaszcza w swych postaciach poronnych. Dlatego też bardzo cenne jest należyte uwzględnienie przez autora właśnie tych postaci poronnych. Podobnie jak i inne monografje tego wydawnictwa dziełko to na przestrzeni niewielu stronic daje wyczerpujący obraz całokształtu choroby, etjologji, rozpoznania, rokowania i leczenia. Niezły dobór ilustracji i zestawienie dość obszerne piśmiennictwa uzupełniają jeszcze bardziej wartość dziełka.

E. Papin. Diagnostic de la tuberculose renale. 80 str. Cena 22 fr. fr.

Gruźlica nerek niestety wciąż jest tematem interesującym nietylko specjalistów — chirurgów, urologów ale i lekarza praktyka, gdyż właśnie on widzi wczesne okresy i na niego spada ciężka odpowiedzialność rozpoznania sprawy, być może znajdującej się jeszcze w postaci mało charakterystycznej. Wobec tego monografja powyższa zasługuje na szerokie rozpowszechnienie — daje ona w postaci przystępnej, przejrzystej i nieobarczonej zbędnemi szczegółami wszystko, co przy dzisiejszym stanie nauki można powiedzieć o gruźlicy nerek. Dziełko powyższe, w dodatku nadzwyczaj tanie i wcale ładnie ilustrowane, powinno znaleźć się w ręku każdego praktyka.

M. Loeper. L. Bory. Le soufre en biologie et en therapeutique. G. Doin. 342 str. Cena 65 fr. fr.

Siarka, ten stały składnik ustroju ludzkiego jest od wieków używana w lecznictwie, zwłaszcza chorób skórnych i cierpień stawowych. Działo się to jednakże empirycznie, bez zrozumienia głębszego roli i znaczenia siarki w biologji wogóle. Dzieło Loepera i Bory wyświetla właśnie tą rolę na podstawie najnowszych zdobyczy wiedzy. Zaciekawi ono niejednego lekarza zwłaszcza interesującego się bliżej ogólnemi problemami biologicznemi a jest wręcz nieodzowną dla klinicysty zamierzającego zaznajomić się z coraz więcej obecnie stosowaną terapją siarkową. Balneolog stosujący wody siarczane znajdzie również w niej wiele rzeczy interesujących i cennych.

M. Labbé, H. Labbé & F. Nepveux. Techniques de laboratoire appliquées aux maladies de la digestion et de la nutrition. Masson & Cie. 1932. 886 stron. Cena 140 fr. fr.

Dzieło wspólne klinicysty i chemików daje wiele więcej, niż możnaby oczekiwać z tytułu. Nie jest to bowiem technika odnośnych badań, lecz znajdziemy obok tej nadzwyczaj szczegółowo opracowanej techniki laboratoryjnej jeszcze i szereg rozdziałów z chemji lekarskiej i fizjologji dotyczących przemiany materji, następnie zespoły patologiczne żołądka, jelit, trzustki, wątroby, nerek i t. d. W ten sposób dzieło powyższe nie tylko wprowadza w zakres dokładniejszego poznania chemizmu ustroju i badań tego chemizmu, ale jest poniekąd i zobrazowaniem klinicznem odpowiednich spraw chorobowych oczywiście z przeważnem uwzględnieniem chemicznego punktu patrzenia. Dla klinicysty wręcz niezastąpione jest ono dla lekarza praktyka nieco za obszerne.

A. Charrier & E. Loubat. Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. Masson et Cie. 366 str. Cena 65 fr. fr.

Wraz z coraz szerszem stosowaniem odmy i inne zabiegi chirurgiczne dążące do ucisku chorego płuca znajdują coraz to większe zastosowanie. Każdy chirurg wykonywujący terapję uciskową powita z wielką radością książkę powyższą jednoczącą w sobie zespół zabiegów znajdujących tu swe zastosowanie. Ale należałoby życzyć aby również jaknajwięcej internistów a zwłaszcza fizjologów z nią się zaznajomiło, bo wpłynęłoby to niewątpliwie na rozpowszechnienie większe leczenia operacyjnego gruźlicy płucnej, u nas w porównaniu z Zachodem zaniedbywanego i niedocenianego.

KRONIKA

MIĘDZYNARODOWY KONGRES LEKARSKKI, w VICHY 19 — 22 WRZEŚNIA 1932 R. WYŁĄCZNY TEMAT: KAMICA ŻÓŁCIOWA.

Dyrekcja Kolei Francuskich przyznały członkom Kongresu zniżkę w wysokości 50% — w formie biletów indywidualnych.

Ważność tych biletów, która ustalona została początkowo na 15 dni, przedłużona została do 1 miesiąca t. j. od 1 do 30 września; ma to na celu umożliwienie lekarzom, biorącym udział w Kongresie, zwłaszcza zaś lekarzom cudzoziemcom przedłużenia swego pobytu we Francji.

Bilety ważne będą od granicy francuskiej do VICHY, i od VICHY do stacji pogranicznej, z możliwością przejazdu przez Paryż.

Zapisy i wpłaty kierować należy do Dr. J. Aimard Sekretarza Kongresu, (Sécretaire Général du Congrés International de la Lithiase Biliare) Paryż, 24 Bd. des Capucines.

Wszelkie informacje w kraju udziela Przewodniczący Komitetu Polskiego Prof. Dr. L. Karwacki, Warszawa, Koszykowa 45.

Wpisowe wynosi Fr. fr. 50 dla członków rzeczywistych (wraz ze Sprawozdaniem drukowanem), oraz Fr. fr. 25 dla osób towarzyszących.

Ostateczny termin zapisów upływa w dniu 1 sierpnia 1932 r.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji Warszawa, Tucholska 10. Tel. 11-30-33.
Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
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 VI WARSZAWA 1932 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

Leczenie złotem w gruźlicy płucnej i chirurgicznej*)

podał

M. MAROTTE (A. C. H.) Inspektor lekarski.

Z biegiem czasu coraz liczniejsze stają się przypadki poprawy zdrowia u chorych gruźliczych, leczonych solami złota. Artykuł ten ma za zadanie rozbiór tego zagadnienia przez rozpatrzenie materjału już ogłoszonego, oraz dodanie jednego przypadku własnego i kilku przypadków jeszcze nieogłoszonych o wynikach stosowania soli złota w gruźlicy chirurgicznej.

Po ostrych zarzutach *Sergent'a* w 1926 przeciw leczeniu gruźlicy płucnej sanochryzyną, zdawało się, że leczenie złotem zostało bezapelacyjnie potępione ze względu na swe niebezpieczeństwo. Jednak w początkach leczenie to wznieciło wielki entuzjazm i zdawało się po sprawozdaniu *Mollgaarda* w Tow. Medycyny Wewnętrznej w Kopenhadze i licznych referatach lekarzy duńskich, szwedzkich i norweskich, że sanochryzyna jest lekiem par excellence swoistym i bakterjobójczym.

We Francji przyjęto ją również życzliwie lecz bardziej krytycznie. Opierając się na doświadczeniach, a następnie spostrzeżeniach klinicznych, *Leon Bernard* wypowiedział się z licznemi zastrzeżeniami, sceptycznie odzywali się o nowym leku *Besançon, Braun* i *Azoulay*, a opinje *Rist'a, Rolland, Coulad, Hirschberga* i *Triboulet* były pełne pesymizmu. Sanochryzyna in vitro nie okazała się toksyczna dla prątka gruźliczego, a zastosowana drogą dożylną, in vivo, wywoływała jawne pogorszenie i wypadki śmierci.

Lecz oto po długich miesiącach milczenia, zaczęto stawać w obronie chryzoterapji. *Louis Saye* z Madrytu, rozpatrując raporty francuskie, tłomaczył wyniki niepo-

*) Wyciąg z Archives de médecine et de pharmacie militaires, tom XCII Nr. z 1/I 1930. Charles Lavauzelle et Cie. ed. militaires, 124 Boul. St. Germain, Paris.

myślne użyciem zbyt silnych dawek, *Dumarest* sądził, że należałoby wypróbować dawki słabsze, zanim się ostatecznie potępi tę terapję. Wreszcie wszyscy lekarze w Hauteville: *Brette, Bonafé, Michon, Rougy,* zaczęli stosować sanochryzynę i doszli tym razem do wniosku, że „nie jest to metoda zupełnie niewinna, ale jednak często skuteczna“ [1]).

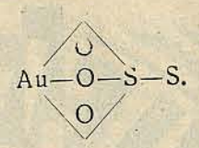
Zaczęto teraz powszechnie stosować technikę bardziej ostrożną i od tej chwili pojawiają się zachęcające statystyki, że przytoczymy tylko najważniejsze *Cordier'a, Gaillard'a* i *Leona Bernard'a.* 31 stycznia 1927 r. *Auguste Lumière* odkrył nową sól złota, Allochryzynę, opartą na nieco innej zasadzie, ale dającą się stosować domięśniowo; miała ona utorować drogę nowym i owocnym próbom.

Nareszcie w tym samym roku, po raz pierwszy ukazała się niezmiernie ważna, poparta dowodami, praca *Henryka Mollard'a* [2]) z Lugdunu. Zawiera ona 400 sprawozdań klinicznych, zebranych w Hauteville pod autorytetem *Dumarest'a* i 63 spostrzeżenia *Lumièr'a, Gelibert'a* i *Boissel'a,* pozatem zawiera kompletną bibljografję około 600 prac, które zjawiły się dotychczas z tego zakresu. Z pracy tej, a także z prac *Leona Bernard'a* i *Mayer'a* [3]), *Thoinot* [4]), *Lumière'a* i *Gélibert'a* [5]), *Cordier'a, Gaillard'a* i *Cade* [6]) jest wzięta większość danych, przytoczonych poniżej.

Sole złota, będące w użyciu.

Są to przedewszystkiem sanochryzyna lub jej pokrewne, i allochryzyna.

A) *Sanochryzyna* nazwana w ten sposób przez *Mollgaard'a* (od sanare — leczyć i χρυσως — złoto). Została odkryta przez francuzów *Fordos* i *Gellis,* ale pozostawiona przez nich w stanie nieoczyszczonym. Jest tiosiarczanem złota i sodu. Została wyodrębniona przez *Mollgaard'a.* Odpowiada wzorowi



Jest to sól koloru śnieżno-białego, krystalizuje w postaci cienkich igieł. Zawiera 37% złota, rozpuszcza się w wodzie doskonale, jest nierozpuszczalna w alkoholu i eterze, przenika z wielką szybkością przez błony zwierzęce i jest bardzo stała. Nie jest to właściwie sól w sensie fizyko-chemicznym, jest to raczej prawdziwy kompleks chemiczny, w którym znika własność toksyczna złota. Roztwory wodne, wyjałowione przy 130°, zachowują się długo w ciemnem pomieszczeniu, lecz rozkładają się szybko na świetle i stają się trujące. Wstrzykuje się je dożylnie. Istnieją jeszcze inne sole, których skład i własności są identyczne z sanochryzyną. Są to: Thiokryzyna (wyrabiana w Lugdunie przez Sarvonat, Usines du Rhône) i Crysalbina (Fourneau, Poulenc).

B) *Allochryzyna Lumièra.* Jest to tiosiarczan sodowy złota i propanolu, związek bezkształtny, żółtawy, rozpuszczalny w wodzie, nierozpuszczalny w rozpuszczalnikach organicznych i rozkładający się jak poprzednia sól w temperaturze podwyższonej bez topienia; zawiera 47% złota i odpowiada wzorowi

$$\begin{array}{lll} CH^2\text{—}\ SAu & & CH^2\text{—}\ SH \\ C.\ H.\ O.\ H. & + & C.\ H.\ O.\ H. \\ CH^2\text{—}\ SO^3\ Na & & CH^2\text{—}\ SO^3\ Na \end{array}$$

Widzimy, że złoto jest tutaj połączone bezpośrednio z siarką, której druga wartość jest nasycona rodnikiem organicznym, podczas gdy w tiosiarczanie siarka jest połączona z cząsteczką mineralną. Roztwory tej soli są stałe, bardzo łatwo wchłaniają się, są niebolesne przy wstrzyknięciach podskórnych i domięśniowych. Nie są trujące.

C) *Inne sole.* Pod nazwą Aurophos wypuściła firma Meister Lucius produkt, który jest połączeniem podwójnej soli złota i sodu z kwasami fosforowemi i aminofenofosforowemi, łącząc w ten sposób zalety odżywcze fosforu z zaletami sanochryzyny. Pozatem istnieje Krysolgan Feldta, Triphal i Solganal, w których złoto, zawsze pod postacią podwójnej soli sodu, jest połączone z jądrem benzoesowem. Działanie ich jest niepewne, jednak *Th. i J. S. Stéphani* wolą Triphal i aurophos niż sanochryzynę ze względu na ich mniejszą toksyczność. Istnieje jeszcze Crysiodal Maisgre'a (złoto, kadm i jod) i preparaty Ducq-Magnin i Robellos. Należy zauważyć, że połączenia złota z chlorkami i cyankami nie tylko nie osiągają celu, ale wywołują zatrucie i że tylko skuteczne są sole złota w połączeniu z siarką.

[1]) Paris Médical, 11 czerwca 1927.

[2]) Sole złota w leczeniu gruźlicy płuc. (Bailliere, 1929).

[3]) Ac. de Médecine, 19/III 1929 i Pr. Méd. 29/V 1929.

[4]) Gazette des Hopitaux, listopad 1929, Nr. 92 i 94.

[5]) Avenir Médical, Lugdun, czerwiec 1928.

[6]) Soc. Méd. des Hop. de Lyon, 19/II 1929.

Badania doświadczalne.

Dały one wyniki dość niezgodne, co się objaśnia tem, że badania w Danji były przeprowadzane przez *Mollgaard'a, Madsen'a i Morch'a* na dużych zwierzętach (cielęta, kozy, małpy), podczas gdy we Francji robiono próby przeważnie na gryzoniach *(Calmette, Boquet, Nègre, Rist, Deist).* Pierwsi badacze prawie stale stwierdzali wyleczenie, drudzy otrzymywali wyniki niepewne lub ujemne. Jedni stosowali zbyt słabe dawki w silnej gruźlicy drudzy, pomimo ścisłego dawkowania, zaczynali leczenie zbyt prędko, już w chwili infekcji.

Pozostaje jednak niewątpliwy fakt, że w niektórych doświadczeniach *(Mollgaard, Madsen* i *Morch, Cummins)* sole złota miały wpływ dodatni na gruźlicę doświadczalną.

Badania te, sprawdzone w Lugdunie przez *Sarvonat,* wykazały, że złoto wprowadzone do krwi, szybko ztamtąd znika, gdyż zostaje wydalone z moczem, kałem, a także w drobnych ilościach z plwociną. Wydalanie odbywa się powoli i trwa przez kilka miesięcy. Część złota zostaje zatem zatrzymana przez ustrój, przytem w większej ilości u osobników chorych (60%) niż u zdrowych (40%). Złoto odkłada się w narządach wewnętrznych, szczególnie w wątrobie, śledzionie, a przedewszystkiem w nerkach *(Sarvonat).* Zdolność zatrzymywania złota w płucach jest większa u chorych na gruźlicę niż u zdrowych. Sól złota, odkładając się w narządach wewnętrznych, ulega prawdopodobnie rozkładowi, jednak proces tej przemiany jeszcze pod wieloma względami jest okryty tajemnicą.

Technika stosowania.

Jest ona dość prosta. Wystarczą jedna lub dwie strzykawki i kilka igieł cienkich lub grubszych, zależnie od sposobu wstrzyknięć. Sanochryzyna jest sprzedawana w ampułkach od 0,05 do 0,25 gr, które należy sprawdzić, czy sól nie straciła swego połysku i w tym wypadku należy ją bezwzględnie odrzucić. Roztwór powinien być przygotowany w chwili użycia, aby pod działaniem światła sól nie rozłożyła się na bardzo trujący siarczek złota. Roztwór powinien być izotoniczny, co ma miejsce wtedy, gdy koncentracja wynosi mniej więcej 5%, dlatego też ilość rozpuszczalnika zależna jest od ilości soli: na 0,05 gr soli należy wziąć 1 cm wody przekroplonej. Rozpuszczanie trwa 1—2 minut, można je przyśpieszyć przez potrząsanie lub zanurzenie ampułki w letniej wodzie. Otrzymany roztwór powinien być zupełnie przezroczysty. Wstrzyknięcie dożylne wymaga, oczywiście, zwykłych ostrożności (aseptyka, dokładne wprowadzenie igły do żyły). Injekcję należy robić powoli, przynajmniej w dwie godziny po posiłku. Przy wyciąganiu igły należy uważać, aby część płynu nie dostała się do tkanki okołonaczyniowej, co pociąga za sobą silny ból i twardy naciek miejscowy. Domięśniowo należy stosować sanochryzynę tylko w przypadkach wyjątkowych, gdyż wywołuje silny ból i prawie zawsze rozległy naciek. Stosowanie podskórne jest zupełnie niedozwolone ze względu na silny odczyn zapalny i czasami martwicę tkanek.

O wiele prostsza jest technika stosowania allochryzyny. Związek ten jest sprzedawany w podwójnych ampułkach, z których jedna zawiera 2 cm. stężonego roztworu po 0,05, 0,1 lub 0,2 gr., a druga 8 cm płynu tak przygotowanego, aby otrzymać po zmieszaniu roztwór izotoniczny, odpowiadający roztworowi 8:1000 chlorku sodowego. Roztwór może być przygotowany w strzykawce przez wciągnięcie wpierw roztworu soli, a następnie zawartości drugiej ampułki. Płyn należy wprowadzić powoli do tkanki mięśniowej, najlepiej do górnego zewnętrznego kwadratu pośladka, przyczem chory stoi lekko nachylony, lub siedzi na krześle jak na koniu. Igła powinna być mocna, długości 5—6 cm. wprowadzona jednym ruchem prostopadle do powierzchni i również jednym ruchem wyciągnięta. Droga domięśniowa jest najlepszym sposobem wprowadzenia tego preparatu, lecz również można użyć drogi dożylnej lub podskórnej.

Bez względu na preparat, który się ma zamiar stosować, należy uprzednio zbadać

czynność nerek, trawienie i stan skóry. Należy się powstrzymać od wstrzyknięć przy trwającym białkomoczu, odroczyć kurację przy białkomoczu przejściowym oraz biegunce, zaburzeniach wątroby i skóry. Gorączka sama przez się nie stanowi przeciwwskazania.

Objawy uboczne i powikłania.

Objawy uboczne po injekcjach są dość liczne, ich znaczenie i czas zjawiania się, różne. Jedne zjawiają się już po kilku pierwszych kroplach wstrzykniętych, inne dość późno i często dopiero podczas drugiej serji wstrzyknięć, niektóre po zaprzestaniu leczenia.

Objawy te występują przy wszystkich, bez wyjątku, solach pod postacią gorączki, zaburzeń w trawieniu, powikłań nerkowych lub skórnych. Inne powstają przedewszystkiem wskutek stosowania sanochryzyny lub związków pokrewnych i są czasem bardzo poważne. Poniższa tablica, zawierająca wyciąg ze wszystkich przypadków podanych w pracy *Mollard'a* daje w miarę możności pojęcie o liczbie tych różnych objawów ubocznych, przyczem nasilenie ich może być nieznaczne, lub dochodzić do rzeczywistych powikłań.

Do tych objawów ubocznych należałoby dla ścisłości dodać zupełną nietolerancję. Zdarza się ona raczej rzadko, byłoby jednak dość dziwne, gdyby w auroterapji nie było tej samej idjosynkrazji, którą się spotyka w stosunku do innych leków, szczególnie tych, które się wstrzykuje.

Tablica ta mówi sama za siebie. Wyższość allochryzyny jest widoczna. Należy zauważyć, że nie wszystkie przypadki leczone allochryzyną, należały do przypadków sanatoryjnych, korzystających jednocześnie z wypoczynku i leczenia górskiego, lecz przeciwnie większość chorych pozostawała w swem zwykłem otoczeniu i często była zmuszona zajmować się swą zwykłą pracą.

Wszystkie poważniejsze objawy uboczne odnoszą się do sanochryzyny, przyczem na ogólną liczbę 250 przypadków zaburzeń, były dwa przypadki wstrząsu, jedno zemdlenie, dwa przypadki zapalenia nerek, dwa przypadki wysypki skórnej i sześć przypadków zaburzeń jelitowych. Patogeneza tych przypadków jest obojętna, bez względu na to, czy będzie to zatrucie wskutek endotoksyn uwolnionych z zabitych bakterji (szkoła duńska), czy też zatrucie metaliczne atomem złota (białkomocz, zapalenie dziąseł, rumień, zaburzenia w trawieniu), czy też zatrucie siarką (gorączka i reakcje ogniskowe), czy też nagła utrata równowagi fizycznej pod wpływem injekcji (wstrząs).

Dawkowanie.

Zostało ono ustalone na zasadzie niezbitych doświadczeń i opracowane szczególnie przez lekarzy z Hauteville. Zdaje się być obecnie jedynie racjonalnem i opiera się na czterech zasadniczych zasadach.

1) Dawki powinny być słabe. Zaczynać należy najwyżej od 0,05 gr. i nie przekraczać nigdy dawki 0,25 gr. na jedno wstrzyknięcie; zrobić przerwę po dojściu do 3 gr. soli (jedna serja trwa mniej więcej 3 miesiące).

2) Powiększać dawki wolno i ostrożnie. Przechodzić do silniejszej dawki dopiero wówczas, gdy poprzednia, jeszcze raz powtórzona, była dobrze zniesiona.

3) Wstrzykiwać tylko raz na tydzień.

4) Obserwować chorych systematycznie i zwracać uwagę na reakcje, to znaczy:

a) badać stale mocz i przerwać leczenie przy śladach białka. Należy potem rozpocząć mniejszą dawką ponownie i zupełnie zaniechać leczenia, o ile białkomocz znów się ukaże;

b) w razie stałej biegunki przeczekać dwa tygodnie i znów rozpocząć leczenie zmniejszoną dawką;

c) zaprzestać leczenia przy pojawieniu się rumienia, który może być zwiastunem wysypki;

d) zwracać uwagę na gorączkę dopiero wtedy, gdy przekroczy 39,5 i gdy się trwale utrzymuje. Nie należy niepokoić się podniesieniem temperatury w dniu injekcji, jednak o ile ciepłota utrzymuje się dłużej niż tydzień, należy leczenie przerwać;

e) należy również przerwać leczenie, o ile zjawi się długotrwała reakcja ogniskowa, co może wskazywać na zaostrzenie sprawy.

Leczenie solami złota było stosowane tylko u dorosłych i u dzieci od lat 13. U chorych wiekowych z osłabioną funkcją wydalania nie należy przekraczać dawki 0,01 lub 0,02 gr, przynajmniej w początkach leczenia.

Przytoczone wskazówki odnoszą się do wszystkich soli, za wyjątkiem Allochryzyny, która nie jest toksyczna i ma specjalne dawkowanie. Jest ona dostarczana w stanie rozpuszczonym w ampułkach po 0,05, 0,1 i 0,2 gr. i może być wstrzykiwana 2 razy tygodniowo, a lepiej co cztery dni. Osobiście, celem ustalenia wrażliwości osobniczej zaczynałem zawsze od 0,1 gr. przechodząc następnie do 0,2 w odstępach ośmiodniowych między pierwszemi dwoma lub trzema injekcjami. Zazwyczaj można dojść do trzydziestu wstrzyknięć. Czas trwania leczenia zależy, oczywiście, od stanu chorego i charakteru ognisk chorobowych. Po sześciu tygodniach, lub dwu miesiącach przerwy można rozpocząć nową serję. Wielu chorych czuje się bardzo dobrze po trzeciej serji.

Za wyjątkiem znacznego białkomoczu i uporczywej biegunki, niema właściwie przeciwwskazań dla stosowania Allochryzyny Lumière ze względu na jej zupełną nieszkodliwość.

TABLICA I.

Objawy uboczne	Sano.	Thio.	Allo.	Ogółem Przypadków	Ogółem 0/000
Reakcja temperatury	45	12	12	69	15
Zaburzenia w trawieniu	42	17	3	62	13,4
„ nerwowe	17	6	2	25	5,3
„ skórne	12	10	5	27	5,8
Krwioplucie	9	—	—	9	—
Bóle głowy	9	2	—	11	2,3
Mdłości, dreszcze etc.	9	2	2	13	2,8
Zemdlenia, zawroty głowy	8	4	1	13	2,8
Zaburzenia jelitowe	6	1	—	7	—
Gruczoły	4	—	3	7	1,5
Różne bóle	3	1	1	5	—
Wstrząs	2	—	—	2	—
Liczba zaburzeń	165	55	29	250	53
Liczba przypadków	276	106	81	463	

Przeciwwskazania.

Należą tutaj wszelkie zaburzenia jelitowe bakteryjne, czerwonka, zapalenie wyrostka, entero-colitis, schorzenia nerek i wątroby, Phtisis congestiva, zwłaszcza u młodych kobiet, ostra gruźlica, wyniszczenie gruźlicze. Trzeba się mieć na baczności w przypadkach szybko postępujących, gdyż złoto zdaje się działać raczej przyśpieszająco niż hamująco i jeśli się je stosuje, trzeba starannie chorych spostrzegać *(Colbert* i *Laussei)*.

Wyniki.

Należy je rozpatrzeć oddzielnie w gruźlicy płucnej i w gruźlicy chirurgicznej.

A) *Gruźlica płuc.* Ogłoszone dotychczas przypadki są wystarczające, aby na ich podstawie módz wyrobić sobie mniej lub więcej dokładny pogląd na wartość terapeutyczną soli złota. Zestawienie jednak ostatecznych wniosków napotyka na pewne trudności wskutek różnej klasyfikacji przypadków, ich różnorodności i różnego czasu trwania obserwacji. Pomimo rozbieżności w terminologji, sądzę, że w przytoczonej tablicy udało mi się, o ile można dokładnie przedstawić rzeczywisty obraz (tabl. II):

Mamy tutaj 612 przyp. dodatnich w różnym stopniu, wobec 372 ujemnych, bez wyniku lub wykazujących pogorszenie, co stanowi 62% przypadków wykazujących poprawę, z których 44%, a więc prawie połowa, są zupełnie zadowalające.

Wynik ten byłby dostateczny dla usprawiedliwienia metody leczniczej, należy jeszcze zwrócić uwagę na interesujące spostrzeżenie *Leona Bernard'a* i *Mayer'a:* „Chorzy, którzy przy opuszczeniu szpitala zostali zaliczeni do kategorji chorych z niewielką lub też żadną poprawą, powrócili po dwu lub trzech latach wyleczeni, pracują nadal w swych zawodach i nie wykazują żadnych zmian natury czynnościowej, czy też ogólnej, przytem obraz rentgenolo-

TABLICA II.

Statystyka	prep.	miejsce	duża popr.	popr.	bez popr.	wynik ujemn.	pogorszenie	Razem
Leon Bernard i Mayer [7])	Sano	Szpital	—	62	22	58	—	142
Louis Sayé [8])	„	„	93	73	30	14	—	210
Villaret et Even [9])	„	„	1	9	21	—	—	31
Olmer [9])	„	„	—	10	9	—	—	19
Cordie, Gaillard, Cade [10])	Thio	„	15	26	18	24	—	83
Thèse de Mollard [11])	Różn	Sanator.	50	195	—	133	22	400
Lumière, Gelibert, Boissel	Allo	Miasto	18	33	6	4	2	63
Colbert i Laussel [12])	„	Sanator.	11	16	2	7	—	36
Razem			188	424	108	240	24	984
			612		372			

giczny nie wykazał już żadnych cieni patologicznych“ [7]).

Nie wchodzi zatem do powyższej statystyki cały szereg przypadków z późniejszą poprawą, a także chorzy ambulatoryjni, którzy się leczyli bez przerywania swoich zajęć i u których stwierdzono poprawę ogólną i miejscową, pomimo niepomyślnych warunków hygjeniczno-djetetycznych, w jakich przebywali.

Gdy zaczniemy rozpatrywać bardziej szczegółowo otrzymane wyniki, posiłkując się pracami wspomnianych autorów, do których należy dodać *Dr. Thoinon* [13]) Revue Analytique, zauważymy, że poprawa zaznacza się szczególnie w stanie ogólnym (52,5%), w krzywej temperatury (61,5%), w kaszlu i wykrztuszaniu (60%). Dalej idzie cofanie się objawów płucnych, wzrost wagi ciała, zmniejszenie się ilości prątków (około 40% przypadków).

W jaki sposób odbywa się ta poprawa?

Wpływ na gorączkę jest szczególnie wybitny w tych przypadkach gorączki, którą *Cardier, Gaillard i Cade* nazywają „anarchistyczną“, przejawiającą się w nagłych skokach. Krzywa jej staje się coraz bardziej poziomą, jednocześnie ustają nocne poty. Sole złota nie działają gwałtownie, jak środki przeciwgorączkowe, lecz zawsze stopniowo i przez czas dłuższy.

Następnie daje się zauważyć zmniejszenie kaszlu równorzędnie ze zmniejszoną ilością plwociny. Ten rodzaj poprawy występuje powoli, ale zato stale we wszystkich postaciach gruźlicy, chociaż często bywa tylko przejściowy; udało się jednak otrzymać trwałą poprawę po powtórzeniu leczenia.

Niema zgody między autorami co do zmniejszania się ilości prątków i zdaje się, że działanie soli złota występuje rzadziej, jest niestałe i przejściowe. Nie można zaprzeczyć, że w niektórych przypadkach znikają prątki z plwociny, ale jest to raczej wynikiem polepszenia ogólnego.

Również podlega jeszcze dyskusji wzrost wagi ciała pod wpływem auroterapji, przynajmniej u tych chorych, u których ona najlepiej przebiega. Zauważono nawet kilka przypadków schudnięcia, pomimo dobrego przebiegu leczenia.

Wszyscy się jednak zgadzają co do wyraźnej stałej poprawy ogólnej, która zjawia się po injekcjach wraz z powrotem apetytu, snu i sił, co się wyraźnie rzuca w oczy podczas stosowania auroterapji i znakomicie wpływa na poprawę nastroju zrozpaczonych chorych.

Niema już żadnych wątpliwości co do poprawy występującej w samych ogniskach chorobowych. „Daje się zauważyć wyraźny wpływ hamujący na objawy, charakteryzujące dalszy rozwój procesów chorobowych, i cofanie się zmian, co potwierdzają zdjęcia rentgenologiczne“ *(Leon Bernard)*. Odnosił się do nich bardzo sceptycznie *Sergent* i jego szkoła, gdy tymczasem lekarze

[7]) Wyniki leczenia gruźlicy płuc tiosiarczanem złota i sodu (Pr. Méd. 1929, str. 705).
[8]) Chemoterapja gruźlicy (Barcelona, 1927).
[9]) Dane Thoinon w Gaz. des Hop. 1929, Nr. 94, str. 1679.
[10]) Lyon Médical p. 733.
[11]) Teza Mollard.
[12]) Notatki terapeutyczne z gruźlicy płuc (Avenir Méd. Grudzień 1929, str. 295).
[7]) Wyniki leczenia gruźlicy płuc tiosiarczanem złota i sodu (Pr. Méd., 1929, str. 705).
[13]) „Leczenie gruźlicy płucnej antygenami metylowemi i solami złota“ (loco citato).

duńscy uważali je za miarodajne. Przyczyną tych różnic była może ta okoliczność, że zdjęcia były robione zbyt wcześnie. Rzeczywiście *Leon Bernard* i *Mayer*, którzy początkowo uważali, że zdjęcia nie ulegają żadnej zmianie w większości przypadków, zupełnie potem zmienili zdanie, widząc powtórnie swoich chorych w 6 miesięcy i w rok po skończonem leczeniu. Mogli nawet skonstatować nietylko stopniowe zmniejszenie się schorzałego odcinka, ale nawet zupełne zniknięcie zmian i znaczne zmniejszenie się rozmiaru jam.

Dałoby się jeszcze dużo powiedzieć o auroterapji w zależności od różnych postaci gruźlicy płucnej, ograniczę się jednak tylko do następujących uwag:

Nie ma wielkiego znaczenia charakter zmian, czy to będzie postać włóknista, czy wrzodziejąco-włóknista, zserowaciała, czy też wrzodziejąco-zserowaciała, gdyż można przytoczyć dodatnie wyniki auroterapji we wszystkich poszczególnych postaciach. Można powiedzieć, że w gruźlicy ostrej, w postaciach pneumonicznych lub oskrzelowo-pneumonicznych oraz w septycemji prątkowej wynik był zawsze ujemny, przyczem należy odróżnić gruźlicę ostrą, początkującą, w której wynik jest zawsze niepomyślny, od nagłego wybuchu gruźlicy starej, którą dość często daje się opanować. Odwrotnie bardzo dodatnie wyniki dają się zauważyć w postaciach łącznotkankowych i postaciach guzkowatych rozsianych.

Mollard podaje następujący % poprawy: postacie fibro-caseosa wolno postępujące 76%, fibro-caseosa ustalone 65%, włókniste, czyli nieczynne 50%, pneumoniczne, czyli serowaciejące postępujące 45%.

Przypadki świeże nieogłoszone [14]).

Przytoczone poniżej przypadki są bardzo interesujące i zawdzięczają swój wynik terapeutyczny allochryzynie.

[14]) Po zakończeniu powyższej pracy, otrzymałem pracę Wolfa Frieda, zawierającą Wyniki leczenia allochryzyną 30 przyp. w sanatorjum w Saales (Bas-Rhin). Wyniki są następujące: bardzo duża poprawa (4 przyp.), widoczna poprawa (14 przyp.), bez wyniku (5 przyp.), wynik ujemny (6 przyp.), jedno pogorszenie.
Zobaczyć należy również: „Dwa przypadki gruźlicy płucnej postępującej, leczone allochryzyną“, podał Anquez (Avenir Médical, luty 1929, str. 49).

1) *Przypadek własny:* Chory z tbc. fibro-caseosa prawego szczytu, stan ogólny zły, wychudzenie, astenia, brak apetytu, gorączka, częsty kaszel, początkowa laryngitis, prątki w liczbie niewielkiej. Prześwietlenie wykazuje wytwarzanie się jamy w prawym szczycie i drobne ogniska, rozrzucone po stronie przeciwnej. Chory źle znosi wysokość (bóle głowy, uderzenia do głowy, bezsenność i t. d.). Nie zgadza się na odmę. W tych warunkach zostaje zastosowane w końcu grudnia 1928 leczenie allochryzyną. Już po czwartej injekcji występuje widoczna poprawa w postaci dobrego samopoczucia, wesołości, apetytu. Po pierwszej serji w ilości 3 gr. soli, zastosowano powtórne leczenie po sześciotygodniowej przerwie. Obecnie stan ogólny jest bardzo dobry, objawy miejscowe nieznaczne, głos zupełnie normalny. Rentgenoskopja wykazuje zwapnienie i zmniejszenie zagęszczenia, zniknięcie drobnych ognisk. Waga bez zmian. Należy zauważyć, że trzecia serja zastosowana w celu ostatecznej poprawy musiała być przerwana z powodu widocznej nietolerancji.

2) *Przypadek przysłany do Komitetu Zdrowia* przez lek. kapitana *Morand.* Ostra gruźlica płuc o charakterze pneumonicznym u pilota, który poprzednio miał dwa razy krwioplucie. Wystąpiło nagle zwątrobienie całego górnego lewego płatu z zapaleniem opłucnej u podstawy. Stan ogólny bardzo ciężki, gorączka bardzo wysoka, zupełna nietolerancja żołądkowa, prątki Kocha bardzo liczne. Pomimo rozpaczliwego stanu, zaczęto stosować allochyryzynę w odstępach bardziej częstych niż zwykle. Nastąpiła szybka poprawa. Po 12 injekcjach stan poprawił się o tyle, że chory mógł opuścić szpital. Poprawa utrzymuje się dotychczas. Przypadek ten jest szczególnie interesujący, gdyż wydawał się beznadziejny.

3) *Cztery przypadki leczone w Ośrodku przeciwgruźliczym XIV-go okręgu* podane przez pułkownika *Julien.* Wyniki leczenia były bardzo zachęcające, szczególnie u oficera z daleko posuniętemi zmianami ostremi na dawnych zmianach łącznotkankowych ze stałą wysoką gorączką i z oznakami bronchopneumonii. Po trzech serjach allochryzyny ilość plwociny z 250 cm dziennie spadła do nieznacznej plwociny rannej. Prątków nie stwierdzono, chociaż szczepiona świnka morska uległa zakażeniu.

Stan ogólny jest doskonały, chociaż zdjęcie rentgenologiczne wykazuje zaciemnione wnęki i silną peribronchitis. Chory prowadzi normalny tryb życia.

4) *18 przypadków w szpitalu wojskowym w Briançon* leczonych sanochryzyną i allochryzyną. Początkowo 14 injekcji sanochryzyny w dawkach wzrastających, ogółem 2 gr., i 2 injekcje allochryzyny (2,5 gr). Chorzy otrzymali dwie serje z przerwą 6 miesięcy. Nastąpiła bardzo szybka poprawa stanu ogólnego we wszystkich przypadkach oraz zmniejszenie ilości plwociny, przyrost na wadze i poprawa samopoczucia. Rentgenologicznie zmian nie wykazano. Z objawów ubocznych po sanochryzynie był tylko jeden przypadek biegunki u chorego z dużą wątrobą (przechodził malarję) i jeden przypadek żółtaczki kataralnej (lekarz pułkownik *Tartarvez)*.

W sprawie poglądów na mechanizm działania soli złota w gruźlicy płuc, *Mollard* uważa, iż jest on wypadkową połączenia chemicznego i fizjologicznego wpływu siarki, która przyżega i działa antyseptycznie, oraz złota, które działa jako diataza metaliczna *Xalabardier* [15]) stawia na pierwszem miejscu siarkę, ponieważ miał otrzymać wyniki podobne u 25 chorych, leczonych zwykłym tiosiarczanem sodu. *Lumière* ostatnio doniósł, że podobne wyniki otrzymał z podsiarczynem wapnia, lecz rezultat był mniej wyraźny niż przy allochryzynie [16]).

Opierając się na posiadanych wiadomościach o działaniu złożonych związków siarki i wód siarczanych w gruźlicy płuc, zdaje się być bardziej logicznem, aby właśnie połączeniu metalu z metaloidem przypisać czynność przeciwgruźliczą danego związku, tak jak połączenie arsenobenzolowe jest niezbędne dla akcji przeciwkiłowej *(Dumarest)*.

Z punktu widzenia bakterjologji należy zgodzić się z *Leonem Bernard*, że tiosiarczan złota nie jest lekiem swoistym ani bakterjobójczym dla prątków i ich zniknięcie zdaje się być przedewszystkiem wynikiem poprawy stanu ogólnego. Czy nie chodzi tu o zmianę równowagi koloidalnej? Tylko *Lumière* może się zapuszczać na ten dobrze mu znany teren.

[15]) „Co można osiągnąć w gruźlicy płuc przez stosowanie czystego tiosiarczanu sodu" (Revue Méd., Barcelone, 1926, str. 527).

[16]) Thèse, Mollard, str. 344.

B) Gruźlica chirurgiczna.

Przytoczone tu dane są prawie jeszcze nieznane, tylko dwa pierwsze przypadki były ogłoszone przez *A. Lumièr'a i A. Gélibert'a* [17]), pozostałe przypadki zawdzięczam uprzejmości p. *Lumièr'a*, dzięki czemu mogłem je umieścić w Archives de Médecine et de Pharmacie militaires. Na zakończenie kilka przypadków ze szpitala wojskowego w Briancon.

Przyp. I. (ogłoszony). Spina ventosa pierwszej kości śródręcza z ubytkiem kości w pobliżu stawu obwodowego. Chory lat 26, rysownik. Poprzednio przechodził 5 operacji z powodu zapalenia kości lewej stopy, zakończone amputacją, oraz zapalenie gruczołów szyjnych. Zjawił się w klinice Lumièr'a „Bon Abri" 20/I 1928 z nową sprawą na prawej dłoni, trwającą od 6 miesięcy. Stwierdza się obrzęk prawie całego nadgarstka i grzbietu dłoni, na powierzchni dłoniowej przetoka, z której sączy się płyn ropny, grudkowaty. Od 20 stycznia rozpoczęto wstrzykiwanie allochryzyny (0,5 gr. tygodniowo w dwu dawkach) i naświetlanie promieniami ultrafioletowemi. Po miesiącu przetoki się zabliźniły, gruczoły niewidoczne, 15 marca po 16 injekcjach (dwa miesiące) wyleczenie zupełne; chory mógł znów pracować jako rysownik.

Przypadek II. (ogłoszony). Chory lat 20. Liczne ogniska gruźlicze. W dzieciństwie uporczywe sprawy gruczołowe, po których pozostały liczne blizny. Liczne ropnie zimne w rozmaitych miejscach. W styczniu 1927 został przyjęty do szpitala l'Hôtel Dieu z powodu mnogich przetok i dwu nowych ropni: jeden pod prawym obojczykiem, drugi z tej samej strony pod gruczołem sutkowym. Po wyleczeniu zjawia się w szpitalu po raz drugi w listopadzie z powodu nowych ropni na piersiach, plecach, lędźwiach. W ropie znajdują się prątki Kocha. 15 grudnia 1927 zjawia się w klinice „Bon Abri". W chwili przyjęcia ma 5 przetok na klatce piersiowej, datujących od roku, liczne obustronne blizny na szyji oraz ropnie: w okolicy krzyżowej, na prawej łopatce, na tylnej stronie prawego ramienia w górnej trzeciej części; zapalenie opłucnej bez wysięku u podstawy prawego płuca i stare ognisko zwapniałe w prawym szczycie. Chory jest bardzo wychudzony, blady, śluzówki blade, chodzi zgięty, opierając się na lasce, brak tchu, apetytu, przyśpieszone bicie serca, kaszel. Allochryzyna jak wyżej, pozatem Hémoplase przeciw anemji i Cryogénina przeciw gorączce i bólom. Ropień w okolicy krzyżowej zostaje opróżniony 15 stycznia (dwie świnki zaszczepione padają wskutek gruźlicy uogólnionej), inne ropnie zostają również usunięte. Chory zaczyna nabierać lepszej cery, wyprostowuje się, w miejscach po ropniach zaczynają tworzyć się przetoki i wydzielają się małe martwaki, zaczyna się zabliźnianie ognisk. 15 maja chory nie ma już ani ropni, ani owrzodzeń, ani gruczołów. Nie kaszle, chodzi prosto bez żadnych trudności. Można go uważać za wyleczonego po 19 inj. allochryzyny.

[17]) „Allochryzyna Lumière w leczeniu gruźlicy chirurgicznej" (Avenir Méd. 1928, str. 285).

Przypadek III (nieogłoszony). Gruźlica kręgów i gruczołów.

Chory lat 19, wyrobnik, został przyniesiony do kliniki „Bon Abri" 20 maja 1927, z porażeniem prawie zupełnem wszystkich kończyn. Rentgenologicznie nie stwierdza się wyraźnych ognisk w kręgosłupie, zato sztywność karku i dotkliwy ból przy ucisku V i VI kręgu szyjnego, duże gruczoły szyjne z obu stron, brak gorączki, waga 52 kg.

Allochryzyna w ilości 0,4 gr. tygodniowo w dwu dawkach. Po trzeciem wstrzyknięciu powraca czucie, po 15 dniach zdolność ruchów. Po leczeniu trwającem 3,5 miesiąca chory zdaje się być zupełnie wyleczonym, waży 66 kg., gruczoły szyjne niemacalne. Ogółem otrzymał 5,6 gr. soli złota. Powrót do pracy. We wrześniu 1927 nowy spadek na wadze o 12 kg., twarz blado-sina, wymioty, biegunka. Przy badaniu brzucha stwierdza się powyżej pępka w linji środkowej masę wielkości dużej pomarańczy. Nowe leczenie allochryzyną w przeciągu 2 miesięcy, poczem chory wraca do domu w doskonałym stanie zdrowia i wzmożonej wadze. Chory wraca do pracy i do tej chwili jest w dobrym zdrowiu.

Przypadek IV (nieogłoszony). Ognisko gruźlicze na prawym przegubie dłoni. Chory w wieku lat 38. Początek choroby datuje się od 1926 obrzękiem i prawie zupełnem zesztywnieniem stawu. Odczyny torebki maziowej bez krepitacji, ból przy próbach uruchomienia, leczenie przeciwreumatyczne bez wyniku. Rozpoczęto inj. allochryzyny 23 grudnia 1927. Po 20 inj. à 0,2 gr. 6 marca, wyleczenie jest zupełne, ruchy w stawie powróciły do dawnej elastyczności. Wynik ten utrzymuje się dotychczas (listopad 1929).

Przypadek V (nieogłoszony). Ropień zimny w lewej pachwinie. Chory, mularz, lat 25, przechodził obustronną gruźlicę płuc z przewagą po stronie prawej, gdzie znajduje się duża jama. Duże wychudzenie, gorączka, silny kaszel w plwocinie prątki, poty, brak łaknienia. Leczenie allochryzyną (32 inj. à 0,2 gr.) w 3 serjach, przerywane dwukrotnym 3-miesięcznym pobytem na wsi. W październiku 1928 stwierdza się w prawym szczycie tylko oddech chuchający, furczenia i rzężenia zniknęły. Przyrost na wadze 6 kg. W końcu października ropień zimny w lewej pachwinie, na zdjęciu brak wszelkich objawów zapalenia kości. Leczenie zostaje powtórzone i w początkach marca 1929 następuje zupełne wyleczenie. Chory wraca do pracy, doskonały stan zdrowia utrzymuje się.

Przypadek VI. (nieogłoszony). Chora lat 28, krawcowa, od 3 lat cierpi na ostéoarthritis lewej stopy ze stałą przetoką na powierzchni zewnętrznej. Była leczona promieniami ultrafioletowemi bez wyniku. Po leczeniu złotem zupełne wyleczenie w przeciągu trzech miesięcy.

Przypadek VII. (nieogłoszony). Gruźlica kości. Chora lat 20. W 1927 przechodziła przewlekły bronchit lewego wierzchołka. W lipcu 1928 obrzęk prawej stopy, utrudniony chód. Rentgenogram ujemny. W końcu września zjawiła się do kliniki Hôtel Dieu w Lugdunie z zimnym ropniem na grzbiecie stopy i bolesnemi punktami na poziomie kości sześciennej i łódkowatej. Ruchy bolesne, atrofja łydki i pośladka, gruczoły pachwinowe powiększone. Samoistne pęknięcie ropnia 18 października i wyjście mas rozpadowych. Po tarsectomii przedniej okazuje się ognisko pod główką kości skokowej z wielką przetoką ropną, idącą prawie do podstawy piątej kości śródstopia i wypełnioną ziarniną. Trzeba było, niestety, założyć dren na wylot do otworu na podeszwie, a następnie dren poprzeczny. Unieruchomienie, codzienne naświetlanie. W 9 miesięcy po tej operacji chora zostaje odesłana do kliniki Lumièra bez żadnej poprawy z olbrzymim

obrzękiem stopy, utrzymującemi się przetokami i silnem ropieniem. Zaczęto stosować allochryzynę i naświetlanie. W końcu października znaczna poprawa, rany są prawie zagojone. 2/XII 1929 zabliźnienie jest zupełne, żadnego bólu ani obrzęku, chora będzie mogła zacząć chodzić.

O ile wiem, niema więcej ogłoszonych przypadków gruźlicy, leczonej allochryzyną. Zadziwiające wyniki po jej stosowaniu są szczególnie godne uwagi w ciężkich przyp. I, II, III i VII, i zdają się dobrze świadczyć o skuteczności tego środka w gruźlicy chirurgicznej [18]).

Pozatem lekarz pułkownik *Tartavez* leczył wzrastającemi dawkami sanochryzyny ogółem do 2 gr. w szpitalu helioterapji w Briançon 4 przyp. gruźlicy chirurgicznej z gorączką (1 przyp. tbc pleuro-peritoneale, 1 przyp. tbc. stawu biodrowego, 1 przyp. choroby Potta pod potylicą z ropniem zagardłowym i 1 przyp. gruźlicy wielkiego krętarza). W tych 4 przypadkach ciepłota opadła do normy, w 2 przypadkach objawy miejscowe, szczególnie bóle, zmniejszyły się, w 3 przypadkach nastąpiła wyraźna poprawa stanu ogólnego i przyrost na wadze.

U wszystkich chorych chirurgicznych, leczonych czy to sanochryzyną czy też allochryzyną, nie zanotowano ani jednego objawu ubocznego.

[18]) Allochryzyna była również stosowana z powodzeniem w gośćcu przewlekłym. Od 1928 Forestier (Soc. Méd. Hop. de Paris, 1/III 1929), leczył przypadki szczególnie oporne chronicznego reumatyzmu z gorączką i złym stanem ogólnym. Na 15 przyp. było 5 wyleczonych, 5 ze znaczną poprawą, 2 przyp. polepszają się, 3 zostały stracone z oczu. Te rozliczne wyniki tłumaczą się bogatą zawartością siarki w allochryzynie.

WNIOSKI.

Dość dużo spostrzeżeń nagromadzono już obecnie, aby można było zaprzeczać wartości terapeutycznej solom złota. Jest, oczywiście, rzeczą trudną przeprowadzić podział między ich rolą i siłami obronnemi właściwemi każdemu osobnikowi, i jest możliwe, że w niektórych przypadkach zahamowanie sprawy chorobowej było zwykłym zbiegiem okoliczności. Rozwiązuje to zagadnienie jednak statystyka *Leona Bernard'a* i *Mayer'a*, wykazując na 1934 przypadków gruźlicy z gorączką, przyjętych do szpitala Läennec tylko 5% samorzutnej poprawy w porównaniu do 43% poprawy po chryzoterapji. Fakt ten mówi sam za siebie.

Pomimo wszelkich zastrzeżeń ze strony najbardziej uprzedzonych, rola złota w terapji gruźlicy jest bardzo wielka. Najpiękniejsze nadzieje rokuje ono również w gruźlicy chirurgicznej. Nie można jednak od tego leku wymagać więcej niż on może dać i trzeba być zadowolonym z tego promienia nadziei, który zjawił się na chmurnem dotychczas niebie. Strzeżmy się przed zbytnim zachwytem i niezasłużonem oczernianiem. Powinniśmy mieć zaufanie do chryzoterapji i stosować ją z całą świadomością.

Z pośród soli złota, badanych przezemnie, uważam za najodpowiedniejszą Allochryzynę ze względu na brak toksyczności i prostotę w użyciu. Wobec zupełnej jej nieszkodliwości nie istnieją właściwie żadne przeciwwskazania. Jest ona środkiem odpowiednim dla tych chorych, którzy nie mogą przerywać swych zajęć, a także we wszystkich tych przypadkach, gdy wstrzykiwania dożylne są niemożliwe lub bardzo trudne ze względu na nieodpowiednie żyły lub strach chorych.

OPOZONES LUMIÈRE

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.

Zdrowotność Warszawy w świetle danych Kasy Chorych.

podał

DR. W. MIKLASZEWSKI.

(Ciąg dalszy).

III. Kobiety. Stan ich rodzinny. Zawód. Choroby. (Tablica X).

Z liczby 1983 kobiet, wypada na polki chrześcijanki 1466 i na żydówki 517. Z pośród nich jest bezżennych polek 43,8%, żyd. 55,4%. Poniżej 20 r. ż. jest polek 529 (36,1%), a żydówek 83 (16%); to wskazuje, że sprawa związków małżeńskich wygląda na znaczniej opóźnioną u żydówek. Na stan małżeński wypada 42,7% i 35,6% naszych chorych, na wdowi 10,3% i 6,7%, a na rozwiedziony, przeważnie nieformalnie, 3,2% i 2,3%. W stosunku do liczby małżeństw w poszczególnych grupach wieku wyglądają liczby zerwanych związków zastraszająco: oto w okresie 25 — 29 r. ż. kobiety mamy 10 zerwań na 159 małżeństw (6,3%), od 30 do 34 r. ż. 12 na 116 (10,3%), od 35 — 39 r. ż. 4 na 74 (5,4%), od 40—44 r. ż. 7 na 51 (13,7%) a w następnem 5-leciu, gdy kobieta zamyka już swe kroniki małżeńskie, mamy 7 na 31 (22,6%), czyli blisko czwarta część małżeństw rozleciała się pomimo nieistnienia w kościele katolickim rozwodów. U żydów % te są mniejsze, choć o rozwód b. łatwo.

Nie badam narazie tych liczb, choć nie mogę podkreślić konieczności ich wyświetlenia. W naszych warunkach bytu życie obywatela stabilizuje się na małżeństwie. Bezżenność jest przeciwna naturze i odbija się w sposób widoczny na zdrowiu. Nie możemy oczekiwać koniecznej równowagi życiowej u ludności, której zagadnienia rodzinne przedstawiają się niekorzystnie. Statystyka podaje liczbę małżeństw w Polsce w latach od 1921 — 25 przeciętnie na 10,2, a od 1926 — 30 na 9,3 na 1000 ludności. Są to liczby duże. Ale o rozerwanych małżeństwach niema tu mowy.

Przy podziale kobiet podług zawodów i narodowości widzimy w naszym materjale ogromną przewagę służby domowej i osobistej. U polek wynoszą te 2 pozycje 32,1 i 11,6%, u żydówek 16 i 5,6%. Położenie ich jest korzystniejsze, niż robotników, rzemieślników, wielu sklepowych, nawet i części niższych urzędników i oficjalistów. Jednak chęć zupełnej swobody popycha wiele służących do pracy w pralniach, szwalniach, magazynach, przemyśle, choć warunki bytu są tam znacznie uciążliwsze. U żydów momentem rozstrzygającym jest nieraz rodzina, w której wszyscy członkowie pracują w rozmaitych zawodach, a dochody są obracane na wspólne utrzymanie. Oto w handlu pracuje żydówek 19,4%, gdy polek zaledwo 6,2%. Są to przeważnie sklepowe, zajęte ponad normę ustawodawczą. Naogół wyglądają one mizernie i często chorują. Drugi zawód, wykazujący znaczną przewagę liczbową żydówek, to urzędniczki, biuralistki, kasjerki, stanowiące 18,2% ogółu, gdy u polek 10,9%. W reszcie grup stosunku układają się mniejwięcej podobnie.

Na 823 polki, które tworzyły rodziny, wypada 11064 lata pożycia małżeńskiego, czyli 14,6 lat przeciętnie na rodzinę. Z tej liczby jest niepłodnych 96 kobiet (11,7%), nie licząc tych, które są bezdzietne, lecz były choć raz w ciąży. Na matkę mamy przeciętnie dzieci: żywych 1,54, zmarłych 0,82, ciąży 0,07, poronień samoistnych 0,4, sztucznych 0,31, czyli ogółem 3,14 przebytych ciąży. Liczby te powiększają się z wiekiem i latami pożycia małżeńskiego, lecz nie dosięgają liczb przedwojennych. Na koniec rozróżtwa kobiety, 45 — 49r.ż., wypada na 58 kobiet 1245 lat pożycia, czyli 21,4 lat na kobietę. Z nich 4 są niepłodne, a na pozostałe wypada dzieci: żywych po 2,15, zmarłych 1,02, poronień 1,59, czyli ogółem 4,75 ciąży na matkę, gdy przed 25 laty otrzymywałem u ludu 7,54. Po 50 r. ż. na 153 kobiety wypada lat pożycia 4870, czyli 31,7 lat na żonę. Niepłodnych mamy 8, a na pozostałe wypada dzieci: żywych po 2,94, zmarłych 2,29, poron. 0.57,

razem 5,8 ciąży, gdy poprzednio liczba ich dochodziła do 8,62. Uderza tu przedewszystkiem znaczne zmniejszenie śmiertelności i powiększenie liczby poronień, zwłaszcza sztucznych.

U żydówek wypada na 230 zamężnych 2681 lat pożycia, czyli przeciętnie 12,5 lat. Niepłodnych jest 31 (13,4%). Pozostałe mają dzieci żywych po 2,1 zmarłych 0,58, ciąży obecnych 0,08, poronień 0,38, ogółem 3,14 ciąży na matkę. Na koniec rozrództwa przypada na 35 żydówek 1109 lat pożycia (31,6 na kobietę), 2 niepłodne, dzieci: żywych 4,12, zmarłych 1,62, poron. 0,3, razem 6,04 ciąży, a to przypomina stosunki przedwojenne. U żydówek nie spotyka się około 40 r. ż. niezamężnych, gdy u polek liczba starych panien jest pokaźna. Nie jestto jednoznaczne z zaniechaniem życia płciowego.

Co się tyczy chorób, to na pierwszy plan wysuwa się gruźlica. Jest jej u polek 4,8%, a u żydówek aż 11,6%. Rozwój cielesny żydówek jest znacznie gorszy, niż polek, więc odporność ich na gruźlicę pomimo wszelkich teoryj o urbanizacji musi być mniejsza. Zaznacza się jednak naogół stosunkowo łagodny przebieg choroby bez znacznych wahań ciepłoty i krwotoków. Prawie wszystkie te chore nadają się do wyjazdu na wieś.

Współzależność między zawodem a gruźlicą wyraża się w stosunkach następujących: (Tabl. XI)

TABLICA XI.

I. Robotn.	II. Rzemieśln.	III. Służba domowa	IV. Służba osobista	V. Handel	VII. Techn.	VIII. Urzędn.	IX. U rodz.
Polki							
%	%	%	%	%	%	%	%
14 : 123 = 11,4	11 : 252 = 4 3	16 : 472 = 3,4	5 : 170 = 2,9	5 : 91 = 5,5	1 : 59 = 1,7	12 : 161 = 7,4	6 : 138 = 4,3
Żydówki							
4 : 56 = 7,1	12 : 82 = 14,6	7 : 83 = 8,4	6 : 29 = 20,7	13 : 101 = 12,9	1 : 18 = 5,5	12 : 94 = 12,7	5 : 54 = 9,3

Najwięcej gruźliczek jest wśród polek pomiędzy robotnikami i urzędnikami, a u żydówek między służbą osobistą, drobnymi rzemieślnikami, sklepowemi i urzędnikami.

Pod względem liczebności na pierwszy plan wysuwają się choroby narządów trawienia. U polek wynoszą one 22,4%, u żydówek 19,8% ogółu chorób. Z nich na choroby cięższe wypada u polek 36,3% chorób, a u żydówek 37,8%, mianowicie: kwaśnego kataru żołądka 13 i 3 przypadki, wrzodu żoł. 7 i 6, kamicy wątroby 61 i 14, zapalenia wyrostka robaczkowego 38 i 15. W zestawieniu tych cięższych chorób z zawodami otrzymujemy w stosunku do liczby pracowników danego zawodu co następuje: (Tab.l XII)

TABLICA XII.

1. Robotn.	2. Rzemieśln.	3. Służby	4. Sł. osob.	5. Handl.	7. Techn.	8. Urzędn.	9. Rodz.
Polki							
12 : 123 = 9,9	18 : 252 = 7,1	43 : 472 = 9,1	19 : 170 = 11,2	5 : 91 = 5,5	3 : 59 = 5,1	11 : 161 = 6,8	9 : 138 = 6,5
Żydówki							
2 : 56 = 1,8	10 : 82 = 12,2	6 : 83 = 7,2	3 : 29 = 10,3	7 : 101 = 7	2 : 18 = 11,1	5 : 94 = 5,3	3 : 54 = 5,5

Najwięcej ciężkich chorób narządów trawienia wypada na służbę osobistą, więc przedewszystkiem na kelnerki i stróżki, woźne. Zapewne jest to w związku z użyciem wyskoku. Służba domowa wykazuje najwięcej przypadków chorób wątroby (16 i 5) i wyrostka robaczkowego (21 i 2).

Na drugiem miejscu stoją choroby nerwowe (15,3 i 15,6%). Są to przeważnie nerwice, objawy wyczerpania. Ważną rolę odgrywają przy tem zagadnienia płciowe. Podkład organiczny spotykamy u polek w 38,5%, u żydówek w 46,2%, z czego na nerwobóle o wszelkiem umiejscowieniu

wypada 63 przypadki (72,3%) i 28 (75,7%), na dusznicę oskrzelową, migrenę, 14 (16,1%) i 9 (24,3%), na padaczkę 5 (5,7%), alkoholizm 3 (3,5) i tabes 1. Zestawiwszy te chore podług zawodów, otrzymamy: (Tabl. XIII)

TABLICA XIII.

Zawód	Nerwobóle	Migrena	Organ.	Ogółem	I	II	Ogółem
					Żyd.		
1 Robotn.	6	1		7:123=5,7%	4	1	5: 56= 8,9
2 Rzemieśln.	18	2	2	22:252=8,7	6	2	8: 82= 9,7
3 Służba domowa	16	5	3	24:472=5,5	3	2	5: 83= 6,—
4 Sł. osob.	12	1		13:170=7,6	1	1	2: 29= 6,9
5 Handlowcy	2			2: 91=2,3	6		6:101= 5,9
7 Technicy	4	1		5: 59=8,5	1	1	2: 18=11,1
8 Urzędnicy	5	6		11:161=6 8	6		6: 94= 6,4
9 U rodziny		3		3:138=2,2	1	2	3: 54= 5,4
Ogółem	63	19	5	87:226=38,5	28	9	37:80=46,2

Następne miejsce zajmują choroby narządów oddychania niegruźlicze (12,2% i 13,6%). Jest ich blisko 2 razy mniej, niż u mężczyzn. Są to zazwyczaj choroby krótkotrwałe.

Następne miejsce zajmują choroby narządów moczowych, przeważnie miedniczek i pęcherza. (6,8 i 2,8%). Rozpatrzmy je z uwzględnieniem wieku, zawodu, stanu rodzinnego i rodzaju choroby (Tabl. XIV):

TABLICA XIV.

Choroby	Stan wolny: Panny	Stan wolny: Nie	Małżeński	Wdowi	Rozwiedz	Razem	Stan wolny: Panny	Stan wolny: Nie	Małżeński	Razem
	Polki						żydówki			
Nerek	4	2	7	1		14	2		3	5
Miedniczek	4	21	18	6	6	55	1		4	5
Pęcherz	1	10	18		2	31		1	1	2
Ogółem	9	33	43	7	8	100	3	1	8	12

U żydówek spotyka się przeważnie choroby nerek, a u polek — miedniczek i pęcherza. Już to samo nasuwa podejrzenie, czy nie pozostaje to w związku z narządami płciowemi. Wśród panien mamy tych chorób u polek 5 na 448, a u żyjących płciowo 31 na 195, czyli 1,1% wobec 15,9%; u żydówek 1:284 panien i 1:4 żyjące płciowo. Tych ostatnich mamy wśród żydówek w naszym materjale bardzo mało. Zależy to przedewszystkiem od małej liczby służących i kelnerek, wśród których kwitnie życie na wiarę. Mężatki polki wykazują zapaleń miedniczek i pęcherza 36:626, czyli 5,7%, a żydówki 5:184, czyli 2,7%. Wdowy polki 6:152 (3,9%), rozwódki 8:45 (17,7). Wskazuje to, że pożycie płciowe, zwłaszcza nieuregulowane, jest sprawcą tych chorób; wchodzą tu w grę poronienia sztuczne. Również ważnym czynnikiem są choroby weneryczne. Stosunek tych chorób w związku z zawodem przedstawia się tak (*A* — związki płci stałe, *B* — luźne). Tabl. XV:

TABLICA XV.

Zawód / Choroby	Robotn. A	Robotn. B	Rzemieśl. A	Rzemieśl. B	Służba A	Służba B	Sł. osob. A	Sł. osob. B	Techn. A	Techn. B	Urzędn. A	Urzędn. B	Handl. A	Handl. B	U rodziny A	U rodziny B	Ogółem A	Ogółem B
Nerek	1	1	5		4	1	1		1								12	2
Miedniczek	2		10	2	8	18	3	2	2	1	3		1	1	2		31	24
Pęcherza			8		3	9	2	1	3		4	1					20	11

Najgorzej sprawa wygląda u służby domowej i osobistej, gdzie stosunek legalizowanych związków płci do wolnych jest najmniej prawidłowy.

Pokaźną liczbę wykazuje grupa kobiet wycieńczonych, u których nie spotyka się wyraźnych objawów chorobowych, prócz znacznego wychudzenia, nadpobudliwości, albo przygnębienia i bezsilności. Lekarze zaliczają te kobiety zwykle do niedokrwistych, albo nerwowych, jednak uważam za celowe wyodrębnić tę grupę. Są to przeważnie kobiety przepracowane rodzeniem i karmieniem. Dłuższy wypoczynek i leczenie wzmacniające przywraca im równowagę. Tych wycieńczonych mamy 83 polki i 17 żydówek, czyli 5,6% i 3,3%. Jeżeli jednak obliczyć je w stosunku do mężatek, a nie ogółu chorych, to otrzymamy odsetki 12,2 i 9,3. To są naprawdę ofiary warunków socjalnych, którym należałoby przyjść z rzeczywistą pomocą.

Następne miejsce zajmują choroby zakaźne ostre. Najczęściej spotyka się tam zapalenie gardła i ostre zapalenie oskrzeli. Chorych tych jest wśród kobiet o wiele mniej, niż wśród mężczyzn.

Dość dużą grupę stanowią choroby serca, naczyń i krwi (3,9% i 6,8%). Na choroby serca wypada u polek 42 spostrzeżenia (2,8%) u żydówek 28 (5,5%)), na choroby naczyń u polek 2 tętniaki aorty, u żydówek 7 żylaków. Blednicę i niedokrwistość stwierdziłem tylko u polek w 14 przypadkach, w tem jeden złośliwy. Co do zawodów najwyższe liczby spotykamy u urzędniczek, mianowicie u polek 10 na 161= = 6,2%, a u żydówek 13:94 = 13,8%, u rzemieślniczek 13:252 = 5,2%, u służby 4,2 i 4,8% oraz u młodych żydówek 12,9%.

Z pozostałych grup chorobowych należy wymienić jeszcze otyłość, którą spotykamy u polek 26 razy (1,8%), u żydówek 16 (3,1%), cukrzycę 2 (0,1%) i 5 (0,9%), dnę 18 (1,2%) i 10 (1,9%).) Są to liczby niewielkie, jednak i w nich zaznacza się w pewnej mierze skłonność rasowa żydów. Również charakterystyczna jest XIII grupa, chorób rozwojowych, polegających w moim materjale najczęściej na ogólnym niedorozwoju cielesnym i specjalnie na obecności płaskiej stopy. Otóż ta grupa jest u żydówek 2 razy liczniejsza, co odpowiada wynikom, jakie otrzymałem przy antropometrycznych badaniach. Nie jest chyba rzeczą przypadku, że i u chorych mężczyzn mamy podobne stosunki, mianowicie 0,4% i 1,3%. To że jest ich parokrotnie więcej u żydów, wskazuje, podobnież jak dane poborowe, badania w szkołach, zakładach ubezpieczeniowych i t. p., że rozwój cielesny żydów jest gorszy.

Wreszcie grupa chorób starczych nie jest miarodajna, jako całość, bo zależy przedewszystkiem od liczby członków rodziny, korzystających z Kasy. Ważniejsze jest to, kiedy występują objawy starzenia się. Ogólne dane, trudne zresztą do ujęcia liczbowo, wskazują, że żydzi, a zwłaszcza żydówki, starzeją się o wiele wcześniej.

Cały nasz materjał, dotyczący zdrowia kobiet, nie przedstawia się przedmiotowo źle: ciężko i przewlekle chorych, poza gruźliczkami i częścią chorych nerwowo spotykamy tu niewiele. Jednak podmiotowo sprawa przedstawia się znacznie gorzej, niż u mężczyzn: biadanie kobiety na ciężkie i przykre dolegliwości i odczuwania, ciągła obawa o życie i wyzdrowienie, o dzieci, których się nie chce osierocić, ciągłe utyskiwanie na ciężką dolę i jakaś dziwna beznadziejność stanowią cechę, właściwą nietylko kobiety w okresie klimaxu, lecz nieraz i dojrzewania. To nastawienie psychiczne czyni z chorej kobiety, niezależnie od jej wieku i choroby, chorą nerwową, której odczuwania ujemne górują nad danemi przedmiotowemi badaniami. Nieraz dają się one wyzyskiwać rozmaitym szarlatanom. Spotkałem się np. z dwiema stróżkami, które sprowadziły z Gdańska jakieś cudowne pigułki, usuwające kamienie żółciowe: zażyły tych pigułek po 60 za 30 zł. i zapewniały, że wyszło z nich po 60 kamieni (?!). Pokazało się, że są to jakieś twory nierozpuszczalne, przechodzące transito przez przewód pokarmowy. Wielki czas, by władze sanitarne położyły wreszcie koniec temu bezceremonjalnemu reklamowaniu się w prasie rozmaitych partaczy lekarskich. Zwłaszcza kobiety, nastawione do cudowności, która jedynie może w ich mniemaniu usunąć ich cierpienia i dolegliwości, padają ofiarą tej spekulacji. A to stanowi wymowne potwierdzenie wrażenia co do przeczulenia ogółu chorych kobiet.

IV. Życie płciowe kobiet. Używanie tytuniu i wyskoku.

Początek dojrzewania dziewczęcia przypada na wiek: (Tabl. XVI)

TABLICA XVI.

	Poniżej 13 r. ż	13 — 15	16 — 18	powyżej 18 r. ż
Polki	126 — 9,2%	686 — 50,7%	513 — 37,5%	35 — 2,6%
Żydówki	62 — 13,1%	291 — 61,7%	110 — 23,4%	9 — 1,8%

Nie ulega więc wątpliwości, że żydówki wcześniej dojrzewają. Zarazem zaznacza się jeden objaw, który należałoby sprawdzić na większym materjale, mianowicie, że pokolenie starsze zaczynało miesiączkować w wieku późniejszym, że mamy do czynienia z przyśpieszeniem dojrzewania u młodszego pokolenia. Dotyczy to przedewszystkiem kobiet, które zaczęły miesiączkować po 18 r. ż., a jest ich stosunkowo więcej u starszego pokolenia, niż u obecnej młodzieży. Mam wrażenie, że to jest związane z życiem wielkomiejskiem, bo nie stwierdzam tego objawu wśród kobiet ze wsi. Czyżby to był wpływ podniet umysłowych i używek? Sensacje kinowe, teatralne, powieściowe, nastawienie całego życia na nutę miłości, która jest tylko zmysłowością, Erosem, nie Psychą? Ta przedwczesność miesiączkowania odbija się ujemnie na zdrowiu kobiety.

Drugie ważne zagadnienie to wiek rozpoczęcia życia płciowego. Pomijam sprawę samogwałtu, która jest trudna do sprawdzenia u kobiet; niektóre chore same wysuwają to zagadnienie, jako domniemanego sprawcę ich obecnego stanu nerwowego. Słyszy się przy tej sposobności rzeczy nieprawdopodobne. Zatrzymam się więc nad początkiem stosunków płciowych. W naszym materjale uderza przedewszystkiem ogromna liczba niezamężnych: polek 643 (43,8%) i żydówek 287 (55,4%). Wiek zawierania związków małżeńskich przesuwa się wyraźnie poza 25 r. ż. kobiety, choć dawniej był przeciętnie o parę lat wcześniejszy.

Z ogólnej liczby spostrzeżeń mamy 197 polek na 1466 (13,4%), żyd. 3:517 (0,6%), które żyją płciowo bez legalizacji tego stosunku. Są to liczby bynajmniej nie przypadkowe: wobec 9,6% dzieci nieślubnych, jakie wykazuje statystyka Warszawy, należy sądzić, że nasz materjał daje zbyt niskie liczby, ponieważ nie każdy wolny stosunek, doprowadza do ciąży i nie każda ciąża — do porodu. Tu właśnie spotykamy się najczęściej z poronieniami sztucznemi. Rzecz prosta, że kobieta, narażająca największe swe wartości na niepewny los, zmuszana nieraz do stosunków płciowych, nawet do nierządu, nie może być w równowadze umysłowej i nerwowej. Ale to nie jest jeszcze cała grupa: poza temi bezżennemi są jeszcze wdowy, rozwódki, nawet mężatki, utrzymujące pozamałżeńskie stosunki.

Wiek rozpoczęcia stosunków przedstawia się w następujący sposób: (Tabl. XVII)

TABLICA XVII.

	Poniżej 17 r.ż	17 — 18	19 — 21	Powyżej 21 r.ż	Dziewice:
Polki.	53 — 3,6%	140 — 9,5%	325 — 22,1%	492 — 33,6%	31,2%
Żydówki	5 — 0,9%	27 — 5,2%	64 — 12,4%	137 — 26,5%	55%

Naogół więc wiek rozpoczęcia stosunków płciowych jest niezbyt wczesny, przeważają kobiety zupełnie dojrzałe; a na młodociane wypada najwięcej nieślubnych. Dane z Berlina z 1906 r. wykazują pod tym względem horendalne stosunki co do wieku matek: (Tabl. XVII b)

TABLICA XVII b

Wiek matek:	Poniż. 15 r. ż.	15 — 16	16 — 17	17 — 18	18 — 19	19 — 20	Razem noworodków
ślubne			16	120	304	676	1116
nieślubne	4	24	141	338	638	1539	2003

Do takiego opłakanego stanu jeszcze nie doszliśmy! Nas przerażają odsetki 13,4 stosunków nieślubnych. Nie przeczę, że poza ubezpieczonymi w Kasie mogą stosunki przedstawiać się mniej korzystnie, jednak dalecy jesteśmy jeszcze od tego, by macierzyństwo przed 20 r. ż. matki było w zasadzie nieślubne.

Co się tyczy częstości stosunków, to sprawa uzależniona jest przedewszystkiem od wieku. Przeciętne dla wszystkich kobiet, żyjących płciowo, wyglądają w sposób następujący. (Stosunków na tydzień: A. mniej, niż jeden, B. jeden, C 2 — 4, D. codzień i częściej, E. brak stosunków). (Tabl. XVIII).

TABLICA XVIII.

Częstość:	A.	B.	C.	D	E.
Polki	193 = 19,1%	203 = 20,1%	255 = 25,3%	59 = 5,8%	300 = 29,7%
Żydówki . .	22 = 9,4%	52 = 22,2%	103 = 44,3%	8 = 3,4%	48 = 20,7%

Naogół więc nie można mówić o nadmiernych nadużyciach. Nawet u młodych kobiet pożycie płciowe przebiega nietylko spokojnie, lecz nawet uderza w każdym wieku duża liczba wstrzemięźliwych (A). Są to przeważnie kobiety z tych 197 nieślubnych, które są właściwie zniewalane do stosunków, poddają się pod przymusem i w nadziei zawarcia stałego związku.

Związek zawodu z częstością stosunków przedstawia się tak: (Tabl. XIX)

TABLICA XIX.

Zawody:	I Robotn.	II Rzemieśl.	III Służba	IV Sł. osob.	V Handl.	VII Techn.	VIII Urzędn.
Stosunki	(97)	(200)	(280)	(149)	(48)	(57)	(120)
Rzadko	21	27	66	35	9	8	16
1 tygodniowo . .	21	61	44	29	12	19	34
2—4 tygodniowo .	30	71	28	51	16	23	42
Codzień . . .	11	16	6	5	1	5	11
Nie ma stosunku .	17	25	136	29	10	2	17

Pominąłem IX gr. u rodziny, wśród której 52 kobiety w podeszłym wieku nie mają stosunków, a 7 córek przy rodzicach miewają je tylko dorywczo. Wśród rzadko miewających stosunki są przedewszystkiem kobiety niezamężne (66), stare 48, ciężko chore 22, wdowy, rozwódki i nieznoszące stosunków płciowych.

Wśród niemiewających stosunków jest 73 niezamężnych, które częstokroć uległy gwałtowi, albo zostały opuszczone przez t. zw. narzeczonego, dalej jest 67 staruszek, a resztę stanowią chore i wdowy. Te 2 grupy utrudniają bardzo orjentację, bo nasuwają przypuszczenie wstrzemięźliwości, choć są przeważnie wyrazem nieuregulowania życia płciowego, lub starości. Zaznaczę, że z 197 niezamężnych przypada na służące 151 (76,2%), a w stosunku do ogółu służących wynosi to 32%. Warto, by na tę liczbę zwróciły uwagę bojowniczki o przywileje służby domowej, które w okresie porewolucyjnym pragnęły dać tym niewykwalifikowanym pracownicom, stojącym na bardzo nizkim poziomie kultury, warunki bytu, przekraczające możność

przeciętnego pracodawcy. Zamierzenie nie powiodło się: zamiast podniesienia pod względem kultury stoczyły się te pracownice do poziomu żywego towaru, którym obracają rozmaici przygodni znajomi, wśród których jest dużo złodziejów i przestępców.

Wracając do częstości stosunków, nie możemy dopatrzeć się wyraźnego związku z zawodem: stosunki co parę dni i codzień spotyka się może nieco częściej u robotników i rzemieślników, niż w klasach pracujących umysłowo, jednak różnice są niezbyt wielkie.

U żydówek sprawa wygląda zupełnie inaczej właśnie skutkiem tego, że liczba nieślubnych wynosi zaledwo 4 na 230. (Tabl. XX):

TABLICA XX.

Zawody:	I (24)	II (51)	III (19)	IV (8)	V (48)	VII (9	VIII (45)	IX (19)
Rzadko	2	6	2	1	9	1	6	
1 tygodnia	2	16	2	3	12	3	13	
2—4 tygodni . . .	17	18		2	25	5	18	1
codzień	1	4			1		4	
niema stosunku . .	2	7	11	2	3		4	18

I tutaj nie można mówić o nadużyciach płciowych.

Rozpatrzmy wreszcie sprawę zadowolenia stosunkami płciowemi. Już w poprzednich pracach wskazywałem, że spotyka się je stosunkowo rzadko u kobiet z ludu, mianowicie: jako objaw stały u 7,5%, zmienny u 11,56%, jako zupełną obojętność płciową u 72,64% i jako odczuwanie wstrętu u 8,3%. Są to odsetki, oparte na 2880 pacjentek moich z klas pracujących cieleśnie. Nie lepiej wygląda sprawa u klas pracujących umysłowo: na 470 spostrzeżeń było kobiet, odczuwających stale zadowolenie zaledwo 7,8%, zmiennie około 30%, reszta była obojętna a nawet blisko 40% młodych mężatek doznawało wstrętu. Jestto sprawa olbrzymiej doniosłości. Pożycie małżeńskie uzależnione jest od tych odczuwań, bo i mężczyzna nie zachowuje się względem nich obojętnie.

Tu znajdujemy odpowiedź na fakt częstości zrywania małżeństw, i co do tego posępnego, rozgoryczonego nastroju, jaki zaznaczyliśmy u ogółu chorych kobiet. Hasła równouprawnienia kobiet, są właściwie odpowiedzią na ten stan rzeczy. Nazywa się go mylnie uciemiężeniem kobiety przez mężczyznę. A milczy się o tem, że tensam stan przekazywania życia pokoleniom trwa w całej przyrodzie i nie daje się zmienić. Tylko że pręciki kwiatu, gdy zapyliły słupek, więdną i opadają wraz z całą barwną koroną, a pozbawiona tego stroju makówka traci szybko swą zieleń, czernieje, rogowacieje i staje się zgrzybiałą, pomarszczoną wdową. Kwiat niezapylony zachowuje dłużej swą krasę, lecz nie da owocu. To są dwa przyrodzone zejścia do wyboru. I w świecie zwierzęcym rozdział płci jest wyraźny: samiec pożąda rozkoszy i jest niewybredny w jej wyborze, a samica rządzi się instynktem macierzyńskim, choć wkłada on na nią przykre ciężary, nie chce pozostać jałówką, niewypłacalnym dłużnikiem. U najwyższego gatunku zwierzęcego tesame popędy i instynkty zostały przybrane w barwną koronę warunków społecznych, które jednak nie mogą zacierać samej zasady rozróżtwa i ochrony gatunku. Ilekroć są one zagrożone, występuje zatarg, bolesny dla strony, która targnęła się na niewzruszone prawa. A to jest właśnie źródłem bólu i cierpienia. Powiększa się ono i pogłębia w miarę postępu kultury. Chłopski ożenek „wedle wiktu i opierunku“ jest już wielkim postępem w porównaniu do pasterskiego ujęcia sprawy przez ludy koczownicze, np. podstępne podstawienie przez Labana Liji zamiast Racheli Jakóbowi za żonę. A Laban się tłomaczy: „Nie jestto w zwyczaju u nas, aby miano wydawać za mąż młodszą przed starszą. Wytrwaj z tą tydzień, a dam ci i tę za służbę, którą mi będziesz służył jeszcze drugie 7 lat“. A Jakób kochał Rachelę, bo „była pięknego oblicza i wdzięczna na wejrzeniu, ale Lija była chorych oczu... A widząc Pan, że nienawidził Liję, otworzył żywot jej, a Rachel niepłodna była... I rzekła Rachel do Jakóba: daj mi syny, a jeżeli nie dasz, umrę. Zapalił się tedy gniewem Jakób na Rachelę i rzekł: zażem ja Bóg, który zawściągnął płód żywota twego?“ To jest cała epopea ludów pierwotnych, u których poza popędem

płciowym, zjawia się już pierwotne ujęcie doboru naturalnego. Nie zwraca się jeszcze tu uwagi na pokrewieństwo, nie wie się, że małżeństwo z ciotecznemi siostrami, odbija się ujemnie na potomstwie, bo rozrództwem kieruje Bóg, nie rozumie się szkodliwości wielożeństwa i nałożnictwa, jednak są to już pierwsze przejawy złożonego procesu duchowego, z którego ma się zrodzić miłość. Zakon stoi jeszcze na stanowisku obrony przedewszystkiem rodu i nakazuje ożenek młodszego brata z wdową po starszym pod grozą, że jeśli powie: „Nie chcę jej pojąć, przystąpi bratowa jego do niego przed oczyma starszych, a zzuje trzewik jego z nogi jego, i plunie na twarz jego, a odpowiadając rzecze: Tak się stanie mężowi, któryby nie budował domu brata swego. I nazywać będą imię jego: Dom wyzutego". Temu przymusowi nie chciał się poddać np. Onan, wychodząc z założenia, że potomstwo od bratowej nie byłoby jego i wolał uprawiać w celu samoobrony samogwałt, który zyskał nazwę od jego imienia.

Cofnęliśmy się o kilka tysięcy lat, by wyjaśnić zagadnienie tworzenia się pojęć o małżeństwie i rodzinie, na których opiera się dalsze kształtowanie się instytucji stałego związku płci. Od czasu tych barbarzyńskich wzorów, stanowiących już wielki postęp w porównaniu z ustrojem życia ludów dzikich, gdy kobieta była jeszcze tylko wartością wymienną, dokonała się wielka ewolucja. Nie zadawala ona wprawdzie zwolenniczek zupełnego równouprawnienia płci, jednak wskazuje wymownie na czynniki potężniejsze, niż samolubstwo mężczyzny — przyrodzony podział rozrództwa pomiędzy dwie płci. Tego prawa nie zmieni żadne prawodawstwo ludzkie, a porywanie się na to wnosi tylko zamęt do życia człowieka. Rozrództwo jest również pracą twórczą, bardziej od innych złożoną, więc brak zadowolenia przy tym akcie wskazuje na pogwałcenie praw zasadniczych. Należy dociec, na czem ono polega. Wyjaśniają to niektóre nasze chore. Jedna mówi: nie kochałam mego pierwszego męża i nie miałam w pożyciu z nim zadowolenia, które odczuwam z drugim mężem. Wiele rozwiedzionych i mających kochanków potwierdzają to samo zdanie. Lija może być nienawistna dla Jakóba, jako narzucona mu podstępnie, lecz może rodzić, a ukochana dla pięknego oblicza Rachela może być niepłodna, ale napewno ma zadowolenie w pożyciu małżeńskiem, bo tylko kobieta kochająca wychodzi ze stanu bierności i bierze udział czynny w pracy, którą jest tworzenie młodego pokolenia.

Akt płciowy wymaga całkowitego skupienia, nastawienia bez troski podobnież, jak praca umysłowa, której niepodobna wykonywać w hałasie i wrzawie. *Nyström* uważa kobiety niezmysłowe za ofiary wychowania klerykalnego, które przez wieki kaziło ducha kobiecego, głosząc pogardę ciała, świętość czystości niepokalanej, wzniosłość dziewictwa. Jeżeli w Szwecji, która od kilku stuleci wyszła z pod wpływów wstecznictwa średniowiecznego, stworzywszy kościół narodowy, istnieje to zagadnienie, to cóż musi się dziać w Polsce przy jej podporządkowaniu zagadnień rodzinnych i społecznych czynnikom, nie mającym o nich niezależnego sądu!

Z zadowoleniem stwierdzam, że odsetek kobiet, doznających rozkoszy płciowej jest w naszym materjale 4-krotnie większy, niż to stwierdziłem przed 25 laty. Czy te 28% kobiet zadowolonych mamy położyć na karb poprawy ogólnej warunków społecznych i gospodarczych we wskrzeszonej Polsce? Zbyt krótki czas na tak olbrzymi przewrót! Rzecz tłomaczy się zdaje się prościej: mamy do czynienia z innym materjałem ludzkim. Tam był proletarjat Warszawy, pozostający za moskali w nędzy materjalnej i zupełnym analfabetyzmie we wszystkich dziedzinach życia, i — klasy uprzywilejowane z zatrważającemi objawami ich wyrodnienia, a tu mamy przeważnie klasy pracujące i mające ludzkie warunki skromnego bytu. Jednak 56,3% polek i 60,6% żydówek obojętnych płciowo, a w ich liczbie jest około 10% takich, które doznają wstrętu przy stosunkach, to są liczby wielkie i niemożna pozostawić ich bez pewnego oświetlenia.

Przedewszystkiem nasuwa się przypuszczenie co do wpływu wieku kobiety na jej odczuwania płciowe. Jako odpowiedź częstą spotykam u starszych kobiet: dawniej, w początkach pożycia, doznawałam zadowolenia, ale teraz nie. Byłoby to pewnego rodzaju stępienie zmysłów. Spójrzmy więc, co mówią nasze liczby o kobietach, nie doznających zadowolenia płciowego, w stosunku do ogólnej liczby żyjących płciowo (Tabl. XXI):

TABLICA XXI.

Wiek:	16—19 r.ż.	20 — 24	25 — 29	30 — 34	35 — 39	40 — 49	50 — 59	powyż. 59
Polki . . .	$\frac{10}{22}$=45,4%	$\frac{106}{181}$=58,5%	$\frac{123}{221}$=56%	$\frac{84}{166}$=50.5%	$\frac{67}{111}$=60.3%	$\frac{80}{144}$=55,5%	$\frac{26}{46}$=56,5%	$\frac{46}{66}$=69,1%
Żydówki . .	$\frac{9}{5}$ =55,5%	$\frac{12}{20}$=60%	$\frac{30}{49}$=61%	$\frac{26}{50}$=52%	$\frac{24}{42}$=57%	$\frac{17}{28}$=60,7%	$\frac{29}{35}$=77,1%	

Zestawienie powyższe nie wyjaśnia dostatecznie sprawy, choć ma się wrażenie, że istotnie w wieku młodym kobiety mają większe zadowolenie z pożycia płciowego. Nie są to jednak różnice jaskrawe, wyjąwszy wiek starczy, gdzie stosunki są zresztą nader rzadkie. Musimy szukać innych czynników. Jeden z nich to ślubność i nieślubność związków. Z zestawienia ogólnego tych 197 spostrzeżeń wynika, że stałe zadowolenie płciowe występuje w 30,4%, zmienne w 9,1%, brak go w 60,5%, czyli odsetki nie różnią się zbytnio od przeciętnych. Przy podziale tych spostrzeżeń podług wieku rozpoczęcia stosunków otrzymamy: (Tabl. XXII)

TABLICA XXII.

Wiek	L. spost.	zad. stałe	zad. zmien.	Brak zadow.
Poniżej 17	12	6		6 50%
17—18 r.ż.	21	5	2	14 66,6%
19—21	73	23	6	44 60,3%
Powyżej 21	91	26	10	55 60,3%
Ogółem	197	60 30,4	18 9,1	119 60,5%

A więc i u tych nieślubnych nie widzimy specjalnie większego odsetka kobiet nieodczuwających zadowolenia, choć właśnie one podlegają największym wstrząsom, niepokojom, wyrzutom sumienia. Wprawdzie znaczna ich liczba zaprzestaje niebawem stosunków, które wystawiała sobie zupełnie inaczej, jednak to potwierdza fakt, że życie płciowe nie jest dla nich istotną koniecznością.

Zastanawiałem się też nad wiekiem małżonka i różnicą wieku małżonków, ponieważ mąż znacznie starszy może być nieudolnym, a przynajmniej osłabionym płciowo. Otóż 68,7% mężów są starsi od żon. Przeciętne starszeństwo wynosi około 5 lat, 12,6% jest w równym wieku, a 18,7% są młodsi o 3,6 roku. Pominąwszy kobiety powyżej 54 lat, nie miewające przeważnie stosunków, otrzymujemy grupę 400 kobiet, z których miewa zadowolenie stale 124 (31%), zmienne 48 (12%), a nie miewa go zupełnie 228 (57%). A więc i ta grupa nie różni się od całości materjału. Uwzględniwszy przeciętne różnice wieku i oddziaływanie płciowe, otrzymamy u kobiet, których mężowie są: A) starsi od nich, B) — równi wiekiem i C) — młodsi, odsetki następujące: I. stałe zadowolenie, II. — zmienne, III. — brak zadowolenia i wstręt: (Tabl. XXIII)

TABLICA XXIII.

Różnica wieku	I. Lat	L spostrz. %	II. Lat	L. spostrz. %	III. Lat	L. spostrz. %
A. Starsi przeciętnie 0	5,6	87 31,7%	5,7	30 10,9%	6,2	158 57,4%
B. Równi wiekiem		16 30,2%		8 15,1%		29 54,7%
C. Młodsi przeciętnie 0	4,3	21 29 2%	2,5	10 13,9%	3,6	41 56.9%
Ogółem na:		124		48		228
A. Starszych		70,2%		62,6%		69,3%
B. Równych wiekiem		12,9%		16,6%		12,7%
C. Młodszych		16,9%		20,8%		18 %

A więc i ta grupa nie daje jaskrawych różnic oddziaływania płciowego kobiety w związku z różnicą wieku jej męża. Nawet przy podziale na kobiety przed 30 r. ż. i 30 — 54 r. ż. powtarza się to samo, choć między doznającemi stale zadowolenia mamy mężów starszych o 17, 14, 13 lat, a wśród niedoznających zadowolenia jest kilka

przypadków, gdy mąż jest starszy o 40, 25, 22, 20, 18 lat. Nawet grupa młodszych mężów nie wykazuje większego odsetka zadowolonych żon, choć uważana jest za wyraz namiętności kobiecej. To zdaje się wskazywać, iż różnica wieku małżonków nie odgrywa wyraźnej roli w sprawie zadowolenia płciowego.

Nie podaję odnośnych zestawień u żydówek, ponieważ odsetki wypadają tam podobne, choć liczba młodszych i równych wiekiem mężów jest tam większa.

Z innych czynników, mających wywierać wpływ na odczuwania płciowe kobiety wysuwano jej cechy barwne. Brunetki uchodzą za bardziej zmysłowe od blondynek. Jednak samo zestawienie polek z żydówkami przeczy temu poglądowi, bo w naszym materjale mamy blondynek polek 52,8%, żydówek 12,6%, szatynek 38,5% i 28,6% i brunetek 8,7% i 58,8%, a swoją drogą odsetek doznających zadowolenia polek jest, jak widzieliśmy, większy. (Tabl. XXIV).

TABLICA XXIV.

	I. Stałe zadow.		II. Zmienne zad.		III. Brak zadow.		Ogółem	
P o l k i								
Blondynki do 30 r.ż. . .	43	37,2 %	14	12 %	59	50 8%	116	100 %
30—54 r.ż. .	40	27,6 „	27	18.6 „	78	53,8 „	145	100 „
Szatynki do 30 r ż . .	21	34,3 „	6	9,9 „	34	55,8 „	61	100 „
30—54 r.ż. .	38	27,5 „	18	13,1 „	82	59,4 „	138	100 „
Brunetki do 30 r.ż. . . .	2	28,6 „	1	14,3 „	4	57,1 „	7	100 „
30—54 r.ż. .	12	29,2 „	10	24,5 „	19	46,3 „	41	100 „
Ogółem polki . .	156	30,8 „	76	15 „	276	54,2 „	508	100 „
Ż y d ó w k i								
Blondynki	3		1		3		7	
Szatynki	3		7		16		26	
Brunetki	19	24 „	10	12,7 „	50	63,2 „	79	100 „
Ogółem żydówki .	25	22,3 „	18	16,1 „	69	61.6 „	112	100 „

Różnice pomiędzy przedstawicielkami rozmaitych cech barwnych są niewielkie. Kobiety przed 30 r. ż. doznają częściej zadowolenia płciowego i w wyższym stopniu blondynki, niż brunetki i typy mieszane. Ale i ta cecha ma znaczenie tylko drugorzędne, a nie rozstrzygające.

Rozpatrzmy wreszcie związek pomiędzy zadowoleniem płciowem a liczebnością ciąży, które przechodziły nasze kobiety. Ciąża jest ciężką pracą, więc wiele kobiet uchyla się od niej, i podczas aktu płciowego niepokoi je trwoga, byle znowu nie zajść. Stosowane są szeroko środki zapobiegawcze, zwłaszcza najtańszy w mniemaniu wielu mężczyzn, a najkosztowniejszy w skutkach, sposób przerywania stosunku. Prowadzi to u mężczyzn do swoistych nerwic, a u kobiet wywołuje poza rozdrażnieniem ogólnem nieraz i brak odczuwania przyjemności. Stwierdzam, że ten gwałt przeciw naturze jest szeroko stosowany, przynajmniej przez 25% naszych chorych. Niejednokrotnie powrót do trybu przyrodzonego działa skuteczniej, niż różnorodne leki i zabiegi uspakajające.

Aby dać pojęcie o korelacji pomiędzy zadowoleniem płciowem kobiet, a liczbą przebytych przez nią ciąży, dzielę cały materjał na 3 grupy podług rodzaju oddziaływania kobiety i na 5 grup podług liczby przebytych ciąży. Wliczam wszystkie dzieci żyjące, zmarłe, ciąże i poronienia i dzielę wszystkie chore na grupy wieku ich: poniżej 30 r. ż. i od 30 — 54. W ten sposób zmniejsza się nieco liczba spostrzeżeń, jednak pozbywamy się materjału mniej pewnego. Do wyliczeń włączam wszystkie kobiety, żyjące płciowo, a nietylko mężatki. Pozatem wprowadzam podział podług zawodów. (Liczby rzymskie oznaczają zawody. A — wiek poniżej 30 r. ż., B — 30 — 54). Tabl. XXV.

Po odrzuceniu kobiet starszych i części nieślubnych, które miewały tylko stosunki dorywcze, materjał nasz zmniejszył się u

	O G Ó Ł E M								
	I	II	III	IV	V	VII	VIII	IX	Razem
	4	17	15	9	4	5	6	—	60
	6	15	22	8	3	6	6	—	66
	18	21	44	10	4	7	11	—	115
	4	11	31	6	3	4	15	—	74
	11	14	12	11	2	8	14	—	72
	12	31	29	18	6	10	21	6	133
	5	4	1	3	2	—	3		18
	7	22	9	12	1	2	2	4	59
		2					2		4
	4	16	6	10	2	2	3	3	46
	38	58	72	33	12	20	36	—	269
	29	95	97	54	15	24	47	13	378
	71	153	169	87	27	44	83	13	647
	10,9	23,4	26	14,2	4	6,8	12,7	2	100%
	3	8	3	2	12	1	9		38
	6	8	5		10	4	18	1	52
	5	23	3	4	15		14	3	67
	4	8	2	—	8	2	2	4	30
C	18	47	13	6	45	7	43	8	187
	9,7	25,2	6,9	3,2	24	3,7	23	4,3	100%

polek do 647, a u żydówek do 187 spostrzeżeń. — W związku z tem zmieniły się nieco odsetki odczuwania zadowolenia przez kobiety, mianowicie: (Tabl. XXVI)

TABLICA XXVI.

	Stałe		Zmienne		Brak zadowolenia	
	było %	jest %	było %	jest %	był %	jest %
Polki	28	30,9	15,7	15,2	56,3	53,9
Żydówki	21,4	21,4	18	17,2	60,6	61,4

Wahania są zatem stosunkowo niewielkie. Uwzględniwszy liczbę ciąży i wiek badanych, otrzymamy: (Tabl. XXVII)

TABLICA XXVII.

	Zadowolenie stałe				Brak zadowolenia				Zmienne				Ogółem	
	przed 30 r.ż.		po 30 r.ż.		przed 30 r.ż.		po 30 r.ż.		przed 30 r.ż.		po 30 r.ż.			
	%		%		%		%		%		%			
Polki														
Bezpłodne . .	32	53,3	20	30,3	18	30	36	54,5	10	16,7	10	15,2	60	66
1 ciąża . . .	36	31,3	24	32,4	64	55,6	37	50	15	13	13	17,6	115	74
2—4 ciąże .	21	29,2	40	30	44	61,1	74	55,6	7	9,7	19	12,3	72	133
5—7 ciąży .		15	19,4%			45	58,6%			17	22%			77
powyżej 7 ciąży		12	24%			31	62%			7	14%			50
Żydówki														
Bezpłodne . .		10	26,3			23	60,5			5	13,2			38
1 ciąża . . .		15	28,8			29	55,8			8	15,4			52
2—4 ciąży .		11	16,5			47	69,9			9	13,5			67
powyżej 5 ciąży		4	13,3			16	53,3			10	33,3			30

U bezpłodnych jest najwyższy odsetek kobiet, doznających stale zadowolenia. Dotyczy to przedewszystkiem kobiet przed 30 r. ż., zarówno polek, jak i żydówek. Nawet po jednej ciąży trzymają się odsetki zadowolonych na wyższym poziomie od przeciętnych. Dopiero dalsze ciąże, szczególniej powyżej 4, sprowadzają wyraźne zobojętnienie. To jest swoiste znużenie, żądające jedynego, przyrodzonego usunięcia w drodze wypoczynku. Zwłaszcza tam, gdzie ciąże następują w krótkich odstępach po sobie, gdzie kobieta nie skończyła jeszcze karmić, albo przeciąga umyślnie ten akt poza rok w przesądnem mniemaniu, że się ustrzeże od nowej ciąży, zaznacza się wyraźnie to zobojętnienie płciowe. Występuje ono najwyraźniej u młodych matek, których rozrództwo zaczęło się przed 20 r. ż.

Zestawienie naszych liczb podług zawodów i obliczenie odsetkowe zadowolenia płciowego w stosunku do liczby kobiet, żyjących płciowo w danym zawodzie, daje parę charakterystycznych liczb. Najwyższy odsetek zadowolenia 45,7% daje grupa VIII żony urzędników. Przed 30 r. ż. wynosi ona nawet 47,2%, a doliczywszy do niej kobiety doznające niestale zadowolenia (19,4%), otrzymamy 66,6%. Na drugiem miejscu stoi służba domowa, dająca 31,9% stale zadowolonych i 8,4% zmiennie. W tej grupie mamy na 54 służących 25 nieślubnych, a ich odczuwania dodatnie stwierdzamy przeważnie w młodym wieku. U pozostałych grup zadowolenie daje odsetki niższe od przeciętnych. Najwyższe odsetki odczuwań ujemnych spotykamy u kobiet przy rodzinie, u sklepowych (66,7), u techników (65,9%), u służby (59,7%) i robotników (57,8%).

Jeszcze jeden czynnik zasługuje na za-

znaczenie, mianowicie obecność cięższej choroby, która czyni nieraz zupełnie niezdolną do pożycia płciowego. Z liczby gruźliczek polek połowa (35) żyje płciowo, a wśród żydówek 25:60. W zestawieniu podług zawodów i wieku tych chorych przed 30 (A) i po 30 r. ż. (B) otrzymamy: (Tabl. XXVIII)

TABLICA XXVIII.

Zawody	I		II		III		IV		V		VII		VIII		Ogółem		Zadowolenie
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	
gruźlicze Polki	—	—	1	—	—	1	—	2	2	—	—	—	4	2	7	5	Stałe
	—	—	3	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	5	2	Zmienne
	6	1	—	3	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	10	6	Brak
Razem	6	2	4	3	3	3	1	2	4	—	—	—	4	3	22	13	
gruźlicze żydówki	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	1	Stałe
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	Zmienne
	4	—	4	2	1	2	—	1	1	1	—	—	2	1	12	7	Brak
Razem	6	—	4	2	1	2	—	1	1	1	—	—	2	4	15	10	

Liczby nie są duże, jednak przeczą poglądowi co do rzekomej zmysłowości gruźliczek. Doznających stale zadowolenia mamy polek 12 na 35, czyli 34,2%, a żydówek 4:25 = 16%, czyli liczby nie większe, niż przeciętne. W dodatku przeważają tu kobiety przed 30 r. ż. i to wśród grupy VIII, najlepiej uposażonych stosunkowo urzędniczek. Te 12 i 4 przypadki nie mówią o nadmiernej zmysłowości gruźliczek i nie usprawiedliwiają takich śmiesznych poczynań, jak przedzielenie murem zakładu dla gruźlików w Otwocku, by oddzielić od siebie obie płci.

Nerwice spotykamy u polek, żyjących płciowo, w 89 przypadkach na 139 (64%), a u żydówek 14:43 (32,5). Trudno powiedzieć, czy istniały przed zaczęciem stosunków płciowych, czy wywiązały się dopiero potem może w związku z niemi. Nie ulega jednak wątpliwości, że samo pożycie płciowe nie wpływa jeszcze kojąco na układ nerwowy. Z ogólnej liczby nerwicowych polek przypada na zadowolone ze stosunków płciowych 10 przed 30 r. ż. i 13 pomiędzy 30 — 54 r. ż., czyli 19:44 = 44,2% i 13:45 = 33,3%. więc i tu wiek odbija się na zmniejszeniu częstości odczuwań dodatnich. U żydówek wynoszą one 5:14 = = 35,7%. Zasługuje na uwagę, że i tu zawód zda się mieć pewien wpływ, mianowicie na 32 polki, odczuwające stale zadowolenie, wypada 14 służących (37,6%) i 9 urzędniczek (28,1%), a to daje w stosunku do liczebności tych grup, u służących 14:28 = 50% a urzędniczek 8:15 = = 53,3%. A więc i w tych drobnych pozycjach powtarza się stan, który omawialiśmy już parokrotnie. Zasługuje jeszcze na zaznaczenie, że w chorobach organicznych układu nerwowego spotykamy 4:13 = = 30,8% odczuwanie dodatnie.

W szeregu pozostałych chorych najbierniejsze płciowo są kobiety otyłe, dnawe, cukrzycowe.

Rozpatrzmy jeszcze stosunek pomiędzy odczuwaniami płciowemi a czasem rozpoczęcia miesiączki. Interesuje nas przedewszystkiem przedwczesność i znaczne opóźnienie miesiączki. Otóż u polek mamy 82, które zaczęły miesiączkować przed 13 r. ż. 26, doznających stale zadowolenia płciowego (31,7%), a na 12 miesiączkujących po 18 r. ż. — tylko 3 (25%). U żydówek mamy 4:21 = 19% u przedwcześnie rozwiniętych. W porównaniu z przeciętnemi przedwcześnie rozwinięte wykazują nieco większy odsetek zadowolonych. Jednak uwzględnienie zawodu i ślubności związku płci wskazuje w tej grupie aż 7 nieślubnych, w tem 5 służących, czyli specjalnie namiętną grupę, i 9 urzędniczek.

Zagadnienie zadowolenia płciowego u kobiety jest nader złożone. Tysiące czynników odbijają się na jej stanie psychonerwowym, który jest o wiele bardziej złożony, niż to się wydaje pisarzom powieści t. z. psychologicznych. Pogoń za sensacją każe im sięgać do takiego śmietnika, jak szulerzy zawodowi w dramacie Croisseta „Jastrząb", albo w sztuce „Artyści", przedstawiającej życie zakulisowe cyrku. Ma to niby stanowić ilustrację potęgi miłości, którą spotykać się ma nawet wśród rozmaitych wykolejeńców, wahających się pomiędzy szpitalem dla nerwowych i warjatów, a więzieniem. Podobną stronę duchową dają niewybredni autorzy naiwnym widzom rozmaite teatry świetlne i bajdopisi. Te wzory oddziałują zgubnie na ogół, wprowadzony w błąd, że to znawca życia odsłania jego tajniki. A to są przeważnie przeżycia osobiste poszukiwaczy rozkoszy płciowych. Podniosłe uczucie miłości, zdolne stwarzać bohaterów chwili, obywateli, zostaje strącone do poziomu, na jakim stał człowiek pierwotny, do chuci, zmysłowości. Kształcona na takich wzorach ludność zatraca wrodzone popędy, które w okresie dojrzewania budują przyszłego człowieka. To jest cofnięcie się z drogi ewolucji społecznej. I kto wie, czy nie tu właśnie powinien badacz poszukiwać przyczyny, dlaczego tak wielki odsetek kobiet jest obojętny w pożyciu płciowem, które wystawiały sobie w latach dziewictwa w zupełnie odmiennej postaci. Mam wrażenie, że na wsi sprawa przedstawia się znacznie korzystniej i to głównie dlatego, że się rozpoczyna życie płciowe po zawarciu małżeństwa.

Pozostaje nam rozpatrzeć sprawę używek u kobiet. Tytuń pali polek 109 na 1466 (7,3%) i żydówek 22:517 = 4,2%. Przed 18 r. ż. zaczyna z nich palić 18 (16,5%), czyli już w wieku szkolnym truje się część dziewcząt. Na lata 18 — 21 wypada u polek 51 (46,8%), a u żydówek 81,8%. Większość polek wdraża się do tego nałogu dopiero po 21 roku życia, często pod wpływem męża, albo kochanka. Na szczęście większość palaczek zadawala się małą ilością tytuniu: 65,6% pali poniżej 10 papierosów, ot tak, aby się pokazać, 23,8% wypala do 20 papierosów Tabl. XXX.

TABLICA XXX.

Zawody	palą p. 18 r.ż.		p. 18—21 r.ż.		p. pow. r.ż. 21		p. ogółem		palą. panny		męż.	wdow.	rozw.
	Polki	żyd.	Polki	żyd.	Polki	żyd.	Polki	żyd.	praw.	nie			
1 Robotn. .			3		7		10				10		
2 Rzemieś. .	4		5	2	5	1	14	3	1	2	12	1	1
3 Służba .	3	1	15	1	5		23	2	5	16	1	3	
4 Sł. osob. .	2		3	1	4		9	1	1	2	6		1
5 Handlow. .	1	1	2		6	1	9	2	3	1	6		1
7 Technicy .		1	2		5		7	1	2		6		
8 Urzędn. .	6	5	21	1	5	5	32	12	9	7	19	3	6
9 Przy rodz.	2			1	3		5	1	3			3	
Ogółem	18	8	51	6	40	7	109	22	24	28	60	10	9

W sferach robotniczych jest 10 mężatek palących, są to ofiary rozpowszechnionych przesądów. To samo widzimy u 17 rzemieślniczek. Ale najjaskrawiej rzuca się w oczy służba, gdzie na 23 palące polki wypada 16 niezamężnych, które uprawiają wolną miłość. Oświecicielami tych sfer są t. zw. narzeczeni, te szumowiny społeczne, które zabierają dziewczynie jej dziewictwo, wciągają ją do trzęsawiska, z którego niema wyjścia, gdzie się staje żywym towarem. To nie jest jakaś liczba przypadkowa: to samo powtarza się w najliczniejszej grupie urzędniczek, gdzie na 32 palące mamy 7 utrzymujących stosunki nieślubne. To jest znowu 21,9% wykolejonych. I grupa rozwiedzionych palaczek, choć nieliczna, daje ich 9 na 59.

Wśród używek zajmuje tytuń miejsce jeszcze najniewinniejsze. Gorzej ma się sprawa z wyskokiem, który jest w powszechnym użyciu, chociaż moje chore przyznają się tylko częściowo do picia, polki 562 : 1466 = 35,3%, a żydówki 48:517 = 9,4%. Najczęściej ma być on używany odświętnie. Ale już to samo, że uważany jest za wyraz czegoś wartościowego, stwarza niebezpieczeństwo. Kobiety naogół nie mają upodobania do wyskoku, piją go pod przymusem, jednak wciągają się z biegiem czasu do wódki tak dalece, że u 13 stwierdzam nałogowe pijaństwo. Na tem polu jest niewątpliwie dużo do zrobienia, ale nie można posługiwać się metodami średniowiecznemi.

Poza omawianemi nadużyciami mam w

naszym materjale wśród kobiet jeszcze 2 przypadki morfinizmu i kokainizmu. Jeden dotyczy śpiewaczki kabaretowej, która już w 8 r. ż. wciągnięta była do samogwałtu, a w 14 r. ż. zgwałcona i zarażona przymiotem. Dziś ta 34-letnia kobieta jest ruiną. Druga morfinistka jest nawet lekarką! Jeżeli w materjale Kasy Chorych spotyka się takich zatraceńców, to co musi się dziać rzeczywiście w życiu wielkomiejskiem?! Posiadam w tej mierze nieco danych z innego źródła, lecz pomijam je, by nie oświetlać sprawy z innego stanowiska. Nie mogę jednak nie przypomnić głośnej w 1926 r. skandalicznej sprawy lekarki S., stojącej pod zarzutem narkotyzowania i pobudzania płciowo rozmaitych pań.

V. Stan mieszkań w dzielnicy Marjańskiej. Stan zamożności naszych chorych.

Warunki mieszkaniowe stanowią poważny czynnik. Stosunki powojenne nauczyły ludności skromnych wymagań.

Wyjątkowe warunki powojenne odbiły się w sposób wyraźny na całym układzie życia. Zubożenie klas posiadających, zjawienie się dorobkiewiczów i całej masy spekulantów, obniżenie ogólnego poziomu moralności, skutkiem sejmowładczych norm nietykalności poselskiej, zaciekłe partyjnictwo, powszechna pogoń miernot za karjerą i użyciem, to są te objawy niepokojące w życiu gromadzkiem.

Te czynniki odbiły się wymownie na stanie zdrowotnym ludności. Swobody podziałały oszałamiająco. Po ucisku moskiewskim a potem niemieckim, gdy pokornie oddawano samowary, klamki, rondle, odzież, zjawiły się swobody obywatelskie. Nauka szła z góry od posłów i partyj, a uczniowie okazali się nadwyraz pojętni i gotowi byli wystąpić czynnie, ilekroć coś szło nie po ich myśli. Dopóki Kasa Chorych była opanowana przez komunistów, stosunki były nieraz, jak w wojsku za rządów bolszewickich. Ale i po usunięciu wpływów komunistycznych pozostało dość niemiłe nastawienie chorych.

Sprawa mieszkaniowa przy bliższem jej poznaniu nasuwa szereg uwag. Zwiedzałem w dzielnicy marjańskiej zgórą 500 mieszkań, z których zebrałem dane co do 222 polskich i 86 żydowskich. Nie wszędzie można było dowiedzieć się potrzebnych szczegółów zwłaszcza co do liczby mieszkańców. Najtrudniej było z podnajemcami. W zestawieniu uwzględniałem jedynie pokój przez nich zajęty i liczbę dusz w nim. Służbę domową obliczałem w stosunku do zajmowanej przez nią kuchni. Stan zdrowotny mieszkań zależy przedewszystkiem od stanu ulicy. Zachodnie części tej dzielnicy przedstawiają dużo do życzenia, choć bruki i chodniki są znośne. Najbardziej zanieczyszcza powietrze dym z kominów fabrycznych i lokomotyw. Mieszkańcy nie mogą otwierać okien, a pomiędzy oknami gromadzi się masa sadzy. W dni pochmurne i dżdżyste tonie cała ta dzielnica we mgle. W dodatku ruch towarowy jest w tej części miasta bardzo ożywiony, a to przysparza dużo kurzu.

Trzeba przyznać, że Warszawa posunęła się pod względem sanitarnym znakomicie naprzód w ostatnich dziesiątkach lat. Pamiętam ją jeszcze niebrukowaną na obwodzie, pamiętam woziwodów i nosiwodów z pokrytemi pleśnią kubełkami, i te beczki pod rynnami, zamykane na kłódki, do których Pan dostarczał cennej cieczy, która opłókała z dymu i kurzu dachy, a potem służyła do prania, jako woda „miękka". Podobny stan trwa dziś jeszcze na przedmieściach. Dzielnica Marjańska przedstawia się lepiej od innych. Jednak i tu zaznacza się wyraźny podział na okręgi uprzywilejowane i zaniedbane, a przylegają one do siebie bezpośrednio, przez co nawet ulica z asfaltową jezdnią i betonowemi chodnikami są zanieczyszczane kurzem i dymem, ciągnącym z zachodnich części miasta.

W brudnej dzielnicy trudno o czyste mieszkanie. Pod tym względem najgorzej dzieje się u żydów. Wiele zależy też od samych mieszkańców, którzy niezawsze wykazują dostateczne zrozumienie swego własnego dobra. Na 222 mieszkania polaków znalazłem tylko 20 we wzorowym porządku (9,1%), 180 w stanie znośnym (81%) i 22 (9,9%) w stanie opłakanym. Między innemi odwiedzałem chorego przy ul. Twardej 31, mieszkającego w piwnicy z małem okienkiem, prowadziły do niej nie schody lecz coś w rodzaju drabiny. Wilgoć, stęchlizna, ciemności, kopeć z lampki naftowej, zjadliwe wyziewy! O leczeniu w takich warunkach nie mogło być mowy. Po kilku dniach schodzę znowu do tej piwnicy, skąd dochodzi śpiew dziecięcy, sądzę, że zbłądziłem. Nie: chory leży na swym barłogu, lampka pali się jakoś jaśniej, o metr od łoża boleści stoi kołyska, a 4 dzieci tańczy wkoło niej. To uroczystość rodzinna, synek skończył rok. Goście składają mu życzenia... szczęścia i pomyślności. Wzruszył mnie ten widok przystosowania się dziecka do życia jaskiniowego. Niezadługo przeszło ono ciężką błonicę, życzenia pewno nie zostaną ziszczone!

Na 86 mieszkań żydowskich znalazłem 8 we wzorowym porządku, 32 w stosunkach znośnych i 46 (53,5%) w zupełnem zaniedbaniu. Wprawdzie nie było tam ani jednego w suterynie, jednak nieład, brud, zaduch, kurz, dym wskazywały, że mieszkańcy nie mają najprostszych wiadomości o zachowaniu zdrowia. Dawność ciąży nad tą ludnością i nie dopuszcza zmian. U jednej chorej, dotkniętej dusznicą, zwracam uwagę na konieczność utrzymania czystości w kuchni i pokoju, zajętego przez 4 osoby. Rada skutkuje. Ale przy następnej wizycie muszę wskazać, że kopcące łojówki na szabas trzeba zastąpić przez świece stearynowe. Mieszkańcy nie godzą się na to, bo tak żąda tradycja. Chałaty wychodzą powoli u młodszego pokolenia z użycia, ale brak ochędóstwa jest rażący, bielizna często zawszona, odzież wyplamiona, zabłocona, zakurzona. Przesąd zaziębienia sprawia, że nawet młodzi żydzi noszą w zimie po 3 koszule oprócz koszulek. Odzież i bielizna odpowiada w zupełności stanowi mieszkania. W dodatku bardzo często prowadzone chałupnictwo wnosi nowy czynnik zanieczyszczenia. W tych norach odbywa się szycie spodni i kamizelek. To współzawodnictwo, prowadzone przez rzemieślników żydów przedstawia poważne niebezpieczeństwo.

Stan sanitarny mieszkań pozostaje w pewnym stosunku do zawodu mieszkańców. U naszych chorych stosunki te wyglądają w następujący sposób: (Tabl. XXXI)

TABLICA XXXI.

Zawody:	I	II	III	IV	V	VII	VIII	Ogółem
Dobre mieszkanie . .	1			1	7		19	28
Zadawalające	32	26	14	26	25	3	86	212
Złe	20	6	2	4	26	1	9	68
Ogółem. . . .	53	32	16	31	58	4	114	308

Najlepiej więc zdrowotność mieszkania wygląda w grupie VIII, wśród urzędników, oficjalistów i zawodów wyzwolonych. Następnie idzie gr. V, lecz jest bardzo mieszana: obok zamożnych kupców mamy w niej źle płatnych sklepowych, których 44,8% mieszkań jest w stanie złym. Nie lepiej przedstawia się sprawa u robotników. Dużą rolę odgrywa tu brak wdrożenia osobistego do czystości i porządku. Coprawda i przeludnienie mieszkań ma tu wielkie znaczenie. Na grupę VIII wypada przeciętnie 1,1 pokoju na osobę, w grupie V 2 osoby na pokój, w gr. III kuchnia na służącą, a w gr. I — po 4,3 osoby na izbę w której mieści się najczęściej piec kuchenny i wykonywa się pranie. Wprawdzie moje zestawienia z czasów przedwojennych wyglądają jeszcze gorzej, albowiem na izbę proletarjusza Warszawy wypadało tam 3,31 dorosłych i 2,35 dzieci. (Rozwój ciel. proletarjatu Warszawy Tabl. XXXI). Jednak skala wymagań po wojnie podniosła się znacznie.

O stanie zamożności naszych chorych, jako o czynniku, wpływającym na ich zdrowie, nie mam wiele do powiedzenia. Słyszy się powszechne wyrzekanie na ciężkie czasy, na kryzys ekonomiczny, bezrobocie. Te gorzkie żale i utyskiwania pamiętam je jeszcze z dzieciństwa. Ludzi zadowolonych z tego, co posiadają, spotykałem w życiu bardzo mało. Bo też niewielu porównywało swój budżet z budżetem proletarjusza, który wyliczyłem przed wojną na 22 rb. 67 kop. miesięcznie. Stan zamożności jest dziś znacznie lepszy, niż przed wojną, ale przekonanie, że Państwo winno być dostawcą wszystkiego dla obywatela, a on może korzystać z gotowych zasobów i żądać coraz więcej, sprowadziło pewien zamęt w umysłach. Wiemy, skąd idzie ta niezdrowa agitacja i rzeczą Państwa jest ją ukrócić. Zarządzenia w tym zakresie przyczynią się

niewątpliwie do podniesienia zdrowotności publicznej.

Kryzys gospodarczy objął cały świat, nie jest tylko naszą lokalną klęską. Niektóre czynniki chcą z tego ukuć oręż przeciwko Państwu. Musimy się przeciw temu bronić. Nie jest to ten straszny okres braku zboża, mięsa, tłuszczów, warzyw, owoców, który przeżywaliśmy podczas wojny. Dziś mamy lata obfitości i tanizny, która może być niedogodna dla szczęśliwych posiadaczów, jednak winna być wypoczynkiem i zdobyciem sił dla tych, którzy je sterali podczas wojny, biorąc w niej czynny udział. Ten rok urodzaju jest błogosławieństwem ludności, a nie jej klęską. Musimy zrozumieć, że kryzys polega na tem, iż wytwórczość nie daje tych zysków, do jakich przyzwyczaili się przemysłowcy. Ale stąd wynika, że trzeba się zadowolić mniejszym zyskiem, a bynajmniej nie to, aby pracownik nie miał środków na nabycie tanich produktów, niezbędnych do życia.

Warunki życiowe zmieniają się ciągle, ale ze zdrowiem obywateli nie idzie tak prosto: chory wyzdrowiewa tylko z chorób ostrych, o ile nie przyprawią go one o śmierć. Choroby przewlekłe nie ustępują nawet po zmianie warunków na korzystniejsze. Dzisiejsi gruźlicy, nerwicowcy, chorzy na serce, choroby dróg moczowych, gośćcowi, dnawi, otyli i wielu innych, nie poprawią się odrazu po ustaniu kryzysu gospodarczego. Jeżeli więc zajmujemy się sprawą stanu zdrowotnego Warszawy, to czynimy to raczej dla przyszłych pokoleń, dla tych dzieci, które umieją się tak przystosować do trudnych warunków bytu, że tańczą przy kołysce braciszka w piwnicy w rocznicę jego urodzin.

VI. Wnioski.

Sprawę zdrowotności Warszawy możnaby rozpatrywać albo porównawczo w stosunku do innych miast polskich, lub stolic europejskich, albo w stosunku do stanu, jaki panował przed wojną światową. Wybieram to drugie porównanie, ponieważ każde miasto ma swą własną kulturę, swoje dzieje i tysiące czynników, które urabiały je we właściwy sposób. Trudno wymagać, by Warszawa miała być podobna do Paryża, Wiednia, Rzymu, które nie zaznały nigdy przemocy moskiewskiej i niemieckiej. A każde z tych miast zmieniało swój wygląd i stan zdrowotny po przebytych przewrotach: rewolucja francuska nie była tylko zburzeniem Bastylji, lecz zasadniczem przeobrażeniem życia ludności, w Rzymie, Syrakuzach, Kartaginie widzimy dziś jeszcze nawarstwienia kilku następujących po sobie kultur, z których dawne nie ustępują, choć przytłacza je współczesność, podobnież odległa osada i miasteczko zachowują nadal swe dawne cechy, chociaż są one niezgodne z kulturą stolicy.

Porównanie obecnej Warszawy z tą, jaką znam od 63 lat, jaką charakteryzowała ankieta mieszkaniowa 1891 r., prace Ciemniewskiego, Polaka, Dawidowej, Tchórznickiego i moje badania, przeprowadzone na początku bieżącego stulecia, to porównanie wskazuje niewątpliwie, że posuwamy się naprzód. A to jest najważniejsze. Daleko nam do wzorów przedwojennych choćby Kopenhagi, Stokholmu, które już wówczas posiadały dzielnice robotnicze z szeregiem dwurodzinnych domków, otoczonych ogródkami, daleko nam do stanu sprawy w Anglji, gdzie robotnik posiada 3 — 4 pokojowe mieszkanie, wyposażone we wszelkie nowoczesne udogodnienia, gdzie już przed 50 laty uchwalał parlament ustawy, pozwalające burzyć całe dzielnice, nie odpowiadające pod względem zdrowotnym wymaganiom współczesnym, daleko do miast-ogrodów, które powstają w całej Europie. Jednak pomimo 1½ wieku niewoli i 6 lat wojny, która niszczyła nasze osiedla, możemy stwierdzić, że wytrwaliśmy te ciężkie próby i posuwamy się naprzód. Jest to dowód *naszej odporności*, tej cennej cechy, pozwalającej nie ulegać niekorzystnym warunkom bytu.

Nie cała nasza ludność wykazała odporność w dostatecznej mierze. Najgorzej przedstawiają się żydzi, co do których stwierdziłem już przed wojną duży stopień upośledzenia rozwoju cielesnego, obarczenie wielu przewlekłemi chorobami i zasklepienie w dawności. Wojna pogorszyła ich położenie. Tylko nieliczni brali w niej czynny udział, zyskując przy tem na rozwoju cielesnym. Nasz materjał wskazuje to niezawodnie: ta trzykrotnie większa liczba gruźlików nietylko wśród żydów, lecz i żydówek, ta wielka zachorowalność na rozmaite choroby i ich przewlekłość, to znaczne opóźnienie zawierania związków małżeńskich o jakie 6 — 10 lat, to zmniejszenie rozrództwa o jakie 2 dzieci, to załamanie się gospodarcze, którego wyrazem jest nietylko ciągłe, nieuzasadnione wyrzekanie na ucisk mniejszości narodowych, odwoływanie się o opiekę do czynników pozapaństwowych, lecz i masowe wychodztwo, to są naprawdę objawy, zasługujące na uwagę. Przy ostatnich wyborach do gminy żydowskiej było aż 33 listy partyjne, przy wyborach do ciał ustawodawczych ujawniło się też wielkie rozproszenie. To dowodzi, że dawna więź wyznaniowa traci swój wpływ. Stwierdzam to dość często wśród chorych, którzy zwłaszcza młodzi wypowiadają się ostro przeciw swej religji. Jest tu niewątpliwie dużo wpływów komunizmu; nastąpiło załamanie dawnych programów i w wytworzonym chaosie sugestyjność bierze górę nad samodzielnem myśleniem.

W podobny sposób zaznacza się to u dawnych klas uprzywilejowanych, złożonych ze szlachty i zamożnego mieszczaństwa. W badaniach antropologicznych przed wojną wskazywałem na zagrożenie tych klas i stanów pod względem rozwoju cielesnego. Wojna wskazała, że te sfery wykazały brak zrozumienia przeżywanego okresu, tchórzostwo, które skłoniło je do wykupywania się od wojska, do ucieczki na tułaczkę do Rosji i do prowadzenia nadal polityki ugody w stosunku do najeźdźców. Najliczniejsi przedstawiciele tych klas, jakich spotykamy w naszym materjale w grupie VIII, wśród zawodów wyzwolonych, urzędników, oficjalistów, wykazują duży brak odporności. Chociaż zabezpieczenie materjalne tych grup jest bez porównania lepsze, niż pozostałych, warunki mieszkaniowe o wiele dogodniejsze i zdrowotniejsze, jednak tu właśnie, słyszy się najczęściej wyrzekania na kryzys gospodarczy i na rozmaite braki, tu widzi się najobfitsze stosowanie używek, nawet wśród kobiet, tu stwierdza się ograniczenie rozrództwa, poronienia sztuczne i zrywanie małżeństw i dość częste życie na wiarę. A że mniej jest tu gruźlicy, to zależy przedewszystkiem od lepszych warunków mieszkaniowych i większej zasobności. Chorób wenerycznych jest tu najwięcej, podobnież jak nadużyć płciowych.

Lepiej przedstawia się grupa VII, złożona z techników, majstrów, mechaników, drukarzy i t. p. Są to przeważnie ludzie, pochodzący z drobnego mieszczaństwa i włościaństwa. Ukończyli szkoły zawodowe i dbają o dobrobyt. Starsi brali czynny udział w wojnie. Ich rozwój cielesny jest naogół dobry, a stan zdrowia nie nastręcza poważniejszych obaw, choć wykazują oni największy odsetek gruźlików, skutkiem pracy w kurzu, i chorych nerwowo skutkiem pracy przy maszynach i przebytych chorób wenerycznych. Ich rodziny, żony, dzieci przedstawiają się pod względem zdrowia lepiej od przeciętnych.

Znacznie gorzej przedstawia się sprawa handlowców. I oni pochodzą przeważnie z mieszczaństwa, jednak często nie posiadają wykształcenia zawodowego, tylko obznajmienie się z pracą sklepową, słabo opłacaną. Skutkiem tego zaledwo 34,8% polaków i 29,7% żydów jest żonatych i to przeważnie po 30 r. ż., a to odbija się wyraźnie na ich zdrowiu i trybie życia. Zwłaszcza u żydów wykazują oni ogromny odsetek gruźlików, bo 17,6%. Tu też spotykamy wielkie odsetki przebytych chorób wenerycznych. Jest to więc klasa upośledzona, nastawiona ponuro i nie odczuwająca radości życia. A swoją drogą nie widzimy tu szerokiego stosowania używek. Nie jest to napewno wstrzemięźliwość, lecz brak środków pieniężnych. I kto wie, czy to właśnie nie jest ich deską ratunkową. Słowem grupa handlowców ma cechy pracowników, którzy wyrwali się ze swej sfery chłopskiej i drobnomieszczańskiej w zamiarze poprawienia swego bytu, jednak nie zdobyli przygotowania zawodowego. Na tym poziomie pozostali przez długie lata, choć zjawiły się nowe potrzeby, których nie udało się zadowolić. Zapewne w porównaniu z rodziną, cierpiącą niedostatek na wsi, lub w małem miasteczku, posunęli się oni naprzód w zakresie zamożności. Ci wychodźcy ze wsi wnieśli do nowych warunków bytu dużo odporności i hartu. Widzę w tem wyższość ich w porównaniu z dwiema klasami społecznemi, których los przedstawiłem w innych pracach. Otóż u nauczycielstwa szkół powszechnych miałem 63,9% nauczycieli i 40% nauczycielek, pochodzących z włościan. Było to wybicie się ze swej sfery, zerwanie z lekceważoną pracą cielesną. Jednak wśród nauczycielstwa spotkałem mało ludzi zadowolonych ze swego losu. Druga sfera zdeklasowana — to wyrobnicy wielkomiejscy, przybyli ze wsi za chlebem. Nie przystosowawszy się do nowych warunków, wpadli w nędzę, a ich dzieci dały olbrzymi odsetek małoletnich przestęp-

ców. W porównaniu z temi grupami są nasi handlowcy grupą bynamniej nie wykolejoną, choć położenie ich wygląda na ciężkie. Są to więc niewątpliwie ludzie odporni, którzy dają rękojmię wytrwania.

Służba stanowi w znacznej mierze ludność napływową. Dotyczy to nadewszystko służących, które są przeważnie niewykwalifikowane i zostają rzucone na bruk bez oparcia. Los ich jest bardzo niepewny i nieraz dostają się w ręce handlarzy żywym towarem. Dużo dostaje się na służbę do żydów, gdzie warunki pracy, żywienia, uposażenia i obycia są zupełnie inne. Służąca zawiera prędko znajomości i zostaje wciągnięta w wir poszukiwania uciech życiowych i licytowania na zwyżkę swych poborów. Rozchodzą się one szybko na stroje, zabawy i pożyczki dla t. z. narzeczonych, którzy wyzyskują bezczelnie te naiwne dziewczyny i wciągają je do rozpusty, pijaństwa, tytuniu a nieraz i złodziejstwa. Służąca nie czuje się dobrze w tej atmosferze kłamstwa, fałszu, łamania zasad, wyniesionych z domu. Poronienia sztuczne, porody nieślubne, choroby następcze, np. bardzo często zapalenie pęcherza i miedniczek pochodzenia rzeżączkowego, to są smutne następstwa tej łatwowierności. W dodatku dziewczyny te nie doznają zadowolenia płciowego aż w 60% przypadków, więc poddają się swym uwodzicielom pod przymusem.

Grupa IV jest dość mieszana. Najstalszy składnik stanowią tu stróże, woźni, gońcy. Jest to przeważnie ludność napływowa ze wsi, lecz pomimo braku kwalifikacyj zawodowych stabilizowana na skromnych stanowiskach. Mieszkania mają niezadawalające, 90% ich są żonaci i to dość wcześnie. Chorób cięższych spotyka się u nich stosunkowo niewiele. Wśród mężczyzn rozpowszechnione jest zamiłowanie do tytuniu i wódki. Kobiety są przemordowane ciążami i nie wykazują wielkiego zamiłowania ze stosunków płciowych. Pomimo niskiego poziomu kultury ludzie ci stanowią dobry element ludnościowy i zachowują czerstwość do późnego wieku. Młode pokolenie przedstawia się naogół dodatnio pod względem zdrowia i przygotowania. A więc ci przybysze ze wsi nie zmarnieli w stolicy dzięki temu, że znaleźli oparcie w skromnem, lecz stałem stanowisku.

Zupełnie inaczej wygląda druga podgrupa, złożona z kelnerów, fryzjerów, lokajów, portjerów, bon, pielęgniarek, manukirzystek i t. p. Są to przeważnie dzieci Warszawy, zaznajomione z jej uciechami i skandalami, znajdujące w nich zadowolenie. Sam zawód wyrabia w nich uniżoność w stosunku do tego, kto płaci. Pieniądz jest tu miernikiem doraźnego użycia. Ludzie ci zawierają późno związki małżeńskie, lub nie zawierają ich zgoła. Tu mamy też sporo rozwiedzionych, dużo gruźlicy, organicznych chorób nerwowych, rzeżączki, syfilisu, nadużycia tytuniu i wyskoku. Ta grupa stanowi najmniej wartościowy składnik ludności. To nie są dane przypadkowe. Nie nadarmo lokajstwo traktowane jest z lekceważeniem, nawet pogardą.

Robotnicy są przeważnie ludnością napływową. Warunki ich bytu są ciężkie nietylko w okresie kryzysu gospodarczego, lecz stale. Przygotowanie do życia mają słabe, wielu nie posiada wykształcenia elementarnego. Są wyzyskiwani nie tylko przez chlebodawców, lecz i przewódców rozmaitych stronnictw. Wytworzony przez to zamęt w umysłach tych prostaczków wytrąca ich z równowagi i popycha nieraz do działań niezgodnych z kodeksem. Robotnicy żenią się późno, bo do 40 r. ż. jest żonatych polaków zaledwo 47,2 a żydów 51,2%. Pomimo to spotyka się u mężczyzn stosunkowo niewiele gruźlicy: u polaków 4%, u żydów 3%, natomiast u kobiet jest jej 11,4% i 7,1%. We wszystkich innych grupach przewaga gruźlików jest u żydów, tylko tu u polaków. Czyżby to znaczyło, że żydzi, jako miejscowi, są w korzystniejszych warunkach co do znalezienia pracy i otrzymania lepszej zapłaty, niż napływowi polacy? Położenie kobiet z tej klasy jest istotnie ciężkie: bardzo wiele z nich musi pracować dodatkowo, jako praczki, posługaczki, robotnice, chałupniczki, nieraz utrzymywać całą rodzinę. Zapewne to przyczynia się do słabego zadowolenia płciowego, bo zaledwo w 26,7% u polek i w 16,6% u żydówek. Jest to jaskrawe przeciwieństwo z grupą VIII, gdzie te odsetki wynoszą 45,7 i 27,9, a to wskazuje, że zadowolenie płciowe uzależnione w dużej mierze od przynajmniej względnego dobrobytu. Odsetek odczuwań dodatnich powiększył się u żon robotników parokrotnie w porównaniu z liczbami, które otrzymałem przed 25 laty. Jest to sprawdzian, że warunki bytu poprawiły się. Po dobrych zarobkach, jakie robotnik i rolnik mieli po wojnie nastąpiło załamanie się za rządów Chjeno-Piasta i stan ten pogarsza się z roku na rok. Zlikwidowano przyobiecaną reformę rolną, przeobrażono ją na dobrowolną parcelację na koszt Państwa. Tu należy szukać przyczyny tego załamania gospodarczego, którego niemożna wiązać bezpośrednio z ogólnoświatowym kryzysem.

Grupa II, rzemieślnicy, jest w znacznej mierze pochodzenia miejscowego, ma swe dawne tradycje, przekazuje warsztaty dziedzicznie. Ale w materjale Kasy spotyka się przdewszystkiem pracowników przy obcych warsztatach. To też charakterystyka tej grupy, przygotowującej się zawodowo, nie może być jednoznaczna z charakterystyką samodzielnych rzemieślników. Wspólną niedolą tych pracowników jest to, że pracują w kurzu w złych warunkach zdrowotnych: szewcy, krawcy, stolarze, ślusarze, piekarze i t. p. narażeni są na poważne choroby. Spotykamy u nich gruźlików, u polaków 2,6%, a u żydów 15,4%. U kobiet, które zajmują się samodzielnie szyciem i u żon rzemieślników mamy gruźliczych polek 4,3% i żydówek 14,6%. Wobec złych warunków pracy i mieszkaniowych są te odsetki stosunkowo niezbyt wysokie. Rzemieślnicy żenią się stosunkowo dość wcześnie: pomiędzy 20 a 29 r. ż., żonatych jest 50,6%, od 30 — 34 r. ż. 31 : 38 — 81,5%, od 35 — 39 r. ż. 29 : 32 — — 90,6%. Swoją drogą liczba chorób wenerycznych jest u mężczyzn spora. Gorsze stosunki wykazują żydzi, bo żonatych od 20 do 29 r. ż. jest 34,8%, chorób nerwowych jest dużo, a u kobiet występuje najniższy odsetek zadowolenia płciowego. Pod wielu względami rzemieślnicy stoją blisko robotników, zwłaszcza bezrobocie odbiło się tak na ich pracy, że wielu wykwalifikowanych wzięło się do wyrobku. W tych warunkach wyjątkowych niepodobna stworzyć sobie dokładnego pojęcia o tej grupie.

W zestawieniu powyższem uwydatnił się wyraźny związek pomiędzy zamożnością a stanem zdrowotnym ludności Warszawy, ale bynajmniej nie zaznaczyło się, aby ten stosunek był wprost proporcjonalny. Widzieliśmy, że klasy uprzywilejowane materjalnie i zawodowo wykazywały małą odporność na braki i trudności bytu, co zaznaczyło się wyraźnie w nadużywaniu używek i w zachorowalności na rozmaite choroby. Z zadowoleniem stwierdzam, że to, co przedstawiłem w pracy: Wstęp do higjeny proletarjatu (Berlin 1907 r.) znajduje potwierdzenie liczbowe. Zarówno klasy uprzywilejowane materjalnie, jak i pozbawione minimum egzystencji, nie wytrzymują walki o byt i załamują się, w dodatku zamożni prędzej i bardziej, niż ubodzy. Najodporniejsi i najzdrowsi są ludzie średnio zamożni, zdobywający chleb w pocie czoła. Te żywioły tworzą wcześnie związki rodzinne, dające im podział pracy pomiędzy dwie osoby i oparcie w trudnościach życiowych.

Nie samym chlebem stwarza się człowieka. Trzeba mu dać karm duchowy, oświatę, kulturę, bo bez nich stoi on na poziomie barbarzyńcy, który ginął gromadnie od zarazy, wojny, ognia, wody. Człowiek kulturalny przestał przeklinać i zaklinać, lecz zapragnął poznać przyczyny rzeczywiste swych plag. I poznał wiele z nich, i nauczył się walczyć z niemi. Ale pogmin i ciemnota stoją jeszcze wciąż na poziomie ludzi pierwotnych i nie umeją zapobiegać chorobie i zwyrodnieniu. Oświata robi szybkie postępy, więc miejmy nadzieję, że przyszły badacz naszych stosunków zdrowotnych znajdzie już inne dane. Dlatego też nie charakteryzuję stanu obecnego, jako opłakany, lub zły, ale podnoszą przedewszystkiem to, co stanowi dla nas największą otuchę: znaczna część ludności polskiej Warszawy wykazała wielką odporność. Postęp ku lepszemu stwierdzamy w życiu Warszawy w ciągu ostatniego pół wieku, zwłaszcza po odzyskaniu niezależności politycznej. Są wszelkie dane, że ten prąd naprawy będzie trwały.



L I S T D O R E D A K C J I

P. T.

Uprzejmie proszę o łaskawe zamieszczenie kilku słów w związku z rozważaniami WP. Doktorów *Grossfelda* — Jaworzyn i *Zalcmana* — Warszawa. („Wiedza Lekarska", Maj, Rok VI. Zeszyt 5).

Wszystkie momenty różniczkowej diagnostyki podane przez wyżej wzmiankowanych Panów Doktorów, były w swoim czasie brane pod uwagę. Okazało się jednak, że ma się do czynienia z prawdziwą cukrzycą. Odsetek wydzielającego się cukru, ustalony przeze mnie w dobowej ilości moczu okazał się o wiele wyższy niż podany w artykule na podstawie przyniesionej mi analizy (jednorazowy mocz?!).

W końcu chciałbym jeszcze zaznaczyć, że ładne na pierwszy rzut oka uzależnienie Pana Dra *Zalmana* cukromoczu w moim przypadku od istnienia nadnerczaka drogą nadmiernej produkcji adrenaliny jest w istocie rzeczy bardzo błędne. Otóż nie mówiąc zupełnie o tem, że teorja *Grawitz'a* o nadnerczakach ostatniemi czasy przez badania najnowsze została zachwiana *(Stöckel, Ipsen)*, przypomnę tylko, że nadnerczaki zbudowane są z elementów korowych nadnercza, które nic wspólnego z wydzielaniem adrenaliny nie mają. Nie wdając się w opisywanie anatomji patologicznej oraz kliniki nadnerczaków zaznaczę tylko, że przy hypernephromach nierzadko można zauważyć lekkie objawy choroby *Addisona*.

Łącząc wyrazy głębokiego poważania pozostaję b. wdzięczny zgóry.

Dr. med. S. Sejneński.
Suwałki.

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.

Gośćciec wielostawowy u dorosłych i jego leczenie organicznemi solami złota.*)

podał

JACQUES FORESTIER.

Po raz pierwszy wskazaliśmy w marcu 1929[1]) w tow. Lek. Szpitali Paryskich na wartość leczniczą organicznych soli złota w wielostawowym zniekształcającym gośćcu przewlekłym.

Od tej chwili w dalszym ciągu prowadziliśmy nasze spostrzeżenia kliniczne i badania laboratoryjne nad działaniem biologicznem tego leku.

W przeciwieństwie do ogólnie przyjętego zdania, uważamy, że wielostawowy gośćciec zniekształcający (rhumatismes noueux de Trousseau) który raczej należałoby nazwać polyarthritis progressiva, nie jest naogół skutkiem skazy czy zaburzeń zespołu odżywczo-nerwowego. Zaburzenia zespołu wegetatywnego, które się obserwuje w tych przypadkach, nie są przyczyną decydującą, lecz tylko mechanizmem patogenicznym. Rzeczywistą przyczyną jest naszem zdaniem zakażenie rozwijające się powoli, wywołane prawdopodobnie specjalnym szczepem streptokoka.[2])

Dlatego też termin, gośćciec infekcyjny, powinien być stosowany w większości przypadków klinicznych o mnogiej lokalizacji i rozwoju nieograniczonym, będącym ostatecznie źródłem wielkiego kalectwa zwanego gośćcem zniekształcającym. W 10% przypadków udaje się odnaleźć w wywiadach wpływ określonego zarazka: gonokoka, prątka Kocha, a nawet krętka etc., w 90% przypadków przyczyna wywołująca może być zupełnie utajona lub też pochodzić z nieznacznego ogniska infekcji,, które pozostało niezauważone.

Nie ulega wątpliwości, że te zaburzenia stawowe wymagają dla swego rozwoju specjalnego podłoża, że brak równowagi w wewnętrznem wydzielaniu i allergja mają prawdopodobnie znaczenie, co jednak niema nic wspólnego z atretyzmem naszych ojców lub też z nadmierną obecnością kwasu moczowego we krwi.

Świadomość ta rzuca jaskrawe światło na opłakane wyniki i ciągłe niepowodzenia wszelkiej djety ograniczającej w leczeniu tych spraw, przyczem jedynym rezultatem takiego leczenia jest zmniejszenie wrodzonej odporności takich chorych.

Odwrotnie, przeświadczenie o mikrobowem pochodzeniu gośćca każe stosować djetę pożywną i metody leczenia, które się okazały skuteczne we wszystkich chorobach infekcyjnych. Szkoła angielska pod wpływem prac *Rosenowa* o infekcji ogniskowej, zastosowała w szerokim zakresie leczenie szczepionkami, szczególnie autoszczepionkę w przypadkach cierpień wielostawowych (rheumatoid arthritis). Metody te dały początek ogromnej literaturze *(A. Wright, W. Willcox, R. Burbank* etc.) ale pomimo niedającego się zaprzeczyć powodzenia, było dość dużo przypadków niepomyślnych, co wywołało pewien pesymizm, nawet w kraju, w którym to leczenie zostało zapoczątkowane.

Stąd powstały próby stosowania chemoterapji głównie preparatami jodowemi we Francji *(Tiroloix* i jego uczniowie) i w Ameryce *(Young i Youmans)*.

---

*) Presse Médicale Nr. 40, 20 maj 1931.

[1]) J. Forestier: leczenie złotem w gośćcu chronicznym. Bull. et Mém. de la Sté. Médicale des Hôp. de Paris 1929, Nr. 8, str. 323 do 327. Leczenie gośćca chronicznego solami złota. Bull. et Mem. de la Ste. Med. des Hôp. de Paris 1930, Nr. 6.

[2]) Od chwili zredagowania tej pracy mieliśmy możność przerobienia u 74 chorych próby opadania krwinek metodą Westergrena. Była ona stale podwyższona (z 20 mm. do 100 mm. i więcej w czasie godziny). Te fakty, które potwierdzają prace szwedzkie (Westergren, Kahlmetter, etc.), są dodatkowym argumentem wielkiego znaczenia na korzyść zakaźnego pochodzenia gośćca wielostawowego.

Działanie leczenia kąpielowego w Aix-les-Bains na opadanie krwinek. Annales de la Soc. d'Hydrologie, Nr. 5, 1930/31.

Pewne analogje w rozwoju wielostawowych spraw zapalnych z bacillozą, jak wpływ na stan ogólny, anemja, gorączka etc. naprowadziły nas przed trzema laty na myśl zastosowania chryzoterapji, która dała dobre wyniki w gruźlicy i która z pewnością nie stanowi leczenia swoistego przeciwgruźliczego. Prace *Feldta,* który wykazał aktywność preparatów złota (sanochryzyna, solganal) w doświadczalnych sprawach streptokowych u zwierząt, potwierdziły nasze poprzednie hypotezy [3]).

Wybór przypadków.

Rozpoczęliśmy nasze kliniczne spostrzeżenia u osobników dotkniętych gośćcem wielostawowym postępującym, stawiając więc sobie odrazu do rozwiązania jedno z najtrudniejszych zagadnień terapeutycznych ponieważ gośćciec rozpoczynając się w wieku średnim t. j. od lat 30 do 50. (Tab. I), w swym ciężkim przebiegu doprowadza wreszcie do zupełnego prawie kalectwa, przybierając postać zwaną przez *Charcot* gośćcem zniekształcającym. Nasza statystyka jest oparta na 48 przyp., spostrzeganych najdłużej przez 30 miesięcy i najkrócej przez 16 miesięcy. Większa częstość schorzenia u kobiet jest potwierdzona naszą statystyką, obejmującą 38 kobiet i 10 mężczyzn.

Tablica I.

Wiek, w którym pojawiły się schorzenia stawów (48 przyp.).

Wiek	Ponad 30 lat	Od 30 do 40 lat	Od 40 do 50 lat	Ponad 50 lat
Liczba przyp.	9	17	12	10
%	19 %	36 %	25 %	21 %

Wiek naszych pacjentów na początku naszego leczenia wahał się od 26 do 70 lat, z nich 20 chorych było w wieku od 30 — 50, 15 chorych od 50 — 60. Początek choroby bywa nagły lub też podstępny. W pierwszym przypadku (25 obserwacji) początek może być bezgorączkowy lub też częściej rozpoczyna się gorączką i często bywa niesłusznie ujmowany jako ostry gościec stawowy, podczas gdy już sama przez się sprawa jest tu skutkiem infekcji określonej ogólnej lub miejscowej (angina, zapalenie zatok, gorączka połogowa etc.). W drugim przypadku (23 obserwacje) zjawiają się stopniowo w niewielkiej ilości stawów, z początku w stawach międzypalcowych proksymalnych, następnie w innych stawach, bolesne obrzmienia, upośledzając ruchy. Szczególnie są dotknięte kończyny, kolana, czasami ramiona, stawy mostkowo-obojczykowe, skroniowo-szczękowe, gdy tymczasem stawy biodrowe w 60% przypadków pozostają nie zaatakowane, a zajęcie kręgosłupa trafia się raz na dwa przypadki. Zmiany występują zazwyczaj symetrycznie. U osób starych gośćciec wielostawowy może przybrać postać zamaskowaną, trudną do rozpoznania.

Sprawa postępuje stopniowo, niekiedy napadowo, często zjawia się zaostrzenie w okresie menopauzy, najczęściej towarzyszy mu gorączka stała lub okresowa. Dobrze jest uprzedzić takiego pacjenta, że mierzenie zwykłe może być zwodnicze i polecić mierzenie temperatury w odbytnicy: w ten sposób często udaje się stwierjej podniesienie, przekraczające nawet 1°. U 35 moich pacjentów krzywa temperatury była mniej lub więcej nierówna: rano 36,8°, 37,2°, wieczorem37,6° 38° i więcej 13 chorych miało ciepłotę normalną. Ból w stawach i mięśniach zmienia się z dnia na dzień, jest zazwyczaj silniejszy zrana. Z punktu widzenia anatomji patologicznej chodzi z początku o schorzenie torebki stawowej, która grubieje, zaczyna bujać zasługując na nazwę arthritis proliferativa daną w 1908 przez *Nicholsa* i *Richardsona* [4]). Niema tendencji do zesztywnienia stawów, ale raczej do dyslokacji ze zniszczeniem więzadeł i ze znacznym następowym zanikiem mięśni, doprowadzającym do złego ustawienia: skrzywienia i nadwichnięcia stawów. Tabl. II pokazuje, że 60% przyp. trwały ponad 2 lata, co dowodzi, że o wiele częściej mamy do czynienia z postaciami zastarzałemi niż podostremi.

[3]) A. Lumiere i I. Perrin: O nowej pochodnej organometalicznej złota. C. R. de l'Academie de Sciences. t. CLXXXIV, styczeń 1927, s. 289.

[4]) E. Nichols i F. Richardson: Gośćciec zniekształcający. J. of Med. Research. t. XXI, Nr. 2, wrzesień 1909 (nowa serja t. XVI).

Tablica II.

Czas trwania gośćca przed rozpoczęciem chryzoterapji (48 przyp.).

Czas trwania	Ponad 2 lata	Od 2 do 5	Ponad 5 lat
Liczba przypadk.	19	14	15
%	39,9%	21,1%	31%

Przeprowadziliśmy próby biologiczne u naszych chorych, jak określenie ilości hemoglobiny, ilości krwinek i leukocytów, ilości mocznika i kwasu moczowego oraz cholesteryny i w 13 przyp. odczyn Wa., skontrolowany odczynem Hechta i Meinickego, z wynikiem ujemnym [5]).

Badania te uwidocznione są w tab. III.

Tablica III.

Badania hematologiczne przed leczeniem. (46 przyp.).

Ilość ciałek czerwonych w miljonach w mm^3.

Ciałka czerwone	Od 3 do 4	Od 4 do 5	Ponad 5
Liczba przyp.	18	28	0
%	39%	61%	0%

Ciałka białe w tysiącach w $mm.^3$

Ciałka białe	Od 5 do 10	Od 10 do 15	Ponad 15
Liczba przyp.	7	17	22
%	15 %	37 %	48 %

Należy zauważyć, że jeśli stwierdza się zmniejszoną liczbę czerwonych ciałek w większości przypadków gośćca, to wzrost białych ciałek jest bardziej zaakcentowany niż w statystykach szwedzkich, *G. Kahlmettera* [6]). Owa hyperleukocytoza wahająca się od 9000 — 23000 jest dla nas stałą cechą choroby. Chemizm krwi badany u 24 pacjentów był prawie zawsze normalny: przeciętna ilość mocznika 0,4, max. 0,54, min. 0,28; kwasu moczowego średnio 0,043, max. 0,072, min. 0,032, cholesteryny średnio 1,80, max. 2,40, min. 1.57.

Z powyższego wypływa, że odpowiednie do leczenia chryzoterapją przypadki są to sprawy zapalne stawów z przeważnem zajęciem torebki maziowej, hyperleukocytozą, z przyśpieszonem opadaniem krwinek, przebiegające często podgorączkowo. Odwrotnie sprawy degeneracyjne (morbus. coxae senilis, lipoarthritis kolan etc.) nie ustępują pod wpływem tego leczenia.

Sposób leczenia.

Używaliśmy sól organiczną aurotiopropanol siarczanu sodu — związek otrzymamany przez A. Lumière znany pod nazwą Allochryzyny. Odpowiada wzorowi:

$$\begin{matrix} CH^2\ SAu \\ CHOH \\ CH^2\ SO^3\ Na \end{matrix} + \begin{matrix} CH^2\ SH \\ CHOH \\ CH^2\ SO^3\ Na \end{matrix}$$

Zwracamy uwagę, że w przeciwieństwie do tiosiarczanów (sanochryzyna), mamy tutaj bezpośredni związek złota z siarką, której druga wartościowość jest nasycona rodnikiem organicznym, gdy tymczasem w sanochryzynie siarka jest połączona z cząsteczką mineralną.

Allochryzyna jest solą krystaliczną, barwy białawej, rozpuszczalna i może być wstrzykiwana domięśniowo bez bólu. Jest dostarczana w dawkach po 0,05, 0,1 i 0,2 gr. w roztworze skoncentrowanym w ampułkach â 2 ccm., które należy zmieszać z 8 ccm. specjalnego roztworu, znajdującego się w tem samem pudełku, aby otrzymać roztwór izotoniczny. Toksyczność tego związku jest b. słaba, granica jej leży powyżej 0,1 gr. kg. wagi świnki morskiej.

Domięśniowy sposób stosowania był dla nas specjalnie zachęcający w leczeniu przypadków przewlekłych, w których injekcje muszą trwać długo, pozwala on bowiem na przeprowadzenie leczenia nawet w nieobecności specjalisty do wstrzykiwań dożylnych. W początkach naszych doświadczeń w 1928 stosowaliśmy dość wysokie dawki po 0,25 gr. co tydzień, a nawet co 5 dni, co odpowiada tak przez nas nazwanej codziennej dawce czynnej 0,05 gr., ponieważ jednak mieliśmy pewne objawy

[5]) Większość badań hematologicznych, chemicznych, serologicznych i bakterjologicznych przytoczonych w tej pracy pochodzą od M. F. Gernay, Dyr. Laboratorjum Lord Revelstoke w Aix-les-Bains i były wykonane w wymienionym laboratorjum.

[6]) G. Kahlmetter: O anemji w gośćcu ostrym i chronicznym. Acta Medica Scandinavica, sup. III, 1922.
Tablica leukocytarna krwi w gośćcu ostrym i chronicznym. C. R. XV Kongres Medycyny Północnej.

toksyczne mniej lub więcej silne u 40% naszych chorych, podajemy obecnie 0,1 gr. co tydzień a nawet 0,05 gr. w przypadkach zastarzałych lub u osobników słabszych. Zmniejszenie dawki przedłuża tylko leczenie, ale nie wpływa na jego wynik. W ten sposób pacjenci nasi otrzymali: podczas pierwszej serji injekcji tygodniowych w czasie 2—3 miesięcy ogółem 1,5 do 2,5 gr. Gdy zachodziła potrzeba, po 6—8 tygodniach przerwy wznawialiśmy kurację podobnie jak to czynimy stosując arsenobenzole.

Wyniki.

Zanim przejdziemy do omówienia wyników leczenia, musimy zaznaczyć, że było ono stosowane u osobników, którzy wypróbowali z wynikiem małym lub żadnym większość klasycznych leków stosowanych w gośćcu wielostawowym, a więc preparaty salicylowe, jodowe, siarkowe, pochodne radu, rozmaite szczepionki, przyrodolecznictwo, rozmaite leczenie zdrojowe. Zauważymy jeszcze, że w wspomnianych cierpieniach stawowych mamy okresy chwilowego spokoju między nagłemi wybuchami choroby i dopiero po dłuższej obserwacji, trwającej przynajmiej 8—10 miesięcy, można wyprowadzić wnioski o skuteczności danej metody leczniczej, co właśnie uczyniliśmy.

Wyniki kliniczne.

Stan ogólny u większości naszych chorych był niezbyt dobry od kilku lat. Byli wychudzeni, bladzi z charakterystycznym odcieniem cery koloru „kawy mlecznej", której to barwie autorzy anglo-sascy nadają tyle znaczenia. W dwa lub trzy miesiące po rozpoczęciu kuracji stan ogólny poprawiał się, chorzy nabierali siły i tracili charakterystyczny odcień cery.

Stawy u naszych chorych wykazywały obrzmienie o typie obrzmienia nieco ciastowatego, czasami zgrubienia nieustępliwe, charakterystyczne dla zgrubiałych torebek maziowych. Objawy te najłatwiej można spostrzedz na stawach międzypalcowych, łokciowych, kolanowych.

Po 2—3 miesięcach leczenia obrzęk znika, staw przybiera wygląd normalny przynajmiej u tych chorych, u których zmiany kostno-chrząstkowe jeszcze nie nastąpiły.

Zdolność ruchów poprawia się jeszcze prędzej. Ból podczas uruchomienia czynnego i biernego, zwykle b. żywy w stawach, w których odbywa się proces czynny, zmniejsza się zazwyczaj po pierwszym miesiącu leczenia. Rozpiętość ruchów dotkniętych stawów wzrasta w miarę znikania obrzmienia i bólu. W przypadkach, w których chodzi o palce dłoni, najlepszym dowodem poprawy jest możność zaciśnięcia dłoni, w większości przypadków po 3 do 4 miesiącach poprawa zazwyczaj jest tak duża, że możność zwinięcia pięści jest prawie normalna i ruchy wcale nie sprawiają bólu.

Dobry sposób oceny stanu chorych stanowi kontrola ilości środków przeciwbólowych, nieodzownych do uczynienia życia wogóle znośnem. Przed leczeniem większość chorych była zmuszona przyjmować dziennie 2—4 gr. i więcej preparatu salicylowego (aspiryna i t. p.), gdyż w przeciwnym razie sztywność i ból czynią niemożliwym wszelką czynność. W okresie czasu od 3 tygodni do 3miesięcy znaczna ilość naszych chorych zmniejszyła tę ilość do dwu proszków á 0,5 gr. dziennie, po 3—4 miesiącach przyjmowali tylko 1 lub dwa proszki tygodniowo. Z chwilą, gdy użycie środków znieczulających, choćby tylko przerywane, staje się zbędne, można uważać, że wyleczenie kliniczne jest bliskie.

Jednoczesna poprawa snu objaśnia się tem, że słabe, nieświadome ruchy, wykonywane przez chorych podczas snu, wywołują, w okresie czynnym ból o tyle silny, że chorzy budzą się 8—10 razy w nocy. U osobników gorączkujących, u których temperatura podwyższona wskazuje na infekcję osłabioną, ale przewlekłą, obserwacje krzywej ciepłoty najlepiej dowodzą skuteczności terapji zapomocą złota, które wolno ale stopniowo sprowadza temperaturę 37,8 lub 38 do normalnej w okresie czasu od 30 — 60 dni.

Wahania w wadze wydają się nam bez znaczenia: schudnięcie chorego otyłego wskutek bezczynności, idące równolegle do powrotu jego aktywności fizycznej nie jest złą oznaką.

Kontrola laboratoryjna.
Badanie krwi.

Auroterapja ma nieznaczny wpływ na czerwone ciałka krwi (tabl. 4).

Tablica IV.

Badanie morfologiczne krwi przed i po leczeniu (19 przyp.).

Ilość czerwonych ciałek w miljonach w mm.³

Czerwone ciałka	Od 3 do 4	Od 4 do 5	Powyżej 5
Liczba przypadk.			
przed.	5	14	0
po	4	15	0

Ciałka białe w tysiącach w mm.³

Ciałka białe	Od 5 do 10	Od 10 do 15	powyżej 15
Liczba przyp.			
przed	1	6	12
po	6	11	2

Leukocytoza nie ulega zmianie u osobników, u których była normalna. U tych, u których dochodziła do 15000, następował zawsze spadek w przeciągu 2 — 3 miesięcy za wyjątkiem dwóch przypadków, w których zresztą wynik kliniczny był również pomyślny (tabl. IV). W dwu innych przypadkach spostrzeżono jako wynik pierwszej serji injekcji znaczną poprawę kliniczną i zmniejszenie leukocytozy, ale ponieważ chorzy dłuższy czas nie leczyli się, po pewnym czasie znów nastąpił nawrót choroby z nowym wybuchem leukocytozy, świadczącej o czynnym stanie sprawy.

W sprawie wzoru leukocytarnego nie mamy określonych danych (tabl. IV). Był on różny u różnych chorych przed leczeniem, czasami normalny, czasami z przewagą form wielojądrzastych lub jednojądrzastych, co się objaśnia tem, że obserwacje nasze były robione w różnych momentach rozwoju samej choroby, zresztą leczenie miało mały wpływ na sam wzór i wpływało tylko na ogólne zmniejszenie się leukocytozy [7]).

[7]) Nasze niedawne badania opadania krwinek pozwoliło nam zauważyć fakt interesujący: między naszemi choremi jedynie 8 przyp. wykazało cyfry normalne; chorzy ci byli leczeni od roku lub dłużej Allochryzyną.

PERSODINE
Lumière
SWOISTE LECZENIE
BRAKU ŁAKNIENIA
NADSIARCZANAMI.
DZIAŁA OGÓLNIE **DROGĄ KRWIOBIEGU** ZAPOMOCĄ **TLENU:**
$\boxed{M_2}S_2O_8 + H_2O = \boxed{M_2}SO_4 + H_2SO_4 + O$
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.

Tablica V.

Badanie krwi przed leczeniem (46 przyp.).

% leukocytów ziarnistych na 100 ciałek białych.

%	Poniżej 60 %	Od 60 % do 70 %	Powyżej 70 %
Liczba przyp.	12	15	19

Badanie chemizmu krwi dały te same wyniki przed kuracją jak i po jej zakończeniu, co wskazuje na to, że, sądząc z ilości mocznika, złoto w dawkach terapeutycznych nie jest szkodliwe dla nerek, a zmiany w ilości kwasu moczowego i cholesteryny są minimalne. Fakt ten potwierdza, że zaburzenia w przemianie materji nie mają żadnego znaczenia w mechanizmie powstawania gośćca wielostawowego.

Ocena wyników.

Rozpatrując wyniki leczenia po blisko 3 latach, należy je określić jako nadzwyczaj zadowalające, w sensie procentowej ilości przypadków o wybitnej poprawie (tabl. VI). Można nawet w kilku przypad-

kach mówić o zupełnem wyleczeniu, jednak przezorność wymaga od nas jeszcze 1 — 2 lat dodatkowych dla stwierdzenia, że wyleczenie zostało rzeczywiście otrzymane.

Tablica VI.

Wyniki leczenia złotem.

Dawka ogólna	poniżej 1 gr.	od 1 do 2 gr.	od 2 do 3 gr.	od 3 do 4 gr	powyżej 4 gr.	razem	leczenie niedostateczne
wyniki żadne					1	1	4
wyniki średnie	3	4	1	—	2	10	—
wyniki dobre	1	6	4	—	5	16	—
wyniki b. dobre	2	4	3	4	4	17	—
razem . .	6	14	8	4	12	44	4

Bardzo dobre wyniki otrzymano w 17 przyp., w których nastąpiło zupełne zniknięcie obrzmień stawowych i bardzo dobry stan ogólny.

Oczywiście spodziewać się restitutio ad integrum możemy tylko w przypadkach względnie świeżych (trwających od 2 — 3 lat). W przypadkach starszych (trwających od 6 — 15 lat), w których otrzymano zupełne zahamowanie sprawy czynnej, pozostaje jednak niedające się naprawić obniżenie czynności stawowych naskutek zmian anatomicznych: przykurczu ścięgien, zesztywnień włóknistych lub kostnych, nadwichnięć i zaniku mięśni.

Dobre wyniki (16 przyp.) są to te, w których wbrew znacznej poprawie klinicznej pozostała lekka skłonność do odnawiania się sprawy w jednym lub dwu stawach. Jest możliwe, że pewna liczba tych przypadków będzie mogła być zaliczona do kategorji poprzedniej po dalszem stosowaniu leczenia.

Ogółem 33 przyp. na 48, czyli 68% stanowią niepodlegający dyskusji dowód skuteczności tej metody leczniczej.

Wyniki mierne (10p.) są to te, w których poprawa stwierdzona w pierwszych miesiącach leczenia nie posunęła się naprzód, a nawet w trzech przypadkach nastąpiło lekkie powtórzenie objawów chorobowych, pomimo systematycznego leczenia. Czy jest to odporność na złoto? Możliwe, ale nasze doświadczenie jest zbyt jeszcze ograniczone, abyśmy mogli mieć zdecydowany pogląd na tę sprawę. Brak wyników leczenia (5 przyp.) odnosi się do dwóch chorych, którzy przeszli leczenie niedostateczne z powodu przyczyn niemających nic wspólnego z medycyną, i dlatego też nie mogą być właściwie umieszczeni w rubryce wyników negatywnych. W trzech pozostałych przypadkach leczenie było przerwane wskutek nietolerancji, co się spostrzega bardzo rzadko od chwili zmniejszenia zbyt silnych dawek stosowanych na początku.

Jeden tylko przypadek jest właściwie ujemny, mianowicie chora lat 50-ciu, u której zjawiła się reakcja ogniskowa, (wzmożenie bólu w stawach) a następnie rumień po zastosowaniu dawki minimalnej (0,3 gr.) w przeciągu trzech tygodni.

Objawy uboczne.

Były one oczywiście znacznie częstsze i silniejsze na początku naszych doświadczeń, gdy stosowaliśmy dawki zbyt silne przy zbyt małym odstępie między poszczególnemi injekcjami. Rozróżniamy objawy natychmiastowe i późne.

Objawy natychmiastowe możemy podzielić na odczyny miejscowe, ogniskowe i ogólne. Odczyny ogniskowe były rzadkie i objawiały się zwiększeniem bólu w stawach. Czy były to rzeczywiście reakcje ogniskowe? Można wątpić, gdyż u chorych gruźliczych niemających żadnych zaburzeń stawowych, zjawiają się czasami pod wpływem terapji złotem typowe bóle stawowe *(Mollard)* [8]; pozatem nie zauważyliśmy nigdy podczas leczenia wzmożenia sprawy chorobowej, a zwłaszcza nowego wybuchu w jednym lub kilku stawach.

Reakcje ogólne. Są one bardzo rzadkie ze względu na domięśniowy sposób stosowania. Podczas pierwszych 6 godzin po injekcji daje się zauważyć podniesienie temperatury wynoszące najwyżej 0,2° — 0,3°, ale nawet u osobników, którzy dla przyczyn nam nieznanych gorączkowali dość wysoko 39° — 40°, injekcje następne nie wywołują żadnej reakcji, o ile robione są w dostatecznie dużych odstępach czasu i w słabej dawce.

[8]) H. Mollard: Sole złota w leczeniu gruźlicy płucnej. Teza Lyon, 1929.

Tylko odczyny termiczne powtarzające się przy każdej injekcji, muszą być uważane za objaw nietolerancji. Należy wtedy przerwać leczenie na miesiąc lub dwa i rozpocząć znów małemi dawkami w większych odstępach czasu. Mieliśmy 4 przyp. przelotnej swędzącej wysypki podobnej do odry lub szkarlatyny o charakterze anafilaktycznym, która się zjawiła po 2 i 3 injekcji, jednak nie przeszkodziła w dalszem stosowaniu leczenia.

Objawy uboczne późne występują na skórze i na błonach śluzowych [9]), przedewszystkiem na dziąsłach i na wargach. Poprzedzone są zwiastunem w postaci smaku metalicznego, co wymaga baczniejszej obserwacji ale nie przerywania leczenia. Mogą one przybrać postać nadżerek najczęściej na wargach, które goją się w czasie około trzech tygodni, ale mogą także, jeśli leczenie nie zostało przerwane, rozwinąć się w nadżerki bardziej rozległe głębokie, krwawiące, pokrywające się żółtemi strupami, bardzo bolesne i przeszkadzające w odżywianiu przez jeden lub dwa miesiące.

Objawy skórne zjawiają się w postaci erytrodermii późnych po kilku serjach leczenia i są skutkiem stopniowej akumulacji leku. Są zazwyczaj podobne do odry lub szkarlatyny, zjawiają się na powierzchniach odkrytych, także na twarzy, i łuszczą się w przeciągu kilku tygodni. Jest to typowy objaw zatrucia, który obserwowaliśmy po zbyt dużych dawkach 0,04 — 0,05 gr. dziennie. W jednym tylko przypadku objawy te miały charakter poważny i przewlekły (erytrodermia z następową egzematyzacją, przewlekłe zapalenia jamy ustnej, zapalenie spojówki z nadżerką na rogówce). W przypadku tym zastosowano 7 injekcji à 0,25 gr. pomimo reakcji gorączkowej do 40° po każdem wstrzyknięciu i objawów toksycznych.

Z innych objawów skórnych zauważyliśmy nagły wybuch czyraczności i w jednym przypadku drobne ropnie śródskórne w następstwie dość silnego rumienia złuszczającego. W dwóch przypadkach nastąpiła reakcja ze strony gruczołów szyjnych i pachowych, której przyczyny nie możemy wyjaśnić. Nigdy jednak nie zauważyliśmy białkomoczu, chociaż na zasadzie wywiadów mogliśmy podejrzewać upośledzenie czynności nerek. W jednym przypadku, w którym ilość białka moczu przed leczeniem była 0,1 gr. w litrze, podniosła się po pierwszej serji do 0,4 gr. bez innych zaburzeń.

Ogółem mieliśmy 11 przyp. lekkich objawów ubocznych i 5 przyp. objawów ubocznych ciężkich, które tylko w jednym przypadku zjawiły się po stosowaniu małych dawek.

Unikanie i leczenie objawów ubocznych.

Należy sobie przedewszystkiem uświadomić, że 1% objawów ubocznych zmniejszył się od chwili, gdy zaprzestaliśmy używać wysokich dawek w odstępach zbyt bliskich. Jeżeli lekarz lub pielęgniarka przed każdą następną injekcją postawi sobie za zasadę zapytać się chorego, czy ostatnia injekcja nie wywołała żadnych objawów ubocznych (podrażnienie jamy ustnej, rumień) uniknie się w ten sposób wszelkich poważniejszych zaburzeń. Jest rzeczą bardzo pożyteczną upewnić się o prawidłowej funkcji nerek przez uprzednie zbadanie moczu i w miarę potrzeby określenie ilości mocznika w krwi.

Uprzednie doprowadzenie do porządku jamy ustnej i usunięcie pieńków zmniejsza ilość komplikacji ustnych. Użycie zapobiegawcze arsenobenzolowej pasty do zębów (odarsol, sanogyl) jest również skuteczne. W zaburzeniach anafilaktycznych używaliśmy z dobrym wynikiem podsiarczynu magnezowego w dawce 0,6 gr. podskórnie lub doustnie.

Prowadzenie leczenia.

Wszelkie leczenie osobników gośćcowych należałoby zasadniczo rozpoczynać od wynalezienia i usunięcia drogą leczenia wewnętrznego czy też w sposób chirurgiczny, wszystkich ognisk infekcyjnych utajonych lub jawnych. Zazwyczaj klinika nie jest w możności je odnaleźć i trzeba się zwracać do pracowni i do radjologji, żeby wykryć zmiany migdałków, korzeni zębowych, zatok i jelit. Nie należy zaniedbywać tego etapu, chociaż w praktyce przedstawia on duże trudności.

Nieodzowne jest pewne przygotowanie moralne pacjenta do długiego leczenia, któ-

[9]) F. Leboeuf i Mollard: Wysypki po złocie na śluzówce i na skórze. Presse Med. Nr. 74, 13 września 1930.

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

rego wyniki nie będą natychmiast widoczne (w jednym przypadku wystąpiły dopiero po 6 miesiącach, zresztą bardzo dodatnie); z reguły poprawa występuje dopiero po dwu lub trzech miesiącach leczenia.

Dawki i przerwy między niemi, które radzimy stosować, są następujące: po wszystkich badaniach przedwstępnych dwie lub trzy injekcje à 0,05 gr. z tygodniową przerwą dla zbadania wrażliwości pacjenta. W razie braku zaburzeń i podniesienia temperatury, dajemy 0,1 gr. raz w tygodniu, ażeby dojść ogółem do 1,5 gr. — 2 gr. to jest 15 do 20 injekcji (jedna na tydzień). Jest to pierwsza serja „atakująca". Bez względu na wyniki zatrzymujemy się na ilości maksymalnej 2 gr. i rozpoczynamy ponownie leczenie po 6 tygodniach przerwy. Jest to dostateczny przeciąg czasu dla wydalenia soli złota, które mogły się nagromadzić. Druga serja — 1,5 gr. do 2 gr. w injekcjach tygodniowych à 0,1 gr. zostaje zastosowana w przypadkach sprawy czynnej; w przypadkach, w których pierwsza serja była bardzo skuteczna i w których sprawa czynna zajmuje jeszcze tylko niewielką ilość stawów, wystarczy tygodniowo 0,05 gr. (15 do 20 injekcji).

Zalecamy, nawet u osobników, napozór klinicznie wyleczonych, jeszcze leczenie w przeciągu 2 lat; mianowicie 3 injekcje na miesiąc à 0,05 przez 4 miesiące (12 inj. à 0,05 gr.), następnie 4 miesiące przerwy i znów 4 miesiące leczenia. Zgodnie z naszem obecnem doświadczeniem możemy twierdzić, że taki sposób leczenia zapobiega prawie napewno nawrotowi objawów stawowych.

Zmiana w naszych zapatrywaniach na sposób dawkowania jest podobna do zmiany poglądów lekarzy gruźlicy płuc, którzy obecnie wolą stosować małe dawki przez dłuższy czas. Naogół w chwili obecnej uważamy za wystarczającą w terapji złotem w sprawach gośćcowych dzienną dawkę 0,1 gr. co 5 dni dla osobników odpornych bez szczególnej wrażliwości na leczenie, i dawkę 0,05 gr. dla osobników starszych ze zmniejszoną odpornością ustroju.

Nie mamy jeszcze dostatecznych danych, aby twierdzić, czy chory, uważany za zupełnie wyleczonego, może po dwu latach zaprzestać wszelkiego leczenia, gdyż w tym wypadku, tak jak i w kile, brak objawów nie oznacza jeszcze wyleczenia ostatecznego i w braku odpowiedniego dowodu, jak odczyn Wassermanna, uważamy, że zwiększenie leukocytozy oraz ilości opadających krwinek, sprawdzone badaniem co pół roku lub co cztery miesiące, są dostatecznym argumentem dla dalszego leczenia.

Leczenie złotem przewlekłych spraw gośćcowych zawiera pewne trudności techniczne, ale zato nie jest leczeniem niebezpiecznem i wymaga tylko pilnej obserwacji chorego, szczególnie jego śluzówek. Nie pociąga ono za sobą więcej powikłań i nie wymaga więcej ostrożności niż leczenie

rtęcią lub bizmutem, czego dowodem niechaj posłużą nasi pacjenci zebrani ze wszystkich stron Francji, a nawet z zagranicy. Większość z nich była pod naszą bezpośrednią kontrolą tylko w pewnych okresach, przez pozostały czas pozostawała pod opieką naszych kolegów, lekarzy praktyków w miastach i wsiach, dla których chryzoterapja była nowością. Należy się też naszym kolegom duża wdzięczność z naszej strony za okazaną nam pomoc.

Co do sposobu działania allochryzyny w sprawach gośćcowych, nie należy przypuszczać, że działa ona przez wstrząs, jak złoto kolloidalne, gdyż nie zauważyliśmy prawie nigdy wstrząsu. Nie można też mówić o bezpośredniej akcji bakterjobójczej, co się również odnosi do prątka Kocha i uważamy, że najlepszym wytłomaczeniem w tej chwili jest działanie chemiczne złota i siarki, pobudzające siły obronne organizmu. Szczególnie w Allochryzynie, po za siarką w postaci podsiarczynu, istnieje cząsteczka SAu, która jest prawdopodobnie najbardziej czynnym elementem tego preparatu. Nasze doświadczenia zbliżają się do wyników *L. E. Walbuma* z Kopenhagi, który otrzymał wyleczenie przewlekłych zakażeń doświadczalnych, a nawet raka u myszy, przez wstrzykiwanie minimalnych dawek soli różnych metali (Metallsalztherapie [10]).

Miejmy nadzieje, że dalsze doświadczenia pozwolą nam szczegółowiej. wyjaśnić to zagadnienie.

[10]) L. E. Walbum: Metallsalztherapie, Zeitschrift f. Immunitätsforschung, tom LXI, Nr. 146, 1929, Zeitschrift f. Krebsforschung, tom XXXI, Nr. 1, 1930.

CRYOGENINE

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 (WĘKSZYCH) 2,0 — 3,0 *„pro die"*

w dnie, postrzale, nerwobólach, migrenie i t. p.

POSTACI:

Pulvis Cryogenine do receptury: proszków, czopków, pigułek, zawiesin i t. p.

comprim. { **Cryogenine** à 0,50 grm. / **Cryogenine** à 0,25 grm. *W rurce 10 tabletek*

cachets { **Cryogenine** à 0,50 grm. / **Cryogenine** à 0.25 grm. *W rurce 10 opłatków*

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji Warszawa, Tucholska 10. Tel. 11-30-33.
Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

		1/1 str.	1/2 str.	1/4 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.—

LIPIODOL

OLIWA JODOWA O ZAWARTOŚCI 40% JODU

LIPIODOL TERAPEUTYCZNY

40%
kapsułki i ampułki à 1, 2, 3 i 5 cc

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

10%, 20%, 40%
flakony alumin. i ampułki

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.

Skład główny: — L. NASIEROWSKI, — Warszawa, Kaliska 9.



ROK VI WARSZAWA 1932 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

Schorzenia stawowe u chorych na kiłę ze szczególnem uwzględnieniem rzadkich postaci guzków przystawowych

*(noduli juxtaarticulares *).*

podał
DR. B. OPPENHEIM.

W pracy niniejszej pragnęliśmy zwrócić uwagę na zespół objawów schorzeń stawowych, które występują bądź bezpośrednio pod wpływem kiły, bądź też są w bardziej luźnym, a raczej niezupełnie wyjaśnionym związku, z chorobą zasadniczą; mamy na myśli t. zw. w literaturze francuskiej nodosités juxtaarticulaines *Jeanselme'a*, o których, o ile wiemy, niema dotychczas spostrzeżeń klinicznych, a nawet wzmianek w piśmiennictwie polskiem.

Gdy chory zwraca się po poradę do lekarza-praktyka, nie specjalisty ze skargami na cierpienia wątroby czy tętnicy głównej, to myśl lekarza, nawet „nie nastawionego", na syfilis biegnie między innemi również i w tym kierunku. Inaczej częstokroć przedstawia się sprawa ze schorzeniami stawowemi. Wtedy zazwyczaj w grę wchodzą przy rozważaniu różniczkowem gościec stawowy, dna, rzeżączka, gruźlica i t. d. a znacznie rzadziej kiła. Dotyczy to oczywiście zwłaszcza tych przypadków, gdy dolegliwości stawowe są czynnikiem, który sprowadził chorego do lekarza. A jednak jeszcze *Fournier* w swych klasycznych wykładach o syfilisie przytacza szczegółowy podział schorzeń stawowych na tle kiły już w okresach drugorzędnych. *Fournier* rozróżnia 3 postacie:

1) Bolesność stawów bez wyraźnych zmian objektywnych (artralgie). Staw przy badaniu klinicznem wygląda zupełnie prawidłowo: niema ani obrzęku, zaczerwienienia

[1]) Wobec braku terminologji polskiej używaliśmy nazwy guzków przystawowych, będącej tłom. fran. nodosités juxtaarticulaires, jakkolwiek przymiotnik przystawowy być może nie należy do zbyt udatnych.

skóry, wogóle zniekształcenia jakiegokolwiek. Istotny i jedyny objaw, — to subjektywne uczucie bólu, bardzo często w sposób paradoksalny potęgującego się przy zachowaniu spokoju i ustępującego w czasie pracy, ruchu.

Spotykaliśmy się z pewną liczbą chorych tej kategorji, którzy opowiadali, że rano budzą się z bardzo nieprzyjemnemi sensacjami dolegliwości stawowych, że nie mogą wyprostować kończyn, które są jakby zdrętwiałe i że dopiero stopniowo w ciągu dnia ból ustępuje „rozchodzi się po kościach".

Sprawa nieraz nieuchwytna naskutek charakteru naracyjnego, zawsze ustępowała szybko i niezawodnie po leczeniu swoistem.

2) Druga postać *Fourniera* bardziej rzadka to o b r z ę k s t a w u n i e z n a c z n y (hydrarthrose) bez większego odczynu zarówno ogólnego, jak i miejscowego.

3) Trzecia wreszcie najrzadziej występująca według *Forniera* postać schorzenia stawów na tle kiły drugorzędnej, należy pod względem rozpoznawczym do dość trudnych przejawów syfilisu. Jest to bowiem niejako p o s t a ć g o ś ć c a r z e k o m e g o (Arthropaties secondaires pseudo-rhumatismales). Chory odczuwa ból w jednym z większych stawów (najczęściej kolanowym), niekiedy nawet w 2 lub 3 (nie więcej), stawach jednocześnie. Naskutek bolesności chory staw oszczędza, stara go się unieruchomić; staw jest przytem wyraźnie obrzękły, bez wybitnego jednak zniekształcenia. Stan ogólny chorego jest zazwyczaj dość dobry, niema żadnych zmian w sercu. Niekiedy tylko występuje podniesiona ciepłota ciała, w nielicznych wyjątkach temperatura jest wysoka. Zdawałoby się, że tego rodzaju sprawy nie powinny nastręczać większych, trudności rozpoznawczych, tembardziej, że w kile drugorzędnej zaatakowanie stawów będzie szło daleko częściej w parze z innymi objawami swoistymi niż w kile późnej, a zwłaszcza w zespole guzków przystawowych. A jednak nawet *Fournier*, pomimo swej wybitnej intuicji i doświadczenia w syfilidologji, podaje, że niekiedy musiał tygodnie całe spostrzegać chorego, by dojść do wniosku, czy jest schorzenie stawowe na tle kiły, czy też przypadkowy gośćciec stawowy u chorego na kiłę. A już o wiele częściej, oczywiście chorzy sami wprowadzają w błąd lekarza, podając i rozwodząc się o dolegliwościach stawowych z pominięciem zupełnem objawów kiły na narządach płciowych czy skórze.

Jako pendant do tego rodzaju spraw chorobowych, możemy podać własną obserwację chorego, który zwrócił się do nas po poradę li tylko naskutek bolesności stawu barkowego prawego. Dopiero bliższe wywiady i badanie wykazały kiłę, jako przyczynę tych dolegliwości.

Chory lat 37, kawaler. Buchalter z zawodu. Zakażenie kiłą przed 3 laty. Przebył jedną kurację swoistą (6 Neo i 12 Quinby). Chorób zakaźnych poza kiłą nie przechodził. Od kilku tygodni stale wzrastający ból, umiejscowiony wyłącznie w prawym stawie barkowym; ból ten zaczął przeszkadzać choremu w pracy zawodowej, co skłoniło go do zasięgnięcia porady lekarskiej. Chory — dobrej budowy ciała i odżywiania. W sercu i w płucach zmian nie stwierdzono. Mocz — norma. W zakresie układu nerwowego — bez zmian. Odczyn krwi Bordet-Was — wybitnie dodatni. Oględziny miejscowe wykazały: staw barkowy prawy wyraźnie obrzękły, bolesny, o ruchach ograniczonych, lecz, co ciekawsze, wyłącznie okolica prawego stawu barkowego pokryta wykwitami swoistymi o typie grudkowym. Po kuracji specyficznej (6 Neo w dawkach 0,3 — 0,6 i 12 Quinby) zupełna poprawa kliniczna i subjektywna. Staw przyszedł do normy, bóle ustąpiły całkowicie, grudki uległy wessaniu z pozostawieniem zmian barwikowych.

W okresie kiły późnej czy też t. zw. zmian trzeciorzędnych szkoła francuska odróżnia następujące postacie w zakresie schorzeń stawowych:

1) O s t e o - c h o n d r o - a r t h r o p a t i e *Fougret'a* czyli p s e u d o - t u m e u r b l a n c h e *Fourniera* oraz, co nas bardziej ciekawi ze względu być może na przejście do dalszych postaci.

2) T e n d o - v a g i n i t i s g u m m o s a, gdy w okolicy stawów w obrębie ścięgien, powięzi i więzadeł występują guzki, które niekiedy (rzadko) ulegają rozpadowi, powodując przykurcze, ograniczające ruchy stawów (prof. *Mracek*). W każdym bądź razie są to typowe kilaki, ustępujące pod wpływem leczenia swoistego.

Zupełnie à part niejako jest zespół objawów, wspomniany powyżej pod nazwą n o d o s i t e ' s j u x t a a r t i c u l a i r e s J e a n s e l m e ' a. Jest to schorzenie od lat przeszło 30 dyskutowane w literaturze fachowej chorób podzwrotnikowych, 11 lat zaś temu zwrócono po raz pierwszy na nie uwagę w Europie, uważając je ostatecznie najprawdopodobniej jako wyraz kiły.

Aby dać zatem obraz kliniczny tego symptomokompleksu, którego 2 obserwacje własne opiszemy poniżej, musimy odbiegnąć nieco od tematu i przytoczyć pierwsze spostrzeżenia i poglądy szeregu autorów w ich zarysie historycznym.

W r. 1891 lekarz brazylijski *Dr. A. Lutz* w artykule, nadesłanym z Honolulu, opisał przypadek swoistych guzków (bez nazwy!) u tubylców. Doniesienie to przeszło jednak bez echa. Dopiero w l. 1899 — 1900 ogłoszone zostały pierwsze istotne spostrzeżenia kliniczne prof. *Jeanselme'a* z Indochin. Prof. *Jeanselme* nie znał zresztą pracy *Lutza*, jak również doniesień dorywczych mniej więcej z tego okresu *Mac Greg'a* i *Steinera*. Zupełnie słusznie zatem podkreśla *Jessner*, że przejrzysty i zupełny pod względem klinicznym obraz chorobowy został wyodrębniony dopiero przez *Jeanselme'a*, z którego nazwiskiem związano charakterystyczny zespół objawów. Opis prof. *Jeanselme'a* nawet po latach nie wymaga właściwie żadnego uzupełnienia: są to guzki od wielkości grochu do jajka kurzego podskórne, pojedyńcze lub skupione, umiejscowione zawsze w pobliżu stawów i występów kostnych. Spoistość tych guzków jest zazwyczaj twarda, zwarta; wyjątkowo tylko guzki mogą ulegać rozmiękaniu, wówczas jako zejście tego procesu będzie blizna, nie mająca zresztą żadnych cech charakterystycznych poza umiejscowieniem w pobliżu stawów. Przy obmacywaniu palcami guzki są zazwyczaj dość ruchome, niebolesne; bolesność jednak, jak zgadza się *Jeanselme*, nie jest wyłączona (np. przypadki *Jojoté)*.

Umiejscowienie najczęstsze: wyrostek łokciowy (olecranon), kostka zewn. (malleollus), okolica stawu kolanowego, przyczep m. strzałkow. (m. peronei), wyrostek barkowy (acromion), grzbiet palców. Przy rozpoznaniu różniczkowem według *Jeanselme'a* można pomylić dość łatwo z włókniakami (fibroma), dalej z kępkami żółtemi (xanthoma), hygroma, tophi (dna), niekiedy guzkami gruźliczymi.

Tyle co do obrazu klinicznego zespołu objawów guzków przystawowych. Jak wspomnieliśmy, został on wyodrębniony przez *Jeanselme'a* w r. 1899, a dopiero w r. 1903 Dr. *Fontoynont*, dyrektor l'Ecole de Médicine w Tanarive, nadesłał mu fragmenty guzków, przezeń obserwowanych, z których prof. *Jeanselme* zrobił pierwsze skrawki i przeprowadził badania histologiczne.

Drobnowidzowo *Jeanselme* stwierdził proces zapalny przewlekły z punktem wyjścia z naczyń krwionośnych.

Jako etiologję *Jeanselme* z początku uważał uraz nieraz drobny, lecz często się powtarzający np. naskutek pracy zawodowej.

Z biegiem czasu jednak sprawa się komplikuje i zaczyna nabierać większego znaczenia, a to z dwóch względów:

1) zwrócenie uwagi na zakażenie krętkami swoistymi, czy też framboesia tropica i, co ciekawsze,

2) stwierdzenie choroby w Europie niemal wyłącznie u chorych na kiłę.

Dzieje to się stopniowo w ciągu bieżącego stulecia. Już *Jeanselme* wyraził przypuszczenie, że poza urazem przyczyna choroby może być pasorzytnicza. *Fontoyont* i *Carongean* opisali grzybki jakoby swoiste. *Steiner*, *Van Dijke* i *Oudendal* znaleźli w skrawkach, barwionych metodą Levaditti'ego krętki typu treponema pertenue Castellani, które, jak wiadomo, wywołują chorobę krajów podzwrotnikowych framboesia tropica i są bliźniaczo podobne do krętków bladych.

Dokładne jednak badania histologiczne skrawków guzków u europejczyków nigdy krętków nie wykazały.

Prace zaś *Steinera* i in. zostały poddane w wtąpliwość przez *Galli-Valero*, który twierdził, że są to nie krętki, lecz subtelne włókienka tkanki łącznej.

Monchet i *Dubois* uważali guzki przystawowe jako wyraz framboesia tropica. Następuje teraz drugi moment zwrotny w sprawie nodositès juxtaarticulaires Jeanselme'a. Autorzy zaczynają opisywać guzki przystawowe u chorych w krajach, gdzie zupełnie nie panuje framboesia tropica, przyczem u wszystkich tego rodzaju chorych można stwierdzić wzgl. podejrzewać kiłę późną.

Pierwszy *Quervain* wyraził konkretne i definitywne przekonanie, że wszystkie przypadki guzków przystawowych, opisane w krajach podzwrotnikowych, są związane z kiłą. Podobnegoż zdania później byli *Poupelain* i *Foley*, *Parrot*, *Cauge* i *Argand*, *Nogue*, *van Dijke*, *Da Malta* i *Da Silve*. Również *Montel*, obserwując guzki przystawowe u Malajczyków, zawsze stwierdził współistniejącą kiłę.

Prof. zaś *Gougerot, Bonin* i *Burnier* — wybitni dermatolodzy francuscy, opisując w r. 1928 przypadek nodositès juxtaarticulaires u chorego na kiłę, europejczyka z Madagaskaru, już wyraźnie nazywają guzki „gommes syphilitiques". W ten sposób autorzy paryscy chcieli dać wyraz swemu przekonaniu, że guzki mają za tło kiłę, gdyż, jak podkreślają, nie może tutaj być mowy o zwykłych kilakach.

Sprawa wchodzi w ostatnią swą fazę w r. 1920. Dotychczas wszystko obracało się w strefie krajów podzwrotnikowych, co najwyżej dotyczyło europejczyków, którzy tam dłużej przebywali. Dopiero w r. 1920 *de Quervain* opisał przypadek guzków przystawowych u Szwajcara, który nigdy nie wyjeżdżał poza obręb rodzimego kraju. Przypadek ten był przez jakiś czas odosobniony. Później jednak *Cauge* i *Argand* opisali to schorzenie u Francuski, która nigdy nie była w kolonjach, *Max Jessner* we Wrocławiu u Polaka i Niemca, *Stern* w Norymbergji *Mieczerski, Iwanow, Jakowlew, Rossow,* kilkadziesiąt przypadków w Rosji (między innemi jeden również u Polaka z okolic Kowna). Liczba publikacyj staje się coraz większa, obejmując różne kraje Europy, dotyczy niemal wyłącznie chorych na kiłę, niewątpliwych lub przypuszczalnych. Za kiłowem pochodzeniem sprawy przemawiają następujące przesłanki, przytaczane obecnie prof. *Jenselme'a:*

1) niezwykle częste spostrzegane współistnienie obu chorób.

2) b. często występujący (częściej niż w zwykłej lues tarda manifesta) dodatni odczyn krwi Bordet-Was. bez innych objawów kiły.

Więcej nawet, *A. Rossow* podkreśla, że noduli juxtaarticulaires mogą być jedynym objawem klinicznym syphilis ignorata.

3) Niewątpliwie skuteczny, swoisty wprost efekt działania leczniczego przetworów arsenobenzolowych (i Bi — *Rossow). Stern* jednak zaznacza, że w niektórych przypadkach guzki niezupełnie znikają po kuracji swoistej.

4) wspomnieć należy również o ujemnych próbach szczepienia kiły chorym z nodositès juxtaarticulaires, u których nie stwierdzono definitywnie syfilisu.

5) Na uwagę wreszcie zasługuje przypadek guzków przystawowych u chorego z lues tuberculo-serpiginosa *(Stern).*

Osobiście mieliśmy możność spostrzegania 2 przypadków, które pod względem klinicznym i, co ważniejsza bodaj, efektu działania leczniczego (Neosal.) najzupełniej odpowiadają zespołowi objawów guzków przystawowych.

I spostrzeżenie własne. Chory, lat 42, urzędnik, zwrócił się do nas po poradę z powodu kiły utajonej. Zakażenie kiłą 7 lat temu. Przebył 2 kuracje (à 6 Neo i 12 Quinby). Obecnie bez objawów. Niekiedy bóle głowy. Chorób zakaźnych nie przechodził. Nie pije alkoholu. Odczyn krwi B. W. wybitnie dodatni. Chory bierze kurację naskutek dodatniego Odcz. B. Was., który kontroluje co jakiś czas. Ostatnio — rok temu był ujemny. Oględziny: Chory — dobrej budowy ciała i odżywiania. W sercu i płucach zmian nie stwierdzono. Mocz — normalny. W zakresie układu nerwowego ośrodkowego i obwodowego — bez zmian. Podczas wstrzykiwania Neos. przypadkowo zauważyłem guzek podskórny wielkości niemal orzecha włoskiego, 3 — 4 cm poniżej lew. wyrostka łokciowego. Guzek był ruchomy, zupełnie niebolesny, twardy, pokryty skórą niezmienioną. Sprawiał wrażenie włókniaka. Chory twierdził, że guzek zauważył od kilku miesięcy, że nie zwracał nań uwagi, gdyż nie sprawiał mu dolegliwości. Chory leczył się nieprawidłowo. Dostał 5 inj Neosal. à 0,3 — 0,6 i 8 JBi Chin. Guzek nie znikł wprawdzie zupełnie, lecz zmniejszył się do wielkości małego grochu. Chorego straciłem z oczu.

II spostrzeżenie własne dotyczy chorej, którą obserwowałem w szpitalu Ś-ego Łazarza w Warszawie. Chora przebywała na oddziale D-ra med. Jana Mężyńskiego, który mi łaskawie ułatwił obserwację, za co pozwalam sobie niniejszem wyrazić moje podziękowanie.

Chora lat 26, prostytutka. Zakażenie kiłą 6 lat temu. Przebyła 2 kuracje swoiste, jednak niesystematyczne. Przyszła na oddział z powodu ogólnego złego samopoczucia i odczynu krwi Bordet-Wasser, wybitnie dodatniego. Chora złej budowy ciała. Jest w ciąży (3 m.). Odżywianie liche. Smukła budowa kości. Chora jest jakby zbolała, brak apetytu. W sercu zmian nie stwierdzono. Mocz — norm., w płucach — oddech zaostrzony. W zakresie centr. układu nerwowego zmian charakterystycznych nie zauważono.

Oględziny miejscowe: 1½ — 2 cm. poniżej lew. wyrostka łokciowego (olecranon) 2 guzki podskórne wielkości grochu, wyraźnie macalne (chora sama zwraca na nie uwagę), ruchome twarde. Skóra na guzkach niezmieniona. Podobny guzek 2 — 3 cm. poniżej praw. stawu kolanowego na powierzchni bocznej.

Ze względu na ogólną bolesność, na którą skarżyła się chora, przeczulicę skóry czy bóle mięśniowe chora dostawała salicylan sodu w dużych dawkach i podobne preparaty — bez najmniejszego skutku. Chora dostała 2 inj Hy Sal 10% a 0,3 i 3 Jod Bi Chin. (na więcej nie chciała się zgodzić ze względu na bolesność) oraz 12 inj arsenobenz. à 0,3 (Neo). Pewna poprawa ogólnego stanu zdrowia. Guzki jednak, co najbardziej nas ciekawiło, zginęły zupełnie.

Pozwalamy sobie wyrazić przeświadczenie, że obydwa przypadki, jak wspomnieliśmy, pod względem klinicznym należały do zespołu objawów nodositès juxtaarticulaires Jeanselme'a. Ich wygląd i przebieg choroby najzupełniej za tem przemawiały, utwierdza zaś nas w tem przekonaniu efekt leczenia preparatami arsenobenzolowymi (i częściowo Bi), który jest często, szczególnie w kile późnej jedynym i wyłącznym probierzem choroby.

Liczba przypadków guzków przystawowych zwiększa się przecież z każdym rokiem. Jeszcze w r. 1924 *Jeanselme* mówi o jedynym przypadku, stwiedzonym u europejczyka, który nie był w krajach podzwrotnikowych, w r. zaś 1929 *Rossow* podaje już liczbę 84 przypadków w Europie (w tem 22 w Rosji); przypadków tych jest najprawdopodobniej więcej.

Schorzenie zatraca stopniowo swój charakter egzotyczny. Nie mówimy już o czemś dalekiem i niesamowitem z Honolulu, lecz o zespole objawów, który raczej wchodzi w obręb zasięgu kiły. Zagranicą, w Rosji i Niemczech, stwierdzono 2 przypadki guzków przystawowych u Polaków; mamy wrażenie, że przy bliższej uwadze przypadków tych można znaleźć więcej.

LITERATURA:

Prof. E. Jeanselme: Les nodositès juxtaarticulaires „Paris Médical" 1924 dn. 15 III.

Prof. Jeanselme Idem. ref. Journal de Médicine et de Chir. prat., 10 VIII 1925.

A. Fournier Traité de la syphilis.

Picont-Laforest Un cas de nodositès juxtaarticulaires d'origine syph. 1923 Arch. de l'Institut Pasteur. ref.

Noel „Les nodos juxtaar". Annales de Dermâtologie et Syphiligraphie 1923 Nr. 3.

Jeanselme, Burnier et M-elle Eliarschef f Un cas de nodositès juxtaar. survenu chez une syphilitique. Bulletin de la societé — francaise de Dermat et syphil. Nr. 6 1928.

Prof. Gougerot, Burnier „Les nod. juxtaar. Bulletin de la Ste. fran. de Der. et Syphil 1928 Nr. 9.

Foutoynont, Girord, Woltz „Les nod. juxtaar." Societé de la Patologie exotique 1931 pos. z dn. 11 III. ref.

A. Rossew. Zur. Klinik u. Diagnostik der nodositès juxtaarticulaire Archiv. f. Der. et syphil 1929 B. G.

Stern Über juxtartikul. Knotenbildung bei syph. Dermat. Woch. 1930 Nr. 20.



GRAINS DE ANISÉS
CHARBON TISSOT
Anyżowane ziarenka węgla topolowego z benzynaftolem i kwasem będźwinowym.
NADMIERNA FERMENTACJA JELITOWA, ZAPARCIE NAWYKOWE,
ZATRUCIA POKARMOWE, BĘBNICA.
1 do 2 łyżeczek od herbaty wieczorem po jedzeniu, lub przed snem. Połykać nie rozgryzając.

AMPUŁKI, DRAŻETKI
NERVOCITHINE
TISSOT
Jedyne połączenie arsenu, strychniny, żelaza, fosforu z FLUOREM.
NEURASTENJA, PRZEMĘCZENIE UMYSŁOWE, REKONWALESCENCJA,
GRUŹLICA POCZĄTKOWA.
3 razy dziennie po 1 do 2 drażetek po jedzeniu. 1 do 2 ampułek dziennie podskórnie, lub śródmięśniowo.

NIEZAWODNE LEKI KRĘTKOBÓJCZE
w KILE, DURACH i ZIMNICY
„QUINBY SOLUBLE"
SOLUTIO AQUOSA
CHININI JODO-BISMUTICI
Bezbarwny, nie plami, nie tłuści, nie drażni.
„Q U I N B Y"
EMULSIO OLEOSA
CHININI JODO-BISMUTICI

Migrena i opoterapja tarczycowa

podał
DR. LENOEL (Condom, Gers).

Spostrzeżenie, które podaję, nie jest zupełne pod niektóremi względami. Jest to przypadek lekarza praktyka, któremu brak często różnych danych, możliwych do zebrania w klinice, gdzie można w szerokim zakresie korzystać z pracowni i zasięgnąć zdania specjalistów, w sprawach wątpliwych. Może spotka się ten przypadek z zarzutem, iż jest on miejscami dowodem łowienia przez autora ryb w mętnej wodzie dla znalezienia skutecznego leczenia w braku ścisłej djagnozy. Bez względu na to, mieliśmy jednak satysfakcję całkowitego wyleczenia przykrych napadów migreny, trwających oddawna, a lekarz praktyk, który to będzie czytał, i który miał rzadkie szczęście „wyleczyć", zrozumie naszą radość i wybaczy nam ogłaszanie tego spostrzeżenia, tembardziej, że może z niego wyprowadzić wnioski lecznicze, mogące mu dać w jego praktyce niespodziewane wyniki.

D z i e d z i c z n o ś ć. — Migrena, na którą cierpi p. L. D. nie ma, według nas, nic wspólnego z dziedzicznością po dziadku, który zmarł, prawdopodobnie, na paraliż postępowy, ani też po ojcu, który był silny i nigdy nie chorował, z braku ściślejszych danych należy zapamiętać, że matka chorej, używając określenia jej otoczenia, jest bardzo nerwowa, a brat jej, obecnie w wieku 36 lat, cierpi od 9 roku życia na egzemę.

H i s t o r j a c h o r o b y. Pani L. D. cierpi na migrenę od 20 lat. Obecnie ma lat 35, a migrena zjawiła się z rozpoczęciem perjodów, zresztą zupełnie prawidłowych. Migrena jest częsta i bardzo silna. Chora ma zawsze pod ręką najrozmaitsze środki uśmierzające, których stale używa i nadużywa.

W 1928 migreny silnie się wzmogły. Niema tygodnia, w którym chora nie byłaby zmuszona położyć się do łóżka z powodu silnego bólu i współistniejących mdłości. Ten stan napadowy jest wywołany przez szereg przyczyn życia codziennego. Towarzyszą mu objawy rzadziej napotykane w prawdziwej migrenie jak np. zawroty głowy, które powstają raptownie, gdy pani L. D. prowadzi swoje auto, i są połączone z zamroczeniem, tak że nie widzi ona przeszkód i była zmuszona wyrzec się prowadzenia. Jednocześnie z migreną cierpi chora na uporczywe zaparcie, ustępujące tylko pod wpływem środków przeczyszczających.

W a g o t o n j a. Chora jest wagotoniczką, co potwierdzają wywiady i badanie. Stan ten wyraża się przedewszystkiem w silnej nerwowości, która nie pozwala np. chorej przyjąć jakiegokolwiek zaproszenia, gdyż siedzenie ze znajomymi przy stole wywołuje u niej atak charakteryzujący się silnem oziębieniem kończyn, bólem głowy i mdłościami, zakończonemi wymiotami. Stan ten jest zbyt złożony, aby go można było przypisać zaburzeniom wzrokowym. Lekki zez nie zwraca naszej uwagi, gdyż jest tylko zjawiskiem pojedyńczem w nieistniejącej serji zaburzeń specyficznych, na które mógłby wskazywać. Wagotonja charakteryzuje się także wyraźnym ślinotokiem i częstem uczuciem „zapchanego nosa", jednak badanie nosowo-gardłowe nie wykazuje żadnej przyczyny etjologicznej. Ciśnienie tętnicze mierzone metodą Pachona, jest bardzo nizkie, a wskaźnik oscylometryczny utrudnia jego określenie. W czerwcu 1930 r. chora, której wzrost wynosi 1, 60 m., waży tylko 46 kg.

L e c z e n i e. W maju 1930 r. przepisaliśmy bardzo ścisłą djetę jarską i dziennie 3 tabletki opozones z przysadki. Przez 2 tygodnie chora czuje się lepiej, lecz migrena znów się zjawia z całym orszakiem objawów wagotonicznych. Ta wybitna wagotonja każe myśleć o możliwości niedomogi tarczycy i 28 października 1930 r. chora zażywa jedną tabletkę opozones tarczycy. 29 października brak zwykłej migreny i podczas następnych dni przy dalszem trwaniu leczenia z n i k a j ą z u p e ł n i e w s z y s t k i e u p o r c z y-

we bóle głowy, a także zaparcie i wszystkie objawy wagotonji.

Obecnie p. L. D., która świetnie znosi leczenie tarczycowe w ilości 0,2 gr. dziennie przy doskonałem stanie serca, z tętnem dobrze napiętem (średnio 76) maksymalnem ciśnieniem 15 według Pachona, przybrała także znacznie na wadze i waży 49,5 kg.

Streszczenie. — Jest to przypadek wagotoniczki, cierpiącej na silną migrenę, której intensywność i częstość wraz z innemi zaburzeniami, czyniły chorej życie nieznośnem pod wieloma względami. Wyleczona opoterapją tarczycową, chora przybrała także na wadze, dzięki tej terapji i właśnie na ten fakt kładziemy nacisk, gdyż może on wydać się paradoksalnym pod niektóremi względami.

CRYOGENINE

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:
Cryogenine Pulvis do receptury: proszków, czopków, pigułek, zawiesin i t. p.

tabletki { **Cryogenine** à 0,50 grm. / **Cryogenine** à 0,25 grm. *W rurce 10 tabletek*

opłatki { **Cryogenine** à 0,50 grm. / **Cryogenine** à 0.25 grm. *W rurce 10 opłatków*

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



L. NASIEROWSKI
WARSZAWA KALISKA 9. TEL. 724-39, 630-42

Gruźlica — jako wynik złej przemiany materji*).

Nie ukrywamy bynajmniej, że taki tytuł może być powodem do umieszczenia artykułu wśród tych, które w znacznej mierze przekroczyły granicę reakcji, po większej części słusznej, jaka powstała w różnych umysłach pod wpływem doktryny wyłącznie bakteryjnej [2]), w imię której, w ubiegłym wieku, zaprzestano zwracać uwagę na podłoże choroby i temperament chorego, dając przewagę wyłącznie czynnikowi chorobotwórczemu.

Pojęcie podłoża. — Należy odrazu, się zastrzec, że nie mamy żadnego zamiaru lekkomyślnie ograniczać rolę odgrywaną przez prątek Kocha, i że chcemy tylko do pewnego stopnia zaakcentować to, co się odnosi do danych współczesnych dotyczących pojęcia podłoża gruźliczego, lub podłoża mogącego ulec zakażeniu swoistemu.

W niedawnej swojej pracy: „Gruźlica, Zaraźliwość, Dziedziczność", *Auguste Lumière*, rozpatruje z jednej strony dziedziczenie „zarazka", a z drugiej strony dziedziczenie „podłoża" i poświęca temu zagadnieniu cały rozdział.

Nie chcemy tutaj przytaczać wszystkich rozważań, które doprowadzają go do przyjęcia dziedziczności humoralnej, dziedzicznych skłonności organicznych i najrozmaitszych czynników niespecyficznych, tworzących „podłoże", — rozważań, które logicznie zmuszają do przyjęcia istnienia specjalnego podłoża gruźliczego, lub skłonnego ulec temu zakażeniu .

Właśnie pod wpływem niedawnego artykułu, który pojawił się w Presse Mèdicale Nr. z 25 czerwca, podpisany przez *Delore*, chcemy wykazać, że już dawno *Auguste Lumière*, dzięki swym wybitnym zdolnościom indukcyjnym, jeszcze w epoce, kiedy taki pogląd był może nieco rewolucyjnym, zwrócił uwagę na wielkie znaczenie podłoża gruźliczego i zaczął szukać dla tego podłoża odpowiednich leków.

Z artykułu *Delore* chcemy podać tu tylko zasadnicze dane, żeby dowieść, że to, co jest uważane przez większość umysłów za nowość, przewidział, czasem nawet z wielką ścisłością, *Auguste Lumière*, który zresztą nie zadawalniał się czysto spekulatywną przyjemnością ustalania patogenezy, lecz którego czysto pragmatyczny umysł umiał wyprowadzić wskazówki terapeutyczne, potwierdzone potem przez liczby, zawarte w dużej ilości wybitnych prac ostatniej doby o procesach utleniania i redukcji w organizmie, szczególnie, w ustroju gruźliczym.

I wszyscy czytelnicy, których koncepcje filozoficzne doprowadzają do uznania danego faktu za ściśle naukowy tylko wówczas, gdy rozum ujmie go w pewną miarę, wszyscy ci, dla których „poznawać znaczy mierzyć", będą zmuszeni stwierdzić, że pojęcie jakości, nawet jeśli nie posiada sankcji ilościowej, może zadowolić pragmatyczny punkt widzenia, prowadząc do wyraźnych wyników, zanim jeszcze zjawiska spostrzegane będą ujęte w cyfry.

Przemiana materji w gruźlicy: hypooksydacja. — *R. Monceau*, w swojej pracy wydanej w 1929 r. p. t. „Zaburzenia przemiany materji w gruźlicy płuc", uważa za błędną doktrynę, według której podłoże gruźlicze odznacza się nadmiarem procesów utleniających i wzmożoną przemianą materji, jak na to zdawała się wskazywać utrata azotu u osobników gruźliczych, wzrost przemiany gazowej i zużycie większej ilości kalorji. *Monceau* dowodzi, że należy przyjąć teorję zupełnie przeciwną, mianowicie, że swoistą cechą jest zmniejszenie procesów utleniających i zwolnienie przyswajania.

Należało jednak te wywody poprzeć dowodami, poddać ścisłej krytyce to, co dawniej było uważane za prawdę, nie podlegającą dyskusji. Autor dowodzi przedewszystkiem, że wielka utrata mocznika, którą uważano za cechę charakterystyczną dla organizmu gruźliczego, jest w rzeczywisto-

*) Avenir Medical Nr. 6, rok 1931.

[2]) która nie jest, jak błędnie przypuszczano, doktryną Pasteura. Pasteur w rzeczywistości powiedział: „Mikrob jest niczem, podłoże jest wszystkiem".

ści zupełnie iluzoryczna i że to nie mocznik zostaje wydalony w większej ilości, lecz przeciwnie azot całkowity, tak że u gruźlika równowaga azotowa jest obniżona. Odbywa się nadmierne wytwarzanie amoniaku i w moczu udaje się wykryć nadmiar amino-kwasów, czyli ściślej mówiąc, u gruźlika zachodzi swoista przemiana aminokwasów, z których przeważa tyrozyna i leucyna. Można także spostrzec kreatynurję i cystynurję ze zwiększoną ilością niezupełnie utlenionej siarki, acetonurję oraz wzrost ilorazu węgiel-azot, nazwany przez *Bickela i Kauffmann-Cosla* dyskarbonurją.

W sumie wszystkie te modyfikacje przemiany azotowej i obecność w moczu resztek, niedostatecznie spalonych, doprowadziły *Monceau* do logicznego wniosku o zwolnionym procesie odżywiania wskutek niedostatecznego utleniania. Niedostateczne utlenianie daje się także zauważyć, gdy się bada przemianę tłuszczów i rozpad kwasów tłuszczowych; stwierdza się wtedy, że te ostatnie, nie będąc w stanie się utlenić, gromadzą się w komórkach i narządach, przeszkadzają ich działaniu, sprowadzając wreszcie zwyrodnienie, przedewszystkiem wątroby. Istotnie znaną jest rzeczą, że często sekcja gruźlika wykazuje wątrobę otłuszczoną, chociaż sam osobnik jest wychudzony.

Delore kładzie nacisk na widoczną zależność między postępem gruźlicy i niedomogą czynnościową płuca jako narządu utleniającego tłuszcze, opierając się na pracach następujących autorów: *Hasselina*, który zauważył zwiększoną zawartość tłuszczu w płucu gruźliczym, *Wissa*, dowodzącego, że płuco, skłonne do gruźlicy, charakteryzuje się słabą zdolnością utleniania oraz *Roger'a* i *Binet'a*, którzy udowodnili zależność rozpadu tłuszczu od utleniania.

Leczenie utleniające. — *Delore* jest niezdecydowany co do kwestji zasadniczej przemiany materji, *Monceau*, twierdzi stanowczo, że zużycie tlenu u gruźlika jest niższe od normy. Autor ten dochodzi do następujących wniosków terapeutycznych: należy zalecać wszystko, co może przyspieszyć przemianę, a więc długie leczenie klimatyczne, środki wzmagające utlenianie, pokarmy bogate w cukry. Z pośród katalizatorów poleca szczególnie niektóre wyciągi z drożdży, hodowanych na specjalnych pożywkach.

Delore ze swej strony zachwala tran, zawierający kwasy tłuszczowe nienasycone i znaczną ilość tlenu czynnego w cząsteczce.

Lecz przypomnijmy sobie, że w 1899 *Auguste Lumière* zrealizował, pod nazwą Persodine tabletki wielosiarczków zasadowych, przewyższające inne wielosiarczki swoją stałością, pozwalającą na stosowanie ich w lecznictwie. W 1903 prof. *Lemoine* pisał: „Persodine jest wskazana w postaciach bezgorączkowych i przewlekłych gruźlicy w dwu pierwszych okresach, a szczególnie w pierwszym, w którym może dać wybitne wyniki".

Na kongresie gruźlicy, prof. *Hobbs*, lekarz szpitali w Bordeaux, wygłosił referat p. t. „Leczenie braku apetytu u gruźlików Persodiną", w którym podkreślał działanie tego preparatu, podnoszącego odżywianie i przyspieszającego utlenianie.

Wzrost apetytu i przyrost na wadze, o których donosili profesorowie *Huchard*, *Robin* i *Arnozan*, były tak przekonywujące, że wkrótce Persodine, zgodnie z zamiarami autora, i zresztą zupełnie słusznie, stała się nietylko lekiem dla gruźlików, lecz lekiem stosowanym przy braku apetytu i we wszystkich stanach niedostatecznego odżywiania o różnej etiologji.

Jaki jest sposób działania Persodine? Działa ona zasadniczo jak tlen in statu nascendi i stanowi prawdziwą terapję utleniającą nietylko w tym sensie, że ilość tlenu dostarczonego jest dostateczna dla wszystkich potrzeb organizmu, lecz posiada ona pozatem prawdziwe działanie katalityczne. Rozumiemy przez to wytwarzanie w komórkach organizmu tendencji do utleniania i aktywację potrzeby odżywiania, tak że wzmożony apetyt jest tylko objawem usilnej potrzeby organizmu, zasadniczo różnej od tej, jaką się spostrzega pod wpływem goryczek. Wywołują one tylko zwodniczą potrzebę przeładowania żołądka, bardziej zgubną niż pożyteczną u osobników, u których z widoczną szkodą powstaje przeciążenie wątroby pracującej niedostatecznie i nie przygotowanej uprzednio do utleniania związków dostarczanych jej przez bardziej obfite pożywienie.

Rola Leukocytów. — Przytaczamy tutaj w całości słowa *Delore* w sprawie zdolności utleniających leukocytów:

„Zdaje się, iż leukocyty odgrywają czynną rolę w procesach utleniania. *Portier* i *Fiessinger*, którzy bronili tej tezy, kładli nacisk na fakt, że nigdy limfocyty i jedno jądrzaste białe ciałka nie dają reakcji oksydaz, które są charakterystyczne dla wielo jądrzastych. Chociaż *Prenant* i *Hollande* krytykowali koncepcję *Fiessingera* o obowiązkowej czy też swoistej roli utleniających fermentów leukocytarnych w procesach oksydacyjnych, wydaje się jednak słuszne rozpatrzyć zdolność utleniającą ciałek białych z punktu widzenia gruźlicy.

Jest rzeczywiście rzeczą ciekawą, że ropienia gruźlicze są zawsze zimne. W gruźlicy nie mamy ropni gorących i reakcja oksydaz jest zawsze ujemna, a w ropie są napotykane postacie jedno jądrzaste, gdy tymczasem w ropniach zwykłych odczyn oksydazy jest zawsze wybitnie dodatnia i w skład ropy wchodzą leukocyty wielojądrzaste. *(Brandenburg, Fiessinger, Roudowska)*.. Cel wstrzykiwań modyfikujących stanowi właśnie wytworzenie silnego przekrwienia ścianki, a przez to przypływu ciałek wielojądrzastych — jest to właśnie rozgrzanie wrzodu zimnego, sposób leczenia, który odpowiada potrzebie diastaz a w szczególności oksydaz".

I jeśli porównamy te wrzody z rozdziałem, w którym *Delore* wskazuje na pomyślne wyniki otrzymane u gruźlików, dzięki stosowaniu leków utleniających, dochodzimy logicznie do wniosku, że 10 lipca 1925 r. dzień, kiedy profesor *Chauveau* przedstawił w Akademji Nauk Hèmoplase, stanowi datę zrealizowania przez *Lumièra* leku odpowiadającego wszystkim wspomnianym wymaganiom.

Leczenie całkowite. — Hèmoplase, wyciąg z krwi baraniej, zawiera istotnie wszystkie zaczyny leukocytarne, przygotowane w sposób nie naruszający ich aktywności, urzeczywistniając w ten sposób czynnik opoterapeutyczny w stosunku do gruczołu jednokomórkowego, jakim jest ciałko białe. Z drugiej strony hemoglobina hemoplazy jest hemoglobiną utlenioną, czyli oksyhemoglobiną, jak to wykazuje analiza spektralna. Pomijając prace dawniejsze o plazmoterapji, z których najbardziej godnemi uwagi są prace profesorów *Renon*, *Javillier*, *Faivre* oraz lekarzy *Lauminier*, *Rosenthal*, *Dumarest*, *Lerebouillet*, przypominamy najświeższe prace *Mattauscha*, który widzi w hemoplazie lek specyficzny w gruźlicy. Możemy odesłać w tej sprawie czytelnika do Avenir Mèdical numer z marca 1930. Prace te znalazły silny odźwięk w krajach niemieckich, sądząc z artykułu, który im poświęcił „Neues Wiener Journal" z 20 czerwca 1930 oraz wcześniejszy artykuł w „Medizinische Klinik" z 13 czerwca 1930, zawierający sprawozdanie z doświadczeń *Mattauscha*.

Przekroczylibyśmy ramy niniejszego artykułu, gdybyśmy chcieli iść dalej i rozpatrywać nietylko rolę utleniacza, jaką odgrywa Hemoplase, lecz chcielibyśmy jeszcze zreferować prace *Wolfa*, które wykazują, że lipoidy ciałek białek i ciałek czerwonych, zawartych w Hemoplase, odgrywają w stosunku do wosku bakteryjnego rzeczywiście rolę specyficzną, wytwarzając antyciała w organizmie, do którego są wprowadzone. Nie możemy jednak pominąć następującego zdania *Delore:* „Wszystko, nawet budowa prątka gruźliczego, każe przypuścić, że proces redukcyjny bierze udział w powstawaniu wyższych kwasów tłuszczowych i wosku, z których się ona składa" — wszystko przemawia za tem, że Hemoplase jest pod niektóremi względami lekiem całkowitym, szczególnie, gdy się weźmie pod uwagę prace *Wolfa* ogłoszone w „Schweitzer Medizinische Wochenschrift" i zawierające wybitne wyniki w leczenu gruźlicy przez lipoidy, a głównie fosfatydy, zawarte w wielkiej ilości w czerwonych ciałkach krw i zachowane bez zmiany w Hemoplaise.

Rola Siarki. — Nie nalegamy na rolę żelaza hemoglobiny o którem po *Warburgu* mówi *Delore* w swojej pracy. Cytujemy tylko jeden jego ustęp:

„Należy zbadać, czy jest łączność między ilością siarki w tkankach i rozwojem gruźlicy. Prace współczesne przypisują rzeczywiście pierwsze miejsce siarce szczególnie postaci glutathion w procesach utleniająco-redukcyjnych. Powracając do koncepcji *De Rey-Pailhade* o philothionie, *Hopkins* i jego szkoła wykazały rolę glutathionu, dipeptydu, utworzonego z kwasu glutaminowego i cysteiny czyli cystyny, która w swych postaciach: zredukowanej, czyli thiolu (— SH) i utlenionej czyli dwusiarczku (— S. S. —) stwarza w tkankach odwracalny system przenoszenia tlenu. Glutathion zredukowany utlenia się bardzo łatwo; glutathion utleniony redukuje się również łatwo. Glutathion działa w ten sposób w organizmie jak autooksydator. *Hopkins* dowódł, że ślady jego katalizują in vitro utlenianie kwasów tłuszczowych nienasyconych. Najbardziej bogate w glutathion

w narządach są właśnie te miejsca, które wydają się być ogniskiem najbardziej intensywnej przemiany materji *(Joyet-Lavergne)*. Tkanka płucna jest szczególnie biedna w glutathion *(Blanchetière* i *Binet*, P. *Delore)*, odwrotnie skóra zawiera go bardzo dużo *(Madge Kaye)*.

Badaliśmy, czy ilość glutathionu w tkankach zmienia się w przebiegu gruźlicy u świnki morskiej i bydła rogatego; nie znaleźliśmy szczególnych i stałych zmian w ilości glutathionu w głównych narządach wewnętrznych.

W pracy bardzo ciekawej *White, Smith* i *Sullivan* wykazali rolę, jaką odgrywa jon S jako katalizator w procesach odwracalnych utleniająco-redukcyjnych na obwodzie tkanek gruźliczych.

Dodajmy jeszcze, że *Mouriquand* i *Bertoye* w pracy odnoszącej się do rozwoju gruźlicy doświadczalnej na podłożu przyzwyczajonem do siarki, doszli do wniosku, że podłoże takie stanowi skuteczną obronę przeciw infekcji gruźliczej. Również badania *Dubrowa* i *R. Froment* o roli zasadniczych substancji tkanki łącznej w rozwoju anatomicznym zmian gruźliczych zasługują na to, aby były prowadzone w dalszym ciągu.

Leczenie złotem i siarką. — Przypomnijmy sobie, co pisał *Mollard* w swojej świetnej pracy o leczeniu złotem, twierdząc, że przestanie być ono chimerą z chwilą, gdy metal zostanie połączony z siarką. Jest to genjalna koncepcja, zrealizowana przez *A. Lumiera*. Wytworzony przez niego preparat, Allochryzyna, posiada wzór:

$$\begin{array}{lcl} CH^2\ S\ Au & & CH^2\ SH \\ SH\ OH & + & SH\ OH \\ CH^2\ SO^3 & & CH^2\ SO^3\ Na \end{array}$$

Zwracamy uwagę na połączenie SH, które wysuwa *Delore*, jako połączenie nadzwyczaj słabe i dzięki temu zdolne łączyć się ze związkami chemicznego ustroju. Połączenie to według autorów, badających działanie antireumatyczne Allochryzyny, jest jednym z czynników, warunkującym wielką aktywność tego preparatu.

Pierwsza pochodna sulfonowa propanolu w połączeniu ze złotem, zrealizowana przez *Lumiera*, nie miała jeszcze tej szczególnej budowy i odpowiadała wzorowi:

$$\begin{array}{l} CH^2\ S\ Au \\ SH\ OH \\ SH^2\ SO^3\ Na \end{array}$$

Ale też *A. Lumiere* nie uważał tego związku za preparat leczniczy, co wskazuje na to, jak wielką wagę przypisywał zrealizowaniu preparatu, pozwalającego na stosowanie siarki w tej szczególnej postaci, o jakiej wspominaliśmy.

Może spotka nas zarzut, że praca ta zawiera obronę pro domo, ale sprawy właśnie tak się przedstawiają i czytelnik zrozumie, że pod wpływem wielkiej czci dla dzieła *Augusta Lumiera*, opierając się jednak zawsze na argumentach objektywnych, mamy odwagę przyznać się otwarcie do naszego uznania. Niechaj czytelnicy wybaczą nam, że w artykule roszczącym sobie pretensję do pracy naukowej, wypowiedzieliśmy kilka myśli, idących z serca, wbrew twierdzeniu, że oschłość uczuć ma być cechą stałą umysłu naukowego.

Zwracamy uwagę Panów Lekarzy na ogłoszenie Instytutu Radowego im. Marji Skłodowskiej-Curie w Warszawie umieszczone przed tekstem niniejszego numeru.

Instytut Radowy pracuje od stycznia r. b. i rozporządza 1 gramem radu, 5-cioma aparatami Röntgena do głębokiej terapji, oddziałem chirurgicznym z instalacją do elektroendotermji i pracowniami djagnostycznemi.

Zakres leczenia Instytutu obejmuje przedewszystkiem nowotwory złośliwe i niektóre dobrotliwe, jak naczyniaki, keloidy i. t. p.

Kwalifikowanie chorych do leczenia odbywa się w Przychodni Instytutu.

Przed skierowaniem chorych z prowincji zwłaszcza w przypadkach dalej posuniętych pożądane jest uprzednie porozumienie się lekarza z Instytutem.

W pewnych przypadkach leczenie może się odbywać ambulatoryjnie; dla chorych leżących **instytut posiada Szpital z pokojami I, II i III klasy.**

W odpowiedzi na artykuł „W sprawie usuwania łożyska" Dr. H. Walawelskiego

podał
Dr. BOLESŁAW HERMAN.

Nowy sposób usuwania łożyska podany przez autora, a polegający na rytmicznem uciskaniu macicy naprzemian od strony tylnej ściany macicy palcem, wprowadzonym do odbytnicy i od strony przedniej, ręką talerzykowato obejmującą macicę przez ścianę brzuszną nasuwa mi szereg zastrzeżeń, które poniżej podaję, w myśl życzenia autora.

1) *Sposób Crédego*, jak wiadomo, polega na tem, że ułożywszy rękę poprzez powłoki brzuszne na dnie macicy w ten sposób, aby cztery palce znalazły się na tylnej ścianie macicy, a jeden palec pierwszy na jej ścianie przedniej wspólnie dobrze macicę obejmując, wykonywamy początkowo bardzo lekkie, rytmiczne i, co jest ogromnie ważne, równomierne mięsienie, a gdy macica ulegać zaczęła skurczom, to w czasie skurczu ujmujemy ją mocno i uciskamy ją do tyłu i ku dołowi w kierunku wygięcia kości krzyżowej. Wykonanie tego zabiegu w sposób niewłaściwy spowodować może szkodę, gdyż łatwo może nastąpić zaburzenie naturalnego mechanizmu odklejania się łożyska, uszkodzenie jego, pozostawienie oddzielnych kotyledonów, części błon płodowych i deciduae.

Pomiędzy opisanym powyżej sposobem *Crédego* a podanym przez autora *zasadniczej różnicy nie znajduję*, gdyż jeden i drugi polega na mięsieniu macicy — jej przedniej i tylnej ściany, tylko że w sposobie *Crédego* robimy to jednoręcznie, a w sposobie autora dwuręcznie i to jedną ręką od strony odbytnicy. Dopatrzeć się mogę chyba *różnicy na niekorzyść sposobu drugiego, gdyż sposób Crédego zabezpiecza lepiej tak ogromnie ważny czynnik równomiernego mięsienia.* A dalej

2) *odpada w sposobie autora uciśnięcie macicy ku krzyżom* bardzo cenne dla momentu wydalania się łożyska, chyba pod koniec nowego zabiegu ułożymy rękę tak, jak czynić powinniśmy według sposobu *Crédego*.

3) Jeżeli jeden czy drugi sposób zawiedzie, musimy przystąpić do operacji par excelence *aseptycznej*, mianowicie do ręcznego usunięcia łożyska i choć palec spoczywający w odbytnicy osłonięty był rękawiczką, to przecież raczej powinniśmy za wszelką cenę *takiego zetknięcia się z treścią odbytnicy unikać;* w praktyce codziennej mając możność zawsze wykonamy najpierw zabieg czysty, a potem ropny, choć też osłaniamy sobie ręce rękawiczkami, a przed zabiegiem czystym ręce wyjaławiamy.

4) A jeżeli nam się sposób podany przez autora powiedzie, to jak się mamy zachować *w chwili wydalania się łożyska;* przecież łożysko należy ująć w ręce i je obracać, aby błony w całości wyszły; czynimy to poprzez jałowy kompres, ale *palec zbrudzony kałem do tego się nie nadaje.*

5) W odniesieniu do konkretnego przypadku opisanego przez autora sądzę, że sposób Crédego zawiódł wskutek zbyt wczesnego jego zastosowania. Nic tak zaszkodzić nie może, jak pośpiech. Musimy macicy pozostawić czas na to, aby *naturalny mechanizm odklejania się łożyska i jego wydalania mógł się odbyć.* Czekamy dwie, a już przynajmniej przeszło godzinę, a nie kwadrans, jak podaje autor. Chyba jest wskazanie do wcześniejszej interwencji; zachodzi ono w razie krwotoków przedewszystkiem, natomiast podwyższona temperatura, pochodząca z okresu, kiedy cały płód znajdował się w macicynie jest wskazaniem do takiego pośpiechu, który mieści w sobie niebezpieczeństwa, o których powyżej wspominam. Zresztą kał aż 12 godzin. Czy nie dlatego, że przez zbyt nacóż przydał się pośpiech, skoro i tak autor czewczesne zastosowanie zabiegu *Crédego* naturalny mechanizm odklejania się łożyska został zaburzony? Nawiasem zapytuję, czy ten naciek nie był powodem gorączki, czego z braku danych rozstrzygnąć nie mogę?

Jeśli w porę i należycie zastosowany sposób *Crédego* w przypadku autora byłby zawiódł, to raczej po należytem osłonięciu nacieku w pochwie zapomocą jałowej gazy i dość szerokich wzierników, usunąłbym łożysko 4-romiesięczne pod kontrolą oka narzędziami (np. Winterem), nie czekając przy wysokiej gorączce aż 12 godzin; oczywiście, że zabieg taki wymaga już dużej wprawy.

OPOZONES LUMIÈRE

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.

CRYPTARGOL LUMIÈRE

SÓL SREBROWA SIARCZANU SODOWEGO TIOGLICERYDU

OVULA, SOLUTIO

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 OVULA,** 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. Owrzodzenie (gruźlica). Upławy (flour albus). Co 2 — 3 dni po 1 gałce.

B) **CRYPTARGOL SOLUTIO,** 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

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

O pewnych formach utajonej gruźlicy kręgosłupa. (Sur quelques formes de la tuberculose larvée de la colonne vertébrale). Th. Stephani.

Journal de Médecine de Lyon. Nr. 296, 1932.

Autor zwraca uwagę na przelotne lub stałe bóle kręgosłupa, na które często skarżą się gruźlicy, na rwę kulszową, występującą u nich, przytaczając 6 spostrzeganych przez siebie przypadków. Zdjęcia radiologiczne chorych wykazywały zgrubienia więzadeł kręgowych, czasami liczne wyrostki kręgów w obrębie miejsc bolesnych, wszyscy chorzy byli zdeklarowanymi gruźlikami. Na gruźliczą naturę cierpienia zwrócono uwagę z powodu braku wszelkiego działania salicylu. Autor stosował u swoich chorych szczepionkę Paula. Działanie jej było korzystne i zaznaczyło się głównie bardzo szybkim uśmierzaniem bólów. Szczepionka działa prawdopodobnie przedewszystkiem na stan zapalny tkanki, czy oddziaływuje również na wyrostki kostne niewiadomo. Szkodliwych skutków stosowania szczepionki Paula autor nie spostrzegał.

Pozastawowe powikłania gośćca gruźliczego. (Déterminations abartuculaires du rhumatisme tuberculex). Pic, Vachez, Chapuy.

Journ. med. Lyon, Nr. 296. 1932.

I. Powikłania sercowe gośćca gruźliczego.

Stwierdzenie gruźliczego pochodzenia gośćca zwróciło uwagę, że powikłania gośćcowe ze strony wsierdzia, osierdzia i mięśnia sercowego również mogą być natury gruźliczej. Gościec gruźliczy ostry, podostry i przewlekły zachowuje się podobnie jak gościec stawowy t. zn., że powikłania sercowe powstają tem łatwiej, im bardziej ostry jest przebieg gośćca. W spostrzeganych przez autorów 48 przypadkach zmian wsierdzia stwierdzono w 33 przypadkach dodatnie odczyny humoralne dla gruźlicy, w 15 przypadkach te odczyny były wątpliwe, poza tem na 28 sekcjach przypadków ze zmianami sercowemi, podejrzanemi co do ich gruźliczego pochodzenia, w 13 przypadkach sekcja to podejrzenie potwierdziła. Uwzględniając częste gruźlicze pochodzenie zapaleń osierdzia i mięśnia sercowego, należy stwierdzić, że gruźlica czy to bezpośrednio, czy pośrednio za pomocą zmian gośćcowych o różnym przebiegu jest jedną z najważniejszych przyczyn zmian sercowych. Jest ona tem dla serca, czem kiła jest dla naczyń. Naogół w sprawach sercowych pochodzenia gruźliczego, gruźlica czy to w swej formie utajonej czy to w formie płucnej schodzi na plan drugi, na pierwszy plan wysuwa się powikłanie sercowe. Leczniczo szczególnie dobrze działa na te powikłania sposób życia zalecany gruźlikom, spokój, pobyt na wsi.

II. Rumień guzowaty pochodzenia gruźliczego.

Podejrzewana oddawna natura gruźlicza rumienia guzowatego, za którą przemawiały częste występowania tego cierpienia u gruźlików, pociągające za sobą zaostrzenia procesu gruźliczego, występowanie gruźlicy u chorych na rumień guzowaty, obecność komórek olbrzymich w guzkach rumienia, wykazana doświadczeniem biologicznem na śwince morskiej obecność bakterjemji gruźliczej u chorych na rumień guzowaty, dodatnie reakcje serodiagnostyczne, wreszcie stwierdzenie laseczników Kocha w guzkach, znalazła obecnie potwierdzenie w doświadczeniach klinicznych. Chorzy na rumień guzowaty naogół mają przeszłość gruźliczą, jednakże jest to najczęściej albo gruźlica utajona, albo też gruźlica włóknista o przebiegu łagodnym, przyczem najczęściej w przebiegu albo po zakończeniu sprawy skórnej wystąpić mogą powikłania gruźlicze ze strony różnych narządów: płuc, opłucnej, opon mózgowych, otrzewnej i t. d. U zdeklarowanych gruźlików występuje rumień guzowaty rzadko, niema on także skłonności do nawrotów. Autorzy przytaczają przypadek rumienia guzowatego odpornego na działanie salicylu, w którym wyleczenie nastąpiło po zastosowaniu tuberkuliny. Za gruźliczem pochodzeniem tego cierpienia przemawiają dalej powiększenia gruczołów wnękowych w jego przebiegu u dzieci, dodatnia reakcja tuberkulinowa skórna i śródskórna. Śródskórne reakcje są szczególnie żywe, jeżeli są wykonane w sąsiedztwie guzków, posiadają one wtedy charakter tych ostatnich, czasami występują wtedy na świeżo guzki już znikające. Rumień guzowaty ma być wyrazem wczesnego zakażenia gruźliczego, które według pewnych poglądów ma być spowodowane uszkodzeniem toksycznem tkanki bez działania miejscowego laseczników. Jest to złagodzona gruźlica krwiopochodna, w której pierwszorzędną rolę ma odgrywać ultravirus gruźliczy. Według innego pojęcia ma on być skórnym objawem nadwrażliwości gruźliczej, wreszcie według *Landouzyego*, jest rumień guzowaty wyrazem tyfobacillozy. Naogół więc każden rumień guzowaty, występujący samorodnie jest objawem gruźliczym podobnie, jak każde wysiękowe zapalenie opłucnej. Stwierdzenie tego faktu ma znaczenie praktyczne, gdyż chorych takich należy uważać za gruźlików i leczyć ich jako takich. Nigdy także nie wiadomo jaki będzie dalszy rozwój zakażenia wprawdzie złagodzonego, ale mogącego się rozwinąć w jednym z narządów. Chorzy tacy powinni pozostawać z tego powodu pod obserwacją lekarską, należy wzmacniać ich ustrój do walki z utajonem zakażeniem i w ciągu kilku lat zalecić sposób życia gruźlików.

Gościec przewlekły na tle gruźliczem. (Le rhumatisme chronique d'origine tuberculeuse). P i c i C h a p u y.

Journal de Médecine de Lyon. Nr. 296, 1932.

Na podstawie własnych spostrzeżeń stwierdzają autorzy, że istnieją formy gośćca gruźliczego przewlekłego i zniekształcającego. W przebiegu tego cierpienia, w którem zniekształcenia stawowe zjawiają się około 50 roku życia, albo też u kobiet w okresie przekwitania, stawy są naogół zgrubiałe, pokryte cienką, lśniącą skórą, mięśnie w sąsiedztwie chorych stawów są często w zaniku. Cierpienie idzie w parze ze znacznem ograniczeniem ruchów, bóle są silne. Od czasu do czasu występują zaostrzenia, w czasie których bóle są jeszcze silniejsze, czasami ciepłota jest nieznacznie podwyższona, chorzy chudną, słabną, jeżeli sprawa stawowa jest pochodzenia gruźliczego. Za gruźliczą naturą tego cierpienia przemawiają wywiady osobiste i rodzinne, które wykazuje obciążenie gruźlicze lub też sprawę przebytą, czasami stwierdza się charakterystyczne zmiany radiologiczne, wreszcie rozpoznanie znajduje swe potwierdzenie w leczeniu, które dać może wynik dodatni przy zastosowaniu tuberkuliny lub złota tam, gdzie wszystkie poprzednie sposoby leczenia, w szczególności siarka koloidalna, jod, emanacje radioaktywne zawiodły. Poza temi formami przewlekłego gośćca na tle gruźliczem, etiologję gruźliczą mogą mieć i inne artropatje stawowe w szczególności „spondylosis rhizomelica" i „morbus coxae senilis".

Podostry gościec gruźliczy. (Le rhumatisme tuberculeux subaigu). P i c i C h a p u y.

Journal de Médecine de Lyon. Nr. 296, 1932.

Istnieje tylko nieznaczna różnica między podostrym gośćcem gruźliczym a gośćcem ostrym tego pochodzenia. W przebiegu gośćca podostrego występują czasami zaostrzenia zbliżające go do form ostrych, czasami początek jego jest ostry, ogółem biorąc jednak należy do form ostrych zaliczyć te wszystkie przypadki, w których objawy stawowe nie są bardzo silnie zaznaczone, a ciepłota nie przewyższa 38,0° — 38,5°.

W tej postaci jest on prawie tak częsty, jak i ostra forma gośćca gruźliczego. Zajęte są najczęściej wielkie stawy, objawy mogą przeskakiwać z jednego stawu na drugi, przeważają jednak formy jednostawowe. Objawy ogólne są różne, ciepłota może pozostać prawidłową, stałym objawem jest osłabienie, wychudzenie, poty. Trwałe zmiany stawowe spostrzega się rzadko, natomiast częste są zaniki mięśniowe; leczenie salicylowe pozostaje najczęściej bez skutku. Dokładne wywiady, wykazujące w przeszłości osobistej czy rodzinnej gruźlicę, badania laboratoryjne w postaci reakcji tuberkulinowej, szczepienia płynu stawowego i t. d. ułatwiają stwierdzenie gruźliczej natury tego cierpienia, którego kliniczne odróżnienie od form gośćcowych innego pochodzenia jest niemożliwe. Leczenie również ułatwia postawienie rozpoznania, gdyż o ile salicyl naogół pozostaje bez wyniku, leczenie tuberkulinowe, klimatyczne, świetlne, odpowiednie odżywianie, spokój, czasami leczenie za pomocą złota może doprowadzić do wyleczenia.

Zmiany anatomiczne w przebiegu tej formy gośćca różnią się również od klasycznych zmian gruźliczych, są to najczęściej przejściowe zmiany zapalne, ostre lub podostre, podobne do wczesnych objawów gruźlicy na błonach surowiczych, które należy uważać jako objawy alergji ustroju. Postawienie rozpoznania jest niezmiernie ważne przez wzgląd na leczenie, należy bowiem na tych chorych spoglądać jako na gruźlików i odpowiednio z nimi postępować.

Gruźlicy i reumatycy. (Tuberculeux et rhumatisants). D u m a r e s t, M o l l a r d, S i v r i è r e et P a p a t e s t a s.

Le Journal de Médecine de Lyon. Nr. 295. 1932.

Od roku 1897, w którym *Poncet* wyraził podejrzenie co do gruźliczego pochodzenia gośćca i poparł je całym szeregiem dowodów klinicznych, hypoteza ta znalazła potwierdzenie w całym szeregu faktów, wykazujących słuszność spostrzeżeń Ponceta. Znaleziono laseczniki w stawach, w sercu i we krwi chorych gośćcowych, cierpiących równocześnie na powikłania sercowe, wywołane objawy gruźlicy u świnki morskiej po wstrzyknięciu płynu z opłucnej od chorych cierpiących na ostry gościec stawowy, powikłany zapaleniem wsierdzia i opłucnej, wykazując w ten sposób bakterjologicznie gruźlicze pochodzenie całego szeregu przypadków gośćca. Równocześnie zmieniło się samo pojęcie gośćca jako cierpienia stawowego, gdyż wykazano, że gościec przebiegać może bez objawów stawowych i że objawy ze strony narządów wewnętrznych poprzedzać mogą objawy stawowe. Wyłoniło się z tego pojęcie cierpienia gośćcowego, w którem objawy stawowe są tylko wyrazem nadwrażliwości ustroju. Wreszcie ostatnie badania *Löwensteina*, *Reitera* i *Kerna*, które wykazały laseczniki Kocha we krwi 22 na 27 chorych, cierpiących na ostry gościec, postawiły zagadnienie gruźliczego pochodzenia każdego ostrego gośćca stawowego. Pojęcie specjalnej skłonności gośćcowej jest również rozpatrywane, przyczem ostatnio wysunięto jako podłoże, uspasabiające do gośćca niedomogę wątroby.

Autorzy rozpatrywali z punktu widzenia powikłań gośćcowych historje choroby 1000 gruźlików oraz licznych chorych leczonych w sanatorjum Mangini. Wyraźne powikłania gośćcowe stwierdzili tylko w 56 przypadkach, jednakże prawdopodobnie historje choroby nie zawierały spostrzeżeń co do przelotnych dolegliwości stawowych tak częstych u gruźlików. Z 56 przypadków w 41 gościec wystąpił w formie ostrej, w 11 w formie przewlekłej. Najczęściej (32 przypadki), występowały objawy gośćca po stwierdzeniu klinicznem gruźlicy, w 21 przypadkach gościec poprzedzał gruźlicę, która naogół miała charakter włóknisty i przebiegała łagodnie, w dalszym rozwoju pozostając bez zmiany albo nawet wykazując skłonność do poprawy. Autorzy zwracają uwagę, że dość liczna liczba ich chorych miała objawy dyspeptyczne, związane z lekką niedomogą wątroby, kilku było alkoholików. W związku z tem zaznaczają oni, że możliwem jest, iż istnieje u gruźlików, cierpiących na gościec pewne podłoże, może na tle niedomogi wątroby, które, sprzyjając wystąpieniu gośćca, wpływa równocześnie na łagodny przebieg gruźlicy.

Chorzy gośćcowi przewlekli a wody mineralne. Les rhumatisans chroniques aux eaux minérales. B a r r a u, F l u r i n, F o r e s t i e r, F r a n c i n et G a y.

Bulletin Général de thérapetique. Nr. 3. 1932.

Autorzy rozpatrują przedewszystkiem przeciwwskazania do leczenia wodami mineralnemi, następnie wskazania i wreszcie właściwości poszczególnych miejscowości leczniczych.

Przeciwwskazania dzielą się na stałe i przejściowe. Nie nadają się do leczenia mineralnego stany ostre i podostre gośćca, gruźlice stawowe czy narządów wewnętrznych, natomiast postać Poncetowska gośćca dobrze reaguje na leczenie mineralne. Cierpienia wątroby, nerek, serca są przeciwwskazaniami do leczenia mineralnego, o ile występują objawy niewydolności ze strony tych narządów, niedostateczność nadnerczy w przypadkach, gdy ciśnienie skurczowe jest obniżone poniżej 100 m. Hg. i gdy łączy się ono z szybkiem wyczerpaniem mięśniowem i astenją, przeciwskazaniem jest również skłonność do krwawień, szczególniej w okresie przekwitania wreszcie w nadciśnieniu tętniczem stałem szczególnie gdy ciśnienie skurczowe jest powyżej 210 m. Hg., a ciśnienie rozkurczowe powyżej 100, należy być ostrożnym i śledzić za leczeniem. W końcu leczenie mineralne jest niedopuszczalne w przypadkach raka. Przejściowo nie nadają się do leczenia mineralnego chorzy, którzy niedawno przebyli zapalenie żył, chorzy z kolką żółciową lub nerkową, z cierpieniami skórnemi, takimi jak np. czyrakowatość, owrzodzenie na tle żylaków i t. d.

Należy wysyłać chorych we wczesnym okresie cierpienia t. zn. wtedy gdy nie wystąpiły jeszcze nieodwracalne zmiany stawowe, najlepiej zaraz po przejściu sprawy ostrej czy podostrej t. zn. gdy ciepłota już nie jest podwyższona, reakcje miejscowe znikły, gdy bóle stawowe czy neuralgiczne również się zmniejszyły. Oznaczenie odpowiedniej pory dla leczenia mineralnego nie jest rzeczą łatwą, a jest bardzo ważne, gdyż jeżeli się to leczenie rozpocznie się zawcześnie można zaostrzyć sprawę jeszcze tlejącą, jeżeli zapóźno działa się na zmiany już nieodwracalne, wreszcie ważny jest wybór odpowiedniej miejscowości leczniczej. Przekonanie, że sezony lecznicze należy powtarzać przynajmiej trzykrotnie, zdaje się mieć za podstawę słuszne spostrzeżenia życiowe, wreszcie trzeba przypominać chorym, że leczenie ogranicza się nie tylko do czasu pobytu w miejscowości kuracyjnej, ale jest równie ważne i po przebyciu sezonu leczenia. Sezon leczniczy zależnie od okoliczności trwa od 3 — 6 tygodni, po nim powinien zawsze nastąpić 10—14-dniowy wypoczynek przed powrotem do pracy. Pomimo, że technika leczenia staje się coraz bardziej jednolitą, pomimo, że pewne sposoby lecznicze jak np. leczenie diuretyczne są stosowane prawie we wszystkich miejscowościach kuracyjnych i pomimo, że można osiągnąć różne wyniki z tych że samych źródeł, zależnie od sposobu ich zastosowania, jednakże wiekowe doświadczenie wykazuje, że pewne źródła mają jakby właściwości osobnicze, które czynią, że nadają się one w pewnych określonych przypadkach w których inne źródła mniej dobrze działają. Z tego też względu z punktu widzenia etiologji wskazane są następujące miejscowości: w przypadkach gośćca ostrego Bains les Bains, Luxeuil, Neris, Plombieres; w stanach późniejszych Aix les Bains, Dax, Bourbonne les Bains. Dla gośćca na tle kiłowem kiłowem nadają się szczególnie Aix les Bains. Baréges, Gauterets, Luchon, Uriage. Dla gośćca gruźliczego Bourbon - l'Archambault. Po przebytym ostrym gośćcu stawowym szczególnie są korzystne Bourbon Lancy, Bourbon les Bains, Neris, Royat. Zmiany stawowe na tle artretyzmu są różnie leczone zależnie od okresu cierpienia, jednakże tak w okresie wczesnym, jak i późniejszym leczenie powinno być zewnętrzne i wewnętrzne. W okresie pierwszym wskazane są szczególnie do użytku wewnętrznego Aix les Bains, Evian, Thonon, albo też Contrexeville, Martigny, Vittel, wreszcie wody alkaliczne np. Vichy, Pouguest, Vals. W okresach późniejszych w stanach bólowych dobrze działają Bains les Bains, Bourbon-Lancy, Evaux, Luxeuil, Neris, Plombieres, w zesztywnieniach i naciekach Aix les Bains, Dax, Bourbon-Lancy. Pozatem dla spraw gośćcowych na tle zakażeń ogniskowych z jamy nosogardzielowej korzystny jest pobyt w Cauterets, Luchon, Uriage. W świeżych stanach neuralgicznych, gdy bóle są jeszcze silne, wskazane są Bagnères de Bigorre, Bains les Bains, Bourbon-Lancy, Evaux, Lamalou, Luxeuil, Neris, Plombiéres, Royat, później Aix les Bains, Bourbonne les Bains, Cauterets. Dax, Luchon. Aix les Bains działa doskonale na sprawy mięśniowe lumbago,torticollis. W przebiegu zapalnych spraw stawowych wyniki otrzymuje się szczególnie w Bains les Bains, Bourbon l'Archambault, Chaudesaigues, Evaux, Luxeuils, Néris, Plombières, Dax i Aix les Bains są przeciwskazane. W sprawach tkankołącznowych z zesztywnieniami posyła się chorych do Aix les Bains, Aix les Thermes, Bourbon l'Archambault, Bourbonne les Bains, Cauterets, Dax, Luchon, w ankilozach kostnych do Baregè Bourbonne les Bains, Bourbon l'Archambault lub też do kąpieli błotnych w Balaruc, Brabotan, Dax, Prechacq et Saint Amand. Formy amyotroficzne korzystnie reagują na leczenie w Aix les Bains, Aix les Thermes, Barèges, Bourbonne les Bains, Luchon i Salins-Moutiers.

Gośćciec naczynioruchowy. Le rhumatisme vasomoteur. E t i e n n e M a y.

Revue de Médecine. Nr. 5; 1932.

Autor opisuje odrębną postać gośćca, powstającą na tle zaburzeń naczynio-ruchowych. Opiera się on na spostrzeżeniu, że spotyka się zmiany stawowe w całym szeregu cierpień, które jako cechę wspólną wykazują zaburzenia układu nerwowego naczynioruchowego. Zmiany naczynioruchowe mogą za sobą pociągnąć zmiany struktury kostnej w szczególności wszelkie przekrwienie prowadzi do rozrzedzenia tkanki kostnej; szpik kostny jakby zużywa swą pochwę, a zwolnione sole wapienne są przyczyną zwapnienia ścięgien i więzadeł. Zmiany te są szczególnie wyraźne w okolicy epifyz, gdzie unaczynienie jest bogate i wskutek tego zrozumiałe są przewlekłe formy gośćca, które przy zaburzeniach naczynioruchowych występują w postaci obrzęku okołostawowego, rozrzedzenia kości oraz zwapnienia ścięgien i więzadeł. Wszelkie więc zaburzenia naczynioruchowe, występujące w sąsiedztwie chorych stawów mogą

pociągnąć za sobą cały kompleks objawowy przewlekłego gośćca. Zaburzenie naczynioruchowe stwierdza się także w początku wielu spraw przewlekłych gośćcowych, w gośćcu zakaźnym np. objawy stawowe są poprzedzone przez zmiany naczynioruchowe; z tego punktu widzenia nawet wszystkie formy gośćca przewlekłego możnaby sprowadzić do wspólnego mianownika naczynioruchowego, jednakże nie można tego uczynić, gdyż nie wiadomo czy działanie gruczołów przytarczycznych na równowagę soli wapiennych w kości odbywa się również drogą nerwów naczynioruchowych. Niezależnie od trzech wielkich grup cierpień gośćcowych, które powstają w związku z zaburzeniami naczynioruchowemi (gościec zakaźny, alergiczny, zapalne sprawy stawowe miejscowe) spotyka się sprawy reumatyczne przewlekłe w cierpieniach z zaburzeniami naczynioruchowemi kończyn, spowodowanemi zaburzeniem równowagi układu współczulnego. Do tych spraw należą erythromelalgja, acroparestezje, choroba Reynaud, ponadto można dołączyć do tej grupy pokrzywkę, sclerodermię i chorobę Quinckego. Uderzającem jest, że gościec przewlekły rzadko łączy się z chorobą Reynaud, która przebiega z objawami typowo ischemicznemi, natomiast częściej ze sclerodermią, w której w początkowych okresach zmian naczynioruchowych spotyka się czasami bóle stawowe, dolegliwości przypominające podostry gościec stawowy, a dopiero w późniejszych okresach występują znieruchomienia i zniekształcenia stawów, prawdopodobnie na tle tych samych zmian tkankołącznowych, które są przyczyną sklerodermji. Podobny stan stwierdza się przy erythromelalgji, w akroparestezjach i w pewnych formach obrzęku Quinckego w których obrzęk jest czerwony, bolesny, ma jednym słowem charakter zapalny. Spostrzeżenia te wykazują, że zmiany naczynioruchowe, szczególnie jednak te w których przeważa rozszerzanie się naczyń, idą w parze z przewlekłemi sprawami stawowemi. Reumatyzm jest w tych przypadkach cierpieniem wtórnem, zakończeniem procesu, w którym przeważną rolę odgrywały zaburzenia naczynioruchowe. W pewnych przypadkach jednak dolegliwości stawowe panują nad całym procesem chorobowym i tylko wywiady wykazują, że w jego początkach występowały zmiany naczyniowe. Autor przypuszcza, że reumatyzm spotykany u kobiet w okresie przekwitania jest również pochodzenia naczynioruchowego, gdyż możliwem jest, że dolegliwości naczynioruchowe, na które cierpią w tym czasie kobiety, uderzenia krwi do głowy, etc. rozciągają się na cały ustrój, a więc i na tkankę kostną, wywołując przekrwienie epifyz. Dolegliwości reumatyczne okresu przekwitania nie reagują wprawdzie albo reagują bardzo słabo na wyciągi jajnikowe, ale ponieważ i inne dolegliwości tego okresu (erythromelalgje, acroparestezje) są także na ten rodzaj leczenia odporne przemawie to raczej za tem, że dotychczas stosowane preparaty są może mało czynne.

Reumatyzm naczynioruchowy posiada wspólne cechy kliniczne. Zajęte są szczególnie kończyny, ręce i nogi, przyczem częściej występują dolegliwości w stawach palcowych, w stawach nadgarstkowych, zmiany i bóle stawowe są symetryczne. Dużych zniekształceń nie stwierdza się naogół, jest to tak zw. reumatyzm, w którym przeważają objawy bólowe, występujące atakowo czasami w towarzystwie lekkiego zaczerwienienia i obrzmienia stawów bolesnych. Czasami łączą się z tem bóle przejściowe w różnych częściach ciała, tak często, spotykane w okresie przekwitania lub kastracji. W niektórych formach występują tylko bóle stawowe, które znikają po pewnym czasie, nie zostawiając śladów, w innych znowu przypadkach pozostają typowe zniekształcenia w postaci zgięcia członków palców w stosunku do dłoni z obrzmieniami członków podstawowych szczególnie palca wskazującego i trzeciego. Zmiany stawowe przebiegają naogół bez wysięku, zniekształcenia i znieruchomienia stawów nie są bardzo wybitne.

Wyodrębnienie nowej formy reumatyzmu na tle naczynioruchowem pozwala na pewne wnioski praktyczne; należy w tych przypadkach działać leczniczo na zaburzenia układu współczulnego, będące istotną przyczyną tego cierpienia. Autor zaleca probować leczenia fizykalnego, stosowania promieni X, leczenia za pomocą szoku, wreszcie leczenia chirurgicznego.

Leczenie grypy za pomocą pilocarpiny. (Traitement de la grippe au moyen des effets hypercriniques de la pilocarpine). Monnerot-Dumaine.

Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris Nr. 17; 1932.

Opierając się na starym sposobie leczenia chorób gorączkowych za pomocą wywoływania obfitych potów, a także ponieważ często chorzy nie reagują na zwykłe środki napotne użył autor w celach leczniczych w przebiegu grypy pilocarpiny, podając ją w dawkach 0.005 — 0.01. Wyniki tego sposobu leczenia były następujące: grypa lekka nie powikłana w początkach kończy się naogół szybko po potach, wywołanych wstrzyknięciem pilocarpiny. Grypa powikłana nieżytem oskrzeli kończy się naogół w 24 godziny po wstrzyknięciu. Jeżeli pilocarpina nie wywołuje potów niema żadnego działania i na przebieg grypy. Trzeba wtedy próbować większych dawek. Jeżeli się potwierdzi dodatnie działanie potów w przebiegu grypy należałoby tą metodę rozszerzyć i dla leczenia innych spraw zakaźnych przy czem jednak należy dopiero ustalić sposób jej stosowania w powikłaniach grypowych, w grypach starców i dzieci.

O wartości rozpoznawczej enuresis. (Valeur diagnostique et pronostique de l'enuresis). Marcel Pinard et Melle Corbillon.

Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris. Nr. 13; 1932.

Badając 180 przypadków enuresis stwierdzili autorzy wynik dodatni Wassermanna w 25% przypadków, pozatem u ogromnej większości badanych mogli wykazać dziedzicznie obciążenie kiłą. Wnioskują na podstawie tych spostrzeżeń, że obciążenie dziedziczne kiłą stwarza podłoże, będące główną przyczyną moczenia. Poza tem spostrzeżenia autorów wykazały, że dzieci z enuresis są często niedorozwinięte, że często spostrzega się u nich padaczka i zapalenie opon mózgowych. Uderza także, że potomstwo moczących się wykazuje cechy degeneracji. Wobec tego zwracają autorzy uwagę, że enuresis nie jest ani cierpieniem lekkiem, ani banalnem. Rokowanie enuresis jest poważne nie tylko przez wzgląd na bezpośrednio niemiłe następstwa, ale przez skutki, które pociąga, przez skłonność do chorób nerwowych w szczególności do epilepsji, wreszcie przez następstwa dla potomstwa. Należy więc na enuresis spoglądać jako na następstwo kiły przodków i odpowiednio ją leczyć. Leczenie specyficzne za pomocą rtęci, arszeniku, bismutu daje doskonałe wyniki, ale pod warunkiem że jest energiczne i odpowiednio długotrwałe. Oczywiście spotyka się także przypadki oporne i na leczenie swoiste.

Krwotoki gruźlicze a przelewanie krwi. (Hémoptysies tuberculeuses et transfusion). Richet Fils, Arnault Tzanck et François Joly.

Bull. méd. Soc. Méd. Hôp. Paris. Nr. 11; 1932.

Autorzy stosowali transfuzje krwi w 7 przypadkach ciężkich krwotoków płucnych, otrzymując u wszystkich chorych dobre wyniki, gdyż krwawienia naogół zatrzymywały się w ciągu doby. Ilość przelanej krwi wynosiła naogół 150 gr. w jednym przypadku tylko użytko 500 gr. Ubocznych objawów nie stwierdzono. Przelewanie należy według autorów stosować w przypadkach krwotoków bardzo obfitych, powtarzających się, długotrwałych i opornych na inne sposoby leczenia. Przelewanie krwi poza swym działaniem przeciwkrwotocznem, zdaje się, mieć i działanie dodatnie na przebieg gruźlicy szczególnie, jeżeli krew użyta pochodzi od osobnika, który sam przechodził gruźlicę włóknistą nie dającą żadnych objawów. Jest to wtedy prawdziwa immunohemoterapja. *E. Reicher.*

CHOROBY DZIECIĘCE.

Przyczynek do badania niedokrewności pochodzenia pokarmowego u dzieci. (Contribution à l'étude des anémies d'origine alimentaire de l'enfant). Louise Weill.

Journal de Méd. de Lyon, 1932.

Anemje wywoływane przez różne czynniki są zjawiskiem częstem w pierwszych latach życia. Niedokrewność pochodzenia pokarmowego zależy od wadliwego odżywiania i może powstawać zupełnie niezależnie od zaburzeń żołądkowo-jelitowych, towarzyszących lub nie wadom w odżywianiu.

Anemje pochodzenia pokarmowego w ich postaci czystej nie spotykają się w patologji dorosłych. Inaczej u dzieci. Odżywianie niemowlęcia bywa mało urozmaicone i składa się przeważnie z mleka; poza tym dołączają się inne czynniki: niedożywianie, błędy w odżywianiu, szczególnie często popełniane w okresie odstawiania. Autorka omawia kolejno znaczenie czynnika ilościowego i jakościowego w odżywianiu dziecka, później omawia niektóre typy niedokrewności pokarmowych, wreszcie znaczenie niektórych pokarmów dla odnowy składników krwi.

Dawniej zwracano uwagę przedewszystkiem na czynnik ilościowy. Wyniki doświadczeń i badań nad wpływem niedożywiania i głodzenia na powstawanie niedokrewności były sprzeczne. Nie ulega wątpliwości, że głodzenie ilościowe wywołuje znaczne uszkodzenia w narządach krwiotwórczych, ale niedokrewność zależna od tego uszkodzenia ujawnia się wyraźnie późno, w okresie rozpoczęcia forsownego żywienia.

Należy kolejno rozpatrzeć działanie poszczególnych składników pokarmowych na układ krwiotwórczy. Różni badacze zgodnie dochodzą do wniosku, że odżywianie węglowodanowe najmniej sprzyja odnowie krwi. Węglowodany nie dostarczają żadnego pierwiastka pożytecznego dla odnowy krwi; a więc nadmierne żywienie węglowodanami nie jest wskazane w djetetyce niedokrewności.

Działanie tłuszczów było wielokrotnie badane i niektórzy autorzy łączą z tem działaniem niszczenie krwinek. Według *Czerny'ego* przyczyną niektórych anemji dziecięcych jest szkodliwe działanie tłuszczów zawartych w mleku. Doświadczalnie wywoływano niedokrewność u zwierząt za pomocą niektórych kwasów tłuszczowych. Odnowa krwi przy nadmiarze tłuszczów w pokarmie odbywa się bardzo wolno. *Glancmann* otrzymywał za pomocą djety tłuszczowej ciężkie postacie niedokrewności.

Natomiast badania nad białkiem zgodnie wykazały, że różne rodzaje białka są niezbędne dla odnowy krwi, a szczególnie niektóre kwasy aminowe wykazują pod tym względem wybitne działanie (histydyna, tryptofan). Oczywiście, że każde wyłączne odżywianie tym lub innym składnikiem pokarmowym jest szkodliwe, wskutek braku innych składników i powstającemu stąd zaburzeniu równowagi pokarmowej. Badania autorki, przy odżywianiu pełnem, zrównoważonem, w którem jedynie zmieniano ilość tłuszczu, wykazały, że nadmiar tłuszczu w pożywieniu wywiera działanie anemizujące. Odżywienie powinno być nie tylko urozmaicone, lecz przedewszystkiem zrównoważone pod względem wzajemnego stosunku poszczególnych składników.

Procz wyżej wymienionych składników pokarmowych, które mają wartość kaloryczną, są jeszcze liczne składniki o wartości wyłącznie plastycznej. Do nich należą: woda, witaminy, liczne sole mineralne, wśród których pierwsze miejsce w stosunku do nowotworzenia krwi zajmuje żelazo.

Odwodnienie tak często występujące u niemowląt wyniszczonych i wskutek biegunki, może całkowicie zamaskować istnienie niedokrewności prawdziwej, dzięki powstającemu zagęszczeniu krwi i względnemu wzrostowi liczby ciałek czerwonych. Wyniki badania krwi u dzieci odwodnionych są więc niemiarodajne dla stwierdzenia niedokrewności.

Żelazo jest składnikiem pokarmowym niezbędnym. Zapotrzebowanie żelaza u dziecka jest ogromne. Nie tylko bowiem odnawia się ciągle ilość zniszczonej hemoglobiny lecz powinna ona wzrastać w stosunku do powiększającej się stale masy ogólnej krwi.

Niemowlę będące w najlepszych warunkach odżywiania, t. j. przy piersi otrzymuje w pokarmie tylko 25% swego zapotrzebowania na żelazo; przy odżywianiu sztucznem ilość ta jest jeszcze mniejszą. Resztę czerpie niemowlę w pierwszych miesiącach życia z rezerwy wątrobnej, lecz jasnem jest, że bardzo łatwo może powstawać u niego niedokrewność typu blednicowego wskutek braku żelaza. Tego typu niedokrewność powstaje najczęściej u niemowląt, które tyją. Obraz morfologiczny krwi przedstawia się typowo: miano hemoglobiny obniżone do 60% — 40%, przy normalnej liczbie krwinek czerwonych. Typową cechą niedo-

krewności jest szybka poprawa przy podawaniu żelaza, które w tym celu trzeba podawać nawet niemowlętom w dużych dawkach. Małe dawki są bezskuteczne, poza tym żelazo jest doskonale tolerowane przez najmłodsze dzieci. W patogenezie tej niedokrewności między innemi odgrywa dużą rolę zbyt długo trwające i wyłączne żywienie mlekiem, co jest zupełnie zrozumiałe ze względu na znikomą zawartość żelaza w mleku krowiem, zawartość absolutnie niewystarczającą dla pokrycia zapotrzebowania ustroju.

Co się tyczy wpływu witamin na nowotworzenie krwi, to nie ulega wątpliwości, że witamina C zawarta w surowych sokach owoców i jarzyn jest niezbędną i że brak tej witaminy wywołuje charakterystyczną niedokrewność, która cechuje się tem, że nie ustępuje przy podawaniu żelaza, lecz szybko leczy się przez podawanie soku cytrynowego. Pozostałe witaminy większego znaczenia na krwiotwórczość zdają się nie posiadać.

Najbardziej charakterystyczny typ niedokrewności blednicowej otrzymuje się przy wyłącznem i zbyt długotrwałem żywieniu mlekiem krowiem, a szczególnie koziem. Prócz braku żelaza, ma odgrywać tu rolę według zdania wielu badaczy toksyczne działanie na krwinki czerwone pewnych kwasów tłuszczowych. Pod tym względem mleko kozie jest wybitnie szkodliwe; zwierzęta doświadczalne giną przy żywieniu ich wyłącznie mlekiem koziem. Szybko stwierdza się u nich obniżenie miana hemoglobiny i nawet zmniejszenie ilości ciałek czerwonych. Ani żelazo, ani sok cytrynowy nie ratują zwierzęcia. Nie ulega wątpliwości, że chodzi tu o działanie toksyczne mleka koziego na układ krwiotwórczy.

Wiadomo, dzięki badaniom *Whipple'a*, *Minot* i *Murphy*, że niektóre pokarmy wywierają potężne działanie na nowotworzenie się krwi. Znaczenie odżywiania wątrobą w niedokrewności złośliwej jest ogólnie znane. Czy można w ten sposób leczyć niedokrewności pokarmowe u niemowląt nie jest jeszcze rozstrzygnięte ostatecznie, gdyż wyniki u różnych badaczy są sprzeczne.

Odżywianie pozbawione witamin i dystrofje utajone u dzieci. (Régimes carencés et dystrophies inapparentes chez l'enfant). Georges Mouriquand.

Journal de Méd. de Lyon. 1932.

Pierwsze badania autora dotyczące awitaminoz pokarmowych skierowane były przedewszystkiem na objawy wyraźne, jawne, później na ich przejawy poronne. Najnowsze badania doprowadziły autora do przyjęcia poglądu o istnieniu dystrofji (awitaminoz) pokarmowych utajonych.

Przedewszystkiem autor podaje klasyfikację ogólną dystrofji pokarmowych u dziecka. Klasyfikacja ujęta jest z dwuch punktów widzenia: etjologicznego i klinicznego.

I. Postacie etjologiczne.

Dystrofje pochodzenia pokarmowego mogą zależeć od czynnika ilościowego, jakościowego i mieszanego.

1) Dystrofje pokarmowe wskutek czynnika ilościowego.

Są to zaburzenia w odżywianiu, które zależą albo od zbyt dużej kalorycznie dawki pokarmowej lub od zbyt małej; poza tym djeta może być całkowicie zrównoważoną (pod względem wzajemnego stosunku poszczególnych składników: białka, tłuszczu, węglowodanów, soli i wody). Typem takiej dystrofji jest ta, którą obserwujemy u niemowląt karmionych piersią (to znaczy pokarmem jakościowo zupełnie zrównoważonym) jeżeli otrzymują one duże lub zbyt skąpe dawki pokarmu.

W tym wypadku dystrofja ilościowa przy nadmiarze pokarmu doprowadza najczęściej do otyłości, bez lub z zaburzeniami jelitowemi, lecz zaburzenia to rzadko bywają poważne.

Dystrofja ilościowa przy zbyt małych dawkach pokarmu (naturalnego, zrównoważonego) wywołuje wychudzenie, lecz wyjątkowo tylko dochodzące do wyniszczenia, a to właśnie z powodu idealnej jakościowej równowagi pokarmowej, przy której długo utrzymuje się sprawność komórek i tkanek zbliżona do normy.

2) Dystrofje pokarmowe jakościowe.

Te zasadniczo zależą od naruszenia równowagi pokarmowej t. j. od braku w pożywieniu właściwego, fizjologicznego stosunku pomiędzy poszczególnemi składnikami pokarmowemi.

Wśród dystrofji tego typu należy odróżniać dystrofje zwykłe, które zależą od braku równowagi pomiędzy składnikami głównemi pożywienia (białko, węglowodany, tłuszcze). Nadmiar białka prowadzi jak wiadomo w kierunku azotemji, łączny nadmiar białka i tłuszczu w kierunku kwasicy (acetonemji), nadmiar węglowodanów prowadzi do obrzęków i t. p.

W odróżnieniu od tego istnieją dystrofje t. zw. awitaminowe, które zależą od braku w pożywieniu minimalnych substancji o typie katalizatorów czyli t. zw. witamin.

3) Dystrofje pokarmowe mieszane.

Są to te, które najczęściej spotyka się w praktyce. Najczęściej bowiem żywienie dziecka jest wadliwem zarówno pod względem ilości kalorycznych pokarmu, jak i pod względem braku równowagi pokarmowej jakościowej i braku witamin.

Można powiedzieć bez przesady, że obecnie główną przyczyną zachorowalności i śmiertelności wśród niemowląt jest odżywianie: niedostateczne ilościowo, niezrównoważone jakościowo pod względem składników głównych i witamin.

Wszystkie te dystrofje pochodzenia pokarmowego klinicznie mogą przedstawiać się w 3-ch postaciach, jako:

1) Dystrofje jawne, z typowemi klasycznemi objawami w komplecie.

2) Predystrofje czyli zaburzenia poprzedzające przy objawach poronnych.

3) Dystrofje utajone czyli klinicznie zupełnie bezobjawowe.

Istnienie tych ostatnich jest jednak zupełnie realne, co stara się udowodnić autor licznemi przekonywującemi spostrzeżeniami i doświadczeniami na zwierzętach. Zaburzenia te przebiegają bezobjawowo do chwili, aż pewien dodatkowy czynnik szkodliwy nie ujawni tej lub innej awitaminozy. Takim „czynnikiem ujawniającym" może być każde zakażenie, wszelkiego rodzaju wpływy toksyczne i samozatrucia, niektóre substancje farmaceutyczne, jak naprz. wapień i stront w krzywicy utajonej i t. p.

Można zasadniczo przyjąć, — że każde niemowlę będące na odżywianiu niezrównoważonem, lub awitaminowem przez szereg miesięcy, — znajduje się w stanie dystrofji utajonej, mimo braku objawów klinicznych, dobrego przyrostu na wadze i pozornego zdrowia.

Anemje pochodzenia pokarmowego u niemowląt. (Les anémies alimentaires dans le premier age). Jean Cathala.

Paris Médical Février, 1932.

W patologji dorosłych do wyjątków należą stany niedokrewności wywołane bezpośrednio zaburzeniami pokarmowemi i dające się leczyć zwykłą zmianą rodzaju odżywiania. U niemowląt jest to na porządku dziennym. Ustrój młody w okresie czynnego rozrostu wykazuje nadzwyczajną wrażliwość na wpływy pokarmowe. W praktyce pozwala to wyjaśnić zalety i wady różnych rodzajów odżywiania stosowanych u dzieci.

W pierwszych latach życia, pomijając niedokrewności zależne bezpośrednio od choroby krwi lub występujące wtórnie na skutek różnych zakażeń, — niedokrewność rozwija się podstępnie, stopniowo, bez uchwytnej przyczyny i po osiągnięciu pewnego stopnia samoistnie w ciągu następnych miesięcy lub lat ustępuje. Dzieje się to głównie dlatego, że z wiekiem ulega zmianie rodzaj żywienia dziecka. Wyzdrowienie daleko szybsze i niezależne od wieku osiągnąć można, wprowadzając celowe i szerokie zmiany do odżywiania dziecka.

Pewien określony typ niedokrewności uleczalnej rozwija się w pewnych granicach wieku u pewnych dzieci poddanych pewnej określonej djecie. Niedokrewność jest w tym wypadku wskaźnikiem zaburzeń w odżywianiu właściwych wiekowi niemowlęcemu, zaburzeń stojących w związku z rodzajem pokarmów. Ten rodzaj niedokrewności zasługuje na miano niedokrewności pokarmowej.

Niedokrewność pokarmowa nie jest cierpieniem pierwszych miesięcy życia: uwidacznia się przeważnie w drugiem półroczu, szczególnie w końcu pierwszego i w drugim roku. Rozwija się przedewszystkiem u dzieci żywionych sztucznie. Lecz wśród tych ostatnich osiąga wysoki stopień tylko u dzieci żywionych wyłącznie mlekiem krowiem, a szczególnie u otrzymujących nadmierną ilość mleka, przekraczającą litr dziennie. Dodatek mąki i ryżu nie stanowi przeszkody dla rozwoju niedokrewności. Najwybitniej występuje niedokrewność przy wyłącznem żywieniu mlekiem koziem. Nie wszystkie dzieci w równym stopniu chorują mimo jednakową djetę mleczną. Uwidacznia się tu znaczenie podłoża konstytucyjnego, które tłomaczy dlaczego tylko pewne dzieci stają się niedokrewnemi pod wpływem określonego rodzaju żywienia.

Szczególnie łatwo niedokrewność występuje u wcześniaków i bliźniąt. Prócz tego niewątpliwie istnieje pewna skłonność rodzinna, konstytucyjna. W rozpoznaniu przedewszystkiem należy zwrócić uwagę na wiek dziecka. Niedokrewność pokarmowa występuje bowiem poczynając od drugiego półrocza życia i do trzech lat najwyżej. Zwraca uwagę bladość powłok skórnych, śluzówek i uszu. Naturalnie tylko badanie krwi rozstrzyga sprawę ostatecznie. Wzrost i waga nie odbiegają znacznie od normy. Zwykle nawet te blade niemowlęta są nalane. Według *Czerny'ego* nawet brak pewnej otyłości pozwala wątpić co do pokarmowego charakteru niedokrewności. Mimo, że tkanka tłuszczowa jest dobrze rozwiniętą, tkanki są wiotkie, miękkie. Zwraca uwagę pewne zahamowanie rozwoju psycho-motorycznego; dziecko obawia się ruchów, niechętnie stoi lub chodzi. Nastrój smutny, apatyczny, drażliwy, bez uśmiechu. Zwraca uwagę brak łaknienia; najchętniej jeszcze dziecko przyjmuje mleko, natomiast odmawia przyjmowania innych pokarmów. Czasami zaznaczają się nieznaczne obrzęki. Narządy wewnętrzne zwykle nie wykazują zmian. Natomiast często dzieci te wykazują zaburzenia ciepłoty i stany podgorączkowe zależne prawdopodobnie od częstych zakażeń górnych dróg oddechowych.

Bardzo często niedokrewność kojarzy się z krzywicą. Jednakże są to sprawy niezależne, gdyż leczenie skierowane przeciw krzywicy nie ma wpływu na niedokrewność. Dzieci z niedokrewnością pokarmową są bardzo wrażliwe na najdrobniejsze zakażenia, na które najlepszem leczeniem jest odpowiednie odżywianie skierowane przeciwko niedokrewności. Nieżyty noso-gardzieli, nieżyty oskrzelowe, zapalenia ucha środkowego są częstemi towarzyszami niedokrewności pokarmowej. Częste są również zaburzenia żołądkowo-jelitowe i wymioty, biegunka i niestrawność.

Nie istnieje specjalny obraz krwi dla niedokrewności pokarmowej. Badanie krwi daje wskazówki tylko co do stopnia niedokrewności, jej typu morfologicznego, stopnia odczynu ustroju, lecz nie pozwala ani wykluczyć etjologji pokarmowej, ani ją potwierdzić. Morfologicznie mogą to być obrazy zarówno anemji zwykłej wtórnej, anemji blednicowej lub nawet typu Jacksch-Luzet'a. Nie istnieje bowiem żaden ścisły stosunek pomiędzy obrazem morfologicznym, krwi a przyczyną niedokrewności.

Typ niedokrewności pokarmowej jest jednostką, chorobą określoną dzięki znanym warunkom powstawania cierpienia i wynikom leczenia, opartego na zmianie odżywiania. Można mówić o niedokrewności pokarmowej jednak tylko wtedy, jeżeli środki djetetyczne doprowadzają do wyleczenia, a wszelkie inne środki lecznicze, które pozostawiają bez uwzględnienia zasadniczą zmianę w odżywianiu, — pozostają bez skutku.

Oczywiście takie przypadki czystej niedokrewności pokarmowej są rzadkie. W praktyce najczęściej widuje się przypadki skombinowane, w których niedokrewność jest wynikiem działania wielu czynników szkodliwych: zakażeń, przewlekłych zaburzeń dyspeptycznych, dziedziczności i t. p.

Jak można wytłomaczyć wybitne działanie odżywiania na skład krwi?

W warunkach zwykłej regulacji nowotworzenia się elementów krwi powinna istnieć ścisła równowaga pomiędzy fizjologicznem zużywaniem się ciałek krwi, a ich odnową przez narządy krwiotwórcze. W ustrojach rosnących, u dzieci nowotworzenie krwinek powinno przewyższać rozpad, aby zapewnić stale odbywający się przyrost masy krwi. Najmniejsze osłabienie czynności narządów krwiotwórczych, najmniejszy nawet względny brak substancji niezbędnych dla budowy hemoglobiny wystarczają dla wywołania znacznego zachwiania w składzie krwi. Istnieją trzy teorje starające się wytłumaczyć patogenezę tego zachwiania równowagi. Są to:

1) Teorja braku żelaza (w pokarmie, w mleku).

2) Teorje braku niezbędnych witamin.

3) Teorje braku niektórych składników azotowych, wprawdzie nie zawierających żelaza, ale niezbędnych dla budowy drobiny hemoglobinowej. Wszystkie te teorje mają pewne uzasadnienie i wzajemnie uzupełniają się. W leczeniu postaci czystych niedokrewności pokarmoweąj u dzieci na pierwszem miejscu jest zmiana w odżywianiu i żelazo. Przedewszystkiem należy rozszerzyć odżywianie i uzupełnić go niezbędnemi składnikami, jak: soki surowe, jarzyny (szczególnie — szpinak, sałata, groszek, kartofle), sok i mięso surowe, żółtko, owoce (szczególnie jabłka). Wyłączne odżywianie mlekiem i mączkami jest wybitnie szkodliwe; ilość mleka należy znacznie ograniczyć na korzyść wymienionych wyżej pokarmów. W leczeniu niedokrewności złożonych również zmiana djety stanowi główną podstawę, na której opiera się wszelkie dodatkowe leczenie poszczególnych czynników niedokrewności.

O powikłaniach nerwowych w przebiegu odry. (Des complications nerveuses au cours de la rougeole). André Dufourt.

La pédiatrie pratique. Mars. 1932.

Powikłania nerwowe w odrze zasługują na większą uwagę niż im poświęcają podręczniki. Prócz tego, zdaje się, że liczba tych powikłań po wojnie wybitnie wzrosła. Patologja naogół nie pozostaje niezmienną. Nie ulega wątpliwości, że pod wpływem nieznanych jeszcze czynników epidemjologicznych złośliwość zarazków wzrasta lub maleje. Obecnie przeżywamy okres wzmożenia się aktywności jadów i zarazków mających powinowactwo do ośrodków nerwowych. Prawie wszystkie należą one do grupy jadów t. zw. przesączalnych i badania nad niemi w celu wykazania ich swoistości są bardzo utrudnione; zmiany anatomiczne, które wywołują nie są w tym stopniu charakterystyczne, aby pozwoliły rozróżnić ich cechy swoiste, nie pozostawiając wątpliwości.

Jest rzeczą pewną, że od czasu pojawienia się epidemji nagminnego zapalenia mózgu (nevraxitis epidemica, choroba Economo), — choroby wysypkowe dziecięce, szczepionka ospowa i nawet choroby nie wywoływane zarazkiem przesączalnym, jak krztusiec dają w swym przebiegu częściej powikłania i uszkodzenia ośrodków nerwowych dawniej wyjątkowo spotykane.

Powstaje pytanie czy powikłania te wywołują jady tych poszczególnych chorób, jady przesączalne, których powinowactwo dermotropowe może ogarnąć inną tkankę pochodzenia ectodermalnego i przekształca się w powinowactwo neurotropowe; czy też jad nagminnego zapalenia układu nerwowego istniejąc u niektórych osobników w stanie utajonym, pod wpływem anergji wywołanej przez odrę i inne choroby ma możność utrwalić się w ośrodkach nerwowych; czy też powikłania te wywoływane są przez jady innego pochodzenia?

Pierwsze powikłania nerwowe w odrze dotyczące porażeń mięśni gałek ocznych były notowane jeszcze w r. 1724. Później szereg autorów opisywało pojedyńcze przypadki powikłań nerwowych w odrze, a które obejmowały różne porażenia, zapalenia opon, ostre zaburzenia psychiczne i t. p. Od r. 1900 obserwacje stały się liczniejsze i posłużyły autorowi za podstawę do podziału tych powikłań na pewne grupy.

I. Powikłania nerwowe ze strony oczu.

Porażenia nerwów mięśni ocznych wielokrotnie były spostrzegane, czasami u ozdrowieńców po odrze, zwykle jako powikłanie encephalitis morbillosa. Najczęściej porażeniom podlegają mięśnie III pary nerwów czaszkowych.

Zanik nerwu wzrokowego po raz pierwszy notowany był przy końcu odry w r. 1902. Podobne dwa przypadki były notowane w następnych latach przez *Rollet* i *Chevalier:* Częściej zanik nerwu wzrokowego towarzyszy poodrowemu zapaleniu mózgowia. *Eckstein* podaje 9 podobnych przypadków, niektóre uległy wyleczeniu, w innych przypadkach pozostało upośledzenie wzroku.

II. Powikłania nerwowe obwodowe.

Polyneuritis zdarza się rzadko. Jedynie w 1929 roku podano spostrzeżenie dotyczące trojga dzieci, u których po odrze wystąpiły bóle w kończynach dolnych, zaburzenia chodzenia i zniesienie odruchów ścięgnistych. Zaburzenia okazały się przemijające.

III. Zaburzenia psychiczne.

Występują w okresie gorączkowym odry lub w czasie zdrowienia. Chorzy wykazują podniecenie, majaczenie, halucynacje. W ciągu szeregu dni pozostają w stanie dementywnym, wykazują później zaburzenia pamięci. Zwykle następuje wyleczenie.

IV. Powikłania oponowe.

Oczywiście nie wszystkie przypadki zespołów oponowych występujących w przebiegu odry można uzależnić od samego zakażenia odrowego. Należy pamiętać o zapaleniach opon jako powikłaniach usznych i o zapaleniach opon gruźliczych, nie rzadko rozwijających się w następstwie odry u dzieci zakażonych gruźlicą.

Po odrzuceniu tych przypadków, pozostaje jednak pewna liczba spraw oponowych zależnych od jadu odrowego.

Zespoły oponowe poodrowe mogą przypominać klinicznie gruźlicze zapalenie opon, lub ostre sprawy ropne. Płyn mózgowo-rdzeniowy może być jasny i wykazywać limfocytozę, lub posiadać cechy płynu ropnego z przewagą komórek wielojądrzastych.

Autorzy obserwowali dziecko, które u schyłku okresu wysypkowego zaczęło wykazywać wysoką gorączkę, wymioty, bóle głowy, zamroczenie, sztywność mięśniową i wszelkie cechy płynu mózgowo-rdzeniowego, odpowiadające gruźliczemu zapaleniu opon. Sprawa uległa zupełnemu wyleczeniu.

Wszystkie obserwacje odznaczają się nagłym początkiem, wybitnemi objawami oponowemi, które zwykle szybko ustępują dając rokowanie dobre.

V. Powikłania rdzeniowe.

Przeważnie sam rdzeń kręgowy rzadko bywa zajęty. Objawy rdzeniowe stanowią tylko część zespołu zaatakowania całego układu mózgowo-rdzeniowego. W niektórych przypadkach bywają obrazy wyosobnione w postaci myelitis ascendens, lub myelitis transversa. Cechują je albo porażenia rozpoczynające się od kończyn dolnych i obejmujące stopniowo mięśnie tułowia, kończyn górnych, lub paraplegia. Czasami może wystąpić śmierć przy wstępujących objawach opuszkowych.

VI. Powikłania mózgowe (encephalitis).

Zapalenia mózgu w odrze stanowią powikłanie najbardziej częste i najważniejsze. Zespoły objawowe bywają tak różne, że trudno podać ogólny opis schematyczny.

Zapalenia mózgu występują rzadko w okresie wysypkowym, zwykle jest to powikłanie okresu zdrowienia. To późne występowanie w ustroju, który jest na drodze do uodpornienia na jad odrowy jest dziwne i pozwala wątpić czy sam jad odrowy stanowi etjologję tego powikłania. Postacie kliniczne bywają różne i dają się podzielić na grupy, które autor omawia oddzielnie.

a) Postać udarowa.

Chory nagle dostaje drgawek w połączeniu z głęboką utratą przytomności (coma). Ciepłota jest b. wysoka. Notuje się: sinicę, zaburzenia ze strony źrenic, zniesienie odruchów skórnych, wzmożenie odruchów ścięgnistych, objaw Babińskiego, nystagmus, ruchy myokloniczne. Czasami występuje porażenie połowiczne. Płyn mózgowo-rdzeniowy zawiera wzmożoną ilość białka i wykazuje limfocytozę. Zwykle „coma" trwa kilka dni i sprawa kończy się zejściem śmiertelnem. Postać ta jest najbardziej ciężką wśród innych; czasami notowano wyzdrowienia.

b) Postać porażenna.

Występuje porażenie połowiczne (hemiplegja), które ustala się stopniowo albo nagle. Porażenie jest wiotkie, bez lub z zaburzeniami w sferze czuciowej. Zwykle bywa utrata przytomności. Przebieg bywa różny: czasami porażenie ustala się, lub przechodzi w niedowład typu skurczowego; czasami wyleczenie jest zupełne.

c) Postacie różne.

Niektóre postacie powikłań nerwowych nie można objąć żadną klasyfikacją. Tak naprz. notowano napady senności, trwające w ciągu tygodni, lub senność w połączeniu z porażeniem nerwu twarzowego i zaburzeniami łykania i t. p.

d) Postacie poronne.

Zaledwie można zaliczyć te postacie do zapaleń mózgu, aczkolwiek te lub inne objawy mózgowe są obecne. Widuje się drgawki, niedowłady, wzmożenia odruchów, objaw Babińskiego, stupor, zahamowanie mowy (mutismus), ruchy pląsawicze, sztywność, bóle głowy, porażenia nerwu twarzowego.

Im objawy są lżejsze, tym prędzej ustępują nie pozostawiając następstw, które wogóle występują rzadko. Albo dziecko ginie w ciągu kilku dni, albo poprawia się zupełnie z nadzwyczajną szybkością. Tak, że naogół rokowanie w przypadkach powikłań nerwowych po odrze, nawet o przebiegu ciężkim i alarmującym, w większości przypadków jest niezłe. Następstw, które widuje się po nagminnem zapaleniu mózgu, — w tych przypadkach nie bywa.

7) Powikłania mózgowo-rdzeniowe. (Postać ataktyczna).

Zdarzają się zaburzenia mózgowo-rdzeniowe w postaci ognisk rozsianych. Dominują objawy zaburzeń równowagi, ruchy nieskoordynowane, atetotyczne, pląsawicze, drżenie gałek ocznych, zaburzenia mowy (skandowanie), zaburzenia połykowe, zaburzenia psychiczne, rzadziej czuciowe i ze strony zwieraczy. Notuje się także: drżenie przy ruchach zamierzonych, asynergja ruchowa, adiadochokineza, zniesienie odruchów ścięgnistych, czasami niepokojące objawy opuszkowe. Rokowanie jednak pozostaje dobre.

Takie są w krótkim zarysie powikłania nerwowe w odrze. Częstość ich występowania trudno ustalić, niewątpliwem zdaje się, że wzrosła ona znacznie w okresie po wojnie. Piśmiennictwo lekarskie obecne obfituje w opisy tych przypadków, szczególnie piśmiennictwo niemieckie i amerykańskie.

Badania anatomo-patologiczne są znikome, gdyż większość chorych powraca do zdrowia. Zmiany mają być rozlane, cechują się przekrwieniem, wybroczynami, nacieczeniami około-naczyniowemi i nie dają się zidentyfikować ze zmianami anatomicznemi w nagminnem zapaleniu mózgu, gdyż oszczędzają jądra szare podstawy mózgu. Przebieg kliniczny, nagły początek, szybki przebieg, powrót do zupełnego zdrowia, brak następstw — odróżniają także zapalenia mózgu poodrowe od nagminnego zapalenia mózgu. Etjologja tych spraw pozostaje niewyjaśniona. Autor przypuszcza, że jad odrowy uczula układ nerwowy na działanie innego odrębnego jadu neurotropowego, który sam nie jest w stanie wywołać zmian chorobowych.

Gruźlica jako czynnik „złośliwego zespołu" w płonicy. (La tuberculose, facteur de malignité dans la scarlatine). O. Milliand.

Archives de Méd. des enfants. aMrs 1932.

Płonica była oddawna przedmiotem licznych badań, jednak dotąd ani etjologja tego cierpienia ani epidemjologja i patologja nie jest ostatecznie wyświetlona.

Pytanie niezmiernie ważne stanowi zmienność postaci płonicy w związku ze złośliwością cierpienia. Przyjmują, że złośliwość ta jest następstwem sumowania się różnych czynników, jak: — rasa, płeć, wiek i wreszcie t. zw. „genius epidemicus".

Po okresach czasu, kiedy cierpienie przebiega łagodnie, przychodzą przypadki o wyjątkowej złośliwości. Autor zajął się bliższem badaniem złośliwych przypadków płonicy w przebiegu epidemji naogół łagodnej, którą obserwował w latach 1927—1930 w szpitalu dziecięcym w Bukareszcie.

Badania pośmiertne wykazywały istnienie prawie u wszystkich chorych czynnej gruźlicy gruczołowo-płucnej. Było to zjawiskiem tak stałem, że autor odrzucił myśl o zwykłym zbiegu okoliczności, lecz przyjmuje istnienie związku przyczynowego pomiędzy złośliwością przebiegu płonicy, a istnieniem gruźlicy w ustroju dziecięcym.

Autor zastanawia się nad rodzajem wzajemnego stosunku gruźlicy do płonicy i szuka przedewszystkiem oparcia dla swojej tezy w literaturze lekarskiej. Naogół dotąd negowano istnienie wzajemnego wpływu gruźlicy i płonicy, jaki jest ustalony dla krztuśca i odry. *Taissier* i *Duvoir* nie odrzucają wpływu płonicy na rozwój sprawy gruźliczej. W płonicy podobnie jak w odrze, można stwierdzić zahamowanie odczynów skórnych tuberkulinowych. O zanikaniu odczynów tych pod wpływem płonicy mówi także Branderberg. Jeszcze Baginsky (1862) twierdził, że rokowanie w przebiegu płonicy u gruźlików jest niepomyślne. Hutinel badając w 5-ciu przypadkach płonicy złośliwej zmiany pośmiertne napotkał obecność gruźlicy płucnej, — *Simonin*, badając związek pomiędzy gruźlicą a płonicą dochodzi do wniosku, że płonica u osobników gruźliczych

może od początku przebiegać złośliwie; jeżeli przebiega łagodnie, to może wywoływać nowe rozsiania prątków gruźliczych w ustroju. *Dumitrescu* badając cztery przypadki śmiertelne płonicy hypertoksycznej, dochodzi do wniosku, że pod wpływem zakażenia płoniczego następowała mobilizacja laseczników wywołujących gruźlicę uogólnioną.

Wreszcie autor podaje opis dziewięciu własnych przypadków płonicy złośliwej u dzieci, a które stanowią tylko część materjału, którym rozporządza autor. W przypadkach tych badanie pośmiertne stwierdziło obecność serowaciejącej lub uogólniającej się gruźlicy. W większości tych przypadków chorzy umierali 3—4 dnia choroby płoniczej, czasami nawet po 48 godzinach przy znanych ogólnie objawach płonicy złośliwej. Występowały: hyperthermia, tachycardia, duszność toksyczna (bez odpowiednika fizykalnego), wybitna wysypka płonicza o odcieniu fiołkowem. Do tych objawów dołączyły się: powtarzające się wymioty, podniecenie, majaczenie, drgawki, zamroczenie świadomości, sinica, zimne kończyny, niedomoga układu krążenia.

W mniej licznych przypadkach, początek nie był tak gwałtowny, i przebieg był dłuższy zanim następowało zejście śmiertelne. (7—20 dni). We wszystkich tych przypadkach o przebiegu i zejściu fatalnem, badanie pośmiertne wykazało zmiany gruźlicze gruczołowo-płucne. Autor przyjmuje, że złośliwy przebieg płonicy uwarunkowany był przez istniejącą w ustroju sprawę gruźliczą. Badanie dzieci zmarłych wskutek innych cierpień zakaźnych nie wykazało tak dużego odsetka współistniejących zmian gruźliczych.

Autor nie chce twierdzić, że toksyczna i złośliwa płonica zdarza się jedynie przy skojarzeniu się tej choroby z gruźlicą, gdyż bywają epidemje płonicy ogólnie złośliwej. Natomiast przypadki autora obejmują sporadyczne zachorowania na płonicę złośliwą w przebiegu epidemji łagodnej, co zdaniem autora wykazuje, że prócz t. zw. „genius epidemicus", który zależny jest prawdopodobnie od wzmożenia się jadowitości zarazka płoniczego, duże znaczenie posiada podłoże, czyli sam ustrój. Przypadki te dowodzą, że ustrój zaatakowany gruźlicą nadaje dołączającej się chorobie płoniczej cechy wyjątkowej złośliwości.

Patogeneza „zespołu złośliwego" w płonicy nie jest dostatecznie wyjaśnioną. Jest to zatrucie, które wywiera wpływ na ośrodki nerwowe, a szczególnie na rdzeń przedłużony, ośrodki naczyniowo-ruchowe, na narządy posiadające czynność odtruwającą, gruczoły dokrewne, a przedewszystkiem nadnercza.

Są liczne prace o roli nadnerczy w powstawaniu objawów toksycznych w przebiegu różnych chorób zakaźnych: duru, błonicy, płonicy. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że niedomoga nadnerczy powoduje niektóre objawy „zespołu złośliwego", jak astenja, obniżenie ciśnienia, przyśpieszenie czynności serca. Nawet w przebiegu zwykłej płonicy można wyróżnić objawy zależne od pewnej niedomogi nadnerczej. Prócz tego stwierdza się w płonicy niedomogę czynnościową wątroby.

Dla wyjaśnienia patogenezy „zespołu złośliwego" w płonicy skojarzonej z gruźlicą, autor wysuwa przypuszczenie następujące: płonica wywołuje niedomogę nadnerczy; gruźlica również często uszkadza czynność tych gruczołów dokrewnych. Prócz tego oba cierpienia wywołują zmiany wątrobowe. Zespół złośliwy powstaje łatwiej wskutek skojarzenia się obu tych ujemnych wpływów na ważne narządy odtruwające.

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Leczenie zastrzału rozległem wycinaniem luźnej tkanki łącznej w miejscu zakażenia. (La resection du tissu cellulaire dans le traitement des panaris). Rougemont i Carcassonne.

La Presse Méd. Nr. 33, kwiecień 1932.

W dużej liczbie przypadków zastrzałów w zakresie palców i dłoni zwykle stosowane nacięcie nie wystarcza, gdyż niema tu jakiegoś jednego zbiorowiska ropy, a istnieje rozległe obumarcie tkanki podskórnej (ewentualnie ścięgen), która bardzo powoli oddziela się (sekwestruje) i wydala nazewnątarz. Do bez porównania lepszych wyników prowadzi możliwie doszczętne wycięcie całej zmienionej chorobowo luźnej tkanki łącznej — aż do tkanek zdrowych; skraca to znakomicie okres gojenia się zastrzału i chroni do pewnego stopnia przed przejściem procesu chorobowego na ścięgna, kości i t. d. Mówiąc o skróceniu okresu gojenia się, nie ma autor na myśli jego następstw wyłącznie gospodarczo-socjalnych, gdyż sprawa ta ma również ogromne znaczenie czysto lekarskie. Naskutek długotrwającego procesu zakaźno-zapalnego w zakresie dłoni i palców powstaje trwałe przekrwienie z następowym przerostem tkankołącznym i, wreszcie, zbliznowaceniem palców i dłoni, prowadzącem w końcu do znacznego upośledzenia czynnościowego kończyny. To właśnie powikłanie, groźne dla czynności kończyny, najpewniej udaje się ominąć przez wczesne wycięcie całej zmienionej chorobowo luźnej tkanki łącznej.

W przypadku zastrzału w zakresie końcowego paliczka zabieg powinien być wykonany, według autora, w sposób następujący. Po nałożeniu opaski uciskowej u podstawy palca prowadzi się cięcie łukowate, okrążające po stronie dłoniowej opuszkę palca, przyczem część środkowa łuku przechodzi na 3 mm od rowka podpaznokciowego, boczne ześ jego części dochodzą do okolicy stawu między końcowym i środkowym paliczkiem. W swej części środkowej (poniżej paznokcia) cięcie to drąży najgłębiej, aż do kości, w bocznych częściach jest płytsze (tylko do tkanki podskórnej). Po odpreparowaniu i odchyleniu płata skórnego wycina się całą znajdującą się tu luźną tkankę łączną tak, żeby pozostały tylko: ścięgno z pochewką, nerwy i kość; następnie, w miarę potrzeby usuwa się zmienioną chorobowo część paliczka, układa się w ranie poprzecznie dwa cienkie sączki gumowe, przykrywa się je płatem skórnym, i umocowuje całość bandażem tak, żeby końce sączków sterczały nazewnątrz, i zdejmuje się opaskę uciskającą. Codziennie przemywa się ranę poprzez sączki kilkoma cm^3 roztworu Dakina. Po 6 — 8 dniach sączki usuwa sie i brzegi rany zbliża się przylepcem.

Jeśli zachodzi konieczność wykonania cięć powyżej, to na przebiegu palca cięcia te prowadzi się na bocznej jego powierzchni, u jego zaś podstawy

— na stronie dłoniowej (przechodzące wzdłuż odnośnego ścięgna na dłoń). Jednakże istota zabiegu pozostaje wszędzie jednakowa. Na stronie grzbietowej palców cięcia prowadzi się pośrodkowo.

Autorowie stosowali sposób powyższy wielokrotnie, z wynikami zawsze bardzo dobremi.

Anatomo-patologiczne i bakterjologiczne podłoże gruźliczego gośćca stawowego. (Le substratum anatomo-patologique et bactériologique du rhumatisme tuberculeux). Bezançon, M. P. Weil, Delarue i Oumansky.

La Presse Méd. Nr. 34, kwiecień 1932.

Bonnet, Gubler, Powel wypowiedzieli w swoim czasie zdanie, że obok gruźlicy stawów o przebiegu banalnym (puchlina, tumor albus) istnieją postacie gruźlicy, przypominające do złudzenia podostry względnie przewlekły gościec stawowy. Po nich *Poncet*, opierając się na bogatym materjale klinicznym, ustala nową jednostkę kliniczną: gruźliczy gościec stawowy. W koncepcji swej jednakże zakreślił dla tej nowej jednostki chorobowej zbyt szerokie granice, opierając się przy tem na kryterjum bezwzględnie niedostatecznem. Wywołało to nadmierną i w pewnym stopniu niesprawiedliwą reakcję ze strony świata lekarskiego, który zaczął się odżegnywać od poncetowskiej koncepcji; a prawda jest, jak zwykle, pośrodku. W ostatnich latach znowuż powrócono do tej sprawy. Ukazał się szereg opisów przypadków gośćca stawowego, którego tło gruźlicze zostało stwierdzone bakterjologicznie. Autorowie spostrzegali przypadek analogiczny, który ze względu na swój wysoce charakterystyczny przebieg zasługuje w pełni na przytoczenie na tem miejscu.

Chora 31-letnia, obciążona dziedzicznie w kierunku gruźlicy, przebyła w dawnych latach dwukrotnie gruźlicze zapalenie opłucnej i nieżyt szczytu płucnego z krwiopluciem. Obecnie, od 5 lat ma objawy podostrego gośćca w zakresie prawie wszystkich stawów (przeważnie dłonie i stopy) z gorączką, silnemi bólami i rozwijającem się stopniowo zesztywnieniem poszczególnych stawów. Zdjęcia rentgenowskie, poza odwapnieniem końców stawowych, nie wykazały żadnych zmian chorobowych.

Ani jeden z chorych stawów nie przeszedł w postać puchliny lub guza białego (tumor albus), odpowiadających banalnym postaciom gruźlicy stawowej. U chorej powyższej stwierdzono poza tem obecność zmian swoistych w szczytach płucnych, obecność prątków Kocha w plwocinie, wysięk zapalny w worku osierdziowym, a wstrzyknięcie śwince morskiej krwi, pobranej od chorej w okresie zaostrzenia sprawy stawowej (wkrótce przed śmiercią), wywołało u niej powstanie typowej gruźlicy gruczołów chłonnych. Pośmiertne badanie anatomopatologiczne i drobnowidzowe stawów nie wykazało obecności żadnych zmian, typowych dla procesu gruźliczego (mas serowatych, gruzełków); ale zato w preparatach drobnowidzowych ze skrawków znaleziono prątki kwasoodporne, co zostało następnie potwierdzone wynikiem zaszczepienia wyciągu z tych tkanek świnkom morskim.

Przypadek powyższy jest na tyle demonstracyjny, że niepodobna nie związać tu schorzenia stawów z tłem gruźliczem. Jednakże trzeba podkreślić z naciskiem, że stwierdzenie u stroju chorego na zapalenie stawów typu gośćcowego obecności prątków Kocha względnie jakiegoś pewnego ogniska gruźliczego jest bezwzględnie niedostatecznem kryterjum dla tego, żeby rozpoznać tu gruźliczy gościec stawowy. Decydującym jest w tego rodzaju przypadkach wyłącznie zespół objawów klinicznych, jak w przypadku autorów, w którym nad całym obrazem klinicznym dominowała gruźlica o różnem umiejscowieniu (polyserositis tbc., Tubercul. pulmonum fibrosa). Czynnikiem chorobotwórczym, wywołującym powstanie gruźliczego gośćca stawowego, jest zwykła dla ustroju ludzkiego postać prątka Kocha.

Schorzenie omawiane nie stanowi bynajmniej typu jednolitego; obejmuje ona dwie zasadnicze odmiany kliniczne. Jedna stanowi odpowiednik do rzeżączkowego zapalenia stawów; po okresie zajęcia całego szeregu stawów (bacillaemia) proces umiejscawia się ostatecznie w jednym stawie, w którym przebiega już odtąd w zwykły dla gruźlicy sposób (hydarthros, tumor albus). Druga — przypomina do złudzenia nieswoisty gościec stawowy, bez jakiejkolwiek tendencji do umiejscowiania się w jednym stawie w sposób typowy dla gruźlicy banalnej; w tych przypadkach można przypuszczać istnienie uczulenia stawów na jad gruźliczy, a objawy gośćca — uważać za odczyn uczulonych swoiście stawów na jad gruźliczy pochodzenia płucnego lub jakiegokolwiek innego. Podobnie reagują stawy w przebiegu gośćca rzeżączkowego na podanie szczepionki gonokokowej.

Co się zaś tyczy związku przyczynowego przewlekłego gośćca stawowego zniekształcającego z gruźlicą, to — wbrew zdaniu *Poncet'a* — autorowie związek ten uważają za bardzo problematyczny, a na sam gościec stawowy zniekształcający patrzą raczej jako na wyraz pewnych miejscowych zaburzeń odżywczych (tropho-arthrosis).

Rola rentgenologów w rozpoznawaniu zapalenia wyrostka robaczkowego. (Le diagnostic d'appendicite est-il d'ordre radiologique?). Porcher.

Paris Médical Nr. 6, luty 1932.

Należy zaznaczyć na wstępie, że właściwie niema objawów rentgenologicznych, któreby mogły uchodzić za patognomiczne dla zapalenia wyrostka robaczkowego; są takie, które budzą podejrzenie chirurga w tym kierunku względnie stanowią poparcie dla rozpoznania, zrobionego na podstawie objawów klinicznych. Owe objawy rentgenologiczne, przemawiające za zapaleniem wyrostka robaczkowego w okresie nieostrym, są to: obecność odwrotnych ruchów robaczkowych w zakresie dolnego odcinka krętnicy (antiperystaltyka) i nieprawidłowe w pewnych przypadkach umiejscowienia nieruchomej kątnicy pod wątrobą (o ile nie jest wyrazem zaburzeń rozwojowych). Co się zaś tyczy bolesności uciskowej okolicy kątnicy i zalegania papki kontrastowej w najniższym odcinku krętnicy — to nie przypisuje im autor większego znaczenia rozpoznawczego, jeśli chodzi o zapalenie wyrostka. Wypełnianie się wyrostka papką kontrastową i jego widoczność na ekranie cechują przedewszystkiem wyrostki zdrowe; zmienione zapalnie wyrostki rzadko bywają widzialne podczas prześwietlania przewodu pokarmowego (appendicitis obliterans).

Nawet w tych przypadkach, w których wynik badania rentgenowskiego jest całkowicie ujemny, wynik ten nie jest zupełnie bez znaczenia dla chirurga, gdyż w każdym razie ustala conajmniej położenie kątnicy, a pośrednio i wyrostka; w niejednym przypadku ułatwia to znakomicie wykonanie zabiegu (kątnica w małej miednicy, po lewej stronie brzucha, pod wątrobą, pod śledzioną).

Co się tyczy, wreszcie, o s t r e g o zapalenia wyrostka robaczkowego, to, naturalnie, niema mowy tutaj o prześwietlaniu zwykłem ze spożyciem papki kontrastowej. Ale tam, gdzie zachodzi wątpliwość, czy mamy do czynienia z ostrem zapaleniem wyrostka, czy z przedziurawieniem żołądka w miejscu wrzodu, — cenne wskazówki może dać postawienie chorego pod ekran: w przypadku zapalenia wyrostka wynik prześwietlenia będzie ujemny, ale w razie przedziurawienia żołądka ujrzymy obecność powietrza w jamie otrzewnowej w postaci jasnego pasa poniżej przepony po stronie prawej i lewej.

Znieczulanie odcinkowe zapomocą wstrzykiwania nowokainy do przestrzeni zewnątrzoponowej kanału kręgowego. (Anesthésie segmentaire extradurale). G i o r d a n e n g o.

Journ. d'Urologie XXXIII, Nr. 3, marzec 1932.

Przestrzeń zewnątrzoponowa kanału kręgowego jest to przestrzeń, zawarta między workiem opony twardej a ścianą kostnowięzadłową (lig. flava) kanału kręgowego, i jest wypełniona luźną tkanką łączną i tkanką tłuszczową. Z n i e c z u l e n i e z e w n ą t r z o p o n o w e, polegające na wprowadzeniu do powyższej przestrzeni 1% roztworu nowokainy, jest dalszem rozwinięciem pomysłu znieczulenia krzyżowego (injectio epiduralis), to jest wstrzyknięcia odpowiedniego środka do kanału krzyżowego (przez hiatus canalis sacralis), między kość a oponę twardą; różni się zaś zasadniczo od znieczulenia rdzeniowego, polegającego na wprowadzeniu środka znieczulającego do przestrzeni podpajęczynówkowej (spatium subarachnaideale), zawartej między pajęczynówką a naczyniówką rdzenia i wypełnionej krążącym swobodnie płynem mózgowo-rdzeniowym.

Dzięki temu, że płyn znieczulający, wprowadzony do przestrzeni zewnątrzoponowej, rozchodzi wzdłuż tej przestrzeni (wypełnionej tłuszczem i luźną tkanką łączną) bardzo wolno umożliwia to intensywne jego zadziałanie na korzonki nerwowe danego odcinka rdzenia (znieczulenie odcinkowe).

W y k o n a n i e. Wstrzykuje się 50 — 60 cm³ 1% roztworu nowokainy, przygotowanego napoczekaniu z płynem fizjologicznym z dodatkiem 7 — 10 kropel adrenaliny (1 : 1000). Do wstrzyknięcia używa się igły z mandrynem, jak do znieczulania rdzeniowego, i strzykawki 10 — 20 cm³. Chory siedzi lub leży. Igłę wbija się w linji środkowej ciała między odpowiednie wyrostki kolczyste tak głęboko, dopóki nie poczuje się oporu więzadła żółtego. Wówczas wyjmuje się mandryn, zakłada się strzykawkę i usiłuje się wstrzyknąć kilka cm³ roztworu nowokainy; jednakże wstrzyknięcie to nie udaje się, gdyż igła opiera się końcem swym o więzadło żółte. Wystarcza jednak wbić igłę głębiej na 1 — 2 mm, cały czas naciskając jednocześnie na tłok strzykawki, żeby nagle poczuć, że płyn swobodnie przechodzi ze strzykawki do tkanek — koniec igły sterczy wówczas w przestrzeni zewnątrzoponowej. Żeby się przekonać, czy się czasami nie przeniknęło zbyt głęboko, do przestrzeni podpajęczynówkowej, odejmuje się strzykawkę i patrzy się; czy przez igłę nie wycieka płyn mózgowordzeniowy (poleca się ewentualnie kaszlnąć choremu lub nagle uciska się okolicę nadbrzusza — w celu zwiększenia ciśnienia tego płynu); jeśli płyn wycieka, to należy ostrożnie wyciągać igłę do tej chwili, kiedy przestanie wyciekać — koniec igły będzie wówczas w przestrzeni zewnątrzoponowej. Nie należy również wstrzykiwać, jeśli przez igłę wypływa krew, gdyż jej koniec tkwi widocznie w żyle lub zatoce żylnej.

Po upewnieniu się o prawidłowem położeniu igły wstrzykuje się narazie tylko 10 — 15 cm³ i czeka się 5 minut; jeśli chory zacznie odczuwać mrowienie i znieczulenie w zakresie kończyn dolnych, to będzie to dowodem, że środek znieczulający wstrzyknięto błędnie do przestrzeni podpajęczynówkowej i otrzymano zwykłe znieczulenie rdzeniowe, w którem zresztą operację zamierzoną można wykonać (zwykła dawka nowokainy do znieczulenia rdzeniowego wynosi 0,08 — 0,10 g). Jeśli zaś objawy powyższe nie wystąpią, wstrzykuje się pozostałą ilość środka do ogólnej liczby 50 — 60 cm³. Znieczulenie zupełne powstaje po 15 minutach. Dla pogłębienia znieczulenia po wstrzyknięciu układa się chorego na odpowiednim boku względnie z opuszczoną niżej głową lub miednicą. Znieczulenie trwa 2 godziny. Objawów ubocznych — poza drobnem obniżeniem ciśnienia krwi — krótkotrwałem biciem serca — nie bywa, powikłań — tembardziej.

Wykonanie operacji brzusznych w części powyżej pępka (nerki, moczowody, drogi żółciowe, żołądek) wymaga znieczulenia korzonków od DX do LII, poniżej pępka (wraz z kończynami dolnemi) — LI do LIV, krocze — znieczulenie krzyżowe.

W porównaniu ze znieczuleniem rdzeniowem znieczulenie zewnątrzoponowe ma wszystkie jego zalety, a nie ma ani jednej jego wady (między innemi wyłącza możność porażenia opuszki rdzenia, gdyż przestrzeń zewnątrzoponowa nie sięga tak wysoko).

W porównaniu ze znieczuleniem przykręgosłupowem (injectio paravertebralis) wyżej opisany sposób zabezpiecza bez porównania lepiej zwiotczenie mięśni w miejscu operacji, co ma szczególnie duże znaczenie przy operacjach brzusznych, a poza tem — wymaga użycia znacznie mniejszej ilości środka znieczulającego (do 50%), co nie jest dla chorego bez znaczenia. Autor, stosując odcinkowe znieczulenie zewnątrzoponowe w wielu przypadkach, w 80 — 90% otrzymał znieczulenie zupełne, całkowite i ze zniesieniem napięcia mięśniowego.

Przymocowanie górnej ściany kanału udowego do kości łonowej zapomocą śruby — jako zabieg doszczętny w przypadkach przepukliny udowej. (Le vissage ligamento-pubien dans la cure radicale de la hernie crurale). L e r a t.

La Presse Méd. Nr. 36, maj 1932.

Autor przed 20 laty podał swój sposób leczenia doszczętnego przepuklin udowych, polegający na umocowaniu t. zw. łuku Fallopjusza (górno-wewnętrzna część kanału udowego) do leżącej poniżej kości łonowej i zniesieniu w ten sposób możliwe całkowicie światła kanału udowego. Umocowanie to odbywa się zapomocą śruby Lambotte'a (model Collin Nr. II) i blaszki okrągłej średnicy 12 mm, z otworem w środku dla przeprowadzenia śruby i lekko wygiętej; jedno i drugie jest ze stali pozłacanej.

Po podwiązaniu worka, odcięciu go i odprowadzeniu kikuta, poza wrota przepuklinowe, zbliża się łuk więzadłowy, tworzący sklepienie kanału udowego, do leżącego poniżej ramienia poziomego kości łonowej i umocowuje się doń zapomocą wyżej opisanej blaszki i śruby; blaszkę umieszcza się wklęsłością ku górze, a wkręcając śrubę w kość, należy pamiętać o tem, żeby blaszką nie zmiażdżyć znajdującego się między nią i kością więzadła. Poza tem, tak należy wybrać miejsce do umieszczenia blaszki, żeby nie spowodować ucisku na żyłę udową i następowego zastoju i obrzęku kończyny odnośnej. Materjał metalowy, użyty do szwu, nie drażni zupełnie tkanek i jest doskonale znoszony przez ustrój; jedynie tylko w niektórych przypadkach przepuklin uwięźniętych z zakażeniem tkanek, otaczających worek przepuklinowy, po operacji mogą powstać długo niegojące się przetoki, zmuszające do usunięcia blaszki i śruby. Dlatego też w przypadkach zakażonych lepiej jest uciec się do innego sposobu operacyjnego.

Autor do tego czasu operował w sposób powyższy 506 przypadków przepuklin udowych zwykłych i nawrotowych, wolnych i uwięźniętych, niektóre z nich były olbrzymich rozmiarów — i ani razu nie spotkał się z nawrotem przepukliny po wykonanej przez siebie operacji. Tymczasem, po innych sposobach operacyjnych — jeśli chodzi o przepuklinę udową — nawroty są, jak wiadomo, częste.

Nowy środek, używany do leczenia żylaków goleni zapomocą wstrzykiwań drażniących. (Un nouveau produit pour les injections sclérosantes intravariqueuses). L i d i i D r e y f u s.

La Presse Méd. Nr. 38, maj 1932.

Jest to przygotowywana napoczekaniu mieszanina 65% roztworu cukru gronowego i 1% roztworu dwujodu rtęci, w stosunku: 10 części pierwszego roztworu (to jest cukru) na 1 część drugiego.

W stojącej pozycji choremu nakłada się opaskę na udo względnie goleń, zaciskającą żyły powierzchowne tuż powyżej żylaka, następnie, kładzie się go, wbija igłę do żyły odnośnej, kierując jej koniec w stronę stopy, zdejmuje się opaskę (żyła opróżnia się natychmiast) i wstrzykuje 10 cm³ wyżej wymienionej mieszaniny roztworów. Po wyjęciu igły miejsce wkłucia uciska się lekko w ciągu 1 — 2 minut; po 5 minutach leżenia chory może opuścić przychodnię i udać się w drogę. Po każdem wstrzyknięciu żyła wypełnia się zakrzepami na przestrzeni 10 — 20 cm. Nawet największe i najbardziej rozległe żylaki znikają po 5 — 6 wstrzyknięciach. Objawów ubocznych i powikłań nie spotykano. Leczenie powyższe jest całkowicie niebolesne nawet wówczas, kiedy naskutek błędu technicznego cześć roztworu dostanie się poza żyłę. Obumarcia skóry ani poważniejszego odczynu zapalnego nie stwierdzono ani razu.

W czasie stosowania powyższego leczenia zauważono niejednokrotnie wybitnie pomyślny jego wpływ na gojenie się owrzodzeń goleni.

Przegląd stanu obecnego chirurgji przełyku. (Etat actuel de la chirurgie de l'oesephage) — temat programowy IX Zjazdu Międzynarodowego Chirurgów w marcu 1932. **G r é g o i r e, J i a n o.**

La Presse Méd. Nr. 27, kwiecień 1932.

Wprowadzone do medycyny przed 30 laty dwie nowe metody badania — wziernikowanie przełyku i prześwietlanie promieniami Roentgena, posunęły naprzód w sposób wybitny chirurgję przełyku, a zwłaszcza rozpoznawanie i związane z niem leczenie pewnych jego schorzeń jako to: wrzodu trawiennego, uchyłków i samoistnego rozszerzenia przełyku.

I. W r z ó d t r a w i e n n y p r z e ł y k u, pominąwszy tutaj wszelkie owrzodzenia w następstwie urazu i oparzenia, ma zupełnie ten sam charakter, co wrzód żołądka lub dwunastnicy, i podobnie do tych ostatnich może doprowadzić do krwotoku lub przedziurawienia. Wikła zwykle te stany nadkwaśności żołądka, w których ma miejsce cofanie się soku żołądkowego do przełyku. Dokładne rozpoznanie cierpienia możliwe jest tylko przy pomocy wziernikowania przełyku, względnie zbadania drobnowidzowego skrawka. Leczenie polega na przypalaniu dna owrzodzenia lapisem i stosowaniu pasty bizmutowej.

II. U c h y ł k i p r z e ł y k u mogą być umiejscowione bądźto w jego części piersiowej (naogół rzadkie i trudne do rozpoznania, zdarzają się na wysokości podziału tchawicy lub tuż powyżej przepony), bądź też w części szyjnej (bez porównania częstsze). Te ostatnie powstają wskutek uwypuklania się śluzówki (zwykle na granicy gardzieli i przełyku) poprzez szczelinę w mięśniówce, są znacznych rozmiarów i szerokim zwykle otworem komunikują się ze światłem przełyku. Zabiegi operacyjne zachowawcze (wglobienie, przyszycie) do celu nie prowadzą. Metodą z wyboru jest wyłuszczenie całkowite uchyłka, wykonane jednoczasowo. Dawniej operację tę wykonywano dwuczasowo (ze względu na niebezpieczeństwo powikłania ropowicą szyi), ale okazało się to niepotrzebnem.

III. T a k z w a n e s a m o i s t n e r o z s z e r z e n i e p r z e ł y k u ma za przyczynę najczęściej jego skurcz w miejscu przejścia przez przeponę, lub zwężenie pierwotne otworu w przeponie dla przełyku. Rozszerzanie zapomocą rozszerzadeł sprowadza tylko przejściową poprawę. Najlepsze wyniki daje operacja, polegająca na dotarciu do miejsca zwężenia drogą skombinowaną (piersiowo-brzuszną) i opanowaniu jednocześnie i zbliznowaciałego, względnie skurczonego otworu w przeponie, i zmian w ścianie samego przełyku (wycięcie, plastyka wpustu).

IV. C i a ł a o b c e z p r z e ł y k u usuwa się na drodze endoskopowej, i to możliwie wcześnie, gdyż względnie szybko powodują one krwawienia, zakażenie i powstanie owrzodzeń, co ogromnie utrudnia następowe usunięcie tych ciał przy pomocy wziernika. Usuwanie operacyjne od strony żołądka jest technicznie trudne (możliwe wogóle tylko przy nizkiem umiejscowieniu ciała obcego) i daje 16% śmiertelności. Usuwanie ciał obcych z części środkowej przełyku (poprzez śródpiersie tylne) daje 60% śmiertelności.

V. R a k p r z e ł y k u daje obecnie wskazanie najczęściej do wytworzenia przetoki żołądko-

wej (gastrostomia) i zastosowania radu pod kontrolą wziernika przełykowego.

Przypadki niedrożności przełyku na tle jego zbliznowacenia mogą dać wskazania do plastyki przełyku. Plastyka, polegająca na przeszczepieniu pod skórę klatki piersiowej pętli jelita cienkiego, została zarzucona, gdyż pętla taka często obumierała, nie mając zapewnionego dostatecznego ukrwienia. Lepsze wyniki daje wytworzenie przełyku z fałdu skórnego względnie z przemieszczonego ku górze żołądka. Za metodę z wyboru uważany jest obecnie sposób skombinowany, polegający na wytworzeniu przełyku z krótkiej pętli jelita cienkiego i z rury skórnej. Statystyka operowanych w ten sposób 85 przypadków wykazuje 12 zejść śmiertelnych i 65 wyleczeń trwałych.

Wskazania do stosowania leczniczego wyciągów z przytarczyc. (Les principales indications de l'extrait parathyroïdien). L a e m m e r.
La Presse Méd. Nr. 28, kwiecień 1932.

Leczenie wyciągami z przytarczyc pozostaje w ścisłym związku z czynnościami wydzielniczemi tego gruczołu, z których tylko niektóre zostały całkowicie wyjaśnione i potwierdzone klinicznie; na nich właśnie opiera się stosowanie lecznicze wyciągów z przytarczyc.

Główną rolą przytarczyc w ustroju jest ich c z y n n o ś ć o d t r u w a j ą c a (antytoksyczna), o mechaniźmie dosyć złożonym. Przy wypadnięciu tej czynności mogą wystąpić następujące zaburzenia: alkaloza, którą w późniejszym okresie przechodzi w kwasicę, i wzrost zawartości we krwi azotu bezbiałkowego (amoniak, kreatynina, guanidyna); zaburzenia te częściowo mogą być wyrównane zastępczo przez wątrobę i nerki.

Poza tem przytarczyce r e g u l u j ą p r z e m i a n ę w a p n i o w ą w ustroju, utrzymując stężenie wapnia we krwi na pewnym stałym poziomie. W związku z powyższem przytarczyce wpływają p o ś r e d n i o i n a n a p i ę c i e w z g l ę d n i e p o b u d l i w o ś ć u k ł a d u n e r w o w o - m i ę ś n i o w e g o. Stanom niedomogi przytarczyc towarzyszy nadmierna pobudliwość nerwowa i wzmożone napięcie całego układu nerwowego roślinnego (vagotonia i sympathicotonia).

Pominąwszy stany wybitnie zaznaczonej niedomogi przytarczyc, jakie się widuje np. po operacyjnem ich wycięciu, i które wymagają raczej przeszczepienia przytarczyc względnie bardzo dużych dawek wyciągów odpowiednich, wapnia, ergosterolu i naświetlań promieniami pozafiołkowemi, widuje się poza tem dwa rodzaje niewydolności przytarczyc: niewydolność niewątpliwą, stwierdzoną klinicznie, i niewydolność podejrzewaną tylko, hipotetyczną, co do której dowodów pewnych nie posiadamy.

Z tą pierwszą mamy do czynienia w następujących schorzeniach: tetania infantilis, tetania eclamptica, tetania gastro-intestinalis i tetania idiopathica. Z tą drugą — w krzywicy, rozmiękczeniu kości (osteomalacia), owrzodzeniach golcni na tle żylaków, wrzodzie trawiennym żołądka i dwunastnicy, padaczce, chorobie Parkinsona, myoklonji, myotonji i t. p.

Wyniki pomyślne stosowania wyciągów z przytarczyc zauważono również w przewlekłych zapaleniach stawów, w nadciśnieniu tętniczem, w chorobie Raynaud w nerwicach układu współczulnego i innych.

W celach leczniczych podaje się albo sproszkowane przytarczyce po 0,01—0,03 na dawkę (do 0,06 pro die!), albo wyciąg według Collipa, odmierzany w jednostkach fizjologicznych (10—20 jednostek dziennie). Należy pamiętać o tem, że przekroczenie powyższych dawek dziennych nie jest bynajmniej rzeczą niewinną, gdyż może sprowadzić poważne zaburzenia w ustroju, zwłaszcza u chorych z poważniejszemi zaburzeniami w krążeniu.

Działanie lecznicze wyciągów z przytarczyc wzmocnić można przez podawanie jednoczesne wapnia, ergosterolu i stosowanie naświetlań kwarcowych.

Rozpoznawanie i leczenie guzów rdzenia kręgowego. (Diagnostic et traitement des tumeurs de la moelle) — temat programowy IX Zjazdu Międzynarodowego Chirurgów. R o b i n e a u.
La Presse Méd. Nr. 29, kwiecień 1932.

Pod nazwą guzów rdzenia rozumie tutaj autor wszelkie nowotworzenia tkankowe, zawarte w kanale kręgowym i wychodzące bądźto z samego rdzenia, bądźto z opon, bądź też z korzonków rdzeniowych.

W przebiegu klinicznym tego cierpienia rozróżniamy 3 okresy: o k r e s b ó l ó w, o k r e s s p a s t y c z n e g o p o r a ż e n i a o b u k o ń c z y n d o l n y c h (paraplegia) i o k r e s p o r a ż e n i a w i o t k i e g o z odleżynami i zaburzeniami w oddawaniu moczu. Autor podkreśla tutaj z naciskiem fakt ogólnie, zresztą, znany — fakt zależności ścisłej wyników pooperacyjnych od możliwie wczesnego i dokładnego rozpoznania i wczesnego operowania guzów rdzenia.

R o z p o z n a w a n i e g u z ó w r d z e n i a opiera się na badaniu klinicznem, radjografji, wyniku nakłuć lędźwiowych i badaniu zapomocą lipjodolu.

Wczesne zjawianie się b ó l ó w — stałych, uporczywych, nasilających się przy ruchach i wysiłkach fizycznych — jest jednym z najbardziej charakterystycznych objawów cierpienia. Wcześnie również zaznaczają się zaburzenia czucia i występują odruchy chorobowe.

Z d j ę c i e r e n t g e n o w s k i e k r ę g o s ł u p a pozwala na wyłączenie gruźlicy, względnie raka kręgów, ucisku przez stare ognisko urazowe i zaburzeń rozwojowych kręgosłupa.

N a k ł u c i a l ę d ź w i o w e. Płyn mózgowo-rdzeniowo wykazuje poniżej miejsca ucisku objaw tak zwanego rozszczepienia białkowo-cytologicznego, powyżej zaś tego miejsca zachowuje się prawidłowo. Fakt ten — obok zmian w ciśnieniu płynu mózgowo-rdzeniowego na różnych wysokościach — pozwala na względnie dokładne umiejscowienie guza zapomocą całego szeregu nakłuć lędźwiowych, wykonywanych na różnych poziomach. Najcenniejszym jednakże środkiem rozpoznawczym jest radjografja po uprzedniem wprowadzeniu do przestrzeni podpajęczynówkowej l i p j o d o l u, przyczem ten ostatni może być wstrzyknięty albo powyżej miejsca ucisku (wyznacza on wówczas górny biegun guza), albo poniżej (wyznacza biegun dolny guza). Lepiej jest zacząć od wstrzyknięcia dolnego, a dopiero w miarę koniecznej potrzeby wykonać następowe wstrzyknięcie górne, które czasami bywa nieobojętne dla chorego, gdyż może wzmóc objawy ucisku w miejscu guza.

L e c z e n i e g u z ó w r d z e n i a. Operację laminektomji wykonuje się w znieczuleniu miejscowem, możliwie w pozycji siedzącej ze strony chorego; wyrostki kolczyste oddłutowuje się u ich podstawy i odchyla wraz z przyczepami mięśniowemi na jedną stronę. Bliższe szczegóły techniczne zależą od charakteru i umiejscowienia guza (guzy wewnątrzrdzeniowe, zewnątrzrdzeniowe, guzy wychodzące z cauda equina, guzy wychodzące z krążków międzykręgowych).

Na 64 operowane przez autora przypadki guzów rdzenia, 3 chorych zmarło w ciągu 24 godzin po operacji, 5 — w ciągu pierwszego miesiąca, 7 — w ciągu 1 do 1½ roku. Na 40 chorych operowanych i wyleczonych trwale w 50% wszystkich przypadków powrót do prawidłowej czynności rdzenia i nerwów był zupełny.

Przedziurawienie ściany kiszki do wolnej jamy otrzewnowej w miejscu wrzodu gruźliczego. (La perforation des ulcères tuberculeux de l'intestin en péritoine libre). W i l m o t h i B a u m a n n.
Journ. de Chir. XXXIX — Nr. 4, kwiecień, 1932.

Najczęściej, przedziurawienie ściany kiszki w miejscu owrzodzenia gruźliczego odbywa się albo do przestrzeni otrzewnowej, dokładnie ograniczonej zrostami okolicznych pętli jelitowych ze sobą (powstaje ropień kałowy), albo do światła sąsiedniej pętli jelitowej, która przykleja się, a następnie, przyrasta do ściany kiszki zmienionej gruźliczo w miarę rozwijania się wrzodu gruźliczego. Przedziurawienie do wolnej jamy otrzewnowej (zjawisko coprawda rzadkie, ale nie do tego stopnia, jak to się ogólnie przypuszcza), następuje wówczas, kiedy proces gruźliczy w ścianie kiszki rozwija się tak szybko, że nie zdążą się wytworzyć ochronne zrosty otrzewnowe, względnie, duża ilość płynu zapalnego w jamie otrzewnowej przeszkadza wytworzeniu się tych zrostów.

Przedziurawienie dotyczy zwykle jelita cienkiego, bardzo rzadko — jelita grubego. Z trzech postaci anatomo-patologicznych gruźlicy jelit: postaci wrzodziejącej (ulcero-caseosa), zwężającej światło kiszki (stenosans) i przerostowej (hypertrophica) — tylko ta pierwsza bywa przyczyną przedziurawienia do wolnej jamy otrzewnowej. Otwór w ścianie jelita może mieć w średnicy od 3 mm do 15 — 20 mm, otworów tych może być kilka. Otrzewna przedstawia objawy rozlanego zapalenia, z wysiękiem surowiczo-ropnym lub ropnym i obecnością licznych guzków szarawych na powierzchni pętli jelitowych (gruzełki). Samo owrzodzenie ma zwykle kształt lejka, szczytem zwróconego ku otrzewnej (analogicznie do wrzodu trawiennego żołądka), o brzegach miękkich lub zbliznowaciałych. W większości przypadków stwierdza się również obecność licznych obrzmiałych gruczołów krezkowych. Zabieg operacyjny ogranicza się wyłącznie do zaszycia otworu w ścianie kiszki; wycięcie odcinka kiszki — ze względu na ciężki stan chorych — nie wchodzi w rachubę prawie nigdy. Uratować chorego od śmierci może jedynie operacja, wykonana w ciągu pierwszych kilkunastu godzin od chwili przedziurawienia. W ranie operacyjnej pozostawia się na 3 — 4 dni sączek gumowy, sięgający wewnętrznym końcem do małej miednicy. Rokowanie dalsze jest również niepewne, gdyż po zaszyciu otworów w kiszce proces gruźliczy w jelitach postępuje dalej i nierzadko doprowadza w ciągu kilku miesięcy do zejścia śmiertelnego wskutek prosówki.

Zwężenie światła kiszki w następstwie dawnego uwięźnięcia w worku przepuklinowym. (La sténose intestinale, consécutive à un étranglement herniaire). D e l v a u x.
Journ. de Chir. XXXIX — Nr. 4, kwiecień, 1932.

Autor omawia tutaj przypadki zwężenia światła jelita cienkiego wskutek zbliznowacenia jego ściany w miejscu, które w swoim czasie uległo uciśnięciu we wrotach przepuklinowych wskutek uwięźnięcia przepukliny. Przypadki te nie są bynajmniej rzadkie, rzadko tylko bywają jako takie rozpoznawane.

Jeśli w czasie operacji przepukliny uwięźniętej znajdujemy w worku przepuklinowym pętlę jelita o ścianie zgrubiałej, sztywnej i mocno zasinionej, to o żywotności tej pętli (a więc — możności odprowadzenia jej do brzucha) orjentujemy się z wyglądu surowicówki (gładka, lśniąca — w przypadku pomyślnym) i z zachowania się naczyń krezkowych (czy tętnią?). Jednakże, jak pokazały badania ostatnich dziesiątków lat, nie jest to kryterjum dostatecznie pewne.

Mechanizm obumierania ściany kiszki uwięźniętej polega — według poglądów obecnie panujących — na intensywnym zastoju pierwotnym żył (przy zachowanej drożności tętnic krezkowych) we wrotach przepuklinowych, który doprowadza do nekrozy, dotyczącej z początku samej śluzówki (jako najbardziej wrażliwej na zaburzenia w krążeniu), a po tem — obejmującej stopniowo dalsze warstwy ściany, aż do surowicówki włącznie. A więc możemy mieć do czynienia z niezmienioną na oko surowicówką i zachowanem tętnieniem naczyń krezkowych — przy mniej lub więcej posuniętej już nekrozie, pozostałej części ściany kiszki. Po odpadnięciu strupa martwicowego od strony śluzówki, powierzchnia ubytku oczyszcza się, a następnie ubytek, zwykle okrężny, wypełnia się tkanką łączną, która z czasem przekształca się w zbitą bliznę, zwężającą w sposób znaczny światło kiszki. Do obumarcia śluzówki i tkanki podśluzówkowej przyczynia się tu w sposób znaczny zakażenie, idące od światła jelita. Stwierdzona w czasie operacji kurczliwość kiszki również nie dowodzi zachowania całkowitej jej żywotności, gdyż mięśnie okrężne i podłużne jelita odznaczają się dużą żywotnością tak, że kurczą się prawidłowo pomimo rozległej już nekrozy śluzówki i tkanki podśluzówkowej. Od rozległości i, zwłaszcza, głębokości obumarcia ściany kiszki zależy stopień powstającego z czasem zwężenia. Długość odcinka zwężonego wynosi 4 — 8 cm.

K l i n i c z n i e dwa, zwłaszcza, objawy po operacji przepukliny uwięźniętej wskazują na to, że nastąpiło obumarcie częściowe ściany kiszki; są to: k r w a w i e n i a k i s z k o w e (występujące zaraz po operacji lub dopiero po pewnym czasie), wywołane przez odpadnięcie strupa martwicowego, i o b f i t e b i e g u n k i (od 8 — 14 dnia), zależne od rozległego złuszczania się śluzówki i obecności owrzodzenia w kiszce. Samo zwężenie zaznacza się klinicznie dopiero po 3 — 6 tygodniach, a czasami i znacznie później (po

latach nawet). Zwężenie to wymaga wtórnego zabiegu operacyjnego, który polega na wycięciu odcinka zwężonego, na zespoleniu powyżej i poniżej odcinka zwężonego (bez wycinania), lub wreszcie na wytworzeniu przetoki kałowej (w stanach ciężkich). Rokowanie w tych przypadkach jest zawsze poważne. Z rozważań powyższych nasuwa się jeszcze jedna uwaga praktyczna: jeśli stwierdzimy w czasie operacji przepukliny uwięźniętej zgrubienie wyraźne i sztywność, niepodatność pętli jelitowej, zawartej w worku przepuklinowym (co świadczy o rozległym procesie zakrzepowo-zapalnym w żyłach ściany jelitowej), to lepiej jest odrazu wyciąć odnośny odcinek kiszki, jedno- lub dwuczasowo (pomimo zachowania prawidłowego wyglądu surowicówki, tętnienia naczyń i kurczliwości), gdyż ma tu już miejsce z pewnością rozległa nekroza śluzówki i podśluzówki, która doprowadzi do następowego zwężenia światła kiszki.

Uwagi w sprawie leczenia wadliwie zrośniętych złamań Dupuytrena. (A propos des fractures de Dupuytren vicieusement consolidées). M a s s a r t.

Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurgiens XXIII— Nr. 16, grudzień, 1931.

W przypadkach złamań Dupuytrena (ponadkostkowych), w których nastąpił zrost w wadliwem ustawieniu, stopa jest zwykle ustawiona w położeniu koślawem (valgus) i nadmiernego zgięcia podeszwowego (equinus). Powoduje to znaczne zaburzenia statyczne w chodzeniu, ból przy każdej próbie oparcia się na chorej kończynie i wysoce nieestetyczne zniekształcenie stopy odnośnej. Chorzy tacy zgłaszają się o poradę zwykle po 5 — 6 miesiącach od chwili wypadku. Najbardziej istotną rzeczą w tego rodzaju stanach jest przywrócenie prawidłowej osi całej kości strzałkowej. Szew kostny, wskazany częstokroć w przypadkach świeżych, tutaj do celu nie prowadzi — ze względu na daleko posunięte rozrzedzenie odłamków, silne zrosty z otoczeniem i znaczne zniekształcenie powierzchni stawowej kości napiętkowej. Za operację z wyboru uważa tutaj autor w y c i ę c i e c a ł k o w i t e k o ś c i n a p i ę t k o w e j, u z u p e ł n i o n e w y p r o s t o w a n i e m skrzywionej przez wadliwe zestawienie odłamów o s i k o ś c i s t r z a ł k o w e j.

Wycięcie kości napiętkowej najlepiej jest wykonać z cięcia pośrodkowego na stronie grzbietowej stopy. Po otwarciu stawu i usunięciu kości napiętkowej, należy możliwie wyrównać powierzchnie zetknięcia się kości goleniowej z piętową (usunąć szczątki odłama wewnętrznego i t. zw. „odłama trzeciego"), następnie, wyprostować (zwykle ręcznie) oś strzałki, zaszyć ranę doszczętnie i unieruchomić w gipsie stopę w ustawieniu szpotawem (varus). Na chodzenie pozwala się chorym tym po 3 — 4 miesiącach. Zabieg ten daje większą gwarancję zachowania ruchów w stawie skokowym, niż pozostawienie kończyny swemu losowi i ograniczenie leczenia do miesienia i gimnastyki leczniczej.

W przypadkach nie tak zastarzałych można się ograniczyć do przecięcia dłutem odłamów w miejscu ich wadliwego zrostu z dwu cięć skóry poziomych — od strony kostki wewnętrznej i zewnętrznej, do ustawienia stopy w przesadnem ustawieniu szpotawem (varus) i zagipsowaniu na przeciąg 30 — 40 dni; po tym terminie zakłada się na kończynę opatrunek gipsowy Delbeta, do chodzenia. Wyniki są dobre.

Usztywnianie operacyjne w celach leczniczych stawu biodrowego w przypadkach gruźlicy z przetokami. (L'arthrodèse dans la coxalgie fistulisée). M a s s a r t.

Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurgiens XXIII— Nr. 17, grudzień, 1931.

Jak wiadomo, rokowanie w gruźlicy stawu biodrowego z przetokami (nawet w wieku dziecięcym) jest niepomyślne, gorsze nawet, niż w przypadkach gruźlicy kręgosłupa, powikłanej przetokami. Z zabiegów operacyjnych — rezekcja stawu daje częstokroć dobre wyniki, ale tylko u osób, starszych, wyskrobanie zaś przetok i ognisk gruźliczych w kości do celu wogóle nie prowadzi.

Jeśli mamy do czynienia z gruźlicą stawu biodrowego u osobnika młodego (a tembardziej w wieku starszym), powikłaną przetokami, a leczenie unieruchomieniem w opatrunku gipsowym poprawy nie daje, to wówczas należy, nie zwlekając, uciec się do operacji usztywnienia chorego stawu zapomocą uszypułowanego przeszczepu kostnego z zewnętrznej strony talerza biodrowego (artrodeza pozastawowa).

Operacja ta polega na oddłutowaniu z zewnętrznej strony kości biodrowej powyżej panewki stawowej dostatecznie szerokiej blaszki kostnej, odchyleniu jej do boku i ku dołowi (bez złamania szypuły), przepiłowaniu krętarza dużego i umieszczeniu końca przeszczepu w szczelinie między odpiłowanym krętarzem i jego podstawą. Następnie, zeszywa się tkanki miękkie tak, aby ustalić poszczególne fragmenty kostne we właściwem położeniu zupełnie dokładnie. Przez cały czas operacji należy unikać ściśle wkraczania w teren dotknięty bezpośrednio proc sem gruźliczym. Ranę zaszywa się doszczętnie i unieruchamia się dokładnie kończynę wraz z miednicą w opatrunku gipsowym, nałożonym odrazu na stole operacyjnym (na specjalnym stole ortopedycznym). Opatrunek ten po 3 miesiącach zmienia się na nowy opatrunek gipsowy. Po zagojeniu się przetok i wykazaniu przez zdjęcia rentgenowskie zupełnego wgojenia się przeszczepu, chory zaczyna chodzić.

Rola lecznicza przeszczepu polega tutaj z jednej strony na unieruchomieniu stawu i stworzeniu dla głowy kości udowej szerokiego oparcia od góry, z drugiej zaś — na dostarczeniu ognisku gruźliczemu pewnego zapasu soli wapniowych i nasileniu przez swą obecność, w myśl idei Robertson — Laval'a, procesów gojenia się ognisk gruźliczych w kości.

Powikłania nerwowo-mózgowe, towarzyszące nastawianiu bezkrwawemu zwichnięć wrodzonych stawu biodrowego. (Les accidents nerveux de la réduction de la luxation congénitale de la hanche). C o r r e t.

Revue d'Orthopédie XIX — Nr. 1, styczeń 1932.

Powikłania te występują naogół rzadko (0,4% wszystkich przypadków), pamiętać jednak o nich należy chociażby dlatego, żeby w razie zjawienia się ich, należycie je ocenić, biorąc pod uwagę dobrotliwość i przejściowość tych zaburzeń. Powikłania te polegają na porażeniu całkowitem lub częściowem nerwu kulszowego i na pewnych zaburzeniach mózgowych (drgawki). P o r a ż e n i o w zakresie nerwu kulszowego występują według niektórych autorów (Lorenz) w 3% wszystkich przypadków zwichnięć wrodzonych biodra, nastawianych bezkrwawo, a nawet i częściej — zależnie, prawdopodobnie, od jakości materjału klinicznego.

Froelich zwraca uwagę na pewne momenty anatomiczne, które, jego zdaniem, specjalnie uspasabiają do powstawania porażeń nerwu kulszowego. Są to przypadki przemieszczenia głowy kości udowej ku górze powyżej 5 cm, trwające już długi czas (5 — 9 lat), i w których zdjęcie rentgenowskie wykazuje dużą ostrość i względną prawidłowość zarysów panewki, bez spotykanego tutaj zwykle spłaszczenia jej dachu, ubytków i rozrzedzeń. Ów obraz rentgenowski tłumaczy się tem, że zwichnięcie w tych przypadkach następuje prawdopodobnie jeszcze w życiu płodowem, a panewka nie znajdowała się nigdy pod wpływem ucisku głowy kości udowej i dlatego zachowała tak ostre i prawidłowe kontury. Chodzi tutaj raczej o „ektopję pierwotną, płodową" głowy kości udowej, niż o jej zwichnięcie. W związku z tem nerw kulszowy ulega tak znacznemu i trwałemu skróceniu, że przy nastawianiu zwichnięcia ulega pod wpływem rozciągania daleko idącemu obrażeniu.

Klinicznie porażenie nerwu kulszowego (całego lub, co się zdarza częściej, tylko nerwu piszczelowego) zaznacza się wyraźnie odpowiedniemi zaburzeniami czucia i ruchów — i to zaraz po nastawieniu, lub dopiero w kilka, względnie kilkanaście godzin. Porażenie to ma, jak już zaznaczono, charakter dobrotliwy i zwykle mija całkowicie w 3 — 6 miesięcy; najdłużej się utrzymują porażenia nerwu strzałkowego zewnętrznego. Mechanizm chorobotwórczy porażeń pozostaje w ścisłym związku z przebiegiem anatomicznym nerwu kulszowego i polega na nadmiernem rozciągnięciu nerwu co pociąga za sobą uciśnięcie naczyń krwionośnych w obrębie otoczki nerwu i przejściowe, jego niedokrwienie, a w następstwie — porażenie czasowe. Szybkie powstawanie porażeń tłumaczy się tu dużą wrażliwością nerwów — jeśli chodzi o ich żywotność — na zaburzenia w krążenia. Leczenie — polega raczej na zapobieganiu, to jest bardzo ostrożnem i stopniowem nastawianiu zwichnięć w przypadkach, specjalnie uspasabiających do następowych porażeń (według Froelicha). na stosowaniu przygotowawczego wyciągu (10 — 15 dni), na unikaniu nadmiernego odwodzenia uda. Jeśli porażenie już wystąpiło, to należy albo zmniejszyć stopień odwiedzenia uda, albo pozostawić opatrunek bez zmiany, licząc na przejściowość i dobrotliwość tego powikłania. Jednakże te porażenia, które w ciągu 15 dni nie wykazują poprawy, dają naogół rokowanie niepomyślne.

P o w i k ł a n i a m ó z g o w e — występują jeszcze rzadziej od poprzednich, predysponowane są do nich dzieci pochodzenia żydowskiego. Pomijając objawy shocku, których po nastawieniu bezkrwawem zwichnięcia biodra prawie nie widuje się, powikłania mózgowe polegają na występowaniu co 1 — 2 godzin drgawek klonicznotonicznych kończyn górnych i dolnych w przeciągu pierwszych 2 — 3 dni po zabiegu, mających naogół charakter dobrotliwy. Rzadziej dochodzi do stanu apatji, odurzenia i wreszcie śpiączki, które w pewnych razach mogą się skończyć nawet śmiercią.

Mechanizm chorobotwórczy polega albo na wpływach odruchowych na korę mózgową (objawy w tych razach występują zwykle później), albo na powstawaniu zatorów tłuszczowych w mózgu (objawy występują zaraz po nastawieniu zwichnięcia).

Leczenie ogranicza się do zabezpieczenia dzieciom odnośnym zupełnego spokoju psychicznego i nerwowego, podawania bromu, chloralu, okładu z lodu na głowę, a w przypadkach wyjątkowo ciężkich — na zdjęciu zupełnem opatrunku gipsowego.

Rozpoznawanie i leczenie krwawień odbytniczych. (Les hémorrhagies d'origine ano-rectale. Diagnostic et traitement). R a c h e t.

Revue de Médicine Nr. 1, styczeń 1932.

Istnieje cały szereg schorzeń, w których pierwszym i przez dłuższy czas jedynym objawem jest krwawienie z kiszki stolcowej; dopiero zbadanie palcem przez odbytnicę względnie obejrzenie wzierni kiem odbytniczym pozwoli na ustalenie właściwego rozpoznania i zastosowanie odrazu odpowiedniego leczenia.

Jak się zorjentować, czy krwawienie dane jest pochodzenia rzeczywiście odbytniczego, czy też z górnych odcinków przewodu pokarmowego? Jedynie pewnym dowodem jest stwierdzenie palcem i okiem miejsca krwawiącego. Inne dane mają tylko znaczenie względne. Przeciwstawia się, naprzykład, obecność krwi jasnej, żywoczerwonej pochodzenia odbytniczego — krwi czarnej, zmienionej, pochodzącej z górnych odcinków jelita; niezawsze jest to słuszne, gdyż gwałtowny i obfity krwotok dwunastniczy może dać wydobywanie się z kiszki stolcowej krwi żywoczerwonej, i odwrotnie, przy zaleganiu krwi w bańce odbytnicy — w przypadkach krwotoku odbytniczego — krew może być zmieniona, ciemna. Większe znaczenie ma stosunek krwi do mas kałowych: obecność krwi wewnątrz nich przemawia za krwawieniem z górnego odcinka, obecność krwi jedynie na powierzchni mas kałowych i poza niemi — za krwawieniem z odbytnicy. Rozróżniamy trzy zasadnicze grupy schorzeń, powodujących krwawienia odbytnicze: g u z y k r w a w n i c o w e, n o w o t w o r y i s t a n y z a p a l n o - o w r z o d z e n i o w e odbytnicy.

I. K r w a w i e n i a w y w o ł a n e p r z e z g u z y k r w a w n i c o w e. Guzy krwawnicowe są najczęstszą przyczyną krwawień z odbytnicy względnie odbytu; pamiętać przytem należy o jednem — że poza krwawnicami może być ukryty i nierozpoznany jako taki rak odbytnicy, a także — że zbyt pohopnie nieraz rozpoznaje się krwawnice tam, gdzie przyczyną krwawień jest wyłącznie rak.

Guzy krwawnicowe z e w n ę t r z n e dają naogół niewielkie krwawienia, a rozpoznanie nie nastręcza tu żadnych trudności.

Guzy krwawnicowe w e w n ę t r z n e, bez porównania częstsze od poprzednich, powodują również niezbyt obfite krwawienia, które zwykle są pierwszym objawem, zwracającym uwagę chorego na jego cierpienie i decydującym o udaniu się do lekarza. Z początku krwawienia te mają miej-

sce tylko przy oddawaniu stolca, później — i w przerwach między niemi, coraz częściej, doprowadzając chorego z czasem do stanu krańcowej niedokrwistości (do 1.200.000, a nawet 900.000 krwinek czerwonych). Znacznie rzadziej zdarzają się powikłania guzów krwawnicowych gwałtownemi i obfitemi krwotokami (do litra krwi naraz), budzącemi podejrzenie wrzodu dwunastnicy, a występującemi przeważnie u osobników z upośledzoną krzepliwością krwi.

Rozpoznanie pewne cierpienia możliwe jest dopiero po zbadaniu chorego wziernikiem odbytniczym; krwawnice wewnętrzne przedstawiają się tutaj albo jako obrzmienia wałowate, otaczające prawie całe światło kiszki, albo jako poszczególne guzki półokrągłe lub uszypułowane, różnej wielkości. W jednym i drugim przypadku twory te są pokryte mocno przekrwioną i zmienioną zapalnie śluzówką, która jest głównem, jeśli nie wyłącznem źródłem krwawień (same guzy zwykle są wypełnione zakrzepami i mało krwawią). Krwawnice wewnętrzne bywają powikłane obecnością owrzodzeń powierzchownych śluzówki (atonicznych, trudno gojących się), rozpadlin (fissurae ani) i wyrośli zapalnych w kształcie polipów lub licznych drobnych guzków, łatwo krwawiących.

Wreszcie, należy jeszcze raz wspomnieć z naciskiem o odmianie krwawnic o b j a w o w y c h, towarzyszących przeważnie rakowi odbytnicy, które zostają rozpoznane jako takie dopiero po dokładnem obejrzeniu wziernikiem części odbytnicy powyżej guzów krwawnicowych.

II. K r w a w i e n i a w p r z e b i e g u n o w o t w o r ó w o d b y t n i c y są albo pierwszym objawem cierpienia, albo wikłają późniejsze dopiero okresy jego rozwoju.

W przypadkach r a k a krwawienie występuje przy oddawaniu stolca lub niezależnie odeń; krew może zawierać dużą domieszkę śluzu — jak w przebiegu czerwonki.

W przypadkach polipa odbytnicy krwawienie (zwykle obfite) często bywa jedynym objawem cierpienia, występującego przeważnie w wieku młodym. Polip może być jeden (na szypule — na 6 — 7 cm powyżej odbytu), lub może ich być dużo (polyposis recti); w tym ostatnim przypadku krwawienia bywają szczególnie obfite i groźne dla życia. Histologicznie są to wychodzące ze śluzówki gruczolaki, włókniaki lub naczyniaki.

III. S c h o r z e n i a z a p a l n e o d b y t n i c y i o d b y t u mogą również dawać krwawienia, rzadziej — obfite, ale zato przeważnie bardzo uporczywe i powtarzające się. Etjologja, obraz kliniczny i przebieg tych schorzeń są bardzo różnorodne. W etjologji największą rolę grają dwoinki tryprowe i drobnoustroje, wywołujące czerwonkę. Przebieg — ostry lub przewlekły. Procesem chorobowym zajęty jest albo tylko najniższy odcinek odbytnicy i sam odbyt, albo cała odbytnica wraz z okrężnicą.

Leczenie. Leczenie objawowe wszelkich krwawień odbytniczych będzie polegało na zupełnym spokoju fizycznym, ścisłej diecie, zimnych okładach na brzuch, podawaniu belladonny i makowca i, wreszcie, cały szereg środków, stosowanych wogóle przy krwotokach (chlorek wapna, hemostyl, żelatyna); miejscowo — przemywania odbytnicy gorącą wodą (47 — 48° C.), roztworem 4 : 1000 chlorku wapnia, 20% roztw. wody utlenionej, hemostylem i t. p.

L czenie przyczynowe w przypadkach krwawnic będzie polegało na wstrzykiwaniu środków drażniących (chlorowodorek chininy i mocznika w roztworze 5%) do miejsc tuż powyżej guzków, poza zwykle stosowanemi środkami ogólnemi.

W niektórych przypadkach raka i polipów mnogich, może zajść konieczność — dla opanowania krwawienia — wytworzenia odbytu sztucznego (zstępnica, kątnica). To samo dotyczy niektórych niesłychanie uporczywych przypadków zapalenia odbytnicy, w którem zasadniczo leczenie przyczynowe powinno być skierowane przeciwko czynnikowi etjologicznemu.

Leczenie owrzodzeń goleni. (Le traitement des ulcères de jambe). S é z a r y.

La Presse Méd. Nr. 42, maj 1932.

Nawet pozornie nieuleczalne (to znaczy niepoddające się leczeniu w ciągu szeregu lat) owrzodzenia goleni zostają względnie szybko zagojone, pod warunkiem — przeprowadzenia w ł a ś c i w e g o (przyczynowego) l e c z e n i a. Poza owrzodzeniami kiłowemi, gruźliczemi i grzybicowemi — mającemi zupełnie swoistą etjologję, która wymaga i swoistego leczenia, — we wszystkich pozostałych owrzodzeniach przyczynami chorobotwórczemi są: z a b u r z e n i a w k r ą ż e n i u k r w i ż y l n e j (żylaki, zapalenia żył zakrzepowe) i z a k a ż e n i e m i e j s c o w e tkanek. Dlatego też leczenie owrzodzeń w przypadkach nieswoistych musi być skierowane w obu tych kierunkach.

Owrzodzenie goleni powstaje zwykle w związku z jakimś drobnym urazem i po osiągnięciu pewnych rozmiarów „stabilizuje się", to znaczy nie powiększa się, ale i nie zmniejsza się pomimo leczenia. Z czasem występują powikłania zapalne ze strony naczyń chłonnych, obrzęki, zbliznowacenie skóry, słoniowatość kończyny i t. p. Stare owrzodzenie goleni jest zawsze mocno zakażone, najczęściej łańcuszkowcem, zakażenie to przyczynia się z jednej strony do niegojenia się owrzodzenia, z drugiej zaś — do powstawania powikłań. W związku z powyższem jasnem jest, że właściwe leczenie nieswoistych owrzodzeń winno być skierowane w dwu kierunkach: zwalczenia zaburzeń w krążeniu żylnem i opanowania zakażenia.

Spotyka się czasami zdanie, że większość owrzodzeń goleni ma tło kiłowe; autor uważa je za zupełnie niesłuszne, a przeprowadzanie kuracji swoistej w każdym przypadku owrzodzenia goleni — za zdecydowanie niepotrzebne i nawet szkodliwe (poza nielicznemi owrzodzeniami rzeczywiście kiłowemi).

Z w a l c z a n i e z a b u r z e ń w k r ą ż e n i u ż y l n e m, będących jednym z dwu czynników chorobotwórczych w owrzodzeniach goleni, odbywa się prawie wyłącznie zapomocą l e ż e n i a w ł ó ż k u, bez którego obyć się jest prawie że niepodobieństwem. W łóżku noga chora powinna leżeć uniesiona dla ułatwienia odpływu krwi; w tymże celu zaleca się choremu wykonywanie ruchów czynnych palców i stopy wielokrotnie w ciągu dnia. Leżenie w łóżku powinno trwać do chwili całkowitego zagojenia się owrzodzenia.

Z w a l c z e n i e z a k a ż e n i a odbywa się na drodze zmywania powierzchni owrzodzenia wodą utlenioną, zwilżania roztworem lapisu 1 : 30 (z początku co 2 dni, potem co 3 dni) i przykładanie na gazie maści o składzie następującym: Hydrargyrum oxydatum flav. 2,0 + resorcin. 0,4 + acidum salicyl. 0.4 + lanolin. 10,0 + vaselin. 15,0 + axungiae 15,0. Opatrunek z maści zmienia się w ciągu pierwszych kilku dni dwa razy dziennie, później — tylko raz dziennie. Roztwór lapisu stosuje się w celu zniszczenia warstwy tkanek o słabej żywotności, zawierającej liczne drobnoustroje.

W przypadkach bardzo zadawnionych, z daleko posuniętem zbliznowaceniem tkanek, przyśpiesza zagojenie się owrzodzenia wyskrobanie jego brzegów ostrą łyżeczką; przyczem należy zaznaczyć, że do takiego wyskrobania można przystąpić dopiero po względnem wyjałowieniu owrzodzenia zapomocą prowadzonego jakiś czas leczenia zachowawczego (lapisem i maścią).

Po wygojeniu cierpienia — aby uniknąć nawrotu — należy zalecić choremu utrzymywanie kończyn w jaknajwiększej czystości, wystrzeganie się wszelkich urazów i nieprzemęczanie ich. Żylaki goleni trzeba leczyć w sposób zwykły wstrzykiwaniem środków drażniących.

Objawy bólowe ze strony kikutów poamputacyjnych. (Les douleurs des moignons d'amputation). R. L e r i c h e.

La Presse Méd. Nr. 44, czerwiec 1932.

Opierając się na danych fizjo-patologji układu nerwowego obwodowego i ośrodkowego, rozróżniamy następujące cztery typy zjawisk bólowych ze strony kikutów poamputacyjnych kończyn.

I. C h o r y „c z u j e" o d c i ę t ą k o ń c z y n ę, jakby ta nie utraciła swego związku z resztą ciała; jest to czucie naogół prawidłowe, fizjologiczne i jakkolwiek bywa czasami nieprzyjemne dla chorego, to jednakże z bólem w ścisłem tego słowa znaczeniu niewiele ma wspólnego. Chory czuje kończynę odciętą żywiej, niż zdrową, czuje jej położenie, ruchy, czasami ma wrażenie, że kończyna odcięta jest jakby skrócona, dziwnie mała. Zjawisko powyższe tłumaczy się uciskiem drażniącym blizny poamputacyjnej na kikuty nerwów, które jedyne ze wszystkich składników anatomicznych kończyny nie ulegają zanikowi, ale przeciwnie — odradzają się dosyć żywo, tworząc na swych końcach tak zwane nerwiaki poamputacyjne (neuroglioma post amputationem), które właśnie są punktem wyjścia czucia chorej kończyny. Że tłumaczenie to jest słuszne, a zjawisko opisywane nie ma nic wspólnego z halucynacjami czuciowemi pochodzenia mózgowego, dowodzi tego szybkie i całkowite zniesienie czucia odciętej kończyny po wstrzyknięciu do odnośnego nerwu roztworu nowokainy.

II. B o l e s n e c z u c i e k o ń c z y n y o d c i ę t e j — chory czuje kończynę, która jest dla niego źródłem ostrego bólu (kłującego, szarpiącego, piekącego), czasami dosyć dokładnie umiejscowionego (palec jeden, stopa) i będącego zawsze w zakresie jednego określonego nerwu. Bóle te zjawiają się dopiero po zagojeniu się rany amputacyjnej, czasami po 1—2 latach. Ich przyczyną jest ucisk blizny na n a d m i e r n i e rozwinięty nerwiak pooperacyjny. O ile w poprzednim przypadku umiarkowane (fizjologiczne) drażnienie kikutów nerwowych było źródłem czucia odciętej kończyny, to tutaj intensywne drażnienie nadmiernie wybujałych nerwiaków wywołuje czucie bólu w odciętej kończynie. Wycięcie nerwiaka lub wstrzyknięcie do nerwu nowokainy znosi ten ból na pewien czas.

III. B ó l e t y p u w s p ó ł c z u l n e g o (k a u z a l g i c z n e) w z a k r e s i e k i k u t a k o ń c z y n y. Podniety, działające w zakresie blizny na zakończenia odnośnych nerwów rdzeniowych, w y w o ł u j ą n a d r o d z e o d r u c h u rdzeniowego względnie mózgowego stan podrażnienia n e r w u w s p ó ł c z u l n e g o w zakresie kikuta, a czasami i drugiej kończycy (symetrycznej), przejawiający się zaburzeniami naczynioruchowemi i odżywczemi. Klinicznie stwierdzamy nieznośne bóle piekące, dotyczące przedewszystkiem kikuta, a nie odciętej kończyny, szerzące się na przyległe części tułowia, nieznośne nie ze względu na swoje nasilenie, a na swoją uporczywość i stałość. Kikut bywa często sinawy i łatwo powstają na nim trudno gojące się owrzodzenia. Umiejscowienie tych bólów wykracza poza zakres odnośnych nerwów, jest rozlane i mało charakterystyczne. Początkowe porażenie naczyń przechodzi z czasem w ich stały skurcz, stąd sinica i ochłodzenie skóry kikuta. Przecięcie nerwu rdzeniowego nie znosi bólu, ale wstrzyknięcie roztworu nowokainy w otoczenie tętnicy łagodzi go wybitnie, to samo odnerwienie tętnicy.

IV. N a d w r a ż l i w o ś ć n a b ó l k i k u t a p o a m p u t a c y j n e g o — istotą swą i charakterem jest zbliżona do bólów typu poprzedniego. Na drodze odruchu współczulnego występuje stały stan zapalny opon miękkich rdzenia na odpowiedniej wysokości (arachnoiditis hyperaemica), stąd ta nadwrażliwość odcinkowa na ból, wywołana prawdopodobnie przez drażnienie tylnych korzonków.

Nadwrażliwość ta jest źródłem największych dolegliwości i najgorszych bólów, z jakiemi spotyka się człowiek; doprowadza ona chorego z reguły albo do morfinizmu, albo też do samobójstwa.

E t j o l o g j a wszystkich powyższych stanów jest prawie wyłącznie wewnątrzpochodna, to jest biorąca źródło w swoistem u s p o s o b i e n i u chorego; ani sposób operowania, szycia, ani zakażenie nie grają tutaj prawie żadnej roli. Powikłania te są zupełnie nieobliczalne.

L e c z e n i e. W przypadkach bolesnego odczuwania kończyny odciętej odsłania się operacyjnie nerw odnośny (w razie potrzeby 2—3 nerwy) na przestrzeni 10 cm, przecina się go i następnie zeszywa dokładnie tak, jakbyśmy chcieli uzyskać jego regenerację, poczem do odcinka dogłowowego wstrzykuje się 1—2 cm^3 kwasu karbolowego lub chromowego. Uzyskuje się w ten sposób zniesienie bólów na długie lata. Reamputacja ani wycięcie nerwiaka do celu tutaj zupełnie nie prowadzą, gdyż bardzo łatwo powstaje nawrót nerwiaka.

W przypadkach bólów typu współczulnego wskazane będzie odnerwienie odnośnej tętnicy, z ewentualnem dodaniem (w przypadkach mieszanych) przecięcia i zeszycia nerwu kikuta.

W przypadkach nadwrażliwości na ból — przecięcie tylnych korzonków rdzenia lub pnia nerwu współczulnego.

Usypianie do operacji zapomocą mieszaniny eteru i dwutlenku węgla, podawanej aparatem Ombrédanne'a. (De l'anesthésie avec le mélange éther-acide carbonique donné au moyen de l'appareil d'Ombrédanne). Fruchaud — Gosset.

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 18, czerwiec 1932.

Rzeczą ogólnie znaną i podnoszoną wielokrotnie przez fizjologów jest wpływ drażniący, tonizujący, wywierany przez dwutlenek węgla we krwi na ośrodek oddechowy. Dzięki temu swemu działaniu dwutlenek węgla stał się najpotężniejszą bronią w zwalczaniu zapaści oddechowej jakiegokolwiek pochodzenia. Poza tem ma on podnosić ciśnienie krwi tętniczej i chronić w ten sposób przed wstrząsem pooperacyjnym. Wychodząc z powyższego założenia, zaczęto dodawać CO_2 do środków, używanych do usypiania chorych.

Codzienne spostrzeżenia kliniczne pokazują, że chory, usypiany zwykłym aparatem Ombrédanne'a, ma do swej dyspozycji aż nadto wystarczającą ilość tlenu, tylko nie zawsze ma wystarczającą ilość dwutlenku węgla. Na początku narkozy ośrodek oddechowy bywa często zahamowany, w związku z tem chory oddycha zbyt powierzchownie i ulega zaduszaniu się (asphyxia), ponieważ wciąga do płuc zbyt małą ilość tlenu, z drugiej zaś strony — nie zasypia, ponieważ nie wchłania dostatecznej ilości eteru. Jeśli wówczas podać choremu większą ilość eteru przez przesunięcie wskazówki aparatu, to eter ten zalega w płucach, drażni śluzówkę, wzmaga jej wydzielanie i powoduje zatykanie światła oskrzeli-ków śluzem, co jeszcze bardziej nasila objawy zamartwicy, a chory pomimo to nie zasypia. Ale wystarcza mu dodać w odpowiedniej chwili dwutlenku węgla ze specjalnego zbiornika, żeby zaczął oddychać głęboko i prawidłowo, a wchłaniając wówczas dostateczną ilość tlenu i eteru, zasypia spokojnie i szybko, bez drażnienia śluzówek i duszenia się. Autor spostrzegał tysiące usypianych w ten sposób chorych bez jakichkolwiek powikłań, przyczem ilość zużytego eteru była stosunkowo niewielka, a po operacji chorzy budzili się bardzo szybko. Powyższy sposób usypiania był stosowany u wszystkich chorych, za wyjątkiem: ssawców — którym z reguły podawano chloroform, chorych w stanie shocku — usypianych chlorkiem etylu (tylko do krótkich zabiegów), i za wyjątkiem zabiegów, wykonywanych w znieczuleniu miejscowem i przewodowem (czaszka, szyja, klatka piersiowa, żołądek, przepukliny, pęcherz moczowy i gruczoł krokowy).

U chorych z zapaleniem oskrzeli (zakatarzonych) i gruźlicą płuc, jeśli zachodziła konieczność uśpienia, stosowano przeważnie balsoform jako mniej drażniący drogi oddechowe.

Strona techniczna tego rodzaju usypiania przedstawia się bardzo prosto. Zmodyfikowana maska Ombrédanne'a posiada z boku wmontowaną rurkę metalową, na którą nasadza się rurkę gumową, prowadzącą do balonu, kauczukowego z dwutlenkiem węgla, mającego kształt poduszki. W odpowiednich chwilach, a zwłaszcza w początkowym okresie narkozy, narkotyzer ugniata rytmicznie zbiornik z CO_2, powodujący przez to przechodzenie tego gazu w większych ilościach do powietrza wdechanego przez maskę; odbija się to zaraz na oddechu chorego, który się wybitnie pogłębia i nasila. Z chwilą osiągnięcia głębokiego snu (zwykle przy użyciu niewielkich ilości eteru) dopływ CO_2 należy przerwać zupełnie.

Rozpoznawanie i leczenie zapalenia otrzewnej, wywołanego przez dwoinki zapalenia płuc. (Diagnostic et traitement de la peritonite à pneumocoques). Bréchot.

Revue de Médecine Nr. 2, luty 1932.

Istnieją dwie zasadnicze postacie pneumokokowego zapalenia otrzewnej: rozlana i ograniczona; początek jest mniej więcej jednakowy, różnica zaznacza się dopiero w dalszym przebiegu klinicznym. Cierpienie występuje w olbrzymiej większości u dziewczynek 5 — 10-letnich, ale poza tem spotyka się je w każdym wieku.

Początek bardzo ostry: gorączka 39°—40°, gwałtowne bóle brzucha, częste wymioty, biegunka i szybkie upośledzenie stanu ogólnego. Jeśli nie nastąpi zaraz (24—48 godzin) zejście śmiertelne, to objawy kliniczne nieznacznie przycichają i rozwija się jedna z postaci klinicznych, niżej wymienionych.

Postać umiejscowiona. Początkowe wymioty i biegunki ustają, gorączka ustala się na wysokości 38°—39°, ból umiejscawia się w okolicy podbrzusza, gdzie zjawiają się objawy ropnia ograniczonego; ropień taki, jeśli nie jest leczony operacyjnie, opróżnia się samoistnie nazewnątrz poprzez pępek. W mniej typowych przypadkach ropień umiejscawia się w okolicy podprzeponowej prawej, lewej, na talerzu biodrowym prawym i t. p. Po nacięciu operacyjnem ich ściany ropnie te goją się zwykle bez powikłań.

Postać rozlana. Szczególne trudności przedstawia różniczkowanie tej postaci od rozlanego zapalenia otrzewnej wskutek przedziurawienia wyrostka robaczkowego lub kiszki; ze względu na te trudności w każdym niepewnym co do etjologji zapaleniu otrzewnej zaleca się wywiadowcze otwarcie jamy brzusznej. W odróżnieniu od innych, zapalenie otrzewnej pneumokokowe cechuje się: bólami brzucha bardziej rozlanemi, słabo umiejscowionemi (koło pępka), ewentualnie o zmiennem umiejscowieniu, biegunką (występuje w 65% przypadków), stosunkowo lepszym wyglądem chorego i lepszym stanem ogólnym, czasami obecnością opryszczki (herpes), innych ognisk pneumokokowych, (pleuro-pneumonia, pericarditis), szybko narastającem zwiększeniem liczby białych ciałek we krwi (30.000 — z tego 90% segmentowanych).

Postać rozlaną pneumokokowego zapalenia otrzewnej możnaby podzielić na 2 podgrupy: postać „septyczną" — z obecnością dwoinek we krwi i wysiękiem surowiczoropnym w otrzewnej, kończącą się szybko zejściem śmiertelnem, i postać ropną — o przebiegu nieco bardziej łagodnym i wysięku czysto ropnym (ropa gęsta żółtawo-zielonkawa), ale doprowadzająca w większości przypadków również do śmierci.

Leczenie w przypadkach zapalenia otrzewnej umiejscowionego polega na nacięciu

ściany ropnia, względnie ropni i sączkowaniu w sposób zwykły. W przypadkach rozlanego zapalenia — o ile tylko pneumokokowe tło cierpienia nie jest zupełnie pewne — wskazane jest zawsze próbne otwarcie jamy otrzewnowej w okolicy prawego talerza biodrowego, wykonane w znieczuleniu miejscowem, i przy braku wyraźnych zmian zapalnych ze strony wyrostka — zaszycie ściany brzusznej z pozostawieniem sączka gumowego. Prosty ten zabieg, nawet przy ciężkim stanie ogólnym chorego na pneumokokowe zapalenie otrzewnej, nie jest w stanie spowodować takie pogorszenie, któreby się mogło przyczynić do zejścia śmiertelnego.

Leczenie gruźlicy chirurgicznej naświetlaniami rentgenowskiemi. (Traitement radiothérapique des tuberculoses locales). Guilbert.

Revue de Médecine Nr. 2, luty 1932.

Naświetlania lecznicze promieniami Roentgena w przypadkach gruźlicy chirurgicznej, obok swego działania wstrząsorodnego (proteinoterapja), wywierają również wpływ i odczyn swoisty ze strony zmienionych gruźliczo tkanek. Wszystkie składniki gruzełka: komórka olbrzymia, komórki nabłonkowate, zarodkowe — są bardzo wrażliwe na działanie promieni Roentgena; zbyt duża z punktu widzenia leczniczego dawka powoduje ich całkowite obumarcie i rozpad ropny tkanki, dawka zaś właściwa — niszczy tylko niektóre składniki komórki olbrzymiej, które, będąc wessane, działają jak autoszczepionka, a poza tem — przyśpiesza przekształcanie się komórek zarodkowych w fibroblasty i komórki dojrzałej tkanki łącznej (miejscowy odczyn obronny ustroju).

A więc działanie lecznicze naświetlań rentgenowskich polega tutaj na modyfikacji warunków miejscowych czyli podłoża, na którem rozwija się proces gruźliczy. Dlatego też technika tego rodzaju naświetlań jest trudna i wymaga daleko idącego indywidualizowania, a chorzy odnośni powinni być odpowiednio przygotowani (heljoterapja, kąpiele słone i inne środki, poprawiające stan ogólny chorych).

Gruźlica gruczołów chłonnych. Istnieją różne sposoby (pod względem technicznym) naświetlań, od dawek dużych (2 HED) do małych (¼ — ⅙ HED). Autor uważa już dawkę ½ HED za wygórowaną, która może wywołać niepotrzebnie w niejednym przypadku ropienie. U chorych już uprzednio wystąpił rozpad ropny ogniska gruczołowego, lepiej jest przed zastosowaniem naświetlań usunąć chirurgicznie obecne tutaj masy serowate, a naświetlania kontynuować po tem do chwili zupełnego zagojenia się przetok.

Gruźlica kostno-stawowa. Do naświetlań nadają się zwłaszcza ogniska w małych kościach z rozległem zajęciem przez proces swoisty przyległych tkanek miękkich. Za najwłaściwszy sposób stosowania naświetlań uważa się podawanie dawek małych i z długiemi przerwami. Odstępstwa od tej zasady pociągają za sobą niebezpieczeństwo uogólnienia zakażenia swoistego i wywołania miejscowo niepożądanego rozpadu tkanek.

Gruźlica narządów płciowych. W przypadkach gruźlicy przydatków macicznych naświetlania rentgenowskie poza działaniem na samo ognisko gruźlicze, wywołują również czasową kastrację chorej, co jest z dużą korzyścią dla procesu gojenia ogniska swoistego. W gruźlicy najądrzy wskazane są miejscowo dawki małe z dużemi przerwami, uzupełnione naświetlaniami śledziony. To samo dotyczy owrzodzeń gruźliczych pęcherza moczowego, pozostałych po wycięciu zmienionej gruźliczo nerki.

Gruźlica otrzewnej. W postaciach wysiękowych (ascites) wynik leczniczy udaje się osiągnąć względnie szybko, w postaciach wytwórczych (zrostowych) — naświetlania rentgenowskie zwykle trzeba stosować bardzo długo.

Z innych umiejscowień gruźlicy — ani gruźlica trzew brzusznych (np. nerek, jelit), ani płuc nie daje wskazań do naświetlań miejscowych, jeśli nie liczyć naświetlań śledziony, które się stosuje zresztą w każdym przypadku gruźlicy chirurgicznej, jako uzupełnienie leczenia miejscowego.

Zapalenia zatoki szczęki górnej pochodzenia zębowego. (Sinusite maxillaire d'origine dentaire). Ruppe.

Paris Médical Nr. 15, kwiecień 1932.

Rozróżniać tutaj należy ze względów formalnych: właściwe zapalenie zatoki szczękowej, ze zmianami zapalnemi ze strony śluzówki zatoki (sinusitis) — od ropniaka zatoki, w którym śluzówka ta żadnych zmian zapalnych nie wykazuje (empyema sinus, pyosinus).

Ze szczegółów anatomicznych należy pamiętać o ścisłym związku zatoki Highmora przedewszystkiem z korzeniami I i II zęba trzonowego, a następnie — z korzeniami obu przedtrzonowców, zęba mądrości i kła. Otwór zatoki szczękowej, prowadzący do środkowego przewodu nosowego, jest wąski i stosunkowo do dna zatoki wysoko umiejscowiony, co tłumaczy łatwość zalegania ropy w zatoce.

Etjologja. Do zapalenia zatoki przychodzi zwykle naskutek zakażenia, drążącego od strony zębodołu. Punktem wyjścia zakażenia bywa najczęściej ropień lub ziarniniak zapalny przy szczycie korzenia zębowego („apicitis"), czynnikiem zaś wywołującym — otwarcie zatoki w związku z wyrwaniem zęba lub przemieszczenie się kawałka korzenia do światła zatoki w czasie jego usuwania. Zresztą, zakażenie z zębodołu może przejść na zatokę i bez żadnego urazu, poprostu per continguitatem, dając obraz bądź to rozlanego zapalenia kości, powikłanego ropniakiem zatoki — postać stosunkowo najcięższa (odpowiednik zapalenia szpiku kostnego szczęki dolnej), bądź to ropniaka zatoki naskutek ograniczonego zapalenia zatoki (wytwórczego).

Otwarcie zatoki przy wyjmowaniu zęba nie jest zasadniczo tak groźne, o ile tylko przez niepotrzebne przepłókiwania tego miejsca nie wprowadzi się zakażenia głębiej.

Zapalenia zatok spotyka się dopiero po 7. roku życia, do 20. roku bywa ono zwykle pochodzenia nosowego, u dorosłych zaś jednakowo często widuje się zapalenia pochodzenia zębowego, co i nosowego.

Obraz kliniczny i rozpoznawanie. W przebiegu klinicznym postaci ostrej

zwraca uwagę nagłe ustąpienie bólów i gorączki z chwilą wydzielenia się przez nos dużych ilości cuchnącej ropy; w postaci zaś przewlekłej — długo trwający i bardzo uporczywy wyciek ropny z nosa (z jednej dziurki, silnie cuchnący), względnie powstanie przetoki ropnej w miejscu zębodołu chorego, poniżej oczodołu, lub poniżej łuku policzkowego.

Przebieg kliniczny może być powikłany: obecnością wyrośli zapalnych przewodu nosowego środkowego (polyposis), zapaleniem kości dna oczodołu, ropowicą oczodołu, nagłym i przejściowym obrzękiem tkanek oczodołu; inne powikłania bywają znacznie rzadsze.

Cenne wskazówki rozpoznawcze daje wziernikowanie nosa od przodu (obecność ropy w otworze, prowadzącym do zatoki, i obecność wyrośli polipowatych), od strony jamy ustnej — (w ciemnym pokoju) i prześwietlenie rentgenowskie. W przypadkach ostrych różniczkować należy od zapalenia zatoki pochodzenia nosowego, w przewlekłych — od zwykłego zapalenia kości szczęki pochodzenia zębowego, od raka zatoki, kiły i gruźlicy (dwie ostatnie ewentualności są rzadkie).

L e c z e n i e. W przypadkach ostrego ropniaka wskazane jest wyrwanie chorego zęba (bez następowego przemywania zatoki przez ząbodół), w razie utrzymywania się ropienia — przemywanie od strony nosa, a jeśli to nie skutkuje — operacja doszczętna. Ta ostatnia polega na przedostaniu się do zatoki poprzez przednią jej ścianę od strony przedsionka ust (Desault), lub poprzez przyśrodkową — od strony nosa (Calwell, Luc), na wyskrobaniu ostrą łyżką jej zawartości i rozległem sączkowaniu do ust lub nosa.

W przypadkach przewlekłego zapalenia zatoki — postępowanie zasadniczo takie samo, jak w przypadkach ostrych; tam, gdzie są już przetoki lub inne objawy zapalenia kości, wskazana będzie odrazu operacja doszczętna.

Przemieszczone do światła zatoki kawałki korzenia pozostawia się narazie w spokoju, jeśli wystąpi ropienie — operacja doszczętna.

Leczenie przetok jest naogół niepewne i trudne, stosunkowo najlepsze jeszcze wyniki daje leczenie przetok powyżej zębodołowych (podoczodołowych i poniżej jarzmowych). Zabiegiem wstępnym jest operacja doszczętna, a dopiero po zupełnem ustaniu ropienia można próbować dodatkowo plastyki śluzówkowej. Przyczyną powstania przetoki po operacji doszczętnej bywa albo niezupełne wyłyżeczkowanie jamy zatoki, albo też niedostateczne sączkowanie do jamy nosa.

Niektórzy chirurdzy zalecają w przypadkach niepoddających się leczeniu przetok zębodołowych wycięcie zewnętrznej ściany chorego zębodołu.

Usztywnienie pozastawowe stawu biodrowego w przypadkach przewlekłego zapalenia. (Arthrite chronique de la hanche. Arthrodèse extra-articulaire par greffon tibial). L a s s e r r e.

Archives Franco-Belges de Chirurgie Nr. 1, styczeń 1932.

Istnieje cały szereg przypadków przewlekłego zapalenia stawu biodrowego o różnorodnem tle, w których leczenie fizykalno-farmakologiczne nie doprowadziło do zupełnego wyleczenia; pozostały pewne dolegliwości, z któremi chory nie może się pogodzić. Przyczem nie chodzi tutaj najczęściej o wadliwe statycznie ustawienie kończyny, ani też o ograniczenie ruchów w stawie; ból w okolicy stawu (pachwina, mięśnie przywodzące) jest tym czynnikiem, który zmusza chorego do szukania ulgi na drodze operacyjnej, a chirurgowi — daje wskazanie do operacji. Ból ten bywa czasami taki silny i uporczywy, że uniemożliwia choremu chodzenie i nawet sen. Ból ten zwykle zostaje wywołany przez jakiś drobny nieraz ruch w stawie (np. skręcenie), ale może być i samoistny. W przypadkach odnośnych zwykle zesztywnienie w stawie jest niezupełne i pozwala na wykonywanie pewnych niewielkich ruchów, będących właśnie punktem wyjścia owej bolesności.

Przed zakwalifikowaniem chorego do operacji zawsze należy uprzednio spróbować leczenia ortopedycznego: unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym od miednicy do stopy, w ustawieniu prawidłowem; zaznaczyć tu należy, że przykurczenie w stawie biodrowym w zgięciu i nieznacznem przywiedzeniu bywa zupełnie dobrze znoszone przez chorych (nawet przy chodzeniu), czego nie można powiedzieć np. o przykurczeniu w całkowitem względnie nadmiernem wyprostowaniu. Jeśli, jednakże, powyższe leczenie ortopedyczne do celu nie doprowadzi i nie zabezpieczy choremu możliwych warunków poruszania się, nie należy zwlekać z zaleceniem operacji, która będzie polegała na p o z a s t a w o w e m usztywnieniu stawu biodrowego (arthrodesis). Usztywnienia wewnątrzstawowe są znacznie mniej pewne w swych skutkach, gdyż nawrót wadliwego ustawienia i bólów dają w dużej odsetce (do 75%). Jeśli krętarz duży został przemieszczony w przebiegu choroby do samego talerza, zabieg będzie polegał tylko na okrwawieniu szczytu krętarza i przesunięciu go pod blaszkę kostną, odszczepioną od zewnętrznej powierzchni talerza biodrowego. Jeśli krętarz przy operacji okaże się w nieduże odległości od talerza, oddłutowuje się od zewnętrznej powierzchni talerza mostek kostny, odchyla się go do boku i umocowuje pod czasowo odpiłowanym krętarzem. Jeśli, wreszcie, krętarz jest daleko od talerza, łączy się go z nim zapomocą jednej lub dwu listewek kostnych, pobranych z kości goleniowej, opierających się z jednej strony o zewnątrzną powierzchnię talerza tuż powyżej stawu, z drugiej — o dolnowewnętrzną stronę krętarza *(Albee)*. Unieruchomienie pooperacyjne kończyny w opatrunku gipsowym trwa sześć miesięcy; w 3 miesiące po operacji chory zaczyna chodzić w gipsie.

Wyniki lecznicze po tego rodzaju operacji są naogół bardzo dobre, staw ulega zupełnemu i trwałemu zesztywnieniu i przestaje być dla chorego źródłem wiecznych dolegliwości, a chory ma umożliwione poruszanie się i nawet powrót do pracy fizycznej.

Rozważania na temat zespołu chorobowego Pellegrini-Stieda. (A propos du syndrome de Pellegrini-Stieda. Considerations biologiques et thérapeutique sur les traumatismes fermés periarticulaires). P e t r i g n a n i.

Archives Franco-Belges de Chirurgie Nr. 1, styczeń 1932.

Cierpienie powyższe charakteryzuje się obecnością wyrośli kostnych w okolicy kłykcia wewnętrznego kości udowej, powstałych w następstwie urazu, i właściwie nie stanowi jakiejś zupełnie odrębnej jednostki chorobowej, gdyż mieści się całkowicie w ramach p o u r a z o w y c h z a b u r z e ń n a c z y n i o r u c h o w y c h według koncepcji *R. Leriche'a* („uraz naczyniowy"). Każdy uraz, według tego autora, wywołuje mniej lub dłużej trwające r o z s z e r z e n i e p o r a ż e n n e n a c z y ń okolicy, uległej urazowi. Dotyczy to wszelkich tkanek żywych, ale w pierwszym rzędzie — tkanek przystawowych (kości, więzadła, torebka stawowa), jako szczególnie bogato wyposażonych w nerwy współczulne. Owym urazem naczyniowym tłumaczy się długo nieraz trwające (tygodniami, miesiącami), zaczerwienienie skóry w miejscu urazu i podwyższenie miejscowe ciepłoty ciała. Na t k a n k ę k o s t n ą takie długotrwałe przekrwienie działa w sposób swoisty, a mianowicie—wywołuje jej r o z r z e d z e n i e, przyczem wypłókane z kości sole wapniowe przechodzą do krwiobiegu i albo zostają wydalone zupełnie z ustroju, albo też odkładają w najbliższem sąsiedztwie rozrzedzonej kości (okostna, więzadła, torebka stawowa, mięśnie); odkładaniu się soli wapniowych w ognisku urazowem sprzyjają powstałe po urazie zmiany w znajdującej się tutaj tkance łącznej — obrzęki i martwice ograniczone i przekształcanie komórek tkankołącznowych w komórki typu zarodkowego. Pewną rolę grają tutaj również czynniki, decydujące o usposobieniu chorego do zwapnień przystawowych, jako to: przesunięcie równowagi jonów tkankowych w stronę kwaśną, nadczynność przytarczyc i t. p.

Przy sposobności podkreślić tu należy szkodliwy wpływ, jaki wywiera m i e s i e n i e w tego rodzaju przypadkach; przez powodowanie coraz to nowych mikrourazów podtrzymuje, z jednej strony, przekrwienie miejscowe, z drugiej zaś — stwarza stale nowe ogniska dla odkładania się soli wapniowych. Z tego też względu należy zaniechać miesienia w każdym poważniejszym przypadku urazu stawu (wykręcenie, złamanie, stłuczenie), a zwłaszcza stawu kolanowego, szczególnie predysponowanego do wszelkich zwapnień przystawowych. Właściwe leczenie odnośnych przypadków będzie polegało na wstrzyknięciu do ogniska roztworu nowokainy (ma ono na celu zniesienie odruchu współczulnego i niedopuszczenie do trwałego przekrwienia), na dokładnem i dłużej trwającem unieruchomieniu kończyny i na elektryzacji mięśni. Jeśli wykonane po paru tygodniach zdjęcie rentgenowskie wykaże pomimo wszystko wyraźne odwapnienie kości, to należy zastosować parokrotne naświetlenie rentgenowskie okolicy urazu w celach leczniczych (zniszczenie komórek typu zarodkowego chroni do pewnego stopnia przed powstaniem zwapnień nieprawidłowych).

Leczenie zwapnień i wyrośli kostnych już wykształconych polega prawie wyłącznie na usunięciu ich operacyjnem. Przed zakwalifikowaniem chorego takiego do operacji można próbować jeszcze nagrzewań (gorące powietrze, diatermja), ale te ostatnie rzadko sprowadzają poprawę. Naświetlania rentgenowskie na wykształcone wyrośla nie działają wcale. Operacja zaś (pomimo swą pozorną nielogiczność: nowy uraz) z reguły daje zupełne wyleczenie, względnie dużą poprawę, przynajmniej jeśli chodzi o staw kolanowy.

M. Czyżewski.

CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.

Przyczynek do badań nad gruźlicą zatok nosowych. (Contribution à l'étude de la tuberculose des sinus de la face). V e r n i e u w e.

Revue de laryngologie, d'otolog.... T. 52. 1931. Nr. 5.

Studjum to daje bardzo rozległy pogląd na dziedzinę patologji stojącą naogół na uboczu zainteresowań. Nawet bardzo specjalistyczne monografje o zatokach nosa zbywają tę sprawę krótką wzmianką. I tak *Hajek* w swojem standardowem dziele pisze tylko „Gruźlica szczęki górnej i ślużówki zatok jest b. rzadką", a *Zerniko:* „Gruźlica zatok należy niewątpliwie do rzadkości" i t. p. Tembardziej praca ta musi zaciekawić, zwłaszcza że i autor sam ma na podstawie własnych badań o tem coś do powiedzenia. Z pracy okazuje się, że twierdzenie wyżej przytoczone przy głębszej analizie nie wytrzymuje krytyki. Trudno w referacie przytoczyć bogaty materjał indukcyjny, ograniczymy się do wniosków autora. Brzmią one następująco: 1) Sinusitis tbc. acuta jest cierpieniem mało częstem. 2) Sinusitis tbc chronica jest znacznie częstsze niż się ogólnie przyjmuje i bywa często zapoznawaną. 3) Należy przejąć się myślą, że Sinusitis tbc stwierdza się w innych wypadkach niż tbc pulmonum. O ile rozpoznanie ś c i ś l e n a u k o w e opiera się na stwierdzeniu prątka *Kocha* w ropie lub komórkach olbrzymich tkanek chorej zatoki, rozpoznanie k l i n i c z n e oprzeć się musi na objawach prawdopodobnych: miejscowych i ogólnych, wczesnych i późnych, pobudzających klinicystę do przedsięwzięcia badań laboratoryjnych. Tymi objawami będą: ziarnina, przetoki wielokrotne, gruczoły sąsiednie powiększone, typ rozwoju choroby i t. d. 5) Przewlekła gruźlica zatok, w szczególności szczękowej, tylko wyjątkowo rozwija się per contiguitatem z gruźliczych zmian w sąsiedztwie. Gruźlicę dróg łzowych jako punkt wyjścia, zdaje się, można wykluczyć *(Rollet* i *Colrot* oparli swoje twierdzenie na tysiącu operowanych woreczków łzowych), Jama nosowa tylko rzadko wchodzi w rachubę, zęby — niekiedy, dziąsła i zatoka wyrostkowo-zębowa (rebord alvéolo - dentaire) znacznie częściej. Zakażenie gruźlicze przenosi się dużo częściej do zatok przez ogólny krwiobieg. Dlatego też gruźlica zatok jest przeważnie gruźlicą pierwotną, a nie zakażeniem następowem przekształcającej sinusitis nieswoistej. 6) Gruźlica zatok podlega bardzo często wyleczeniu jużto samoistnemu, jużto drogą wczesnej operacji, możliwie doszczętnej. 7) Gruźlica płucna jest często n a s t ę p s t w e m gruźlicy przewlekłej zatok. 8) Niektóre formy gruźlicy zatok są klinicznie podobne do nowotworów złośliwych tej okolicy. 9) Dobrze pojęta profilaktyka przeciwgruźlicza musi również uwzględnić sinusitis chronica, podobnie jak to już uznano odnośnie do otitis chronica purulenta.

O obwodowych porażeniach krtani. Stan neurolaryngologiczny sprawy. (Les paralysies laryngées peripheriques. Etat neuro-laryngologique de la question). T e r r a c o l J.

j. w. [Nr. 7 i Nr. 8.

Praca zawiera liczne cenne impulsy dla laryn-

gologa internisty, chirurga i neurologa i obejmuje z ogromną znajomością rzeczy całokształt zagadnienia w rzucie historycznym. Główną osią jest, oczywiście, sławne prawo *Semona-Rosenbacha*, dzielące porażenia nerwu powrotnego na zupełne: z ustawieniem strun nieruchomem w pozycji pośredniej (Kadaverstellung) — i niezupełne: z przewagą czynnościową adductorów i ustawieniem strun przyśrodkowem (Medianstellung). Przegląd całokształtu ogromnego piśmiennictwa na ten temat doprowadza po czasowem radykalnem odrzuceniu tego prawa do stanowiska kompromisowego: Porażenie dylatatorów głośni (Posticilähmung) zachodzi tylko w niektórych wypadkach, a mianowicie, gdy struny ustawione blisko linji środkowej (paramedian), są respiracyjnie, czyli abdukcyjnie nieruchome, zaś fonacyjnie, czyli addukcyjnie ruchome. Przypadki te, — odpowiadające mniej więcej podanemu jeszcze w r. 1863, a zatem 17 lat przed publikacją *Semona* — zespołowi *Gerhardta*, — są jednak stosunkowo rzadkie i co więcej, są może porażeniami nie zawsze obwodowemi, a opuszkowemi (poliencephalitis partialis nuclei ambigui). Wszelkie inne porażenia głośni, bez względu na ustawienie strun, należy uważać za porażenia całkowite całego nerwu powrotnego, o ile struny są nieruchome. Wypadki z silną addukcją (stałą), — owe groźne przypadki z ciężką dusznością, gdy są obustronne — można uważać za kombinację całkowitego porażenia z kontrakturami, a odnośni autorzy widzą w tej kombinacji zjawisko spostrzegane w innych okolicach ciała we wszystkich dziedzinach neurologji (tabes, itd.).

Dlaczego w jednych przypadkach ustawienie strun przy porażeniu n. powrotnego jest inne niż u drugich, tego przyczyny, w szczegółach nieznanej, należy szukać w rodzaju działającego czynnika, zdaje się zawsze toksycznego. Za taki bowiem uważają autor i inni, czynnik działający nie tylko przy nowotworach, zmianach tarczycy, ale i przy tętniakach aorty. Za tem przemawia nagłe zazwyczaj występywanie porażenia: „ictus laryngoplegicus".

Zależnie od tego ustawienia strun rozróżnimy zasadniczo dwa typy porażeń: afoniczny i dysphoiczny. Przy pierwszym (zespół *Ziemssena)* struny są niejako zakrzepłe w szerokiem rozwarciu (gdy porażenie jest obustronne), oddech jest wolny, bezgłos zupełny, powietrze wylewa się bez większego ciśnienia z płuc i oskrzeli przez ziejącą krtań, ochrona przed aspiracją przez zwieracz krtaniowy, jest całkiem niemożliwe.

W drugim wypadku grozi uduszenie, struny domykają stale, głos jest nienaruszony.

Ciekawemi są ostatnie wyniki eksperymentalne *(Truffert* — 1927), według których działanie dylatacyjne głośni ma nietylko m.: cricothyr. posterior (m. posticus), lecz także m. interarytaenoideus transversus i nie bez znaczenia są także sąsiednie mięśnie gardzielowe. Odwrotnie znów z pewnych doświadczeń, a nawet wyników leczniczych widać, że sprawa zwieraczy nie jest też tak prosta. I tak *Martens, Killian, Wagner* i inni osiągnęli w dyspnoicznej formie porażeń dobre wyniki, przecinając ramus externus n. lar sup, unerwiający musc. crico-thyreoideus. Jak wiadomo mięśniowi temu przypisuje się na ogół tylko funkcję napinania strun; porównano jego czynność z naciskiem palca na strunę skrzypiec przed pociągnięciem smyczka. A jednak zabieg wspomniany umożliwiał dekaniulację, a struny z położenia addukcyjnego przechodziły w położenie pośrednie, umożliwiające oddechanie. Wyniki te były jednak poprzedzone doświadczeniami fizjologicznemi na zwierzęciu. Widzimy tu na pięknym przykładzie wpływ ścisłego eksperymentu na medycynę praktyczną.

Praca zawiera zbiór bogaty spostrzeżeń nad anatomią obu nerwów krtaniowych, górnego, mięszanego, i dolnego przeważająco ruchowego; omówione jest fizjologiczne znaczenie ansa Galeni, przeprowadzającej włókna czuciowe z nerwu dolnego na drogi czuciowe górnego n. krtaniowego. Omówione są związki unerwienia krtani, czuciowo-ruchowego z unerwieniem wegetatywnem i odnośne doświadczenia na zwierzętach. Wreszcie podana jest ciekawa symptomatologja porażenia n. laryng. s u p e r i o r i djagnostyka różniczkowa schorzeń pnia n. błędnego na różnych odcinkach jego od foramen jugulare aż poniżej odejścia nerwu powrotnego, w której szczegóły tu wchodzić nie możemy.

Leczenie neuralgji twarzowych, zawrotów i szumu prądami „elektroanestetycznymi" według Araya. (Traitement des nevralgies faciales, des vertiges et des bourdonnements par les courants electroanesthetiques d'Araya). W o r m s G. i R a t c o n J.

j. w. Nr. 10.

Autorzy zastosowywali w ciągu 2 lat aparat elektryczny, który podał *Araya.* Czem jest ten aparat? Jest to zasilana stosem galwanicznym cewka indukcyjna ze zwykłym przerywaczem Morsego, której prąd wtórny, mający włączony miliampermeter dochodzi jednym drutem rozwidlonym do dwóch elektrod pozytywnych, drugim podobnie do dwóch elektrod negatywnych. Wszystkie te elektrody umieszczone są na jednej płycie. Pozatem widać w konstrukcji (na szemacie) jakieś połączenia między prądem pierwotnym i wtórnym „(jonction des circuits primaires et secondaires). Otóż konstrukcja tych elektrod (w sposób trudno zrozumiały referentowi (zdaje się, że rozchodzi się tu o odwracanie prądu), ma być taka, że w rezultacie powstaje prąd o jednym kierunku lecz zmiennem napięciu. Wedle spostrzeżeń konstruktora po zaaplikowaniu tych elektrod w odpowiednich miejscach skóry chorego ma powstawać między elektrodami w tkankach t r z e c i prąd indukowany. Miejsca te muszą być tak wybrane, aby odpowiadały zachodzącej w tkankach zdolności jednostronnego przewodnictwa; w przeciwnym bowiem razie prąd trzeciorzędny zostaje zgaszonym (arrêté). Według pana *Araya* mianowicie krąży stale jakiś prąd, zwany przez niego „un flux nerveux" w organiźmie od okolicy potylicznej do czołowej, a stąd do kończyn. W wypadkach gdy ten prąd ulegnie zaburzeniu, wówczas prąd trzeciorzędny aparatu przyprowadza go do porządku, a równocześnie ustępują dolegliwości złączone z zaburzeniem. Tej oryginalnej koncepcji nie przytaczałbym tutaj, gdyby pozatem nie stał autorytet *Wormsa,* który upewnia o osiągniętych wynikach leczniczych i który, nie bez słuszności, wychodzi z założenia, że wobec zawodności znanych metod terapji uporczywych form

neuralgji twarzowych, szumów w uszach i zawrotów, każdy nowy środek przyrzekający ulgę w tych cierpieniach musi być poddany zbadaniu. Autorowi możnaby zarzucić, że zajmuje się leczeniem symptomu bez względu na etiologię, co więcej szeregu symptomów wybitnie różnorodnych — jedną wspólną i teoretycznie dość problematyczną metodą. Przyłączmy się jednak, akceptując z pominięciem teorji wszelki empiryzm — do wymienionego wyżej założenia autora i przypatrzmy się osiągniętym wynikom. Autor podaje szereg przypadków bardzo uporczywych, na których wyczerpały poważne autorytety lekarskie cały arsenał leczniczy bezskutecznie, jak adrenalina, neopankarpina, galwanizacja, jonizacja, rentgenoterapia, injekcje alkoholu (przy neuralgjach) itd.

We wszystkich wypadkach, po kilku czasem, przeważnie po kilkudziesięciu, niekiedy dopiero po 20 posiedzeniach następowała poprawa lub wyleczenie. Najczęściej wystarcza koło 20 posiedzeń, z tem, że zazwyczaj pierwsze posiedzenia przynoszą przejściowe zaostrzenie się symptomów. Co do techniki, to polega ona na przyłożeniu płyty z elektrodami na okolicę potyliczną, lub jarzmową, podkładając skórę giemzy na zwilżoną skórę i stopniowo prąd wzmacniając. Pacjent czuje z początku mrowienie w miejscu aplikacji, które stopniowo rozchodzi się po całej głowie. W wypadkach leczniczo korzystnych, mrowienie to, zwłaszcza po szeregu posiedzeń, obejmuje także podczas aplikacji kończyny.

Ephedryna a znieczulenie. (Ephédrine et anesthesie). G u n s i H e y m a n s.

j. w. Nr. 12.

Na podstawie szeregu prób przy operacjach podśluzowej resekcji przegrody nosowej autorzy dochodzą do wniosku, że ephedryna i efetonina jako dodatek anemizujący do znieczulającego roztworu nowokainy, mający zastąpić adrenalinę — są zupełnie bezwartościowe, bez względu na ilość dodatku ephedryny wzgl. efetoniny.

Skurcz naczyniowy błędnikowy. (L'Angiospasme labyrintique). P o r t m a n n G.

Revue de laryngologie, d'otol... T. 12. 1931. Nr. 15—16.

Autor opisuje przypadek, który zalicza do t. zw. zespołu *Larmoyez'a.* Zespół ten ma być pewnego rodzaju antytezą zespołu *Méniera.* W chorobie Méniera mamy do czynienia z zawrotami głowy napadowymi, po których zjawia się przytępienie słuchu. Przytępienie to utrzymuje się, a po szeregu napadów coraz wzrasta; w zespole *Larmoyez* zjawiają się subjektywne sensacje słuchowe, jak szum w uszach it.p. i równocześnie występuje niemal zupełna głuchota i po kilku godzinach występują nagle silne zawroty głowy, a po nich słuch powraca do normy. *Larmoyez* dopatruje się w zespole swym mechanizmu identyczn

ścianach naczyniowych, i t. d.), z cytozymu płytek *Bizzozera* i z serozymu osocza krwi — trombina, która łączy się z rozpuszczonym również w osoczu fibrynogenem na włóknik (fibrynę), dający początek skrzepowi jako czynnikowi hemostazy. Otóż w przeciwieństwie do ssaków zarówno serozym, jak cytozym znachodzi się u ptaków bardzo obficie w różnych stałych tkankach, a zwłaszcza w mięśniach. Gdy więc jednego z tych istotnych czynników krzepnięcia brakuje krwi patologicznej i wskutek tego krwotok nie chce stanąć, wówczas możemy czynniki te doprowadzić sztucznie z tkanką mięsną ptaków (według znanych doświadczeń chirurgów z tamowaniem krwotoków miąższowych np. wątroby, opon, przy pomocy świeżego mięśni pacjenta samego — zdaje się, jakoby i mięśnie ssaków mogły podpadać pod powyższą teorję substytucyjną. Ref.). Autor podaje szczegółowo metodę aseptycznego sporządzania sproszkowanego mięśnia, który suszy się w eksykatorze, miażdży w moździerzu a przed stosowaniem zwilża na papkę. Przy pomocy metody *(Duke'a)* badania czasu krwawienia można z łatwością wykazać hemostatyczne działanie proszku. Z zastosowań w otorhinologji autor wylicza operację zatoki szczękowej *Luc-Caldwella*, operacje na wyrostku sutkowym i epistaxis.

Systematyczne badanie krtani w gruźlicy płuc. (L'examen systématique du larynx chez les Tuberculeux pulmonaires). R e t r o u v e y H.

j. w. Nr. 24.

Nawiązując do pracy *Fontan'a* i *Despons'a*, którzy podkreślają znaczenie badania nosa i jamy noso-gardlowej w gruźlicy płuc, autor wykazuje wybitne znaczenie systematycznego badania krtani dla racjonalnego postępowania wobec gruźliczych i podejrzanych o gruźlicę. Opieranie się na objawach subjektywnych pacjenta jest absolutnie niewystarczające. Należy uprzytomnić sobie, że krtań ma szereg zgoła różnych funkcji. I. Funkcje odcinka rury oddechowej. Zaburzenie tej funkcji, jako objaw późny ma dla wczesnego rozpoznania t. b. c. laryngis małe znaczenie. II. Funkcja zwieraczowa krtani. W tej funkcji odnaleźć można dwie składowe: czuciową i motoryczną, odruchowo-obronną. Zaburzenie drugiej składowej oznaczałoby tendencję zachłystową. Zaburzenie to ma w symptomatologji wczesnego rozpoznania t. b. c. lanryngis również małe znaczenie. Zaburzenia czucia mogą się subjektywnie tylko wtedy uwydatnić, gdy wyrażają się wzmożoną wrażliwością, czyli bólem. Ból ten, występujący przeważnie pod formą dysfagji jest również częściej objawem późnym, a rzadziej wynikiem erozji lub owrzodzeń na wczesnych naciekach, lub w następstwie wczesnych prodromalnych stanów przekrwienia natury swoistej. Pozostaje liczny szereg daleko nawet posuniętych zmian, przebiegających przy zupełnym braku dolegliwości ze strony pacjenta, czyli subjektywnie w sposób utajony. Wreszcie ostatnią, a w naszem pojęciu codziennem najważniejszą funkcją jest funkcja fonacyjna. Zaburzenie tej funkcji występuje, zwłaszcza wcześnie, jedynie przy specjalnem umiejscowieniu zmian gruźliczych, podobnie jak i w kierunku wczesnych objawów bólu, są decydujące pewne lokalizacje. Zdając tedy wskazanie do laryngologicznego badania gruźliczych lub podejrzanych o gruźlicę na ich objawy subjektywne, popełnimy liczne brzemienne w skutki przeoczenia, ze szkodą zarówno dla należytej oceny prognostycznej schorzenia, gdyż zmiany krtaniowe wykazują daleko idącą równoległość ze zmianami płucnemi, jakoteż dla wczesnego miejscowego leczenia ewentualnych zmian.

Systematyczne badanie umożliwi często rozstrzygnięcie narazie nieuchwytnych podejrzeń na poczynającą się gruźlicę, gdy badanie fizykalne i rentgenologiczne płuc i gruczołów wnękowych wypada ujemnie. Wreszcie możemy niekiedy wykryć pozornie, lub rzeczywiście, pierwotne umiejscowienie gruźlicy krtani, poddając ją wczesnym badaniom. Drogi nosowe, krtani i płuca stanowią pod względem rozwoju gruźlicy jedność nierozerwalną i wymagają wszystkie równie bacznej uwagi, przy współpracy phthisiologa i laryngologa.

A. Schwarzbart
(Kraków).

CHOROBY NERWOWE.

O leczenie rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia. (Sur le traitement de la sclérose en plaque). D. P a u l i a n.

Paris médical, 1932 n. 7, str. 145.

Leczenie rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia zasadza się na stosowaniu naświetlań promieniami rentgena i vaccinoterapji.

Rdzeń ma być naświetlany promieniami skrzyżowanymi, dawką 300 R. na skórę na seans. Dla mózgu należy użyć jak największej liczby punktów wejścia, dając tę samą dawkę 300 R. na skórę na posiedzenie, lecz tylko w przypadkach z objawami mózgowymi.

Równocześnie stosuje się szczepionkę dożylnie celem otrzymania odczynu umiarkowanego. Szczepionka tyfusowa i vaccineurina dają za silne odczyny, o ile stosować je dożylnie. Zwłaszcza neuroyatren okazał się odpowiedni w dawkach coraz większych (od 0,5 do 3 cm^3) z dodatkiem chlorku wapnia, lub kakodylatu sodu. Liczba zastrzyków waha się od 18 do 30. Po przerwie 1 — 2 miesięcznej powtórzyć leczenie.

Po skończeniu naświetlań rentgenem autor stosuje codzienną poprzeczną jonizację wapniem rdzenia kręgowego, a później jonizację jodową.

Nawet w przypadkach posuniętych występuje znaczna poprawa, w okresach początkowych wyleczenie całkowite.

Zespół Klippela - Feila i kurczowe porażenie wszystkich czterech kończyn. Przewlekłe połowicze porażenie wstępujące rdzeniowe o niezwykłej etjologji. (Syndrome de Klippel-Feil avec quadriplégie spasmodique. Variété étiologique particulière de l'hémiplégie spinale ascendante chronique). G. G u i l l a i n i P. M o l l a r e t.

Rev. neur. 1931. T. I. Nr. 4, str. 436.

Opis kliniczny chorego, który przedstawiał dwa zespoły: dawniejszy dotyczył deformacji części szyjnej kręgosłupa (choroba *Klippel-Feila)*, świeższej daty zespół zasadzał się na porażeniu kurczowem wszystkich czterech kończyn i rozwijał się powoli. Autor wyklucza sprawę uciskową. Możliwe jest przypuszczenie istnienia zaburzenia rozwojowego rdzenia, lub wpływu spina bifida occulta. Dopuścić można zaburzenia cyrkulacyjne: powolny ucisk tętnic szyjnych i występowanie niedokrwistości rdzenia, czego wynikiem byłoby zwyrodnienie szlaków piramidowych.

Przypadek rozsianego zapalenia mózgu i rdzenia u dziecka z zejściem śmiertelnem. (Etude anatomoclinique d'un cas d'encéphalomyélite disseminée aigue à évolution mortelle chez l'enfant). J. D a g n é l i e i L. v. B o g a e r t.

Rev. neur. 1931. T. I. Nr. 5, str. 576.

11-letni chłopiec. W ciągu 4 miesięcy przejściowe utykanie na nogi i postępujące wychudzenie. Zespół oponowy. Zajęcie licznych nerwów czaszkowych, zaburzenia móżdżkowe, zamroczenie, śpiączka wreszcie niezupełne porażenie wszystkich czterech kończyn. Zniesienie odruchów brzusznych. Objaw Babińskiego po jednej stronie. Zaburzenia czucia cieplnego na kończynie górnej. W czasie obserwacji wyłoniło się nowe ognisko w okolicy jąder okoruchowych. Objawy zapalenia rdzenia narastały, odruchy znikały, całkowite porażenie zwieraczy.

Badanie histologiczne stwierdziło obecność rozsianych małych ognisk zapalnych jednakowych rozmiarów kształtu owalnego, zupełne zniszczenie otoczek rdzennych, mniejsze włókien osiowych, bujanie gleju plazmatycznego i obecność komórek ziarenkonośnych. Sprawa przypomina obrazy rozsianego ostrego stwardnienia mózgu i rdzenia.

Zespół móżdżkowy poprzedzony stanem hypertonicznym typu parkinsonowskiego. (Stwardnienie rozsiane kory móżdżka, brak zmian w jądrach szarych środkowych, hypertonia pochodzenia móżdżkowego). Sur un syndrome cérébelleux précédé d'un état hypertonique de type parkinsonien. Sclérose corticale diffuse du cervelet, intégrité des noyaux gris centraux, l'hypertonie d'origine cérébelleuse). G. G u i l l a i n, R. G a r c i n i B e r t r a n d.

Rev. neur. 1931. T. I. Nr. 5, str. 565.

U 71 letniego starca rozwinęła się wbitna hypertonja ogólna i astazjaabazja wskutek nadmiernego wygórowania odruchów położenia i ustawienia, w ciągu kilku następnych miesięcy hypertonja ta zmalała natomiast wystąpił typowy zespół móżdżkowy. Badanie pośmiertne wykryło rozlane stwardnienie kory móżdżkowej i obecność dwóch gruzełków, w okolicy kłaczka i około jądra zębatego. Z powyższego wynika, że pewne stany hypertoniczne zależą od zmian w móżdżku, jednak jądro zębate i jego połączenia z jądrem czerwonem muszą być nietknięte. Zdaje się, że pewne zakażenia przewlekłe, nprz. kiła, lub gruźlica w danym przypadku mogą powodować zanik móżdżka.

Nerwiaki uciskające rdzeń w chorobie Recklinhausena. (Maladie de Recklinhausen avec neurofibrome compriment la moelle). A. J. A n t h o n y.

Rev. neur. 1931. T. I. Nr. 5, str. 598.

Nerwiaki w chorobie Recklinhausena występują w liczbie mnogiej i to właśnie daje złe rokowanie w przypadkach operowanych, gdyż nie można mieć pewności. że zostały usunięte wszystkie.

Skutki nerwowe i psychiczne dangi. (Aperçu clinique sur les séquelles nerveuses et psychiques de la dengue). G. P. G h i a n n o u l a t o s.

Danga wywołuje psychastencję, cechującą się zmianą humoru i ruchliwości, które zależą od zaburzeń napięcia psychicznego, bądź napięcia mięśniowego. Pozwala to przypuszczać istnienie takiego ośrodka, boć musi on być zajęty. Kora mózgowa również cierpi: występuje niezdolność czuciowa (swędzenie, opatrzne uczucia) i zaburzenia ruchowe (porażenia całkowite lub częściowe). Lecznicze wyniki daje strychina.

Bielactwo w kształcie prześcieradła. (Vitiligo en nappe). E. M o n i z i V. F o n t e s.

Rev. neur. 1931. T. I. Nr. 6, str. 732.

Bielactwo zasadza się tem, że w pewnych miejscach skóry znika barwnik, skupiając się w sąsiedztwie. Plamy odbarwione leżą po obu stronach ciała i są wybitnie symetryczne.

U 17 letniego chłopca od 6-ego roku życia zaczęły zjawiać się na skórze plamy białe i stopniowo zajęły całe ciało z wyjątkiem twarzy, czaszki, szyji dłoni, stóp i genitalji. Niemożność wytłomaczenia rozmieszczenia plam zajęciem rdzenia kręgowego lub nerwów obwodowych zmusza do przyjęcia istnienia w mózgu ośrodka, regulującego rozmieszczenie barwnika w skórze.

Nerwoból nerwu przeponowego. (La névralgie du phrénique). H. M a r c u s.

Rev. neur. 1931. T. II. Nr. 1, str. 21.

Prawdziwą przyczyną nerwobólu przeponowego jest stan zapalny nerwu, jego podrażnienie, zatrucie lub uraz. Byłoby więc właściwiej mówić o zapaleniu nerwu, choć zwykle w okresie obserwacji zapalenie już wygasło, pozostał nerwoból.

Ból najczęściej bywa jednostronny i przeważnie zajmuje stronę lewą. Utrudnienie oddychania wywołuje lęk. Często zjawia się czkawka. Punkty bolesne mieszczą się wzdłuż przebiegu nerwu i w miejscach przyczepu przepony do ściany jamy piersiowej. Bóle promieniują w ramię, czasami w trzewia.

O różniczkowaniu między rozmiękczeniem mózgu i guzem. (Sur le diagnostic entre ramollissement et tumeur cérébrale). J. A. B a r r é, O. Metzer i J. M a s s o n.

Paris Médical 1931, Nr. 40, str. 273.

W początkowych okresach za guzem przemawia charakter stały bólów głowy i obecność napadów Jacksona lub innych objawów podrażnienia. Tarcza zastoinowa na dnie oka przemawia za guzem, wreszcie za guzem przemawia choćby nieznaczne zwiększenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego.

W dalszym przebiegu w odróżnieniu od rozmiękczenia w guzie mózgu objawy narastają i zjawiają się coraz nowe.

W okresie pełnego rozwoju sprawy guz daje objawy i po stronie przeciwnej, nprz. wzmożenie odruchów ścięgnistych, zwłaszcza objaw Babińskiego i brak odruchów brzusznych, a odma czaszkowa wykazuje przemieszczenie komory III w kierunku półkuli zdrowej.

Dr. med. Zygmunt Messing.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Doświadczenia kliniczne nad znieczuleniem w porodzie zapomocą pernoctonu. (Expérience cliniques sur l'anesthésie obstétricale au pernocton). R. Keller, E. Bohler.

Gynéc. Obstétr. T. 25, N. 3, r. 1932.

Na zasadzie 150-ciu przypadków autorowie przychodzą do następujących wniosków, co do wartości pernoctonu, jako środka znieczulającego bóle porodowe.

Najważniejszym zastrzeżeniem technicznem jest powolność wlewania dożylnego (0,3 cm. na 20 sek., czyli 1 cm. na min. 10% rozczynu pernoctonu; cała dawka wynosi 1 cm. na 12 klg. wagi rodzącej). Przy zachowaniu tego warunku pernocton traci swoje własności silnie toksyczne, jakie uwidaczniają się przy szybkim kontakcie leku z układem nerwowym.

Sen pernoctonowy trwa krótko, około 2—3 godzin, to też okres działania znieczulenia obejmować może jedynie okres wydalania i niewielką część okresu 1-go. Zaznaczyć przy tem wypada, że omawiany lek nie powoduje przedłużania się rozwierania się ujścia zewnętrznego: autorowie wybierali, co prawda, najlepsze przypadki zwłaszcza wśród pierwiastek, ale też udawało się im uzyskać dobry wynik nawet jeśli zaczynali znieczulenie już przy rozwarciu na 5 frs. do małej dłoni.

Pernocton nie uspasabia do niedowładu macicy po porodzie. Ogólnie biorąc lek ten działa znieczulająco najlepiej ze wszystkich dotychczas stosowanych środków zwalczających bolesność porodu.

Ma on jednak swoje niezaprzeczalne wady. A więc przedewszystkiem pernocton wywołuje w 20% przyp. silne podniecenie ruchowe wymagające starannej opieki ze strony personelu pomocniczego; leczniczo jesteśmy wobec tych stanów podniecenia zupełnie bezsilni. Okres II-gi wymaga również wytężonej pomocy personelu, gdyż śpiąca pacjentka zmienia ciągle pozycję lub nie chce leżeć w odpowiedniem położeniu.

Następną wadą metody jest jej krótkotrwałość; próby przedłużenia działania leku nie są bez zarzutu. Wreszcie nie ulega wątpliwości, że pernocton działa na dziecko, jakkolwiek w materjale autorów nie zginęło ani jedno.

Co się tyczy efektu znieczulającego, to wynik znakomity uzyskali K. i B. w 85%, dobry w 10%, a nie uzyskali żadnego w 5%.

Krótki przegląd unerwienia narządu rodnego kobiety. (Vue d'ensemble sur l'innervation de l'appareil génital de la femme). A. Binet i A. Beau.

Gynec. Obstetr. T. XXV. Nr. 4, 1932.

Narząd rodny kobiety zaopatrzony jest przez dwa układy nerwowe: 1) zwierzęcy czyli rdzeniowy i 2) roślinny, składający się z współczulnego i błędnego.

1) Układ zwierzęcy unerwia kobiecy narząd rodny zapomocą dwu splotów: a) lędźwiowego (plexus lumbalis) i b) krzyżowego (plexus sacralis).

Nerwy wychodzące z tych splotów a zaopatrujące narządy płciowe żeńskie są następujące:

a) Nervus iliohypogastricus i nervus ilioinguinalis wychodzą z I korzonka lędźwiowego, idą w powłokach brzusznych, potem wzdłuż grzebienia kości biodrowej i na jego przedniej ścianie dzielą się na dwie gałęzie: ramus abdominalis i ramus genitalis. Ta ostatnia przechodzi przez kanał pachwinowy, przebiega go i przy jego wyjściu daje włókienka nerwowe dla okolicy łonowej i dla wargi większej.

b) Nervus genitofemoralis wychodzi z II n. lędźwiowego i po przejściu musculus psoas dzieli się na gałęź płciową (genitalis) i udową (femoralis).

Gałęź płciowa inaczej zwana nervus spermaticus externus przebiega kanał pochwowy i rozpada się na włókienka czuciowe w wardze większej.

c) Nervus pudendus internus bierze swój początek ze splotu krzyżowego, a mianowicie z II, III i IV pary korzonków krzyżowych. Opuszcza miednicę małą przez incisura ischiadica major, okrąża kolec kości kulszowej, wraca do miednicy małej przez incisura ischiadica minor i wkrótce dzieli się na dwie gałęzie: tylną czyli nerw krocza (n. perinei), i przednią czyli nerw łechtaczki (n. dorsalis clitoridis). Pierwszy z nich dostarcza włókien ruchowych mięśniom krocza, a także włókien czuciowych mniejszym i większym wargom. Nervus dorsalis clitoridis rozpada się na gałązki w corpus cavernosus clitoridis.

2) Układ nerwowy roślinny składa się z układu współczulnego i błędnego.

A) Układ współczulny w zakresie narządu rodnego kobiety składa się z

a) plexus ovaricus składa się nerwów wychodzących z X, XI i XII odcinka piersiowego, i unerwia tylko jajnik i jajowód, nie posyłając ani jednej gałązki do macicy. Splot ten jest odpowiednikiem plexus spermaticus u mężczyzny.

b) plexus hypogastricus, który z kolei rozpada się na dwie części: I) superior i II) inferior.

I. Plexus hypogastricus superior leży przed kręgosłupem i rozciąga się od miejsca, gdzie odchodzi arteria mesenterica inferior, do wzgórka kości krzyżowej; tam rozdziela się on na dwa sploty podbrzuszne dolne. Plexus hypogastricus superior ma albo postać opisaną przez Hovelacque'a t. j. istotnie postać splotu połączonych ze sobą włókien nerwowych, albo występuje w postaci jednego nerwu, jak opisał to Latarjet, który go nazwał nerwem przedkrzyżowym, nervus praesacralis; ta ostatnia postać jest jednak postacią wyjątkową. Zresztą powinien on się nazywać raczej przedlędźwiowym, praelumbalis. Nerw ten ważny szczególnie dzięki operacji wykonywanej na nim, a podanej przez Cotte'a leży zazwyczaj nieco na lewo od linji środkowej.

II. Plexus hypogastricus inferior nie jest niczem innem, jak rozgałęzieniem z każdej strony omówionego przed chwilą górnego splotu podbrzusznego. Sploty te idą wgłąb miednicy wzdłuż tętnicy podbrzusznej, i zaopatrują prostnicę, pęcherz, macicę i pochwę.

B) Układ parasympatyczny miednicy małej bierze swój początek z rdzenia krzyżowego, od II odcinka do conus terminalis z nerwami krzyżowemi tworząc włókna układu parasympatycznego (splot sromny) plexus pudendus; wyszedłszy zeń dają nerwy wyosobnione, a mianowicie nervi erectores Eckard'a. Łączą się one

rozmaicie ściśle i rozmaicie często z układem współczulnym.

Wreszcie nerwy wchodzące w skład układu parasympatycznego wchodzą niekiedy w ścisły kontakt ze zwojami leżącemi w ścianie lub tuż obok narządów wewnętrznych. W taki sposób powstaje wielki zwój nerwowy mający niezaprzeczalne znaczenie dla narządów płciowych kobiety — węzeł lub zwój Lee-Frankenhauser'a.

Z kolei po omówieniu anatomji przechodzą autorowie do fizjologji unerwienia kobiecych narządów płciowych.

1) Układ nerwowy zwierzęcy.

Nerw mięśnia dźwigacza odbytu i n. pudendus internus daje włókna ruchowe do mięśni prążkowanych otaczających pochwę.

N. pudendus internus, a także n. iliohypogastricus i n. ilioinguinalis, a n. genitofemoralis dostarczają włókien czuciowych do okolicy sromu i spojenia łonowego.

Znane jest działanie tych nerwów powodujących w czasie stosunku płciowego 1) wzwód łechtaczki, 2) skurcz mięśni stały, wzmacniający się od czasu do czasu, 3) wytrysk gruczołów pochwy i sromu.

Czucie dotykowe jest rozwinięte w sposób prawidłowy na skórze krocza; natomiast czucie to jest mniej wydatne w śluzówce pochwy.

Czucie na temperaturę jest wysoce rozwinięte na skórze sromu, a bardzo słabo w pochwie, stąd konieczność ochrony sromu i krocza przy gorących irrygacjach.

Poczucie własnych narządów (sensation cinesthésique) jest słabo rozwinięte w śluzówce pochwy, zresztą podobnie jak w całym ciele. Odczuwa się je zapomocą układu roślinnego. Czucie na rozciąganie jest bardziej rozwinięte w pochwie, a zwłaszcza silnie w macicy.

Natomiast czucie na ból jest mocno rozwinięte w pochwie i cewce moczowej, a bardzo słabo w części pochwowej macicy.

Odczuwanie rozkoszy płciowej jest rodzajem czucia zupełnie swoistym i wyspecjalizowanym, podobnie jak zmysł powonienia i smaku. Wiadomo zresztą, że nie jest ono umiejscowione jedynie w okolicy narządów płciowych.

2) Układ nerwowy roślinny.

Antagonizm czynnościowy pomiędzy układem współczulnym i parasympatycznym uwidacznia się w dziedzinie płciowej, podobnie jak w innych punktach organizmu.

Sympathicus zwęża, parasympathicus — rozszerza naczynia, stąd ten ostatni powoduje wzwód ciał jamistych. Pierwszy przyśpiesza naogół przemianę materji, drugi ją zwalnia; natomiast w zakresie dojrzewania pęcherzyka Graafa układ współczulny powstrzymuje go; układ parasympatyczny — pobudza.

Podobnie jak jajnik — wszystkie gruczoły dokrewne znajdują się pod wpływem naprzemiennych i przeciwdziałających wpływów obydwu układów.

W stosunku do mięśni, sympathicus pobudza włókna okrężne, para sympathicus — podłużne, i jednocześnie hamuje okrężne. Wydalenie płodu, względnie obcego ciała z macicy odbywa się pod wpływem sympathicus (wszak mięśnie podłużne macicy przedewszystkiem wydalają. *Ref.*).

Włókna czuciowe w układzie roślinnym zawiera tylko układ współczulny (i to wątpliwe); tem

PERSODINE

Lumière

SWOISTE LECZENIE

BRAKU ŁAKNIENIA

NADSIARCZANAMI.

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

$$M_2S_2O_8 + H_2O = M_2SO_4 + H_2SO_4 + O$$

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.

się tłomaczy działanie lecznicze przecięcia nerwu przedkrzyżowego (plexus hypogastricus superior) w przypadkach bolów w zakresie miednicy małej.

Farmakologicznie adrenalina podnosi napięcie układu współczulnego; między innemi w skutku daje to skurcz naczyń krwionośnych. Atropina zmniejsza czynność parasympathicus'a, pilocarpina ją wzmaga.

Z ośrodków rządzących czynnością narządów rodnych wymienić należy: 1) autonomiczny splot Lee-Frankenhauser'a; 2) ośrodki nerwowe rdzeniowe, jak naprz. erekcyjny Eckhardt'a, ejakulacyjny — Budge'a, 3) ośrodki mózgowe.

Zapalenie pochwy i sromu u małych dziewczynek i powikłania tego schorzenia. (La vulvo- vaginite des petites filles et ses complications). H. Grenet.

La Gynécologie R. 30, grudzień 1931 r.

W długim artykule omawia autor zapalenie sromu i pochwy małych dziewczynek na tle rzeżączki. Omawiane schorzenie uważać należy za poważne i powodujące szereg ciężkich powikłań. Omawianie etiologji, przebiegu klinicznego rozpoznania różniczkowego i rokowania zajmuje w artykule dużo miejsca i nie wnosi nic nowego, to też ograniczę się do streszczenia poglądów autora na leczenie vulvo-vaginitis infantum.

Zapalenie sromu ustępuje zazwyczaj po zwykłych zmywaniach rozczynem nadmanganianu potasu (0,25 gr. na 1000,0), albo 10-cio krotnie rozcieńczonym płynem Labarraque'a. W przypadkach lekkich nadżerek w okolicy sromu i odbytnicy za-

leca autor smarowanie 2% lapisem i pudrowanie wyjałowionym talkiem.

Zapalenie pochwy wymaga koniecznie irrygacji tym samym rozczynem nadmanganianu potasu wykonywanych miękim cewnikiem Nélatona. Irrygacji takich wykonywać należy dwie dziennie, potem jedną.

W przypadkach uporczywych dobre wyniki daje stosowanie szczepionek, które też oddają cenne usługi w leczeniu powikłań. W tych ostatnich jednak szczególnie polecenia godne jest stosowanie preparatów chemicznych w pierwszym rzędzie tripaflawiny (związku kwasu akridynowego). Normalną dawką tripaflawiny dla dorosłych jest 10 cm. 2%-go rozczynu dożylnie; dla dzieci dawkę tę należy zmniejszyć do ⅔, ½ lub ⅓.

Leczenie wspomnianym przed chwilą preparatem wskazane jest nietylko w komplikacjach, ale także w przebiegu uporczywego zapalenia pochwy rzeżączkowego. W najcięższym powikłaniu to jest w ogólnem zakażeniu rzeżączkowem tripaflawina jest jedynym środkiem leczniczym.

Przerzuty do gruczołów w raku trzonu macicy. (Les métastases ganglionnaires dans le cancer du corps utérin). J. P. Tourneux.

Gynéc. Obstétr. T. 25, 1932.

Sprawa przerzutów raka trzonu macicy do gruczołów chłonnych jest w piśmiennictwie lekarskiem traktowana po macoszemu, w przeciwieństwie do raka szyjki. Autor zajął się tą sprawą z powodu dwu obserwowanych przez się przypadków, w których pomimo usunięcia macicy w znakomitych warunkach operacyjności wystąpiły po pewnym czasie przerzuty do gruczołów chłonnych lędźwiowych i pachwinowo-udowych (w 7—8 miesięcy).

Naczynia limfatyczne od trzonu macicy układają się w dwie grupy. Jedna od rogu macicy dąży w więzadle szerokiem wzdłuż naczyń więzadło maciczno-jajnikowych, przechodzi przez lejkowo miednicowe i wraz z naczyniami chłonnemi jajnika wznosi się do okolicy lędźwiowej; nieco poniżej wnęki nerki zagina się ku dołowi i kończy się w gruczołach lędźwiowych odpowiedniej strony. Druga grupa znacznie mniejsza, składająca się niekiedy zaledwie z jednego naczynia chłonnego, idzie od rogu macicy wzdłuż więzadła obłego do gruczołów pachwinowych zewnętrznych, lub też nawet po przejściu kanału pachwinowego — do gruczołów udowych. Nie należy ponadto zapominać o drogach chłonnych, łączących trzon macicy z jej szyjką. Wreszcie pamiętać należy o licznych połączeniach, istniejących pomiędzy wszystkiemi układami chłonnemi, co umożliwia zupełnie nietypowe umiejscowienie przerzutów, jak naprzykład gruczoły podbrzuszne lub krzyżowe, a nawet śródpiersia.

Nie należy sądzić, że przerzuty powstają dopiero w późnych okresach choroby, obserwacje Cullen'a i Pinson'a przeczą temu. To też wycinając macicę z powodu raka trzonu należy zwracać baczną uwagę na zachowanie się gruczołów i usuwać je w razie potrzeby, tembardziej, że znane są przypadki zupełnego wyleczenia po takiej operacji. Oczywista w stanach nie nadających się do operacji stosujemy actinoterapję.

Mięśniaki a ciąża. (Myomes et grossesse). Matveieff T. P.

Gynéc. Obstétr. T. 25. 1932.

Na zasadzie piśmiennictwa i własnego doświadczenia uzyskanego z 9 przypadków, autor jest zdania, że operacja wyłuszczenia mięśniaków według Martina jest w czasie ciąży stosunkowo bezpieczna nie tylko dla chorej, ale także dla ciąży i jej utrzymania. W kilku przypadkach autor umyślnie drażnił macicę w czasie operacji, wyłuszczył kilka mięśniaków, a pomimo to nie nastąpiło przerwanie ciąży.

Z drugiej strony mięśniaki w czasie ciąży mogą być powodem szeregu powikłań, i to tak w jej przebiegu, jak w połogu czy w czasie samego porodu. Z tego względu autor radzi rozszerzyć wskazania do wyłuszczenia mięśniaków w czasie ciąży, przyczem poleca tę właśnie operację, jako metodę wyboru, usunięcie zaś macicy radzi pozostawić jedynie dla przypadków wyjątkowych.

Ciężkie zapalenie miedniczek nerkowych w ciąży. (Pyélites gravidiques graves). Held E.

Gynéc. et Obstétr. t. 25. N. 3. 1932.

Autor przytacza 3 przyp. ciężkiego zapalenia miedniczek nerkowych w ciąży, z których 2 skończyły się zejściem śmiertelnem. Pod wpływem tych obserwacji a także po gruntownem przejrzeniu literatury autor podnosi niedocenianą niekiedy powagę tego schorzenia.

Do oceny każdego przypadku konieczne jest wykonanie całego szeregu badań laboratoryjnych: określenie ilości mocznika we krwi, próba wodna nerek, tak wydzielnicza, jak koncentracyjna; badania bakterjologiczne a przedewszystkiem posiewy krwi dają cenne wiadomości o rozległości zakażenia. Wreszcie badanie radiologiczne jest nieodzowne w każdym przypadku uporczywego zapalenia miedniczek nerkowych.

W obserwacji klinicznej zwracać należy uwagę na żółtaczkę i lekką sinicę znamionujące ciężkie przypadki.

Postępowanie lecznicze autora jest następujące: najpierw leczenie farmakologiczne, potem jeśli to nie daje wyników — drenowanie miedniczek na przeciąg kilku dni, ewentualnie z instilacją bakterjofagu pałeczki okrężnicy; leczenie powyższe wzmocnić można wstrzykiwaniem surowicy przeciw bact. coli; jeśli postępowanie powyższe nie odnosi skutku należy w przypadku sprawy jednostronnej wykonać operację na nerce (nephrostomję lub dekapsulację), jeśli sprawa jest dwustronna należy przerwać ciążę, bądź od dołu w początku ciąży bądź cięciem cesarskiem w jej końcu.

Rozważania w sprawie początku rozwoju i leczenia pierwotnych nabłoniaków sromu, na zasadzie 17 przypadków obserwowanych i leczonych. (Considérations sur le début, l'évolution et le traitement des épithéliomes primitifs de la vulve, d'aprés dix-sept cas observés et traités). Petit-Dutaillis P.

La Gynéc. T. 31, luty 1932.

Przypadki nabłoniaka sromu dawać powinny takie same wyniki lecznicze, jak nabłoniaka innej okolicy ciała, pod warunkiem, że rozpoznanie i leczenie będą miały miejsce dość wcześnie. Na 9 przyp. wcześnie rozpoznanych 3 żyły przez długi

czas, obserwowane przez autora. We wszystkich tych 9 przyp. gruczoły były wolne, co świadczy, że nabłoniak sromu nie jest bardziej skłonny do przerzutów drogą limfatyczną, niż inne raki. Poza rzadkiemi przypadkami, kiedy rak sromu wychodzi z gruczołu Bartholina, jest on zazwyczaj typu raka skórnego lub śluzówkowego. Najgorszem usadowieniem jest okolica błony dziewiczej, gdyż miejsce to jest najmocniej unaczynione i ma połączenie bezpośrednie z gruczołami chłonnemi nietylko pachwinowemi, ale także biodrowemi. Nabłoniak sromu może rozwinąć się tak na zdrowej tkance, jak na uprzednio zmienionej (kraurosis vulvae, leucoplakia i t. d.).

Leczenie — oczywista wycięcie, jeśli tylko jest to możliwe w granicach zdrowej tkanki; w innych przypadkach energja promienna, jako leczenie jedyne, lub następowe po operacji. Natomiast autor nie jest stronnikiem naświetlania przed operacją, gdyż uważa za konieczne wyczekanie przynajmniej 4—6 tygodni po naświetlaniu zanim można przystąpić do operacji; jest to jednak zbyt duża strata czasu, która nie tłomaczy się dostatecznym i widocznym zyskiem leczniczym. Igły radowe, w których pokładano wielkie nadzieje, nie dały spodziewanych rezultatów; w szczególności niszczenie igłami dużych guzów nowotworowych nie prowadzi do celu, gdyż niszczy jedynie sam guz, nie leczy jednak samej choroby.

Pozatem wspomina autor o dobrym skutku dodatkowego stosowania chlorku magnezu, wyciągu śledziony, a także zalecanego przez Rubens-Duval'a, globulinowego wyciągu z guza nowotworowego.

Gwałtowny krwotok w okresie pokwitania; zacisk na stałe na część pochwową. (Métrorragie suraiguë au moment de la formation; pince à demeure sur le col). Bonneau R.

Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 27, Nr. 3, marzec 1932 r.

W przypadku ciężkiego krwotoku w okresie pokwitania autor założył na część pochwową zaciskadło Museux, co wreszcie zatrzymało krwotok grożący życiu 13-letniej dziewczynki.

W związku z powyższym przypadkiem autor gorąco poleca opisany sposób postępowania w przypadkach, zwłaszcza jeśli lekarz jest zdany na własne siły. Zacisk trzymać należy przez 48 godzin, tak jak ma to miejsce przy postępowaniu według Doyen'a. Oczywista jednocześnie należy stosować odpowiednie leczenie istniejącej niedokrwistości (przetaczanie krwi, żelatyna, rozczyn fizjologiczny soli i t. d.).

Omawiając leczenie krwotoków okresu pokwitania wogóle autor poleca naświetlanie promieniami Roentgena jednego jajnika, twierdząc, że w ten sposób uzyskiwał całkowite wyregulowanie miesiączek. Leczenie powyższe działając bezpośrednio na jajnik wpływa niejako na samo źródło krwotoku; natomiast założenie radu do macicy działa raczej na punkt przyczepu czynności jajnika, gdyż osłabia reaktywność śluzówki macicy. Metoda ostatnio wspomniana jest znacznie trudniejsza do stosowania, jak pierwsza, to też możliwa tylko w rękach wybitnego specjalisty rentgenologa.

Krwawe zabiegi operacyjne winny wchodzić w grę tylko jako środki ostateczne po wyczerpaniu wszystkich innych, w obliczu niebezpieczeństwa śmiertelnego.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

W sprawie odporności w kile drugorzędnej i wypływające stąd wnioski lecznicze. (L'immunisation spontanée dans la syphilis secondaire et ses corollaires thérapeutiques). R. Bernard.

Bruxelles-médical, Nr. 23, 1932.

Pracę podjęto celem rozstrzygnięcia pytania, czy w przypadkach owrzodzenia pierwotnego z odczynem serologicznym dodatnim należy rozpocząć jaknajszybsze leczenie, czy też odłożywszy na bok wszelkie względy społeczne, a mając na uwadze jedynie dobro chorego osobnika, należy oczekiwać uogólnienia się kiły w okresie drugim i tem samem powstania spontanicznej odporności. Dlaczego wyłącza się kiłę z szeregu innych chorób zakaźnych, w których leczenie nigdy niema na celu powstrzymania wysypek skórnych — a przeciwnie chodzi zawsze o wywołanie jaknajsilniejszych objawów skórnych, zaczem idzie powstanie silniejszej odporności? W literaturze znany jest liczny szereg znanych autorów, którzy wykazują korzyści, wypływające z oczekiwania na pojawienie się objawów skórnych drugorzędnych.

Faktem jest, że w okresie utrzymywania się wysypki kiłowej i potem powstaje znaczna odporność organizmu, która już sama przez się może już chory organizm uwolnić od objawów kiły. Dlaczego przeciwdziałać powstaniu tych przeciwciał, które krążąc po całym ustroju, chronią przed wtargnięciem schorzenia inne organy wewnętrzne, a zwłaszcza system nerwowy. Wszelkie sposoby leczenia, mające na celu skrócenie okresu drugiego w przypadkach kiły lub niedopuszczenie do przejścia schorzenia w okres drugi — przeciwdziałają naturalnym siłom obronnym ustroju, mającym w leczeniu chorób zakaźnych znaczenie bardzo ważne. Najkorzystniejszą chwilą do leczenia chemicznego kiły jest więc początek okresu cofania się wysypek skórnych drugorzędnych. Leczenie chemiczne łącznie z naturalnemi siłami obronnemi ustroju daje lepsze gwarancje zniszczenia zarazka. Jeżeli nie uda się wtedy wyleczyć organizm całkowicie, to w każdym razie nawroty będą rzadsze i mniej groźne.

Spostrzeżenia autora poczynione od szeregu lat (200 przypadków) wykazały, że nie wszystkie środki lecznicze stosowane w kile dają jednakową gwarancję co do nawrotów, zwłaszcza w układzie mózgowo-rdzeniowym. Autor we wszystkich tych przypadkach badał kilkakrotnie płyn mózgowo-rdzeniowy. U kiłowych po leczeniu mieszanem z zastosowaniem równocześnie As i Hg wyniki były najlepsze. Po leczeniu naprzemiennem (serja As potem serja Hg) ilość płynów patologicznych była większa.

Najgorsze wyniki otrzymywano po leczeniu wyłącznie arseno-benzolowem. W dalszym ciągu z zestawienia 60 przypadków systematycznie leczonych w okresie pierszym (około połowa) i w okresie drugim wynika, że uleczonych w okresie owrzodzenia pierwotnego (autor wyłączył z zestawienia

te przypadki, które nigdy nie miały OW. w krwi dodatniego) — faza seropozytywna krwi utrzymuje się przeciętnie dłużej, ilość płynów patologicznych wynosi 77%, neurorecydywy wystąpiły w 6 przypadkach, z tych jeden tabes i 2 paral. progres. U leczonych w okresie wysypki kiłowej lub drugorzędnych zmian na śluzówkach — faza seropozytywna krwi była krótsza, ilość płynów mózgo-rdzeniowych wynosiła 21%, neurorecydywy nie było ani jednej. Z zestawień autora widać ponadto, że w grupie chorych leczonych w okresie kiły I, największe neurorecydywy i największe zmiany w płynach mózgo-rdzeniowych mieli ci chorzy, u których dodatni OW. z krwi zniknął szybko (jeden do 7 kwartałów). W tej też grupie chorych spotykamy się z nawrotami dodatniego odczynu W. w krwi nawet po dłuższym okresie utrzymywania się OW. ujemnego. Z tym ostatnim zjawiskiem w grupie chorych leczonych w okresie kiły II spotykał się autor wyjątkowo.

Przypadek kiły arsenoczułej, która przeszła w arsenoodporną. (Syphilis d'abord arsénosensible puis devenant arsénorècidivante et arsénorésistante dans la première cure avec réaction de résistance). Gougerot i R. Cohen.

Paris Médical, Nr. 10, 1932.

Opis przypadku kiły u kobiety czterdziestoletniej, u której owrzodzenie pierwotne zagoiło się w ciągu 20 dni po zastosowaniu leczenia arsenobenzolowego. Pomimo dalszego leczenia arsenobenz. w 4 tygodnie po zagojeniu się owrzodzenia wystąpiła wysypka grudkowa na przedramionach. Dalsze zastrzyki arsenob. nie tylko nie powodowały znikania wykwitów lecz przeciwnie — po każdym zastrzyku przybywały świeże wykwity a dawne nasilały się, tak że wysypka objęła cały tułów i kończyny. Na języku wystąpiły naloty (plaque muqueuse). OW. był silnie dodatni. Chora otrzymała ogółem w przeciągu 7 tygodni 3½ grama leku. Od chwili gdy zastosowano leczenie bizmutowe objawy ustąpiły w przeciągu kilkunastu dni bez żadnego odczynu Herxhajmera.

Powyższe spostrzeżenie nasuwa następujące przypuszczenia: chora zakaziła się szczepem normalnym, który dopiero w trakcie leczenia stał się arseno-odpornym, możliwie dzięki zastosowaniu początkowo zbyt małych dawek leku. Należy przypuścić, że w tym przypadku brak było całkowicie odporności ogólnej organizmu z przyczyny autorowi nieznanej.

Objawy psychiczne w kile wrodzonej. (L'hérédosyphilis mentale). M. Pinard.

Paris Médical, Nr. 10, 1932.

Psychiczne zaburzenia w przebiegu kiły wrodzonej dotychczas mało zwracały uwagę lekarzy, pomimo że są częste. Przybierać one mogą postaci najrozmaitsze, począwszy od nieznacznych do bardzo poważnych.

Najmniej wpadającym w oko jest typ dziecka z kiłą wrodzoną t. zw. złośnik. Chodzi o dzieci stale w okresie dzieciństwa ulegające atakom złości. Ataki te przybierają nasilenie niekiedy rzeczywistych furji, wybuchają z bardzo błahych powodów, kończą się silnymi bólami głowy bez zamroczenia i utraty przytomności, bez przygryzania języka i bezwiednego oddawania moczu.

Drugim typem dziecka kiłowego jest dziecko niezdolne, nieumiejące skupić uwagi, trudno pojmujące.

Jedną z częstszych cech charakteru u dzieci kiłowych jest wybitna zazdrość, kleptomanja i kradzież rzeczy nieużytecznych a także popęd do uciekania z domu.

Powyższe zboczenia psychiczne ustępują z wiekiem a zwłaszcza szybko po zastosowaniu leczenia specyficznego. Bojaźń przestrzeni jest również częstą w kile wrodzonej i ta cecha w przeciwstawieniu do innych ustępuje trudno i utrzymuje się nieraz do starości.

Autor przytacza szereg przykładów, ilustrujących zboczenia psychiczne u dzieci kiłowych, szereg wyraźnych remisji po zastosowaniu leczenia specyficznego i kilka zestawień statystycznych z domów poprawczych, z których wynika, że około 50% dzieci w tych zakładach wykazuje dodatni odczyn Was. w krwi.

Kiła a rak szyjki macicznej. (Syphilis et cancer du col de l'utérus). A. Touraine.

Paris Médical, Nr. 10, 1932.

Kiła zdaje się wywierać pewien wpływ, usposabiający do powstania nabłoniaków szyjki macicznej, tak jak wpływa także na zwiększenie częstości nabłoniaków języka.

Szereg zestawień własnych i obcych autorów wykazuje w przypadkach raków szyjki macicznej częste współistnienie kiły u rodziców, u męża wreszcie u samej chorej. Znane są wypadki powstawania raków szyjki mac. w miejscu istniejącej uprzednio leukoplazji kiłowej a także na kilaku szyjki lub w następstwie metritis syphilitica. Ogółem rola kiły w powstawaniu raków szyjki mac. jest wybitna. Zestawienie Audry z roku 1926 wykazuje połowę przypadków raków szyjki u kiłowych. Zestawienia innych autorów przemawiają jeszcze bardziej na korzyść przypuszczeń autora (66 do 68,5%). Należy przypuścić, że kiła działa bezpośrednio na nabłonek śluzówki, wywołując jego hyper- i metaplazję i stwarza tym sposobem okres przedrakowy.

Rumień wielopostaciowy a kiła. (Érythème polymorphe et syphilis). M. J. Watrin.

Paris Médical, Nr. 10, 1932.

Spostrzeżenie dotyczy osobnika 37-letniego, który w niespełna 2 lata przeszedł 7 wybuchów rumienia wielopostaciowego wysiękowego, a u którego w końcu na podstawie dyskretnych zmian na śluzówkach jamy ustnej i obecności odczynu Was. dodatniego w krwi wykryto obecność kiły nieleczonej.

Po 2-ch kuracjach arsenobenzolowych uwolniono chorego od wybuchów rumienia wielop. wysięk.

Autor skłania się do przypuszczenia, że, nie odmawiając odrębności temu schorzeniu jako jednostce chorobowej, nie należy zaprzeczać tak jak to czyni szkoła niemiecka, istnienia jakiegokolwiek związku pomiędzy kiłą a rumieniem wielop. wysięk. i znajduje wytłumaczenie powyższej korelacji w teorji o biotropizmie, czyli o pobudzeniu utajonych mikrobów przez wtargnięcie innego virus de organizmu tak jak to jest rzeczą znaną w przypadkach półpaśćca i kiły.

Wyprysk u drwali i uczulenie leśne. (L'eczema bois et sensibilisation silvestre). E. Schulmann, P. Détouillon.

Paris Médic. 1932, N. 3.

Zmiany skórne powstające skutkiem zetknięcia się z roślinami, opracowane są dosyć szczegółowo, natomiast zmiany powstające na skutek pracy drwali w lesie — są mniej znane, jakkolwiek prace autorów i wynik ankiety, którą podjęli w pewnych okolicach Francji stwierdzają obecność tych zmian w 2% ludności zamieszkujących okolice zalesione, czyli są tak częste jak wyprysk u praczek. Schorzenia te dotyczą nietylko drwali ale wszystkich osobników, mających stały kontakt ze świeżym drzewem (rolnicy, pracujący w lesie, myśliwi węglarze). Wpływ szkodliwy na skórę tych osobników wywierają bezpośrednio drzewa i substancje eteryczne, żywiczne, wydzielające się z drzew. Z najbardziej szkodliwych są dęby, buki, kasztany, topole, akacje, platany (jawory), wiązy, rzadziej sosny. Wśród tych schorzeń należy rozróżnić dwie zasadnicze grupy: I. wyprysk drwali, występuje prawie wyłącznie tylko w tym zawodzie, rozwija się stopniowo, zawsze na skórze stykającej się z drzewem (skóra rąk), a jedynie w przypadkach daleko posuniętych, przy stałym kontakcie z drzewem może zająć skórę twarzy, wyjątkowo skórę organów rodnych. Tę postać należy zaliczyć do banalnych zapaleń skóry. Obraz chorobowy na rękach bywa określany jako świerzba drzewna. Pierwotnymi wykwitami, jakie można zauważyć są albo pęcherzyki albo obrzękowe rumienie na grzbiecie dłoni i pomiędzy palcami rąk. Sprawa wyjątkowo rozpoczyna się od powierzchni dłoniowej rąk. Wyleczenie następuje szybko po przerwaniu pracy przy zastosowaniu zwilżań z argentum nitricum i maści obojętnych. Wrazie znacznego wtórnego zakażenia mikrobami należy stosować okłady z wody Aliboura. Podjęcie pracy w lesie po wyleczeniu nie musi wywołać recydywy. Autohemotorapja w tych przypadkach w połączeniu z leczeniem miejscowem oddaje duże usługi.

II. Uczulenie leśne (la sensibilisalion silvestre) daje kliniczny obraz zupełnie odmienny od poprzedniego. Przebieg tego schorzenia zbliżony jest do innych schorzeń skórnych, powstających na skutek uczulenia. Osobnik pracujący czas dłuższy w lesie w pełnym zdrowiu nagle bez widocznej przyczyny, zwykle po powrocie z pracy do domu, niekiedy wśród nocy, doznaje uczucia pieczenia i palenia na twarzy, pieczenia oczu.

Wśród drapania, które szybko pogarsza stan chorego, występuje znacznych rozmiarów obrzęk powiek, czoła i policzków. Szybko zjawiają się drobne pęcherzyki, które sączą płynem surowiczym; spojówki bywają silnie zaczerwienione. Równocześnie podobne zmiany występują na rękach i w kilka godzin sprawa może się rozszerzyć na szyję, organy płciowe i okolice odbytu. Ciepłota ogólna może być prawidłowa; niekiedy podnosi się do 39 i 40°. Przejściowy białkomocz występuje rzadko, rzadko też do opisanych zmian skórnych przyłącza się wtórne zakażenie. Pierwszym objawem cofania się sprawy jest ustępowanie obrzęku, które rozpoczyna się pomiędzy trzecim a 15-tym dniem od początku trwania choroby. Zejście sprawy odbywa się wśród bardzo znacznego łuszczenia; naskórek złuszcza się dużymi płatami, a że schorzenie jest wybitnie łatwo odnawiającem się znane są więc przypadki przysłowiowego „zrzucania z siebie skóry" podobnie jak u węży. Nawrót występuje zwykle przy najmniejszem zetknięciu się ze szkodliwie działającym gatunkiem drzewa, czasem i bez zetknięcia na skutek jedynie tylko sąsiedztwa lasów, Przyczynami uspasabiającemi są przedewszystkiem: a) wilgotność drzewa, która jest przyczyną częstszego pojawiania się uczulenia w porze deszczowej, rzadszego w porze wielkich upałów. Pocenie się rąk ma też pewne znaczenie. Więcej niż połowa chorych należy do typu obficie pocących się. b) wiek nie ma żadnego

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

wpływu w tych przypadkach natomiast, zdaje się, odgrywa tu pewną rolę płeć. Kobiety zapadają wyjątkowo rzadko, jakkolwiek w pewnych okolicach zajęte są pracą w lesie narówni z mężczyznami, c) Najważniejszym czynikiem jest osobnicza wrażliwość chorego, co do której nie można ustalić żadnych reguł. Zdarzają się przypadki uczulenia pośredniego, to znaczy, że osobnik wrażliwy początkowo na jeden gatunek drzewa z czasem, bez dłuższego kontaktu, uczula się i na inny gatunek drzewa. Należy zwrócić uwagę na ważną rolę spojówek w uczuleniu. Spojówki reagują zwykle pierwsze. Leczenie polega na osłanianiu skóry i śluzówek maściami i zmywaniu płynami ściągającemi. Najważniejszą rolę odgrywa leczenie ogólne, usiłujące odczulić organizm wrażliwy. Co do odczulenia specyficznego nie mamy narazie dobrych i pewnych wyników.

Odczulanie niespecyficzne organizmu, do którego zawsze musimy się uciec, polega na stosowaniu doustnem lub podskórnem natr. hyposulfur., na autohemoterapji, na proteinoterapji wogóle.

Zawodowe owrzodzenia na rękach. (Ulcérations professionelles des pulpes digitales et des éminences thénar). M i l i a n.

Paris Médic. 1932, N. 3.

U 33-letniego robotnika, zatrudnionego w fabryce cementu wystąpiły głębokie, okrągłe i owalne owrzodzenia na opuszkach wszystkich palców rąk z wyjątkiem pierwszego, na dłoniowych powierzchniach palców z wyjątkiem pierwszych i trzecich wkońcu na skórze w okolicy tenar i hypotenar symetrycznie na dwu dłoniach. Brzegi owrzodzeń są zczerniałe z powodu otaczającej obwódki zapalnej i złogów pyłu. Poza zczerniałym brzegiem znajdują się białe złogi w skórze, które tworzą rodzaj pierścienia, a które przy bliższym badaniu okazały się złogami cementu.

Owrzodzenia powyższe należy odnieść do szkodliwego działania cementu, z którym ustawicznie stykały się ręce chorego. Chory popychał wózki z cementem, ujmując dłońmi barjerę stale pokrytą szkodliwym pyłem.

Z. Jastrzębska.

KRONIKA

XII ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH

w Choroszczy pod Białymstokiem na Walnem Zgromadzeniu dn. 16.5. 32 r. jednogłośnie uchwalił następujące wnioski:

I. XII Zjazd Psychjatrów Polskich wita z uznaniem rozpoczęcie badań biologiczno-kryminalnych w więzieniach warszawskich i wyraża nadzieję, że Ministerstwo Sprawiedliwości wydatnie poprze te badania i przyczyni się do rozszerzenia ich na inne więzienia z uwagi na doniosłe znaczenie tych badań dla nauki, higjeny psychicznej oraz polityki karnej i penitencjarnej.

II. XII Zjazd Psychjatrów Polskich

1) stwierdza konieczną potrzebę poddania każdego nieletniego przestępcę badaniom psychologiczno-psychjatrycznym, oraz

2) stwierdza konieczność przekształcenia istniejących zakładów wychowawczo-poprawczych na zakłady wychowawczo-lecznicze pod kierunkiem lekarzy psychjatrów.

III. XII Zjazd Psychjatrów Polskich uznaje za konieczne ożywienie działalności w dziedzinie higjeny psychicznej w Polsce przez wciągnięcie do pracy przedewszystkiem lekarzy-psychjatrów zakładowych.

IV. XII Zjazd Psychjatrów Polskich uważa za pożądane umożliwienie lekarzom zakładów psychjatrycznych zapoznanie się z pracami w klinikach psychjatrycznych i odwrotnie.

V. Wobec braku dostatecznej liczby miejsc w zakładach dla psychicznie chorych w Polsce, XII Zjazd Psychjatrów Polskich uważa za konieczne usunięcie innych instytucji w zakładach takich czasowo ulokowanych.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
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 VI WARSZAWA 1932 PAŹDZIERNIK ZESZYT X

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

Ostre śmiertelne powikłania przewlekłych suchot płucnych

(Przyczynek do rokowania w suchotach płuc przewlekłych).

PODAŁ
DR. HENRYK WASERMAN.

1. Zapowiedź: Rokowanie w przewlekłych suchotach płucnych.

2. Bezpośrednie powody zejścia śmiertelnego w przebiegu przewlekłych suchot płucnych.

3. Ostre śmiertelne powikłania przewlekłych suchot płucnych:

a) ostra niedomoga mięśnia sercowego,
b) samoistna odma piersiowa,
c) krwotoki płucne (i ich następstwa podostre płatowe lub ogniskowe *serowate* zapalenia płuc),
d) gruźlica prosówkowa, względnie d[1]) gruźlicze zapalenie opon mózgowych,
e) zapalenia opłucnej w *końcowych okresach* suchot płucnych,
f) inne (rzadsze) powikłania śmiertelne.
g) Wnioski.

Nie ulegać zdaje się żadnej wątpliwości, iż sprawa ścisłego rokowania w rozmaitych postaciach anatomo-klinicznych przewlekłych suchot płucnych, szczeg. w ich okresach początkowych, jest kwestją niezmiernie zawiłą, na którą poglądy poszczególnych ftizjologów są różnolite, nieraz biegunowo sobie przeciwne, kwestją, w której dalszy przebieg kliniczny schorzenia często rozbija rzekomo — najdokładniej zbudowane wnioski rokownicze, dając w przypadkach, zda się, na pierwszy rzut oka beznadziejnych, jeszcze długie lata życia, a nawet i całkowitego klinicznego wyzdrowienia (każdy doświadczony ftizjolog ma w swym dorobku lekarskim z pewnością niejeden przypadek podobny). I naodwrót w przypadkach rzekomo-łagodnych, u osób będących w warunkach życiowych całkowicie dobrych, przy stanie nieodpowiedniej wewnątrzustrojowej konstellacji allergicznej (pod mianem tym za

Dłuskim rozumiemy *zmienny stosunek między uczuleniem, a uodpornieniem),* — wbrew wszelkim przewidywaniom, suchoty płucne postępują stale, mniej lub więcej ostro, lub też postępują skokami, nawałami, niezmiennie prowadząc do zejścia fatalnego. Albo też, nagle występujące w przebiegu łagodnej lub utajonej gruźlicy płucnej ostro przebiegające śmiertelne powikłania w postaci gruźliczego zapalenia opon mózgowych lub też uogólnionej prosówki gruźliczej. Czyż powikłania takie dają się przewidzieć? Czyż można przewidzieć i à priori ocenić wszelkie wahania in minus allergji ustrojowej i zależne od tych wahań uleganie ustroju w walce z natarciem prątków gruźliczych, mimo iż dotąd ustrój stawiał czoła tej walce?

F. Groër, rozpatrując dynamiczny charakter walki ustrojowej z gruźlicą, słusznie porównywa powstawanie obronno-zapalnych wytworów gruźliczych z „elastyczną barjerą", która wprawdzie nie jest dość skuteczna, ażeby doprowadzić do zupełnego wyzdrowienia, jest jednak dość silna na to, aby *„czasowo* trzymać zarazki, a tem i szerzenie się zapalenia na uwięzi".

Określenia „elastyczna barjera" *Groër* używa umyślnie, by wyrazić, że obrona ma charakter dynamiczny i że zależnie od całego szeregu warunków zewnętrznych i wewnętrznych elastyczność barjery ulegać może wahaniom.

Dlatego też, z tego punktu widzenia, słuszne wydaje się zdanie *Sergenta,* iż w suchotach płucnych mamy „rokowanie na dziś, a nie na jutro", słuszne jest twierdzenie niektórych autorów niemieckich, iż suchoty płucne są „eine polymorphe und unberechenbare Krankheit" (przytoczone wedł. K. Dłuskiego), czyli chorobą, w której nic przewidzieć i obliczyć nie można.

Dlatego też *Degeorges* (These de Lyon, 1929, przyt. według A. Jaquelin'a), opierając się na badaniach laboratoryjnych, twierdzi, iż w gruźlicy płuc przypuszczalnie pewne rokowanie postawić można najwyżej na przeciąg 5 — 6 mies. (i to z pewnemi zastrzeżeniami).

Innego zdania jest *A. Jaquelin,* który, opierając się na wszechstronnem badaniu klinicznem i laboratoryjnem każdego poszczególnego przypadku suchot płucnych z uwzględnieniem umiejscowienia, rozległości, charakteru anatomicznego zmian gruźliczych z uwzględnieniem objawów ogólnych i czynnościowych (gorączka, duszność, ciśnienie krwi, tętno, krwotoki i t. p.), z uwzględnieniem czynności innych narządów (układ trawienny, czynność wątroby i zależne od niej stany anergji, rozsianie gruźlicy w innych narządach), ze zwróceniem uwagi na własności *terenu osobniczego,* na którym odbywa się walka z zakażeniem gruźliczem (rasa, dziedziczność, skazy ustrojowe, dane konstytucjonalne, współistnienie kiły, przebycie krzywicy i t. p.) z uwzględnieniem wieku, płci (ciąża i jej wpływ na gruźlicę), stanowiska społecznego, wpływu pór roku, wreszcie z uwzględnieniem badań laboratoryjnych dochodzi do wniosku, iż jednak rokowanie w suchotach płucnych postawić można na dalszą metę, o ile jakiś przypadkowy czynnik zakaźny lub toksyczny albotéż nieprzewidziane rozsianie się gruźlicy w następstwie np. krwotoku płucnego, — nie zniweczy skrzętnie zbudowanych wyników rokowania.

Badacze polscy *(Sokołowski, Dłuski, S. Sterling)* również są powściągliwi w rokowaniu w przypadkach suchot płucnych, nie dochodzą jednak do takiej krańcowości, jak *Sergent,* ale podobnie, jak *Jaquelin,* uwzględniając wszelkie dane anatomokliniczne i laboratoryjne, starają się postawić właściwe rokowanie na dalszy przeciąg czasu, mniejszą udzielając uwagę możliwości ostrych śmiertelnych powikłań przewlekłych suchot płucnych *(Dłuski).*

S. Sterling, omawiając wartość rokowniczą objawu *Biernackiego* w suchotach płucnych, podaje, iż objaw ten nie stanowi oparcia dla rokowania o zejściu suchot, ale „pozwala na rozróżnienie, jaka w danej chwili przebiegu suchot płucnych sprawa przeważa; wysiękowa, czy włóknista, — sprawa postępująca, czy cofająca się".

„Gdyby", powiada *S.,* „przebieg suchot przyrównać do przebiegu wojny, natenczas wolnoby powiedzieć, że wynik *OB.* pozwala przewidzieć wynik bitwy: nie znaczy to, by pozwalał na przewidywanie wyniku ostatecznego wojny" *(„Gruźlica i jej zwalczanie" 1927.* Odnośnik na str. 230 — 231).

Mutatis mutandis, zdanie powyższe możnaby uogólnić również względem innych kryterjów, stosowanych przy rokowaniu w suchotach płucnych.

Kwestją, która ściśle się łączy z możliwością postawienia rokowania w suchotach płuc, jest kwestja *treści rokowania,* kwestja rozstrzygnięcia, czy możliwe jest zasadniczo wyleczenie się z suchot płucnych, wyleczenie, jeżeli nie w sensie anatomicznego *restitutio ad integrum,* (boć nawet w najpomyślniejszych przypadkach pozostają blizny, jako ślad przebytych zmian anatomicznych), to w sensie klinicznego wyzdrowienia, możności podjęcia pracy i t. p. I pod tym względem zdania ftizjologów są różne. Biorąc *gros* przypadków, nie stracił na aktualności aforyzm, wypowiedziany przed lat przeszło 70-ciu przez *Louis'a* (przyt. według *Sokołowskiego,* str. 169): *„la phtisie se termine presque toujours par la mort",* choć z drugiej strony nie brak głosów, iż suchoty płucne są uleczalne, a właściwie samouleczalne, i to we wszystkich swych okresach *(Grancher, Jacquerod, Sokołowski, S. Sterling,* przyt. wedł. *Dłuskiego).* Podobnego zdania jest *Dumarest: „La guérison de la tuberculose est une création continue".* Nie może się również obecnie, w okresie stosowania *larga manu* odmy sztucznej i zabiegów, ją zastępujących, — nie może się również ostać w całej rozciągłości aforyzm *Stokes'a,* iż „wyleczenie suchot płucnych, daleko posuniętych, jest przypadkowem i nigdy nie zależy od metody leczniczej", bo np. słynny ftizjolog francuski *Rist* i uczeń jego *Naveau* (przyt. wedł. *Jaquelin'a)* stwierdzają 80% śmiertelności z suchot płucnych w przypadkach, które nadawały się do założenia odmy sztucznej, a w których odma ta z jakichkolwiek powodów założona nie była, gdy natomiast w podobnych przypadkach, *leczonych* zapomocą odmy sztucznej, śmiertelność wynosi 40%.

Z rokowaniem w suchotach płucnych łączy się kwestja *znaczenia rokowniczego jam płucnych.*

I tutaj różnią się poglądy badaczy, i gdy np. *Gräff* jest zdania, iż każda większa stara (t. j. nie powstała ostro z nacieku początkowego) jama pogarsza rokowanie, dając możność aspiracji prątków gruźliczych, zawartych w ścianach jamy, grożąc krwotokami z zawartych w ścianach jamy tętniaczków, zmniejszając powierzchnię oddechową płuc, grożąc powstawaniem samoistnej odmy piersiowej, warunkując zakażenie mieszane i możliwość zgorzeli płuc, i t. p., a co najważniejsze, nie ulegając nigdy samoistnemu wygojeniu, gdy dalej *H. L.* i *Lena R. P. Barnesowie* obliczają przeciąg życia chorych z jamami (1454 przyp.) u mężczyzn średnio na 16, u kobiet na 14 mies., *K. Dłuski* na zasadzie epikryzy badań 650 chorych jamowych (z jamami jawnemi w płucach gruźliczych) stwierdza niektóre przypadki przeżycia i wyleczenia się klinicznego trwające 20 i dłużej lat, a ponadto coraz częściej ostatniemi czasy podnoszą się głosy o samouleczalności jam gruźliczych (dawniejsze badania anatomo-patologiczne *Rindfleischa, Hansemanna, Naegeli'ego, Laénnec'a,* przyt. wedł. *Sokołowskiego;* badania nowsze głównie na danych roentgenologicznych oparte: zestawienie ob. w pracy *G. Lewina:* O samouleczalności jam gruźliczych w płucach).

W każdymbądź razie z punktu widzenia możliwości powstawania ostrych, wzgl. podostrych śmiertelnych powikłań przewlekłych suchot płucnych obecność jam ze względu na możność nagłych krwotoków, nagłej samoistnej odmy piersiowej, zgorzeli płuc, odoskrzelowych lub płatowych zachłystowych serowatych zapaleń płuc i t. p., uznana być musi za jeden z ważnych (ale, jak zobaczymy poniżej nie jedyny) z czynników, których obecność warunkować musi powstawanie ostrych śmiertelnych powikłań w przebiegu przewlekłych suchot płucnych.

Przed przystąpieniem do właściwego tematu chcielibyśmy rozważyć jeszcze, jakie są bezpośrednie *przyczyny zejścia śmiertelnego w przebiegu przewlekłych suchot płucnych,* bowiem wyjaśnienie tych przyczyn ułatwi zrozumienie mechanizmu powstawania zejścia śmiertelnego w gruźlicy płuc ostrej, względnie w ostrych śmiertelnych powikłaniach przewlekłych suchot płucnych.

Kwestji bezpośredniej przyczyn zgonu z powodu przewlekłych suchot płucnych poświęcił ostatnio bardzo treściwą pracę *A. Sattler* z oddziału profesora *J. Sorgo* w Wiedniu.

Wedle *Sattlera,* 4 być mogą powody bezpośrednie zejścia śmiertelnego w gruźlicy, wzgl. suchotach płucnych.

1) śmierć z powodu niewydolności serca *(mors per syncopem),*
2) śmierć z powodu uduszenia się *(mors per asphyxiam, Lungentod),*
3) śmierć z powodu porażenia ośrod-

ków mózgowych *(mors per cerebrum)*,
4) śmierć wskutek wyniszczenia *(mors per inanitionem)*.

Śmierć *sercowa* zdarza się *najczęściej* w przebiegu suchot płucnych. Powodem jej jest z jednej strony zwyrodnienie mięśnia sercowego naskutek stałego toksycznego uszkadzania jego, z drugiej zaś strony wzrost oporów mechanicznych dla serca prawego naskutek wyłączenia znacznej powierzchni płuc z czynności oddechowej, naskutek powstawania jam, w których niekiedy *ślepo* kończą się rozgałęzienia tętnicy płucnej, dalej naskutek rozedmy zastępczej, naskutek zrostów przemieszczenia serca, przesunięcia śródpiersia i t. p.

Szczególniej zrosty opłucnowe, wzgl. całkowite zarośnięcia opłucnej, wyłączając możność rozszerzania się klatki piersiowej, a przeto możność wykonywania jej czynności ssącej, w znacznej mierze przyczyniają się do powstawania niewydolności serca prawego.

W genezie terminalnej niedomogi sercowej w jednych przypadkach (przy gruźlicy płuc ostrej) większą rolę odgrywa czynnik toksyczny; w przypadkach zaś przewlekłych i w suchotach płuc włóknistych większe znaczenie przypisać należy czynnikowi mechanicznemu i niestosunkowi między obciążeniem czynnościowem, a siłą zapasową mięśnia sercowego.

Dlategoteż końcowe obrzęki w przebiegu suchot płucnych, obrzęki, które są wyrazem niewydolności serca, posiadają tak niezmiernie złe znaczenie w rokowaniu w suchotach płucnych. Wedle *Perrina* i *Lacourta* pojawianie się obrzęków w końcowych okresach suchot płucnych uprawnia do przypuszczenia zgonu w ciągu najbliższych 2 — 3 tygodni. Pojawienie się zaś jednocześnie obrzęków na kiściach rąk i twarzy lub też szybkie pojawienie się ich i znikanie — wskazuje na jeszcze bliższy termin śmierci [1]).

Niewydolność serca może w przebiegu przewlekłych suchot płucnych wystąpić również w sposób *ostry* (ob. poniżej przypadki kliniczne), jako *ostra* niedomoga serca prawego. W przypadkach tych nie dochodzi do tworzenia się znaczniejszych obrzęków, gdyż śmierć następuje w ciągu dni kilku.

Znamiennym natomiast objawem ostrej niedomogi serca prawego jest wedle *Sattlera* b. bolesny obrzęk wątroby, obrzęk, który znajduje swój odpowiednik anatomiczny w postaci znacznego przekrwienia zastoinowego w wątrobie, uległej ponadto nacieczeniu tłuszczowemu (steatosis). Ostra niedomoga serca w przebiegu suchot płucnych zdarza się rzadko, najczęściej dotycząc postaci suchot włóknistych, alboteż *Neumanowskiej* postaci suchot wrzodziejąco-włóknistych *(Phthisis ulcero — fibrosa)*.

Drugim bezpośrednim powodem śmierci w przewlekłych suchotach płucnych jest śmierć z powodu *uduszenia się (Lungentod, mors per asphyxiam)*.

Rozumie się, iż pewien czynnik niedomogi oddechowej istnieć musi we wszelkich postaciach posuniętych suchot płucnych, znajdując swój wyraz w toksycznem uszkodzeniu ośrodków oddechowych, w zubożenia krwi w 0_2, wzmożeniu w niej zawartości CO_2 (naskutek zmniejszenia powierzchni oddechowej płuc). Przypadki te jednak pomijamy, gdyż w nich zahamowanie, wzgl. zmniejszenie czynności oddechowej płuc nie jest bezpośrednim powodem zejścia śmiertelnego, a *apparatus respiratorius* nie jest *primum moriens*.

Przechodzimy natomiast do tych przypadków, w których *nagle ostro* wyłączona zostaje z czynności znaczna powierzchnia płuc, wzgl. jednego płuca, warunkując niedostateczną przemianę gazową ustroju, co w wyniku ostatecznym prowadzi do szybkiego zejścia śmiertelnego. Nagle powstająca *odma piersiowa*, odma tem niebezpieczniejsza, iż występująca przeważnie w płucu *zdrowszem* (co na pierwszy rzut oka wygląda paradoksalnie, ale co wytłomaczymy poniżej); nagle występujący *gwałtowny krwotok płucny*, szczególniej krwotok, występujący w nocy u chorych, będących w pozycji leżącej, u chorych osłabionych, źle odpluwających, krwotok, w którym krew wydzielana poprzez rozgałęzienie tchawicy aspirowana jest do wnętrza drzewa oskrzelowego obydwu

[1]) Zaznaczyć dla ścisłości należy, iż wskazani autorzy francuscy łączą występowanie „końcowych obrzęków" w suchotach płucnych nie z niedomogą mięśnia sercowego, ale ze stanem charłacznym chorych. Słusznie jednak zaznacza *Sattler*, iż przy wysiękowych postaciach gruźlicy płuc wspomniane obrzęki występują, jako groźny znak rokowiczny, mimo iż w postaciach tych stan odżywienia chorych, jest całkowicie jeszcze dobry, i mowy niema o wyniszczeniu.

płuc aż do światła pęcherzyków płucnych; wreszcie nagle powstające i szybko wzrastające *wysięki opłucnowe* w późnych okresach suchot płucnych, wysięki t. zw. końcowe, *(terminale Exsudaten, Nyici)*, wysięki, cechujące się niezmiernie szybkiem zbieraniem płynu, — oto są powody nagłej śmierci per asphyxiam w przebiegu suchot płucnych.

Niektóre wyłuszczone powyżej twierdzenia wymagają pewnych wyjaśnień, tak np. zdanie, iż odma piersiowa samoistna występuje w płucu zdrowszem, zdanie na pierwszy rzut oka nielogiczne, jednak całkiem zrozumiałe przy bliższem rozważeniu kwestji: jeśli bowiem wziąć pod uwagę, iż w płucu, bardziej chorem, bardziej zmienionem, płucu, w którem zmiany gruźlicze trwają dłużej, siłą rzeczy wytwarza się większa ilość tkanki zbitej, bliznowatej, która niejako wzmacnia rusztowanie tego płuca, jeżeli wziąć dalej pod uwagę, iż w pewnych okresach suchot płucnych wskutek zmniejszania się odporności ustroju zaczynają w płucach powstawać procesy wysiękowe, które w myśl dopiero co wypowiedzianego twierdzenia o przewadze łączno-tkankowej w płucu chorem, — siłą rzeczy umiejscawiać się muszą w płucu zdrowszem, jeśli wziąć pod uwagę, iż wspomniane procesy wysiękowe łatwo ulegają rozpadowi, co przy ich umiejscowieniu się podopłucnowem doprowadzić musi do powstawania samoistnej odmy piersiowej, przeto stanie się rzeczą całkowicie jasną, iż właściwie płuco, mniej zmienione, płuco, które obejmowało *gros* czynności respiracyjnej, zostaje nagle naskutek powstawania odmy piersiowej wyłączone ze swej czynności, czego następstwem jest niedomoga respiracyjna, niedomoga tem wyraźniejsza, im większe były zmiany gruźlicze w płucu bardziej chorem lub też od tego, czy to bardziej chore płuco nie było również samoistnie (wysięk, ropniak opłucnej) lub też w celach leczniczych) (sztuczna odma piersiowa) wyłączone z czynności oddechowej.

Śmierć w przypadkach pierwotnego zawieszenia czynności oddechowej płuc następuje b. szybko i cechuje się w obrazie klinicznym — *drgawkami*, w obrazie anatomo-patologicznym — wybroczynami podopłucnowemi (jak przy uduszeniu).

Rozumie się, iż nie każdy przypadek odmy piersiowej samoistnej lub krwotoku płucnego prowadzi do śmierci z uduszenia: bowiem przy odmie samoistnej czynność oddechowa uledz może wyrównaniu, a śmierć nastąpi w ciągu dłuższego czasu po wystąpieniu odmy naskutek niewydolności serca (ob. przypadki kliniczne), alboteż również i warunki krążeniowe i zależne od nagromadzenia powietrza w opłucnej przesunięcie śródpiersia mogą się całkowicie wyrównać, i chory pozostaje przy życiu; w przypadkach zaś znaczniejszego krwotoku płucnego, nie uduszenie może być powodem śmierci, ale rozwijające się w następstwie krwotoku płatowe lub ogniskowe zachłystowe (podostro przebiegające) serowate zapalenie płuc.

Trzecim powodem zejścia śmiertelnego w suchotach płucnych jest *toksyczne porażenie ośrodków mózgowych*, czyli zejście takie, jakie następuje przy gruźliczem zapaleniu opon mózgowych, w którem bezpośrednim powodem śmierci jest nie wzrastające ciśnienie wewnątrz-mózgowe, ale toksyczne zatrucie ośrodków w rdzeniu przedłużonym. Przypadki toksycznego porażenia ośrodków mózgowych w przebiegu suchot płucnych należą do stosunkowo rzadkich. Przypadki początkowego toksycznego podrażnienia opon mózgowych *(meningismus)* z następczem porażeniem ośrodków mózgowych są wyrazem klinicznym, obrzęk zaś mózgu jest wyrazem anatomopatologicznym toksycznego porażenia ośrodków mózgowych w przebiegu suchot płucnych.

Czwartym wreszcie powodem zejścia śmiertelnego w suchotach płuc przewlekłych jest *śmierć z wyniszczenia* cechująca się sekcyjnie zanikiem brunatnym (atrophia fusca) narządów wewnętrznych.

Rozumie się, iż śmierć z wyniszczenia, jako śmierć powoli, stopniowo odbywająca się, nie może odgrywać żadnej roli w mechaniźmie śmierci z powodu nagłych ostrych powikłań przewlekłej gruźlicy płuc.

Przystępując do działu klinicznego, który służyć ma do zilustrowania przykładami występowania ostrych śmiertelnych powikłań w przebiegu przewlekłych suchot płucnych, chcę zaznaczyć, iż korzystałem z materjału klinicznego męskiego oddziału gruźliczego Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie z lat 1925 — 1929. Korzystanie wyłącznie z męskiego mater-

jału w stosunku do występowania ostrych śmiertelnych powikłań przewlekłych suchot płucnych ma tę cechę ujemną, iż nie pozwala stwierdzić wpływu na występowanie wskazanych powikłań ciąży, porodu, połogu, karmienia, miesiączkowania, jako atrybutów fizjologicznych płci żeńskiej, wpływających prawdopodobnie drogą układu nerwowego wegetacyjnego, wzgl. drogą korelacji czynności narządów dokrewnych, — na stan allergiczny ustroju, a przeto mogących być momentem propagujących, wywołującym ostre powikłania przewlekłych suchot płuc.

Chciałbym dalej zaznaczyć, iż w miarę możności wybierałem materjał, sprawdzony badaniem sekcyjnem.

Wreszcie chciałbym podkreślić, iż jak wynika z przytoczonych poniżej historyj choroby, wiele z opisanych przypadków suchot płucnych wykazywało przed okresem wystąpienia ostrego powikłania suchoty o przebiegu łagodnym, przewlekle postępującym, wzgl. nawet stacjonarnym a niektórzy z chorych pracowali do ostatniej prawie chwili przed dołączeniem się ostrego powikłania suchot przewlekłych.

Przechodzimy do opisu przypadków, trzymając się nakreślonego na wstępie planu.

A więc I. *ostra niedomoga mięśnia sercowego.* Typowych przypadków niedomogi *ostrej*, która by się kończyła zejściem śmiertelnem w ciągu kilku godzin i przebiegała z silnemi bólami w okolicy wątroby, przypadków, na które zwraca uwagę *Sattler*, nie mieliśmy, mieliśmy natomiast przypadki *podostre*, przypadki z tego punktu widzenia znamienne, iż niedomoga serca występowała nagle, bez żadnych wyraźniejszych objawów zwiastunowych i w ciągu kilku — kilkunastu dni, nie powodując obrzęków lub też z obrzękami b. nieznacznemi, wywoływała zejście śmiertelne.

1. *Antoni S., l. 26*, konduktor kolejki, L. K. szp. 5648/1927. Przed 7 mies. lewostronne wysiękowe zapalenie opłucnej. Następnie poprawa. Od 3 mies. osłabienie, poty nocne, kaszel. Nieznaczny stan podgorączkowy, mimo to chory pracował aż do przybycia do szpitala. Kilka dni przed wstąpieniem do szpitala silna coraz bardziej wzmagająca się duszność przy chodzeniu i leżeniu. Stan podmiotowy (4/I. 1927): Sinica obwodowych części ciała (uszy, wargi, paznokcie); wybitna duszność, tętno 116', miękkie, małe. Granica prawa stłumienia sercowego przesunięta (na linji mostkowej prawej), granica górna — w II-em międzyżebrzu. Tony głuche. Objawy zrostów w opłucnej lewej oraz nacieczenia górnych ⅔ obu pól płucnych. Wątroba bolesna, wystaje na 2 palce z pod łuku żebrowego. Prątków Kocha w plwocinie nie wykryto. Zejście śmiertelne na 9-ty dzień pobytu chorego w szpitalu wśród objawów wzmagającej się duszności i sinicy.

Wynik badania sekcyjnego (prosekt. Dr. J. Dąbrowska):

Concretio pleurae utriusque. Adhaesiones pleurarum cum pericardio. Tuberculosis acinoso — nodosa pulmonis utriusque et cavernosa lobi super. pulm. dextri. Hypertrophia excentrica cordis dextri. Venostasis hepatis et renum. (protokuł sekcyjny przytoczony w skróceniu).

W przypadku omawianym zarośnięcie obu opłucnych obok zrostów osierdziowo-opłucnowych było przyczyną nagłego wystąpienia niedomogi serca.

Przypadek drugi, zasadniczo podobny jest do wyżej omawianego.

2) *Jan W.*, lat 41, posterunkowy P. P. K. szp. 2244/1928. W lipcu 1926 prawostronne wysiękowe zapalenie opłucnej oraz nacieczenie gruźlicze obu szczytów. Chory wypisany z poprawą 21.VIII. 1926. W listopadzie 1926 objawy wysięku opłucnowego lewostronnego (płyn krwawy). W tym samym czasie wykryto w plwocinie liczne prątki Kocha, które następnie w czasie pobytu chorego w szpitalu znikły. Chory wypisany z poprawą 10.III. 1927, poczem po pobycie w sanatorjum w Otwocku zaczął pracować. Stan taki trwał do lipca 1928 roku, kiedy to stan ogólny chorego uległ pogorszeniu: zaczął się kaszel, osłabienie ogólne, stan podgorączkowy. Dwa dni przed przybyciem chorego do szpitala silna duszność, nieznaczny obrzęk podudzi. Przywieziony do szpitala w stanie ciężkim: duszność, sinica twarzy, uszu, warg, obrzęk stóp i poudzi. Tętno 120 — 130'. T° 37°1. W płucach objawy obustronnych zrostów opłucnowych i nacieczenia górnych płatów obydwu płuc. Tony serca głuche, granice prawa — w połowie mostka. Wątroba wystaje na 2 palce z pod łuku żebrowego, bolesna. Śledziona nienamacalna.

W moczu: ślad białka, dość liczne wałeczki ziarniste i hyalinowe, c. gat. 1020.

Zejście śmiertelne w 2 dni po przybyciu do szpitala.

I w tym przypadku obustronne zrosty opłucnowe były przyczyną nagłej niewydolności mięśnia sercowego, która doprowadziła do zejścia śmiertelnego.

II. *Samoistna (samorodna) odma piersiowa* jest powikłaniem dość częstem: według *Eichhorsta* występuje ona w 6% przypadków gruźlicy płuc, według *Leydena* w 10%, według *Szczepańskiego* w 5% (przyt. wedł. *Szczepańskiego*). *Maksimczyk* na zasadzie statystyki 1300 przypadków przytacza niższy odsetek = 1,7%. W każdymbądź razie wystąpienie samoistnej odmy piersiowej jest powikłaniem tak niezmiernie ważnem, iż zawsze o niem w przebiegu suchot płucnych pamiętać należy, a *Szczepański* wskazuje, iż „każde nagłe pogorszenie wśród przebiegu gruźlicy płuc powinno zwrócić uwagę lekarza, czy niema odmy". Wspomniany zaś *Maksimczyk* zwraca uwagę, iż odmę piersiową samoistną poznaje się zbyt rzadko i że każdy ból w klatce piersiowej u osobnika z suchotami płucnemi świadczyć może o powstaniu samorodnej *otorbionej* odmy piersiowej.

Przechodzimy do naszych przypadków.

Przypadek 1-szy znamienny jest przez to, iż wystąpił zupełnie nagle u osobnika z suchotami płuc serowato-włóknistemi o przebiegu *stacjonarnym:*

1. *Kazimierz P.*, l. 25, posterunkowy P. P. L. k. szp. 4350/1928. Chory na płuca od lat 4 (t. j. od roku 1924). W kwietniu 1925 wykryto w plwocinie pojedyńcze prętki kwasoodporne. Kilkakrotny pobyt w sanatorjum w Otwocku. Kilka razy nawracające krwotoki płucne. Przemijające znikanie prątków Kocha z plwociny i całkowite ich ustąpienie od początku roku 1928. Rozp. kliniczne: *Phthisis pulmonum declarata fibrocaseosa chronice progrediens*, a od czerwca 1928 stan stacjonarny; przybieranie na wadze, stan bezgorączkowy, chory podjął pracę zawodową.

6.XII. 1928 chory nagle bez żadnych objawów premonitorycznych uczuł silny ból, jakgdyby pęknięcie w okolicy prawej łopatki. Duszności początkowo nie odczuwał, następnie zaś duszność się wzmogła i chory przywieziony został do szpitala, w którym dnia 8.XII. 1928 stwierdzono: b. wybitną sinicę, duszność, tętno miękie, szybkie, ledwo wyczuwalne (160'); nad górną połową płuca prawego odgłos bębenkowy, oddech dzbanowy, drżenie głosowe zniesione.

Granica serca (i uderzenie koniuszkowe) przesunięte w lewo. Tony serca głuche. Rozpoznanie: *samoistna odma piersiowa otwarta.* Przy nakłóciu opłucnej z sykiem wydobywa się powietrze (co potwierdza rozpoznanie).

Śmierć na 11-y dzień pobytu chorego w szpitalu wśród wzrastających objawów niedomogi serca, duszności i sinicy.

Przypadek omawiany jest tragiczny w swej grozie, gdyż dotyczy przypadku suchot płucnych niepostępujących i dowodzi, jak ostrożnym być należy w rokowaniu przy suchotach płuc.

Przypadek 2-i, należy do częstych i dotyczy chorego *Wacława B.*, l. 27, bezroboczego, L. K. szp. 2794/1927 z rozpoznaniem klinicznem: *Phthisis pulmonum consumptiva fibrocaseosa subacute progrediens*, u którego nagle wystąpił silny ból w boku lewym z równoczesną dusznością. Objektywnie: przytłumienie i zniesienie oddechu w dolnej części płuca lewego, powyżej przytłumienia wypuk bębenkowy. Rozpoznanie: Sero (pyo ?) pneumothorax sin.

Zejście śmiertelne dnia następnego.

Wynik badania sekcyjnego (13/IX) Adhaesiones restiformes pleurae dextrae. Tuberculosis cavernosa lobi superioris dextri et acinoso-nodosa lobi medii et inferioris pulmonis dextri. Seropneumothorax sin. Collapsus totalis pulmonis sin.

Przypadki, podobne do omawianego, należą do przypadków banalnych, w których dołączanie się odmy samoistnej przyśpiesza zejście śmiertelne.

III. *Krwotoki płucne.*

1. Przypadek śmierci nagłej w następstwie gwałtownego krwotoku:

Chory *Adam S.*, l. 27, poster. P. P. L. K. szp. 3624/1924. Rozpoznanie kliniczne: *Phthisis pulmonum fibrocaseosa consumptiva subacute progrediens*, powikłana odmą ropno-powietrzną lewostronną (jako następstwem sztucznej odmy piersiowej) oraz gruźlicą jelit 25/II. 1925. Nagła śmierć w nocy w następstwie b. dużego krwotoku, który dzień przedtem poprzedził krwotok mniej gwałtowny (½ szklanki krwi).

W przypadku omawianym śmierć nastąpiła wskutek zaduszenia się aspirowaną krwią.

2) Przypadek drugi należy do zdarzających się częściej, jest to śmierć z podostrej (ostrawej) gruźlicy płuc, jako następstwa wewnątrz-oskrzelowej aspiracji prątków gruźliczych w czasie trwania i po krwotoku płucnym.

Chory *Tadeusz K.*, l. 24, uczeń ślusarski, L. K. szp. 6600/1927, 5/III. 1927 krwioplucie, początkowo nieznaczne następnie zaś wzmagające się (krwotok płucny). Chory od 4 — 5 tygodni: od tego czasu odczuwa ziębienie (dreszcze) oraz gorączkę. Przed obecną chorobą rzekomo zupełnie zdrów. Krwioplucie ustało po 4-ch dniach pobytu chorego w szpitalu, ale rozwinęły się objawy odoskrzelowego serowatego zapalenia płuc w dolnym płacie prawym.

Zdjęcie klatki piersiowej 19/III. 1927: W prawem polu płucnem bardzo liczne ogniska cieniowe, które na wysokości łopatki skupiają się w jedno większe zacienienie. Ruchy oddechowe prawej połowy przepony znacznie osłabione. W lewem polu płucnem widać jedynie wzmożenie cienia wnęki. Cień serca prawidłowy (Roentgenolog: Doc. Dr. Z. Grudziński).

Wobec jednostronności zmian i podostrego charakteru procesu choremu założono prawostronną odmę sztuczną.

Zejście śmiertelne na 35 dzień pobytu chorego w szpitalu wśród objawów wzrastającej niedomogi mięśnia sercowego.

Protokół sekcyjny: Degeneratio parenchymatosa myocardii. Dilatatio ventriculi dextri cordis. Pneumothorax dexter. Collapsus pulm. dextri. Peribronchitis tuberc. caseosa et bronchopneumonia caseosa lobi infer. pulm. dextri. Cavernae lobi sup. pulm. dextri. Tuberc. acinoso-nodosa pulm. sin. Emphysema vicariens pulmonis sin. Anaemia et infiltratio adiposa hepatis. Tumor lienis subacutus.

W przypadku omawianym jamy w płacie górnym prawym, jamy utajone (nieme), niedające się wykryć ani badaniem klinicznem, ani też roentgenologicznem były powodem zarówno krwotoku, płucnego, jak i następczego podostrego serowatego ogniskowego zapalenia płatu dolnego płuca prawego.

Rozumie się, iż podostra gruźlica dołączyć się może do suchot płuc przewlekłych

nie tylko w następstwie krwotoku, ale i w następstwie rozsiewania się drogą oskrzeli przy kaszlu dużej ilości materjału zakaźnego (prątków) *(„Hustenstreuung groben Korn“ Loeschke)* z rozpadających się ognisk (nacieczeń) szczytowych.

Zresztą objawy podostrej (wysiękowej) gruźlicy w postaci bronchopneumonia gelatiniformis, bronchopneumonia gelatiniformis in caseosam vertens, bronchopneumonia caseosa et peribronchitis tuberculosa caseosa spotykamy sekcyjnie b. często w przypadkach *obostrzeń* suchot płucnych i w phthisis pulmonum (declarata, consumptiva) *acute* progrediens.

O tych to powikłaniach w odniesieniu do okresów końcowych przewlekłych suchot płucnych mówi *K. Dąbrowski*, iż uznane być one muszą za dobroczynne dla cierpiącego suchotnika, jako skracające mu długą agonję.

IV. *Gruźlica prosówkowa* w uogólnionej swej postaci zdarza się rzadko w przebiegu suchot płucnych przewlekłych.

Zresztą, zdaniem *Huebschmanna*, do gruźlicy prosówkowej nie może dojść, o ile zmiany gruźlicze są rozległe i czynne, przeważnie gruźlica prosówkowa występuje wobec zmian nieznacznych lub uważanych makroskopowo za wygojone (przyt. wedł. *J. Żeligowskiej*).

1) Chory *Szczepan D.*, l. 25, stolarz, L. K. szp. 4601/1926. Choruje przeszło od roku. Objawy: kaszel, odpluwanie, kłócie w klatce piersiowej, osłabienie ogólne, stany podgorączkowe. *Objektywnie:* nad obu płatami górnemi stłumienie, wzmożenie drżenia głosowego i piersiowego, oddech b. szorstki, zbliżony do oskrzelowego. W plwocinie obecne dość liczne prątki *Kocha* (5.X. 1926). 28.XI. 1926, czyli po przeszło miesięcznym pobycie chorego w szpitalu — pogorszenie: nagły podskok ciepłoty do 39°0‘ i od tego czasu gorączka nabiera charakteru *continua*, by koło 10.XII. przejść w typ gorączki hektycznej. Duszność.

Radjoskopja klatki piersiowej (13/XII. 26). Oba pola płucne prawie na całej przestrzeni zajęte ogniskami cieniowemi o dość silnem natężeniu zlewającemi się ze sobą. Najwięcej ognisk ześrodkowuje się w pobliżu łuku aorty. Przepona po obu stronach ograniczona silnie w swych ruchach, wykazuje wyraźne cechy zrostów. Cień serca przesunięty wlewo.

18.XII. Nagły silny ból w boku lewym, (bez wyraźniejszych objawów objektywnych). Duszność wzrasta. Sinica rąk i twarzy tętna miękkie, 120‘. Stan ciężki. 19.XII chory zmarł.

Wynik badania sekcyjnego. Tuberculosis cavernosa lobi super. pulmonis utriusque. Tuberculosis miliaris pulmonum, lienis, hepatis, renum. Peritonitis tuberculosa adhaesiva. Tuberculosis ceseosa glandularem mesenterii. Concretio plaeurae utriusque. Hypertropia excentrica ventriculi dextri cordis. Anaemia myocardii.

Przypadki gruźlicy umiejscowionej w *miękkich oponach mózgowych* stosunkowo często wikłają suchoty płuc przewlekłe, choć nie tak często jak gruźlicę chirurgiczną. *Hübschmann*, rozpatrując genezę prosówki uogólnionej i prosówki umiejscowionej w pewnych narządach, wskazuje, iż do powstania prosówki niezbędne są 2 czynniki: 1) jeden czynnik *mechaniczny* — przedostanie się do krwi czynnych, wysoce zjadliwych prątków (boć nie każdy wysiew prątków do krwi, jak tego dowodzą nowsze badania, szczeg. szkoły prof. *Loewensteina*, doprowadzają do powstawania prosówki; przeciwnie bacteriaemia gruźlicza — wysiewy, jakby się chciało nazwać „płonne“, są zjawiskiem banalnem w życiu gruźlika), 2) czynnik pewnej skłonności, *(dispositionell)*, pewnego niejako powinowactwa do prątków gruźliczych, powinowactwa najczęściej wyrażonego w oponach mózgu.

Prof. F. Groër słusznie podkreśla, iż przy gruźlicy prosówkowej pierwotną rolę odgrywa stopniowy upadek oporu ustroju, wtórną zaś wysiew prątków w narządach, stąd przyczyny śmierci szukać należy „w upadku sił obronnych, a nie w trującem działaniu uogólnionej do ostatecznych granic gruźlicy“.

Przechodzimy do naszych przypadków klinicznych gruźliczego zapalenia opon mózgowych w przebiegu suchot płucnych:

1) chory *Antoni Ch.*, l. 46, bezroboczy, L. K. szp. 4050/1928. Chory od 1½ roku. Rozp. kliniczne: *Phthisis pulmonum fibrocaseosa declarata subacute progrediens.* 5.XII. 1928. Silne bóle głowy w okolicy potylicy lewej. Przemijająca afazja[1]). 7.XII. Stracił nagle w nocy przytomność. Stan ogólny ciężki. Wymioty. 9.XII. Polepszenie. Mowa powróciła. 10.XII. Znów pogorszenie, wymioty, mało przytomny. Sztywność karku bardzo nieznaczna. Nakłócie lędźwiowe: płyn wodojasny, w osadzie limfocyty. 16.XII. 31 *mors.*

Protokuł sekcyjny: Leptomeningitis basilaris fibrinosa tbc. Hydrocephalus externus et internus. Ependymitis granularis. Tubercul. acinosonodosa pulmonum. Cavernae apicum pulmonis utriusque.

[1]) Na znaczenie występowania przemijającej afazji, jako objawu premonitorycznego gruźliczego zapalenia opon mózgowych np. w przebiegu gruźlicy chirurgicznej zwraca specjalną uwagę prof. *Schlesinger*. Objaw ten często poprzedza wszelkie inne objawy oponowo-mózgowe.

2) *Wacław Z.*, l. 23, praktykant ślusarski, L. K. szp. 1083/1928. Chory od roku. Przybył z krwotokiem płucnym (18.V.1928). Rozpnoz. klin. *Phthisis pulmonum fibrocaseosa declarata chronice progrediens.* W czasie pobytu w szpitalu pogorszenie objawów miejscowych: wystąpienie rzężeń pod obojczykiem lewym (30.6.1928). 7/7.28 b. intensywne bóle głowy, sztywność karku, *Kernig.* Nakłócie lędźwiowe: płyn m. rdz. przezroczysty. Nonne Appelt + Białka — 0,6%. W osadzie siateczka włóknika, zawierająca liczne limfocyty. Prątków Kocha nie wykryto. Rozp. klin. *Meningitis basilaris.* Zejście śmiertelne na 12-y dzień od wystąpienia objawów oponowych.

Przypadki powyższe dowodzą raz jeszcze, jak trzeba być ostrożnym w rokowaniu w suchotach płucnych.

V. *Wysięki opłucnowe* w końcowych okresach suchot płucnych zdarzają się rzadko, ponieważ w tych okresach, w przeważnej ilości przypadków, opłucna traci już zdolność reagowania wysiękiem na bodźce zapalne, działające drażniąco na jej powierzchnię. Wysięki te, jak już wspomniano, cechują się b. szybkiem narastaniem płynu w opłucnej i prowadzą do śmierci *per asphyxiam.*

1) Chory *Antoni M.*, l. 26 farbiarz, L. K. szp. 1211/1928. Choruje od roku. Rozpozn. kliniczne: *Phthisis pulmonum fibrocaseosa declarata subacute progrediens.* 6.VI. 1928. Nagły silny ból w boku prawym. Duszność. Objawów odmy, ani płynu w opłucnej nie stwierdza się. 7/VI. 1928. Duszność wzrasta. Ból w boku nadal dotkliwy. Objawy wysięku opłucnego, potwierdzonego nakłóciem (płyn surowiczy). Zejście śmiertelne tegoż dnia wśród wzrastającej duszności, mimo wypuszczenia koło litra płynu z opłucnej.

Protokuł sekcyjny: Pleuritis exsudativa dextra. Tubercul. acinoso-nodosa pulm. sin. Peribronchitis tuberc. caseosa et broncho-pneumonia gelatiniformis partim caseosa pulmonis dextri. Tuberc. cavernosa loborum super. pulm. utriusque. Adhaesiones pleurae utriusque. Tumor lienis subacutus (skrót).

W przypadku omawianym ostry, (a właściwie podostry), wysiękowy proces w płucu prawem doprowadził do wysięku w opłucnej prawej, który na skutek równoczesnych zmian w miąższu obu płuc (szczeg. w płucu prawem) doprowadził do ostrej niedomogi oddechowej i śmierci z uduszenia.

VI. *Z innych ostrych powikłań* przewlekłych suchot płucnych *Sokołowski* przytacza możliwość zejścia śmiertelnego: 1) wskutek przedostania się powietrza do żył podczas krwotoku płucnego, 2) wskutek zatoru tętnicy płucnej w razie zakrzepu żył kończyn, 3) wskutek zakrzepu tętnicy mózgowej, 4) wskutek raptownej znacznej niedokrwistości ośrodków nerwowych w razie istniejącej już i tak niedokrwistości.

Z przypadków tych mieliśmy (L. K. szp. 2361/1926) u młodego 26-letniego telefonisty z *Phtisis pulmonum fibrocaseosa declarata subacute progrediens* zejście śmiertelne wśród objawów prawostronnego porażenia połowicznego z afazją ruchową. Przypadek klinicznie niejasny: przypuszczamy zator tętnicy rowka Sylwjusza (autopsji nie wykonano, zmian zastawkowych w sercu, zakrzepów w kończynach klinicznie nie stwierdzono, odczyn Wa we krwi ujemny; ciśnienie krwi 115/70 *Pachon*).

W n i o s k i:

Wśród dynamicznej walki ustroju z zakażeniem gruźliczem, walki między uczuleniem a odpornieniem, walki, której, jak przytaczamy za *Dłuskim*, odporność ustrojowa uledz może: 1) *złamaniu* na początku choroby (najdalej w ciągu 3 miesięcy), 2) *ugięciu* w ciągu 3 — 6 mies. od początku choroby ze zwrotem pomyślnym lub nie, 3) odporność wykazywać może wahania *faliste* od 6 mies. do kilkudziesięciu lat ze zwrotem ostatecznym pomyślnym lub nie i wreszcie 4) odporność pozostawać może mniej więcej w stanie *równości (status quo)*, (przyt. wedł. Dłuskiego: „O jamach jawnych w płucach gruźliczych“), otóż w tej walce ustrojowej nigdy nic przewidzieć nie można, a przeto zawsze trzeba być przygotowanym, czy to na możność obostrzenia miejscowych zmian w płucach, czy też, na wystąpienie ostrego, śmiertelnego lub w pomyślniejszych przypadkach tylko pogarszającego stan ogólny powikłania suchot płucnych. Przewidzieć ani zapobiec wskazanym powikłaniom przy dotychczasowym stanie wiedzy o suchotach płucnych nie jesteśmy w stanie; rozpoznać zaś je można, gdy wystąpią lub się zarysują, tylko na zasadzie dokładnej obserwacji klinicznej wraz z wykorzystaniem wszelkich dodatkowych metod badania roentgenologiczno - laboratoryjnego.

ZRÓDŁA PIŚMIENNICZE.

Barnes Harry L. and Lena R. P. *Barnes:* The duration of life in pulmonary tuberculosis with cavity. Amer. Rev. Tbc. 18, 412-424 (1928). Streszczenie w Zbl. f. ges. Tbcforsch. Tom 30, str. 607.

Dąbrowski K. Symptomatologja gruźlicy płuc w „Gruźlica i jej zwalczanie" W-wa. 1927 Str. 181 — 196.

Dłuski K. O jamach jawnych w płucach gruźliczych (650 jamowych). W. Cz. L. 1929. N. 1—4.

Dłuski K. Rokowanie w gruźlicy płuc w „Gruźlica i jej zwalczanie" W-wa, 1927. Str. 268 — 296.

Gräff S. przyt. wedł. streszcz. w Medyc. 1928 N. 25, Str. 506.

Groër F. Gruźlica u niemowląt w „Gruźlica i jej zwalczanie" W-wa 1927. Str. 537 — 551.

Jaquelin A. Le pronostic de la tuberculose pulmonaire. Le Journ. med. fran. 1929. N. 10. Str. 358 — 372.

Lewin G. O samouleczalności jam gruźliczych w płucach W. C. L. 1931. N. 49 — 50.

Maksimczuk M. Samoistna odma piersiowa. Wopr. Tuberk. T. III, 2/1928.

Neumann W. Die Lebensaussichten bei und nach tuberkulöser Lungenaffektionen. Die Aerztl. Prax. H. 2. 15. II. 1929.

Perrin M. i Lacourt M. według streszcz. w Medyc. 1928, N. 8, Str. 161.

Raih Desider. Die miliaris acuta universalis in Puerperium, przyt. wedł. Zbl. f. d. ges. Tbcforsch. Bd. 30. H. 7/8. Str. 439.

Sattler A. Der Tod an chronischer Lungentuberkulose. W. K. W. 1931 N. 32 Str. 1018-1021.

Schlesinger H. Krankheiten der Meningen. Path. und Ther inner. Krankh. T. X. cz. 2. 1924.

Simon Redeker. Praktisches Lehrbuch der Kindertuberkulose 1926.

Sokołowski A. Nauka o suchotach płucnych. W-wa. 1928.

Sterling S. Suchoty płuc pospolite. W-wa 1921.

Sterling S. Przebieg gruźlicy płuc i jej podział w „Gruźlica i jej zwalczanie" W-wa 1927. Str. 217 — 237.

Sterling S. Gruźlica płuc, a suchoty płuc. Now. Lek. 1929 N.22.

Szczepański Z. Odma opłucna samorodna w „Gruźlica i jej leczenie" W-wa 1927. Str. 687-713

Żeligowska J. Patogeneza gruźlicy prosówkowej. Medycyna Warszaw. 1930. N. 5. str. 152-155.

LIPIODOL

OLIWA JODOWA O ZAWARTOŚCI 40% JODU

LIPIODOL TERAPEUTYCZNY

40%

kapsułki i ampułki à 1, 2, 3 i 5 cc

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

10%, 20%, 40%

flakony alumin. i ampułki

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.

Połączenie cryogenine z salicylanem sodu

podał

DR. POURREYRON.

Od dawna łączę Cryogénine z Salicylanem sodu i uważam połączenie to za lepsze od innych jak np. połączenie antypiryny z salicylem.

Zalety. Połączenie to działa w tych przypadkach, w których sam związek salicylowy nie działa zupełnie, lub przynajmniej bardzo mało. Cryogénine zwiększa działanie salicylu i pozwala na osiągnięcie wyniku leczniczego przy dawkach salicylu zazwyczaj niedostatecznych, jeśli są użyte same. W ten sposób, dzięki temu połączeniu, czy też właśnie dzięki małym dawkom unika się nietolerancji względem salicylu.

We wszystkich tych przypadkach, w których salicyl jest skuteczny, Cryogenine wzmacnia wybitnie jego działanie przeciwbólowe i przeciwgorączkowe.

Pomysł tego połączenia został mi podany przez artykuł w Avenir Médical, nazwiska autora jednak nie pamiętam.

Receptura i dawkowanie. Skład zwykły mieszanki słabej jest następujący:

Salicylan sodu	15 —	20 gr.
Cryogenine		5 „
Syrop pomarańczowy		300 cc.

Przepisując dziennie 3 łyżki stołowe tego roztworu, podajemy choremu 2 — 3 gr. salicylanu i 0,70 gr. Cryogenine. Jest to dawka stosowana w lekkich przypadkach. Cryogenine wskutek swej nierozpuszczalności osadza się na dnie flakonu, lecz po jego wstrząśnięciu tworzy rodzaj zawiesiny. Taka mikstura nie może być określona jako zupełnie poprawna, lecz można otrzymać rostwór prawdziwy przezroczysty, rozpuszczając Cryogenine przy temperaturze nieco podwyższonej w mieszaninie 25 gr. alkoholu 60° i 25 gr. gliceryny, przed dodaniem do syropu z salicylem, co odpowiada:

Cryogenine		5 gr.
Salicylan sodu	15 —	20 gr.
Alkohol 60° i gliceryna aa		25 gr.
Syrop pomarańczowy Q. s. do		300 cc.

Można w tem połączeniu zwiększyć ilość salicylu do 30 lub 40 gr. zachowując tę samą ilość Cryogenine. W ten sposób dzienna dawka Cryogenine wyniesie 1 gr. a salicylu 4, 5, 6 lub 8. jeśli się przepisze 4 łyżki stołowe z wodą alkaliczną po jednej przy każdym posiłku, lub 6 łyżeczek, po jednej na ½ godziny przed niewielkim posiłkiem złożonym z djety mlecznej lub ścisłej.

Receptura pozostaje ta sama we wszystkich przypadkach, zmieniają się tylko dawki salicylu i sposób użycia.

Wskazania i wyniki. Przepisuję dawki słabe w nieokreślonych bólach wielostawowych, także przy obecności lekkiego obrzęku, w dolegliwościach, po ostrych napadach spowodowanych nadmierną ilością kwasu moczowego we krwi lub dną, we wszystkich nerwobólach bliżej nieokreślonych, jak lumbago, ischias.

Polepszenie znaczyna występować po 2 dniach i jest zupełnie wyraźne po 4 dniach. Jeżeli i po tym terminie nie występuje poprawa, oznacza to, że dalsze leczenie salicylowe jest bezskuteczne i nie da wyników. Dla zupełnego wyleczenia kuracja powinna trwać przynajmniej przez 3 tygodnie; odsetek wyleczeń waha się lecz wynosi około 70%.

Często miałem możność stwierdzenia, że chorzy sami zwracali się do apteki o powtórzenie lekarstwa, co jest najlepszym dowodem skuteczności tego leku. Jest rzeczą oczywistą, że leczenie to nie daje wyników w zapaleniu nerwów na tle cukrzycy, białkomoczu, kiły lub alkoholizmu, gdzie należy stosować leczenie przyczynowe. Połączenie salicylat sodu — Cryogenina zawodzi w zapaleniu nerwów zębowych lub nierozpoznanej gruźlicy kostnej, lecz właśnie te wyniki ujemne mogą naprowadzić na właściwe rozpoznanie.

Nawet w gośćcu zniekształcającym można otrzymać w 20% przypadków wybitną poprawę ze zmniejszeniem obrzęków i bólu oraz zatrzymaniem dalszego rozwoju choroby.

Najbardziej dodatnie wyniki, jakie otrzymałem, odnoszą się do przypadków ostrego gośćca stawowego. Wszystkie leczone przypadki dały pomyślny rezultat, lecz liczba ich jest zbyt mała, żeby się można na nich oprzeć i uważać za dowód niezbity.

W tych wypadkach używam dawek mocnych, ale nigdy nie przekraczam 6 gr. dziennie, nawet w przypadkach wyjątkowo ciężkich.

Uważam, że byłoby wskazane stosowanie tego sposobu leczenia w większej liczbie przypadków, na większym materjale, aniżeli tym, którym rozporządzać może lekarz praktyk.

Spostrzeżenia.

1) Chory, młody żołnierz, nabawił się podczas służby ostrego gośćca. Pomimo wysokich dawek salicylu, dochodzących do 16 gr., zostaje po 2 miesiącach uznany za rekonwalescenta z ustępującym wysiękiem w lewej opłucnej i zapaleniem wsierdzia, które leczyłem wlewaniami arsenobenzolu.

Nastąpił jednak wkrótce poważny nawrót: wysoka gorączka ,bóle w stawach, białkomocz, zapalenie wsierdzia i osierdzia oraz obustronny wysięk w opłucnych. Z lewej strony, pod i nad wysiękiem, rzężenia grubobańkowe wskazujące na przekrwienie. Chory blady, obrzękły, ciężko dyszący z tętnem drobnem, nie dającem się zliczyć. Otrzymuje wzrastające dawki pro-

pidonu, 1 gr. Cryogenine, salicylu 6 gr. potem 4 gr. dziennie i środki nasercowe. Po dwu dniach zmniejszenie bólów stawowych, po 5 dniach ustąpienie wysięku. Po 3 tygodniach zupełne wyleczenie, dotychczas się utrzymujące. Zwolniony z wojska wskutek uszkodzenia zastawki dwudzielnej, które istniało jeszcze przed moim leczeniem.

2) Chory lat 28 przechodził dawniej silny napad gośćca, wyleczony salicylem. Przed dwoma laty, podczas służby wojskowej, nawrót z zapaleniem wsierdzia. Zwolnienie ze służby z pensją. W tym roku znów gorączka, bolesne obrzmienie stawów, wielopostaciowa wysypka, przypominająca szkarlatynę na ciele, twarzy i w jamie ustnej, hemoliza i krwiomocz. Poprawa po dwu dniach po użyciu 6 gr. salicylu i 1 gr. Cryogenine. Po trzech tygodniach chory powrócił do pracy.

3) Zwykły klasyczny przykład: nawrót ostrego gośćca stawowego. Chory w wieku lat 40. Poprawa po 3 — 4 dniach po użyciu 5 gr. salicylu i 1 gr. Cryogenine. Wyleczenie po 3 tygodniach.

4) Dobre wyniki otrzymano w przypadku początkowego wysięku surowiczo włóknistego gruźliczego, mianowicie zmniejszenie temperatury i zatrzymanie dalszego rozszerzania się wysięku, który uległ potem wessaniu pod wpływem drobnych dawek teobrominy.

OPOZONES LUMIÈRE

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.

Zwracamy uwagę Panów Lekarzy na ogłoszenie Instytutu Radowego im. Marji Skłodowskiej-Curie w Warszawie umieszczone przed tekstem niniejszego numeru.

Instytut Radowy pracuje od stycznia r. b. i rozporządza 1 gramem radu, 5-cioma aparatami Röntgena do głębokiej terapji, oddziałem chirurgicznym z instalacją do elektroendotermji i pracowniami djagnostycznemi.

Zakres leczenia Instytutu obejmuje przedewszystkiem nowotwory złośliwe i niektóre dobrotliwe, jak naczyniaki, keloidy i. t. p.

Kwalifikowanie chorych do leczenia odbywa się w Przychodni Instytutu.

Przed skierowaniem chorych z prowincji zwłaszcza w przypadkach dalej posuniętych pożądane jest uprzednie porozumienie się lekarza z Instytutem.

W pewnych przypadkach leczenie może się odbywać ambulatoryjnie; dla chorych leżących **instytut posiada Szpital z pokojami I, II i III klasy.**

CRYOGENINE 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:

Cryogenine Pulvis do receptury: proszków, czopków, pigułek, zawiesin i t. p.

tabletki { **Cryogenine** à 0,50 grm. / **Cryogenine** à 0,25 grm. *W rurce 10 tabletek*

opłatki { **Cryogenine** à 0,50 grm. / **Cryogenine** à 0,25 grm. *W rurce 10 opłatków*



PRZECIWKO:

REUMATYZMOWI
ARTRETYZMOWI
OTYŁOŚCI
KRZYWICY
CHOROBOM KOBIECYM

LANGBEINIT

SÓL KĄPIELOWA -RADJOAKTYWNA

dla

DOROSŁYCH i DZIECI

Skład główny: — L. NASIEROWSKI, — Warszawa, Kaliska 9.

Kilka uwag o opoterapji

Nie chcemy tutaj powtarzać tego, co już tyle razy było mówione o historji opoterapji. Wszystkim znane są znakomite wyniki tej metody, lecz zdaje się, że w chwili obecnej, po długim okresie zasłużonego powodzenia, usprawiedliwionego świetnemi rezultatami, daje się zauważyć reakcja, która stara się zredukować do minimum wartość organoterapji.

Czy nie należy poszukiwać przyczyny tej reakcji w stosowaniu preparatów opoterapeutycznych w przypadkach, nie nadających się zupełnie do opoterapji? Są przecież lekarze, którzy w jakichkolwiek zespołach chorobowych stosują wyciągi z narządów czy też gruczołów zupełnie na ślepo, przypominając sobie być może w głębi duszy zdanie, wypowiedziane podczas znanej rzezi: „Pan Bóg pozna swoich".

Istotnie należy wierzyć za bardzo w dobre chęci przyrody, przypuszczając, że zależy jej tylko na tem, aby zrobić sprawiedliwy podział różnych składników opoterapeutycznych, wchodzących w skład złożonego preparatu. Tak jakby geniusz życia, ze strachu przed próżnią, spowodowaną brakiem czynności, tego czy innego narządu, wzywał do wypełnienia tego braku odpowiednią część składową wyciągu leczniczego, zastosowanego na los szczęścia i bez właściwej miary.

Opoterapja to sposób leczenia stary jak świat, choć dopiero ostatnio stała się sposobem „modnym" i mogła się rozwinąć i znaleźć szerokie zastosowanie dopiero dzięki ścisłym i gruntownym badaniom w pracowniach farmakologicznych; jednak w bardzo wielu przypadkach była i jest teraz stosowana przez umysły średniowieczne.

Wielu z pośród lekarzy nie zna tych wszystkich możliwości, które daje lekarzowi praktykowi rozumne stosowanie lecznictwa opoterapeutycznego. Po za nielicznemi wyciągami z gruczołów, jak wyciąg z przysadki, tarczycy, nadnercza, jajnika, nie mają lekarze zazwyczaj zaufania do wielu innych wyciągów, których ścisłe wskazania, rozumne i odpowiednio kontrolowane stosowanie, pozwalają na pomyślne i często wybitne wyniki terapeutyczne.

Sposoby użycia: Liczne niepowodzenia dadzą się wytłumaczyć tem, że lekarz praktyk nie zawsze miał w ręku leki naprawdę skuteczne. Rzeczywiście uświadomiono sobie dopiero niedawno, że pomimo największych starań, zastosowanych w przygotowywaniu preparatów opoterapeutycznych, tracą one zasadniczo większą część swojej aktywności. Mówimy tutaj o prawie doświadczalnem, zgodnie z którem, gruczoł wysuszony zachowuje tylko minimalną aktywność fizjologiczną, gdy stopień wysuszenia dochodzi do 60%. Co więc powiedzieć o preparacie opoterapeutycznym pod postacią proszku zupełnie wysuszonego w próżni lub na gorąco, albo też przy połączonem działaniu obu tych czynników. Zrozumiałem jest, że taki przetwór, aby pozostać skutecznym, musi odpowiadać względnie dużej ilości gruczołu świeżego, lub innemi słowy, produkt końcowy zpowodu utraty swej aktywności w trakcie przygotowania, będzie zawierał znikomą ilość jednostek fizjologicznych w porównaniu z tą ilością, jaką zawierał cały gruczoł. Dlatego też istotnie czynne są tylko te sproszkowane narządy, które przy bardzo małej objętości są obdarzone potężnem działaniem fizjologicznem, do takich należy np. tarczyca. Naogół biorąc skuteczna opoterapja za pomocą tych tkanek, których czynność fizjologiczna jest nieznaczna w porównaniu do ich wagi nie jest możliwa, jeżeli posługiwać się będziemy sproszkowanemi narządami. Ze względu na stratę w aktywności tych narządów podczas przygotowania, trzebaby użyć dla otrzymania produktu końcowego, rzeczywiście skutecznego, zbyt wielkich ilości świeżych narządów, co jest praktycznie trudne do przeprowadzenia.

Wobec powyższego logicznie nasuwa się myśl o stosowaniu opoterapji w postaci wstrzykiwań aby preparat opoterapeutyczny wprowadzony drogą podskórną lub domięśniową, wypełnił braki lub działał jako oczekiwany a niezbędny bodziec. Jednak i ta metoda jest nieodpowiednia. Stosowanie bowiem w tej postaci dawek małych wielokrotnie w ciągu dnia jest niemożliwe, a tymczasem wiadomo, jak bardzo korzystnem raczej niż dawek masywnych jest stosowanie stałej podniety, spowodowanie stopniowego nasycenia ustroju. Ta zasada może być tylko zrealizowana przez stosowanie wyciągów drogą doustną, lecz widzieliśmy, jakim zarzutom podlega większość wyciągów z narządów sproszkowanych, które pod tą lub inną postacią są przeznaczone do takiego sposobu użycia.

Wyciągi skuteczne. Stosowanie jednak per os preparatów opoterapeutycznych ma niewątpliwie przewagę nad drogą podskórną dzięki swej prostocie i dlatego też w pracowniach Lumiera zostały wytworzone drażetki Opozones, pozbawione wymienionych powyżej braków.

Sproszkowanie otrzymuje się nie przez rzeczywiste odwodnienie, lecz przez pewien „trick" w przygotowaniu [1]), polegający na pseudo-wysuszeniu: woda i wszystkie płyny ustrojowe zostają przeprowadzone w stan krystaliczny, co zapewnia maximum skuteczności wprowadzonym doustnie preparatom. Z drugiej strony zjawiska autolizy i wszelkiego rodzaju zmiany nie mają czasu odbyć się, gdyż sproszkowanie osiąga się nadzwyczaj szybko metodą zupełnie niezwykłą z punktu widzenia technicznego. Opozones Lumiera dzięki swej otoczce glutynowanej i lakierowanej są w zupełności ochronione przed wszelkiemi zmianami ,które mogłyby później nastąpić, jak rozkład, utlenienie i hydroliza.

Zresztą łatwo można się przekonać o nierozkładaniu się Opozones Lumiera, gdyż w przeciwieństwie do wielu preparatów opoterapeutycznych, pozostają one zupełnie bezwonne, nawet jeśli zostały przygotowane bardzo dawno. Podczas trawienia opozony nie ulegają nagłemu rozkładowi pod wpływem soków trawiennych, co jest okolicznością nader ważną, gdyż, jak to ustalono i dowiedziono, czynność wyciągu opoterapeutycznego zależy przedewszystkiem od tego aby proces trawienia nie przekroczył okresu peptonowego, a był posunięty aż do okresu abiuretycznego. Dawkowanie może być zmienione w szerokich granicach w zależności od przypadku.



NIEZAWODNE LEKI KRĘTKOBÓJCZE

w KILE, DURACH i ZIMNICY

„QUINBY SOLUBILE"

SOLUTIO AQUOSA

CHININI JODO-BISMUTICI

Bezbarwny, nie plami, nie tłuści, nie drażni.

„Q U I N B Y"

EMULSIO OLEOSA

CHININI JODO-BISMUTICI

GRAINS DE ANISES

CHARBON TISSOT

Anyżowane ziarenka węgla topolowego z benzynaftolem i kwasem będźwinowym.

NADMIERNA FERMENTACJA JELITOWA, ZAPARCIE NAWYKOWE, ZATRUCIA POKARMOWE, BĘBNICA.

1 do 2 łyżeczek od herbaty wieczorem po jedzeniu, lub przed snem. Połykać nie rozgryzając.

AMPUŁKI, DRAŻETKI

NERVOCITHINE TISSOT

Jedyne połączenie arsenu, strychniny, żelaza, fosforu z FLUOREM.

NEURASTENJA, PRZEMĘCZENIE UMYSŁOWE, REKONWALESCENCJA, GRUŹLICA POCZĄTKOWA.

3 razy dziennie po 1 do 2 drażetek po jedzeniu. 1 do 2 ampułek dziennie podskórnie, lub śródmięśniowo.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Cymarina. (La cymarine). V a q u e z, M o u q u i n, B a l a p c é a n u.
Présse Médicale. Nr. 40; 1932.

Cymarina jest wyciągiem z apocynum cannabicum, rośliny rosnącej w Ameryce północnej, używanej w Azji i w Ameryce jako środek moczopędny. Do lat ostatnich badano działanie wyciągów całkowitego apocynum, dopiero w ostatnich latach zaczęto stosować wyciąg krystaliczny apocynu, cymarinę, którą poraz pierwszy użył u człowieka Kaufmann. Autorzy stosowali cymarinę w 13 przypadkach chorych z niewydolnością serca, u 8 z nich stwierdzono nadciśnienie lub też myocarditis, 2 miało zmiany mitralne, 3 cierpiało na złożone sprawy sercowe, aortalne i mitralne. Przed zastosowaniem cymariny chorzy pozostawali w spokoju i na djecie mlecznej: cymarinę stosowano w postaci wstrzykiwań śródżylnych, wstrzykiwania podskórne i śródmięśniowe są bolesne. Początkowo używano dawek małych $^2/_{10}$, ¼ miligrama, później dawek większych ½, ¾ i cały miligram. Naogół za dawkę pożyteczną należy uważać ½ miligrama; wstrzykiwania powtarza się codziennie w ciągu 5 — 6 dni z rzędu. Ze spostrzeżeń autorów wynika, że cymarina działa najwybitniej na diurezę i na obrzęki, niejednokrotnie już na drugi dzień po podaniu cymariny wydziela się mocz w dużej ilości. Wydzielanie moczu jest powiększone naogół w ciągu całego czasu stosowania cymariny, czasami jednak zatrzymuje się nim obrzęki znikły zupełnie. Można więc powiedzieć, że działanie diuretyczne cymariny jest szybsze od ouabainy, ale mniej trwałe od digitalis.

Wiadomą jest rzeczą, że działanie naparstnicy i ouabainy jest różne zależnie od tego czy niewydolność dotyczy serca prawego czy lewego, w przypadkach niewydolności serca prawego działanie ouabainy jest bardziej szybkie, ale mniej trwałe i doskonałe, niż działanie naparstnicy, ouabaina działa szczególnie skutecznie w przypadkach ostrych niewydolności serca lewego, opornych na naparstnicę. Cymarina w przypadkach niewydolności serca prawego nietylko, że zmniejsza obrzęki, powiększa diurezę, ale zwalnia także tętno czego się nie spostrzega przy działaniu ouabainy. W niewydolnościach serca lewego szczególnie ostrych ouabaina działa silniej od cymariny. Pod działaniem cymariny poprawia się także stan ogólny chorych, zmniejsza się duszność, obniża się ciśnienie tętnicze i zmniejszają się równolegle do działania leczniczego wymiary serca.

Poza tem cymaryna posiada pewną cechę właściwą ouabainie: przygotowuje jakby i czyni skutecznem działanie naparstnicy. Cymarina nie posiada właściwości kumulowania się i przyjmowanie jej nie pociąga za sobą żadnych następstw szkodliwych. Zajmuje więc ona miejsce pośrednie między naparstnicą a ouabainą. Najbardziej charakterystyczne jest działanie moczopędne cymariny szczególnie w obecności dużych obrzęków; może być skuteczną szczególnie w niewydolności serca prawego z małem wydzielaniem moczu i dużemi obrzękami nawet w tych przypadkach, w których naparstnica już nie działa. Po osiągnięciu działania cymariny można wrócić do digitalis i theobrominy dla przedłużenia działania cymaryny. Podczas gdy ouabaina jest wskazana w ostrym okresie niewydolności serca lewego, należy podać cymarynę gdy niewydolność przechodzi; stosuje się ją wtedy przez 7 — 8 dni w ilości ½ mgr. dziennie.

Porównawcze wyniki interferometrji i podstawowej przemiany materji w stanach nadczynności tarczycy. (Resultats comparés de l'interférometrie et du metabolisme de base dans les états hyperthyréoidiens). L a j g n e l-L e v a s t i n e et B o q u i e n.
Présse Médicale. Nr. 39; 1932.

Autorzy badali równocześnie podstawową przemianę materji i stan czynności gruczołów dokrewnych; tarczycy, jajników i przysadki mózgowej, używając do tych ostatnich badań metody interferometrycznej. Naogół wyniki badań interfermetrycznych były zgodne ze spostrzeżeniami klinicznemi u chorych, mających zaburzenia gruczołów dokrewnych za wyjątkiem przypadków choroby Basedowa. Uderzającem nawet jest, że w ciężkich stanach nadczynności czynność fermentacyjna surowicy w stosunku tarczycy jest mniej wyraźna, jak w lżejszych przypadkach nadczynności tarczycy, przyczem podstawowa przemiana materji naogół jest podwyższona. Trudno jest obecnie wytłomaczyć to spostrzeżenie, należy jednak przypuszczać, że patogeneza choroby Basedowa jest złożona i że obok zaburzenia czynności tarczycy są możliwie naruszone choć nierównomiernie i czynności innych narządów.

Leczenie dychawicy oskrzelowej. (Le Traitement de l'asthme bronchique). P é h u et V a l i n.
Journal de Médecine de Lyon. Nr. 294; 1932.

Leczenie dychawicy oskrzelowej dzieli się na dwa okresy: leczenia w okresie ataku, mającego przynieść bezpośrednio ulgę choremu i działanie na t. zw. teren astmatyczny czyli dążenie do sprowadzenia ustroju do stanu normalnego, niewrażliwego na przyczyny, wywołujące dotychczas napady.

Leczenie w czasie ataku ma na celu jaknajbardziej szybkie i skuteczne usunięcie objawów, wywołanych zaburzeniem równowagi układu nerwu błędnego i współczulnego z przewagą nerwu błędnego. Zadaniem więc leczenia jest jaknajszybsze działanie albo na nerw współczulny, którego czynność jest w stosunku do nerwu błędnego w czasie napadu za słaba albo na nerw błędny, którego napięcie musi być złagodzonem. W tym celu używa się adrenaliny, efedryny, belladony. Adre-

nalina pobudzająca nerw współczulny przerywa skurcz oskrzelików, a równocześnie działając zwężająco na naczynia zmniejsza zaburzenia naczynioruchowe w obrębie oskrzeli. Stosuje się więc adrenalinę w czasie ataku astmy w dawce 0,5 — 1 mg. przy czem można powtarzać te dawki co pół godziny, trzy, cztery razy, podając na dobę ogółem mniej więcej około 3 miligramów. *Bensaude* i *Halion* dodają do adrenaliny wyciąg z przysadki mózgowej, *Heckel* zamiast adrenaliny daje całkowity odbiałczony wyciąg z nadnerczy, nie zawierający ciał uczulających, a posiadający inne czynne ciała nadnerczy. Surowicę Heckela zastrzykuje się w ilości ½mg. w 5 cm³. fizjologicznego roztworu podskórnie. Skuteczne działanie tego środka trwa tak długo, jak długo trwa działanie adrenaliny, którą zawiera i która się nie rozkłada będąc jego naturalnym składnikiem.

Wyciąg z ephedra vulgaris t. zw. efedryna działa podobnie pobudzająco na układ współczulny jak adrenalina, zwalcza skurcz oskrzelików płucnych, posiada ponadto tę dobrą stronę, że podawana doustnie zachowuje swoje wszystkie antiastmatyczne właściwości i że działanie jej jest dłuższe od działania adrenaliny, gdyż trwa od 7—9 godzin. Jest ona jednak przeciwskazana w przypadkach zmian w mięśniu sercowym lub w tętnicy głównej. Efedrynę podaje się w dawce 0,025 i po 15 minutach gdy środek zaczyna działać daje się powtórnie taką samą tabletkę. W razie braku działania nie daje się większych dawek. Ogółem można podać małemi dawkami w ciągu 24 godzin 0,05. Podskórnie daje się 1 cm³ zawierający 0,03 efedryny. Do rozpylania używa się 3% rozczynów wodnych w których efedryna może być zmieszana z adrenaliną. Do inhalacji stosuje się roztwory 5%. Najwyraźniej występuje działanie efedryny w średnio ciężkich, świeżych atakach astmy. Zwracano również uwagę na działanie efedryny, uprzedzające ataki astmy jeżeli jest wzięta mniej więcej pół godziny przed spodziewanym atakiem. Ephetonina która jest niczem innem jak syntetyczną efedryną ma działać wolniej, słabiej i działanie jej ma być mniej stałe.

W celu zmniejszenia napięcia nerwu błędnego podaje *Lian* belladonnę w proszkach po 0.01 albo atropinę w wstrzykiwaniach podskórnych po ¼ albo po ½ miligrama. *Michon* stosuje hyoscyaminę w dawce ¼ mg. połączoną z adrenaliną w dawce ½ lub—1 miligrama. Działanie tego środka ma być doskonałe szczególnie w czasie ataku astmy. Wreszcie wtedy gdy wszystkie inne środki zawodzą może być skuteczna morfina lub jej pochodne. Czasami dobrze działa gardenal początkowo w dawce po 0,05 w ciągu trzech dni, następnie po 0,1 i 0,15 w ciągu miesiąca. Działanie przeciwastmatyczne mają również środki uspakajające układ nerwowy, brom, veronal, valeriana, pozatem jodki w szczególności jodek kofeiny, które szczególnie się stosuje w przypadkach ataków przedłużonych. Czasami dobrze jest połączyć te środkami wewnętrznemi pewne zabiegi jak pijawki, gorące kąpiele nożne, ucisk nerwu błędnego na szyji; upust krwi zdaje się czasami także mieć dobre działanie.

Leczenie ogólne w okresach wolnych od ataków może być przeprowadzane w różnych kierunkach. Leczenie jodowoarszenikowe ma znaczenie podwójne: arszenik pobudza stan odżywienia często podupadły w astmie, jod reguluje czynności oddechowe, wywołując rozszerzenie naczyń i obfite wydzielanie błony śluzowej oskrzeli. Według *Sée* podawanie jodu wyleczyło wszystkich jego astmatyków. Stosując jodki należy sprawdzić stan wątroby, nerek i płuc; dzienne dawki wynoszą od 0,5 — 2 gr. przyczem należy je w początku stosować ostrożnie, podając jod w ciągu 10 dni każdego miesiąca. Arszenik u dorosłych podaje się jako Sol. Fowleri, arrhenal natr, cacodylicym etc.

Uważając astmę za neurozę oddechową stosuje się i w okresach między atakami brom, a także stara się w tych okresach działać na zaburzenia czynności układu wegetatywnego. Jednakże adrenalina, będąca tak skuteczna w ataku astmy w formie leczenia stałego niema prawie żadnego działania, natomiast efedryna lub efetonina brana przez czas dłuższy w dawce po 0,05 może uwolnić chorych od ataków na przeciąg długich. miesięcy. Podobnie działa według *Liana* belladonna, brana przez czas dłuższy w dawkach stopniowo się powiększających po 0,15 dziennie. Według tego autora gardenal zmienia równowagę kwasowo-zasadową krwi, stwarzając stan zakwaszenia nie korzystny dla powstawania ataków astmy. *Vincent* miał podobnie korzystne wyniki stosując luminal. Sole wapnia zalecane w dawkach od 5 — 10 gr. dziennie w ciągu kilku tygodni; zmniejszają one amfotonię i nadwrażliwość nerwów oskrzelowych. *Danielopolu* stosując chininę zmniejsza jakoby stan napięcia narwu błędnego. Valeriana i antipyrina są korzystne szczególnie wtedy gdy z astmą łączą się objawy nerwowe. Probują także leczyć astmę jakoby z dobremi wynikami za pomocą psychoterapji, hypnozy i autosugestji.

Ponieważ stwierdzono, że przyczyną astmy mogą być i zaburzenia wydzielania wewnętrznego próbowano leczyć ją i za pomocą podawania wyciągów gruczołów, których zaburzenia mają stwarzać teren astmatyczny. Naogół zaburzenia te dotyczą szczególnie tarczycy i gruczołów płciowych. Wyciągi tarczycy w dawkach od 0, 06 — 0,15 daje się wtedy, gdy stwierdzono wyraźnie objawy jej zmniejszonej czynności; jeżeli te objawy są bardzo słabe daje się małe dawki 0,01 w ciągu kilku dni, powiększając dawkę stopniowo i ostrożnie do 0,05 gr. dziennie. Podawanie tarczycy przerywa się w ciągu 5 — 10 dni w miesiącu, a także 3 dni przed menstruacją i w jej czasie. Małe dawki wyciągów tarczycy stosuje się według *Doumera* nawet przy zupełnie prawidłowej jej czynności. Autor stwierdzał poprawę u astmatyków z prawidłową czynnością tarczycy, którym podawał w ciągu 10 dni w każdym miesiącu po 0,15 thyreoidy'ny.

Wyciągi jajników daje się kobietom, cierpiącym na ataki astmy w okresie przekwitania, a także tym chorym, którym nie pomogły wyciągi tarczycy. Wyciągi jajników mają działanie korzystne szczególnie w połączeniu z wyciągami tarczycy. *Maranon* spostrzegał poprawę po podaniu wyciągów z jąder.

Leczenie djetyczne ma również czasami działanie korzystne. Djeta Gersona ogranicza białka i węglowodany (100 gr. mięsa i 70 gr. ryby tygodniowo), bogata jest w tłuszcze, witaminy i sole mineralne za wyjątkiem NaCl. Ta djeta ma dawać dobre wyniki, jednak u dzieci powinna być modyfikowana przez odpowiedni dobór węglowodanów. Pożyteczne mają być wszystkie środki pobudzające czynności wątroby, a więc $NaSO_4$, calomel, opoterapia wątrobiana. Zalecana jest także w ciągu miesiąca djeta oszczędzająca czynności wątroby zawierająca tylko mleko, owoce, jarzyny z zupełnem pominięciem mięsa, jaj, wina, kawy, soli. Po miesiącu daje się jeden gram mięsa na kilogram wagi i 1 gram NaCl. Poza tem zalecają podawanie glukozy i węglanu sodu, jak też podawanie pankreatyny i wyciągów żółci.

Metody zwalczające uczulenie chorych, polegają szczególnie na stopniowem usuwaniu czynników podejrzanych o wywoływanie napadów z odżywiania i otoczenia chorych. Usuwa się więc stopniowo następujące substancje podzielone na 6 grup: 1 grupa: kontakt z pewnemi zwierzętami: konie, psy, koty, papugi, króliki; 2 grupa: użycie pudru, perfum, szminek; 3 grupa: używanie futer, tkanin jedwabnych, wełny; 4 grupa zawiera produkty odżywcze. Astmatyk kolejno stosuje następujące djety: I. baranina, ryż, szpinak, marchewka, fasolka, gruszki, jabłka, cytryny, figi, oliwa, sól, cukier, wino czerwone. II. wołowina, cielęcina, kalafiory, karczochy, banany, orzechy, migdały, cukier, sól, masło, piwo, herbata. III. słonina, szynka, kurczęta, tapioca, groszek, wiśnie, truskawki, cukier, sól, wino białe, kawa. IV. chleb pszenny, ryby, kartofle, jaja, morele, winogrona, cukier, masło, woda; V. 2,5 litra mleka. 5 grupa: usunąć pierze, puch, włosie, fotele, materace; 6 grupa: usunąć kurz mieszkaniowy. Stosowane są do tego komory hermetycznie zamknięte, w których powietrze odświeżane jest przez wentylator elektryczny, pędzący powietrze przez komin wysokości 10 metrów. Powietrze w tych komorach nie zawiera zupełnie ciał zawieszonych w powietrzu domów i pochodzących od pościeli lub ubrań. Usuwa się w ten sposób działanie „alerginów" domowych. Działanie ciał uczulających zależnych od klimatu usuwa się przez pobyt w komorach do których dochodzi powietrze sztucznie ochłodzone, osuszone, ogrzane i filtrowane. Powietrze to nie zawiera żadnego ciała zawieszonego w powietrzu zewnętrznem. Wreszcie bywa. że ciała uczulające pochodzą od kontaktów i warunków pracy zawodowej, wtedy konieczną jest zmiana zawodu.

Specyficzne zwalczanie uczulenia na produkty spożywcze odbywa się drogą spożywania w maleńkich dawkach ciał, wywołujących ataki mniej więcej pół godziny przed jedzeniem. Produkty te zostają oczywiście usunięte z djety chorych. Powoli powiększa się dawkę ciała szkodliwego i w końcu, jeżeli nie wywołuje ono ataków, wprowadza się je do djety chorych z powrotem. Podobnie zwalcza się uczulenie na pewne środki lecznicze, podając je doustnie w maleńkich dawkach stale i powoli powiększanych. Uczulenie zwalcza się ponadto za pomocą doskórnych wstrzykiwań ciał szkodliwych. Ciała te mogą być pochodzenia bakteryjnego szczególnie jeżeli równocześnie się stwierdza katar oskrzeli lub cierpienie płucne. Wykonywa się wtedy szczepionki z wydzieliny nosa czy oskrzeli poczem znalezione drobnoustroje, naogół paciorkowce lub gronkowce, wstrzykuje się w rozczynach coraz bardziej stężonych co 5 —6 dni tak długo póki nie zniknie odczyn skórny. Metoda ta ma dawać około 80% polepszeń.

Można ponadto zwalczać uczulenie za pomocą ciał antianafilaktycznych, nie specyficznych. Środki te, wywołując szereg drobnych „choc'ów" zmniejszają nadmierną wrażliwość komórek. Zastrzykuje się krew własną podskórnie po 10 cm.³ 5 —6 razy w odstępach czterodniowych. Autoseroterapja polega na wstrzykiwaniu surowicy chorych z krwi wziętej w czasie ataku. Wstrzykuje się podskórnie albo śródżylnie pierwszego dnia ¼ cm.³, drugiego dnia ½ cm.³ później robi się co dwa dni wstrzykiwania z 2 cm.³. Czasami zwalczyć można uczulenie, stosując surowicę przeciwbłoniczą: pierwszego dnia daje się podskórnie 0,25 — 0,5 cm.³, jeżeli niema odczynu powtarza się wstrzyknięcie drugiego dnia. Odczyn miejscowy i ogólny występuje między 5—11 dniem. Następnie wstrzykuje się po 0,5 cm. surowicy; leczenie trwa około 2 — 3 miesięcy, poczem naogół ataki stają się rzadsze i słabsze. Leczenie peptonem ma jakoby pobudzać siły obronne ustroju. Pepton wstrzykiwać można śródżylnie w odstępach trzydniowych w rozczynie 5% w dawce 5 — 10 cm.³. Wstrzykiwania robi się powoli trzy godziny przed jedzeniem, ogółem 6 — 10 wstrzyknięć. Ten sposób podawania peptonu nie przez wszystkich jest zalecany tembardziej, że podawać go można doustnie w dawkach po 0,5 gr. mniej więcej trzy kwadranse przed jedzeniem. Pepton jest zupełnie nieszkodliwy także i wtedy gdy go się podaje śródskórnie w rozczynie 50%. Wstrzykiwania robi się codziennie ogółem 20 razy, poczynając od $^1/_{10}$ cm.³ i powoli stopniując dawkę lub ją zmniejszając w razie odczynów zbyt żywych. Jeżeli pierwsze leczenie nie dało wyniku rozpoczyna się nową serję po 2 miesiącach. Metoda peptonowa zdaje się jak dotychczas być najbardziej skuteczną w leczeniu astmy, *Pasteur-Vallery-Radot* podaje, iż miał 63% poprawy, *Grezzi* 85%. Wstrzykiwania mleka, używanego także w ilości 30 — 40 cm.³ w leczeniu astmy, wywołują odczyny bardzo silne. Sole wapna są stosowane w różnych postaciach; mleczan wapnia doustnie, chlorek wapnia doustnie i śródżylnie (5 cm.³ w rozczynie 5 — 10% lub 2 cm.³ w rozczynie 20%).

Leczenie szczepionkami ma również na celu zwalczanie uczulenia. Podaje się szczepionkę przeciwgrypową Instytutu Pasteura, składającą się z paciorkowców, pneumokokków i bakterji Pfeiffra, enteroantigen Danysza, otrzymany z flory przewodu pokarmowego. Ostatni ma dawać wyraźną poprawę, podaje się go co 4 dni w ilości $^1/_{1000}$ mmg. Szczepionka Mineta składa się z pneumokokków, gronkowców, tetragenes, pyocyaneus i micrococus catarrhalis. Szczepionka ta ma dawać szczególnie dobre wyniki w przypadkach astmy połączonej ze zmianami dróg oddechowych albo w astmie samoistnej. Inne rodzaje dychawicy oskrzelowej nie reagują na ten rodzaj leczenia.

Leczenie tuberkuliną stosowane bywa także w przypadkach astmy nie powikłanych gruźlicą. *Storm van Loeven* podaje w ciągu 6 miesięcy co drugi dzień 1 ccm.³ rozczynu $^1/_{100000}$. Leczenie to nie jest odpowiednie gdy istnieje proces gruźliczy czynny i naogół należy je stosować ostrożnie. Zalecane jest także stosowanie skaryfikacji z emulsji zabitych i odtłuszczonych laseczników Kocha. Skaryfikacje te robi się na przestrzeni 1 cm. kw.; powtarza się je co 3 — 4 dni w ciągu pierwszych trzech tygodni, następnie co 8 dni w ciągu miesiąca.

Na leczenie fizykalne dychawicy składają się

radioterapia, diatermia, naświetlania promieniami ultrafioletowemi.

Istotą radioterapji ma być autoproteinoterapia. Rozpad leukocytów w naświetlanej śledzionie oswabadza przeciwciała i proteiny, które dostają się do krążenia, poza tem możliwe jest, że naświetlania działają antispastycznie na końcówki nerwu błędnego. Radioterapia ma naogół w ⅓ przypadków dawać poprawę. Naświetlanie robi się serjami po 12 naświetlań w ciągu 6 tygodni czyli 2 naświetlania tygodniowo, po każdej serji 12 naświetlań wprowadza się 6 tygodniową przerwę. Robi się 2 — 3 serje.

Promienie ultrafioletowe według niektórych autorów mają dawać często, bo w 50% przypadków poprawę.

Dobre wyniki daje czasami diatermia, którą się stosuje na okolicę wątroby lub na wnęki płucne.

W leczeniu astmy dużą rolę odgrywają hygieniczne warunki życia i czynniki klimatyczne. Należy naogół unikać siedzącego trybu życia, wskazany jest umiarkowany ruch i ćwiczenia sportowe, rozwijające klatkę piersiową i ćwiczące mięśnie oddechowe. Życie powinno być spokojne, uregulowane.

Klimat górski jest szczególnie pożyteczny, może dzięki czystości powietrza górskiego. Okolice piaszczyste suche nadają się szczególnie dla osób dziedzicznie obarczonych. Z miejscowości klimatycznych szczególnie odpowiednie są dla astmatyków Mont Dore, Saint Honoré i La Borboule.

Leczenie astmy drogą chirurgiczną przez operacje nosa (usuwanie polipów, resekcja przegrody nosowej i t. d.) tak samo jak i inne operacje chirurgiczne mają raczej znaczenie dodatkowe. Wyniki zabiegów dokonywanych na nerwie błędnym i współczulnym są niestałe, a same zabiegi są zbyt niebezpieczne, żeby się do nich uciekać.

Z przeglądu tego wynika, że w leczeniu dychawicy oskrzelowej poza działaniem bezpośredniem na sam atak najważniejszem zadaniem lekarza jest ustalenie przyczyny, wywołującej ataki, od której zależy leczenie stałe, stosowane w przerwach między atakami. Trzeba pamiętać przy tem że poszukiwanie przyczyny cierpienia jest żmudne i długotrwałe, a samo leczenie jeżeli ma być skuteczne musi być odpowiednio wyzyskane i dość długo przeprowadzone.

O leczeniu gorączki tyfusowej, i paratyfusowej za pomocą szczepionek. (A propos du traitement des fiévres typhoides et paratyphoides par la vaccinothérapie). Nové-Josserand, Euvrard et Feuillade.

Journal de Médecine de Lyon. Nr. 292; 1932.

Stosowanie szczepionki tyfusowej dało autorom doskonałe wyniki szczególnie o ile szczepionka podana była wcześnie, w pierwszym tygodniu choroby, najpóźniej w pierwszych dwóch, trzech dniach drugiego tygodnia. Autorzy radzą zastrzykiwać w przypadkach podejrzanych, nie czekając na wyniki posiewów krwi dawkę średnią wynoszącą 300 miljonów; stosowanie szczepionki później nie tylko nie daje wyników, ale nawet może być niebezpieczne. Szczepionki otrzymuje się albo z posiewów krwi chorego albo też używać można szczepionkę TAB Instytutu Pasteura. Pierwsze wstrzyknięcie wynosi 250, albo 500 miljonów albo nawet miljard bakterji zależnie od stanu sił chorego; naogół u osób młodych i wątłych zaczyna się od 300 — 500 miljonów. Czasami już po tem pierwszem wstrzyknięciu ciepłota opada, jeżeli ciepłota się zmienia to po 3, 4, 5, dniach robi się wstrzyknięcie drugie, używając do niego 300 ew. 500 miljonów. Trzecie wstrzyknięcie często nie jest już potrzebne, jeżeli jednak ciepłota się utrzymuje to robi się je w 3, 4 dni po drugiem wstrzyknięciu. Razem więc wstrzykuje się szczepionkę w ciągu 12 — 15 dni trzykrotnie i naogół około 20 dnia powinno się osiągnąć stan bez gorączkowy. Wstrzykiwania które wykonuje się podskórnie nie są bolesne, naogół bez odczynu miejscowego i bez wstrząsu. Najważniejszem następstwem szczepionki jest spadek ciepłoty przy równoczesnej poprawie stanu ogólnego, zmniejsza się zamroczenie, senność, bóle głowy. Wytłomaczenie działania szczepionek nie jest łatwe. Możliwe jest że w początkach choroby zarazek duru znajduje się we krwi w małej ilości i z tego powodu nie może się wytwarzać dostateczna ilość przeciwciał. Dodanie większych ilości zabitych bakterji wzmaga tworzenie się przeciwciał i powiększa się odporność ustroju. Metoda nadaje się szczególnie w okresach epidemji w przypadkach z wysokimi podwyższeniami ciepłoty nawet wtedy gdy rozpoznanie nie jest jeszcze w pełni ustalone

Hipoglikemja pokarmowa. (Hypoglicémie alimentaire). Labbé, Roulin, Petresco.

Présse Médicale. Nr. 43; 1932.

Spostrzeżenia nad hipoglikemją, występującą po spożyciu węglowodanów uczyniono już dawniej. W pracy swej autorzy wykazują, że o ile występowanie hipoglikemji w pewien czas po spożyciu glukozy jest objawem stałym, o tyle zjawienie się jej zaraz po spożyciu glukozy jeszcze przed podwyższeniem krzywej cukru we krwi występuje nie tak często; w badanych przez autorów przypadkach występuje ta ostatnia forma hipoglikemji u 50% badanych. Pierwsza forma hipoglikemji czyli t. zw. hipoglikemja tarda jest zwykle hipoglikemją o przebiegu łagodnym, stwierdza się ją tylko metodami badania laboratoryjnego, gdyż nie wywołuje ona objawów klinicznych. U osób normalnych występuje ona naogół około 2 godzin po spożyciu cukru i trwa przeciętnie od 20 minut do półtorej godziny. Hipoglikemja wczesna występuje zaraz po spożyciu cukru jeszcze przed wzniesieniem się krzywej cukru we krwi. W jednym z przypadków spostrzeganych przez autorów chory skarżył się przez dłuższy czas na uczucie osłabienia, ciężkiego głodu, zawroty głowy, etc. występujące zaraz po spożyciu pokarmów i był leczonym z tego powodu bezskutecznie przez czas dłuższy. Badanie tego chorego wykonane po spożyciu 50 gr. glukozy wykazało bardzo znaczny spadek cukru we krwi poniżej normy na czczo, dochodzący w 15 miunt po spożyciu glukozy do 0,36, a dopiero później w godzinę po spożyciu glukozy poziom cukru we krwi wykazał zwykłe wzniesienie. Przykre objawy u chorego przeszły po spożywaniu 15 kropli gentropiny i jednej tabletki sanhedryny przed każdem jedzeniem: Hipoglikemję późną tłomaczy się naogół nadmiarem insuliny we krwi. To tłomaczenie nie może być zastosowane do hipoglikemji wczesnej, gdyż nie jest ona poprzedzona wzniesieniem poziomu cukru

ALLOCHRYSINE Lumière

(Sól złotowa siarczanu sodowego tioglicerydu)

Działanie lecznicze złota zawartego w Allochrysine spotęgowane jest łatwo odszczepiającą się cząsteczką SIARKI in statu nascendi.

Stosowana 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 wstrzyknięcie tygodniowo.

3) **GOŚCIEC STAWOWY, PRZEWLEKŁY**
1 do 2 wstrzyknięć 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.

we krwi, co automatycznie wywołuje większe wydzielanie insuliny. Możliwe więc, że wydzielanie insuliny jest w tym przypadku wywołane samem przedostaniem się cukru do dwunastnicy i w ten sposób odruchowo powoduje większe wydzielanie wewnętrzne trzustki albo też przyczyną może być nadczynność trzustki na tle zbyt obfitego odżywiania.

O nowym sposobie autoseroterapji w przebiegu ciężkiej astmy. (Sur un nouveau mode d'autosérothérapie dans les asthmes graves et les coryzas spasmodiques aperiodiques). Jacquelin, Turiaf, Davous et Reveillaud.

Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris. Nr. 14; 1932.

Autorzy stwierdzając korzystne działanie autoseroterapji w codziennych małych dawkach drogą śródskórną w przebiegu cierpień skórnych, powstałych na tle uczulenia, zwrócili uwagę, że ta metoda lecznicza w przebiegu ciężkiej astmy nie daje równie dobrych wyników, pomimo, że obie grupy cierpień są genetycznie ze sobą ściśle spokrewnione. Przypuszczając, że różnica działania autoseroterapji pochodzi ze sposobu wprowadzenia surowicy spróbowali wprowadzać ją do błony śluzowej w przypadkach astmy podobnie jak się surowicę wprowadza doskórnie w przypadkach chorób skórnych na tle uczulenia. Zastosowali oni tę drogę u 13 astmatyków stwierdzając wyraźną poprawę w 10 przypadkach. Wstrzykiwania można robić do błony śluzowej nosa lub jamy ustnej, pierwsze są bardziej delikatne i bolesne, z tego też względu szczególnie w przypadkach katarów lepiej jest wykonywać wstrzykiwania do błony śluzowej jamy ustnej, mniej więcej o 2 cm. poza kącikiem ust. Wstrzykiwania powinny być robione ściśle w głąb błony śluzowej tak iżby wyraźnie wystąpiło wzniesienie miejsca wstrzyknięcia. Odkażanie nie jest potrzebne. Wstrzykiwania robi się codziennie w ciągu dni 20, początkowo wstrzykuje się $^{2}/_{10}$, później 3, 4, i $^{5}/_{10}$ cm³. Najbardziej się nadają do tego sposobu leczenia ciężkie przypadki astmy i katar; dotyczy to szczególnie ciężkich przypadków astmy opornych dotychczas na zwykłe sposoby leczenia, a także przypadków duszności stałej o typie pseudorozedmowym.

Poprawa naogół występuje w sposób wyraźny mniej więcej po 10, 12 wstrzyknięciu. Odnosi się ona także do stanu ogólnego chorych, poprawia się apetyt i waga, zmniejsza się skłonność do acrocyanozy, znika uczucie zimna i zmniejsza się nerwowość.

O działaniu podskórnych wstrzykiwań pilocarpiny na zatrzymanie moczu. (Le traitement de la rétention d'urine par l'injection sous — cutanée de la pilocarpine). A. Cain et P. Oury.

Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux des Paris. Nr. 18; 1932.

Autor przypomina swe badania nad działaniem pilocarpiny podawanej podskórnie w dawce 0,01 przy odruchowem zatrzymaniu moczu. Mniej więcej w 8 — 10 minut po wstrzyknięciu pęcherz się opróżnia, równocześnie jednak chorzy pocą się obficie i następuje duże wydzielanie śliny; jednak ta dolegliwość niema znaczenia w porównaniu z ulgą, której doznają przez oddanie moczu. Czasami jednak mocz zostaje oddany nieco później i wtedy jego oddawanie przeciąga się około godziny. Pilocarpina nie działa, zupełnie jeżeli pęcherz kurczy się prawidłowo albo też w przypadkach w których zatrzymanie moczu jest wywołane uciskiem lub zwężeniem uretry lub też sprawami zapalnemi w sąsiedztwie.

Dwa spostrzeżenia stanu epileptycznego zatrzymanego przez acetylcholinę. (Deux observations d'état de mal epileptique arrêté par l'acetylcholine). L. de Gennes.

Bulletin Soc. Med. des Hôpitaux de Paris. N. 10. 1932.

Autor opisuje dwa przypadki ciężkich ataków epileptycznych, występujących mniej więcej co 15 — 30 minut, przerwanych przez wstrzyknięcie podskórne acetylcholiny w dawce 0,20. Przypuszczają obecnie, że mechanizm drgawek wywołany jest zmianami ukrwienia kory mózgowej. Według jednych autorów przyczyną drgawek jest przekrwienie, według innych anemja kory mózgowej, możliwe jest także, że anemja i zastój kory mózgowej mogą się łączyć i kombinować ze sobą. Działanie korzystne acetylcholiny na stan skurczu naczyń jako przyczyna ataków epileptycznych. Dalsze badania muszą wykazać czy acetylcholina działa leczniczo na stan epileptyczny.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Stosowanie odżywiania bez mleka w pierwszych latach dzieciństwa. (L'emploi d'une alimentation sans lait dans la première enfance). R. Aulagnier et M-elle Lambert.

Journal de Méd. de Lyon. Avril 1932.

Nad zagadnieniem odżywiania niemowląt za pomocą djety bez mleka najwięcej pracowali lekarze niemieccy. Pierwszy naukowo ujął tą sprawę *R. Hamburger*, dalej — *Czerny, Moll, Stransky, Keller, Epstein*, w Szwecji — *Jundell.*

We Francji dopiero w ostatnich latach były czynione próby z odżywianiem bezmlecznem niemowląt. *Marfan*, jeden z pierwszych zalecał podawanie mięsa niemowlętom; *M. Ribadeau — Dumas* i inni stosowali przeważnie białka roślinne. *Cathala i Vermorel* opracowali dokładne zasady żywienia niemowląt bez mleka; wskazania do djety bezmlecznej na podstawie doświadczeń klinicznych ustalili *Maurignaud i* Melle *Chauviré.*

Niezależnie od wskazań dla djetetyki bezmlecznej, jasnem jest, że odżywianie to powinno dostarczyć ustrojowi niemowlęcemu wszystkie pierwiastki pokarmowe istniejące w pokarmie naturalnym.

Djeta bezmleczna powinna:

a) Zawierać wszystkie podstawowe pierwiastki pokarmowe t. zn. sole, tłuszcze, węglowodany i szczególnie białka. Sprawa białka jest niezmiernie ważną, gdyż chodzi nie tylko i nie tyle o ilość protein, lecz przedewszystkiem o ich jakość i wartość biologiczną. Obecność bowiem niektórych kwasów aminowych, jak naprz. tryptofanu i lizyny jest bezwzględnie niezbędna dla prawidłowego rozrostu niemowlęcia.

b) Być zrównoważoną, czyli wykazywać odpowiedni wzajemny stosunek pomiędzy poszczególnemi składnikami pokarmowemi.

c) Zawierać wszystkie niezbędne witaminy.

d) Całkowicie pokrywać kaloryjnie zapotrzebowanie energetyczne i wzrostu.

e) Uwzględniać wiek dziecka i jego zapotrzebowanie na wodę, a więc pokarmy powinny posiadać postać płynną lub półpłynną.

Autorów najbardziej interesuje możność stosowania djety bezmlecznej długotrwałej t. j. takiej, której wyniki można ocenić na podstawie rozwoju dziecka; rozwój ten powinien być normalny pod względem wagi, wzrostu i czynności psycho-motorycznych; nie powinno się stwierdzać niedożywienia (dystrofja); wreszcie stosunek ustroju do zakażeń bywa najlepszym miernikiem wartości odżywiania. Autorzy kolejno omawiają znaczenie białka. tłuszczów, węglowodanów, soli i witamin, które można podać niemowlęciu, z pominięciem całkowitem lub częściowem mleka.

I. Białko. (proteiny).

Białko stanowi część zasadniczą racji pokarmowej, bowiem kwasy aminowe posiadają główną rolę przy budowie zarodzi komórkowej. Najmniejsza niezbędna racja azotowa dla niemowlęcia jest znacznie wyższa, niż dla dorosłego. Wynosi ona 2 grm. białka na kilo wagi w I-m miesiącu życia, i dochodzi do 3,7 grm. w następnych miesiącach.

Mimo to, dawka protein nie może być nieoględnie powiększoną, gdyż wywołuje to zaburzenia zależne od swoistej dynamicznej czynności białka: gorączkę, wymioty, zmiany w nerkach. Z drugiej strony, nie tyle ma znaczenie bezwzględne ilość protein, ile stopień zawartości w nich poszczególnych kwasów aminowych. „Ilość niezbędną i dostateczną białka, które powinno wejść do odżywiania zwierzęcia określa się odsetkiem zawartego w nim niezbędnego kwasu aminowego" *(Randoin).*

Hamburger pierwszy powziął myśl zastosowania w djetetyce niemowlęcej wątroby cielęcej. Narząd ten, bogaty ilościowo i jakościowo w kwasy aminowe, zawiera także witaminy i sole nieorganiczne, szczególnie żelazo. Wątróbka przetarta z dodatkiem masła, soli i soku cytrynowego stosowaną była w dawce 50 grm. w leczeniu niedokrewności dziecięcych przez *Maurignand'a.* Według sposobu Hamburger'a niemowlę otrzymuje na dobę 800 grm. mieszanki zawierającej 50 — 60 grm. mączki ryżowej, 20 — 30 grm. cukru, 40 — 80 grm. przetartej ugotowanej wątróbki. Dla pokrycia zapotrzebowania na tłuszcze dodaje się 100 — 300 grm. zupki Czerny — Kleinschmidt'a lub trochę oliwy. Prócz tego 10 — 30 grm. soku pomarańczowego i 5 — 10 grm. tranu.

Djeta *Hamburger'a* jest chemicznie doskonałą i zawiera wszystkie niezbędne ustrojowi składniki. Odżywianie to stosował także *Roedel*, który podaje spostrzeżenie dotyczące niemowlęcia żywionego tym sposobem od 6-ciu tygodni życia do roku.

Wątróbkę podawał także niemowlętom *Stolte* w przypadkach niestrawności spowodowanej djetą mleczną. Odżywianie stanowiło: dwa razy na dobę zupa ryżowa z dodatkiem przetartej wątróbki, dwa razy biszkopty, miąższ z parówki i masło, piąty raz herbata.

Epstein zwrócił specjalną uwagę na móżdżek cielęcy. Narząd ten obfituje w tłuszcze, posiada wysoką wartość kaloryjną (110 kal. w 100 gram.) zawiera w obfitości witaminy B. i A., proteiny i węglowodany. Podaje się jako specjalnie przygotowany budyń; mięsza się 80 grm. móżdżku z 40 grm. mąki ryżowej lub pszennej, dodaje się 40 grm. cukru, 10 — 20 grm. masła, jedno żółko, białko ubite na pianę i 250 grm. wody. Wszystko gotuje się 3/4 — 1 godziny w formie, jak każdy budyń. Podaje się dziecku rozcieńczony w herbacie w stosunku 1:1. Wartość kaloryjna budynia wynosi 150 — 170 kal. na każde 100 grm.

W ten sam sposób przygotowuje się budyń *Epstein'a*, który zamiast móżdżka zawiera 80 grm. gotowanej przetartej wątróbki cielęcej. Budyń ryżowy *Moll'a* nie zawierający ani wątróbki ani móżdżka, stanowi djetę przejściową. Dla przygotowania bierze się: 250 grm. wody + 70 grm. dobrze rozgotowanego i przetartego ryżu. Żółtko uciera się osobno z 20 grm. masła, 50 grm. cukru, 1 grm. soli kuchennej i 1/2 grm. sody. Miesza się następnie wszystko razem i dodaje się ubite na pianę białko. Gotuje się, jak budyń w formie. Podaje się rozcieńczony w herbacie lub w serwatce w stosunku 1:2 lub 1:1. Litr tej rozcieńczonej mieszanki ma wartość kaloryjną — 800 Kal.

Co się tyczy białka roślinnego, to zasługuje na uwagę t. zw. mleko migdałowe *Moll'a.* Jest to odżywianie lecznicze, przejściowe, obliczone na kilka dni, dla leczenia zaburzeń żołądkowo-jelitowych u niemowląt i daje bardzo dobre wyniki. Dla przygotowania mleka migdałowego jest jednakże niezbędną serwatka mleka krowiego.

Przygotowanie mleka migdałowego *Moll'a* jest następujące: do litra mleka krowiego, odtłuszczonego. dodaje się 4 — 5 grm. calcium lacticum i razem nagrzewa się na ogniu; kazeina ulega strąceniu w postaci dużych płatków; po przesączeniu przez płótno otrzymuje się serwatkę; jest to jasny płyn zawierający tylko 0,3% białka. Następnie 150 grm. słodkich migdałów, po wymoczeniu w wodzie (12 — 24 godz.), obiera się z łupin, rozciera na miazgę przy stopniowem dolewaniu wody w ilości litra; otrzymaną emulsję przesącza się. Po zmieszaniu otrzymanego litra serwatki i litra emulsji migdałowej i po dodaniu 30 grm. mąki ryżowej, 50 — 100 grm. cukru, — wszystko razem zagotowuje się. Otrzymana mieszanka ma wartość kaloryjną 700 Kal. w litrze, czyli tyle co pokarm naturalny. Podaje się niemowlętom w ilościach odpowiadających pokarmowi zwykłemu.

Mleko migdałowe *Moll'a* zawiera:

0,8%	białka
2,5%	tłuszczu
6,0%	cukru
0,5%	soli mineralnych
1,5%	mąki

Tłuszcz mleka migdałowego nie zawiera kwasów stearynowego i palmitynowego, lecz wyłącznie kwas oleinowy. Dodatek serwatki zapewnia obecność niezbędnych soli mineralnych zapobiegających odwodnieniu. Białko mleka migdałowego jest to pełnowartościowa proteina, nadzwyczaj łatwo strawna gdyż przy swej degradacji chemicznej nie wytwarza przejściowych albumoz lecz substancje dalsze jak peptony i kwasy aminowe.

W szpitalu Debrousse podaje się mleko migdałowe niemowlętom 2 — 3 miesięcznym z zaburze-

niami jelitowemi i odżywiania. Po 6 — 8 dniach można przejść stopniowo na odżywianie zwykłe,

II Węglowodany.

Węglowodany dodaje się do mieszanek niemowlęcych w postaci cukru zwykłego i różnego rodzaju mączek. Różne mączki zawierają nieco odmienne ilości węglowodanów:

Mąka ryżowa	— 80,0%
„ pszenna	— 75,0%
„ kukurydzowa	— 72,0%
„ owsiana	— 67,8%

Te różne mączki mogą być podawane już b. młodym niemowlętom, szczególnie jeżeli jednocześnie dodaje się do mieszanek wyciąg słodowy. Rozpoczyna się zwykle od mąki zawierającej najwięcej węglowodanów i najmniej białka i tłuszczów.

Piéro Brusa poleca szczególnie mąkę z kasztanów. Mąka ta ma skład następujący:

Subst. azotowych	4,00%
Tłuszczów	3,69%
Glukozy	12,00%
Sacharozy	20,00%
Skrobji	50,60%

Prócz tego mąka ta zawiera dużo lecytyny i w dużej ilości witaminy B.

Po dodaniu pewnej ilości białka i wyciągu słodowego otrzymuje się odżywianie pełnowartościowe.

Brusa poleca następujący przepis:

Mąki kasztanów	80 gmr.
Mleka	300 grm.
Wody	600 grm.
Cukru	25 grm.
Wyciągu słodowego	15 grm.

Całość daje 780 kalorji; mieszanka ma dobry smak i bywa dobrze tolerowaną przez chore niemowlęta.

III Tłuszcze.

Tłuszcze odgrywają dużą rolę w odżywianiu niemowląt dzięki wysokiej wartości kaloryjnej tłuszczu i obecności czynnika A, który wywiera wpływ na odżywianie nabłonków i na wzrost. Usunięcie tłuszczów z odżywiania na czas dłuższy prowadzi do zaburzeń. Tłuszcz podaje się głównie w postaci masła; minimalne zresztą dawki są wystarczające w celu dostarczenia czynnika A, dawki doskonale tolerowane przez najbardziej wrażliwe niemowlęta. W djecie Hamburgera masło może być zastąpione przez oliwę lub tran w ilości 7 — 10 grm.

IV Witaminy.

Praktycznie wystarczającym jest dodatek do odżywiania — tranu i soku pomarańczowego.

V Sole mineralne.

Prócz roli materjału plastycznego, niektóre sole mineralne działają raczej jakościowo, podobnie do witamin, na rozrost tkanek. Są to: sole wapniowe, fosforowe, potasowe, magnezowe i żelaza. Nie licząc chlorku sodu wszystkie te sole są obecne w djetach podanych wyżej, a mianowicie w żółtku, wątróbce i móżdżku.

Z powyższego wynika, że niemowlęciu można podać odżywienie chemicznie pełnowartościowe, niezależnie od mleka. Różni autorzy, którzy stosują od szeregu lat u niemowląt djetę bezmleczną zgadzają się, że daje ona dobre wyniki, nawet po szeregu miesięcy.

Hamburger i *Epstein* podkreślają, że djeta bezmleczna jest dobrze tolerowaną. Wzrost i waga wykazuje liczby normalne, jędrność tkanek dobra, brak zaburzeń jelitowych, krzywicy, niedokrwistości, opóźnionego ząbkowania.

Lecz mimo zgodności pomiędzy obserwacjami klinicznemi, a wnioskami teoretycznemi i badaniami chemicznemi, autorzy są zdania, że djeta bezmleczna nie powinna być stosowana bezwzględnie i systematycznie. Jest to odżywianie do pewnego stopnia wyjątkowe, wymagające pewnych ścisłych wskazań leczniczych. Szerzej można stosować djetę z ograniczeniem mleka (mieszaną). Wystarczy w tym celu 150 — 200 grm. mleka na dobę.

Wskazania do stosowania djety bezmleczn j muszą być dokładnie ustalone i ścisłe. Do nich należą niektóre uporczywe zaburzenia żołądkowo-jelitowe, związane ze zmniejszoną tolerancją mleka krowiego, lub nadwrażliwością anafilaktyczną; wypryski skórne, wreszcie niektóre stany niedokrewności i dystrofji zależne od poprzedzającego podawania mleka krowiego w ilościach zbyt dużych. Należy indywidualizować każdy przypadek dokładnie i myśleć kategorjami fizjologicznemi.

Wykrywanie gruźlicy u dzieci szkolnych. (Le dépistage de la tuberculose chez l'écolier). L é o n B e r n a r d.

Pédiatrie. Juillet 1932.

Wczesne wykrywanie gruźlicy u dzieci szkolnych jest sprawą zawsze aktualną zarówno ze względów społecznych, jak i ze względu na głębokie zmiany w poglądach dotyczących rozwoju gruźlicy i różnych problematów związanych z tą sprawą. Przed 25-ciu laty, w szkołach paryskich zbadano z inicjatywy Graucher'a 896 dzieci, z których 141 zakwalifikowano do chorych na gruźlicę gruczołowo-płucną, czyli powyżej 15%.

W owych czasach, powiększenie gruczołów wnękowych uchodziło za podstawowy objaw gruźlicy wieku szkolnego, w zupełności wystarczający dla rozpoznania tej choroby. Objawy fizykalne, które pozwalały stwierdzić powiększenie gruczołów wnękowych uważano za pewne i precyzyjne. A mianowicie: od przodu przytłumienie w okolicy mostka i na wysokości dwóch pierwszych przestrzeni międzyżebrowych; od tyłu przytłumienie w przestrzeniach międzyłopatkowych. Osłuchiwanie w tych okolicach wykrywało bądź chuchający wydech, bądź wdech szorstki; prócz tego wzmożone przewodnictwo szeptu na wysokości kręgów piersiowych (objaw d'Espine'a), objaw Smith'a i szereg innych.

Na stwierdzeniu tych objawów budowano rozpoznanie powiększenia gruczołów wnękowych, a rozpoznanie tego powiększenia było równoznaczne z rozpoznaniem gruźlicy.

Późniejsze badania rentgenograficzne zdawały się potwierdzać istnienie tej ściśle określonej jednostki chorobowej jaką było powiększenie gruczołów wnękowych.

Szereg objawów czynnościowych i ogólnych, jak to: kaszel napadowy, spowodowany uciskiem powiększonych gruczołów na nerwy śródpiersia, uwidocznienie sieci naczyń żylnych na klatce piersiowej, bladość, wątły i subtelny wygląd dzieci, — składały się na wyodrębnienie zespołu chorobowego t. zw. „praetuberculosis".

W ostatnich latach powstała żywa reakcja ze

strony wielu wybitnych klinicystów, których poglądy zostały zesumowane przez Rist'a i Lévecque'a. Cała misterna budowa poprzednich rozumowań została obaloną; nie oparły się krytyce ani objawy opukowo-osłuchowe, na których opierano rozpoznanie powiększenia gruczołów wnękowych, ani objawy, które miały potwierdzać gruźliczy charakter tego powiększenia.

Istotnie nie daje się zaobserwować żadnego związku wzajemnego pomiędzy różnemi objawami, które mają wskazywać na powiększenie gruczołów wnękowych. Objawy fizykalne nie zgadzają się często z danemi radjologicznemi i objawami ogólnemi. Zmiany oddechu są często pochodzenia płucnego w związku ze zmianami samego miąższu, a także mogą być spotykane u dzieci zupełnie zdrowych. Objawy „klasyczne" stwierdza się u 50% dzieci normalnych. Odwrotnie przy badaniu pośmiertnem wykrywa się często zmiany gruczołów, które za życia nie dawały żadnych szczególnych objawów.

Radjoskopja daje obrazy, które należy oceniać z wielką ostrożnością. Dłuższy czas wyprowadzano wnioski nie starając się przedewszystkiem ustalić obrazu normalnej wnęki płucnej. I tak cienie naczyniowe przysercowe uważane były za cienie gruczołowe, a plamy powstałe wskutek krzyżowania się naczyń przyjmowane były za zwapnienia gruczołowe. Prócz tego, należy zauważyć, że cienie rzeczywiście patologiczne odpowiadają najczęściej zmianom płucnym; cienie wyłącznie gruczołowe są rzadkością, i wg. *Levecque'a* jedynie cień przytchawicowy prawy jest pochodzenia gruczołowego.

Jasnem jest, że te sprzeczności utrudniają ocenę obrazów rentgenograficznych dotyczących powiększenia gruczołów wnękowych.

Autor sądzi. że w pozycji frontalnej, gruczoły po stronie lewej są przykryte sercem i stale widoczne w tem miejscu cienie przysercowe nie mają znaczenia patologicznego. Po stronie prawej zaś cienie przekraczające granicę serca można odnosić do zmian we wnęce. Jednak, aby znaczenie chorobowe tych cieni było pewne muszą one być dosyć znaczne i wg. Levecque'a są przeważnie pochodzenia płucnego.

Co się tyczy zespołu objawów ogólnych i czynnościowych, które mają odpowiadać powiększeniu wnęk, to w tym wypadku także należy zachować rezerwę. Objawy uciskowe prawie nie istnieją u starszych dzieci. Siatka żylna na skórze klatki piersiowej jest zjawiskiem banalnem.

Zespół objawów ogólnych pozwalał dawniej rozpoznawać często pewien stan poprzedzający niejako rozwój gruźlicy t.zn. „praetuberculosis". Wg. autora nazwa ta wogóle powinna zniknąć z języka lekarskiego, ponieważ: albo ten stan ogólny odpowiada objawom zatrucia toksynami gruźliczemi i wtedy jest to poprostu gruźlica, albo zespół ten jest wyrazem pewnego stanu astenicznego, konstytucyjnego, który nie ma nic wspólnego z gruźlicą. A więc, wg. autora, klasyczny obraz adenopatji gruźliczej jest tworem sztucznym.

Dawniejsze rozpoznanie powiększenia gruczołów wnękowych równoznaczne było z rozpoznaniem gruźliczego charakteru tego powiększenia. W rzeczywistości jednak istnieją powiększenia gruczołów okołooskrzelowych o różnej etjologji banalnej. Zdarza się to zwykle pod wpływem odry, krztuśca, zakażeń noso-gardzielowych. Dla odróżniania służą odczyny tuberkulinowe, których znaczenie powiększa się o ile udaje się stwierdzić wystąpienie ich łącznie z objawami chorobowemi ogólnemi u osobników reagujących dotąd odczynami ujemnemi.

Zresztą obecnie cały problemat gruczołowy uległ niejako przemieszczeniu. Sprawa powiększenia wnęk bynajmniej nie jest istotną w gruźlicy dzieci szkolnych i stwierdzenie u nich tej choroby powinno odbywać się według innych zasad.

Zakażenie gruźlicze przebiega w wielu fazach. Fazy te są częściowo związane z wiekiem dziecka; lecz w rzeczywistości nie wiek rządzi kolejnością tych okresów; wszystko zależy od czasu, w którym wystąpiło zakażenie pierwotne i od zmiennego rytmu warunków odczynowości ustrojowej (allergji) i zakażeń powtórnych. Identyczne fazy z właściwym im obrazem klinicznym można spostrzegać w różnym wieku dziecka.

Rozpoznawanie u dzieci szkolnych form ukrytych gruźlicy nie może być dokonywane bez stosowania odczynów tuberkulinowych, gdyż jak z samego określenia wynika, żaden objaw może nie zdradzać tych postaci. Okres zakażenia pierwotnego najczęściej jest nieuchwytny dla otoczenia. Drobne objawy ogólne, jak suchy kaszel, chudnięcie, wahania ciepłoty, nawet znaczne wahania o typie zmiennym mogą towarzyszyć fazom utajonym gruźlicy, ale bynajmniej nie muszą i nie są dla nich patognomoniczne, gdyż często zależą od przyczyn banalnych, jak zakażenia jamy noso-gardzielowej, przewlekłe schorzenia wyrostka robaczkowego i t. d.

Nie należy więc przypisywać dużego znaczenia „klasycznym" objawom powiększenia gruczołów wnękowych, lecz większą uwagę zwrócić na ogniskowe objawy ze strony płuca i opłucnej i obrazy rentgenograficzne, których znaczenie jest bliżej znane, jak to: zaciemnienia całego lub części płatu, drobne rozsiane plamy i obrazy odpowiadające zejściom zakażenia pierwotnego. Zmiany te w połączeniu z badaniem odczynów tuberkulinowych i badaniem treści żołądkowej na prątki gruźlicze, wreszcie staranne wywiady rodzinne, mogą przyczynić się istotnie do wczesnego wykrycia gruźlicy w jej różnych fazach u dzieci szkolnych.

Dury brzuszne z nawrotami u dzieci. (Les fièvres typhoïdes á rechutes chez les enfants). P. N o b é c o u r t.

La pédiatrie pratique. Septembre 1932.

Nawroty choroby w przebiegu duru brzusznego zaczęto opisywać w pierwszej połowie XIX stulecia, gdy sama choroba klinicznie była już dokładnie wyodrębniona. Wspomina o tem Taupin i Rilliet et Bartlaz w podręczniku z r. 1843.

U dzieci częstość nawrotów bywa różną. Według obserwacji Rilliet et Barthez'a nawroty występują w 2,7% przypadków duru brzusznego. Radoi Ziver, w r. 1892, na 5.614 przypadków, podaje 370 nawrotów, czyli 6.5%. Comby w r. 1899 podaje aż 30%. Wśród dorosłych częstości nawrotów podawaną jest na 4,5%.

Nawroty mogą występować w każdym wieku dziecka. W tych okresach nie było jeszcze ścisłego zróżniczkowania pomiędzy durem wywołanym lasecznikiem Eberth'a, a durami rzekomemi.

Autor zajmuje się wyłącznie durem istotnym, wywoływanym lasecznikiem Eberth'a.

Dur brzuszny z nawrotami obejmuje trzy fazy: Pierwszy okres stanowi dur jako taki. Drugi okres — faza bezgorączkowa. Trzeci okres — nawrót.

Pierwszy okres nie przedstawia nic szczególnego. Dur może przebiegać we wszelkich postaciach spotykanych u dzieci — lekkich, średnio-ciężkich lub ciężkich, albo poronnych lub przedłużających się. Naogół nawroty zdarzają się częściej w postaciach lekkich; dosyć rzadko w postaciach ciężkich.

Spadek ciepłoty bywa powolny lub nagły. Ciepłota opada do 37°. Następuje początek rekonwalescencji. Razem z nią rozpoczyna się druga faza — bezgorączkowa. Przerwa pomiędzy zakończeniem okresu gorączkowego, a początkiem gorączki nawrotowej bywa różną i może wynosić od 1 do 15 dni; najczęściej zdarza się pomiędzy trzecim a dziewiątym dniem. Wyjątkowo obserwowano dłuższą przerwę niż 15 dni.

W czasie okresu bezgorączkowego poprawa stanu może odbywać się zupełnie prawidłowo. Ciepłota utrzymuje się około 37°, tętno bywa względnie wolne, łaknienie dobre, język wilgotny, stolce normalne; jama brzuszna nie przedstawia nic szczególnego. Żaden objaw nie pozwala przewidzieć wystąpienia nawrotu. Taki przebieg zdarza się rzadko. Częściej różne objawy wskazują, że choroba nie jest zakończona. Ciepłota nie jest monotermiczną i wieczorami wykazuje 37.5° — 38°. Tętno jest przyśpieszone, język obłożony. Istnieje biegunka lub zaparcie. Śledziona pozostaje powiększoną. Nie stwierdza się obfitego oddawania moczu.

Trzeci okres stanowi nawrót duru. Cechuje się on wznowieniem gorączki i różnemi objawami. Gorączka bywa objawem stałym; początek jej bywa nagły z towarzyszeniem dreszczów i wymiotów lub bardziej powolny, narastający, tak, że dosięga ona najwyższego wzniesienia 3 — 8 dnia. Dalej krzywa ciepłoty zachowuje się rozmaicie. Gorączka pozostaje często jedynym objawem nawrotu. Inne objawy duru brzusznego rzadko występują w całym zespole. Czasami 3—4 dnia pojawia się różyczka, częściej 5—6 dnia; często różyczka wcale nie pojawia się. Powiększenie śledziony występuje rzadko. Najczęściej gorączka bywa umiarkowaną i trwa do 2-ch tygodni. W postaciach ciężkich gorączka może być wysoka i czas trwania jej może wynosić do trzydziestu dni. W 9% przypadków nawrót bywa w postaci poronnej i zaznacza się jedynie gorączką trwającą 2—3 dni.

Różni autorzy podkreślają fakt, że naogół zespół objawowy nawrotu przypomina całkowicie poprzedzającą chorobę z tą różnicą, że objawy nawrotu są złagodzone i czas trwania ich jest krótszy.

Według autora nie należy uogólniać tego zapatrywania, gdyż czasami nawrót bywa bardziej ciężki i długotrwały, niż okres I choroby. Czas trwania całkowitej choroby osiąga w ten sposób 40 do 50 dni.

Najczęściej zdarza się tylko jeden nawrót, czasami bywa ich więcej; obserwowano nawet sześć nawrotów; choroba trwała w tym przypadku 4 miesiące. Jeżeli powstaje drugi nawrót to zwykle przerwa bezgorączkowa pomiędzy niemi bywa dłuższą, niż pomiędzy chorobą początkową, a nawrotem. Powtórny nawrót ma zwykle początek nagły, czas trwania od 5 — 20 dni.

W przebiegu nawrotów mogą występować powikłania typowe wogóle dla duru brzusznego. Nie występują one częściej w przebiegu nawrotów. Zdarzają się więc powikłania płucno-opłucnowe, nerwowe i przedziurawienia jelit. Naogół rokowanie w nawrotach jest pomyślne, ale zdarzają się także przypadki śmiertelne.

Właściwie istnieje szereg postaci przejściowych, łączących postacie duru z nawrotami, i postaciami duru przedłużającemi się ponad czas trwania zwykły. Jak wspomniano wyżej przerwa pomiędzy chorobą początkową, a nawrotem może wynosić tylko 1 — 2 dni.

Dury o długim czasie trwania można ujmować jako połączenie zasadniczej fazy choroby z nawrotem. W tych przypadkach krzywa ciepłoty nie bywa regularną; wykazuje ona w przebiegu załamania z następnemi obostrzeniami. W czasie załamania się ciepłoty, objawy ogólne łagodnieją, aby następnie uledz nasileniu; jednocześnie pojawiają się nowe wykwity różyczkowe. Słowem, dur brzuszny przebiega w postaci rzutów, które mogą następować bądź po przerwie bezgorączkowej bądź też bez żadnej przerwy wyraźnie uchwytnej. Różne te wahania wykazują, że chodzi tu o zjawiska identyczne zależne od okresowego wzmagania się żywotności zarazka durowego.

Etjologja i patogeneza nawrotów durowych nie jest jeszcze wyświetloną. Dawniej przypisywano nawroty błędom djetycznym lub błędom w pielęgnowaniu. Obecnie wiadomo że laseczniki durowe mogą długo utrzymać żywotność w niektórych narządach ustroju jak: szpik kostny, śledziona, woreczek żółciowy. Przypuszczają, że mogą one ponownie opanować krwiobieg w razie niedostatecznie silnego początkowego uodpornienia ustroju. Trudno przypuścić aby ten brak uodpornienia był zależnym od złośliwości zarazka, bowiem nawroty widuje się szczególnie w postaciach lekkich duru. Raczej odgrywają tu rolę warunki ustrojowe, podłoże konstytucjonalne, u dzieci limfatycznych, dotkniętych niedomogą wątroby i t. d. Jednak te warunki nie są jeszcze uchwytne. Istnienie nawrotów powinno być dobrze znane, gdyż może prowadzić do trudności rozpoznawczych, pomiędzy możliwością nawrotu, a różnemi powikłaniami duru brzusznego.

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Leczenie zapobiegawcze przeciwko zapaleniu opon mózgowych w przypadkach złamań czaszki. (Le traitement préventif de la meningite dans les fractures du crane). V u l l i e t.

La Présse Méd. Nr. 52; czerwiec 1932.

S t ł u c z e n i e m ó z g u (contusio cerebri) jest najczęstszą przyczyną śmierci w przypadkach złamań czaszki. Na zebranych przez autora 230 odnośnych przypadków zmarło 74, z nich w 5 5 % przyczyną śmierci było stłuczenie mózgu. Autor podkreśla fakt powyższy jedynie dlatego, żeby zwrócić uwagę na zbyt szerokie stawianie przez niektórych chirurgów wskazań do trepanacji w przypadkach złamań czaszki, bo przecież tam, gdzie nastąpiło stłuczenie mózgu, trepanacja niewiele pomoże. Autor jest nietylko za ściślejszem ograniczeniem wskazań do tego zabiegu, ale wo-

CRYPTARGOL LUMIERE

SÓL SREBROWA SIARCZANU SODOWEGO TIOGLICERYDU

OVULA, SOLUTIO

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 OVULA,** 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. Owrzodzenie (gruźlica). Upławy (flour albus). Co 2 — 3 dni po 1 gałce.

B) **CRYPTARGOL SOLUTIO,** 10%-owy stężony roczyn.

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** roczyn 1:1000 do 5:1000.

Skład główny L. Nasierowski Kaliska 9, Warszawa

góle uważa, że złamania czaszki (poza wyraźnem wgnieceniem kości, wymagającem odpowiedniej toalety rany), bardzo rzadko dają wskazania do natychmiastowego dłutowania kości czaszki.

Poza stłuczeniem mózgu, następną co do częstości przyczyną śmierci chorych ze złamaniem czaszki jest zapalenie opon mózgowych. Ze statystyki autora na 20 odnośnych przypadków piętnastu chorych zmarło wskutek powyższego powikłania, co wynosi po odrzuceniu chorych, zmarłych w ciągu pierwszych 2 — 3 dni — 14 %. Zakażenie wychodzi najczęściej (więcej niż w połowie przypadków) z nosa i jam przyległych, wikłając złamanie odnośnych kości.

O ile w przypadkach stłuczenia mózgu chirurg jest naogół bezsilny, to o ile chodzi o zapalenie opon — posiada on skuteczną broń w postaci surowic swoistych, głównie przeciwpaciorkowcowej i przeciw dwoinkom zapalenia płuc. Chorzy, u których już wystąpiły objawy kliniczne zapalenia opon, mogą być (poza bardzo nielicznemi przypadkami), uważani za straconych. To też cały wysiłek chirurga musi być skierowany przeciwko możliwości wystąpienia tego powikłania, w kierunku zapobiegania. Ponieważ stwierdzono na całym szeregu przypadków, że zapalenie opon mózgowych, wikłające złamanie czaszki, bywa wywoływane prawie wyłącznie przez łańcuszkowce i dwoinki zapalenia płuc (niesłychanie rzadko przez gronkowce i memingokoki), więc chorym odnośnym natychmiast po przybyciu do szpitala wstrzykiwano, poza surowicą przeciwtężcową, 10 cm³ surowicy przeciwpaciorkowcowej i 10 cm³ surowicy przeciwpneumokokowej; poza tem, unikano wszelkich zabiegów takich jak przemywania nosa i ucha, które mogłyby się przyczynić do zakażenia opon z jam, komunikujących się z ogniskiem złamania.

Wynik stosowania tych wstrzykiwań zapobiegawczych na materjale autora był taki, że o ile w okresie przed stosowaniem surowic na 200 przypadków złamań czaszki było 15 zgonów wskutek zapalenia opon mózgowych, to od chwili, kiedy zaczęto stosować regularnie wstrzykiwania surowic, na 188 przypadków — ani jednego powikłania zapalenia opon.

Leczenie ropni i przetok przyodbytniczych. (Sur les suppurations périanorectales). Kaufmann.

La Présse Méd. Nr. 52; czerwiec 1932.

Wszelkie ropienia w okolicy odbytu są pochodzenia albo skórnego (czyrak, krwiak pourazowy, rana), albo kiszkowego (obrażenie śluzówki, jej zapalenie, zapalenie żył odbytniczych), ale każda przetoka przyodbytnicza zawsze dowodzi jednoczesnego schorzenia ściany kiszki i obecności tak zwanego „otworu wewnętrznego".

Ropień przyodbytniczy, torując sobie drogę w kierunku pośladków i krocza, może się szerzyć bądźto podśluzówkowo, między śluzówką i zwieraczem, przebijając się nazewnątrz na samym brzegu odbytu, bądźto przebija całkowicie, ścianę odbytnicy, zajmując dół kulszowo-odbytniczy ku wewnątrz od zwieracza (przetoka na kroczu), bądź też przebijając i ścianę, i zwieracz, szerząc się ku dołowi na zewnątrz od zwieracza i przebijając się na kroczu zdala od odbytu. Do tej ostatniej grupy należą ropnie kulszowoodbytniczè (ischio-rectalis) i miedniczno-odbytnicze (pelvirectalis), między któremi istnieje tylko ta różnica, że jedne przebijają przeponę miedniczną w swem opuszczaniu się ku dołowi, inne nie, poza tem w obrazie klinicznym i leczeniu niema między niemi żadnych istotnych różnic.

Najlepsze wyniki lecznicze daje możliwie wczesne otwarcie ropnia podśluzówkowego lub wewnątrzściennego szeroko od strony światła odbytnicy. Zabieg ten jest wskazany również w przypadkach późniejszych, kiedy ropień się już uformował i szerzy się ku dołowi nazewnątrz od odbytnicy, i zawsze możliwy jest do przeprowadzenia, tylko nie zawsze wystarcza do wygojenia się cierpienia.

Jeśli ropień opuścił się już i jest pod skórą krocza lub pośladka, to trzeba go sączkować i od dołu; dotyczy to również przetok odbytu, biegnących wewnątrz zwieracza. Po rozszerzeniu odbytu, nacina się śluzówkę począwszy od otworu wewnętrznego (jako punktu wyjścia ropnia) w dół w linji pionowej, a następnie, skórę — promienisto od odbytu i wzdłuż linji prostopadłej do poprzedniej biegnącej razem z nią w jednej płaszczyźnie. Obydwa te cięcia zbiegają się na brzegu odbytu i sprawiają, że cała jama ropnia względnie kanał przetok komunikują się szeroko ze światłem odbytnicy i światem zewnętrznym. Sączkowanie następowe bywa naogół zbędne; rana zaczyna się goić prawidłowo po 2 — 3 dniach i odtąd chory opatrunków właściwych już nie potrzebuje (wystarcza mycie mydłem okolicy odbytu); w ciągu 30 dni rana jest zagojona.

Co się tyczy ropni, szerzących się nazewnątrz od zwieracza, to po nacięciu ściany ropnia od strony światła kiszki, cięcie skórne prowadzi się promienisto do odbytu ale tak, aby nie przecinać pod żadnym pozorem zwieracza, gdyż to pociąga za sobą (w ogromnej większości przypadków) następowe nietrzymanie gazów, a czasami i stolca (końce przeciętego zwieracza wgajają się w rozsypaną bliznę i nie spotykają się ze sobą). Dren gumowy wprowadza się od rany skórnej w kierunku rany w ścianie odbytnicy. Kiedy się stwierdzi palcem, wprowadzonym do odbytnicy, zupełne zagojenie się „otworu wewnętrznego", wówczas powoli wyciąga się z rany sączek gumowy (codziennie o 2 mm.).

Jeśli zaś chodzi o przetoki odnośne (nazewnątrz od zwieracza), to postępowanie jest zasadniczo to samo, tylko należy szczególnie dokładnie wyciąć śluzówkę dookoła otworu wewnętrznego i ścianę przetoki na całej jej długości. W przypadkach wyjątkowo uporczywych większą daje gwarancję zagojenie się przetoki wykonanie częściowej operacji Whiteheada (danego wycinka odbytnicy) — wycięcie śluzówki między otworem wewnętrznym i brzegiem odbytu i przyszycie dolnego brzegu pozostałej tu śluzówki do skóry odbytu; pozatem sączkowanie jak wyżej: W przypadkach nietrzymania należy wyciąć klinowo bliznę odbytu i, następnie, zeszyć wszystkie warstwy (szczególnie zwieracz) możliwie dokładnie.

Odruchy chorobowe, wychodzące ze ściany żył. (Réflexes engendrés par une irritation veineuse). Delater.

La Presse Méd. Nr. 60, lipiec 1932.

Poza szeregiem odruchów fizjologicznych, w ścianach żylnych mogą mieć w pewnych stanach chorobowych swój punkt wyjścia i pewne odruchy nieprawidłowe. W powstawaniu odruchu biorą tutaj udział zakończenia nerwowe śródbłonka żylnego i cały szereg nerwowych ośrodków współczulnych, rozsypanych wzdłuż ścian żylnych i tętniczych, w głównym pniu nerwu współczulnego i w rdzeniu kręgowym. Czynnikiem, wywołującym powstanie odruchu nieprawidłowego, bywają: wstrzykiwania dożylne chemicznych środków drażniących i stany zapalne żył.

I. Środki chemiczne. Prawie natychmiast po wstrzyknięciu do światła żyły środka drażniącego powstaje silny i rozległy skurcz, dotyczący często całej żyły z jej rozgałęzieniami; skurcz ten utrzymuje się jakiś czas i towarzyszy mu dosyć charakterystyczne uczucie podmiotowe („kurcz"). Poza tem widuje się również podnoszenie się włosów na skórze danej części kończyny („gęsia skórka") i wzmożone wydzielanie potu.

II. Zapalenia żył. Zapaleniom żył powierzchownych towarzyszyć może skurcz całej żyły, a nawet i odpowiedniej tętnicy — z następowemi objawami ostrego niedokrwienia, zniesieniem wskaźnika oscylometrycznego i chromaniem przestankowem. Skurcz taki utrzymuje się nieraz tygodniami, ustępując częściowo pod wpływem acekoliny.

Zapaleniom żył głębokich towarzyszy — poza skurczem tych żył — wystąpienie obrzęków danej kończyny, przyczem obrzęki te nie są bynajmniej następstwem zatkania żyły (doświadczalne podwiązanie pnia żylnego nie daje obrzęków kończyny), a jedynie odruchowego wpływu na śródbłonek włośniczek, zwiększającego ich przepuszczalność dla białek krwi.

Poza tem widuje się tu: zwiększone wydzielanie potu, zaburzenia naczynioruchowe (zasinienie skóry), zaburzenia ze strony odruchu włosowego (zwykle bywa zniesiony), stałe rozszerzenie porażenne drobnych żyłek w skórze (niepożądane pod względem kosmetycznym), przebarwienia skóry (placki brązowe, białe), wykwity skórne i inne.

Leczenie stanów powyższych polega na przerwaniu łuku odruchowego, wychodzącego ze ściany żylnej. Do celu tego prowadzi najprościej wycięcie chorego odcinka żyły względnie jego wyseparowanie i oddzielenie od otoczenia. W pewnych razach dobre wyniki daje również odnerwienie odnośnej tętnicy (sympaticectomia periarterialis), jak również wstrzyknięcie do zmienionej żylakowato żyły w celach leczniczych odpowiednich środków drażniących chemicznie (wpływ porażający na zakończenie nerwowe w ścianie żyły).

M. Czyżewski.

CHIRURGJA PLASTYCZNA.

Leczenie złamań nosa z punktu widzenia plastycznego. (Traitement des fractures nasales envisages au point de vue plastique). M. Coelst.

Rev. d. Chirurgie Plast. no. 1 avril 1932 str. 27

Autor wychodzi ze założenia, że leczenie świeżych złamań nosa powinno być zupełnie odmienne od leczenia starych. W pracach, które ukazały się w ciągu ostatnich lat, autorzy wskazują na leczenie operacyjne obydwu rodzajów złamań jedną metodą.

Metoda ta, którą autor określa „rhinologiczną", ponieważ posługują się nią przeważnie rhinolodzy, może być zastosowana tylko do świeżych fraktur. Tylko dla tych przypadków metoda rhinologiczna daje doskonałe wyniki.

Natomiast do leczenia starych złamań, podkreśla autor, zastosować trzeba metody operacyjne chirurgji plastyczno-estetycznej i połączyć je w jedną typową operację, którą należałoby zastosować w największej części przypadków.

Autor w końcu ustala następujące istotne wytyczne: 1) metoda t. zw. „rhinologiczna" powinna być zastosowana tylko w świeżych przypadkach złamań nosa, 2) „plastyczna" musi być zastosowana przedewszystkiem w leczeniu starych złamań nosa i dodatkowo jako estetyczne uzupełnienie w świeżych przypadkach, które nie zostały zupełnie naprawione metodą „rhinologiczną" 3) metoda „rhinologiczna" nie ma innego celu, jak ułożenie normalnego i ustalenie niezmienionych w swej formie elementów anatomicznych nosa, które zostały siłą mechaniczną przesunięte z właściwego miejsca. Metoda „plastyczna" natomiast zmienia morfologiczną budowę zniekształconych i przesuniętych elementów i formuje tym sposobem nową morfologję nosa.

Z tego powodu metoda statnia wymaga od chirurga nie tylko znajomości techniki chirurgicznej, lecz również pewnego doświadczenia i artystycznego wyszkolenia.

Bliznak, stan chorobowy blizny i jego leczenie. (La cheloide, maladie de la cicatrice, son traitement). F. Acquaviva.

Société Scientifique Française de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique, séance du 6 juin 1930 str. 37.

Autor ustala przedewszystkiem różnice zwykłego przerostu łączno-tkankowego blizny, pseudobliznaka, a bliznaka prawdziwego, który jest nowotworem o charakterze naczyniako-włókniakowym (angio-fibroma). Cechuje go poza przerostem elementów tkanki łącznej, rozszerzenie naczyń krwionośnych i limfatycznych.

Pseudobliznaki, blizny z przerostem łączno-tkankowym usunąć można za pomocą wycięcia i zwykłych środków kaustycznych, fizykalnych lub chemicznych.

Tym środkom i sposobom leczenia opiera się zawsze prawdziwy bliznak, który rozpoznać można w 8 na 10 przypadków według znamion ustalonych przez Brocqu'a: krótki masaż blizny kciukiem i palcem wskazującym powoduje pęcznienie powiększenie się, „erekcję" blizny, — czego nie wykazuje pseudobliznak t. j. zwykły przerost łączno-tkankowy blizny.

Leczenie zasadnicze bliznaka polega na stosowaniu promieni Roentgena lub radu. Promienie, jako środek zapobiegawczy stosuje się również w przypadkach podejrzanych u osobników skrofulicznych, limfatycznych i chorych z objawami przerostu gruczołu tarczowego.

Bliznaki wielkie leczy się połączonym sposobem chirurgicznym i radjologicznym, promieniami X lub radem. Bliznaki mniejsze naświetlaniem niem lampą Kromayera, djatermokoagulacją, galwanokauterem, które dają również dobre wyniki.

Zniekształcenie i nerwice. (Entstellung und Neurose). Prof. S c h u l z.

Rev. d. Chirurgie Plast. no. 1 avril 1932 str. 17.

Zagadnienie zniekształceń i nerwic wymaga wyjaśnienia kwestji dotyczącej właściwej oceny zniekształcenia, rozróżnić należy objektywną i subjektywną ocenę, im więcej obydwie rozchodzą się, tem bardziej jest pewnem, iż wchodzi w grę czynnik psychiczno-nerwowy.

Oceną zniekształcenia jest wynikiem funkcji określenia osobistej wartości człowieka z punktu widzenia fizycznego i estetycznego wyglądu. Funkcja ta może uwydatnić się jako obłęd lub zaburzenia psychiczne, które często zachodzą. Funkcje powyższe doprowadzić mogą również do nerwic w tych przypadkach, w których wchodzą w grę społeczne warunki i wartości. Mogą one również być objawami drugorzędnej doniosłości w przypadkach, istniejących już nerwic i wreszcie mogą być użyte pod pretekstem wywołania współczucia, względów, wymuszania pieniędzy i t. d. (Projekcja neurotyczna).

Chorzy ostatniej kategorji skierowują sami uwagę lekarza na swoje zniekształcenia i udaremniają często próby leczenia. We wszystkich przypadkach i przedewszystkiem we wątpliwych jest koniecznem wejść w kontakt ze specjalistą neurologiem lub psychiatrą, ażeby ustalić ścisłe rozpoznanie i jasne wskazania do ewentualnego zabiegu, co wydaje się niemożliwem, jeśli przypadek nie został najdokładniej zbadany.

Przypadek poparzenia sutków promieniami Röntgena, z pokazem chorej. (Un cas de brulure des seins par rayons X. Presentation du malade). E. D a r t i g u e s.

Société Scientifique Française de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique, séance du 6 juin 1930 str. 44.

Chora miała przed siedmiu laty nieznaczny wyciek z lewego sutka. Profesor Gosset nie potwierdził rozpoznania złośliwego nowotworu. Mimo to pacjentka poddała się silnemu naświetlaniu lewego sutka (10 seansów po dwie godziny), wskutek czego powstały rozległe poparzenia całego sutka, przekraczające linje przymostkową i obojczykową.

Owrzodzenie istnieje od kilku lat i mimo usilnych starań nie zagoiło się. Przed trzema latami został ponownie wykluczony złośliwy nowotwór. Kilkakrotnie z miejsc owrzodziałych powstawała róża.

Autor zamierza tkankę owrzodziałą usunąć całkowicie i poddać ją badaniu drobnowidzowemu. W razie ujemnego wyniku badania wykonać zamierza plastykę Thierscha. Inni ref. przestrzegają przed takiem postępowaniem nie rokującem żadnego powodzenia. Dr Petit osiągnął zabliźnienie się starych i długotrwałych owrzodeń po poparzeniu promieniami Roentgena, okładami nasyconemi ogrzaną surowicą końską. Bezwzględnie jednak należy części podejrzane poddać badaniu drobnowidzowemu.

St. Michalek-Grodzki.

CHOROBY KOBIECE. POŁOŻNICTWO.

Naczynia limfatyczne jajowodu. (Lymphatiques de la trompe). P e l l é A., O. P e l l é.

Ann. d'Anat. path. T. 8, str. 605, r. 1931.

Autorzy zbadali w 30 przypadkach układ chłonny jajowodu zapomocą metody injekcyjnej *Gerota'y*. Odkryto przytem nowe połączenie limfatyczne zdążające do gruczołów podbrzusznych. Ponadto wykazano pośrednie i bezpośrednie połączenia z naczyniami chłonnemi torebki nerkowej. Powyższe odkrycie ma ważne znaczenie kliniczne, gdyż wyjaśnia często występujące w zapaleniu przydatków bóle w okolicy nerek.

W dalszych badaniach potwierdzono istnienie połączeń chłonnych pomiędzy macicą, jajowodem i jajnikiem.

Z jajowodu wychodzą 3 grupy naczyń chłonnych:

1) zewnętrzna, z okolicy bańki, daje się stwierdzić we wszystkich przypadkach; składa się ona z 4 — 5 naczyń i przebiega wzdłuż naczyń jajnikowych, dążąc do gruczołów chłonnych przy tętnicy głównej;

2) średnia, biorąca początek ze środkowej trzeciej części jajowodu, daje się wykazać zaledwie w 50% przypadków, i biegnie do gruczołów biodrowych;

3) wewnętrzna, występująca zaledwie w 15% przyp., przebiega do gruczołów podbrzusznych, leżących na wysokości skrzyżowania arteriae hypogastricae z moczowodem. Połączenia chłonnego jajowodu z wyrostkiem robaczkowym nie stwierdzono.

Naczynia chłonne pochwy. (Les lymphatiques du vagin). C a t e u l a, J a i m e.

Ann. d'Anat. path. T. 8, str. 1137, 1931 r.

W dalszym ciągu swych badań nad układem chłonnym pochwy, autor przygotował preparaty z 117 płodów, noworodków i dzieci.

C. rozróżnia naczynia chłonne towarzyszące tętnicy macicznej i jej gałęziom od tych, które towarzyszą tętnicy pochwowej.

Naczynia towarzyszące tętnicy macicznej zaczynają się głównie w górnej części pochwy; towarzyszą najpierw gałęziom pochwowym tętnicy macicznej potem jej pniowi. Krzyżują się z moczowodem i kończą się w zewnętrznych gruczołach pachwinowych, przeważnie w środkowej części tego łańcucha.

Naczynia towarzyszące tętnicy pochwowej zaczynają się z części pochwy leżącej poniżej zasięgu wyż. wspomnianej grupy naczyń chłonnych, a mianowicie z dwuch dolnych trzecich części pochwy aż do błony dziewiczej. Naczynia chłonne towarzyszące tętnicy pochwowej wlewają się do gruczołów podbrzusznych umiejscowionych przy początku tętnicy pochwowej lub tętnicy sromnej.

Naczynia chłonne wyż. omawiane znajdują się ponadto w ścisłym związku z układami chłonnemi otoczenia.

Artykuł opatrzony jest uwagą J. L. Faure'a, wskazującego na zrozumiałe niebezpieczeństwo przerzutów w przypadkach nowotworów pochwy.

Trzy przypadki kiłowego niedowładu połowiczego w połogu. (Trois cas d'hémiplegie puerpérale syphilitique). G a u j o u x E., G o u d e t et F a b r e.

Rev. franç. Gynéc. T. 26, str. 632, r. 1931.

Trzy przypadki niedowładu połowiczego, w których rozpoznanie postawiono nie tyle na zasadzie odczynu Wassermanna, lecz na zasadzie anamnezy i obserwacji klinicznej.

W I przypadku niedowład wystąpił w końcu ciąży, w III — w 12 godzin po porodzie, a w II — lekkie objawy wystąpiły już w końcu ciąży, a w okresie wydalania nastąpiło nagłe pogorszenie.

W kwestji leczenia autorzy stwierdzają ze zdziwieniem, że naogół stosuje się w podobnych przypadkach jedynie leczenie objawowe, zamiast przyczynowego t. j. przeciwkiłowego.

Ryzyko w tym leczeniu prawie nie istnieje, a zysk jest w wielu przypadkach niewątpliwy.

W przypadkach autorów leczenie swoiste dało w dwuch wynik dobry, w jednym pozostało bez skutku.

Tem niemniej autorzy gorąco polecają wspomniane leczenie w przypadkach niedowładów w połogu.

W sprawie wyjałowienia po cięciu cesarskiem. (A propos de la stérilisation aprés section césarienne). B u r g e r P.

Progrés méd. 1931 I, 237 — 238.

Sprawa wyjałowienia po cięciu cesarskiem jest rozmaicie ujmowana przez rozmaitych autorów. Szkoła strasburska, do której autor należy uważa, że należy wyjałowić kobietę już po drugiem cięciu cesarskiem, jeżeli dwoje dzieci żyje i jeżeli rodzice wyrażają na piśmie zgodę na operację wyjałowienia.

Znaczny procent niepłodności stwierdzany przez piśmiennictwo po cięciu cesarskiem nie jest spowodowany, zdaniem autora, organicznemi przyczynami, lecz świadomem wystrzeganiem się ciąży z lęku przed nowemi cierpieniami związanemi z czekającym kobietę zabiegiem operacyjnym. Jeśli zajdzie ona wbrew woli w ciążę, to nie cofnie się przed żadnym ryzykiem, aby się jej pozbyć.

Przebycie dwukrotnego cięcia cesarskiego uprawnia moralnie kobietę do żądania zabezpieczenia jej przed nową ciążą.

Technicznie szkoła Strasburska wyjaławia zapomocą obustronnego wycięcia jajowodów wraz z rogiem macicy.

Zalety cięcia cesarskiego w dolnym odcinku. Kilka szczegółów technicznych. (Avantages de la césarienne basse. Quelques détails de technique). F e r e y, D a n i e l.

Bull. méd. 1932, 37 — 38.

Autor gorąco zaleca cięcie cesarskie w dolnym odcinku, twierdząc, że wykonywać go można w przypadkach podejrzanych, jak to w kilkanaście godzin po odpływie wód, a nawet po nieudanej próbie założenia kleszczy.

Technicznie zaleca autor, co następuje: Znieczulenie najlepiej lędźwiowe, wyjątkowo tylko narkoza inhalacyjna. Cięcie poprzeczne w otrzewnej, odsunięcie pęcherza ku dołowi, cięcie w kierunku strzałkowym przez mięsień macicy. Jako szew macicy poleca autor szew katgutowy w kształcie sznurowadła do butów, t. j. dwoma nitkami prawą i lewą. Szew ten ma zapewniać szczególnie dokładną hemostazę i dobre przyleganie brzegów rany.

Wyniki miał F. bardzo dobre, przebiegi pooperacyjne gładkie, a kilka obserwowanych potem porodów samoistnych, jak również następowych cięć cesarskich, przebiegało zupełnie prawidłowo. Pacjentki przeważnie opuszczały szpital po 12 dniach pobytu.

Napady drgawek pochodzenia oponowego lub mózgowego podczas ciąży, naśladujące rzucawkę porodową. (Crises convulsives d'origine méningée ou cérébrale au cours de la gestation, simulant l'eclampsie peurperale). R e e b, M e t z g e r.

Rev. Franç. Gynéc. Obstrétr. r. 27. Z. 7 r. 1932.

Nawiązując do trudności rozpoznawczych rzucawki porodowej autorzy przytaczają dwa przypadki symulujące to schorzenie, w których jednak okazało się, że przyczyna drgawek leży zupełnie gdzieindziej.

W przypadku pierwszym chora zmarła wśród burzliwych objawów drgawek i wysokiej temperatury a sekcja okazała ropne zapalenie opon mózgowych na podstawie mózgu. Podejrzenie na rzucawkę porodową wysunęli neurolodzy, położnicy zaś mieli co do niej znaczne wątpliwości.

Przypadek drugi dotyczył ciężarnej w VII miesiącu ciąży, która, jak się później okazało, wprowadziła sobie do pochwy a może i do macicy roczyn lizolu. Osobę tę znaleziono nieprzytomną, przewieziono do kliniki i tu poddano obserwacji, zakończonej wreszcie wyleczeniem. W przebiegu występowały drgawki na przemian z okresami zupełnej nieprzytomności, a obecność białka i wałeczków w moczu wraz z wzmożonem ciśnieniem krwi pozwalało przypuszczać rzucawkę porodową. Jednak dalsza obserwacja okazaał błędność tego przypuszczenia, gdyż wystąpiły typowe objawy porażenia połowicznego, jako skutek organicznego schorzenia mózgu. Autorzy wysuwają hypotezę zawału w mózgu spowodowanego przez embolję będącą skutkiem przedostania się do krwioobiegu wyżej wspomnianego leku.

Na zakończenie autorzy zwracają uwagę na mało znany objaw rozpoznawczy podany przez Seitz'a, a mianowicie zmniejszenie pobudliwości nerwowo mięśniowej na prąd galwaniczny w przypadkach rzucawki porodowej.

Leczenie zaburzeń w miesiączkowaniu i schorzeń pokrewnych zapomocą czynnościowej radioterapji. (Traitement par la radiothérapie fonctionelle sympathique des dysménorrhées et troubles associées). P é r è s M,

Gynecologie T. 30, str. 538, r. 1931.

Autor stosował metodę Gouin'a w leczeniu zaburzeń miesiączkowania i pokrewnych schorzeń czynnościowych. Metoda ta polega na naświetlaniu promieniami Roentgena kręgosłupa lędźwiowego, względnie dolnej części kręgów piersiowych (okolica nervus splanchnicus), a celem jej jest zadziałanie na układ nerwowy roślinny.

Autor używał aparatu Gaiffe Nr. 2. Najlepsze wyniki daje naświetlanie wykonane na 8 — 10 dni przed początkiem miesiączki. Przeważnie wystarcza jedno naświetlanie, niekiedy należy powtórzyć je po upływie miesiąca. Jeśli bolesne miesiączkowanie powikłane jest zaburzeniami w krążeniu należy dodać miejscowe naświetlania naprz. okolicy trójkąta Scarpy.

Wynik leczniczy polega na unormowaniu miesiączki co do okresowości i co do ilości krwi, jak również w innych przypadkach na poprawie zaburzeń okresu przekwitania, wyprysków miesiączkowych i t. d. Szczególnie nadają się do tego leczenia chore o typie otyłości płciowej (tęgie, ze skąpemi miesiączkami i lenistwem kiszek). Pod wpływem omawianego leczenia następuje jakby przemiana typu konstytucyjnego.

Świąd sromu i pochwica (vaginismus). Wyleczenie po przecięciu nerwów sromnych wewnętrznych. (Prurit vulvaire et vaginisme. Névrotomie bilatérale du nerf honteux interne Guérison). S t o ï a n o v i t c h.

Bull. Soc. nat. Chir. Paris T. 58, str. 342, r. 1932.

Autor opisuje przypadek 56-letniej kobiety cierpiącej na silne bóle sromu, zwłaszcza przy próbach spółkowania. Liczne próby leczenia zachowawczego okazały się daremne. Na wędzidełku tylnem stwierdzono małe pęknięcie, wycięto je, poczem nastąpiła krótkotrwała poprawa. Badania dodatkowe wykazały: odczyn Wassermanna, Hechta ujemne; cukier w moczu nieobecny; żadnych pasożytów nie stwierdzono.

Leczniczo nie pomogły ani elektryzacja, ani naświetlanie promieniami X, ani nadoponowe wstrzykiwania środków z typu novocaïne'y.

W 2 miesiące potem dokonano operacji z powodu raka piersi, a jednocześnie dla usunięcia świądu i bólu sromu, przecięto obustronnie nervus pudendus po jego rozgałęzieniu, oszczędzając ramus analis. Po 2 dniach bóle ustały i od 3 lat już nie występują więcej.

Leczenie zakażenia pałeczką okrężnicy u kobiety. (Thérapeutique des manifestations colibacillaires chez la femme). C o l o n é r i X a v i e r.

Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 27. Nr. 6, r. 1932.

Leczenie zakażenia pałeczką okrężnicy opierać się musi na następujących zasadach:

1) leczenie przewodu pokarmowego;
2) leczenie narządów płciowych;
3) leczenie ogólne.

I. Po stwierdzeniu bakterjologicznem bact. coli w moczu lub w kale osoby leczonej, należy przystąpić do stosowania szczepionki wielowalnej i wielobakteryjnej. Autor zaleca jako rozpuszczalnik płyn izotoniczny o wybitnych własnościach osmotycznych.

Szczepionkę tę podawać należy przedewszystkiem doustnie w dawce 300 — 600 miljardów raz lub kilka razy dziennie i to w ciągu przynajmniej 20 dni, z powtórzeniem leczenia po upływie kilku tygodni.

Autor radzi podawać szczepionkę w szklance wody Chátel-Guyon, źródło Gubler. Woda ta pobudza wydzielanie gruczołów przewodu pokarmowego, tonizuje mięśnie i działa żółciopędnie. To ostatnie działanie ma szczególnie ważne znaczenie, gdyż pęcherzyk żółciowy jest często siedliskiem omawianych bakterji, a nawet jeśli tego niema, to żółć jest konieczna dla utrzymania śluzówki jelit w stanie prawidłowym, odpornym na działanie pałeczki okrężnicy. Oczywista nie należy przesadzać w stosowaniu wody pobudzającej kiszki, używając jej przez czas dłuższy, tylko w przypadkach zaburzeń w drogach żółciowych.

W przypadkach jednak zaparć jedynie unikać należy wszelkich drastycznych środków czyszczących; tu pozwolić sobie można na leki bardzo łagodne, jak to parafina, agaragar i t. d., z dodatkiem niewielkiej dawki belladonny.

Djeta z wyłączeniem jaj, smażonych tłuszczów, pasztetów, ryżu i nawet z początku kartofli, jak również mleka, składać się powinna z niewielkiej ilości mięsa chudego (nie wolno baraniny, wieprzowiny i cielęciny). Szynka nie jest wzbroniona, jak również ryba zwłaszcza gotowana.

Z jarzyn zielonych unikać należy tych, które zawierają znaczne ilości cellulozy, natomiast używać można sałaty dobrze wymacerowanej w occie przed użyciem.

Z serów unikać należy fermentowanych, wolno podawać natomiast ser szwajcarski.

Chleba i płynów niezbyt wiele; owoce lepiej gotowane.

Oprócz djety wskazane jest jako leczenie dodatkowe stosowanie środków zakwaszających treść jelit, jak ammonium chloratum; środki dezynfekcyjne mogą przynieść również korzyść, są niemi — naphtol, benzonaphtol, chloramina, formol, siarka, węgiel zwierzęcy.

2) W leczeniu narządu płciowego autor radzi tampony do macicy, lub szyjki, lub pochwy ze szczepionki, względnie wstrzykiwania do cavum uteri tejże szczepionki z bact. coli.

Oczywista stosowanie pozajelitowe tejże szczepionki, w postaci injekcji podskórnych czy domięśniowych jest również wskazane.

3) Leczenie ogólne polegać winno na terapji wzmacniającej, a w przypadkach istniejącej lub przypuszczalnej kiły — na leczeniu swoistem.

Tak więc na pierwszem miejscu autor stawia leczenie szczepionkami w rozmaitych postaciach, a dalej regulacja działania jelit ,pobudzenie do wydzielania żółci i wreszcie leczenie ogólne.

Zapobieganie i leczenie zakażeń pałeczką okrężnicy w ciąży i połogu. (Prophylaxie et traitement des colibacillose de la puerpéralité). L e L o r r i e r V.

Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 27. Nr. 6, r. 1932.

Wśród szeregu artykułów w poświęconem zakażeniu pałeczką okrężnicy numerze „Revue Franç. Gynéc. Obstétr". — Le Lorrier omawia zapobieganie i leczenie tych schorzeń.

Uważa on, że etjologji zakażenia pałeczką okrężnicy szukać należy w dzieciństwie kobiety, mającej pozostać kiedyś matką. Wchodzi tu w grę tak nieregularne wypróżnianie kiszek i pęcherza, jak mleko, używane zazwyczaj do pożywienia. Mleko zbierane latem, w oddali od miast, i transportowane przez długie godziny w temperaturze 25 — 30° C, dochodzi do rąk konsumenta przepełnione drobnoustrojami, wśród których przeważają pałeczki okrężnicy.

Mleko to jest przyczyną główną letnich schorzeń kiszek, tak częstych i zwykle nie wyjaśnionych. To też dobra „polityka mleczna" może wiele zaważyć w zapobieganiu zakażeń pałeczką okrężnicy.

Drobnoustrój ten przebywający na powierzchni śluzówki jelit tak samo powszechnie, jak gronkowiec na powierzchni skóry, wkroczyć może wgłąb do krwioobiegu dopiero wówczas, kiedy nabłonek śluzówki ulegnie uszkodzeniu.

Jednym z powodów uszkodzenia śluzówki jelit są pasożyty stosunkowo częste u dzieci; wchodzą tu w grę nietylko owsiki (oxyuris vermicularis), ale także niewinne, jakby się zdawało, glisty (ascaris lumbricoides).

Pierwsze z nich, owsiki, grożą nietylko podrażnieniem jelit, ale także zawleczeniem drobnoustrojów do narządów rodnych dziewczynki, i w wyniku — zapaleniem szyjki macicy, niekiedy bardzo uporczywem.

Pałeczki okrężnicy przedostawszy się do krwioobiegu zatrzymują się przedewszystkiem w nerkach i stąd są wydalane z moczem.

W drogach moczowych raz dają one stany zapalne, o ile przedewszystkiem natrafiają na zastój; lecz i poza zastojem może nastąpić zapalenie dróg moczowych, o ile ich nabłonek ulegnie uszkodzeniu, naprz. przy wysokiej koncentracji moczu, spowodowanej przyjmowaniem małych ilości płynów.

Wreszcie wspomnieć należy, o szkodliwym wpływie czyszczących środków drastycznych na śluzówkę jelit, co również ułatwia przenikanie pałeczek okrężnicy do krwioobiegu przez szpary pomiędzy nabłonkami.

W ciąży szereg warunków pochłaniania i przemiany materji ulega pogorszeniu.

Opróżnienie jelit i tak dotychczas niedostateczne w ciąży pogarsza się zazwyczaj; wpływa na to tak przestrojenie nerwowe układu roślinnego, jak może ucisk rosnącej macicy na przewód pokarmowy.

Autor przypuszcza, że ucisk stały i chwilowy ze strony macicy może nawet wywołać uszkodzenie nabłonka jelit.

Ze strony układu moczowego również warunki pogarszają się znacznie: wymioty i ślinienie odwadniają organizm, dzięki czemu mocz jest bardzo stężony, pełen drażniących drobnych kryształków, przygotowujących podłoże dla zakażenia bact. coli; z drugiej strony rozszerzenie moczowodów, głównie prawego, wywołane nietyle przez ucisk, co przez czynniki funkcjonalne sprzyja zastojowi moczu temu koniecznemu warunkowi zakażenia dróg moczowych.

Jednem słowem ciąża jest słusznie uważana za okres szczególnie niebezpieczny pod względem zakażenia pałeczką okrężnicy.

Zapobieganie wynika z omówienia powyższego etjologji tych zakażeń. Opieka nad działalnością przewodu pokarmowego, unikanie drastycznych środków czyszczących, djeta bogata w pokarmy roślinne, z niewielkim dodatkiem mleka, chyba kwaśnego, regulowanie wypróżnień zapomocą 1 gr. chlorku magnezji dziennie, usunięcie pasożytów jelitowych, wzmocnienie diurezy zapomocą podawania dużej ilości płynów, wraz z wodami mineralnemi, (wody Vittel, Evian i t. d.) — oto najważniejsze zasady zapobiegania schorzeniom, opartym o zakażenie pałeczką okrężnicy.

Lepkość krwi w ciąży pozamacicznej i w zapalnych stanach przydatków. (La viscosité du sang dans la grossesse extra-utérine et dans les annexites inflammatoires). T o u b e r o v s k y D. A.

Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 27. Nr. 7. r. 1932.

Na zasadzie obserwacji 100 przypadków autor dochodzi do następujących wniosków:

PERSODINE
Lumière
SWOISTE LECZENIE
BRAKU ŁAKNIENIA
NADSIARCZANAMI.
DZIAŁA OGÓLNIE **DROGĄ KRWIOBIEGU**
ZAPOMOCĄ **TLENU:**
$M_2S_2O_8 + H_2O = M_2SO_4 + H_2SO_4 + O$
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.

1) w sprawach zapalnych przydatków lepkość krwi jest zazwyczaj zwiększona;

2) w przypadkach ciąży poza-macicznej jest ona normalna lub nieco zmniejszona;

3) przy niedokrwistości lepkość krwi może nie być zwiększona pomimo istnienia sprawy zapalnej przydatków;

4) współistnienie ciąży pozamacicznej i sprawy zapalnej może dać w wyniku wzmożenie lepkości krwi;

5) naogół stany zapalne otrzewnej zwiększają lepkość krwi;

6) na zjawisko to wpływają nietylko sprawy ostre, ale i przewlekłe;

7) należy brać pod uwagę ogólny stan organizmu, przy ocenie wartości współczynnika lepkości krwi;

8) w ostatecznym wyniku — uznać należy metodę badania lepkości krwi za cenną metodę pomocniczą w rozpoznawaniu ciąży pozamacicznej i djagnostyce różniczkowej pomiędzy tym stanem a sprawą zapalną przydatków.

Oceniając bezstronnie cyfry przytoczone przez autora nie można oprzeć się wrażeniu, że wnioski powyższe opierają się na ocenie całego materjału, natomiast poszczególne cyfry we wszystkich 3 grupach są bądź sobie równe, bądź nawet wprost w przeciwnym stosunku, od uznanego przez autora za zasadniczy.

W związku z tem nie należy przywiązywać zbyt wielkiej wagi do wyniku badania lepkości krwi, lecz brać go jedynie jako jedno z ogniw roz-

poznania. Zdarzyć się bowiem może, że w przypadku ciąży pozamacicznej wskaźnik lepkości krwi będzie wyższy niż w przypadku zapalenia przydatków — przypisek referenta.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Pemphigus recidivans z umiejscowieniem na prąciu. (Pemphigus localisé balano-préputial, fixé, récidivant sans arret au même point). G o u g e r o t, R é n é C o h e n i D a v a r i s.

Annales des Malad. Vénér Nr. 3/1932.

Częste są przypadki pojawiania się pęcherzy na żołędzi prącia w przebiegu *Brocq-Dühringa* lub w przebiegu pęcherzycy — i wtenczas, rozpoznanie nie nastręcza trudności ze względu na obecność licznych pęcherzy rozsianych na całej skórze. Rzadziej spotyka się zajęcie wyłącznie błon śluzowych i otoczenia otworów naturalnych ciała (dermatites pluriorificieles Rendu-Freisinger); wyjątkowo tylko spotyka się przypadki choroby Dühringa, w których wykwity ograniczają się do kilku pęcherzy, umiejscowionych w otoczeniu ujścia cewki moczowej.

Do typu tych ostatnich rzadkich przypadków należy opisany przez autora, dotyczący chorego, który od 1½ roku cierpi na stale pojawiające się na żołędzi i wewnętrznej powierzchni napletka nieliczne pęcherze. Po wykluczeniu schorzeń wenerycznych postawienie rozpoznania było możliwe jedynie na podstawie badania histologicznego. Badanie to wykazało obecność podnaskórkowych pęcherzy analogicznych do występujących w pemphigus foliaceus i pemphigus błon śluzowych.

Leczenie: chory otrzymywał 2 razy tygodniowo autohemoterapję, 30 kropli roztworu adrenaliny 2 razy dzienie przed jedzeniem i 0.25 ergotyny również 2 razy dziennie. Ponadto novarsenbenzol w dawkach 0.15 do 0.45. Po 6-ciu tygodniach bezskutecznego leczenia zastosowano zastrzyki Natronu (preparat bizmutowy).

Pierwotne niewrzodziejące wykwity kiłowe. (Syphilomes primaires non ulcérés). M. H i s s a r d.

(Annales des Malad Vénér. Nr. 3/1932).

Pierwotne wykwity kiłowe niewrzodziejące, bardzo częste u małp niższego rzędu, rzadsze u antropidów, wyjątkowo tylko zdarzają się u ludzi.

U 27-letniego robotnika istniała na prąciu grudka okrągła o średnicy ½ cm. wyniosła na 1 mm., twarda, niebolesna, bardzo nieznacznie na samym środku sącząca, pozatem pokryta naskórkiem prawidłowym. Obok podobny wykwit owalny. Spoistość tych wykwitów i typowe zmiany w gruczołach chłonnych obu pachwin nasunęło na myśl obecność kiły. Po zdrapaniu zewnętrznych warstw naskórka znaleziono w sączącej się surowicy obu wykwitów krętki blade. Odczyn Was. dodatni. Wykwity ustąpiły bez śladu po 3-ch tygodniach leczenia specyficznego (novarsenobenzolem).

Ulcus acutum vulvae. (L'ulcère aigu de la vulve). P a u l C h e v a l l i e r.

La Presse Méd. 1932, N. 6.

Ulcus vulvae acutum jest schorzeniem rzadkiem, dotyczy wyłącznie kobiet, gdyż analogicznego schorzenia u mężczyzn nie znamy. Występuje u kobiet różnego wieku, tak u dziewic jak u kobiet deflorowanych. Jest to schorzenie nieweneryczne, nie przenosi się drogą stosunków płciowych. Większość osobników dotkniętych tym schorzeniem jest w pełni sił i zdrowia, chociaż ostry wrzód sromu może wystąpić i w przebiegu duru, gruźlicy i t. d. Owrzodzenia są mnogie i mogą zajmować wszystkie części skóry i śluzówki w okolicy sromu. Wyjątkowo spotyka się wyłączne umiejscowienie w pachwinach, najczęściej u kobiet dojrzałych występuje na wewnętrznej powierzchni warg sromowych mniejszych, u dziewczynek na wewnętrznej powierzchni warg sromowych większych. Schorzenie rozpoczyna się powstaniem płaskiej grudki swędzącej i bolesnej, na jej powierzchni szybko pojawia się podniesienie naskórka skutkiem nagromadzenia się płynu surowiczego. Drapanie bywa zwykle tym czynnikiem, który powoduje zdarcie pęcherza, powstanie owrzodzenia o dnie szaro-żółtym, silnie sączącym. Owrzodzenie szybko powiększa się w powierzchni i pogłębia, może następnie pokrywać się strupem. W tym okresie owrzodzenie to klinicznie niczem nie różni się od zwyczajnych niesztowic (ecthyma). Około 4-go dnia przypadki te zwykle trafiają do lekarza i wtedy już znajduje się owrzodzeń kilka o zarysach regularnych okrągłych lub owalnych z tendencją do zlewania się, różnej głębokości, silnie sączących. Podstawa owrzodzeń nie jest nacieczona ale tylko wyraźnie obrzękła. Brzegi nigdy nie podminowane są silnie zapalne obrzękłe. Niekiedy spotyka się w otaczających tkankach wyraźny odczyn zapalny z zaczerwienieniem śluzówki i skóry. Skutkiem znacznej wydzieliny przychodzi niekiedy do rozległego wyprzania (vulvitis intertriginosa). Niekiedy schorzenie występuje w postaci t. zw. ulcera miliaria i to zwłaszcza na wargach sromowych większych, polega ono na powstaniu bardzo licznych drobnych owrzodzeń i nadżerek. Małe licznych drobnych owrzodzeń i nadżerek. Małe owrzodzenia goją się bez śladu, większe pozostawiają blizny. Znamiennym dla tego schorzenia jest brak wyraźnego powiększenia gruczołów chłonnych w pachwinach. Bywają one tylko nieznacznie obrzękłe, nieco czułe. Bólów samoistnych w tych przypadkach prawie że niema. Wśród spoczynku chore nie odczuwają żadnych dolegliwości, najmniejszy jednak ruch a także oddawanie moczu wywołuje znaczne cierpienia. Z objawów ogólnych należy zaznaczyć niekiedy występujące podniesienie ciepłoty zwykle dreszcze w początku schorzenia. Po 4-dniowym okresie z dreszczami i niekiedy podniesioną ciepłotą następuje okres, w którym na pierwszy plan wysywa się znaczna wrażliwość wykwitów. Ponieważ świeże owrzodzenia pojawiają się w różnych okresach czasu — obraz kliniczny przebiegu schorzenia zaciera się. Owrzodzenia mogą się utrzymywać kilka dni do kilku tygodni. Nawroty bywają bardzo często, niekiedy po podaniu leków jak np. w przypadku autora po zastrzyku novarsenobenzolu. Szereg odmian klinicznych np. ulcus vulvae gangraenosum zależy od wtórnego zakażenia. Schorzenie często bywa wielopostaciowe: jedne owrzodzenia płytkie sączące płynem surowiczym, inne głębsze rozpierające, niektóre mogą być i zgorzelinowe. Badania serologiczne i szczepienia bywają w tych przypadkach ujemne. Pałeczkę, którą stale znajduje się tak w wydzielinie z owrzodzeń, jak i w powierzchownych warstwach tkanek nazwał *Lipschutz* „bacillus crassus". Jest to nieruchoma gram dodatnia gruba i dosyć długa pałeczka, tworząca krótkie łańcuszki. Stałe występowanie jej w tem schorzeniu nasuwa *Lipschutzowi* i innym autorom myśl, że jest ona czynnikiem patogenetycznym. Bakterja ta, przebywająca jako saprofit stale w pochwie kobiecej, miała by w pewnych warunkach zakażać głębsze tkanki (autoinoculatio). Powyższa hipoteza nie jest jednak udowodnioną.

Rokowanie bywa zawsze dobre. Schorzenie ustępuje samoistnie i jak wykazuje jedno ze spostrzeżeń autora — stosowanie środków ogólnych (novarsenobenzol) może być raczej szkodliwe. Miejscowo należy zastosować antyseptyczne zasypki (methylenblau).

Co wiemy a czego nie wiemy o wyprysku. (L'eczéma: ce que nous en savons et n'en savons pas). R. S a b o u r a u d.

Presse Médic. 1932 Nr. 12.

Autor wykazuje o ile odczyny pozornie nie mające nic wspólnego z wypryskiem, wyświetlają jego patogenezę. Do tych odczynów należą i odczyn Pirquet'a, odczyny i zjawiska anafilaksji, aglutynacji, wstrząsu i t. d.

Z punktu widzenia klinicznego stare pojęcie wyprysku z biegiem czasu uległo znacznemu uszczupleniu. Wydzielono z tej grupy wszystkie sprawy bakteryjne i grzybicowe toczące się w skórze, dalej schorzenia z przyczyn zewnętrznych tak zwane urazowe. Wypryskiem nazywamy tylko te, których przyczyna nie jest nam znana. Przeciwnie określenie „wypryszczenie" (eczematisatio), które stwierdza tylko rodzaj procesu klinicznego, polegającego na wydobywaniu się z pomiędzy elementów skóry płynu surowiczego zapalnego (l'exsérose) do dziś dnia w dermatologji jest szeroko stosowane. Szereg prac ostatnich lat wykazał wprawdzie wybiorcze uczulenie pewnych organizmów na czynniki zresztą nieszkodliwe nie wykazał jednak „dlaczego", ani „w jaki sposób" procesy uczulenia prowadzą do powstania wyprysku.

Połączenie soli akrydynowych z fioletem triphenil-metanu w lecznictwie rzeżączki i stanów septycznych. (L'association des sels d'acridine aux volets de tryphényl-methane dans la cure de la gonococcie et des états septicémiques). J a u s i o n, P e c k e r, S o l e i t et M e d i o n i.

Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hopitaux 1932 Nr. 6.

Badania zapoczątkowali autorzy ameryk. którzy w przypadkach rzeżączki stosowali połączenie chloromethyl - diamino - acridin i fjoletu Hofmanna. Każda z grup barwikowych atakuje wybiorczo pewien rodzaj bakterji: grupa akrydynowa niszczy bakterje gram — ujemne, grupa grupa fjoletu bakterje gram — dodatnie. Autorzy do każdego zastrzyknięcia gonakryny dodawali 5 do 10 cm³ roztworu $^1/_{500}$ przefiltrowanego fjoletu Hofmanna. Wstrzykiwania powtarzano co 2-gi dzień aż do 12. Wyniki lecznicze były doskonałe.

Leczenie rzeżączkowych zapaleń stawów. (Le traitement de l'arthrite blennorragique). F. M a r s a n.

Bull. Médic. Nr. 9; 1932.

Autor poleca wczesne stosowanie thorium X w przypadkach wiewiórowego schorzenia stawów. Ten sposób leczenia nigdy autora nie zawiódł a w niektórych przypadkach wyniki były nieoczekiwanie pomyślne. Leczono w ten sposób 80-ciu chorych. Preparat świeżo przygotowany wstrzykiwano w ilości 100 mgr. następnie po 8 dniach w ilości 150 mgr. Przeciętna ilość wstrzykiwań była 7 — 8. Niekiedy już po drugim lub trzecim

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

zabiegu następowała wyraźna poprawa. Leczenie powyższe łączono zawsze z miejscowem leczeniem narządów moczopłciowych i leczeniem szczepionką, o ile możliwe z autowakcyną.

Badania bakterjologiczne i doświadczalne nad gruźlicą skóry. (Recherches bactériologiques et expérimentales sur la tuberculose cutanée, S. Nicolau i M. Blumental.

Annales de Dermat et de Syphil. 1932. Nr. 6.

Badania dotyczyły 18-stu przypadków rzeczywistej gruźlicy skóry (8 — lupus vulgaris, 3 — t. b. c. verrucosa, 6 — gumma t. b. c., 1 — ulcus t. b. c.). Posiewy z tkanki patologicznej dały dodatnie wyniki w 55,5 %. Najczęściej dodatnie wyniki otrzymywano w przypadkach lupus vulgaris (6). W czasie badań najpewniejszym sposobem wyosobnienia prątków wprost z wykwitów okazał się sposób Löwensteina. Użycie kwasu siarkowego ułatwia wyjałowienie tkanki z wtórnie zakażających bakterji a nie przeszkadza rozwojowi prątków gruźliczych. Jako pierwsza pożywka najlepszą okazała się Petrignani'ego, gdyż najtrudniej ulega dodatkowym zanieczyszczeniom.

W 10 przypadkach , w których otrzymano hodowlę, 8 razy uzyskano szczep ludzki, 2 razy ptasi. W 8-iu przypadkach, w których hodowli wprost z wykwitów skórnych nie otrzymano, uzyskano dodatnie wyniki szczepiąc świnki morskie i ze zmian u świnek wychodowano szczepy ludzkie. Naogół szczepienie świnkom morskim skrawków tkanki patologicznej pod skórę brzucha (w kieszonkę) spowodowało na 17 razy 16 zejść śmiertelnych u świnek z powdu uogólnionej gruźlicy trzew (14) lub gruźlicy gruczołowej (2). Tylko w 3-ch przypadkach spostrzegano w miejscu szczepienia owrzodzenie gruźlicze a w 2-ch przypadkach gruzełek zserowaciały nie wrzodzejący. Przyjmując, że zmiana w miejscu szczepienia świnek jest wyrazem obfitości i złośliwości prątków, musimy stwierdzić, że gruźlicze wykwity są ubogie w prątki, a prątki są mało zjadliwe. Szczepienia przesączów z wykwitów skórnych na 17 przypadków były 4 razy dodatnie. W jednym przypadku świnka szczepiona przesączem wykazała nieznaczną zmianę gruczołu pachwinowego, który wszczepiony w kieszonkę drugiej śwince spowodował u tej drugiej po 14 miesiącach zejście wskutek uogólnionej gruźlicy trzew. W 3-ch wypadkach szczepienia przesączów dały odrazu wyniki dodatnie.

U świnek, które padły stwierdzono w zserowaciałych okołooskrzelowych gruczołach obecność prątków kwasoodpornych. Inne narządy zmian nie wykazywały.

Z powyższych doświadczeń wynika, że w przypadkach gruźlicy skóry obok zwykłych szczepów istnieją i przechodzące przez filtr, zdolne wywołać u zwierząt po pierwszym szczepieniu proces zserowacenia gruczołów z obecnością prątków. To ostatnie spostrzeżenie przeczy poniekąd dotychczasowym poglądom, które twierdzą, że ultravirus gruźlicy wyjątkowo tylko wywołuje zserowacenie i to po wielokrotnem przejściu przez zwierzęta.

„O zjawisku Köebnera w łuszczycy". (Sur. la phénomene de Koebner dans le psoriasis). Prof. E. Bizzozero.

Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 6. 1932.

Zjawisko K. polega na możności sztucznego wywołania wykwitu łuszczycowego u osobników cierpiących na łuszczycę a znajdujących się w okresie wybuchu schorzenia. Czynnikiem wywołującym najłatwiej sztuczny wykwit jest mechaniczny, chociaż i inne (chemiczne, termiczne) mogą wywołać ten wykwit.

Szereg doświadczeń własnych pozwala autorowi wysnuć wnioski, uzupełniające dotychczasowe (Lipschutz) a rzucające pewne światło na zjawisko odporności miejscowej łuszczycy.

Aby powstał sztuczny wykwit łuszczycowy, koniecznem jest, by bodziec, jakikolwiek onby był,zadziałał na warstwę brodawkową skóry. Wykwit nie powstanie, jeżeli uszkodzone zostaną powierzchowne warstwy naskórka lub głębsze warstwy skóry. Okres wylęgania takiego wykwitu bywa rozmaity nie tylko u różnych osobników ale i w różnych okolicach ciała jednego i tego samego osobnika, a nawet w różnych miejscach ograniczonej powierzchni, na którą drażniący bodziec działał. Najwyraźniejsze zjawisko K. można uzyskać w okresie ostrego wybuchu wykwitów łuszczycowych. W okresie, w którym świeże wykwity już nie występują zjawiska K. najczęściej już niema. W przypadkach wybuchu licznych rozsianych wykwitów zjawisko K. można wywołać wszędzie, w każdej okolicy skóry.

W przypadkach pojawiania się nielicznych wykwitów łuszczycowych i w okresie uspokajania się wybuchu zjawisko K. istnieje tylko w pewnych okolicach skóry. W strefie, w której wykwity łuszczycowe samoistnie ustąpiły (strefa odporności miejscowej) bywa albo zupełny brak zjawiska K. albo po znacznie dłuższym okresie wylęgania, pojawiają się nieliczne, drobne wykwity sztuczne. Odporność miejscową wykazują w równym stopniu plamy barwikowe po wykwitach łuszczycowych. Te same miejsca odporne są również na inne czynniki(fizyczne, chemiczne, bakterje). Jeżeli wykonamy szereg doświadczeń w strefie t. zw. pseudo-atroficznej t. j. znajdującej się w najbliższym sąsiedztwie wykwitów łuszczycowych, w strefie, która w okresie odczynu zapalnego po chryzarobinie w otoczeniu tarczki łuszczycowej nie bywa zajęta rumieniem zapalnym, to przekonamy się, że te miejsca wykazują także hypo-ergję lub anergję nietylko co do zjawiska K. ale że istnieje tam również mniejsza skłonność do reagowania odczynem zapalnym na różne czynniki.

Istnieje więc ścisły związek pomiędzy zupełną odpornością spontanicznie wyleczonych miejsc skóry, a otaczającą te miejsca sferą anergji. W świetle powyższych faktów trudno przyjąć łuszczycę za schorzenie typu skazy, czy endokrinopatji, czy też jakichkolwiek zaburzeń ogólnych. Nasuwa się sama przez się konieczność przyjęcia obecności jakichś czynników miejscowych. Z jednej strony uderza nas podobieństwo miejscowych zjawisk odpornościowych w grzybicy, z drugiej podobieństwo wahań alergji w zależności od okresu schorzenia w kile.

Alergja skórna w przypadkach wenerycznych schorzeń gruczołów pachwinowych. (L'allergie cutanée dans les adénophaties inguinales d'origine vénérienne). Edouard de Gregoria.

Annales de Dermat et de Syphil. 1932. Nr. 6.

Przypadki limphogranulom. inguin, przypadki

schorzenia gruczołów pachwinowych z powodu zakażenia prątkami Ducrey'a i kiłowych zmian w gruczołach pachwinowych poddano licznym próbom szczepień doskórnych różnemi antigenami. Zestawienie wyników wykazuje znaczną swoistość odczynu Frei'a (lymphogran. inguin). Swoistość tą należy wykorzystać do celów rozpoznawczych w przypadkach, w których rozpoznanie waha się pomiędzy kiłą a lymphogran. inguin. W tych przypadkach odczyny serologiczne nie wykazują wyraźnej swoistości. Jak wykazał Ravaut i sam autor także w przypadkach lymphogran. inguin. w okresie septicemji i silnych gorączek odczyny serologiczne mogą być dodatnie (Wasserm. Hecht, Meinicke, Sachs i Kahn) lecz okażą różne nasilenia i nigdy nie będą silnie dodatnie. Te same odczyny w przypadkach kiły okażą się wszystkie silnie dodatnie natomiast odczyn śródkoskórny Frei'a będzie całkowicie ujemny.

Zofja Jastrzębska.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE

Nowy sposób autoseroterapji w przypadkach duszncy oskrzelowej i kataru siennego. W ostatnich czasach zaczęto z powodzeniem stosować w dusznicy oskrzelowej (asthma bronchiale) i katarze siennym wstrzykiwania własnej surowicy chorych w najbliższem sąsiedztwie chorobliwie uczulonych śluzówek, w tym wypadku — pod śluzówkę względnie do śluzówki nosa, analogicznie do wstrzykiwania własnej surowicy doskórnie w przypadkach wyprysku (eczema). Ten rodzaj autoseroterapji daje w cierpieniach powyższych podobno bardzo dobre wyniki.

(Paris Méd. Nr. 18, 1932).

Współczesne leczenie ran zakażonych. Wychodząc z zasady, że od chwili przeniknięcia drobnoustrojów chorobotwórczych do chwili zjawienia się objawów zakażenia mija 6 — 24 godzin, w każdym przypadku świeżej rany należy jej brzegi wyciąć i następnie ranę zeszyć (natychmiast lub wtórnie). W ranach już zakażonych wskazane jest wycięcie wszelkich tkanek obumarłych z szerokiem rozwarciem rany, jej zraszanie płynem Dakina i stosowanie szczepionek w celu uodpornienia ogólnego i miejscowego (Besredka). Bardzo dobre wyniki w leczeniu ran daje ich długotrwałe wystawienie na działanie słońca, które do pewnego stopnia rany te wyjaławia. Wyjaławianie rany zakażonej zapomocą środków chemicznych jest złudne i zasadniczo nie do osiągnięcia.

(Marottoli — Argentyna, 1931).

Leczenie trądzika wielopostaciowego, dzięki wyjątkowej uporczywości i przewlekłości tego cierpienia, przedstawia naogół duże trudności. Leczenie wewnętrzne żelazo, arszenik, naświetlania rentgenowskie, szczepionki, siarka — często zawodzą. Autor stosował z dużem powodzeniem w całym szeregu tego rodzaju przypadków nalewkę jodową (1:100), która działa tutaj zarazem i jako środek bakterjobójczy (złuszczający), i przeciwłojotokowy. Nalewką tą spryskuje się twarz chorego codziennie na noc, lekko wcierając ją, bez uprzedniego mycia twarzy mydłem względnie smarowania maściami; do rana następnego dnia żółty kolor skóry znika zupełnie. Leczenie powyższe stosować można bez obawy powikłań nawet tygodniami. Po osiągnięciu wyniku leczniczego, dobrze jest dla jego utrwalenia i uchronienia przed nawrotem cierpienia stosować nadal owe nacierania nalewkę jodową 3 — 4 razy na miesiąc. W przypadkach wyjątkowo opornych można uciec się do bardziej stężonej nalewki (1:50). Ogromnie ułatwia przenikanie jodu do gruczołów łojowych uprzednie miesienie twarzy.

(La Presse Méd. Nr. 60, 1932. Sèzary).

W przypadkach raków nieoperacyjnych (np. odbytu, sutka, szyi macicznej) zauważono wysoce dodatni wpływ wstrzyknięć na granicy guza i do samego guza 95% alkoholu etylowego w ilości 10 cm^3 na dawkę. Wpływ ten zaznacza się w całkowitem zniesieniu bólów i jakby zahamowaniu względnie zwolnieniu dalszego rozwoju guza. Wstrzyknięcia wykonywuje się w odstępach parodniowych, pierwsze — bywa zwykle bardzo bolesne. Po 2 — 3 zastrzyknięciach bóle samoistne ustępują zupełnie, a same wstrzykiwania nie są już bolesne. Serja wstrzyknięć skła-

da się przeciętnie z 5 — 7 dookoła guza i 3 — 5 do samego guza.

(Férey. La Presse Mèd. Nr. 57 — 1932.

Przy leczeniu półpaśćca (herpes zoster) wystrzegać się należy wszelkich okładów wilgotnych, okładów gorących, maści i plastrów — jako mogących ułatwić zakażenie wykwitów skórnych. Należy się ograniczyć do przysypek obojętnych względnie smarowania miejsc chorych 5% roztworem kwasu pikrynowego w mieszaninie eteru z alkoholem (pół na pół). Przeciwko bólom podaje się parę razy dziennie proszki o następującym składzie: Antipyrini 0,5 + Veronali 0,2 + Extr. Opii 0,01. Przeciwbólowo działają również naświetlania promieniami ultrafioletowemi i pozaczerwonemi, jak również naświetlania rentgenowskie. Na gojenie się samych wykwitów działa do pewnego stopnia swoiście stosowanie szczepionki przeciwgronkowcowej, poczynając od dawek bardzo małych.

(La Presse Méd. Nr. 57 — 1932).

M.

KRONIKA

Związek Przeciwweneryczny wespół z Sekcją Walki ze zwyrodnieniem Rasy Polskiego Towarzystwa Eugenicznego organizuje w czasie od 7 do 19 listopada r. b. kurs dokształcający dla lekarzy z zakresu wenerologji klinicznej i społecznej dla lekarzy-kierowników państwowych i samorządowych przychodni przeciwwenerycznych, lekarzy Kas Chorych oraz lekarzy wojskowych.

PROGRAM
KURSU DOKSZTAŁCAJĄCEGO DLA LEKARZY Z ZAKRESU WENEROLOGJI KLINICZNEJ I SPOŁECZNEJ.

Dział Wenerologji Społecznej: Dr. med. Henryk Szczodrowski, Dyrektor Szpitala Św. Łazarza w W-wie. — „Niebezpieczeństwo społeczne chorób wenerycznych".

Dr. med. Wiktor Borkowski, Inspektor Lekarski Oddz. San. Obycz. w W-wie — „Walka z chorobami wenerycznemi".

Dział Wenerologji Klinicznej: Dr. med. Robert Bernhardt, Ordynator Szpit. Św. Łazarza w W-wie — „Seminarjum schorzeń skórnych i wenerycznych".

Doc. dr. med. Stanisław Kapuściński Ord. Szpit. Św. Łazarza w W-wie — „Choroby weneryczne u kobiet ze szczególnem uwzględnieniem rzeżączki dolnych odcinków dróg rodnych".

Dr. med. Zygmunt Zakrzewski, Ordynator Szpit. Św. Łazarza w W-wie — Rzeżączka górnych odcinków dróg rodnych u kobiet z demonstrancją chorych".

Dr. med. Edward Bruner, Kierownik Pracowni Światłoleczniczej Szpitala Św. Łazarza w W-wie — „Przymiot wrodzony układu kostnego". Ćwiczenia praktyczne z zakresu leczenia fizykalnego chorób skóry (Leczenie światłem, promieniami Rentgena radu i t. d. elektroliza, elektrokoagulacja.

Dr. med. Bohdan Michałowski, Ordynator Szpit. Św. Łazarza w W-wie. — „Rozpoznawanie i leczenie wczesnego przymiotu dziecięcego".

Dr. med. Leon Wernic, Ordynator Szpitala Św. Łazarza w W-wie — „Klinika chorób wenerycznych i ich leczenie" zajęcia praktyczne.

Dr. med. Jerzy Zalewski. Kierownik Pracowni Bakterjologiczno-serologicznej Szpit. Św. Łazarza w W-wie — „Bakterjologja i serologja chorób wenerycznych" z demonstracją techniki laboratoryjno - rozpoznawczej.

Prof. dr. med. Witold Orłowski — „Cierpienia narządów wewnętrzynych na tle chorób wenerycznych".

Prof. dr. med. M. Semerau Siemianowski — „Schorzenia wewnętrzne a rzeżączka".

Prof. Dr. Jan Mazurkiewicz — „Schorzenia psychiczne na tle kiłowem" z demonstracją chorych.

Doc. dr. med. Marjan Grzybowski — „Powikłania w leczeniu przymiotu".

Doc. dr. med. Adam Straszyński — „Patologja i terapja kiły wrodzonej".

Wykłady i pokazy odbywać się będą w Szpitalu Św. Łazarza, w Klinice Dermatologicznej, oraz na Oddziale chorób skórno-wenerycznych Szpitala Okręgowego Nr. 1 w godzinach 9 — 12. Wpisowe wynosi 20 złotych. Zgłoszenia na kurs przyjmuje Biuro Towarzystwa Eugenicznego (Nowy Świat 1).

Uczestnicy kursu zwiedzą poradnie przeciwweneryczne Ośrodków Zdrowia w mieście Warszawie, Oddział Sanitarno-Obyczajowy Komisarjatu Rządu m. st. Warszawy oraz Przychodnię przeciwweneryczną Oddziału Sanitarno Obyczajowego.

KONKURS

Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy ogłasza konkurs na pracę z zakresu balneologji ze szczególnym uwzględnieniem Krynicy. — Pierwszeństwo mieć będą prace o działaniu wód krynickich na drogi moczowe.

Warunki konkursu:

1) Prace zaopatrzone w obrane godło, winne być przedstawione w 6-ciu egzemplarzach, pisanych na maszynie i przesłane pod adresem Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy, najpóźniej do dnia 15 listopada 1933; w załączonej, zamkniętej i oznaczonej obranym godłem kopercie podane być ma imię, nazwisko i adres autora.

2) Nagrody za przyjęte prace ustalone są, jak następuje: 1-a 1200 zł., 2-a 800 zł., 3-a 500 zł., które w szczególnych okolicznościach będą mogły być połączone.

3) Rozstrzygnięcie konkursu odbędzie sie podczas Zjazdu Lekarzy w Krynicy zimą 1934 r., na którym zgłoszone prace będą mogły być przez autorów referowane.

4) Prace nagrodzone stają się własnością Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy i mogą być przez nie podane do druku.

Prezes:
(—) **Dr. Ludwik Korybut-Daszkiewicz.**

Sekretarz:
(—) **Dr. Mikołaj Bornstein.**

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MEDICAL DES HOPITAUX DE PARIS.

Hopital Tenon (4 rue de la Chine).

Cours de perfectionnement sur les maladies de l'Endocarde, du Pericarde, du Myocarde, de l'Aorte et de l'Artere Pulmonaire.

Ce cours, qui aura lieu du 14 au 24 novembre 1932, sera fait par m. Camille Lian, professeur agrégé, médecin de l'Hôpitaux, Welti, chirurgien des Hôpitaux, A. Blondel, ancien Interne lauréat des Hôpitaux, l'assistant du service, Gilbert-Dreyfus, Even, F. P. Merklen, Odinet, J. Pautrat, P. Puech, Racine, anciens Internes du service, Golblin, assistant d'éléctrocardiographie, Marchal, assistant de radiologie du service, Breant, chef du laboratoire du service, Deparis, interne du service.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections à 11 heures, exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service.

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 heures ½, conférences cliniques avec projections — à 16 heures, démonstration pratique (pression artérielle, pression veineuse, électrocardiographie, métabolisme basal, débit cardiaque, etc) ou exercices cliniques (présentation de malades).

Programme — Lundi 14 novembre: 10 h. M. Lian, remarques générales sur l'examen clinique du coeur — 11 h. M. Blondel, exercices cliniques — 15 h. M. Blondel, endocardites malignes — 16 h. M. Odinet, démonstration de sphygmomanométrie auscultatoire — 17 h. ½ M. Haguenau, endocardite aigue rhumatismale.

Mardi 15: 10 h. M. Lian, conférence — consultation — 15 h. M. Gilbert-Dreyfus, insuffisance mitrale — 16 h. M. Pautrat, démonstration de sphygmomanométrie oscillométrique — 17 h. ½. M. Blondel, rétrécissement mitral.

Mercredi 16: 10 h. M. Lian, insuffisance aortique rhumatismale — 11 h. M. Blondel, exercices cliniques — 15 h. M. Blondel, rétrécissement de l'orifice aortique et de l'isthme aortique — 16 h. M. Golblin, démonstration d'électrocardiographie — 17 h. ½. M. Marchal, la radiologie dans le diagnostic des affections du coeur et des gros vaisseaux.

Jeudi 17: 10 h. M. Blondel, péricardite aiguës et sub-aiguës — 11 h. Mm. Lian et Marchal, démonstration de radiologie cardiovasculaire 15 h. M. Gilbert-Dreyfus, affections valvulaires du coeur droit — 16 h. M. Golblin démonstration d'électrocardiographie — 17 h. ½. M. Haguenau insuffisance aortique syphilitique et insuffisance aortique fonctionnelle.

Vendredi 18: 10 h. M. Lian, conférence-consultation — 15 h. M. Blondel, péricardite chronique et symphyse péricardique — 16 h. M. Blondel, exercices cliniques — 17 h. ½ M. Welti, traitement chirurgical des épanchements et de la symphyse du péricarde.

Samedi 19: 10 h. M. Lian, les données de la phonocardiographie — 11 h. M. Marchal, démonstration de radiologie cardio-vasculaire — 15 h. M. Merklen, cardiopathies traumatiques — 16 h. M. Puech, démonstration pratique de l'examen du coeur à l'autopsie — 17 h. ½ M. Blondel, syndromes myocardiques aigus.

Lundi 21 novembre: 10 h. M. Blondel, Hypodynamie du myocarde — 11 h. M. Lian, exercices pratiques d'interprétation des électrocardiogrammes — 15 h. M. Blondel, infarctus du myocarde — 16 h. M. Blondel, exercices cliniques — 17 h. ½, M. Gilbert-Dreyfus, les troubles myocardiques d'origine thyroïdienne.

Mardi 22: 10 h. M. Lian, conférence-consultation — 10 h. M. Racine, anévrysmes de l'aorte — 16 h. M. Breant, technique de la détermination du métabolisme basal et de la mesure du débit cardiaque — 17 h. ½. M. Blondel, syphilis du myocarde.

Mercredi 23: 10 h. M. Lian, aortites de la crosse — 11 h. M. Blondel, exercices cliniques — 15 h. M. Blondel, artérites pulmonaires — 16 h. M. Even, pratique et valeur sémeiologique de la mesure de la pression veineuse — 17 h. ½. M. Gilbert-Dreyfus, aortites thoraciques et abdominales.

Jeudi 24: 10 h. M. Lian, traitement de l'insuffisance cardiaque — 11 h. M. Marchal, démonstration de radiologie cardio-vasculaire — 15 h. M. Odinet, cardiopathies congénitales — 16 h. M. Odinet, exercices cliniques — 17 h. ½. M. Lian, traitement de l'insuffisance cardiaque.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le Cours; ils pourront ensuite être attaché au service comme médecins stagiaires et éventuellement comme assistants.

Chaque anné, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un Cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en 4 cours: 1) Arythmies — 2) Grands syndromes cardiaques — 3) Artères, veines et capillaires — 4) Endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire.

Le Cours de Juin 1933 portera donc sur les Troubles du rythme cardiaque, et sera suivi d'un voyage d'études à quelques stations hydro-minérales françaises utilisées dans le traitement des affections cardio-vasculaires.

Droits d'inscription 250 francs.

S'inscrire: ou bien à la Faculté de Médecine, tous les jours de 9 h. à 11 h. et de 14 à 17 h. (sauf le samedi), Salle Béclard (A. D. R. M.) ou bien à l'Hôpital Tenon auprès du Dr. Blondel assistant du service soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du Cours.

SPROSTOWANIE.

Skutkiem niedopatrzenia redakcyjnego wkradło się w Nr. 8 r. b., str. 261 wyrażenie określające jedną z partyj politycznych mianem potocznem, ale temu stronnictwu uwłaczającem. Przeoczenie to niniejszem prostujemy.

SANATORJUM DLA CHORYCH PIERSIOWYCH **RUDKA**

ST. MROZY



INSTYTUCJA SPOŁECZNA NIE ZAROBKOWA
KOMITET w WARSZAWIE OSOLINSKICH 4

PHOSPHACID

Dr. ROMANOWSKIEGO.

Wodnoglicerynowy roztwór niedotlenków wapniowo fosforowych i fosforu mineralnego w stanie koloidalnym.

DZIAŁANIE: — Dzięki swej niezakończonej budowie chemicznej PHOSPHACID oddziaływa 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.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
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 VI WARSZAWA 1932 LISTOPAD ZESZYT XI

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

Rwa kulszowa - Ischias.

(Patogeneza, symptomatologja, djagnostyka różniczkowa i leczenie).

podał

DR. MED. FRANCISZEK SIENICKI. (Czyżew).

„Zbyt często u chorych, skarżących się na ból w dolnej kończynie rozpoznajemy rwę kulszową".

(Oppenheim).

Wstęp. Zadaniem mojem, zakreślonem w tym krótkim artykule będzie podać jakiemi drogami winna iść myśl rozpoznawcza lekarza, do którego przychodzi chory z bólem w kończynie dolnej, jak uniknąć, w miarę możności, błędów rozpoznawczych i jak pokierować leczeniem. Nie roszczę bynajmniej pretensji do całkowitego wyczerpania tematu. Ograniczę się do danych, niezbędnych dla lekarza praktyka.

Anatomja. Nerw kulszowy (n. ischiadicus) w połowie, mniej więcej, uda dzieli się na n. strzałkowy wspólny (n. peroneus comm) i n. piszczelowy (n. tibialis). Mimo przebiegu we wspólnej pochewce do połowy uda, włókna tych dwu nerwów idą oddzielnie i wchodzą w skład splotu krzyżowego (pl. sacralis). Oba one dają gałązki do korzonków L_4 (idąc dośrodkowo).

Nerw strzałkowy dochodzi do L_5, S_1, S_2 i dzieli się na n. peron super ficial. i prof. Ten ostatni zaopatruje wszystkie rozginacze goleni i zwrócone do siebie powierzchnie grzbietowe I-go i II-go palca.

Nerw piszczelowy dochodzi do L_5, S_1, S_2, S_3 i daje gałązki do m. obturator int. mm. gemelli, m. quadr. femor, do wszystkich zginaczy uda (oprócz m. biceps. cap. breve), goleni i palców stopy.

Do splotu krzyżowego dochodzą włókna od truncus sympaticus.

Dane anatomiczne pozwolą zwrócić uwa-

gę na zależność przyczyny cierpienia i jego objawów.

Patogeneza i symptomatologja. Rwa kulszowa w większości przypadków jest cierpieniem wtórnem, chociaż zmiany pierwotne są mało uchwytne, a przyczyna tkwi najczęściej w zmianach kręgów lędźwiowych; stąd ucisk wzgl. drażnienie korzonków rdzeniowych idących od splotu krzyżowego.

Z obserwacji i wywiadów od chorych dowiadujemy się, że często przed wystąpieniem bólu w nodze, cierpieli oni na bóle w krzyżu. Łatwo zrozumieć, że przyczyną tych bólów była sprawa chorobowa, tocząca się w sąsiedztwie najbliższem korzonków, idących do splotu wyżej wspomnianego, poczem obniżyła się, wciągając w proces poszczególne części składowe splotu, przechodzące przez otwory międzykręgowe.

Tylko ta część korzonków ulega uciskowi lub podrażnieniu, która wchodzi do rdzenia w części ruchomej, a więc lędźwiowej kręgosłupa.

Korzonki niżej położone nie ucierpią, z powodu braku połączeń stawowych w kości krzyżowej. Tak często spotykany brak punktów bolesnych wzdłuż przebiegu n. kulszowego, również przemawia zatem, że obwodowe części nerwu rzadko biorą udział w cierpieniu. Górna zatem część korzonków splotu krzyżowego (L_4, L_5) jest najczęstszem siedliskiem choroby; przedewszystkiem więc ucierpi n. strzałkowy a potem piszczelowy, nieraz oba jednocześnie (L_4). Że ból w rwie kulszowej ma najczęstszą siedzibę w przestrzeniach międzykręgowych ostatnich kręgów lędźwiowych, potwierdza również i to spostrzeżenie kliniczne, że chory z rwą kulszową przechyla się w bok w stronę nogi zdrowej, ażeby przez boczne wygięcie kręgosłupa (scoliosis ischiadica) zmniejszyć ucisk na korzonki nerwowe; chód tych chorych jest b. ostrożny, nie jak w chorobie Buergera, z unieruchomieniem miednicy w stosunku do kręgosłupa; jeżeli chory się zgina ku przodowi , to zgięcie odbywa się głównie w stawach biodrowych z jaknajmniejszym udziałem kręgosłupa.

Za powyższem ujęciem przemawia również objaw Gara (p. niżej). Zmiany kręgosłupowe często są uchwytne dla oka rentgenologa np. zwapnienie więzadeł, zniekształcenia trzonów kręgowych *(spondylitis, spondyloarthritis, osteomalacia, ostitis deformans (Paget), ostitis fibrocystica (Recklinghausen)*, przerzuty nowotworów złośliwych. Cierpienia te, jeżeli dotyczą ostatnich kręgów lędźwiowych mogą się ukrywać pod maską rwy kulszowej.

Cały szereg jednak przyczyn tkwi w innych zmianach dla oka rentgenologa nieuchwytnych, a do nich należą: przeziębienia, wilgoć, zatrucie, choroby zakaźne, samozatrucie, urazy, ucisk długotrwały na nerw, poród, zastój kału i t. p.

Rozpoznanie rwy kulszowej opieramy głównie na bólach samoistnych i na bolesności w czasie wyciągania nerwu:

1. Objaw Laségue'a — ból w kończynie w czasie zginania jej w stawie biodrowym z wyprostowaniem w stawie kolanowym.

2. Objaw Neri — nachylenie tułowia ku przodowi w pozycji stojącej z kończynami górnemi skrzyżowanemi na piersiach, wywołuje zgięcie kończyny w stawie kolanowym.

3. Niemożność utrzymania się na palcach chorej kończyny.

4. Objaw Fajersztajna-Krzemickiego — ból w chorej kończynie w czasie rozginania wyciągniętej zdrowej kończyny. Pozatem:

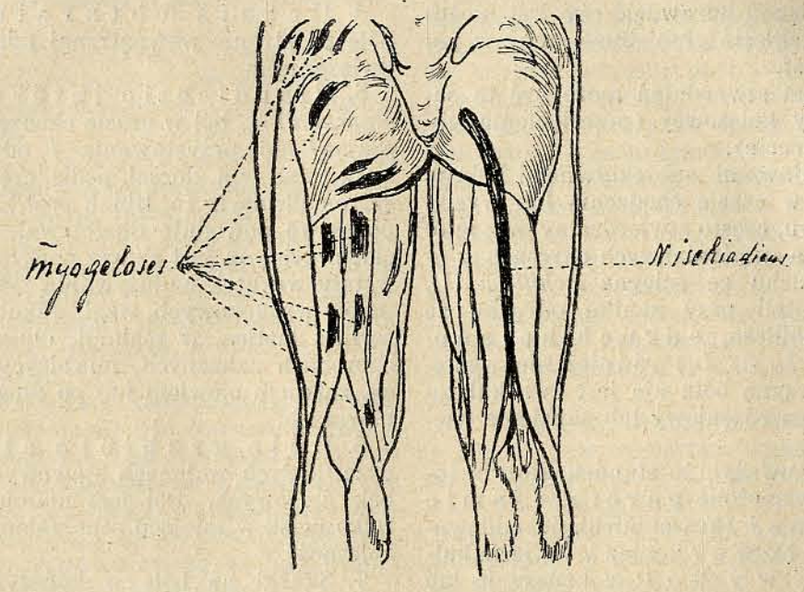
5. Objaw Gara: wrażliwość na ucisk wyrostka ościstego V-go kr. lędźwiowego.

Najpospolitszym z tych objawów jest objaw *Laségue'a*. Że każda rwa kulszowa wyraża się dodatnim *Laségue'em* zdaje się nie ulegać wątpliwości.

Ale nie każdy dodatni objaw *Laségue'a* przemawia za rwą kulszową, jak to słusznie podniósł *Bragard*.

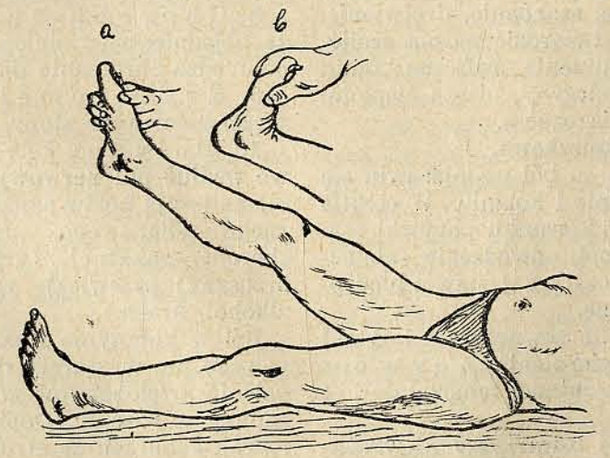
Są cierpienia, które *Lange* objął nazwą: *„pseudoischias"*. Francuzi zaś: *„myo — sciatique"* lub *„sciatique myalgique"* i te dają dodatni objaw *Laségue'a*, choć nie są rwą kulszową.

Cierpienia te polegają na zmianach w mięśniach pośladków i uda, przyczem powstają w nich stwardnienia *(myogeloses)*, bolesne na ucisk i na wyciąganie (rys. 1).



Rys. 1. Umiejscowienie stwardnień mięśniowych w przypadku z „pseudo-ischias" i dodatnim obj. *Laségue'a*. (Wg. *Lange'go*).

W tych przypadkach objaw *Laségue'a* należy wykonać w modyfikacji *Bragard'a:* choremu w pozycji leżącej zginamy kończynę jak przy objawie *Laségue'a*, do chwili wystąpienia uczucia napięcia, poczem zginamy stopę w kierunku grzbietowym — ruchowi temu towarzyszy żywy ból wzdłuż przebiegu n. piszczelowego i kulszowego (rys. 2).



Rys. 2. a) Wywołanie objawu *Laségue'a*. b) Modyfikacja wg. *Bragard'a*. (Wg. *Lange'go*).

Jeżeli zaś rwa dotyczy więcej n. strzałkowego, należy wykonać zgięcie podeszwowe stopy, zginając w tym samym kierunku jednocześnie stopę, I i II-gi palec.

Cierpienia mięśniowe nie dadzą tych objawów, za wyjątkiem rzadkiego umiejscowienia zmian w mięśniach łydki lub znacznego skrócenia ścięgna *Achillesa* np. u kobiet, które noszą b. wysokie obcasy. Stwardnienia należy wyszukać, a w skró-

ceniach ścięgna sprawdzić czy jest możliwe bierne zgięcie grzbietowe stopy w pozycji leżącej.

Przyczyna stwardnień może być ta sama co rwy kulszowej (przeziębienia, infekcja, zatrucie).

Poza objawami subjektywnemi bólu w kończynie w czasie chodzenia lub wyciągania nerwu, często stwierdzamy wzmożenie, a w późniejszych okresach zanik odruchu ze ścięgna *Achillesa* (L_5 — S_2), jeżeli przy zaniku odruchu ze ścięgna Achillesa, odruch kolanowy (ośr. L_2 — L_4) również nie występuje, przyczyną bólu nie jest rwa kulszowa, a proces rdzeniowy lub zapalenie wielonerwowe.

Erben zauważył, że stanom, którym towarzyszy wzmożone parcie w jamie brzusznej (kaszel, kichanie, oddawanie kału), towarzyszy w rwie kulszowej żywy ból w kończynie lub pośladku.

W innych cierpieniach, wywołujących ból w kończynie (coxitis, osteochondritis deform. *Perthes-Calvé*, meralgia paraesthetica, morb. *Buergeri*, procesy rdzeniowe lub rozgrywające się w stawach stopy i t. p.), tłocznia brzuszna nie wywołuje bólu.

Niekiedy rozpoznanie ułatwia skarga chorego na rwanie, szarpanie, drętwienie, mrowienie, dalej stwierdzić można scoliosis ischiadica, zaburzenia troficzne: zanik części miękkich kończyny, niższa ciepłota, niekiedy zaburzenia czucia.

Djagnostyka różniczkowa.

1. Coxitis — ból umiejscawia się głównie w pachwinie i kolanie. W coxitis acuta uderzenie w kierunku panewki stawowej wywołuje ból, odwodzenie (abductio) i skręcanie (rotatio) w stawie biodrowym b. ograniczone.

2. Bóle po stronie zewnętrznej i tylnej uda mogą dawać cierpienia nerwów skórnych: n. cutanei femor. later. et post.

Cierpieniom tym towarzyszy niewrażliwość na dotyk, niezniesione jest natomiast czucie bólu np. przy uszczypnięciu.

Jest to t. zw. „anaesthesie dolorose". Bóle nie dochodzą do kostki.

3. Meralgia paraesthetica — cierpienie, które trwa miesiące i lata, umiejscowione, rzadko występuje w cukrzycy lub towarzyszy wiądowi.

4. Hernia obturatoria — bóle po stronie wewnętrznej uda, objawy uwięzgnięcia.

5. Claudicatio interm. (morb. *Buergeri)* — ból w czasie chodzenia, zmuszający do przystawania i odpoczynku, brak tętna w a. dorsal. pedis, często i w a. retromalleolaris (a. tibial. post.), ucisk na podeszwę powoduje długotrwałe zblednięcie; przyczyną jest skurcz naczyniowy, powstały wskutek nadużywania tytuniu, napojów wyskokowych, wzgl. wskutek endarteriitis luetica, w malarji, długotrwałych chorobach zakaźnych, miażdżycy, cukrzycy, zatruciu ołowiem lub po długich przemarszach.

6. Bóle grzbietu stopy w przewlekłych zmianach stawowych i torebek śluzowych. Ból jest umiejscowiony; tylko ucisk w miejscu schorzałem wzmaga bolesność.

7. Skargi na bóle w kończynie mogą tylko współtowarzyszyć jakiemuś poważniejszemu cierpieniu: zmiany w narządach miednicy (ciąża, perimetritis, nowotwory gr. krokowego, pęcherza, prostnicy, macicy, jajników), zmiany w rdzeniu, rozszerzenie żył, zatory pni żylnych, samozatrucie, zatrucie, ostre zakażenia, zaczopowanie żył w mięśniach łydki i t. p.

8. Choroba Raynaud'a — ból ze zblednięciem i sinicą stopy, często ją poprzedza chromanie przestankowe.

9. Erythromelalgia — ból z zaczerwienieniem stopy, poty.

10. Polyneuritis — bóle uciskowe wzdłuż pni nerwowych nie identyczne z lokalizacją bólów samoistnych, zanik odruchu kolanowego, przebycie przedtem choroby zakaźnej (grypa, błonica, dur brzuszny) przewlekłe zatrucie (cukrzyca, alkohol, arsen.).

Ból w kończynie i zanik odruchu kolanowego nie wystarczy do rozpoznania zapalenia wielonerwowego; mogą je dawać zmiany w rdzeniu. Dopiero bóle uciskowe i brak zaburzeń ze strony pęcherza przemawia za polyneuritis. Obustronność cierpienia wyklucza rwę kulszową.

11. Kurcz łydki występuje po znacznych utratach płynów ustrojowych (cholera nostras), w czasie pływania w zimnej wodzie, po wyczerpaniu mięśni marszami, w zatruciach (nikotyna, alkohol, strychnina). Dotknięty mięsień jest twardy i występuje raptowny nieznośny ból.

12. Ostitis *(Paget)* lub ostitis fibrocystica — periostitis luetica — zgrubienia okostnowe, zmiany rentgenologiczne.

13. Osteomyelitis — wysoka gorączka, ból trzonu kości udowej, złe samopoczucie, młody wiek, obrzęk.

14. Stwardnienia mięśni (myogeloses) — objaw piszczelowy *Bragard'a* i strzałkowy — ujemne, brak bolesności uciskowej po powleczeniu skóry parafiną lub tłuszczem, wzdłuż przebiegu n. kulszowego.

15. Nerwice (neurastenja, hysteria, melancholja) mogą być również powodem bólu w kończynie. Bóle te jednak są zmienne co do umiejscowienia i nasilenia, nie idą wzdłuż przebiegu anatomicznego nerwów, zmniejszają się po odwróceniu uwagi chorego, słowem zależą od jego bujnej wyobraźni i przewrażliwienia.

Leczenie rwy kulszowej rozpada się na leczenie choroby podstawowej, w której rwa występuje jako jeden z jej objawów, a jeżeli tego stwierdzić nie możemy, leczymy w sposób niżej podany.

W okresie ostrym, wychodząc z założenia, że najczęstszą przyczyną rwy bywa ucisk lub drażnienie korzonków rdzeniowych splotu krzyżowego, należy chorego ułożyć do łóżka, a jeżeli tylko w czasie chodzenia odczuwa ból, a chodzić jest zmuszony wywołać:

1. Sztuczną skoljozę, co udało się *Strasserowi* przez nałożenie grubej podeszwy pod but z chorą kończyną, poczem bóle uśmierzały się.

2. Zastosować procedury cieplne na krzyż i chorą kończynę: worek gumowy lub butelki z gorącą wodą, termofor elektr., piasek, aparat Polano i t. p.; nie stosować kąpieli.

3. Wywołać przekrwienie skóry: bańki, suchy kataplazm przeciwgośćcowy (Motor), pryszczydła, liniment. ol. sinapis (15%), Tinc capsici, 10% liq. ammonii caust., 10% ung. c. ol. sinapis. Okład należy zrobić na krzyż, pokryć ceratką, owinąć flanelą i potrzymać 2 — 3 godziny; dla wzmocnienia działania na wierzch okładu nałożyć worek lub butelki z gorącą wodą. Procedurę powtarzać codziennie aż do wywołania silnego przekrwienia wzgl. słabego zapalenia skóry.

Osobiście od kilku lat stosuję points de feu zapomocą żegadła Paquelin'a na okolicę krzyża wzdłuż przebiegu n. kulszowego, w razie potrzeby po 4 — 5 dniach powtarzam ten zabieg; po przyżeganiu nakłada się pas przeprasowanego płótna, potem flanelę i na to butelki lub worek z gorącą wodą. Prócz przekrwienia, uzyskanego odrazu po przyżeganiu, w miejscach przyżegania zbiera się nieco płynu surowiczego, który działa jak łagodna proteino — wzgl. autoserotorapja.

Jednocześnie wstrzykuję dożylnie lub domięśniowo: atophanyl, chinophanyl, varicosan, erbephanyl z cibalginą lub dialem.

4. Niektórzy stosują procedury napotne w postaci wysokich dawek natr. salicyl. np. 15 — 25 gr. dziennie z podwójną ilością sody w 8 — 10 dawkach, rozpuszczonych w 100 gr. wody (metoda *Danielopolu* w gośćcu) i pilokarpinę (0,01 gr. dziennie podskórnie).

Po pilokarpinie zauważyłem w przypadkach rwy, połączonej z causalgją (mrowienie, drętwienie i t. p.), zależnej prawdopodobnie w dużej mierze od układu autonomicznego — znaczne polepszenie. Do wewnątrz podaję: veramon, cibalginę, mieszaniny jak np. Melubrini 0,4, pyramidoni 0,25, Diali 0,05 — 0,1, aconitini nitr. 0,0001, S. 2 — 3 razy dziennie po 1 proszku: lub Sol. calcii bromati 15,0:200,0, antipyrini 0,3, codeini phosph. wzgl. morphii mur. 0,12. S. 3 razy dziennie po łyżce stołowej.

Obok procedur wyżej wymienionych zaleca się pacjentowi: leżenie w łóżku w ciągu 2-ch tygodni; jeżeli następuje poprawa, chory jeszcze w przeciągu 2 — 3 tygodni winien się chronić: a) nosić lub podnosić jakiekolwiek ciężary, b) nie chodzić boso, c) nie siadać na krawędzi siedzenia twardego i bez oparcia, d) w porze deszczowej przebywać w domu, wystrzegać się przeciągów i conajważniejsze: e) nie spółkować, chyba że, w razie choroby męża, żona przyjmie pozycję męża, tak ażeby jego art. sacro-iliaca i kręgi lędźwiowe pozostały unieruchomione. Jeżeli zabiegi wyżej wymienione nie dają poprawy w przeciągu 4-ch tygodni, przechodzimy do szczepień, leczenia bodźcowego, masaży i kąpieli leczniczych.

5. Szczepień dokonywamy: a) szczepionką Ponndorffa B. *(Haut-*

Misch-Impfstoff B.). Technika szczepień dołączona jest do fjolek. Widziałem b. dobre skutki.

b) szczepienia „Cutivaccina" *Paul'a* nie dawały mi pożądanych wyników.

c) Vaccineurina natomiast okazała się b. dobrym środkiem, który dość często stosuję. W jednym przypadku nie otrzymałem po niej polepszenia, przeszedłem na szczepienia Ponndorffa i cierpienie ustąpiło po 5 szczep.

d) neuroyatren — podobnie jak vaccineurina zasługuje na stosowanie. Ze względu na opakowanie 25-cio gr. wstrzykiwania można indywidualizować.

6. Terapja bodźcowa: mleko (5 cm.³ domięśniowo), lactosteril (1 — 2 — 10 cm.³), aolan, caseosan, yatren—casein, a następnie novoprotin, kw. nukleinowy, pepton, siarka, terpichin, sufrogol i t. p.

Osobiście niekiedy już w 3-im tygodniu choroby wstrzykuję mleko (5 cm.³) i 1 cm.³ yatren-caseiny mocnej, wraz z atophanylem i cibalginą, co jest wygodne dla chorych ambulatoryjnych, jeżeli po I-ej serji bóle nie zmniejszają się, na 4 — 5 dzień powtarzam to samo.

7. Elektroterapja: a) galwanizacja od drugiego tygodnia choroby, w komorze wodno-elektrycznej lub zwyczajnie (+) na ostatn. kręgu lędźwiowym, (—) w podbrzuszu; wzgl. (—) nad for. ischiad. maj., (+) wzdłuż przebiegu nerwu. Siła prądu do 30 mA. Czas trwania 10 — 15 min.

Nieraz zmieniamy kilka razy kierunek prądu w czasie jednego seansu i to daje dodatni wynik.

W okresach późniejszych próbujemy galwanofaradyzacji a nawet samej faradyzacji, o ile nie wzmaga się ból po tych zabiegach.

b) Elektrojonizacja: roztworem antipyriny 3 — 5%; w neuritis n. ischiadici 3 — 5% roztw. natr. salicyl. lub 3 — 5% roztw. natr. jodici (katoda).

c) Diatermja i d'Arsonwalizacja wpływają kojąco na ból.

8. Wstrzykiwanie: okołonerwowe, donerwowe *(Lange)*, epiduralne Cathelin'a, oksygenoterapja, wstrzyk. powietrza wyjałowionego, azotu i t. p. często pozostają bez efektu.

9. Wyciąganie nerwu w uśpieniu lub znieczuleniu lędźw. w ciężkich przypadkach z początku bezkrwawe, w razie potrzeby krwawe — daje znaczny odsetek wyzdrowień.

10. W jednym przypadku b. opornym na leczenie sposobami wyżej podanemi, a ból utrzymywał się głównie w krzyżu i stamtąd promieniował do tylnej części uda, udało mi się osiągnąć wyleczenie przez 4-ro krotne wstrzykiwanie w mięśnie lędźwiowe w miejsce najbardziej bolesne 1 — 2 cm.³ 5% roztw. natr. jodati z dodatkiem ½% novocainy, połączone z 3-ma wstrzyk. domięśn. 0,5 — 1 cm.³ neuroyatrenu, co 3-ci dzień, coby potwierdzało korzonkowe pochodzenie rwy kulszowej.

Streszczając się pragnę zaznaczyć, że:

1. rwę kulszową należy leczyć postępowaniem, skierowanem głównie na okolicę krzyża,

2. z początku przekrwieniem, a potem, gdy zajdzie potrzeba szczepieniami i terapją bodźcową, wreszcie

3. po 2 — 3 miesiącach mało lub bezskutecznego leczenia należy wysłać chorego do źródeł termalnych (Ciechocinek).

PIŚMIENNICTWO.

K. Orzechowski. Rozpoznanie i leczenie rwy kulszowej — 1930.

S. Erben. Ischias u. verwandte Zust. (M. M. Wschr. Nr. 26 — 1932).

M. Lange. Ischias u pseudoischias. Diffdg. Bhdl. (M. M. W. Nr. 35 — 1932).

Cornelius. D. Bedeutung d. aerztl. Heilmass. f. Ischias u. s. w. (M. M. W. 6r. 35 — 1932).

K. Bragard. Ueber d'Laséguesche Phaenomaen. (M. M. W. Nr. 9 — 1928).

W sprawie dawkowania passifloriny w nerwicach na tle histerycznym.

podał

DR. MED. JÓZEF STAWECKI.
Maków-Mazowiecki.

W ciągu ubiegłego roku miałem możność obserwowania 3 wypadków nerwic o uporczywym przebiegu i o znacznej oporności na środki lecznicze.

Podaję zaś je do wiadomości kolegów, gdyż spotkałem się kilkakrotnie z mniemaniem, że Passiflorina wywiera jedynie działanie nasenne.

Przypadek 1. P. W. M. lat 39 żona ziemianina. Przed pół rokiem na skutek nieporozumień rodzinnych wystąpiła nagła drażliwość, stały niepokój, napady lęku, oraz „bicie serca". Mimo starannego leczenia, dolegliwości wzrastały, ostatnio chora na najmniejszą podnietę, nawet wzrokową, reaguje zerwaniem się z łóżka krzykiem oraz zdradza chęć ucieczki.

Wezwany przypadkiem znalazłem chorą podnieconą, niespokojną; na mój widok wyciąga olbrzymią kartę papieru ze spisem swych skarg. Z trudem udaje mi się przebrnąć przez potop wymowy. Dopiero po wyczerpaniu litanji mogłem przystąpić do badania.

Chora wychudzona, t. 36,7, tętno 69 — 90 na minutę zmieniające tempo co 20 — 30 sek. średnio napięte i napełnione, wszystkie odruchy wzmożone, prawa źrenica nieco większa od lewej, reakcja na światło b. szybka, chwilami występuje nystagm poziomy. Dermografizm — czerwona pręga utrzymuje się do 10 minut.

Zmian patologicznych w narządach wewnętrznych nie znalazłem. Nie rodziła i nie roniła, miesiączki co 4 tygodnie, trwające do 5 dni niebolesne, skąpe.

Chora, z przepisu kolegi, używa 3 — 4 gramy NaBr dziennie, nie licząc walerjany, którą pije bez miary, mimo tego, a może dla tego, skarży się na bezsenność, próbowała zmniejszyć dozy, a nawet 2 dni nie brała nic, jednak czuła się znacznie gorzej.

Rozpoznałem nerwicę o znacznym podkładzie Hy (chorą znam z czasów panieństwa, zdradzała objawy Hy i wtedy).

Zaleciłem odstawienie dotychczasowych środków; natomiast co 3 godziny łyżkę stołową Passifloriny.

Po 3 dniach byłem wezwany powtórnie. Dolegliwości prawie ustąpiły, śpi dobrze. Chora spokojna, apetyt znacznie lepszy, uskarża się tylko na osłabienie. Niepokój znikł, odruchy nieco żywsze niż normalne. Zaleciłem stopniowe zmniejszanie dawki. Po 2 tygodniach mogła powrócić do swych zajęć. Obecnie tylko po dniach wymagających większej pracy używa 1 łyżeczkę Passifloriny na noc.

Obserwuję pacjentkę do dziś i nie zauważyłem żadnych śladów chorobowych.

Przyp. 2, panna S. lat 26. Od paru dni uporczywe bóle głowy, zmienność nastroju, wymioty, drażliwość, bezsenność, znaczna pobudliwość. Zmian patologicznych niema. Odruchy wzmożone, tętno od 81 — 105 na minutę, zmienia się co 20 — 40 sek. Reakcja na światło szybka, dermografizm — pręga czerwona występuje natychmiast i trwa do 9 minut. Bierze 3 razy dziennie po 0,5 NaBr, prócz tego 3 pastylki Bromuralu. Zaleciłem co 3 godziny łyżkę stołową Passifloriny.

Na drugi dzień zmuszony byłem podnieść dawkę Passifloriny, wskutek szybko przemijającego działania do 2 łyżek stołowych co 2 godziny. Po dalszych dwu dniach (licząc od podniesienia dawki) wszelkie objawy ustąpiły. Obecnie czuje się dobrze i leku nie używa.

Przyp. 3, panna Ł. S., lat 18, izraelitka. Od paru tygodni niepokój, nudności, drżenie rąk, „bicie serca".

Zmian patologicznych nie stwierdza się. Odruchy wzmożone, czerwona pręga na skórze występuje po 10" utrzymuje się do 14'. Pacjentka sprawia wrażenie ptaka złapanego w sieci.

Wątła, wychudzona, niema apetytu.

Zażywała dotąd walerjanę, przepisaną wraz z bromem w kroplach po 30 — 3 razy dz. Zaleciłem 3 razy dz. po łyżeczce Pass. po 3 dniach podniosłem dawkę do łyżki stołowej co 3 godziny. Po 5 dniach wszystkie objawy zginęły.

W tych trzech przypadkach leczonych przedemną przez innych kolegów, w przeciągu czasu od 5 dni (przyp. 2-gi) do 7 miesięcy (przyp. 1) preparatami bromowemi bez skutku, zmuszony byłem przekroczyć zwykłe dawki Pass. kilkakrotnie.

Zaznaczam, że żadnych ubocznych objawów nie zauważyłem. Chore chętnie przyjmowały lek, działanie występowało stosunkowo szybko.

Wśród zaś powodzi leków uspokajających, jakiemi rynek jest od dłuższego czasu zasypywany Pass. wyróżnia się tem, iż nie zawiera żadnych narkotyków, bądź z grupy pochodnych kwasu barbiturowego, bądź roślinnych.

Stosowanie nawet tak dużych dawek jak np. w przypadku 2-gim, dochodzących do 24 łyżek stołowych dziennie, nie wywoływało żadnych objawów ubocznych, w postaci oszołomienia, zawrotów głowy, które tak często obserwuje się po nawet zwykłych dawkach pochodnych kw. barbiturowego.

Wobec tego niezrozumiałem jest dla mnie stanowisko niektórych kolegów, którzy odnoszą się sceptycznie do niektórych leków roślinnych, uważając również Passiflorinę za lek o działaniu słabem.

Przypuszczam jednak, że 1-mo podają zbyt małe dawki, uważając dawki podane przez firmę za maksymalne, bądź też przy badaniu przeoczą jakąś niewielką zmianę patologiczną i nie starają się leczyć podstawowo, a jedynie objawowo.

W zakończeniu zanaczyć pragnę, że Passiflorina jest lekiem zupełnie nieszkodliwym, gdyż ja sam wypiłem pewnego dnia po silnem zdenerwowaniu około 50 gramów — ½ buteleczki próbnej na raz i poza lekką sennością, zresztą szybko przemijającą, żadnych ujemnych skutków nie zauważyłem, — zdenerwowanie natomiast szybko minęło.

PHOSPHACID

Dr. ROMANOWSKIEGO.

Wodnoglicerynowy roztwór niedotlenków wapniowo-fosforowych i fosforu mineralnego w stanie koloidalnym.

DZIAŁANIE: — Dzięki swej niezakończonej budowie chemicznej PHOSPHACID oddziaływa 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.

BOLEASE MONAL

POTĘŻNY ŚRODEK w SCHORZENIACH WĄTROBY I JELIT
DZIAŁANIE na WĄTROBĘ; ŻÓŁCIOPĘDNE, GLIKOGENOTWÓRCZE, ANTYTOKSYCZNE; TONIZUJĄCE.

DZIAŁANIE
NA JELITA: TRAWIENNE,
PERYSTALTYCZNE,
PRZECIWKOAGULACYJNE,
PRZECIWGNILNE.

CAŁKOWITY WYCIĄG
z ŻÓŁCI i BOLDO



L. NASIEROWSKI
WRSZAWA KALISKA 9. TEL. 724-39, 630-42



PRZECIWKO:
REUMATYZMOWI
ARTRETYZMOWI
OTYŁOŚCI
KRZYWICY
CHOROBOM KOBIECYM

LANGBEINIT

SÓL KĄPIELOWA -RADJOAKTYWNA

dla
DOROSŁYCH i DZIECI

Skład główny: — L. NASIEROWSKI, — Warszawa Kaliska 9.

ALLOCHRYSINE Lumière

(Sól złotowa siarczanu sodowego tioglicerydu)

Działanie lecznicze złota zawartego w Allochrysine spotęgowane jest łatwo odszczepiającą się cząsteczką SIARKI in statu nascendi.

Stosowana 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 wstrzyknięcie tygodniowo.

3) **GOŚCIEC STAWOWY, PRZEWLEKŁY**
1 do 2 wstrzyknięć 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 W P P. Lekarzy.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Leczenie hipoglikemji. (Traitement de l'hypoglycémie). S i g w a l d.
Journal médical français. Nr. 7. 1932.

Objawy hipoglikemji leczy się zawsze jednakowo niezależnie od ich przyczyny, jednakże poznanie etiologji jest konieczne, aby zapobiedz występowaniu kompleksu hipoglikemicznego w przyszłości.

W przypadkach lekkiej hipoglikemji wystarcza w zupełności podanie pewnej ilości cukru, najlepiej od 20 — 40 gramów; naogół 25 gramów wystarcza, by zniknęły wszystkie objawy. Przy objawach cięższych cukier powinien być podany śródżylnie, w rozczynach 20 — 30%, albo w lawatywach kroplowych. Glukoza działa w tych przypadkach szybciej od wszystkich innych cukrów. Jeżeli wstrzyknięcie glukozy nie dało wyraźnego wyniku albo objawy występują na nowo, należy ponownie zastosować glukozę, dodając podskórnie 0.001 adrenaliny. Ta ostatnia działa jednak tylko wtedy, jeżeli chorzy posiadają dostateczne zapasy węglowodanowe. Oprócz tego działa korzystnie kofeina, pod której wpływem znikają również objawy hipoglikemiczne. chlorek wapnia zmniejsza drgawki, wreszcie chorych trzeba utrzymywać w spokoju i w cieple, zastosowując małe dawki środków nasercowych. Po ciężkich objawach hipoglikemji chorzy powinni przynajmniej przez kilka godzin pozostawać pod stałą obserwacja, gdyż niebezpieczne objawy mogą się powtórzyć. Przy hipoglikemji samoistnej leczenie objawowe polega również na podaniu węglowodanów, ale należy doszukiwać się istotnej przyczyny cierpienia i wtedy zastosować odpowiednie leczenie. Leczenie chirurgiczne jest konieczne w przypadkach, gdy się ma do czynienia z usuwalnemi guzami trzustki; przy niewydolności nadnerczy podawanie ich wyciągów i stosowanie adrenaliny może zmniejszyć objawy. Jeżeli hipoglikemja jest wywołana błędami djetetynemi należy odpowiednio zmienić odżywianie, tam gdzie podawano za mało węglowodanów należy je powiększyć, jednak w przypadkach hipoglikemji pochodzenia odruchowego, wywołanej spożywaniem dużych ilości węglowodanów trzeba te ostatnie zmniejszyć a szczególnie podawać je w małych ilościach. Przy hipoglikemji okresu karmienia należy ograniczyć karmienie i przed nim zawsze podawać węglowodany. Również i przed ciężką pracą fizyczną należy spożywać węglowodany, aby uniknąć później objawów hipoglikemicznych.

Hipoglikemje samoistne. (Les hypoglycémies spontanées). S i g w a l d.
Journal médical français. Nr. 7. 1932.

Hipoglikemja samoistna występuje poza granicami wszelkiego działania leczniczego. Hipoglikemja to zjawia się czasami u ludzi dorosłych przyczem wystąpić mogą objawy różne od najlżejszych do najcieższych. Bywa jednak i tak, że stwierdza się przypadkowo spadek cukru we krwi bez żadnych objawów.

Objawy hipoglikemji spontanicznej bywają bardzo różne. Chorzy najczęściej cierpią od kilku lat na różne dolegliwości, których cechą wspólną jest to, że występują w pewnych porach dniach najczęściej przed jedzeniem. Często jest to przesadzone uczucie głodu, czasami towarzyszy mu ogólne złe samopoczucie, niepokój, zdenerwowanie. Naogół po jedzeniu objawy te znikają, z tego też powodu chorzy ci jedzą częściej, doprowadzając czasem do powstania nawet znacznej otyłości. Z biegiem czasu jednak przykre objawy nasilają się, uczucie głodu, nerwowość, niepokój, zmęczenie staje się coraz silniejsze, mogą wystąpić drgawki i konwulsje przyczem na zaostrzenie stanu wpływają silniejsze zmęczenie, zaziębienie, zmiana odżywiania. Chorzy tacy bardzo często są leczeni przez długie lata bądź jako chorzy przewodu pokarmowego, bądź jako sercowi albo neuropaci. Wreszcie gdy wszystkie sposoby leczenia zawiodą i gdy zwróci się uwagę na systematyczne występowanie dolegliwości przed jedzeniem i ich znikanie po spożyciu pokarmów, zostaje czasami postawione prawdziwe rozpoznanie. U chorych takich stwierdza się naogół na czczo nizki poziom cukru we krwi (od 0, 50 — 0,70). Po spożyciu węglowodanów poziom cukru podnosi się do wysokości prawidłowej, ale wkrótce wraca do poziomu, stwierdzonego na czczo. Zmęczenie fizyczne wpływa jeszcze bardziej na ten spadek i w ciągu dnia spostrzega się większe spadki glikemji po pracy jak w spokoju. Podawanie węglowodanów może przez długi okres czasu wpływać dodatnio na zaburzenia, ale te ostatnie mogą się tak dalece powiększyć, że odżywianie już nie wystarcza by je usunąć, aż wreszcie przy zaostrzeniu należy się uciec do śródżylnych wstrzykiwań glukozy. Stwierdzono jednak przy przypadkowych badaniach poziomu cukru we krwi, że czasami hipoglikemje bardzo znaczne, bo dochodzące do 0,40, mogą przebiegać bez żadnych objawów klinicznych. Wyświetlenie przyczyn hipoglikemji spontanicznej łączy się z mechanizmem całej przemiany węglowodanowej. Poziom cukru we krwi jest regulowany z jednej strony przez nadnercza i wydzielanie adrenaliny, która go podnosi, z drugiej strony przez wewnętrzne wydzielanie trzustki, która go obniża. Działanie insuliny jest wzmagane przez wydzielinę jajnika i gruczołów ślinowych, działanie nadnerczy przez przysadkę mózgową i tarczycę. Układ nerwowy zapewnia sprawne działanie antagonistycznych układów gruczołowych. Po spożyciu węglowodanów podwyższenie poziomu cukru we krwi drażni ośrodki nerwowe i poprzez nerw błędny wywołuje większe wydzielanie insuliny przez trzustkę, co obniża poziom cukru, równocześnie i wydzielanie adrenaliny jest zahamowane. Skłonność do hipoglikemji, która wtedy powstaje prowadzi jednak znowu do wzmożonego wytrząsania adrenaliny. W ten sposób poziom cukru we krwi z nic-

znacznemi wahaniami po spożyciu pokarmów pozostaje jednak na pewnej stałej wysokości. Zaburzenie tego mechanizmu może dotyczyć w pierwszej linji wydzielania gruczołów, które może się zmienić na tle organicznem albo czynnościowem. Hipoglikemję w pierwszej linji mogą wywołać zaburzenia w wydzielaniu trzustki przyczem nadmierne wydzielanie insuliny może nastąpić na skutek organicznych zmian trzustki, jej nowotworów dobrotliwych albo złośliwych. Są opisywane przypadki, w których po usunięciu małego gruczolaka trzustki zniknęły ciężkie objawy hipoglikemji. W jednym przypadku, w którym śmierć nastąpiła po ciężkich atakach hipoglikemji stwierdzono hyperplazję wysepek Langerhansa, opisany jest także przypadek pancreatitis jako przyczyny hipoglikemji. Najczęstszą jednak przyczyna tej ostatniej są zaburzenia czynnościowe w wydzielaniu wewnętrznem trzustki. Nadmierne wydzielanie insuliny istnieje prawdopodobnie w tych wszystkich przypadkach hipoglikemji spontanicznej, w których nie można wykryć żadnej zmiany organicznej trzustki lub innych gruczołów. Zmiany wydzielania trzustki wywołują naogół hipoglikemje o przebiegu lekkim, będące raczej dla chorych przykrością niż chorobą lub niebezpieczeństwem.

W tych przypadkach wystarcza zmiana sposobu odżywiania aby usunąć wszystkie dolegliwości, chorzy jedzą nieco częściej albo mają parę kawałków cukru przy sobie. aby je spożyć w razie wystąpienia objawów. Bardziej złożone są te przypadki, w których z hipoglikemją łączą się zaburzenia innych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, tarczycy, nadnerczy i przysadki mózgowej. Zrozumiałem jest bowiem, że zaburzenia układów gruczołowych, które działają antagonistycznie w stosunku do insuliny muszą również obniżać poziom cukru we krwi. Stwierdza się wobec tego hipoglikemję przedewszystkiem w przebiegu cierpień nadnerczy, w chorobie Addisona, a także przy przewlekłej lub ostrej niewydolności nadnerczy szczególnie w przypadkach gruźlicy płucnej; przy zaburzeniach wydzielania tarczycy stwierdzano ją w przebiegu obrzęku śluzowatego, jednakże nie daje ona wtedy objawów. Ponieważ układ nerwowy reguluje przemianę węglowodanową mogą i jego zaburzenia wpływać na poziom cukru we krwi, to też stwierdzano hipoglikemję w przebiegu chorób nerwowych, w epilepsji, neurastenji i t. d.

Hipoglikemja zjawia się często w postaci odczynu, który jest zjawiskiem fizjologicznem u ludzi zdrowych, jednakże może się zaakcentować i występować w sposób przesadny u ludzi odżywiających się bardzo obficie. W warunkach prawidłowych po spożyciu węglowodanów poziom cukru we krwi w pierwszych minutach obniża się, poczem mniej więcej w ciągu godziny podnosi się, poczem znowu opada najczęściej nieco poniżej poziomu pierwot., pozostając jednakże jeszcze w granicach prawidłowych. Tam gdzie mechanizm regulacyjny jest nadzwyczajnie wrażliwy wtórny spadek poziomu cukru we krwi jest bardzo znaczny, może dojść do 0,50 — 0,40 i wtedy zjawiają się kliniczne objawy hipoglikemji. Ten stan występując z jednej strony u osób nerwowych z wrażliwym mechanizmem regulacyjnym zjawić się może w końcu i u tych ludzi, którzy, jedząc dużo, drażnią stale swą trzustkę i doprowadzają do jej wzmożonego wydzielania. Hipoglikemja ze wszystkimi jej objawami może być wreszcie wywołana i niedostatecznem odżywianiem (post), zaburzeniami w odżywianiu, (rozwolnienia, wymioty) nadmiernem wydzielaniem węglowodanów, (diabetes renalis) wreszcie wyczerpaniem zapasów węglowodanów np. po dłuższym i cięższym wysiłku fizycznym.

Po wysiłku spostrzegano, że objawy zmęczenia występują równolegle do obniżającego się poziomu cukru we krwi. Stopniowe zmniejszanie zapasów węglowodanowych, prowadzące do objawów hipoglikemji, opisywano przy cierpieniach wątroby i rzadziej w cierpieniach mięśni.

Autor zwraca uwagę, że stwierdzenie hipoglikemji może być trudne, jednakże gdy się już raz ma podejrzenia w tym kierunku, oznaczenie cukru we krwi ułatwi rozpoznanie hipoglikemji, której istoty trzeba się doszukiwać za pomocą dalszych systematycznych badań, dotyczących przedewszystkie zaburzeń przemiany węglowodanowej i wydzielania wewnętrznego, przedewszystkiem trzustki, dalej nadnerczy, tarczycy i przysadki mózgowej. Tam, gdzie niema wyraźnych zmian, należy przypuszczać, że się ma do czynienia z hipoglikemją pochodzenia trzustkowego. Przy ciężkich objawach klinicznych i znacznej hipoglikemji wskazany jest zabieg.

O cechach klinicznych hipoglikemji. (Signes cliniques de hypoglycémie). S i g w a l d.

Le Journal médical français. Nr. 7. 1932.

Objawy kliniczne hipoglikemji są bardzo liczne i mogą dotyczyć różnych układów. Odróżnia się więc objawy naczynioruchowe, sercowe, objawy ze strony przewodu pokarmowego i wreszcie objawy nerwowe. Te ostatnie są najczęstsze, gdyż układ nerwowy zdaje się być najbardziej wrażliwym na obniżenie poziomu krwi. Objawy te są zawsze jednakowe niezależnie od sposobu w jaki hipoglikemja powstała, czy to z powodu podania insuliny, czy też samoistnie. Występują one zawsze w pewnym porządku i zależnie od ich nasilenia odróżnia się hipoglikemję lekką, średnią i ciężką, kończącą sie zapaścią. Objawy ogólne polegają naogół na uczuciu znużenia i zmęczenia tak silnego, że czasami wszelka praca staje się niemożliwa. Zmęczenie to bywa czysto fizyczne, chorzy mają uczucie, że się ruszyć nie mogą i znużenie to znika dopiero po spożyciu kawałka cukru; w innych przypadkach zmęczenie jest czysto psychiczne, dotknięci nim mają wrażenie pustki w głowie z trudnością pojmują co się do nich mówi. W przypadkach dłuższej i cięższej hipoglikemji ciepłota ciała opada. Jednym z dalszych najczęstszych objawów jest poczucie głodu, czasami tak silne, że pociąga za sobą ogólne osłabienie, zdenerwowanie, uczucie lęku. Z uczuciem głodu łączą się czasami bóle w okolicy żołądka, które może są wywołane skurczami żołądka. Skurcze takie spostrzegano w następstwie hipoglikemji, wywołanej doświadczalnie bez użycia insuliny. Są one bardzo silne przy hipoglikemji lekkiej, natomiast przy znaczniejszym spadku poziomu cukru we krwi np. poniżej 0,45%, żołądek jest zupełnie atoniczny. Spadkowi poziomu cukru we krwi towarzyszy większe wydzielanie soku żołądkowego, wiesza jego kwaśność. Rzadkim ale poważnym objawem hipoglikemji jest hematamesis.

Objawy sercowe hipoglikemji nie są charakterystyczne, wyrażają się one często w przykrych uczuciach koło serca, biciem serca. Natomiast u chorych sercowych hipoglikemja może mieć następstwa bardzo poważne, mogą wystąpić objawy niedomogi serca, a nawet spostrzegano nagłą śmierć u chorych z dusznicą bolesną, leczonych insuliną. Zachowanie się ciśnienia krwi nie jest zupełnie jednolite. U osób zdrowych, u których wywołuje się hipoglikemję doświadczalnie, występuje podwyższenie ciśnienia krwi prawdopodobnie w następstwie odruchowego wytrząsania adrenaliny do krwi, które występuje po obniżeniu poziomu cukru we krwi. Obniżenie ciśnienia krwi u chorych cukrzycowych, leczonych insuliną zjawia się prawdopodobnie z powodu działania tego hormonu na mięsień sercowy albo na napięcie naczyń obwodowych. Objawy nerwowe hipoglikemji są bardzo liczne. Polegają one w pierwszej linji na zaburzeniach naczyń naczynioruchowych, blado ści lub zaczerwienieniu twarzy, potach, drżeniu, dreszczach, wreszcie na uczuciu ogólnego osłabienia, niepokoju, częste są bóle głowy. Czasami występują ataki drgawek, które rzadko przebiegają w formie klasycznych ataków epileptycznych, znacznie częściej są to jakby ataki epileptyczne poronne, nietypowe. W innych znowu przypadkach zamiast ataków epileptycznych występują ich ekwiwalenty w formie bardzo różnorodnej, czasami są to migreny, czasami zwyczajne bóle głowy, w innych znowu przypadkach zaćmienia psychiczne, amnezje przejściowe, a wreszcie najróżnorodniejsze nerwicowe i psychotyczne objawy. Cechą charakterystyczną tych wszystkich objawów psychicznych jest ich przejściowość, ich zupełne znikanie, bez pozostawienia śladu wspomnienia o stanie poprzednim po przejściu hipoglikemji. Uderza także, że jeden i ten sam chory może mieć różne ekwiwalenty i że jego poprzedni stan psychiczny mało wpływa na rodzaj zaburzeń. Objawy nerwowe występować mogą i w postaci zaburzeń organicznych, jako przejściowe monoplegje, hemiplegje, kontraktury, z objawami afazji, zaburzeniami ocznemi, mydriazą, myozą, diplopją i t. d.

Przy znacznym spadku poziomu cukru we krwi poniżej 0,500 może wystąpić coma, czasami zjawia się ono nagle, brutalnie, w innych przypadkach i częściej jest ono tylko wynikiem licznych klinicznych objawów, które powiększając się powoli pociągają za sobą osłabienie, zamroczenie i wreszcie zupełną zapaść. Przy lekkiem koma chory odpowiada jeszcze na bodźce zewnętrzne, w ciężkiem spoczywa bez ruchu, nie reagując na świat zewnętrzny. Często towarzyszą tej zapaści hipoglikemicznej objawy wzmożonej pobudliwości nerwowej, czasami ją porzedzają. Czasami są to drgawki poszczególnych grup mięśniowych w innych przypadkach drgawki ogólne najczęściej o charakterze nietypowym, wreszcie wzmożona pobudliwość zdradza się niepokojem, krzykami, czasem histerycznym lub katatonicznym zachowaniem. Cechą charakterystyczną wszystkich rodzajów coma jest jego zakończenie: wstrzyknięcie śródżylne małej ilości glukozy lub spożycie cukru doprowadza chorych w ciągu kilku minut do stanu prawidłowego, wraca świadomość, znikają drgawki, jednak pozostaje zawsze zupełna amnezja wszystkiego co dotyczyć się mogło okresu coma. Ten zupełny brak świadomości przebytych zaburzeń jest charakterystyczną cechą zapaści hipoglikemicznej.

O codziennych wstrzykiwaniach większych ilości hypertonicznego roztworu glukozy u chorych nerkowych z nadciśnieniem. (Les injections intraveineuses, quotidiennes, massives de solution glucosée hypertonique chez les brightiques hypertendus). R o c h, M a r t i n, S c i c l o u n o f f.

Présse Médicale. Nr. 65. 1932.

Wstrzykiwania większych ilości roztworu glukozy stosowano dotychczas z dużym powodzeniem w przypadkach niewydolności wątroby, z marskością i żółtaczką, w różnych zatruciach, w szczególności w zatruciu grzybami, w przypadkach znacznego podupadnięcia stanu odżywiania, wreszcie w przypadkach niedomogi serca. Jako przeciwskazanie do wstrzykiwanń śródżylnych glukozy w większych ilościach uważano głównie stany nadciśnienia, przypuszczając, że wprowadzenie śródżylne większej ilości płynu, powiększając ilość płynu krążącego i wzmagając nadciśnienie, doprowadzić może do obrzęku płuc, rozszerzenia serca i t. d. Autorzy wstrzykiwali u 3 ciężko chorych nerkowych przez kilkanaście dni z rzędu codziennie po 500 cm.³ 20% rozczynu glukozy. W następstwie tych wstrzykiwań stwierdzili poprawę stanu ogólnego, zmniejszenie ilości mocznika we krwi i w szczególności znaczny wyraźny spadek ciśnienia skurczowego i rozkurczowego. Poprawa ta wprawdzie nie była długotrwała, jednakże autorzy tłomaczą to ciężkim stanem swoich chorych, u których zostało już wyczerpane działanie wszystkich środków leczniczych. W każdym razie można te wstrzykiwania stosować z nadzieją pewnej poprawy w tych wszystkich stanach, w których działanie innych środków zostało wyczerpane, nie jest także wykluczone, że mogą one mieć działanie dodatnie i w stanach mniej ciężkich, a w szczególności u chorych z nadciśnieniem. Autorzy przypuszczają, że działanie glukozy na obniżenie ciśnienia krwi polega głównie na pobudzeniu wewnętrznego wydzielania trzustki.

Wstrzykiwania te powinny być wykonywane powoli. Autorzy wstrzykiwali naogół pół litra glukozy w ciągu półtorej do dwóch godzin, regulując dopływ glukozy na 100 kropel na minutę. Czasami występowały po wstrzykiwaniach gwałtowne podwyższenia ciepłoty, nie mające jednak nigdy następstw poważniejszych.

Choroba Hodgkina a gruźlica. (Maladie de Hodgkine et tuberculose). L a u b r y i M a r c h a l.

Présse Médicale. Nr. 74. 1932.

Autorzy omawiają stosunek między gruźlicą i różnemi odmianami lasecznika gruźliczego a chorobą Hodgkina. Gruźlica w różnych swoich postaciach istnieje często równocześnie z ziarniniakiem złośliwym, rozwijając się najczęściej jako szybko postępujące suchoty płucne lub też w postaci prosówki na tle charłactwa spowodowanego ziarniniakiem, albo też równocześnie z tym ostatnim postępuje serowaciejący proces gruźliczy w płucach, a wreszcie ziarniniak rozwija się na tle gruźlicy włóknistej o przebiegu powolnym. Pozatem gruźlica powoduje czasami nie serowaciejące sprawy gruczołowe; w końcu i gruźlica i ziarniniak mają skłonność do wywoływania surowiczo włóknistych wysięków opłucnej. W tkance ziarniniaka znajdowano wprawdzie rzadko la-

seczniki Kocha, ale jak twierdzi *Fraenkel* i *Musch*, i jak to potwierdzają autorzy znajduje się w niej ziarenka barwiące się według Grama dodatnio. Ziarenka te uważa się jako pewną odmianę laseczника Kocha. Jeden z autorów spostrzegał nawet formy przejściowe między gramo dodatniemi ziarenkami a jednolitą kwasoodporną pałeczką. Badania doświadczalne przemawiają również za związkiem między gruźlicą a ziarniniakiem. Wstrzyknięcie tkanki ziarniniaka świnkom morskim czasami daje wyniki ujemne, czasami wywołuje jednak wyraźne zmiany gruźlicze. Jeden z autorów stwierdził, że po wstrzyknięciu 2 świnkom morskim tkanki z ziarniniaka, jedna ze świnek zginęła po 10 tygodniach z objawami postępującego charłactwa, nie wykazując żadnych zmian gruczołowych, ani zmian w narządach wewnętrznych, u drugiej natomiast, która zginęła nieco wcześniej, znaleziono w płucach serowaciejącą tkankę, zawierającą laseczniki Kocha. Inne badania wykazały, że wstrzyknięcie tkanki ziarniniaka wywołuje u świnek morskich tkankołącznowy przerost gruczołów, w innych znowu doświadczeniach stwierdzono po takim samym zabiegu ropienie gruczołów, w których ani laseczników, ani innych bakterji nie znaleziono. Po wstrzykiwaniach przesączalnego zarazka gruźlicy stwierdzono u świnek morskich przerost gruczołów, które są naogół twarde, zawierają bardzo mało laseczników i nie zdradzają skłonności do serowacenia. Próbowano również wywołać doświadczalnie ziarniniak złośliwy na świnkach morskich. Badania te dały w końcu wynik dodatni, stwierdzono bowiem, iż po zaszczepieniu śwince morskiej cząsteczek wątroby lub śledziony płodów gruźliczych świnek morskich i po przeszczepieniu śledziony szczepionych świnek nowej generacji świnek morskich występuje u tych ostatnich po kilku miesiącach gruźlica ogólna ze zmianami gruczołowemi typu ziarniniaka. Ciekawe jest, że pierwsza generacja świnek morskich, której śledzionę użyto do szczepienia po 18 miesiącach, nie wykazywała żadnych zmian gruźliczych. Wynikiem tego ciekawego doświadczenia jest więc wspólne występowanie gruźlicy i ziarniniaka, ale dopiero w drugiej generacji zakażonych świnek. Te doświadczenia na dłuższą metę, trwające około 2 lat, zostały potwierdzone przez innych autorów, którzy dochodzą do przeświadczenia, że choroba Hodgkina jest wywołana przez przesączalny zarazek gruźlicy. Z tych różnorodnych badań zdaje się wynikać, że różne odmiany laseczника gruźliczego wywołują odmienne odczyny tkankowe. Kwasoodporne laseczniki Kocha wywołują w gruczołach sprawy serowaciejące, mające częściej skłonność do ropienia, a prowadzące rzadziej do bujania tkankołącznowego, które występuje wtedy gdy zarazki są nieliczne i osłabione. Formy przesączalne wywołują różne odczyny, a między innemi i zmiany w formie ziarniniaka. To ostatnie zakażenie nie dotyczy właściwie jednego tylko narządu, ale obejmuje cały układ siateczkowo śródbłonkowy. Według autorów w różnorodnych odczynach tkanek na przesączalny zarazek gruźlicy występują czasami zmiany podobne do rakowatych. Według tych badań nowych, wymagających wielkiej ostrożności w ocenie przesączalny zarazek gruźlicy jest nietylko sprawcą ziarniniaka złośliwego, ale zmiany pierwotne zapalne mogą się przekształcać z czasem w formy nowotworowe.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Leczenie noworodka kiłowego. (Le traitement du nouveau-né issu de souche syphilitique). M. et M-me H. Moutlaur.

Revue de Médecine. Juillet. 1932.

O ile objawy zakażenia kiłowego u noworodka zależą od przeniesienia zakażenia od rodziców o tyle nasilenie i znaczenie tych przejawów podlegają jeszcze nieznanym wpływom, gdyż bardzo często kiła u dziecka nie wydaje się być proporcjonalną do choroby rodziców.

Nie tylko bowiem kiła nabyta świeżo przez ojca lub matkę uszkadza płód i przejawia się wybitnemi postaciami zakażenia wrodzonego u noworodka, lecz nawet częściej jeszcze prowadzi do tego kiła dawna u matki.

Znaczenie dawnej kiły u matki jest wybitne, niezależne od tego jakiemi objawami przejawia się ona u matki i niezależnie od charakteru u niej odczynów serologicznych.

Pemphigus na stopach i dłoniach u noworodka jest patognomonicznym objawem, spostrzeganym jednak rzadko. Częstszemi są: ropny śluzowy nieżyt nosa, wykwity na skórze i śluzówkach, powiększenie wątroby i śledziony, twarzyczka starczas. Pseudo-paralysis Parrot'a może się spostrzegać w końcu pierwszego miesiąca życia, zwykle jednak występuje później.

Wcześniactwo, lub wybitna hypotrofja, niektóre przedłużające się postacie żółtaczki, niedokrwistości, skaza krwotoczna, powiększenie gruczołów chłonnych łokciowych, wady wrodzone, wodogłowie wrodzone, — oddzielnie lub w zespołach uchodzą za objawy nasuwające podejrzenie.

Postać utajona nasuwa najwięcej wątpliwości: drgawki, wymioty nawykowe, nocne krzyki dziecka *(Sisto)*, wykwity skórne o typie „dermatitis enterococcica *(Moutlaur)*; jedynie dodatni wynik leczenia swoistego może czasami rozwiązać sprawę. Podobnie trudno jest ocenić stany przewlekłego wyniszczenia i uporczywego braku łaknienia.

Wśród środków leczniczych, wg. autorów jedynie arsen i rtęć nadają się do leczenia noworodków.

Najlepszym preparatem arsenowym jest sulfarsenol w zastrzykach podskórnych. Do jego wybitnego działania swoistego, dołącza się znakomita tolerancja i b. cenne działanie pobudzające narządy krwiotwórcze. Mogą znaleźć także zastosowanie stovarsol i treparsol przy podawaniu doustnem.

Drogi wprowadzania rtęci są różne, lecz dla praktyki bieżącej nadają się tylko dwie: wcierki i podawanie doustne.

Dodatek do maści collargolu pozwala na leczenie zamaskowane. Niezależnie od przepisu maści rtęciowej nie należy wcierać w miejscach zgięć jak u starszych lecz na bocznych powierzchniach kończyn i tułowia. Preparaty podawane doustnie są następujące: hydrargyrum cum creta (33% Hg) w połączeniu z calcium carbonicum lub bismutem. Hg. c. creta (offic.) podaje się w dawce 0,004 pro die w dwuch dawkach.

Może być podawany także kalomel per os, w dawce ½ — 1 miligrama dziennie w połączeniu z cukrem mlecznym.

Rtęć w zastrzykach nie istnieje w arsenale leczniczym autora: dawki muszą być znikomo małe, trudne do kontroli, a mięśnie noworodków źle znoszą wstrzykiwania metali ciężkich.

Technika leczenia wcześniaków:

1) Przy objawach przeważnie skórno-śluzówkowych bez powiększenia wątroby stosuje się leczenie mieszane; rozpoczyna się leczenie od preparatów arsenowych. Pierwsze dawki w obawie odczynu Herxheimer'a powinny być znikomo małe (1—2—3 milligramy sulfarsenolu). Tylko powiększając b. stopniowo dawkę dochodzi ostatecznie do 0,02 i tą ostatnią dawkę powtarza się co 5 dni aż do osiągnięcia ogólnej ilości 0.07 — 0.08 sulfarsenolu na kilo wagi. Pomiędzy jednym a drugiem wstrzyknięciem sulfarsenolu, w ciągu 3 dni kolejnych wciera się maść rtęciową, czwarty dzień stanowi wypoczynek.

2) Przy objawach kiły w połączeniu z powiększeniem wątroby leczenie należy rozpoczynać od preparatów rtęciowych. Po 8 — 10 dniach rozpoczyna się podane wyżej leczenie mieszane.

W leczeniu wcześniaków dotkniętych kiłą, prócz leczenia swoistego ogromną rolę odgrywa sposób odżywiania dziecka i leczenia ogólne. Bez należytego uwzględnienia tych czynników leczenie swoiste jest niewystarczające.

Dziecko powinno dostawać pokarm naturalny, wyłącznie albo w połączeniu z maślanką. Obowiązują ogólne zasady ogrzewania i pielęgnowania wcześniaków. O ile są zmiany na skórze — kąpiele są przeciwwskazane.

Na leczenie ogólne składa się: codzienne wstrzykiwania podskórne 5 — 20 cm.³ izotonicznego roczynu cukru gronowego (4.7 grm.: 100,0), lub małe lawatywki z tego roczynu. U dzieci wymiotujących bywa bardziej wskazany roczyn fizjologiczny soli. Czasami dobre wyniki daje insulina w dawce jednostki na kilo wagi, rozcieńczona w 10 cm.³ roczynu glukozy. Prócz tego stosuje się wstrzykiwania podskórne lub domięśniowe krwi matki w ilości od ¼ — 1 cm.³ W przypadkach współistniejącej skazy krwotocznej stosuje się dawki duże krwi ludzkiej (10 — 20 cm³).

U noworodków donoszonych dotkniętych kiłą sposób i porządek leczenia w zależności od istniejącej przewagi zmian skórnych lub narządowych jest podobny do podanego wyżej. Jedynie dawki sulfarsenolu są nieco wyższe; rozpoczyna się jednak zawsze od dawek minimalnych.

O przetaczaniu krwi osobników uodpornionych u dzieci. (De l'immuno- transfusion chez l'enfant). A. Tranck, J. Hubęr et M-me Abricossoff.

La Presse Médicale. Juillet. 1932.

Sprawa leczenia posocznic wywołanych przez paciorkowce jest b. różnie ujmowaną. Różne środki chemoterapeutyczne były próbowane (electrargol, trypaflavina, gonacrina, błękit metylowy, sole miedzi inne) lecz bez wyraźnych wyników.

Natomiast nowa metoda, polegająca na przetaczaniu krwi od osobnika uodpornionego przeciw paciorkowcom zasługuje na uwagę. Autorzy przytaczają trzy przypadki, gdzie ze względu na bezskuteczne leczenie poprzedzające, zastosowano przetoczenie krwi osobnika uodpornionego przeciw paciorkowcom (w ilości od 30 — 100 cm.³). Wyniki były b. dobre.

Niestety można żałować, że w dwuch (z liczby trzech) przypadkach autorzy nie dają żadnych konkretnych dowodów, że były to istotnie posocznice paciorkowcowe (zapalenie wyrostka sutkowego i płonica).

Zespół „bladość-hypertermja" u niemowląt operowanych. (Le syndrome „pâleur - hyperthermie" ches les nourissous opérés). J. Armingeat.

Journal de Méd. et de Chir. pratiques. Septembre 1932.

Od chwili gdy odrębność tego ciężkiego zespołu została w r. 1922 wysunięta przez *Ombredane'a*, liczne prace starały się przeniknąć bliżej patogenezę tego zjawiska, często obserwowanego u niemowląt operowanych. Zwykle pomiędzy szóstą godziną, a upływem doby od chwili najbardziej nawet drobnej operacji u niemowlęcia można obserwować co następuje:

1) Szybkie wzniesienie ciepłoty do granic najwyższych.

2) Bladość woskową skóry i śluzówek, szczególnie uwidoczniającą się na twarzy.

Bardzo często dochodzi do zejścia śmiertelnego w ciągu pierwszej lub następnej doby od chwili operacji, i w ciągu 2 — 10-ciu godzin od chwili pojawienia się charakterystycznej bladości.

Najczęściej zespół ten występuje po operacjach dotyczących okolic b. unerwionych jak twarz i okolica narządów płciowych.

Autor sądzi że zespół ten zależy od porażenia ośrodków rdzenia przedłużonego wywołanego odruchem z obwodu operowanego. Wtórnie dołącza się spadek ciśnienia tętniczego. Na dowód tego autor przytacza rozumowania następujące: gorączka i bladość nie występują jednocześnie i współmiernie.

Najpierw zaczyna podnosić się ciepłota, dochodząc do liczb najwyższych albo nagle (w postaciach śmiertelnych) albo kolejnemi skokami. Wkrótce dołącza się bladość, która w kilka minut osiąga maksymalne natężenie. Bladość ma odcień woskowy, niebieskawy wokoło oczu i ust. Tętno przyśpiesza się do 140 i słabnie. Oddechy znacznie przyśpieszają się i zamiast normalnych 20 — 25 na minutę, dochodzą nawet do 100. Oddechy są płytkie i powierzchowne, nie towarzyszy im duszność i poruszanie się skrzydełek nosa.

Przyczyny tych zaburzeń należy szukać w ośrodkowym układzie termoregulacyjnym, który w tym wieku jest jeszcze niedostatecznie zróżniczkowany. Odruch nerwowy wywołujący zachwianie gospodarki cieplnej w ustroju niemowlęcia łatwo ulega nasileniu pod wpływem niepokoju i krzyku w okresie po-operacyjnym i pod wpływem odwodnienia ujawniającego się w nagłej i znacznej utracie wagi.

W tym odczynie cieplnym ustroju niemowlęcego odgrywa rolę nie tylko podrażnienie odruchowe ośrodków nerwowych, lecz także niewydolność mechanizmu obronnego regulującego ciepło.

Badania układu naczyniowego potwierdzają przypuszczenia o głównej roli układu nerwowego

w powstawaniu zespołu chorobowego. Mianowicie, ciśnienie tętnicze wykazuje ogromny spadek liczby maksymalnej i minimalnej. Z fizjologji, wiadomo, że podrażnienia obwodowe nerwów czuciowych, po krótkiej fazie podniesienia ciśnienia, powodują spadek gwałtowny i równoległy do natężenia i czasu trwania podrażnienia. Obniżeniu ciśnienia tętniczego towarzyszy wybitne zwężenie naczyń obwodowych i wtórnie wyczerpanie akcji serca.

Zespół chorobowy zależny jest więc ostatecznie od wadliwej organizacji termo-regulacyjnej u niemowlęcia z jednej strony, a z drugiej od siły i natężenia podrażnienia obwodowego spowodowanego zabiegiem operacyjnym.

Wreszcie badania odruchu Aschner'a wykazuje, że ustrój niemowlęcia jest nastawiony hypervagotonicznie, co odgrywa rolę w nadmiernej odczynowości nerwowej niemowląt na wszelkie bodźce.

Z badań biologicznych wynika, że w zespole opisanym u niemowląt nie stwierdza się zmian patologicznych w moczu, płynie mózgowo-rdzeniowym i we krwi, za wyjątkiem znacznego i stałego obniżenia rezerwy alkalicznej.

Wreszcie wyniki postępowania dążącego po myśli powyższego rozumowania zdają się jeszcze bardziej potwierdzać jego słuszność. Postępowanie podane niżej pozwala obniżyć według autora w znacznej mierze odsetek śmiertelności przy zabiegach operacyjnych u niemowląt.

1) W czasie przygotowania do operacji nie należy niemowlęcia pozostawiać bez pokarmu i należy hamować odczynowość nerwową przez podanie bromu (1 grm. w 2-ch dawkach) lub 0.01 gardenalu. Na nastawienie hypervagotoniczne należy wpływać przez podanie efedryny [1]) lub XX kropel tin. belladonnae. Wreszcie jako środek nasercowy najlepiej podaje się 3 krople rozczynu digitaliny 1/1000.

2) Przy operacji należy używać zupełnego znieczulenia ogólnego, starać się o jaknajkrótszy czas trwania zabiegu i ograniczyć do minimum „brutalność" zabiegów. Po operacji stosuje się lawatywy i podawanie per os wody ocukrzonej [2]).

J. Wiśniewski.

---

[1]) Dawka efedryny lub efetoniny dla niemowlęcia wynosi 0.005 — 0.01. Zamiast nieobliczalnej w dawkowaniu tinct. belladonnae, u niemowląt lepiej podawać atropinę w rozczynie alkoholowym 0.01:10 grm. w ilości 2 — 5 kropli na dawkę. (Dopisek ref.).

[2]) Przed operacją należy dbać o nawodnienie ustroju przez podawanie wszelkiemi drogami rozczynów cukru gronowego. W czasie zabiegu niezmiernie ważnem jest wygodne ułożenie niemowlęcia na wypełnionych ciepłą wodą poduszkach i utrzymanie wysokiej temperatury w pokoju operacyjnym. Przy zabiegach w jamie brzusznej, dootrzewnowo może być wlany i pozostawiony ciepły, hypertoniczny rozczyn cukru gronowego. (dop. ref.).

LIPIODOL

OLIWA JODOWA O ZAWARTOŚCI 40% JODU

LIPIODOL TERAPEUTYCZNY

40%

kapsułki i ampułki à 1, 2, 3 i 5 cc

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

10%, 20%, 40%

flakony alumin. i ampułki

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.

CHIRURGJA.

Wady i zalety narkozy eterowej zapomocą emulsji eterowo-oliwnej, podawanej drogą odbytniczą. (L'anesthésie générale par oléo-ethérisation rectale). Chalier.

La Présse Méd. Nr. 55; lipiec 1932.

Zagadnienie to staje się znowuż aktualnem w związku z wprowadzeniem do praktyki chirurgicznej i forsownem reklamowaniem doodbytniczej narkozy awertynowej. Otóż okazało się, że na podstawie statystyk ostatnich lat, że stosowanie awertyny (trójbromoetanolu) na drodze doodbytniczej jest bardziej skomplikowane, bardziej niebezpieczne i o wiele mniej pewne — jeśli chodzi o efekt uśpienia — niż podobne stosowanie emulsji eterowo-oliwnej. Autor daleki jest od tego, żeby wyrugować całkowicie awertynę z lecznictwa na korzyść mieszanki eter-oliwa, tembardziej, że ta pierwsza ma niewątpliwie zalety — przedewszystkiem jako środek, sprowadzający sen (I okres narkozy) w sposób idealnie łagodny i względnie przyjemny. Raczej byłby za wyznaczeniem tak jednemu, jak i drugiemu właściwego zakresu stosowania, protestując w każdym razie przeciwko zbytniemu uszczuplaniu praw mieszanki eterowej na rzecz awertyny, z tem jedynie zastrzeżeniem, że strona techniczna narkozy będzie bez zarzutu.

Autor opracował specjalnie dokładnie sposób dawania narkozy doodbytniczej zapomocą mieszanki eterowo-oliwnej. Poprzedniego dnia wieczorem chory dostaje lawatywę oczyszczającą i, następnie, środek nasenny (dial, weronal, somnifen). W dzień operacji, na ½ godziny przed początkiem narkozy — podskórnie 0,01 morfiny i 0,01 genoskopalaminy. Mieszanka, używana przez autora, ma skład następujący:

aether sulf. purissimus	100 cm³
oleum olivarum	75 cm³
oleum camphorat. 10%	20 cm³
Tinct. Opii simpl.	X gutt.

Dawka ta wystarcza w zupełności dla mężczyzny średniej wagi. W szczególnych przypadkach dawkę eteru można zwiększyć do 120 — 130 cm³ (centymetrów sześciennych, a nie gramów!), ale nie więcej. Oliwa musi być idealnej czystości, ażeby nie drażniła śluzówki odbytnicy. Dodawanie olejku kamforowego ma na celu, z jednej strony, osiągnięcie wpływu tonizującego na serce, z drugiej zaś — wpływu przeciwskurczowego i przeciwbólowego na kiszkę. Mieszaninę powyższą podaje się w lawatywie kroplowej i zaczyna się podawać na 1 godzinę przed początkiem operacji. W ciągu 30 minut zwykle już cała dawka jest w odbytnicy (częściowo wessana) i chory zaczyna spać; wówczas nie wyjmując rurki z odbytnicy, nakłada się na nią zaciskadło, a twarz chorego przykrywa się serwetką, ażeby wydychany przezeń eter był pochłaniany zpowrotem. Zasypianie chorych jest bardzo zbliżone do snu fizjologicznego, okres podniecenia występuje naogół rzadko. Tylko w 4 — 6% przypadków zachodzi konieczność pogłębiania snu zapomocą eteru, podanego na maskę. Po skończonej operacji zdejmuje się zaciskadło z rurki doodbytniczej, pozostawiając ją jeszcze na miejscu w ciągu kilku godzin.

Działanie uboczne mieszanki eterowo-oliwnej zaznacza się naogół rzadko (bóle brzucha w czasie jej podawania, wzdęcia, następowe biegunki, przejściowa żółtaczka), jeszcze rzadziej zdarzają się chorzy całkowicie odporni na ten rodzaj narkozy. Przypadków śmierci, spowodowanych samą narkozą, w statystykach ostatnich lat nie notowano wcale.

Zalety powyższego sposobu usypiania: łagodne (prawie fizjologiczne) zasypianie, brak nadmiernego wydzielania śluzu w drogach oddechowych i śliny w czasie snu, brak wymiotów w czasie narkozy i po przebudzeniu, powolne budzenie się ze snu (w ciągu kilku godzin) — co oszczędza choremu bólu w pierwszych godzinach po operacji.

Narkoza doodbytnicza zapomocą zawiesiny eterowo-oliwnej wskazaną będzie zwłaszcza przy następujących operacjach: zabiegi wewnątrzczaszkowe, wycięcie szczęki, guzów języka i gardła, wycięcie tarczycy i krtani wskutek raka, wycięcie doszczętne sutka, torakoplastyka pozaopłucnowa w przebiegu gruźlicy płuc i opłucnej (przy której znieczulenie miejscowe jest naogół trudne, długotrwałe i szokujące) i wreszcie, operacje na kręgosłupie jako to laminektomja (guzy rdzenia), przecięcie korzonków tylnych, usztywnienie kręgosłupa według Albee'go i t. p.

W powyższych przypadkach ten rodzaj usypiania daje idealnie dobre wyniki — przy uwzględnieniu ścisłych przepisów technicznych, — nie ustępując ani trochę wynikom, osiągniętym zapomocą innych mniej pewnych i bardziej niebezpiecznych środków (np. awertyny).

Wyniki leczenia operacyjnego choroby Basedowa. (Les résultats de la thyroidectomie pour maladie de Basedow). Welti.

La Présse Méd. Nr. 56; lipiec 1932.

Autor zwraca uwagę na znakomite wyniki leczenia operacyjnego (rozległe wycięcie, podwiązanie naczyń) cięższych przypadków choroby Basedowa, przy względnej dobrotliwości samego zabiegu i niewielkiem ryzyku ze strony chorego (1 przypadek śmierci na 87 chorych — przypadek, dotyczący chorego w krańcowym stanie zatrucia i charłactwa).

Ogromną rolę gra tutaj odpowiednie przygotowanie chorego do operacji, które polega na leżeniu w łóżku przy całkowitem izolowaniu od dotychczasowego otoczenia domowego, uspakajaniu psychicznem, oswajaniu z myślą o operacji i podawaniu dowewnątrz naparstnicy, środków uspakajających układ nerwowy i płynu Lugola (10 — 20 kropel dziennie roztworu 1:200,0 — w ciągu 5 do 7 dni przed operacją). Są jednak osoby, nie znoszące jodu, którego nawet małe dawki dają ogromne pogorszenie w ich stanie; w przypadkach tych podawania jodu nie należy forsować.

Chory do ostatniej chwili nic nie wie o terminie operacji, której poza tem nie wykonuje się nigdy wbrew jego woli czy też przekonaniu.

Na 87 chorych odnośnych u pięciu wykonano tylko podwiązanie tętnic tarczycowych górnych, u dwu — wycięcie jednego zrazu tarczycy, u wszystkich zaś pozostałych zabieg polegał na rozległem wycięciu obu zrazów, co należy uważać za metodę z wyboru.

Znieczulenie miejscowe. Przy wyborze tego czy innego zabiegu kierowano się następującą zasadą: w przypadkach względnie lekkich wycięcie tarczycy wykonywano jednoczasowo, w przypadkach średnich — dwuczasowo (jedną połowę w 3 miesiące po drugiej), w ciężkich zaś — najpierw podwiązanie obu tętnic tarczycowych górnych (z przerwą kilkodniową), po trzech miesiącach — jedna połowa tarczycy, po następnych trzech — druga połowa.

W okresie pooperacyjnym w razie nadmiernego podwyższenia temperatury — worek z lodem na uda, poza tem ogólnie działa dodatnio morfina; jodu w okresie pooperacyjnym nie stosowano.

Opierając się na przypadkach, spostrzeganych przez dłuższy czas po operacji, autor stwierdza, że w 90% osiągnięto zupełne i trwałe wyleczenie, w pozostały 10% — tylko poprawę lub wynik całkowicie ujemny. Te ostatnie przypadki dotyczyły bądźto chorych krańcowo wyniszczonych, bądź też takich, którzy byli uprzednio naświetlani promieniami Roentgena. Autor jest przeciwnikiem stosowania naświetlań rentgenowskich w chorobie Basedowa, gdyż działają one tu na ślepo i zamiast korzyści mogą przynieść dużą szkodę, a do tego i znacznie utrudnić wykonanie następowej operacji.

Co się tyczy, wreszcie znaczenia rozpoznawczego badania podstawowej przemiany materji w chorobie Basedowa, to autor zawsze większą wagę przypisuje danym klinicznym, niż wynikom badania przemiany materji, zwłaszcza w tych przypadkach, w których objawy kliniczne są znacznie nasilone, a przemiana materji tylko niewiele wzmożoną. Po operacji wzmożona przemiana materji naogół bardzo wolno wraca do normy, pomimo to, że kliniczny powrót do zdrowia tego rodzaju chorych odbywa się względnie szybko.

W związku z powyższem autor uważa, że w leczeniu choroby Basedowa — poza przypadkami lekkiemi o nieznacznie nasilonej przemianie materji, dającemi wskazanie do leczenia wewnętrznego i stosowania naświetlań w małych dawkach — metodą z wyboru jest operacja, jedno — lub wieloczasowa.

Zestawianie odłamów w złamaniu typowem kości promieniowej pod kontrolą ekranu rentgenowskiego. (Réduction sous l'écran des fractures de l'extrémité inférieure du radius). D'Aubigné.

La Présse Méd. Nr. 56; lipiec 1932.

Autor zwraca uwagę na szereg technicznych szczegółów leczenia złamań dolnej nasady kości promieniowej, które ułatwiają możliwie dokładne i pewne zestawienie odłamów i zabezpieczają dobry czynnościowo wynik ostateczny.

A więc, przedewszystkiem, znieczulenie osiąga się zapomocą wstrzyknięcia do ogniska złamania względnie dowewnątrz krwiaka 10 cm³ 2% nowokainy; aspirowanie krwi do strzykawki daje pewność, że koniec igły tkwi wewnątrz krwiaka. Jednakże w pewnych przypadkach, przy dużym obrzęku kończyny, nie jest to bynajmniej łatwe; dużą pomoc okaże tu wykonanie całego zabiegu pod ekranem rentgenowskim, gdyż wówczas trafienie końcem igły w szczelinę między odłamami nie będzie nastręczało żadnych trudności.

Następny etap to jest zestawienie odłamów również będzie znacznie ułatwione przy użyciu ekranu rentgenowskiego w czasie zestawiania, gdyż wówczas można dokładnie odróżnić ruchy w stawie napięstkowym od ruchów między odłamami, a rozklinowanie (widoczną staje jasna linja między odłamami) i dokładne zestawienie znajduje swoje natychmiastowe potwierdzenie. Rozklinowanie osiąga się zapomocą nadmiernego zgięcia grzbietowego, przyczem ręka jednoimienna chirurga chwyta za dłoń chorego, druga zaś — za przedramię tuż powyżej linji złamania. Zestawienie następuje po wyciągnięciu przedramienia w lekkiem zgięciu dłoniowo-łokciowem, przyczem duży palec chirurga naciska stale odłam dolny od strony grzbietowej, starając się skorygować jego przemieszczenie, które w przypadkach typowych ma miejsce jak wiadomo, ku stronie grzbietowej i promieniowej (podwójny bagnet).

Co się tyczy wreszcie unieruchomienia kończyny chorej, to autor dawny sposób unieruchomienia — w pozycji zgięcia dłoniowego, supinacji i przywiedzenia — uważa za niepotrzebny i szkodliwy; niepotrzebny — bo dobrze zestawione odłamy nie mają tendencji przemieszczania się (względnie wystarcza uciskanie palcem na odłam dolny od strony grzbietowej poprzez gips, dopóki tenże nie stwardnieje), szkodliwy — bo utrzymując w dużem napięciu ścięgna i więzadła, przyczynia się do następowych zesztywnień w starych tkankach przystawowych i uniemożliwia wczesne rozpoczęcie ruchów w palcach. Autor unieruchamia zawsze w pozycji prostej (pośredniej między zgięciem grzbietowem a dłoniowem) i w półpronacji; gips sięga od górnej części przedramienia do podstawy palców. Od drugiego dnia po nastawieniu chory zaczyna ruszać palcami, co sprzyja powstaniu szybkiego i prawidłowego zrostu i zabezpiecza dobry ostateczny wynik czynnościowy.

Ropowica zgorzelinowa twarzy pochodzenia zębowego. (Les phlegmons gangréneux de la face d'origine dentaire). Petit-Dutailles, Leibovici i Lattès.

La Présse Méd. Nr. 58; lipiec 1932.

Ropowice zgrzelinowe dna jamy ustnej i szyi pochodzenia zębowego były znane już dawniej i opisywane pod niewłaściwą, zresztą, nazwę „Angina Ludovici". Na możność istnienia zupełnie analogicznego cierpienia na twarzy zwrócono uwagę dopiero w ostatnich latach. Jest to naogół schorzenie rzadkie, ale niesłychanie groźne dla życia i wymagające od lekarza szybkiej orjentacji i natychmiastowego zastosowania odpowiednich środków.

Punktem wyjścia zakażenia bywa zwykle jeden z zębów trzonowych, górnych lub dolnych. Ropowice, wychodzące z górnego zęba, wcześniej uzewnętrzniają się od strony policzka, niż wychodzące z dolnego zęba, które jakiś czas rozwijają się w ukryciu. Jedne i drugie szerzą się łatwo do okolicy pozaszczękowej, podżuchwowej, na podstawę czaszki i do dołu skroniowego, nie licząc już umiejscowienia w okolicy ponadgnykowej (angina Ludovici)! Objawy kliniczne z początku mogą nie przedstawiać nic charakterystycznego, niczem nie różniąc się od banalnego zapalenia okostnej, wywołanego przez zwykłe drobnoustroje ropotwórcze. Jednakże, nagłe zjawienie się wysokiej gorączki (do 40°) i silne bóle początkowe powinnny obudzić podejrzenie w kierunku zakażenia gnilnego. Obrzęk szybko rozszerza się na całe pół twarzy i okolicę skroniową i dosięga znacznego stopnia; Stan ogólny ulega szybkiemu pogorszeniu, skóra jest mocno napięta, wyczuwa się pod nią trzeszczenie gazowe. Występują objawy ogólnego zatrucia i zakażenia (septicaemia).

Schorzenie powyższe różniczkować należy z zapaleniem zakrzepowem zatok jamistych opony twardej na tle zakrzepowego zapalenia septycznego żył głowy pochodzenia zębowego. I tu i tam zjawia się szybko narastający obrzęk twarzy, ale w przypadkach zapalenia zakrzepowego zatoki jamistej zawsze ma miejsce wytrzeszcz gałek ocznych (exophtalmus), czego nie bywa w przypadkach ropowicy zgorzelinowej.

Leczenie ropowicy zgorzelinowej twarzy polega przedewszystkiem na możliwie wczesnem wykonaniu szeregu nacięć, zawsze od strony skóry, a nie od jamy ustnej; wszelkie jamy i uchyłki należy szeroko otworzyć. Natwarzy prowadzi się cięcia równoległe do przewodu Stenona, w okolicy skroniowej — równoległe do włókien i mięśnia skroniowego. Ze względu na stan chorych odnośnych (odurzonych i znieczulonych) wszelkie znieczulanie do operacji staje się zbędne. Cięcia wykonuje się nożem elektrycznym — jako mniej ułatwiającemi przechodzenie drobnoustrojów do naczyń i szczelin chłonnych. Do jam ropni zakłada sie sączki, zwilżone surowicą przeciwzgorzelinową i przeciwpaciorkowcową. Surowice te wstrzykuje się również podskórnie, w ciężkich przypadkach — dożylnie.

Będący punktem wyjścia zakażenia ząb powinien być jak najwcześniej usunięty.

Złamanie dna panewki kości biodrowej z przemieszczeniem głowy kości udowej do wewnątrz miednicy. (Fractures transcotyloïdiennes du bassin avec pénétration intrapelvienne de la tête du fémur). Grimault.

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 21, lipiec 1932.

Rozróżniamy trzy następujące odmiany powyższgo złamania: 1) złamanie ograniczone wyłącznie do panewki, 2) złamanie panewki, przechodzące na kość siedzeniową, łonową i biodrową, i 3) złamanie panewki, któremu towarzyszy drugie, oddzielne złamanie pierścienia miedniczego.

Przyczyną wywołującą jest zwykle przygniecenie, przez ziemię, kamienie (w kopalniach), a uraz działa tu w kierunku linji krętarz duży — głowa kości udowej. W następstwie urazu głowa wraz z przylegającemi częściami dna złamanej panewki zostaje wgnieciona do środka miednicy. Stan ten odróżniać należy od właściwego zwichnięcia głowy kości udowej do wewnątrz (luxatio centralis), przy którem tylko sama głowa, przez otwór w panewce, przemieszcza się do środka miednicy, tracąc swą łączność z dnem panewki. Różnica ta jest ważna i pod względem praktycznym. W przypadkach złamania, w ścisłem tego słowa znaczeniu, nastawienie odłamów jest względnie łatwe, gdyż pociąganie za kość udową przenosi się za pośrednictwem więzadła obłego i torebki stawowej także i na wgniecioną część dna panewki. W przypadkach zaś zwichnięcia pociąganie za kość udową nastawia głowę na miejsce, ale odłamki dna panewki pozostają w małej miednicy i wymagają specjalnych rękoczynów od strony odbytnicy, które, zresztą przedstawiają zawsze pewne niebezpieczeństwo przebicia jej ściany.

Metoda bezkrwawa nastawiania zwichnięcia głowy kości udowej w przypadkach typowych i w przypadkach złamania dna panewki polega na mocnem pociąganiu za górną część uda do boku i jednocześnie wzdłuż osi podłużnej kończyny.

Metoda operacyjna polega bądź to na założeniu (z cięcia podłużnego przez krętarz duży) haka na kość udową tuż poniżej krętarza małego i pociąganiu zań do boku, bądź też na przeprowadzeniu przez krętarz duży i przyległe części miękkie w tym samym celu drutu mocnego. Zaczyna się zawsze od sposobu bezkrwawego i, dopiero jeśli się nie udało osiągnąć tą drogą zupełnego nastawienia, próbuje się zabiegów dalszych.

Po nastawieniu chory przez 3 tygodnie leży na podwójnym wyciągu: wzdłuż osi podłużnej kończyny (przylepiec — 7 kg.) i wzdłuż osi szyi kości udowej (pętla metalowa na krętarz — 6 kg.). Przeciwwyciąg uskutecznia się za pośrednictwem małego gipsu, założonego na miednicę. Po 3 tygodniach usuwa się wyciąg i zaczyna się ruchy w łóżku i miesienie; chodzić wolno nie wcześniej, niż w dwa miesiące od chwili zdjęcia wyciągu.

Pourazowe zwężenia jelita cienkiego. (Sténoses traumatiques de l'intestin grêle). Vanlande.

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 22, lipiec 1932.

Wśród zwężeń jelita cienkiego pochodzenia nienowotworowego, zwężenia pourazowe (po urazach tępych brzucha bez przebicia powłok) są naogół rzadkie i wynoszą wszystkiego koło 5% wszystkich przypadków.

Mechanizm chorobotwórczy może być tutaj dwojaki. W jednych przypadkach pod wpływem stłuczenia krezki i ściany jelita przychodzi do pewnych zaburzeń krążenia, które są za słabe, żeby wywołać zgorzel kiszki, ale dostateczne, żeby doprowadzić z czasem do zbliznowacenia jej ściany i zwężenia światła przez kurczącą się bliznę. Zrostów otrzewnowych w miejscu zwężenia tutaj nie bywa. Podobny mechanizm ma miejsce w zwężeniach pochodzenia przepuklinowego (po uwięźnięciu przepukliny, odprowadzonej następowo bądźto operacyjnie, bądź też zachowawczo).

W innych przypadkach uraz doprowadził prawdopodobnie do wąskiego przedziurawienia ściany jelita, przyczem miejsce przedziurawienia zostało oklejone siecią lub sąsiednią pętlą jelitową i sprawa została za-

gojona po przebyciu ograniczonego zapalenia otrzewnej. Z czasem dochodzi do zwężenia wtem miejscu naskutek zrostów otrzewnowych i zagięcia jelita. Operacja w pierwszej grupie przypadków będzie polegała na wycięciu zwężonego odcinka jelita, w drugiej zaś — wycięcie będzie najczęściej niemożliwe do przeprowadzenia ze względów technicznych (silne zrosty) i trzeba będzie się ograniczyć z konieczności do zespolenia ramion pętli poniżej i powyżej miejsca zwężenia.

Wyniki leczenia operacyjnego zastarzałych zwichnięć stawu łokciowego metodą własną autorów. (Résultats éloignés d'une série intégrale de réductions sanglantes dans des luxations anciennes du coude). Tavernier i Pouzet.

Lyon Chir. XXIX — Nr. 5, wrzesień — październik 1932.

Autorowie podają szczegóły techniczne operacji, która była przez nich wykonana w całym szeregu przypadków zastarzałego zwichnięcia w stawie łokciowym — z wynikiem czynnościowym naogół bardzo dobrym, nawet w takich przypadkach, które pozornie mogłyby się kwalifikować tylko do wycięcia końców stawowych (resectio). Ważnym szczegółem tej operacji jest wycięcie doszczętne nietylko ogniskowych zwapnień przystawowych, ale także całej tkanki bliznowej, wypełniającej jamę stawu i znajdującej się w jego otoczeniu; a poza tem, koniecznem jest umożliwienie wygodnego dostępu do kości ramieniowej przez przecięcie ścięgna mięśnia trójgłowego i oddzielenie przyczepów mięśniowych od nadkłykciowych wyrostków końca kości ramieniowej.

Cięcie podkowiaste na tylnej powierzchni stawu łokciowego, o szypule górnej. Przecięcie w linji schodkowatej ścięgna mięśnia trójgłowego (umożliwiającego ewentualne jego następowe wydłużenie). Szerokie otwarcie ogniska zwichnięcia (uwaga na nerw łokciowy!) i oczyszczenie przedniej i bocznych powierzchni dolnego odcinka kości ramieniowej z przyczepów mięśniowych, jak do wycięcia kości — co umożliwia dokładne obejrzenie tego odcinka i doszczętne usunięcie otaczającej go tkanki bliznowatej, zwłaszcza wypełniającej dół dziobowy i dół wyrostka łokciowego (fossa coronoidea et olecrani). Oczyszczenie tych dołów jest pierwszym warunkiem przywrócenia ruchów w stawie łokciowym. Następnie, oczyszcza się powierzchnie stawowe i wycina wszelkie tkanki chorobowo zmienione w sąsiedztwie stawu tak, że pod koniec operacji mamy końce stawowe kości, otoczone tylko warstwą mięśni. Po nastawieniu zwichnięcia zeszywa się warstwę mięśniową i ścięgno mięśnia trójgłowego, następnie skórę i kończynę unieruchamia się, w stawie łokciowym.

Podlegająca wycięciu tkanka bliznowa (wraz z częścią torebki stawowej i zawartemi w niej zwapnieniami) znajduje się przeważnie dookoła kości ramieniowej, znacznie mniej jej jest na przedramieniu.

Dosyć swoistem jest stosowane przez autorów leczenie pooperacyjne. Unikają oni uruchamiania kończyny zarówno zbyt późnego, jak i zbyt wczesnego względnie zbyt intensywnego. Piątego lub szóstego dnia po operacji zdejmuje się pierwotny opatrunek gipsowy i nakłada drugi — na kończynę zgiętą pod kątem 80°; następnie, zmienia się codziennie gips, na zmianę — raz na kończynę zgiętą, raz na wyprostowaną. Dopiero po 12 — 15 dniach zaczyna się wykonywać ruchy dłużej trwające, czynne i bierne, wyjmując czasowo kończynę z rynienki gipsowej. Po 3 — 4 tygodniach gips odrzuca się ostatecznie i chory używa kończyny, na ile mu pozwala ograniczenie ruchów w stawie łokciowym, którego narazie nie należy forsować. Dopiero po 6 tygodniach, kiedy wytworzyła się już ostateczna blizna dookoła stawu, przez wykonywanie delikatnych i coraz rozleglejszych ruchów przystępuje się do jej rozciągania. Miesienia nie stosuje się wcale, ale zato gorąco zaleca się mechanoterapję.

Wyniki ostateczne mieli autorowie bardzo dobre, bez porównania lepsze, niż inni — po wycięciu końców stawowych (w tego samego rodzaju przypadkach). Przy zastosowaniu techniki autorów nastawienie zwichnięcia jest możliwe w każdym przypadku, nawet najbardziej zastarzałym.

Nieswoiste ropnie zimne. (Des abcès froids). Schwartz.

Paris Méd. Nr. 18, kwiecień 1932.

Lekarze powinni sobie dokładnie uświadamiać ten fakt, że bynajmniej nie wszystkie ropnie zimne są pochodzenia gruźliczego; dowodzą tego liczne spostrzeżenia kliniczne.

Autor spostrzegał chorą 30-letnią, która miała ściśle na przebiegu środkowej części kręgosłupa piersiowego guz półkulisty wielkości połowy dużej pomarańczy, chełboczący, przykryty skórą niezmienioną, przy braku gorączki i innych objawów odczynu ogólnego. Kręgosłup — bez jakichkolwiek zmian chorobowych, klinicznie i rentgenologicznie. Nakłucie ściany ropnia wykazało obecność gęstawej zbitej ropy (pus bonum et laudabile), zawierającej czystą hodowlę gronkowca złocistego; po założeniu do jamy ropnia sączka z nitek silkowych, w 10 dni ropień zginął bez śladu.

W innym przypadku autor stwierdził obecność ropnia zimnego w dalszym końcu przynasadowym trzonu kości promieniowej; w ropie znaleziono prątek duru brzusznegwo, a po wydłutowaniu ściany ropnia cierpienie zagoiło się prawie przez rychłozrost. W jeszcze innym przypadku ropień zimny był umiejscowiony na przedniej powierzchni mostka na wysokości dwu górnych żeber, a z ropy wyhodowano micrococcus melitensis. Przykładów takich mógłby autor przytoczyć bardzo dużo.

Fakt istnienia ropni zimnych pochodzenia nieswoistego, niegruźliczego tłumaczy się w zupełności znacznie obniżoną żywotnością odnośnych drobnoustrojów chorobotwórczych. Słabo i niedołężnie prowadzony atak wywołuje takiż sam odczyn obronny ze strony organizmu chorego; a brak miejscowego i ogólnego odczynu zapalnego składa się na obraz kliniczny tak zwanego ropnia zimnego.

Nieznajomość tych rzeczy może prowadzić do fatalnych nieraz pomyłek rozpoznawczych ze strony lekarza.

Przewlekłe zapalenie szpiku kostnego kręgów u dorosłych na tle zakażenia gronkowcem. (Mal de Pott staphylococcique de l'adulte). Carnot.

Paris Méd. Nr. 24, czerwiec 1932.

Cierpienie powyższe — ze względu na umiejscowienie i charakter zmian anatomicznych w kręgach, istnienie garbu kątowego, bóle typu korzonkowego, ropnie opadowe, i wiek odnośnych chorych — jest ogromnie zbliżone w obrazie klinicznym do gruźlicy kręgów i prowadzi dosyć często do odnośnych pomyłek rozpoznawczych. Jakkolwiek schorzenie, to występuje niewątpliwie rzadziej od ostrego zapalenia kręgów wieku dziecięcego i młodzieńczego, jednakże autor w ciągu ostatnich lat dwu tego rodzaju chorych spostrzegał.

U jednego, po dłuższym okresie powstawania coraz to nowych ognisk zakażenia gronkowcowego (zastrzał dłoni, ropień na przebiegu mostka, ropień płuca, zakrzepowe zapalenie żyły), wystąpiło rozległe zniszczenie 2 trzonów kręgowych (D X i D XI) i następowe wytworzenie się garbu kątowego. Po unieruchomieniu kręgosłupa stan chorego ogromnie się poprawił.

Historja choroby drugiego chorego wygląda podobnie: liczne ogniska zakażenia gronkowcowego, zniszczennie trzonów D X i D XI, garb, ropień w okolicy lędźwiowiej, bóle korzonkowe; chory ten zmarł w krótkim czasie.

Ogólnie biorąc, punktem wyjścia zakażenia gronkowcowego kręgów jest zwykle czyrak, zastrzał, ropowica krocza lub okolicy lędźwiowej, ognisko kostne; czasami zaznacza się rola urazu w powstaniu ogniska w kręgach (np. stłuczenie kręgosłupa). Ognisko to jest umiejscowione najczęściej w okolicy lędźwiowej i piersiowej, ale bywa i w pozostałych; a może być jednocześnie i parę ognisk na różnych wysokościach. Proces zapalny może dotyczyć bądźto łuku tylnego, bądź też samego trzonu (zwykle jego przedniej części). Ta druga ewentualność jest znacznie groźniejsza dla chorego, gdyż powoduje wytwarzanie się garbu i głębokich ropni (ucisk na rdzeń). Na obraz kliniczny powyższego cierpienia składają się trzy zasadnicze objawy: ropnie przykręgosłupowe, garb i zaburzenia nerwowe.

Ropnie najczęściej zbierają się na grzbiecie, nawet wtedy jeśli mają swój punkt wyjścia w przedniej części trzonu kręgowego; ale bywają i ropnie przednie. Stosunkowo dużą odsetkę stanowią ropnie wewnątrz kanału kręgowego, powodujące ucisk rdzenia ewentualnie zapalenie opon rdzeniowych.

Bóle bywają charakteru gośćcowego (lumbago!) lub korzonkowego (ischias, neuralgja intercostalis); mogą im towarzyszyć porażenia kończyn i zaburzenia w oddawaniu moczu i kału.

Garb zwykle rozwija się szybko, rzadziej — powoli. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje tu zniszczenie trzonu kręgowego, ale nie pozwala na wyciąganie dalej idących wniosków co do etjologji cierpienia.

O rozpoznaniu decyduje badanie bakterjologiczne ropy. Rokowanie jest zawsze poważne, gdyż schorzenie nawet po całkowitem wyleczeniu klinicznem zdradza duże tendencje do nawrotów.

Przegląd chirurgji dziecięcej i chirurgji kostnostawowej w 1932 roku. (La chirurgie infantile et la chirurgie ostéo-articulaire en 1932). Mouchet i Roederer.

Paris Méd. Nr. 25, czerwiec 1932.

Podokostnowe wczesne wycięcie trzonu kości długich w ostrem zapaleniu szpiku kostnego. Operacja powyższa jest wskazana w ciężkich przypadkach ostrego zapalenia szpiku kostnego z daleko posuniętemi zmianami miejscowemi, przyczem bywa wykonywana bądźto pierwotnie, bądź też wtórnie — jeśli nacięcie ropnia względnie wydłutowanie otworu w kości nie sprowadza wyraźnej poprawy. Jeśli chodzi o kość goleniową, to sposób powyższy uważają niektórzy autorowie za metodę z wyboru w każdym przypadku ostrego zapalenia szpiku kostnego (w czasie 3 — 10 dni od początku choroby).

Wycięcie kości zabezpiecza szybkie opanowanie miejscowego ogniska zakaźnego i objawów ogólnego zakażenia, skraca wybitnie okres gojenia się rany i w sposób zupełnie pewny chroni przed nawrotami cierpienia w tejże kości, tak częstemi po bardziej zachowawczych sposobach operacyjnych. Okostną należy możliwie całkowicie zachować, gdyż — jeśli nawet odrzucić jej rolę w nowotworzeniu się kości — to stanowi ona w każdym razie ważną osłonę dla toczących się wewnątrz niej nieznanych bliżej procesów tworzenia nowej zdrowej kości przed ewentualnemi szkodliwościami zzewnątrz. Nowa kość wytwarza się tem szybciej, im wcześniej została wycięta kość chora, i ma budowę anatomohistologiczną zupełnie zbliżoną do kości prawidłowej. Większego skrócenia kończyny nie widuje się — pod warunkiem dostatecznego jej unieruchomienia po operacji i oszczędzenia chrząstek nasadowych w czasie operacji.

II. Leczenie wadliwie zagojonych złamań goleni ponad kostkowych. Proponowanie tutaj przecięcie kości powyżej kostki dla wyrównania koślawości stopy jest tylko półśrodkiem, który zaledwie umożliwia chodzenie. Wycięcie całkowite kości napiętkowej pozostawia pewne skrócenie kończyny i mniej lub więcej znaczne ograniczenie ruchów w stawie skokowym.

Najlepsze wyniki daje operacja, podana przez Basset'a. Polega ona na przecięciu kości strzałkowej tuż powyżej kostki, na wycięciu całej tkanki bliznowatej i znajdujących się tutaj wyrośli kostnych i oczyszczeniu w ten sposób powierzchni stawowych kości goleniowej i napiętkowej. Po odtworzeniu mniej więcej prawidłowych warunków anatomicznych układa się z powrotem na miejsce odciętą kostkę zewnętrzną i przyśrubowuje się ją do kości goleniowej. W razie obecności wolnego odłama tylnego usuwa się go z cięcia bocznego (po odsunięciu ścięgien mięśni do przodu lub przyśrodkowego (w bródzie pozakostkowej).

Leczenie operacyjne przystawowych ognisk kostnych gruźliczych. (Ostéites tuberculeuses juxta-articulaires de la hanche). Richard i Gasne.

Paris Méd. Nr. 25, czerwiec 1932.

Autorowie zwracają uwagę na fakt, że leczennie operacyjne przystawowych ognisk kostnych gruźliczych, stosowane z takiem powodzeniem, jeśli chodzi o staw łokciowy i kolanowy, zawodzi całkowicie w zastosowaniu do stawu biodrowego. Operacyjne wydłutowanie i wyłyżeczkowanie takiego przystawowego ogniska ma na celu niedopuszczenie do przejścia procesu swoistego na sam staw. Tymczasem, w przypadkach ognisk gruźliczych w pobliżu stawu biodrowego (szyja kości udowej, kość biodrowa) operacja nietylko nie chroni stawu przed przejściem nań procesu gruźli-

czego, ale — odwrotnie — jakby je przyśpieszała; w tym czasie kiedy leczenie zachowawcze w analogicznych przypadkach prowadzi do zupełnego klinicznie wyleczenia, nawet w zachowaniu ruchów w stawie biodrowym. Przyczyniają się do tego niepomyślnego zejścia operacyj w przypadkach ognisk gruźliczych przy stawie biodrowym pewne szczegóły, anatomiczne tego stawu, a mianowicie: głębokie osadzenie głowy kości udowej w panewce, obejmowanie torebką stawową rozległych odcinków kości (prawie cała szyja kości udowej, duża część kości łonowej, kulszowej), obecność zachodzących daleko (aż do linji międzykrętarzowej) uchyłków torebki stawowej i t. p. Wszystko to sprzyja szybszemu przejściu procesu gruźliczego na staw po operacyjnem wyłyżeczkowaniu odnośnych ognisk przystawowych. Na poparcie powyższego twierdzenia autorowie przytaczają kilka bardzo charakterystycznych historyj chorych.

Stosunki anatomiczne i leczenie ropowicy stopy, szerzącej się na goleń. (A propos d'un phlegmon du pied propagé á la jambe). Lagrot i Cohen-Solal.

La Presse Méd. Nr. 76, wrzesień 1932.

W związku z przypadkiem ropowicy stopy i goleni autorowie podają swoje rozważania na temat warunków anatomicznych, sposobów szerzenia się, techniki operowania w tego rodzaju przypadkach.

Ropowice stopy, w porównaniu z ropowicami dłoni, są naogół rzadkie; punktem wyjścia zakażenia jest zwykle rana, drążąca mniej lub więcej głęboko.

Dla zrozumienia przebiegu tego cierpienia ważną jest znajomość szczegółów anatomicznych danej okolicy. Stopę od strony podeszwowej można podzielić pod względem topograficznym na 3 przestrzenie (fossae), oddzielone od siebie powięziami: przyśrodkową (zawierającą ścięgno mięśnia zginającego paluch długiego), środkową (zawierającą ścięgno mięśnia zginającego palce wspólnego), boczną. W tylnej części goleni rozróżniamy również trzy przestrzenie analogiczne: przednią (zawierającą 3 mięśnie — goleniowy tylny, zginający palce wspólny i zginający paluch długi), i tylną (zawartą między poprzedniemi i mięśniem łydkowym) i boczną (mięśnie strzałkowe).

W przypadku autorów zranieniu uległa okolica nasady dużego palca, co dało powód do powstania ropowicy przestrzeni przyśrodkowej stopy z obumarciem przebiegającego tutaj ścięgna zginacza długiego palucha i zajęciem przez proces ropny pochewki maziowej powyższego ścięgna na jego przebiegu poniżej i dotyłu od kostki wewnętrznej. Tutaj narazie sprawa się zatrzymała. Pozostałe przestrzenie stopy pozostały niezajęte przez proces chorobowy, jedynie tylko ścięgno zginacza wspólnego zostało częściowo wciągnięte w powyższy proces w miejscu, w którem krzyżuje się na swym przebiegu ze ścięgnem zginacza palucha (t. j. poza kostką wewnętrzną). Po krótkiej przerwie sprawa chorobowa posunęła się dalej, ku górze, i przeszła na przednią i tylną przestrzeń goleni, tworząc duży ropień, uwypuklający się z obu stron ścięgna Achillesa, i zatrzymując się definitywnie poniżej przyczepu mięśnia trójgłowego łydki. Dół podkolanowy pozostał wolny od procesu chorobowego. W międzyczasie ropień przerwał się do jamy stawu skokowego i wywołał ropne jego zapalenie.

Leczenie tego rodzaju ropowicy powinno polegać na rozległem nacięciu ściany ropnia, począwszy od podstawy dużego palca — wzdłuż ścięgna zginacza palucha — aż do górnotylnego końca pochewki maziowej tego ścięgna (poza kostką wewnętrzną), jednem długiem cięciem; tylko tak wykonany zabieg jest w stanie zatrzymać proces chorobowy w jego szerzeniu się ku górze.. Najczęściej zachodzi konieczność uzupełnienia cięcia podeszwowego drugiem cięciem od strony grzbietowej na wysokości I przestrzeni międzykostnej. W razie utworzenia się ropnia łydki nacina się jego ścianę dwoma cięciami z obu stron ścięgna Achillesa. Co się tyczy wreszcie ropnego zapalenia stawu skokowego, to zwykle nie wystarcza tu nacięcie torebki stawowej, a zachodzi konieczność wyjęcia kości napiętkowej, poczem sprawa goi się szybko. W czasie całego przebiegu tej ropowicy stan ogólny chorego nie ulega poważniejszemu zakłóceniu; jedynie tylko w okresie zajęcia stawu zaznaczyło się wyraźniej zatrucie ustroju jadami bakteryjnemi, które jednak szybko ustąpiło po wyjęciu kości napiętkowej.

Wyniki leczenia operacyjnego dusznicy bolesnej. (Resultats du traitement chirurgical de l'angine de poitrine). Danielopolu.

Wyd. Cultura, Bukareszt 1932.

Jak obecnie, istnieją dwie zasadnicze metody leczenia chirurgicznego dusznicy bolesnej. Jedna *(Frack-Jonnesco-Gomoiu)*, zalecana i wykonywana przez Leriche'a, polega na wycięciu na szyi współczulnego zwoju gwiaździstego (gangljon stellatum), druga (metoda autora), — na przecięciu względnie częściowem wycięciu nerwu współczulnego na szyi powyżej zwoju gwiaździstego, nie ruszając tego ostatniego.

Napad dusznicy bolesnej bywa wywołany, jak wiadomo, na drodze odruchu, wychodzącego z czuciowych zakończeń nerwowych w ścianie serca i tętnicy głównej (wpływ drażniący trujących produktów zmęczenia w mięśniu sercowym), i doprowadzającego do skurczu naczyń wieńcowych serca. Ośrodkiem tego odruchu jest, według Leriche'a, zwój gwiaździsty, co uzasadnia metodę leczenia dusznicy bolesnej zapomocą usuwania tego zwoju.

Autor pracy niniejszej zarzuca jej, że niepotrzebnie przerywa także bieg włókien nerwowych, rozszerzających naczynia wieńcowe, tak, że ostatecznie operacja zamiast poprawy może sprowadzić pogorszenie, a nawet szybkie zejście śmiertelne wskutek niedokrwienia mięśnia sercowego. Dlatego uważa ją za bezcelową i szkodliwą.

Według *Danielopolu*, ośrodek odruchu, wywołującego napad dusznicy bolesnej, znajduje się powyżej zwoju gwiaździstego. w ośrodkowym układzie nerwowym. Podany przez niego zabieg polega na przecięciu nerwu współczulnego na szyi powyżej zwoju szyjnego dolnego (ganglion cervicale inferius wraz z gangljon intermedium i ganglion thoracicum I tworzą ganglion stellatum), na przecięciu nerwu kręgowego (nervus vertebralis, wychodzący z górnego bieguna zwoju szyjnego dolnego) włókien wychodzących od nerwu błędnego na szyi do wewnątrz klatki piersiowej i włókien łączących zwój szyjny dolny z splotem barkowym (rami communicantes). Zabieg ten ma na celu przerwanie dośrodkowej części łuku odruchowego, wywołującego napad dusznicy, nie ruszając zwoju gwiaździstego i włókien rozszerzających naczynia wieńcowe.

Operację wykonywa się z początku po stronie lewej, w razie niedostatecznego wyniku — dodaje się wtórnie i po stronie prawej. W przypadkach niezbyt ciężkich zamiast przecięcia nerwu współczulnego lepiej jest go wyciąć na pewnej przestrzeni, co lepiej zabezpiecza właściwy wynik leczniczy.

Wpływ leczniczy poczwarek much na gojenie się ran ropiejących, a zwłaszcza ran po operacji zapalenia szpiku kostnego. (Les larves des mouches en thérapeutique chirurgicale). Mignot.

La Presse Méd. Nr. 77, wrzesień 1932.

Już *Paré* (XVI wiek), a później i *Larrey* (w okresie wojen napoleońskich) zauważyli wybitnie dodatni wpływ obecności poczwarek much w ranach ropiejących na gojenie się tych ran. Poczwarki te współdziałały w oczyszczaniu się ran z tkanek obumarłych, pobudzały wydatnie preces ziarninowania i skracały w ten sposób znacznie okres gojenia się ran. Zabójczo działały na nie: wywar z czosnku, ruty lub szałwji.

Podobne spostrzeżenia poczynili chirurdzy amerykańscy w czasie wojny europejskiej (zwłaszcza co się tyczy złamań otwartych i powikłanych zapaleniem szpiku kostnego). W okresie powojennym jeden z nich, *Baer* z Baltimore, podał nawet metodę leczenia przewlekłego zapalenia szpiku kostnego przy użyciu poczwarek much; jego zaś następcy (Livingston) metodę tę szczegółowo opracowali.

Do doświadczeń na zwierzętach, a następnie do prób klinicznych używano poczwarek muchy zielonkawej (calliphora crythocephala), którą się spotyka jako taką tylko przez kilka miesięcy letnich, dlatego też trzeba było przystąpić do sztucznej hodowli odnośnych poczwarek, co przeprowadzono na dużą skalę z powodzeniem. Okres życia poczwarek tych trwa wszystkiego 5 — 6 dni, poczem przechodzą one w okres kokonu, z którego rozwija się mucha po mniejwięcej 14 dniach. Jajeczka, używane do hodowli poczwarek, są uprzednio wyjaławiane przez godzinę w roztworze sublimtu 1:100, zawierających dodatek alkoholu 95% w stosunku 25% do całości, poczem zostaną przeniesione aseptycznie na płytki agarowe względnie plasterki mięsa wołowego, na których wzrastają do chwili przesadzenia na ranę.

Po operacji (typowej np. dla przewlekłego zapalenia szpiku kostnego) ranę wykłada się gazą na 48 godzin dla zatamowania krwawienia, przy pierwszym zaś opatrunku gazę usuwa się, ranę przemywa się obficie roztworem fizjologicznym soli i na powierzchni rany układa się poczwarki 48-godzinne w liczbie, odpowiadającej wielkości tej powierzchni, poczem ranę wystawia się na działanie światła na przeciąg 2 — 3 godzin — aby zmusić poczwarki do skrycia się w zagłębieniu i uchyłki rany. Ranę przykrywa się paroma warstwami gazy, którą przylepia się do brzegów skóry przylepcem. Opatrunek tak zmienia się, zależnie od ciężkości zakażenia, co 3 — 5 dni, dotąd, dopóki cała rana nie pokryje się żywoczerwoną jędrną ziarniną.

Działanie lecznicze poczwarek tłumaczy się tutaj nietylko pożeraniem przez nie (fagocytozą) drobnoustrojów i tkanek obumarłych, ale także zmianą odczynu chemicznego środowiska rany, a zwłaszcza wydzielaniem przez poczwarki pewnej swoistej substancji, która będąc sztucznie wydobyta z ciał poczwarek okazała się bardzo zbliżoną w swem działaniu do bakterjofagu. Zastosowanie poczwarek w leczeniu ran zakażonych i ran po operacji wskutek zapalenia szpiku kostnego dało wybitnie dobre wyniki, jak tego dowodzą bogate statystyki licznych autorów amerykańskich, przyczem leczenie to nie przedstawiało żadnego ryzyka ani niebezpieczeństwa dla chorych.

Leczenie złamań kości piętowej, powstałych wskutek zgniecenia. (Les fractures sous-thalamiques du calcanéum-leur traitement par la réduction á ciel ouvert et la greffe ostéo-périostique). Lenormant i Wilmoth.

Journ. de Chir. XL — 6r. 1, lipiec 1932.

Złamania kości piętowej „ze zgniecenia" stanowią 66% wszystkich jej złamań; pozostałe 34% stanowią złamania „z oderwania", dotyczące prawie wyłącznie guza kości piętowej (gwałtowny skurcz mięśni łydki).

Złamania ze zgniecenia dotyczą samego trzonu kości piętowej, a mechanizm ich polega na wgnieceniu (pod wpływem ucisku z góry kości napiętkowej) górnej zbitej części kości piętowej, stanowiącej jakby wzgórek (thalamus), w środkową gąbczastą jej część, znacznie słabszą strukturalnie. Co do rozległości i nasilenia tego złamania rozróżniamy trzy stopnie:

I stopień: wzgórek kości piętowej jest wgnieciony tylko na 2 — 3 mm, sama kość piętowa jest zaledwie trochę spłaszczona, statyka powierzchni stawowych z kością napiętkową i sześcianowatą — tylko nieznacznie zaburzona.

II stopień: wgniecenie sięga głębiej, pęka i zewnętrzna powierzchnia kości piętowej, a kość sama ulega znacznemu spłaszczeniu i powiększeniu w wymiarze poprzecznym, przyczem powierzchnie stawowe zostają przemieszczone, na czem cierpi wyraźnie statyka i ruchomość odnośnych stawów.

III stopień: kość piętowa jest zupełnie zmiażdżona, jej wysokość — zmniejszona do połowy, powierzchnie stawowe — porozsuwane, powstają nadwichnięcia w stawie goleniowo-napiętkowym, napiętkowo-piętowym, napiętkowo-łódkowatym i piętowo-sześcianowatym, stopa staje się płaską i koślawą, następowe zaburzenia czynnościowe stopy są ogromne, a prawidłowy zrost kości przy leczeniu zachowawczem powstaje bardzo trudno.

Leczenie złamań kości piętowej ze zgniecenia przechodziło różne koleje. Z początku trzymano się taktyki wyczekującej — ciepłe kąpiele na obrzęki, leżenie w łóżku, miesienie; postępo-

wanie takie, jednakże, poza złamaniami I stopnia, dawało wyniki wysoce niepomyślne — chory stawał się inwalidą do końca życia, gdyż chodzenie na tak zniekształconej stopie (koślawo-płaskiej) było bardzo utrudnione. Stało się jasnem, że pierwszym warunkiem do otrzymania pożądanego wyniku leczniczego jest — jak w każdym zresztą złamaniu — zestawienie odłamów to jest, w danym przypadku, odprowadzenie górnej wgniecionej części kości piętowej (thalamus) na swoje właściwe miejsce, przez co stopa odzyskuje prawidłowe wysklepienie i ustawienie, a stawy — prawidłową ruchomość. L e r i c h è w celu ustalenia odłamów w ich ostatecznem ustawieniu używa metalowego szwu kostnego (agrafki, śruby Lambot'a). Ma to jednak swoje złe strony: przy znacznem zdruzgotaniu i dużej kruchości szew metalowy słabo trzyma odłamy i jest naogół źle znoszony, a po uniesieniu ku górze wgniecionego odłama pozostaje pod nim pusta, martwa przestrzeń, która bardzo wolno wypełnia się blizną kostną; szew taki trzeba z reguły wtórnie usuwać, a całe leczenie trwa około 6 miesięcy.

Boehler postępuje inaczej, wykonując trzy kolejne zabiegi. Najpierw przecina podskórnie ścięgno Achillesa (żeby znieść pociąganie tylnego odłama). Następnie, modeluje forsownie (zapomocą odpowiedniego przyrządu zgniatającego) wysklepienie stopy i, wreszcie, zgniata poprzecznie kość piętową dla nadania jej odpowiedniej wysokości, poczem zakłdaa gips na przeciąg 9—14 tygodni (licząc czas od dnia wypadku). Metodzie tej możnaby zrobić zarzut, że jest naogół długa, skomplikowana i brutalna, a do tego w dużym stopniu działa na ślepo.

Autorowie zalecają wypróbowany przez siebie wielokrotnie z dużem powodzeniem sposób, który polega na operacyjnem odprowadzeniu na miejsce wgniecionego górnego odłama (thalamus) i utrzymania go w tem położeniu przez podłożenie podeń p r z e s z c z e p u k o s t n o - o k o s t n o w e g o, wziętego z piszczeli. Przeszczep ten, poza swą rolą czysto mechaniczną, ma również przeznaczenie biologiczne — dostarcza materjału wapniowego do mającej powstać blizny kostnej i wypełnia sobą pustą jamę w kości, która powstaje po odprowadzeniu górnego odłama na miejsce. Kończynę po operacji układa się w szynie drewnianej, a po zdjęciu szwów skórnych i całkowitem zagojeniu się rany operacyjnej — w gips na przeciąg 2 miesięcy.

Autorowie we wnioskach swych opierają się na materjale 29 operowanych w powyższy sposób przypadków, przyczem 16 chorych było spostrzeganych następowo przez czas dłuższy — u 15 wynik czynnościowy był bardzo dobry, u 1 — niepomyślny (ograniczenie ruchów stopy w kierunku zginania grzbietowego i bóle przy dłuższem chodzeniu).

W niektórych przypadkach doszło do zesztywnienia w stawie napiętkowo-piętowym, ale dolegliwości z tego powodu chorzy nie odczuwali żadnych, gdyż dla sprawności czynnościowej stopy decydujące znaczenie ma zachowanie prawidłowej ruchomości w stawie goleniowo-napiętkowym, piętowo-sześcianowatym i napiętkowo-łódkowatym, co wyżej opisana metoda zabezpiecza całkowicie.

Rola układu nerwowego współczulnego w powstawaniu obrzęków. (Du role du sympathique dans la pathogénie des oedèmes). B r a n d a o.

Lyon Chirurgical XXIX — Nr. 4, lipiec — sierpień 1932.

Istnieje cały szereg teoryj, wyjaśniających mechanizm powstawania obrzęków i prawa ,rządzące produkcją i wymianą płynów ustrojowych między poszczególnemi tkankami, których nadmierne nagromadzenie się w jednem miejscu stanowi istotę obrzęku. Najdawniejsza, teorja mechaniczna, tłumacząca powstawanie obrzęków zastojem krwi żylnej, upadła ostatecznie, kiedy szereg autorów wykazał brak zupełny obrzęków po podwiązaniu jałowem żyły udowej, żyły próżnej dolnej i żyły szyjnej. *Leriche* i *Jung* dowiedli doświadczalnie i klinicznie, że występowanie obrzęków w przebiegu zapalenia zakrzepowego żyły jest ściśle związane z zapaleniem przydanki żyły (adventitia), a wycięcie chorego odcinka żyły, wypełnionego zakrzepami, usuwa owe obrzęki.

Pozostawiając nauboczu inne teorje odnośne fizykochemiczną, toksyczną, naczyniową i nerwową — autor uważa, jak obecnie, za udowodnione istnienie specjalnej postaci obrzęków p o c h o d z e n i a w s p ó ł c z u l n e g o. (różnego rodzaju ostro występujące i ostro ustępujące obrzęki naczynioruchowe). Przyczem rola współczulnego układu nerwowego nie ogranicza się tylko do tego typu obrzęków, ale rozciąga się i na inne (obrzęki zastoinowe, pourazowe, żylne), a niektórzy autorowie uważają, że wogóle niema obrzęków bez współudziału nerwów naczynioruchowych, które stanowią — jak wiadomo — część układu współczulnego.

Leriche przedstawia sobie mechanizm powstawania obrzęków w przebiegu zapalenia żyły w sposób następujący: w zmienionej zapalnie ścianie żyły, powstają bodźce chorobowe, które przenoszą się za pośrednictwem nerwów czuciowych dośrodkowo i tu na drodze odruchu (przez nerw współczulny) dają skurcz włośniczek odnośnego odcinka kończyny z następowym zastojem żylnym, utrudniającym krążenie oboczne, i odnośnemi zaburzeniami odżywczemi i, wreszcie, anatomicznemi. Wycięcie zaś chorego odcinka żyły, podobnie jak wycięcie pnia nerwu współczulnego na szyi na pewnej przestrzeni względnie odnerwienie odnośnej tętnicy w zakresie chorej kończyny, sprowadzają ustąpienie obrzęków przez p r z e r w a n i e o w e g o ł u k u o d r u c h o w e g o (ściana żyły — ośrodki współczulne na szyi — nerwy współczulne odśrodkowe w ścianie tętnicy — włośniczki) w różnych trzech punktach

Autor pracy niniejszej, nie negując bynajmniej roli układu współczulnego w powstawaniu obrzęków, chce ją zmodyfikować w tym sensie, żeby wyeliminować tu pośrednictwo samej gry naczyniowej. Uważa on, że rozszerzenie jako też i zwężenie naczyń są tylko zjawiskiem t o w a r z y s z ą c y m powstawaniu obrzęków, roli istotnej tutaj jednak nie grają. Nieprawidłowe podniety, przenoszące się wzdłuż włókien współczulnych do obwodu, działają b e z p o ś r e d n i o n a p r o c e s w y m i a n y p ł y n ó w t k a n k o w y c h m i ę d z y k o m ó r k a m i i p r z e s t r z e n i a m i c h ł o n n e m i i n a k o m ó r k i ś r ó d b ł o n k a, powodując nagromadzenie się tych płynów w szczelinach tkankowych — b e z p o ś r e d n i c t w a g r y n a c z y n i o w e j. Przemawiają zatem takie pozornie paradoksalne fakty, jak wywołanie obrzęków w jednych przypadkach, a ich leczenie w innych zapomocą jednego i tego samego zabiegu, a mianowicie — rozszerzenia naczyń; poza tem — szybkie występowanie i prawie natychmiastowe, po odpowiedniej operacji, znikanie obrzęków, brak w wielu przypadkach jakichkolwiek objawów klinicznych i następstw dłużej trwających zaburzeń w krążeniu w zakresie chorej kończyny, ostre granice tych obrzęków, utrzymujące się miesiącami bez najmniejszych przesunięć i t. p.

Autor przypisuje w ten sposób układowi nerwowemu współczulnemu, poza innemi jego czynnościami, również rolę regulowania wymiany płynów między tkankami i wywoływania obrzęków; a stanami nadmiernej pobudliwości tego układu i jego ośrodów „o b r z ę k o r o d n y c h“ na bodźce fizjologiczne możnaby wytłumaczyć zupełnie jasno powstawanie obrzęków czysto „nerwowych“ jak obrzęk Quinckego i t. p.

Przecinanie przednio-bocznego powrózka rdzenia w przypadkach uporczywych bólów w przebiegu raka nieoperacyjnego. (La cordotomie dans les douleurs de certains cancéreux inopérable). W e r t h e i m e r.

Lyon Chirurgical XXIX — Nr. 4, lipiec — sierpień 1932.

Operacja przecięcia przednio-bocznego powrózka rdzenia (Goversa) ma na celu przerwanie przewodnictwa włókien czuciowych, przenoszących czucia bólowe od przeciwnej i niżej leżącej połowy ciała („cordotomie“). Zabieg ten stosuje się w przypadkach beznadziejnych (np. raki nieoperacyjne), w których bóle nieustanne zmuszają do masowego używania narkotyków.

Autor podaje opis 4 przypadków raka macicy z przerzutami, w których dokonał przecięcia przednio-bocznego powrózka rdzenia po jednej stronie z powodu silnych i uporczywych bólów. Przecięcie wykonano na poziomie D III, tuż poza punktem wyjścia korzonków przednich, długości i głębokości 3 mm. Bóle ustąpiły natychmiast, znieczulenie skóry (do poziomu na 2 palce poniżej wyrostka mieczykowatego) dotyczyło czucia bólu, gorąca i zimna. Czucie dotyku, czucie głębokie i ruchy były całkowicie zachowane, jedynie tylko pozostały zaburzenia w oddawaniu moczu, które wymagały cewnikowania pęcherza.

Autor nie jest bynajmniej wielkim zwolennikiem tego zabiegu, uważając, że w przypadkach bólów kauzalgicznych, kryzach żołądkowych, nerwobólach w przebiegu półpaśćca, kraurosis vulvae bardziej wskazane są operacje obwodowe względnie przecięcie tylnych korzonków rdzenia; chorych powyższych, znajdujących się zwykle w niezłym stanie ogólnym, nie można narażać na ryzyko „kordotomji“ w postaci następowych zaburzeń odżywczych i pęcherzowych, a czasami i ruchowych. Inaczej się rzecz przedstawia, jeśli chodzi o beznadziejnych chorych na raka przykutych do łóżka, dla których jedynem życzeniem jest pozbyć się bólów za wszelką cenę. Stany powyższe dają właściwe wskazania do wykonania przecięcia przednio-bocznego powrózka rdzenia.

W dyskusji, jaka się wywiązała po odczycie autora, Ricard i Bérard zwrócili uwagę z jednej strony na dosyć dużą śmiertelność pooperacyjną po tym zabiegu (25%) i duży procent wyników połowiczych, a nawet braku jakiegokolwiek polepszenia, z drugiej zaś — na dużą odsetkę dobrych wyników (jeśli chodzi o uspokojenie bólów), jakie daje nawet w przypadkach beznadziejnych zastosowanie naświetlań radowych w połączeniu z naświetlaniami rentgenowskiemi.

Szczepienia lecznicze w miejscu wniknięcia zakażenia do ustroju. (Vaccination á la porte d'entrée-méthode Basset-Poincloux). D e l r e z i L a m b e r t.

La Presse Méd. Nr. 60, lipiec 1932.

Według *Besredki*, każdy rodzaj drobnoustrojów wykazuje szczególne powinowactwo do pewnych tkanek lub narządów; uodporniając zapobiegawczo daną tkankę lub narząd przeciwko odpowiednim drobnoustrojom, chroni się jednocześnie cały ustrój przed odnośnem zakażeniem. W myśl powyższego *Basset* i *Poincloux* wpadli na pomysł, żeby leczyć zakażenie, będące już w toku, zastosowaniem swoistej szczepionki w miejscu przeniknięcia drobnoustrojów do chorego ustroju. Szczepionka powinna okazać w tym przypadku znacznie silniejsze działanie, niż gdyby została wprowadzona podskórnie lub domięśniowo.

W zapaleniach macicy i przymacicza szczepionkę (gonokokową) wstrzykuje się do śluzówki szyi macicznej; w zapaleniach przydatków macicznych — w okolice gruczołów Skene'a (zakażenie tryprowe), do śluzówki odbytu (prątek okrężnicy), lub do śluzówki sromu (gronkowce); w stawowych lub innych powikłaniach trypra u mężczyzn — do śluzówki cewki moczowej w okolicy jej ujścia zewnętrznego. Wstrzykiwania powyższe powtarza się w odstępach 2 — 4-dniowych. Spostrzeżenia kliniczne potwierdziły powyższe przypuszczenia całkowicie. Osiągnięto w wielu przypadkach wyniki doskonałe, dochodzące do 85% trwałego wyleczenia (metritis, arthritis gonococcica).

Autorowie pracy niniejszej przeprowadzili leczenie powyższe w 29 przypadkach zapalenia przydatków macicznych i w 5 — zapalenia rzeżączkowego stawów; wyniki mieli również bardzo dobre, zwłaszcza w ostrych i podostrych zapaleniach rzeżączkowych przydatków. Poza tem, starali się również wyjaśnić sprawę swoistości samej szczepionki i swoistości wprowadzania jej w miejscu przeniknięcia zakażenia do ustroju, przyczem doszli do zupełnie niespodziewanych wyników. Z jednej strony okazało się, że wstrzykiwanie d o ż y l n e szczepionki gonokokowej (0.25 cm³) daje taki sam odczyn miejscowy (przydatki, stawy) i ogólny i ostateczny wynik leczniczy, jak jej wprowadzenie w miejscu przeniknięcia zakażenia do ustroju, z drugiej zaś — że wstrzyknięcie dożylne (0,2 cm³) lub do gruczołów Skene'a buljonu Delbeta (propidonu) dawało taki sam wynik leczniczy, jak wstrzykiwanie szczepionki gonokokowej.

A więc ani sposób wprowadzania „regjonalnego“ szczepionki przeciwrzeżączkowej, ani ona sama — nie mają bynajmniej charakteru „swoistości“, jeśli chodzi o ostateczny wynik leczniczy. Leczenie zaś szczepionką według *Basset'a* i *Poincloux* oparte jest wyłącznie na jej działaniu w s t r z ą s o r o d n e m (shock), przyczem zupełnie równorzędnem, jeśli chodzi o wynik leczniczy, a znacznie prostszem w wykonaniu okazało się wstrzykiwanie szczepionek dożylne.

M. Czyżewski.

CHOROBY KOBIECE. POŁOŻNICTWO.

Leczenie promieniami Roentgena zapaleń narządu płciowego kobiety. (Le traitement roentgenothérapique des affections inflammatoires pelviennes d'origine génitale chez la femme). M a t h e y-C o r n a t.

Bull. Soc. méd. France T. 19, str. 521, 1931 r.

Autor omawia leczenie promieniami Roentgena spraw zapalnych toczących się w miednicy małej, a związanych etjologicznie ze schorzeniami narządu rodnego. Wchodzi tu w grę w pierwszym rzędzie gruźlica, a dalej zapalenia nieswoiste, względnie o nieustalonej etjologji.

Mechanizm działania promieni X polega przedewszystkiem na bezpośrednim wpływie na proces zapalny, ponadto nie bez znaczenia jest wtórny wpływ na jajniki, zresztą zazwyczaj szczególnie czułe na energję promienistą właśnie w przypadkach schorzeń zapalnych.

Całkowitą kastrację stosować należy jedynie w ciężkich schorzeniach, lub u kobiet w wieku zbliżającym się do przekwitania, ponadto w ciężkiem gruźliczem zapaleniu jajowodów, u kobiet bezpłodnych.

Ubezpłodnienie częściowe wskazane jest w podostrych i przewlekłych zapaleniach przydatków i przymacicza, jak również w jednostronnej gruźlicy przydatków.

Słabe naświetlania promieniami Roentgena służy do pobudzenia jajników względnie samego procesu zapalnego, jeśli przebiega on w lekkiej postaci, a zwłaszcza tam, gdzie jednym z objawów jest brak miesiączki lub bolesne miesiączkowanie.

Naświetlanie promieniami X jest zasadniczym środkiem leczniczym dla gruźlicy przydatków, w innych zaś schorzeniach nieswoistych jest ono jednym ze sposobów postępowania lekarskiego obok diatermji i naświetlania promieniami pozaczerwonemi.

Roentgen, jako środek leczniczy przeciwskazany jest jedynie w bardzo bolesnych postaciach zapalenia przydatków.

W sprawie leczenia zaburzeń czynnościowych jajnika zapomocą promieni pozafiołkowych. (De l'emploi des rayons ultra-violets dans les troubles fonctionnels de l'ovaire). D e v o i s A.

Rev. d'Actinol. T. 6, str. 603, 1931 r.

Naświetlanie pozafiołkowemi promieniami może być bądź ogólne, bądź miejscowe. Do naświetlań ogólnych autor używa lampy kwarcowej, dając 2 serje naświetlań po 12 posiedzeń każda, z przerwą jednomiesięczną pomiędzy niemi.

Naświetlanie miejscowe stosuje sie na podbrzusze, bądź na okolicę lędźwiowo-krzyżową, albo na przednią powierzchnię klatki piersiowej (o ile z pewnością wyłączyć można jakikolwiek bądź czynny proces gruźliczy płuc).

W przypadkach skąpego lub rzadkiego miesiączkowania nadaje się najlepiej naświetlanie ogólne, które nawet stosować można zapobiegawczo u osób korzystających naogół zbyt mało ze światła słonecznego, jak to ma miejsce w wielkich miastach.

Jeśli zaburzenia w prawidłowości cyklu mają swą podstawę w przebytej sprawie zapalnej, należy raczej traktować ją diatermją i promieniami pozaczerwonemi. Dopiero kiedy zaburzenia czynnościowe jajnika trwają nadal, pomimo objektywnej poprawy, wchodzi w grę naświetlanie promieniami pozafiołkowemi. W przypadkach skąpego miesiączkowania stosować należy 3 — 4 naświetlań w ostatnim tygodniu przed miesiączką. Leczenie to połączyć można z podawaniem preparatów jajnikowych, a także tarczycowych, nadnerczy i przysadki.

W przypadkach zaburzeń okresu przekwitania często ogólne naświetlania dają dobre wyniki. Podobnie w krwawieniach okresu pokwitania autor stosuje ogólne naświetlania promieniami pozafiołkowemi. Ponadto w przypadkach obfitych krwawień miesięcznych podawać należy preparaty gruczołu mlecznego i naświetlać przednią powierzchnię klatki piersiowej. Naświetlanie podbrzusza wpływa dodatnio na bolesne miesiączkowanie.

Na zakończenie autor przestrzega przed naświetlaniem promieniami Roentgena z obawy przed kastracją.

Nabłoniak komórkowy i jego leczenie promieniami Roentgena. (Le chorionepithéliome et son traitement aux rayons X). K e l l e r R.

Gynéc. Obstétr. T. XXV. Nr. 6, 1932 r.

Autor przytacza obserwację przypadku nabłoniaka komórkowego, w którym pomimo usunięcia macicy przyszło szybko do nawrotu w postaci guzka w pochwie. Zastosowano naświetlanie promieniami Roentgena i uzyskano nietylko zniknięcie guza, ale wreszcie po raz pierwszy po szeregu prób — ujemny wynik test'u Zondeka i Aschheima, co świadczy o braku w organizmie czynnych komórek kosmkowych.

Czas, jaki upłynął od chwili zastosowania leczenia jest zbyt krótki (4 mies.), aby uważać chorą za ostatecznie wyleczoną — w każdym jednak razie w chwili obecnej wykazuje ona wszelkie cechy wyleczenia, tak kliniczne, jak biologiczne.

Opierając się na powyższym przypadku autor gorąco poleca naświetlania promieniami Roentgena, tak profilaktycznie po operacji, jak w przypadkach nienadających się do leczenia operacyjnego. Kontrolę nad przypadkami prowadzić należy za pomocą regularnego wykonywania co 3 — 4 tygodni testu Zondeka i Aschheima.

Znieczulenie regjonalne w przypadkach szybkiego opróżniania ciężarnej macicy przez pochwę. (L'anesthésie régionale dans l'évacuation rapide de l'utérus gravide par voie basse). D e P e r e l l i d e l l a R o c c a.

Gynéc. Obstétr. T. XXVI. Nr. 3, 1932 r.

Na zasadzie 30 przypadków, w których autor opróżniał macicę ciężarną przez pochwę zapomocą skrobania lub cięciem pochwowem według Dührssena, — dochodzi on do wniosku, że do zabiegów tych nadaje się znakomicie znieczulenie ponadoponowe z dodatkiem zablokowania zwojów Lee-Frankenhausera, na drodze wprowadzenia płynu znieczulającego do obydwu przymacicz bocznych.

Technika pierwszego z dwu temp znieczulenia przedstawia się jak następuje: chora w pozycji kolanowo-łokciowej, odkażenie skóry, określenie miejsca wkłucia, którym jest hiatus sacro-coccygeus (3 punkty orjentacyjne: po bokach różki kości krzyżowej, od góry wyrostek ościsty 4-go kręgu krzyżowego), wkłucie cienkiej najlepiej niklowej igły, długości 6 cm. z mandrynem, pod kątem 20° do powierzchni skórnej na głębokość około 6 cm., i wpuszczenie 15 — 20 cm³ płynu znieczulającego składającego się z mieszaniny ex tempore dwu roztworów.

Rozczyn I: Novocaini — 0,6. Adrenalini 1/1000 — VII guttae. Aq. destilatae — 10,0.

Rozczyn II: Natr. bicarbon — 0,15, Natrii chlorati — 0,10. Aquae destilatae — 20,0.

Tempo drugie polega na wprowadzeniu do bocznych przymacicz po 10 cm³ 1% novocainy, przyczem po ściągnięciu części pochwowej macicy ku dołowi wkłuwa się igłę w sklepienie boczne tuż przy macicy na głębokość 1 — 2 cm., kierując ją nieco ku tyłowi.

W wyniku stosowania omawianych metod uzyskano dobre wyniki w 83½% przypadków. Znieczulenie zawiodło całkowicie w 6,5%, a częściowo w 10%. Wykonano ogółem 13 skrobań macicy i 17 operacji według Dührssena. Podwiązywanie jajowodów przez przednie sklepienie udaje się jednak tylko we wczesnym okresie ciąży; poczynając od skończonych 8 tygodni należy raczej wybierać drogę brzuszną, jeśli chodzi o jednoczesne ubezpłodnienie z przerwaniem ciąży. Jeśli jednak chodzi tylko o to ostatnie, to wspomniana metoda znieczulania jest godna gorącego polecenia; samo znieczulenie przymacicz często zawodzi, i nadaje się raczej dla wieloródek.

Wyleczenie raka szyjki macicy zapomocą wczesnej operacji. (La guérison définitive du cancer du col utérin par l'opération précoce). F a u r e J. L.

Presse méd. 1932 I. str. 585.

Autor uważa za obowiązek społeczny uświadamiania kobiet, że operacja wykonana we wczesnym okresie raka zdolna jest uleczyć 9/10 operowanych. Ściśle mówiąc autor obserwował w latach 1924-1926 — 28 chorych w okresie początkowym raka, na ogólną ilość 185 przypadków tego schorzenia. Z tych 28 kobiet jedna zmarła naskutek operacji, dwie zaginęły, pozostałe żyją; nadmienić jednak należy, że tylko 17 przekroczyło okres 5-letni od czasu operacji, pozostałe 8 były operowane przed 2 — 4½ lat. Praktycznie biorąc autor zalicza te ostatnie chore do wyleczonych, gdyż nawrót raka po upływie 2 lat należy do wielkich rzadkości.

W prywatnej praktyce F. obserwował na 83 przyp. raka, 18 w dobrym stanie, które poddano operacji, i z których 15 żyje i czuje się dobrze, 1 zmarła bezpośrednio po operacji, u dwóch stwierdzono nawrót.

Łącząc razem obie statystyki w jedną otrzymamy 4,34% śmiertelności pierwotnej po operacji (Wertheima), 4,44% nawrotów, i 90,9% wyleczenia.

Liczby powyższe powinny być podane do wiadomości szerokiemu ogółowi, gdyż może zachęcą wreszcie kobiety do wcześniejszego zasięgania porady lekarskiej, co niewątpliwie wpłynie dodatnio na ogólne wyniki lecznicze w raku macicy. Dotąd niestety odsetek „dobrych" przypadków (niezaniedbanych) raka wynosi zaledwie 22% i to w najlepszych statystykach.

Operacyjne przywrócenie drożności jajowodów. Metody i wyniki. (La chirurgie restauratrice des trompes. Les methodes et ses résultats). S e r d u k o f f G.

Gynéc. 131, str. 193, r. 1932.

Ponieważ niedrożność jajowodów jest, zdaniem autora, przyczyną niepłodności aż w 70% przy-

CELLU=SON

Biszkopty ze świeżych, aktywnych, stabilizowanych **otrąb** selekcjonowanych zbóż, bez domieszki jakiegokolwiek leku

Obok witamin zawierają naturalne sole mineralne phityny i magnezu

1—3 sztuk dziennie w dowolnej porze dnia, lepiej zrana
Dzieciom od ½ do 2 biszkoptów dziennie, stosownie do wieku

Regulują trawienie, leczą zaparcie, dając obfite i regularne wypróżnienia, bez obawy przyzwyczajenia się organizmu

Nie drażnią żołądka **Wszelka djeta zbyteczna**

Chemiczno-Farmaceutyczne Zakłady Przemysłowo-Handlowe
Warszawa, L. NASIEROWSKI Kaliska 9.

padków, należy leczniczo dążyć do przywrócenia drożności jajowodów. Osiągnąć to można zapomocą salpingostomji, wszczepienia jajowodu, usunięcia zrostów otaczających jego ujście brzuszne (salpingolysis) względnie stosując kombinację tych metod.

Najlepsze wyniki daje salpingostomja tak pod względem poprawy bezpośredniej, jak co do zajścia w ciążę (średnio 21,2%).

Wszczepienie jajowodów do rogu macicy wykonywa się po nacięciu jej ściany, wprowadzając koniec bliższy do macicy do jej światła; kilkoma szwami przytwierdza się wszczepiony jajowód do otoczenia.

Wyniki jakoby wynosić mają 22 — 33% przypadków zajścia w ciążę.

Z naciskiem podkreślić należy, że tak badanie drożności jajowodów, jak ich operacyjne leczenie przedsiębrać należy po zupełnem uspokojeniu spraw zapalnych.

(Ocena wartości metod operacyjnych przywracania płodności wyrażona przez autora, wydaje się zbyt optymistyczna. — Przyp. Referenta).

Dalszy los chorych leczonych kolpotomją. (L'avenir des colpotomisées). Desmarest i Benoit H.

Gynéc. Obstetr. T. XXV. Nr. 6. 1932 r.

Kolpotomja zajmuje dotychczas miejsce drugorzędne wśród sposobów leczenia spraw zapalnych miednicy małej; uważana jest ona za operację nagłą, konieczną tylko do chwilowej poprawy stanu ogólnego chorej. Z drugiej strony podnoszą się głosy w piśmiennictwie podnoszące wartość kolpotomji jako zabiegu radykalnie leczącego omawiane schorzenie. Ten ostatni pogląd jest tem ciekawszy dla lekarza, że kolpotomja jest zabiegiem łatwym technicznie i bezpiecznym, czego bynajmniej powiedzieć nie można o innych zabiegach operacyjnych w przypadkach zapalenia narządów miednicy małej.

Aby wyrobić sobie pojęcie o wartości kolpotomji trzeba przedewszystkiem zastanowić się nad odległemi, ostatecznemi wynikami tej operacji.

Otóż wynik jej leczniczy zależy przedewszystkiem od natury schorzenia jakie podlega leczeniu. Mogą tu wchodzić trzy ewentualności w grę: 1) parametritis purulenta, 2) pelveoperitonitis, bądź perimetritis purulenta, 3) pyosalpinx bądź pyovarium wrośnięte do zatoki Douglasa.

Najlepsze rokowanie co do wyleczenia definitywnego daje pierwsze schorzenie. Nacięcie ropnego zbiorowiska i opróżnienie go leczy sprawę.

W drugiem przypadku wyleczenie ostateczne następuje tylko tam, gdzie mamy do czynienia z prawdziwem zbiorowiskiem płynnej ropy, jak naprzykład w zropiałym krwisteku po ciąży pozamacicznej, lub w przypadku ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego ze zlaniem się ropy do zatoki Douglasa. W innych przypadkach, gdzie przyczyna ropienia leży w zapalnie zmienionych przydatkach, choćby nie wciągniętych bezpośrednio do rany, wyleczenie nastąpić może dopiero po usunięciu sprawy chorobowej.

Najgorsze rokowanie stawiać należy co do ostatecznego wyleczenia w przypadkach, gdzie kolpotomja otwiera ropniak jajowodu lub jajnika.

W tych przypadkach ropienie przez ranę po kolpotomji utrzymuje się bardzo długo, gdyż nie usunięto jego przyczyny.

Z wywodów powyższych wynika, że rokowanie co do wartości leczniczej kolpotomji zależy przedewszystkiem od dokładnego rozpoznania w poszczególnym przypadku.

Rozpoznanie to jednak bynajmniej nie jest łatwe. Stosunkowo najprościej rozpoznać parametritis purulenta. Opieramy się wówczas na jednostronności sprawy, na tem, że guz odpycha macicę na stronę przeciwną; rozpoznanie różniczkowe musi tu iść przedewszystkiem w kierunku odróżnienia od ropniaka jajowodu czy jajnika uwięźgniętego w zatoce Douglasa.

W przypadku pelveoperitonotis purulenta stan ogólny chorej będzie znacznie cięższy, niż w poprzedniem schorzeniu z powodu szybszego wchłaniania się toksyn; badanie wykazuje opór rozlany, bolesny schodzący bardzo nisko aż na przegrodę pochwowo-odbytniczą.

Wreszcie ropniak przydatków wrośnięty do zatoki Douglasa rozpoznać można po ogólnym stanie stosunkowo dobrym, po guzie jednostronnym oddzielalnym od macicy, niekiedy lekko ruchomym; bolesność przy tem jest mniej żywa i bardziej umiejscowiona. Ponadto opór omawiany ma tendencję dążenia raczej ku górze, bez zajęcia przegrody pochwowo-odbytniczej; śluzówka pochwy nie ulega wciągnięciu w sprawę chorobową. W ostatnio omawianym stanie chorobowym nie należy spieszyć się z kolpotomją, raczej doprowadzić środkami zachowawczemi do uspokojenia procesu, a jeśli zmuszeni jesteśmy nacięcie tylnego sklepienia wykonać, winniśmy stawiać ostrożne rokowanie nie zbyt optymistyczne.

Znając wagę dokładnego rozpoznania dla rokowania z jednej strony, z drugiej zaś jego trudność, należy w przypadkach wątpliwych skorzystać z możności bezpośredniego zbadania stanu miednicy małej i po kolpotomji wprowadzić ostrożnie palec przez nowowytworzony otwór obmacując wnętrze miednicy małej.

Znieczulenie miejscowe i regjonalne w położnictwie i ginekologji. (L'anasthésie locale et régionale en gynécologie et en obstétrique). Duhail Pierre.

Gynéc. Obstetr. T. XXVI, Nr. 33 1932 r.

W znakomicie opracowanym artykule zbiorowym autor omawia sposoby znieczulenia wchodzące obecnie w coraz częstsze użycie i zyskujące coraz więcej gorących zwolenników, jako bezpieczniejsze od dotychczas używanych, a dające dostateczne znieczulenie nawet w większych zabiegach. Sposobami temi są znieczulenie regjonalne i znieczulenie miejscowe.

Opuszczając z braku miejsca rozważania ogólne pragnę podać w skróceniu jedynie techniczne o nich dane.

Znieczulenie regjonalne według Frigyesi'ego wykonywuje się jak następuje. Po usadowieniu chorej na stole wymacuje się grzebienie talerzy biodrowych i wyznacza się linję łączącą te grzebienie ze sobą; linja ta przechodzi przez 3-ci lub 4-ty krąg lędźwiowy; następnie zaznacza się linję łączącą dolne kąty łopatek, która przechodzi przez 6 lub 7-my kręg piersiowy; wreszcie prowadzi się linję równoległą do kręgosłupa ale w odległości 4 cm od niego i w tej linji wprowadza się igłę

prostopadle do skóry tak głęboko, aż osiągniemy żebro lub wyrostek poprzeczny kręgu. Z chwilą kiedy dotkniemy żebra lub do poprzecznego wyrostka, posuwamy dalej igłę ku wewnątrz, skręcając ją o 10 do 20°, i posuwamy się jeszcze o 2 — 3 cm. tak, aby ominąć żebro lub wyrostek od dołu. Teraz dopiero wstrzykuje się 15 cm³ rozczynu znieczulającego przyczem injekcję tę nie przerywa się wycofując się aż do poziomu powierzchni zewnętrznej żebra. Do znieczulania w zakresie klatki piersiowej używa się igły długości 6 cm., w zakresie kręgosłupa lędźwiowego — 8 cm.

Następnie wykonywuje się znieczulenie krzyżowe. Chora w pozycji ginekologicznej z miednicą lekko uniesioną. Określamy umiejscowienie kości ogonowej i o 1½ cm. w bok po każdej stronie zaznacza się punkty wkłucia. Wbijamy najpierw na głębokość 15 cm. aż do wyczucia oporu kostnego, który spotykamy na wysokości górnego brzegu drugiego otworu krzyżowego; cofamy wówczas nieco igłę i wstrzykujemy 25 cm³ rozczynu, następnie wycofując igłę wlewamy jeszcze 10 cm., dzięki czemu znieczulamy III, IV, V nerw krzyżowy. Teraz wprowadzamy znowu igłę, jednak unosząc lekko jej koniec, tak aby na wysokości 10 — 12 cm. dojść do pierwszego otworu krzyżowego; cofamy igłę mniej więcej o 1 cm i wstrzykujemy 20 cm³. Na zakończenie wprowadzamy 5 cm³ pomiędzy kość ogonową a rectum aby zablokować nerwy krzyżowo-ogonowe.

Znieczulając do laparotomji ginekologicznej należy wprowadzić płyn do miejsca wyjścia VIII i XII nerwu piersiowego i I i II nerwów lędźwiowych, jak również znieczulić należy nerwy krzyżowe; takie same znieczulenie stosować należy dla cięcia cesarskiego.

Mówiąc ogólnie dla wysokich laparotomij wystarczy znieczulić nerwy międzyżebrowe; samo znieczulenie nerwów przykręgowych powoduje bezbolesność i rozluźnienie powłok brzusznych; wyłączenie nerwów krzyżowych umożliwia operacje w zakresie miednicy małej, jednakowoż jeśli zmuszeni jesteśmy dotykać macicy i więzadeł winniśmy dodać znieczulenie odcinka lędźwiowego i dolnej części nerwów piersiowych; w większości tych ostatnich przypadków wystarcza znieczulenie nerwów krzyżowych i I — III n. lędźwiowych.

Ostatnio w b. r. Frygyesi ogłosił wyniki swego postępowania, które polega na połączeniu znieczulenia miejscowego z przykręgowym.

To ostatnie wykonywa się na wysokości III kręgu lędźwiowego: po znieczuleniu powierzchownem skóry w okolicy wkłucia wbijamy igłę długości 10 — 12 cm. pod kątem 45° od zewnątrz ku wewnątrz; miejsce wbicia znajduje się na wysokości L_2 o 4 palce poprzeczne od linji środkowej, z każdej strony. Posuwając się w głąb natrafiamy na kostny opór wyrostka poprzecznego, omijamy go i dochodzimy do ciała kręgu; teraz wyciągamy mandryn i, po sprawdzeniu, że nie jesteśmy w naczyniu krwionośnem, cofamy igłę o 1 — 2 mm. i wstrzykujemy 30 cm. ½% rozczynu novocainy.

Po dokonaniu znieczulenia lędźwiowego układamy chorą w zwykłej pozycji do operacji brzusznej i znieczulamy miejscowo. Przedewszystkiem infiltrujemy tkankę podskórną i tłuszczowa, następnie powięź i warstwy głębsze i to nie tylko ściśle w linji środkowej ale także na boki, aby założenie wzierników było niebolesne. Po otwarciu jamy brzusznej uwidaczniamy macicę, ale jeszcze przed

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

jej dotknięciem znieczula się więzadło obłe, wstrzykując w jego koniec obwodowy 3 — 5 cm³ ½% rozczynu novocainy, a następnie po 5 cm. w każde więzadło lejkowo-miednicowe i wreszcie po 20 — 30 cm. w każde przymacicze boczne pomiędzy blaszki więzadeł szerokich. Teraz dopiero można uchwycić macicę i wydobyć ją na zewnątrz. W sumie używa się to znieczulanie na całą operację 250 — 300 cm³ ½% novocainy.

O ile jednak po otwarciu jamy brzusznej niemożliwe jest znieczulenie więzadeł, z powodu naprz. dużych guzów lub starych zmian zapalnych to nie uzyskamy zupełnej bezbolesności; w takich przypadkach należy przed operacją zastosować dodatkowo znieczulenie krzyżowe lub infiltrację przymacicz. Ilość takich przypadków wyno-

siła w materjale autora zaledwie 25%, na ogólną ilość 112 przypadków (91 laparotomji, 17 przypadków wycięcia macicy przez pochwę i 4 inne operacje pochwowe).

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Rola uczulenia lekowego w przypadkach żółtaczki podczas kuracji specyficznej. (Le rôle de la sensibilisation médicamenteuse dans les ictéres parathérapeutiques). J. Gaté, H. Thiers, P. Cuilleret.

Le Journal de Médec. de Lyon. N. 297/1932.

W czasie stosowania różnych leków chemicznych zdarza się szereg niepożądanych objawów, które przeważnie dzieli się na wczesne i późne (odczyny: miejscowy biotropiczny, objawy: zatrucia, wstrząsu, uczulenia i t. p.).

Przeważna ilość tych odczynów zależy od stanu alergicznego leczonego osobnika. Spostrzeżenia kliniczne pozwalają nam jedynie przypuszczać istnienie tego stanu, badania natomiast i doświadczenia umożliwiają udowodnienie obecności. Bezwzględną wartość mają tutaj 2 doświadczenia: 1 odczyny skórne i 2. badania nad biernem uczuleniem, a mianowicie nad przeniesieniem uczulenia na świnki morskie. Wykonując 2 próby w szeregu przypadków powikłań polekowych wykazali autorzy obecność uczulenia tam, gdzie dotychczas tego nie podejrzewano, a mianowicie w przypadkach grypy, po stosowaniu pochodnych metali, w przypadkach wczesnych zaburzeń kiszkowych, po stosowaniu rtęci i w przypadkach żółtaczki w przebiegu leczenia specyficznego. Autorzy nie twierdzą jednak, że wszystkie żółtaczki, zjawiające się w czasie kuracji specyficznej, zależą od stanu alergicznego danego osobnika, wysuwają jedynie hipotezę etjologji alergicznej żółtaczek, jako równorzędną z innymi.

W sprawie nietypowych owrzodzeń narządów rodnych. (Il faut savoir temporiser devant une ulcération génitale qui ne fait pas sa preuve). A propos de certains traitements d'épreuve imprudemment institués. Jean Gaté i Paul-Jean Michel.

Le Journal de Médec. de Lyon. N. 297/1932.

Autor przestrzega przed stosowaniem kuracji specyficznych w przypadkach niezupełnie pewnych owrzodzeń kiłowych. Kuracja taka zastosowana „na wszelki wypadek" nie przynosi choremu pożytku lecz przeciwnie — zaciemnia cały obraz schorzenia i niejednokrotnie bez potrzeby obciąża dalszą egzystencję chorego niesłusznym brzemieniem.

W sprawie „Kiły opóźnionej". („Sur les syphilis retardeés"). Raul Bernard.

Bruxelles-Médical. N. 20. 15/III. 1931.

Spostrzeżenia kliniczne w przypadkach kiły leczonej tylko jednorazowo wykazują, że im silniejsze zastosowano leczenie tem rzadziej zdarzały się nawroty kliniczne lub serologiczne kiły. Może się zdarzyć, że w przypadkach kiły pierwszorzędnej leczonej jednorazowo i niedostatecznie (małe dawki leków rozciągnięte na długi okres czasu) objawy kiły drugorzędnej ulegają niejako w organiźmie utajeniu i nawet po 2-ch latach mogą wybuchnąć z całą gwałtownością. Widocznie zastosowane leki w tych razach wystarczają do utrzymania krętków w stanie utajenia, nie wystarczają do ich zabicia. Takie właśnie przypadki kiły określa autor nazwą „kiły opóźnionej". Rokowanie w tych razach jest szczególnie niepomyślne, gdyż nawrót kiły atakuje organizm pozbawiony naturalnej odporności, jaka byłaby się wytworzyła podczas normalnego przebiegu schorzenia.

Szereg opisów klinicznych poucza, że w przypadkach kiły pierwszorzędnej seroujemnej najkorzystniej jest: 1) rozpocząć leczenie jaknajwcześniej lekami mieszanymi, bismutem i arsenobenzolem (6 do 7 gramów), 2 starać się utrzymać ciągłość działania leków przez odpowiednie normowanie przerw pomiędzy zastrzykami; 3) po pierwszej kuracji, po możliwie jaknajkrótszej przerwie zastosować drugie leczenie arsenobenzolowe w połączeniu z bi lub Hg (Gougerot); 4) często kontrolować odczyn Wassermana w czasie leczenia i conajmniej w ciągu jednego roku po ukończeniu leczenia; 5) zbadać płyn mózgo-rdzeniowy przed uwolnieniem chorego od dalszego leczenia.

Zaburzenia moczopłciowe a schorzenia tylnej cewki. („Troubles génito-urinaires et lésion de l'urètre posterieur"). Eug. Tant.

Bruxelles-Médical. N. 20. 15/III. 1932.

Znane są przypadki, kiedy chorzy nie wykazujący przy powierzchownem badaniu żadnych zmian patologicznych skarżą się ustawicznie na różne dolegliwości ze strony dróg moczowych. Chorzy ci o ile nie zostaną zbadani przy pomocy uretroskopji, krążą od lekarza do lekarza, zużywając duże ilości rozmaitych leków i zostają w końcu zaliczeni do grupy neurasteników t. zw. „neurastheniques urinaires". W tych przypadkach badanie uretroskopowe wykrywa często zmiany w tylnej cewce.

„Ranna kropla" wydzieliny, wydobywająca się z cewki w przypadkach przebytego zakażenia wiewiorowego, może wskazywać na utrzymanie się stanu kataralnego, spowodowanego w tym zakażeniem. Zdarza się jednak, że chory zapewnia, iż nigdy nie przechodził zakażenia wiewiórowego i że t. zw. „ranna kropla" zjawiła się u niego stopniowo bez jakichkolwiek uprzednich objawów, jest zjawiskiem stałem i nie ustępuje pomimo leczenia miejscowego. Wydzielina taka wyciśnięta z cewki jest biaława, śluzowo-ropna, pod mikroskopem wykazuje obecność nabłonków, nielicznych ciałek ropnych i banalnych mikrobów, jak gronkowce, pałeczki okrężnicy i enterokoki. W tych przypadkach badanie uretroskopowe wykrywa często w tylnej cewce obecność wegetacji i polipów.

W przypadkach narośli bez zakażenia wiewiórowego wszystkie porcje moczu są jasne i zawierają nitki. Ostatnia porcja moczu lub nawet ostatnia kropla tylko może zawierać domieszkę krwi.

Oddawanie moczu bywa w przypadkach narośli w tylnej cewce bardzo częste, niekiedy bolesne pod koniec moczenia, zwłaszcza w nocy. Bóle te mogą być tak silne, że wywołują prawdziwy tenesmus. Oddawanie moczu utrudnione

i przerywane zdarza się często. Częstą skargą chorych jest również wrażenie niecałkowitego opróżniania się pęcherza. Po oddaniu moczu w 10 do 15 minut wypływa z cewki kilka do kilkunastu kropli moczu. Ten objaw wskazuje na obecność większej ilości i brodawek i narośli w tylnej cewce. Bóle są najrozmaitszego rodzaju. W początkowym okresie schorzenia mogą istnieć tylko chwilowe niemiłe sensacje w czasie oddawania moczu. Później uczucie to deklaruje się jako zdecydowany ból i staje się objawem stałym. Ból ten ma charakter piekący promieniuje wzdłuż przewodów nasiennych do jąder, następnie w kierunku kości krzyżowej i ogonowej. Pewne ruchy wyraźnie nasilają bóle. Dotykanie gruczołu krokowego przez odbytnicę bywa bardzo bolesne i powoduje pojawienie się kwaśnej kropli w ujściu cewki moczowej. Badanie kanału cewki jest bolesne i często niewykonalne z powodu spazmu mięśni gładkich cewki. W takich wypadkach — o ile znajduje się równocześnie objawy przewlekłego zakażenia wiewiórowego, wszystkie te dolegliwości często mylnie składa się na karb przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, wykonuje się masaże, rozszerza się kanał, stosuje zastrzyki z 3-ch szczepionek zamiast wykonać badanie uretroskopowe, które ujawniłoby istotną przyczynę tych dolegliwości.

Zmiany w tylnej cewce pozatem są przyczyną często następujących dolegliwości w zakresie czynności narządów płciowych: zaburzenia w erekcji, w ejakulacji, obecność domieszki krwi w nasieniu (haemospermja), priapismus, spermatorrhoea, impotentia. W następstwie tych zaburzeń zjawiają się objawy neurastenji, innych chorób nerwowych i psychicznych.

Uretroskopowe badania tylnej cewki wykrywają w przypadkach wszystkich tych dolegliwości zmiany przerostowe, zanikowe, zapalne, cysty.

Leczenie: polega na stosowaniu szeregu zabiegów, których istotą są prądy o wysokiej częstotliwości: ozonotermja, przegrzewanie (diatermja), elektrokoagulacja i t. zw. „étincelag".

Wszystkie te zabiegi prowadzą do zniszczenia tkanki patologicznej a wykonanie ich jest zabiegiem łatwym i prawie niebolesnym przy zastosowaniu nowoczesnych aparatów, głównie uretroskopu Mac-Carthy.

Statystyki wielu autorów wykazują 80 — 90% wyleczenia. Wynik osiąga się zwykle szybko.

Leczenie niektórych schorzeń skóry sposobem U. V. A. G. („Traitement de certaines affections cutanées par la méthode de L. U. V. A. G"). M. Craps i A. Alechinsky.

La Presse Médic. N. 23. 19/III. 1932.

Sposób leczenia polega na zwilżaniu wodnym roztworem azotanu srebra i następowem miejscowem naświetleniu zmian skóry promieniami ultrafioletowemi. Roztwory azotanu srebra stosowane w tej metodzie są słabe 1% do 5%. Zdrowe części skóry osłania się już to obojętną maścią już to tkaniną. Bezpośrednio po zwilżeniu miejsc chorobowo zmienionych wystawia się je na działanie lampy kwarcowej. Źródło światła powinno być możliwie bliskie. Autorzy stosowali, naprzykład, 5-ciominutowe naświetlenia przy odległości 20 cm; czas ten wystarczał całkowicie do wysuszenia i zczernienia okolicy zwilżonej. O ile barwa po naświetleniu nie jest dosyć czarną — można w czasie naświetlania dodatkowo zwilżyć skórę. Mniej energiczną w redukowaniu stosowanego roztworu była lampa Kromayera, którą stosowano na odległość 10 centym. W następstwie takiego zabiegu sączenie ustępowało a zczerniałe łuski w ciągu najbliższych dni lub godzin odpadały. Zabieg taki powtarzano codziennie, co 2-gi lub co 3-ci dzień po uprzedniem oczyszczeniu danej okolicy.

Tym sposobem leczono 41 chorych zawsze z poprawą. Były to przypadki owrzodzeń rozmaitego pochodzenia, świądu około odbytu, świerzbiączki, rozległego zliszajowacenia i grzybicy skóry.

Pierwszym objawem, który ustępował, było swędzenie, następnym sączenie, które ustępowało z reguły najpóźniej po 3cim zabiegu.

Autorzy zachęceni dobrymi wynikami stosowali następnie powyższą metodę w przypadkach różnych wyprysków i owrzodzeń bakteryjnych skóry — zawsze z wynikiem zadawalającym. Nie spostrzegano nigdy pogorszenia ani objawów podrażnienia.

Wczesne rozpoznanie kiły przy pomocy badania cieczy wydobytej z gruczołów chłonnych. („Le diagnostic précoce de la syphilis par la recherche du tréponème dans le suc de l'adénopathie primaire). A. Sézary, P. Lefèvre i P. Boutteau.

La Presse Médicale. N. 60. 1932.

We wszystkich przypadkach podejrzanych o obecność kiły pierwszorzędnej, w których nie można stwierdzić obecności krętków w wydzielinie, wydobytej z owrzodzenia lub nadżerki, należy pamiętać, że krętki można znaleźć w miąższu wydobytym przez nakłucie najbliższych gruczołów chłonnych chorobowo zmienionych. Do nakłucia używa się igły długości 3 cm., osadzonej szczelnie na 2 — 3 cm.³ strzykawce. Po odkażeniu skóry pokrywającej gruczoł zmieniony lecz niekoniecznie największy — należy palcem wskazującym i kciukiem lewej ręki unieruchomić gruczoł, następnie wkłuć igłę, przekonać się o jej należytem położeniu przez należyte poruszenie gruczołu i aspirować do strzykawki mętną ciecz, którą bezpośrednio bada się na obecność krętków bladych, najlepiej w ciemnem polu ewentualnie innymi sposobami.

O ile ilość płynu aspirowanego jest niedostateczna — należy nakłucie powtórzyć, wstrzykując do gruczołu kilka kropli soli fizjologicznej. Nakłucie gruczołu nie sprowadza żadnych niepożądanych powikłań o ile gruczoł nie jest za duży (bubo) i o ile skóra pokrywająca gruczoł nie jest objęta procesem zapalnym.

Autor wykonał nakłucia w 50 przypadkach owrzodzeń kiły pierwszorzędnej, w których znaleziono uprzednio krętki blade i w wydzielinie z samego owrzodzenia i w 20 przypadkach owrzodzeń kiłowych, w których wydzielinie z owrzodzenia krętków nie znaleziono.

W pierwszej grupie chorych było 28 wyników dodatnich, w drugiej 17 dodatnich. Należy podnieść, że krętki w gruczołach znajdują się coraz rzadziej w miarę posuwania się schorzenia, naprzykład w początkowych okresach owrzodzeń kiłowych znajduje się je w 83% a tylko w 38% — do 25% w późniejszym okresie kiły drugorzędnej.

Fakt ten nie umniejsza jednakże wartości rozpoznawczej tej metody, która służy do rozpoznania kiły w jaknajwcześniejszym okresie.

Metoda powyższa oddaje duże usługi:

1) w przypadkach wątpliwej kiły I sero-ujemnej, nie wykazującej obecności krętków w wydzielinie z owrzodzenia w tym okresie schorzenia, w którym kilkudniowa nawet zwłoka w leczeniu schorzenia powoduje przejście schorzenia w serododatnie;

2) w przypadkach kiły I, leczonej miejscowo różnymi środkami, w których skutkiem leczenia krętki w wydzielinie owrzodzenia znikły;

3) w przypadkach owrzodzeń mieszanych, w których zaledwie 20% wykazuje obecność krętków bladych;

4) w przypadkach owrzodzeń niedostępnych dla badania, np. owrzodzeń pod napletkiem przy równoczesnej stulejce wrodzonej lub zapalnej;

5) w przypadkach owrzodzeń, które przeszły niespostrzeżenie, jak np. często u kobiet;

6) w przypadkach owrzodzeń kiły I w jamie ustnej, gdzie napotykamy na duże trudności w odróżnianiu krętków bladych od treponema dentium. Te ostatnie nigdy nie przedostają się do gruczołów chłonnych.

Wkońcu autor przypomina, że jak wszystkie metody, tak i opisana w swoich wynikach ujemnych niema żadnej wartości.

Leczenie trądzika. (Le traitement de l'acné polymorphe). A. Sézary.
La Presse Médic. N. 60. 1932.

Istotę trądzika stanowią 2 sprawy chorobowe. Pierwszą jest ustawiczne nadmierne wydzielanie gruczołów łojowych, drugą — dołączające się zakażenie. Dokładny wzgląd w ten drugi czynnik patologiczny nasunął autorowi na myśl zastosowanie w lecznictwie trądzika środków odkażających. Z licznych środków tej grupy wybrał autor nalewkę jodową, o której, jako o pomocniczym środku w leczeniu trądzika, wspominali uprzednio nieliczni autorzy.

Autor postanowił przeprowadzić konsekwentne i systematyczne badania, dotyczące wartości leczniczej tego środka w przypadkach trądzika. Stosował mianowicie 1% nalewkę jodową w postaci pendzlowań, wykonywanych co wieczór w miejscach najbardziej łojotokowych twarzy, bez uprzedniego mycia lub stosowania jakiejkolwiek maści. Chorzy znosili te zabiegi bardzo dobrze, w niektórych przypadkach autor zwiększał stężenie nalewki do 1 : 75 a nawet i 1 : 50. Zabarwienie skóry znikało zrana następnego dnia.

Stosując wyłącznie to leczenie autor stwierdził, że nalewka jodowa działała nietylko jako środek odkażający mieszki włosowe, działała również jak środek hamujący łojotok. Po kilku tygodniach leczenia wykwity trądzika albo nie tworzyły się wcale, albo były objawem bardzo rzadkim. W dalszym ciągu autor zalecał chorym wykonanie raz na miesiąc 3 — 4 pendzlowań celem zabezpieczenia ich od nawrotów.

Następnie autor łączył wyżej opisane leczenie nalewką jodową z dotychczas stosowanem powszechnie leczeniem siarką, zalecając wykonywać każdą kurację naprzemian co tydzień.

Doskonałym sposobem sprzyjającym szybszemu wyleczeniu okazały się również masaże twarzy i opróżnianie mieszków przy pomocy wygniatania. Te zabiegi powinny być wykonane przed zastosowaniem środka leczniczego.

Z. Jastrzębska.

Zwracamy uwagę Panów Lekarzy na ogłoszenie Instytutu Radowego im. Marji Skłodowskiej-Curie w Warszawie umieszczone przed tekstem niniejszego numeru.

Instytut Radowy pracuje od stycznia r. b. i rozporządza 1 gramem radu, 5-cioma aparatami Röntgena do głębokiej terapji, oddziałem chirurgicznym z instalacją do elektroendotermji i pracowniami djagnostycznemi.

Zakres leczenia Instytutu obejmuje przedewszystkiem nowotwory złośliwe i niektóre dobrotliwe, jak naczyniaki, keloidy i. t. p.

Kwalifikowanie chorych do leczenia odbywa się w Przychodni Instytutu.

Przed skierowaniem chorych z prowincji zwłaszcza w przypadkach dalej posuniętych pożądane jest uprzednie porozumienie się lekarza z Instytutem.

W pewnych przypadkach leczenie może się odbywać ambulatoryjnie; dla chorych leżących **instytut posiada Szpital z pokojami I, II i III klasy.**

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
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 VI WARSZAWA 1932 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

Rzeżączka u kobiet

Streszczenie zbiorowe i poglądowe.

podała
DR. ZOFJA JASTRZĘBSKA

Gonokok w przeciwieństwie do prawie wszystkich znanych bakterji chorobotwórczych osiedla się na zdrowej , niewykazującej ubytków śluzówce i to najchętniej na pokrytej nabłonkiem cylindrycznym. Gonokoki znajdujemy głównie na powierzchni śluzówki, a także i pomiędzy komórkami powierzchownych warstw nabłonka, nigdy nie zajmują one wnętrza komórek nabłonka. Gonokok przenosi się z miejsca na miejsce tylko biernie, jest niewytrzymały na niską ciepłotę, a tembardziej na wysychanie. Najkorzystniejszem środowiskiem dla dwoinki wiewiórowej jest słabo zasadowe jakkolwiek gonokok znosi także kwas mlekowy w słabych stężeniach. Gonokoki produkują endotoksyny. Odporność na rzeżączkę właściwie nie istnieje, można najwyżej tylko mówić o miejscowych warunkach niesprzyjających zakażeniu skutkiem pewnej budowy organizmów narażonych na zakażenie. Z powodu szybkiego obumierania dwoinki zakażenie odbywa się głównie drogą współżycia płciowego, jednak możliwe też jest przeniesienie się zakażenia zapomocą zanieczyszczonej ręki mydła, gąbki, bielizny, w kąpieli, a znane są też przypadki przeniesienia rzeżączki instrumentem lekarskim.

Kobiety są na rzeżączkę o wiele wrażliwsze od mężczyzn, którzy niejednokrotnie dopiero po dłuższym współżyciu z kobietą zakażoną zapadają na rzeżączkę. Kobieta zakaża się zawsze od chorego mężczyzny, nawet gdy u niego rzeżączka istnieje w okresie wylęgania, gdy jeszcze niema żadnego wycieku lub gdy w końcowym okresie leczenia już wyciek ustąpił.

Biologiczne cechy dwoinki wiewiórowej nie tłumaczą jeszcze mnogości i obrazu klinicznego rzeżączki u kobiet. I tak naprzykład pochwa kobiet dorosłych, nie ciężarnych jest tylko wyjątkowo siedzibą zaka-

żenia nawet wtedy, gdy zakażona szyjka opróżnia swoją wydzielinę do pochwy. Dzieje się to skutkiem tego, że gonokok wyjątkowo tylko utrzymuje się na powierzchni i w nabłonku wielowarstwowym, pozbawionym ujść gruczołów, do pewnego stopnia zeskórowaciałym, a z upodobaniem sadowi się na delikatnej śluzówce o nabłonku cylindrycznym, gdzie ma łatwiejszy dostęp do substancji kitowej i w licznych gruczołach. W czasie ciąży naskutek rozpulchnienia śluzówki powierzchowne warstwy nabłonka silniej złuszczają się i na tej nieco delikatniejszej śluzówce osiedlenie się gonokoka jest możliwe.

Kolpitis gonorrhoica może istnieć także, jeżeli z jakiejkolwiek innej przyczyny u niecięzarnych mamy do czynienia z dużym wysiękiem. W końcu u kobiet starych atroficzna śluzówka pochwy nie stanowi dostatecznej ochrony przeciw gonokokom.

Miejscowo rzeżączka zależy więc od rodzaju nabłonka i budowy śluzówki, dalej od dostatecznej ilości pożywki dla gonokoka. W zamkniętej przestrzeni np. pyosalpinx gonokok szybko ginie skutkiem wyczerpania się pożywki i skutkiem niejako uduszenia się we własnych toksynach.

Wrota zakażenia stanowi albo cewka moczowa wraz z gruczołami przycewkowemi Skene'go i gruczołami Bartholiniego, albo szyjka maciczna. Mało jest prawdopodobnem, aby plemniki mogły zanieść gonokok dalej do trzonu.

Zestawienia *Menge'go* wykazują, że w przypadkach rzeżączki ostrej u kobiet najczęściej bywa zakażona cewka 95%, potem szyjka maciczna 80%, trzon w 60%— przydatki w 25%. W przypadkach rzeżączki przewlekłej natomiast cewka tylko w 30% — szyjka w 95%, trzon w 80% przydatki w 50% — gruczoły przedsionka w 20%.

Wieloletnie spostrzeżenia dowodzą nie tylko wzmożenia się ilości przypadków rzeżączki u kobiet w czasie i po wojnie, ale i przebieg jej bywa gwałtowniejszy, mniej pomyślny, zwłaszcza w miastach portowych.

Warunki dla symbiozy gonokoków z innemi bakterjami są niekorzystne skutkiem szkodliwości endotoksyny gonokoka i domieszki innych bakteryj w pożywce. Przy bardzo licznej florze w wydzielinie rzadko spotyka się gonokoki. Pomimo to mieszane zakażenia są znane, zwłaszcza z ropnemi, zdania są tylko podzielone co do kolejności zakażenia. Faktem jest, że np. w połogu w endometrium często ostatecznie bakterje ropne wyrugowują gonokoki. Ropa w starszych ropniach trąbki bywa zwykle jałowa, a zaostrzenie się procesu zapalnego znaczy się nowem wtargnięciem świeżych gonokoków do ropnia.

Rozpoznanie rzeżączki u kobiet bez zbadania mikroskopowego jest wykluczone. W świeżych przypadkach zawsze znajdujemy gonokoki po obmyciu zewnętrznych części z banalnej flory i po wyciśnięciu przez pochwę wydzieliny z szyjki. Wydzielinę z cewki należy badać dwukrotnie przed i po oddaniu moczu. Barwienie namazów powinno być wykonane sposobem Gramma, który pozwala wyróżnić ujemnie barwiące się dwoinki od szeregu innych bakteryj. Wydzielina początkowo surowicza zamienia się szybko w ropną. Następnie gonokoki przedostają się do wnętrza leukocytów głównie obojętnochłonnych.

Przyczyna wewnątrz komórkowego umiejscowienia się gonokoków przez długi czas była kwestją sporną. Dzisiaj przeważnie wszyscy godzą się na to, że mamy do czynienia ze zjawiskiem fagocytozy, posiadającej pewne cechy swoiste, różniącej się od fagocytozy w jej postaci klasycznej. Charakterystyczną cechą tego zjawiska jest to, że obie strony: ciałka ropne i gonokok nie odczuwają w sposób bardziej dotkliwy tego zbliżenia się.

Ławrynowicz ujmuje to zjawisko, jako swoisty i charakterystyczny rodzaj symbjozy gonokoka i ciałka ropnego. Wewnątrzkomórkowe ułożenie gonokoków znajdujemy głównie w okresie ostrym. Ułożenie wewnątrzkomórkowe mogą dawać i inne drobnoustroje, głównie meningokoki i ziarenkowce (micrococcus catarrhalis). W praktyce nie wchodzą one w różniczkowaniu w rachubę, gdyż wyjątkowo tylko powodują sprawy chorobowe na terenie właściwym dla gonokoka. Tak więc wewnątrzkomórkowe ułożenie gonokoków można uważać za zjawisko w znacznym stopniu ułatwiające rozpoznanie rzeżączki w nabłonku śluzówki. Okres zdrowienia zaczyna się od regeneracji mikroskopowych ubytków w nabłonku śluzówki. Ubytki wypełniają się nabłonkiem wielowarstwowym płaskim nawet, gdy pierwotnie był cylindryczny (metaplazja). Te szarawe wysepki, widoczne niekiedy i gołem okiem, mogą się utrzymywać lata, a pod warstwą tego nabłonka przyczajone gonokoki mogą, po wielu latach wydostawszy się na powierzchnię, być powodem nawrotu. Są to przypadki t. zw. gonorrhoea latens.

Cewka moczowa w przypadkach świeżego zakażenia wysłana jest śluzówką żywo czerwoną, która w postaci wyniosłości wydostaje sią po za ujście zewnętrzne. Jednym z pierwszych objawów rzeżączki cewki jest łatwe krwawienie jej śluzówki.

Wydzielina początkowo rzadka, żółtawa zawiera oprócz gonokoków nabłonki i nieliczne komórki okrągłe. Stopniowo staje się gęstą, ropiastą, zielono-żółtą. Po kilku dniach zmniejsza się, a po 4-ch tyg. można ją z cewki wydobyć tylko przez masowanie.

W początkowych okresach istniejące uczucie bolesnego pieczenia najczęściej przy oddawaniu moczu, czasem swędzenie w późniejszych okresach znika. Niekiedy wszystkie dolegliwości są tak nieznaczne, że przechodzą niespostrzeżenie.

W załamkach śluzówki tworzą się rzekome ropnie, które opróżniają się do światła cewki, ale mogą także być powodem powstania przetoki pochwowej. Zwężenia są rzadkie — praktycznie bez znaczenia. Drobne polipowate wyniosłości w ujściu cewki — ciemno-czerwone skutkiem rozszerzenia naczyń są często jedynym objawem w okresie przewlekłym, który wskazuje na to, że w cewce zakażenie jeszcze utrzymuje się. Pamiętać należy o możliwości istnienia uchyłków tuż przy ujściu zewnętrznym cewki, w których w razie zakażenia cewki zawsze znajdują się gonokoki.

Ostra rzeżączka cewki może według *Bumma* w najlepszym razie po upływie mniejwięcej 2 miesięcy bez leczenia ustąpić, należy jednak pamiętać o możliwości utrzymywania się metaplastycznych wysepek, pod któremi gonokoki mogą się przyczaić przez długi okres czasu.

Pęcherz, jako wysłany nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, ulega zakażeniu chyba w wyjątkowych okolicznościach (ciąża, anemiczne stany śluzówki). Niekiedy obserwuje się w przebiegu rzeżączki t. zw. cystitis colli, zapalny stan śluzówki szyi pęcherza lecz obraz ten dla rzeżączki mało jest znamienny, gdyż znajduje się go i bez zakażenia wiewiórem. Ascendowanie infekcji jeszcze wyżej zdarza się jeszcze rzadziej. Ginekolodzy natomiast mają sposobność spostrzegać nieraz przypadki przebicia się ropnia wiewiórowego trąbki do pęcherza i stąd wtórnego zakażenia pęcherza.

Gruczoły przedsionka (glandulae vestibulares maiores) czyli gruczoły przycewkowe Skenego, jako wysłane nabłonkiem cylindrycznym tem łatwiej ulegają zakażeniu. Gruczołów tych jest 4, po dwa z boku ujścia cewki. Mogą się one jednak znajdować w liczbie 3, 2, 1 lub wcale nie istnieć. Ujście ich może się niekiedy otwierać do cewki i wtedy jest widoczne tylko po rozciągnięciu silnem zewnętrznego ujścia cewki.

Do gruczołów przedsionkowych większych zalicza się także gruczoły Bartholiniego, które są również wysłane nabłonkiem cylindrycznym. Udział tych gruczołów w zakażeniu zwłaszcza obustronny nie jest konieczny. Często bywa zajęty tylko jeden gruczoł. Według autorów niemieckich zawsze zakażone są obydwa gruczoły tylko stopień ich zmian klinicznych bywa różny.

Zatkanie przewodu zakażonego gruczołu następuje bardzo szybko — tworzy się rzekomy ropień, który uwypukla większą wargę sromową w jej dolnej części. Często przyłącza się zakażenie bakterjami ropnemi np. staphyl. — pyogenes aureus. Wyłącznie gonokokowy ropień jest rzadkością. O ile w gruczole istnieje tylko zastój wydzieliny, można przez ucisk gruczołu wydzielinę wycisnąć, o ile mamy do czynienia z ropniem i na czas nie rozpoczniemy należytego leczenia, ropień opróżnia się sam, najczęściej w kierunku wewnętrznej powierzchni wargi sromowej większej. W tych gruczołach gonokoki utrzymują się lata całe, a wtedy zaczerwienienie w otoczeniu ujścia gruczołów Bartholiniego często stwarza obraz t. zw. „macula gonorrhoica“ plamkę podobną do ukąszenia pchły. Objaw ten o ile jest obustronny, jest do pewnego stopnia dla rzeżączki patognomoniczny.

Rozpoznanie wyraźnie zmienionych gruczołów Bartholiniego nie przedstawia żadnych trudności. W okresach jednak wczesnych, gdy brak wyraźnych zmian w tych gruczołach lub w przypadkach przewlek-

łych, gdy wszystkie odczyny zapalne gruczołu już ucichły, koniecznem jest uciśnięcie gruczołu do wydobycia kro li wydzieliny ropiastej lub tylko mętnej, w której znajduje się z łatwością gonokoki.

Przedsionek pochwy i srom są skutkiem budowy śluzówki na zakażenie odporne. Wyjątek stanowią tylko gruczoły przedsionkowe mniejsze glandulae vestibulares minores, gołem okiem nie widoczne, które otaczają wejście do pochwy, a które mogą zawierać gonokoki.

Pomimo odporności sromu i przedsionka u osób niedbających o czystość gromadząca się pomiędzy wargami w fałdach około łechtaczki wydzielina maceruje nabłonek, a powstałe w ten sposób drobne nadżerki mogą zakażać się gonokokami i innemi bakterjami i stać się punktem wyjścia większych ubytków, które następowo gojąc się pozostawiają pigmentowane blizny, Ten proces może się toczyć na udach, w pachwinach i kroczu.

Odczynem na stałe drażnienie wydzieliną tryprową są wegetacje na skórze i śluzówce sromu i odbytu t. zw. condylomata accuminata, kłykciny kończyste, które najczęściej znajdują się u tryprowych, ale mogą powstać i w przypadkach obfitej wydzieliny innego charakteru.

Wielkość, do jakiej mogą dochodzić kłykciny kończyste, (zwłaszcza u ciężarnych) ilustruje najlepiej fakt, że u rodzących mogą być przyczyną cięcia cesarskiego.

Pochwa, jak już powiedziano, może uledz zakażeniu tylko wyjątkowo i tylko w pewnych odcinkach: u dziewczynek, u kobiet bardzo młodych, u zaniedbanych. U kobiet bliskich okresu przekwitania, lub już niemenstruujących, nabłonek w pochwie jest silnie ścieńczały i w fałdach, a także w tkance podnabłonkowej spotyka się gonokoki. Na śluzówce pochwy w pobliżu przedsionka widać niekiedy gołem okiem silnie zaczerwienione błyszczące wysepki, które odpowiadają ubytkom w nabłonku. W podobnych przypadkach resztki błony dziewiczej, lub fałdy śluzówek w otoczeniu wejścia do pochwy mogą dać skutkiem silnego zaczerwienienia obraz t. zw. grzebienia koguciego, który zwłaszcza od bladej śluzówki reszty pochwy u staruszek wyraźnie się odcina.

Typowy obraz kolpitis granularis spotyka się prawie wyłącznie u ciężarnych, które tuż przed zajściem zachorowały na rzeżączkę. Cała śluzówka wtedy pod dotykiem jest szorstka, zwłaszcza w dolnej trzeciej części. Wrażenie to powstaje stąd, że drobnonacieczone brodawki wyczuwa się jako twarde wyniosłości wielkości łebka szpilki. Wydzielina ropna jest wtedy bardzo obita i niekiedy rzeczywiście można powiedzieć, że wypływa strumieniem. *Bumm* nie łączy tego stanu chorobowego z rzeżączką. *Menge* natomiast określa je jako schorzenie paragonoreiczne i rzeczywiście nazwa ta jest odpowiednia, gdyż kolpitis granularis gravidarum najczęściej znajduje się u ciężarnych tryprowych, u których w grę wchodzą i inne zapalne bodźce. Po 4-ch do 5-ciu tygodniach sprawa ta zwykle ustępuje i nigdy nie przechodzi w okres przewlekły.

Szyja maciczna jest organem najczęściej dokniętym i możliwość ascenzji z niej jest najbardziej prawdopodobna.

Śluzówka jej silnie przylega do podłoża i dlatego w miernym tylko stopniu brzęknie. Często silnie zaczerwieniona wystercza w orificium externum, które zamyka śluzowo-ropny, żółto-zielony czop. Już przy lekkiem dotknięciu kanał szyjki krwawi. Po 4-ch do 6u tygodniach, po przejściu sprawy w przewlekłą, zaczerwienienie blednie, a wydzielina staje się więcej śluzową. Śluz może być jedynie zmętniały, a nawet przejrzysty, a jednak zawierać gonokoki. Nie należy się przeto nigdy kierować wyglądem wydzieliny z szyjki. W okresie przewlekłym następuje i w szyi zjawisko metaplazji. Stwierdzono, że w szczególnie uporczywych przypadkach wydzielina wyskrobana ezą platynową nie wykazuje obecności gonokoków, natomiast mała ostra łyżeczka wydobywa je nazewnątrz. Gonokoki podobno mogą przedostawać się i bardzo głęboko do samej podstawy gruczołów.

Znajdowano je nawet w ovula Nabothi. Są to jednak wyjątki, naogół i w szyji gonokok żyje na powierzchni. Typowa dla przewlekłych okresów nadżerka t. zw. erosio zwykle większa jest na tylnej części pochwowej jak na przedniej.

Rzeżączkowe schorzenie szyjki nie wywołuje żadnych dolegliwości podmiotowych. Brak jest bólów, brak krwawień, brak zaburzeń w menstruacji.

Śluzówka odbytu najczęściej zakażana bywa wydzieliną spływającą z dróg rodnych, znane są jednak inne sposoby zakażenia np. przez immissio penis in rectum, przez użycie zanieczyszczonych kanek. *Stickel* w przypadkach przeważnie przewlekłych znajdował w 15% zajęcie odbytnicy.

Ciąża, poród, połóg i do pewnego stopnia menstruacja przez silny dopływ krwi, przez powstanie duzych erozji i ran nie mogą być bez wpywu na przebieg rzeżączki, która zwykle wśród takich przejść ascenduje do trzonu. Pozbawione własnych ruchów gonokoki mnożą się wzdłuż dróg krwionośnych i wciągane bywają ssącym ruchem przy zmianie prądów krwi. Podobnie mogą wpływać na przebieg rzeżączki znaczniejsze wysiłki fizyczne, ciężka praca a przedewszystkiem nadużycia in Baccho et in Venere. U ciężarnych ascenzja możliwą jest do 3 mies.—później ciążą całkowicie zamyka światło macicy, a tem samem odcina gonokokom dostęp do przydatków od dolnych dróg rodnych. Przeszkodą w przedostawaniu się gonokoków wzwyż jest także niekiedy wąskość wewnętrznego ujścia macicy i ujścia trąbek.

Pomimo istnienia wszystkich momentów ułatwiających ascenzję może się zdarzyć, że ta nie następuje. Do dziś dnia sprawa jest sporną czy śluzówka trzonu istotnie bywa zakażana gonokokami, czy też stanowi jedynie przejście dla gonokoków spływających z przydatków.

Nagromadzenie się wydzieliny w jamie macicy powoduje bóle, podniesienie ciepłoty, a przy głębszem wtargnięciu gonokoków skutkiem podrażnienia perimetrium powstają utrudnienia w defekacji i oddawaniu moczu. Wydzielina może mieć domieszkę krwi. Dalej następują zaburzenia w menstruacji, które jednak są przemijające i rzadko przekraczają okres półroczny. Ascenzja rzeżączki o ile następuje w połogu, to zwykle wśród objawów gwałtownych t. j. okresie, gdy jama macicy jest jeszcze jedną wielką raną. Ciepłota podnosi się do 30—40°, drobne szybkie tętno nie jest rzadkim objawem. Obraz kliniczny uzupełnia objawy podrażnienia otrzewnej. Trąbki w tym okresie zwykle są jeszcze nie zajęte. Ostre te objawy uciszają się w 3-im lub 4-ym tygodniu. Ascensja może dopiero nastąpić łącznie z pierwszą menstruacją po porodzie, w tych wypadkach trudno jest wykluczyć świeże zakażenie od męża, któremu długa abstynencja była nie do zniesienia.

Trąbki zakażają się niekiedy odrazu bezpośrednio po zakażeniu szyji i trzonu, najczęściej jednak dopiero po pewnym czasie trwania rzeżączki w trzonie. Z trzonu zakażenie przedostaje się do trąbek po wytworzeniu się większego ciśnienia w jamie macicy, gdzie gromadzi się wydzielina, która skutkiem obrzęku śluzówki ma utrudniony odpływ do szyjki. Chwilę wtargnięcia zakażenia do trąbek cechują podobne objawy jak przy zakażeniu trzonu, jednak jeszcze gwałtowniejsze, a zwłaszcza z wyraźniejszemi objawami podrażnienia otrzewnej. Okolica przydatków jest bolesna na dotyk. Dopóki ujście trąbki jest drożne trąbki zaledwo dają się wymacać. W tym okresie możliwe jest jeszcze zupełne wyleczenie i restitutio ad integrum. W mniej pomyślnie przebiegających przypadkach ciepłota dochodzi do 40° i objawy podrażnienia otrzewnej utrzymują się przez wiele tygodni. W proces zapalny zostają wciągnięte jajniki i fimbrje, przez ich zlepienie ujście trąb zamyka się, otrzewna na dużej powierzchni jest zapalnie zmieniona.

W fałdach błony śluzowej trąbki przez proces sklejania otorbiają się drobne ropnie, które tu i owdzie powodują węzłowate zgrubienia trąbki (salpingitis nodosa). O ile pomiędzy temi ropniami tworzy się komunikacja i nastąpi wolny dopływ ropy do jamy macicznej można przypuszczać, że czynność trąbki powróci do normy. Może jednak zdarzyć się, że drobne i większe ropnie zamkną światło trąbki, nie będą się ze sobą komunikować, a wtedy dany jajnik odciętą ma drogę do macicy (pyosalpinx). W takim otorbionym ropniu już po kilku tygodniach skutkiem braku odżywiania i nadmiaru własnych toksyn, gonokoki obumierają. *Menge* przypuszcza, że skutkiem resorbcji ropy twór ten może się zamienić w torbiel surowiczą (hydrosalpinx).

Sporną do dziś dnia jest kwestja, czy równocześnie z gonokokami mogą wtargnąć do trąbek inne bakterje. Najprawdopodobniej bakterje pochodzące z kiszek przy istniejących zrostach mogą dostać się także drogą limfatyczną lub bezpośrednio skutkiem chwilowego otwarcia się początkowo zamkniętego rzeżączkowego ropnia trąbki. Takie wtórne zakażenie możliwe jest także drogą krwionośną. Szereg autorów twierdzi, że zaostrzenia się ropniaka jajowodu

bardzo rzadko powodowane jest świeżym wtargnięciem gonokoków, najczęściej wtórnym zakażeniem przez bacterium coli albo innemi mikrobami.

Jajniki: Oddzielenie rzeżączki trąbek od jajników może być tylko sztuczne. Nabłonek jajników skutkiem zakażenia gonokokami na powierzchni szybko obumiera, w fałdach jednak dosyć długo utrzymuje się bez zmiany. Sam jajnik głównie cierpi przez to, że stale jest niejako zanurzony w wysięku, powoli wciągnięty w zrosty. Jego czynność może dłuższy czas odbywać się prawidłowo. Stopniowo tworzą się coraz liczniejsze torbielki z nieopróżnionych folikułów. W niektórych przypadkach udaje się gonokokom wtargnięcie do wnętrza jajnika. O ile gonokok wtargnie do otwartego po opróżnieniu z jajka folikułu szybko zamienia go w drobny ropień. Często gonokok zakaża corpus luteum. Powstałe z tego zakażenia ropnie są większe. Wnęka jajnika też ulega zakażeniu, a powstałe stąd ropnie pomiędzy blaszkami ligamentum latum o ile są drobne mogą się zresorbować, pozostawiając bliznę, o ile są większe opróżniają się do pochwy lub do kiszki. Przy tak daleko idących zmianach czynność jajnika stopniowo staje się wadliwą, a wreszcie ustaje zupełnie. W miarę jak zmiany zapalne ustępują pojawiają się w następstwie zrostów i blizn objawy nieprawidłowego położenia macicy i związane z tem dolegliwości.

Otrzewna i sieć zakażane bywają bezpośrednio przez kontakt z ropą, który ułatwia w znacznym stopniu peristaltyka jelit. Może się także zdarzyć, że gonokok wprost przedostaje się przez ścianki trąbki na otrzewną. Duże ilości włóknika w wysięku szybko prowadzą do zrostów i tem tłumaczy się fakt, że w większości przypadków zmiany zapalne ograniczają się do miednicy małej. Wolne przestrzenie pomiędzy poszczególnemi organami i kiszkami zamieniają się w drobne ropnie. Większe zwykle nie tworzą się, chyba w jamie Duglasa, w których zejście może być rozmaite pamiętać jednak należy, że przy wysiłkach fizycznych przy nadużyciach płciowych lub u szczególnie usposobionych kobiet np. u młodych niedokrwistych dopóki ropień silnie jeszcze nie ograniczył się może się otworzyć do jamy brzusznej. Peritonitis gonorrhoca diffusa jest jednak zjawiskiem bardzo rzadkiem i według wielu autorów zdarza się tylko w przypadkach zakażeń mięszanych.

W przypadku wyłącznie gonokokowego zajęcia otrzewnej, rokowanie jest dobre bez względu na to czy wypuścimy ropę drogą otwarcia jamy brzusznej, czy też pozostawimy jamę brzuszną zamkniętą. Spostrzegano także u wiewiórowych kobiet rozlane objawy zajęcia otrzewnej z obecnością bacterium coli, gronkowców i łańcuszkowców bez obecności gonokoków. Te przypadki przebiegały ciężej, kończyły się zejściem śmiertelnem. W długi czas po wygaśnieciu procesu zapalnego w przydatkach guzy takie w czasie menstruacji skutkiem silniejszego przypływu krwi i limfy dają kliniczny obraz zaostrzenia.

Objawy i przebieg zależne są od umiejscowienia zakażenia. Stosunkowo najmniejszy wpływ na przebieg schorzenia wymiera żywotność samego gonokoka.

O wzmożonej żywotności gonokoka możnaby mówić w tych rzadkich przypadkach, w których rzeżączka bez sprzyjającego momentu jak menstruacja, poród, połóg, zakażenie odrazu ascenduje w górę aż do jajnika. Duży wpływ na przebieg kliniczny ma osobniczy sposób oddziaływania na zakażenie. Skoro zakażona początkowo tylko cewka powoduje szereg przykrych dolegliwości — i skłania kobietę do leczenia się, to w tych warunkach wyleczenie może być szybkie i radykalne. Jeżeli zakażenie powoduje nieznaczne tylko dolegliwości, kobieta uważa się za zdrową, zwłaszcza jeżeli coitus zakażający był równocześnie defloru-jącym i nie podejrzewając obecności rzeżączki, zgłasza się do leczenia późno, gdy najkorzystniejsza chwila dla leczenia przeminęła. Rzeżączka wtedy zwykle zajmuje już szyję i gdy tam istnieje czas dłuższy wydzielina może być prawie przejrzystą i bez użycia prowokacji nie udaje się wykazać obecności gonokoków. Tę postać nazwano postacią ukrytą gonorrhea latens. U tych kobiet naprzemian od czasu do czasu zjawiają się gonokoki to w szyjce to w cewce i może się zdarzyć, że całe lata nawet kobieta taka nie zakaża, a jednak pewnego dnia może zakazić gonokokami, które wydobyły się z pod ogniska metaplastycznego nabłonka z głębi śluzówki. Odróżnić te przypadki od przypadków nie wiewiórowego katarru szyji niewielkiego stopnia—jest wprost niemożliwością. Co do ascensji zakażeniu, to u jednych kobiet pomimo braku sprzyjających okoliczności ascensja następuje szybko, u innych przeciwnie rzeżączka wykazuje dużą skłonność do ograniczenia się do dolnych dróg. Nie można tego zjawiska kłaść na karb różnej żywotności gonokoka, gdyż o ile wda się „ktoś trzeci“ w bliższy kontakt z taką parą przewlekłych gonoroików, u wszystkich trojga wybucha ostra rzeżączka, u kobiet ascendująca. Konstytucjonalne i indywidualne właściwości odgrywają w przebiegu pewną rolę. U niedorozwiętych, bledniczych lub konstytucjonalnie mniej wartościowych kobiet obserwujemy cięższy przebieg rzeżączki. Po wojnie zauważono wzrost ilości przypadków rzeżączki ascendującej o ciężkim przebiegu. Superinfekcja w rzeżączce jest częsta i zdarza się właściwie zawsze w małżeństwie, gdy jedno z małżonków stale od drugiego naprzemian dodatkowo zakaża się.

Rzeżączkę kobiecą podzielić można na 2 duże grupy: 1) rzeżączka dolnych odcinków czyli rzeżączka otwarta, wydzielina obfita w gonokoki, 2) rzeżączka górnych odcinków czyli zamknięta. Granicę dla tych 2-ch grup stanowi orificium internum uteri. Obie grupy mają okres ostry, stopniowo przechodzą w podostry i o ile nie zostają wyleczone przechodzą w przewlekły. W rzeżączce dolnego odcinka w 4 —6 tygodni może nastąpić wyleczenie lub przejście w okres przewlekły, który jeszcze mniej sprawia dolegliwości niż ostry. *Wagner* wspomina o rzadkich postaciach powolnej ukrytej rzeżączki u kobiet, u których pomimo braku jakichkolwiek dolegliwości okresowo w szyjce gonokoki zjawiają się. Są to t. zw. czasowe nosicielki gonokoków. Z chwilą ascensji rzeżączka dolnych odcinków albo utrzymuje się w dalszym ciągu, albo ustępuje.

Rzeżączka górnych odcinków jest schorzeniem ciężkiem. Wysoka ciepłota, bóle w podbrzuszu i podrażnienie otrzewnej, które zwykle utrzymują się tak długo jak ciepłota to zn. 3 — 4 dni. Charakterystycznem są dla tej rzeżączki nieproporcjonalnie duże cierpienia w stosunku do dobrego stanu ogólnego. Całkowite uspokojenie się ostrych zapalnych objawów następuje po 2-ch miesiącach, rzadko wcześniej, poczem zjawiają się inne zaburzenia — czynności jajników, nieprawidłowego miesiączkowania. T. zw. postać nawrotowa, przyczem nawroty występują nie częściej jak co 4 tygodnie, może być z powodu znacznej utraty krwi i obfitego ropienia nawet niebezpieczną (cachexia gonorrhoica). Istnieją kobiety, które pomimo nawet znacznych zmian w przydatkach stosunkowo mało cierpią, większość ich jednak czuje się stale chorą i jest niezdolną do wykonywania funkcji płciowych.

Zapłodnienie. Ostra rzeżączka dolnych odcinków, a nawet przewlekła z powodu olbrzymiej ilości wydzieliny przeszkadza przedostaniu się plemnika. Jednakże z chwilą, gdy wydzielina cokolwiek zmniejsza się, zapłodnienie staje się możliwem. O ile rzeżączka trzonu usposabia do poronienia — do dziś dnia jest kwestja sporną. Naogół jednak rzeżączka niezaprzeczalnie jest najczęstszą przyczyną niepłodności. Znane jest określenie *Noeggerath'a* niepłodności przy jednem dziecku (Einkindersterilität) gdyż zwykle zakażenie następuje z pierwszym zapłodnieniem. Rzeżączka trąbek bezspornie usposabia do ciąży zamacicznej. Momentem usposabiającym do poronienia są zmiany położenia macicy naskutek zrostów.

Rozpoznanie i leczenie. Rozpoznanie, jak wynika, może być bardzo łatwe i bardzo trudne. W świeżych przypadkach prawie zawsze znajdujemy gonokoki, a nawet w przewlekłych, tak że nie pozostaje jak tylko wykonywać liczne namazy. Przy pewnej wprawie gonokoki znajduje się coraz częściej. Do pobierania wydzieliny wygodną jest tępa cienka mała łyżeczka, ewentualnie owinięta w watę pałeczka. Z cewki i gruczołów wydzielinę należy wyciskać. Zaburzenia w menstruacji i bóle macicy wskazują na zajęcie trzonu, o ile przydatki są wolne. Wydzieliny z trzonu nie należy pobierać do badania, gdyż przy tym zabiegu można sprowadzić ascenzję.

W przypadkach przewlekłych należy szukać gonokoków przedewszystkiem w szyjce. Prowokacje cewki i gruczołów Bartholiniego rozcieńczonym Lugolem albo 10% roz. azotanu srebra dają najlepsze wyniki i są nieszkodliwe. Co do szyjki należy się powstrzymać od prowokacji, gdyż te sposoby powodują zwężenie szyjki. Ogólnym sposobem prowokacyjnym są wstrzykiwania szczepionek lub preparatów białkowych. Przy braku gonokoków zadanie lekarza jest o wiele trudniejsze. Chodzi nietylko o to aby rozpoznać rzeżączkę, lecz także aby ją móc wykluczyć. Ogólnie utrzymuje się zdanie, że dopiero wielokrotne (12—30)

namazy bezgonokokowe wykonane po prowokacjach miejscowych i ogólnych pozwalają na wykluczenie rzeżączki. Jeżeli się jednak pamięta, że nawet po 100 namazach bezgonokokowych znajdowano gonokoki, to musimy przyznać, że nie można wogóle mówić o wyleczeniu rzeżączki, jakkolwiek — zdaniem wielu autorów — rzeżączka u kobiet jest uleczalna, a nawet może być samowyleczalną.

W rozpoznawaniu różniczkowem w grę wchodzi appendicitis, prawostronna pyelitis i gumma tuberculosum, gruźliczy guz — ten ostatni rzadszy, zwykle w związku z gruźlicą innych organów, zwłaszcza sieci, zwykle długi czas jednostronny w przeciwieństwie do guzów rzeżączkowych, które są obustronne, nierówne. *Fromme* poleca w przypadkach guzów przydatków zastosować ½cm³. szczepionki gonokokowej; o ile potem pojawi się wzmożenie bolesności przydatków, i podniesienie ciepłoty o 1½ stopnia, — to z dużem prawdopodobieństwem można mówić o rzeżączce. Niekiedy jednak obustronne stare zmiany rzeżączkowe niemożliwością jest odróżnić od gruźliczych. Należy zaznaczyć, że zakażenie połogowe częściej jest jednostronne i parametralna tkanka jest prawie zawsze równocześnie zajęta. Anamneza daje pewne wskazówki w odróżnieniu ciąży zamacicznej. Pewne trudności rozpoznawcze mogą spowodować także mięśniaki i guzy jajników. Niekiedy koniecznem jest wykonanie próbnej laparatomji, o ile przy niej znaleziono przypuszczalnie rzeżączkowy guz przydatków — należy tem konserwatywniej zachować się im guz jest świeższy.

Rokowanie: Najlepsze jest w przypadkach zajęcia dolnych odcinków bez zajęcia szyjki; i w tych też razach samowyleczenie jest najczęstsze. Rzeżączka szyjki może też ulec samowyleczeniu. Naogół jednak rokowanie wtedy jest o wiele gorsze. O ile przeważna ilość przypadków rzeżączki szyjki de facto nie zostaje wyleczona, to nie znaczy to abyśmy nie rozporządzali sposobami wyleczenia jej. Przypadki te nie zostają wyleczone z powodu uciążliwości i długotrwałości leczenia. O wiele poważniejsze następstwa ma rzeżączka ascendowana, tylko bardzo mały procent trąbek odzyskuje swoją drożność, i sztuczne sposoby przywrócenia tej drożności są bez wyniku. Znane są przypadki zejścia śmiertelnego przy długotrwałym ropieniu na tle rzeżączkowem z powodu ogólnej amyloidozy. O pomyślnem rokowaniu w peritonitis gonorrhoica diffusa była mowa powyżej.

Leczenie.

Zakażenie wiewiórowe u mężczyzn umiejscowione jest głównie w cewce moczowej i w gruczołach, z których wszystkie uchodzą do kanału cewki. Wystarczy więc nawet do wyleczenia rzeżączki stałe, regularne wypłukiwanie cewki strumieniem moczu. Przeciwnie u kobiety gruczoły zwykle uchodzą nazewnątrz cewki moczowej (wyjątek stanowi niekiedy jeden lub dwa gruczoły Skenego) i samowyleczenie cewki nie wyklucza utrzymywania się zakażenia w tych gruczołach. Dodajmy trudności w zauważeniu schorzenia przez samą chorą, niski poziom znajomości tego schorzenia przez lekarzy praktyków, a zrozumiemy, dlaczego rzeżączka kobiet jest trudna do wyleczenia.

O t. zw. leczeniu poronnem nie ma naogół jednolitego zdania. Leczenie to u kobiet rzadko można stosować ze względu na przeważnie późne zgłaszanie się ich do lekarza. Polega ono na stosowaniu wysokoprocentowych roztworów azotanu srebra, roztworów koloidalnych srebra i ichtyolu. Co się tyczy leczenia przypadków całkiem świeżych istnieją dwie szkoły stojące na krańcowo przeciwnych biegunach. Szkoła francuska radzi rozpoczynać leczenie miejscowe jaknajwcześniej i nawet w czasie menstruacji leczyć cewkę i zakażone gruczoły, przestrzega tylko przed leczeniem szyjki w tym okresie ze względu na łatwość ascenzji. Szkoła niemiecka zaleca absolutny spokój, tem większy w czasie menstruacji, który zdaniem tej szkoły jest koniecznym warunkiem samowyleczenia i radzi nawet kilkudniowy pobyt w łóżku, a następnie brak wszelkich gwałtowniejszych ruchów, długich marszów, sportów i t. p. U kobiet skłonnych do obstypacji zaleca podawanie wód mineralnych i ziółek przeczyszczających. Bez szkody dla chorej można, zdaniem tej szkoły pozwolić jedynie na zewnętrzne kilkakrotne w ciągu dnia obmywania genitaljów łagodnym środkiem ściągającym. W przypadkach zajęcia cewki moczowej podaje się urotropinę,helmithol lub oleum santali. Środki te należy brać dwa dni ze skąpą ilością płynu następnie trzeciego dnia pić duże ilości płynów alkalicznych lub naparów fol.Uvae ursi. Spożywanie alkoholu jest wzbronione. Przy bólach szyi pęcherza przepłókiwanie nerek dużą ilością płynów przysparza zwykle chorej bólów. Opium, ewentualnie extr. Bellad. (czopki) dajemy niechętnie, jednak bez tych środków tak, jak i bez środków nasennych i bromowych nie można się całkowicie obejść. W tych warunkach spostrzegano niekiedy wyleczenie rzeżączki cewki i szyjki po 5 — 6 tyg.

Nie wydaje się słusznym sposób leczenia przez szkołę francuską, gdyż miejscowe zabiegi w cewce i gruczołach w pierwszych dniach schorzenia, w niektórych zwłaszcza przypadkach silnego podrażnienia śluzówki są bardzo bolesne i wcale nie przyspieszają uciszenia się tych dolegliwości, które i same przez się po kilku dniach ustępują. Pozostawienie natomiast w spokoju zakażonych organów, tak jak to radzą Niemcy na przeciąg 5 — 6 tyg. ze względu na bardzo mało prawdopodobny wynik samowyleczenia naraża chorą na stratę dość długiego czasu i tem pewniejsze zakażenie organów, które początkowo nie uległy zakażeniu. Do rozpoczęcia leczenia miejscowego najodpowiedniejszą wydaje się chwila przejścia najburzliwszych, a tem samem najdokuczliwszych objawów, co trwa zwykle 2 — 5 dni.

Niema środka specyficznego, któryby pewnie zabijał gonokoki w tkance, nie uszkadzając jednocześnie samej tkanki. W miejscowem leczeniu rzeżączki należy przyjąć pewien szemat, tyczący się kolejności wykonywania zabiegów. Najpierw należy niszczyć ogniska przedsionka i w gruczołach, następnie w szyjce w końcu w cewce, poczem należy polecić chorej w kilka minut oddać mocz. Zabiegi należy wykonywać w pierwszem miesiącu codziennie, w następnym rzadziej co 2 — 4 dni. Do przepłukiwania uchyłków przedsionka i gruczołów Skenego używa się względnie silnych roztworów odkażająco ściągających, gdyż niema powodu oszczędzać nabłonka tych organów: 1‰ kalium hyp., ¼% arg. nitr. i mniej drażniące 5 — 10% prorgol lub choleval, w końcu 20% argyrol. Ten ostatni środek nadaje się również do lepszego uwidocznienia ujść gruczołów, które niekiedy bardzo trudno odnaleźć. Po zwilżeniu śluzówki płyn ten szybko spływa, a jedynie w ujściach gruczołów zatrzymuje się i tworzy małą czarną plamkę. Wykonując zabiegi należy zawsze szukać nowych gruczołów Skenego, których ilość bywa niestała. Do przepłókiwania gruczołów używamy specjalnie zakrzywionych kaniulek jak do kanałów łzowych. Przepłókiwanie gruczołów jako zabieg codziennie wysilający wzrok lekarza powinien być wykonywany przy użyciu lupy. Polipowate wegetacje, które najczęściej sadowią się na dolnym wędzidełku lub około ujścia cewki są przyczyną zalegania wydzieliny pomiędzy poszczególnemi narośla mi, należy jaknajwcześniej usuwać je galwanokauterem lub instrumentem ostrym, jednakże dopiero po uciszeniu się pierwszych gwałtownych objawów.

Zakażone gruczoły Bartholiniego uciśnięte uwidaczniają swoje ujście kroplą wydobywającej się ropy. Podczas zabiegu pamiętać należy o możliwości wytryśnięcia wydzieliny na twarz i do oczu wykonującego zabieg i nie wywierać większego ucisku przy przepłukiwaniu. Może się także zdarzyć, że płyn z łatwością do gruczołów przedostaje się, jednak nie wydobywa się z powrotem, gruczoł nabrzmiewa. Kilkakrotne ciepłe nasiadówki lub okłady przywracają wkrótce drożność kanałom gruczołów. Wyleczenie, które następuje uderzająco szybko, cechuje się zupełną przezroczystością wydzieliny i brakiem w niej gonokoków. Wyraźnie chełboczące, niewykazujące skłonności do pękania ropnie gruczołów Bartholiniego należy nacinać w miejscu gdzie pokryte są skórą, a nie śluzówką i zakładać sączki, ewentualnie włosowate dreny z użyciem koloidalnych roztworów srebra. Długotrwałe procesy ropne w tych gruczołach, co ma miejsce przy zakażeniach mieszanych, są wskazaniem do ich radykalnego usunięcia. Zabieg ten bywa łatwiejszy po wypełnieniu gruczołu parafiną.

Leczenie szyjki powinno być poprzedzone oczyszczeniem pochwy i części pochwowej, co wykonujemy we wzierniku. Najwygodniejsze do tego celu są wzierniki dwułyżkowe o równych łyżkach. Wziernik taki całkowicie złożony i zwilżony oliwą wprowadzamy do pochwy, ustawiony osią poprzeczną pionowo a więc wzdłuż szpary sromowej. Opierając go lewym bokiem na dolnem wędzidełku wprowadzamy najpierw jego kąt dolny, lewy, poczem górny z łatwością wślizguje się do pochwy. Wziernik wsuwamy nie zagłęboko i równocześnie obracamy go o 90° poczem ostrożnie

łyżki rozchylamy. Ostrożność ta jest konieczna, zwłaszcza u wieloródek, przy krótkiej pochwie i nisko ustawionej części pochwowej. Istniejąca zwykle u gonoroiczek nadżerka na części pochwowej, bardzo łatwo krwawi, nawet po lekkiem obsunięciu się po niej tępej całkiem łyżki wziernika. Oczyszczenia pochwy można dokonać zapomocą wacika napojonego płynem lekko odkażającym, jeszcze lepiej wykonując przepłókiwanie litrem ciepłej wody z dodatkiem np. Hg. oxycyan. 1% (łyżka stołowa) Kal. hyp. lub arg. nitr. 1‰, a przy bardzo wrażliwej śluzówce roztworem 3% kwasu bornego. Dokładne obejrzenie części pochwowej wykazuje niekiedy obecność t. zw. ovula Nabothi, o możliwości zakażenia ich gonokokami należy pamiętać i ewentualnie opróżniać je. Co do sposobu leczenia samego kanału szyjki to pomimo jednomyślnego twierdzenia autorów, że jedynie stosowanie tamponów do pochwy i zewnętrzne pendzlowania części pochwowej nie są wystarczające, ogół lekarzy praktyków powstrzymuje się słusznie od wykonywania jakichkolwiek zabiegów w kanale szyjki, wychodząc z założenia, że przy wszelkich tych zabiegach łatwo wywołać ascenzję zakażenia wprost przez mechaniczne wepchnięcie gonokoków do jamy macicy lub przez wywołanie silniejszych skurczów macicy skutkiem podrażnienia ujścia wewnętrznego. W każdym razie należyte wykonanie tych zabiegów wymaga, zwłaszcza u pierwiastek, pewnej zręczności a przedewszystkiem wprawy i wyczucia. Stosowane bywają przepłókiwania pod niskiem ciśnieniem specjalną sondą Janeta, nadającą płynowi kierunek wsteczny i pendzlowania płynami, których stężenie może być silniejsze. Najczęściej używany bywa prorgol i arg. nitr. *Menge* poleca 40% formalinę. Oczyszczenie uprzednio kanału szyji jest konieczne, należy je wykonać tylko mechanicznie, gdyż stosowanie płynów wysuszających i pieniących się utrudnia absorbcję wprowadzonego następnie leku. Po wypłókaniu i wypendzlowaniu kanału zaleca się założenie specjalnie wąskich czopków z zawartością cholevalu lub argyrolu, ewentualnie założenie sączka napojonego lekiem. Stosowanie t. zw. gorącej sondy (50°) ze względu na znaczną wrażliwość gonokoka na ciepło podobno też daje dobre wyniki. Przy usuwaniu wziernika należy pamiętać, aby zwrócić uwagę na ściany pochwy i w razie obecności w niej ropni lub wegetacji usuwać je.

Przy vaginitis acuta najczęściej u ciężarnych wbrew zakazowi wykonywania wszelkich irygacji przy bardzo obfitej wydzielinie, nie można się bez tego zabiegu obejść. W tych wypadkach używamy słabych roztworów Kal. hyp. i wykonujemy płókania pod bardzo małym ciśnieniem. W ostatnich tygodniach przed porodem zaprzestaje się wykonywania tych zabiegów.

Co do wpływu leczenia ogólnego na otwartą rzeżączkę szyji zdania są podzielone. Leczenie to polega na wstrzykiwaniu niespecyficznych preparatów domięśniowo jak mleko, aolan, koloidalne połączenie srebra i miedzi, hypertoniczne roztwory soli i cukru i specyficznych szczepionek. *Wagner* uważa wszystkie środki niespecyficzne za mniej skuteczne w otwartej rzeżączce błon śluzowych od szczepionek. W opornych przypadkach po stosowaniu niespecyficznych środków nie widział nigdy dobrych wyników.

Leczenie odbytnicy bywa utrudnione skutkiem wielkiej ilości fałdów i zatok śluzówki. Przepłukiwania arg. nitr. 1‰ lub cokolwiek silniejszym roztworem prorgolu, nawet o ile chora zatrzymuje dłuższy czas wstrzykiwany płyn, nie zdoła dotrzeć do wszystkich załamków śluzówki kiszki, dlatego niejednokrotnie wygodniej jest stosować lek na pręciku owiniętym watą w postaci pendzlowania. Leczenie rzeżączki odbytnicy jest długie i uciążliwe.

Leczenie cewki: Miejscowe leczenie cewki polega na przepłókiwaniach lub pendzlowaniach śluzówki cewki małym wacikiem, zwilżonym odpowiednim płynem. Płyny te można także zakładać do cewki w postaci pałeczek, które w ostatnich czasach coraz powszechniej bywają używane. Przepłókiwanie cewki u kobiety może się odbyć tylko z równoczesnem przepłókiwaniem pęcherza. Szprycką napełnioną np. 2% roztworu prorgolu po oczyszczeniu zewnętrznego ujścia cewki wypłókujemy wydzielinę zalegającą w uchyłkach cewki; następnie silnie przycisnąwszy szpryckę do ujścia cewki staramy się płyn wepchnąć wgłąb cewki i do pęcherza. Nie u wszystkich osób to się udaje. U szeregu kobiet zabieg ten jest niemożliwy do wykonania, gdyż z powodu wysokiej wrażliwości wypychają płyn z cewki i nie pozwalają na przezwyciężenie skurczu zwieracza. U tych kobiet należy do przepłókiwań użyć krótkiego cewnika t. zw. sondy Nelatona, którą wyjałowioną wprowadza się do pęcherza, a pod koniec przepłókiwania wpuszczając płyn i równocześnie wyciągając sondę, przepłókuje się tym sposobem także cewkę. O ile mimo długiego leczenia cewki zakażenie nie ustępuje, należy pod kontrolą endoskopu przyżegać pojedyńcze ogniska silniejszemi roztworami arg. nitr., ewent. niszczyć je w narkozie Paquelin'em.

Leczenie trzonu. Miejscowe leczenie trzonu spotyka się słusznie z zarzutami poważniejszemi jeszcze niż leczenie kanału szyji. Płókania ułatwiają przedostanie się zakażenia do trąbek, każdy wprowadzony lek działa jak ciało obce, wywołując skurcze macicy, które już same przez się przez wytwarzanie prądów ssących mogą wepchnąć drobnoustroje do trąbek. Jednakże nawet francuska szkoła, która w szerokim zakresie propaguje gorące przepłukiwania jamy macicy cewnikiem Bozemanna lub Janet'a — Rebłaud'a przestrzega przed wykonywaniem tych zabiegów w okresie ostrym rzężączki, a i w przewlekłych okresach ich zdaniem nieodpowiednie wykonanie zabiegu, więcej może przynieść chorej szkody niż pożytku. W każdym razie zabiegów tych nie można wykonywać u chorych, leczących się ambulatoryjnie.

Leczenie przydatków. Jakkolwiek w początkach obecnego stulecia operacyjne leczenie rzeżączki przydatków zyskało wielu zwolenników, pomimo to liczba zwolenników leczenia zachowawczego obecnie znacznie przewyższa liczbę operujących przydatki. Wszyscy jednogłośnie przyznają, że w przypadku zakażenia wiewiórowego przydatków im świeższe są zmiany tem konserwatywniej należy postępować. Tylko wyjątkowo, mianowicie w przypadkach peritonitis diffusa, zachodzi niekiedy potrzeba otwarcia jamy brzusznej, wypuszczenia ropy i wprowadzenia do jamy brzusznej 50 cm.³ roztworu Rivanolu 5:300, ewentualnie wykonania tamponady. Jeżeli oprócz gonokoków istnieją jeszcze w jamie brzusznej inne bakterje np. bac. coli, to tembardziej otwarcie jamy brzusznej jest potrzebne, co przy czysto gonokokowem zakażeniu nie jest konieczne. Drugim wskazaniem do zabiegu operacyjnego w ostrym okresie zajęcia przydatków są objawy pewnego albo przypuszczalnego zajęcia wyrostka robaczkowego, który zwykle wtedy usuwa się wraz z prawemi przydatkami.

Okres przewlekły nadaje się przedewszystkiem do leczenia szczepionkami i innemi lekami niespecyficznemi, pobudzającemi. Doświadczenia *Stickela* z gonovaccinią i arthigonem, których wstrzykiwano co 3 — 5 dni od 0,2 do 2 cm.³ skłoniły autora do szybkiego zaniechania tego leczenia. Stosunkowo najskuteczniejsze było ono w przypadkach przewlekłych starych guzów przydatków, w których inne długotrwałe leczenie nie dało żadnych wyników. W ostatnich czasach donosi *Wagner* o dobrych wynikach leczenia szczepionkami i w ostrym okresie. *Stickel* podjął leczenie specyficznym lekiem t. zw. Gono-yatren w przypadkach przewlekłych i podostrych guzów przydatków bez otwartej rzeżączki. Z ciał niespecyficznych najlepsze wyniki spostrzegano po Aolanie i Terpichinie, środki te wpływają zwłaszcza na szybkie ustępowanie bólów w podostrych okresach i w nawrotach, w 40% przypadków guzy się zmniejszały, znaczny procent był także przypadków bez wyniku. Jak wyżej była mowa, Aolan okazał się dobrym środkiem prowokacyjnym. Naogół leczenie pobudzające przedstawia pewne wartości jako środek resorbcyjny. Ciepło w każdej postaci jest też dobrym sposobem leczenia resorbcyjnego i w ostatnich czasach coraz szerzej stosowane stanowi osobny rozdział w lecznictwie ginekologicznem.

Zapobieganie rzeżączce u kobiet jest ze względu na trudną wyleczalność tego schorzenia tem ważniejsze. Do profilaktyki kobiet oczywiście zaliczamy cały szereg przepisów sanitarnych i społecznych. Wszystkie sposoby osobistej profilaktyki u kobiet są niepewne skutkiem niekorzystnej budowy organów płciowych u kobiety i skutkiem samego sposobu zakażenia, przy którem mikroby dostają się odrazu do wnętrza organów. Do pewnego stopnia ochroną kobiety przed rzeżączką będzie: wprowadzenie przed stosunkiem do pochwy gąbek lub zakładanie odpowiednio dopasowanych „grzybków" do szyjki, zatykanie ujścia cewki i ujść gruczołów waseliną. Po stosunku płciowym oddanie moczu, obmycie zewnętrznych organów płciowych, przepłukanie pochwy i powtórne obmycie genitaljów płynem odkażającym

(0,25 °/₀₀ sublimatu lub 0,5 °/₀₀ Hydrarg. oxycyanatum). Pewne zabiegi profilaktyczne radykalniejsze może wykonać lekarz, do którego kobieta narażona na zakażenie w odpowiednim czasie zgłosiła się. Będą one polegać na wykonaniu wyżej wymienionego obmywania i przepłukania, ponadto na przepłukaniu kanału szyji, na założeniu czopka do szyji i do cewki moczowej z dodatkiem argyrolu, który w szyji należy ustalić, zakładając tampon do pochwy, w końcu na wstrzyknięciu do gruczołów płynu odkażającego.

W surowicy krwi zakażonych powstaje szereg przeciwciał różnych w różnej ilości. W największej ilości znajdowano substancje wiążące dopełniacz i na podstawie stwierdzenia tego faktu rozwinęła się w ostatnich czasach osobna gałąź serologji rzeżączki. Odczyn wiązania dopełniacza BordetaGengou wobec ujemnych wyników badania mikroskopowego oddaje znaczne usługi w przewlekłych postaciach zakażenia rzeżączkowego. Wszystkie przypadki powierzchownego zakażenia błon śluzowych nie dają przeciwciał w obiegu krwi, a tem samem dodatniego odczynu serologicznego. Podstawowym bowiem warunkiem powstania przeciwciał jest zetknięcie się antygenu z komórkami ustroju, co ma miejsce w przewlekłych przypadkach rzeżączki z głębokiem zajęciem tkanek i powikłaniami. Co do częstości występowania dodatniego odczynu Bordeta- to prawdopodobnie z powodu braku ujednostajnienia metodyki istnieją dość znaczne wahania. Podług Szwojnickiej i Zawodzińskiego, poczynając od 4-go tygodnia choroby, odsetek wyników dodatnich u kobiet stanowi 94,6%, w pierwszych 3-ch tygodni choroby 50%, w przypadkach zakażeń powikłanych 97,2%, nieswoistych odczynów 2,3%. Autorzy ci zaznaczają, że wstrzyknięcie szczepionki gonokokowej zdrowym osobnikom może spowodować wystąpienie dodatniego odczynu wiązania dopełniacza. Dzisiaj wszyscy prawie jednogłośnie przyznają dużą wartość rozpoznawczą temu odczynowi, zwłaszcza u kobiet, u których niejednokrotnie rozpoznanie rzeżączki jest bardzo trudne.

Gonokok nie jest bakterją pasorzytującą wyłącznie na śluzówkach. Drogą limfy lub krwi może przedostać się do miejsc oddalonych od pierwotnego ogniska i wywołać tam zmiany pochodzenia rzeżączkowego. Gonokoki wyhodowano niejednokrotnie w krwi w przypadkach endocarditis gon., arthritis gon. i wyhodowane stąd szczepy udało się przeszczepić na ludzką cewkę moczową. Rzadko zdarza się ogólne zakażenie, sepsis gonor. Najczęściej gonokoki tylko przejściowo znajdują się we krwi aby przenieść się do odległych stawów, torebek ścięgnistych i t. d. Często nie osiągają one niejako tego celu i po krótkim pobycie w krwiobiegu giną. Takie genokcemiczne okresy z pewnością są dosyć częste lecz trudno je ustalić ze względu na brak objawów ogólnych. *Lautier'owi* i *Lofaro* udawało się wyhodować gonokoki z krwi w początkowych okresach rzeżączki, przebiegającej bez powikłań. Według *Copelli* i *Genari* w przypadkach rzeżączki powikłanej zawsze istnieje przejściowy okres gonokcemji. Wyhodować gonokoki z krwi jest bardzo trudno. Giną one bardzo szybko w metastatycznych ogniskach np. w wysiękach stawowych, a tem szybciej w krwi i stąd prawdopodobnie pochodzi utrzymujące się dawniej mniemanie, że do wywołania zapalenia odległych stawów lub torebek ścięgnistych wystarczą jedynie toksyny gonokoka a nie potrzebny jest udział samej bakterji. Dzisiaj zapatrujemy się na sprawę inaczej; takie objawy ogólne, jak bóle głowy, gorączka, bóle mięśni, stawów, uczucie ogólnego rozbicia wywołują toksyny; natomiast umiejscowione sprawy zapalne w stawach w torebkach ścięgnistych wywołane są przez same bakterje. Często w powstawaniu powikłań biorą udział oprócz gonokoków inne mikroby - paciorkowce i gronkowce, a nawet możliwe jest powstanie prawdziwej paciorkowcowej sepsis.

Istnieje niewątpliwie osobnicza skłonność do przerzutowych ognisk zapalnych, gdyż są osobniki, które stale w ciągu każdego zakażenia rzeżączką zapadają na tego rodzaju powikłania. Pozatem szereg momentów usposabia do tego także jak: zaziębienie, wszelkiego rodzaju ekscesy, u kobiet menstruacja i ciąża. Należy zaznaczyć, że notowano także powstanie metastatystycznych ognisk gonokokowych skutkiem przejścia gonokoków przez łożysko i pępowinę do płodu. W przypadkach przerzutowych ognisk należy zawsze odszukać pierwotne ognisko zapalne, gdyż bardzo często przerzuty utrzymują się dotąd, dopóki utrzymuje się sprawa w ognisku pierwotnem. U kobiet takie powikłania powstają najczęściej z rzeżączką przydatków, także trzonu, lecz nie jest wykluczonem powstanie odległego ogniska przy zwyczajnej sprawie zapalnej w cewce, a nawet u dziewczynek w następstwie vulvo vaginitis. Ostatnie badania *Wertheima* wykazały obecność drobnych zatorów w naczyniach włosowatych i najdrobniejszych żyłach, a w zatorach obecność gonokoków. Zmiany te znajdowano w naczyniach pęcherza i miednicy małej, a nawet w głębokich żyłach. Takie trombozy są zawsze dobrotliwe (trombophlebitis gonor.) nie prowadzą do embolji i ogólnego zakażenia, ponadto znane są przypadki gonokokowego zakażenia skóry przez jej drobne ubytki i powstanie wrzodów gonokokowych. Najczęściej są to jednak wrzody mieszane, a gonokok dostaje się do nich jako wtórnie zakażająca bakterja.

Opisywano także przypadki zakażenia mieszków włosowych gonokokami, ale i w tych przypadkach zakażenie było mieszane i nie mamy dowodów na to, czy dwoinka wiewiórowa była pierwszym mikrobem wywierającym swoje działanie pasorzytnicze. Oprócz wymienionych zmian skórnych i oprócz ropni gonokokowych w przypadkach wiewióra możemy się spotkać z szeregiem zmian skórnych przebiegających bez udziału samego drobnoustroju, a wywoływanych jedynie jego toksynami, toxicodermiae: do tego szeregu należy zaliczyć: rumienie, wykwity pokrzywkowe i zbliżone typem do erythema nodosum, wybroczyny i osutki nadmiernie rogowaciejące. Względnie częste są osutki rumieniowe różnych typów — towarzyszą okresom ostrym lub nawrotom ich przebieg jest kapryśny, nieobliczalny. Należy pamiętać o możliwości pojawienia się osutek rumieniowych skutkiem podawania leków. Wykwity pokrzywkowe i eryth. nodosum stanowią dział najbardziej sporny co do ich rzeczywistej etjologji, przez wielu autorów uważane bywają za przypadkowe. Osutki wybroczynowe, spotyka się w ciężkich przypadkach zakażenia wiewiórowego, najczęściej w następstwie sepsis gonorrhoica. Wykwity ze szczególną skłonnością do rogowacenia są najczęściej widziane i dla rzeżączki najbardziej znamienne. Pomijając kłykciny kończyste, wykwity te występują w postaci osutek rozsianych na całej skórze lub ograniczonych tylko na kończynach. Wykwit rozpoczyna się od grudki lub pęcherzyka — szybko zjawia się hyperkeratoza. Osutki te zdarzają się szczególnie często w przypadkach powikłań stawowych u mężczyzn — rzadkie są u kobiet. Możliwe, że mamy tu do czynienia z pewnym usposobieniem skóry przez odpowiednie endokriny.

Leczenie szczepionkami: warunkiem leczenia swoistego jest możność zetknięcia się przeciwciał krążących we krwi z antygenem t. j. z drobnoustrojami. Umiejscowienie zakażenia w początkowych okresach schorzenia w cewce, gruczołach, pochwie, wyklucza tę możność już to dzięki powierzchowności samego schorzenia już to skutkiem ustawicznego wydalania przeciwciał, jakie ewentualnie mogłyby się zjawić w organach zakażonych.

Na przejściu niejako do organów t. zw. zamkniętych stoi szyja maciczna i w przypodkach jej zakażenia teoretycznie można przypuścić pewną możliwość dobrego działania szczepionek, które oczywiście w zakażeniu organów głębszych całkiem zrozumiale dają dobre wyniki.

Pomimo tych czysto teoretycznych wywodów w praktyce powszechnie stosuje się szczepionki już w okresach podostrych i liczne są w literaturze doniesienia o dobrem ich działaniu nawet w przypadkach rzeżączki cewki, gruczołów i pochwy u dzieci.

Szczepionki stosuje się podskórnie, śródmięśniowo lub dożylnie. Najczęściej stosowane bywają śródmięśniowo w dawkach wzrastających od 25 — 800 miljonów i więcej.

Odczyn miejscowy bywa wyraźny przy stosowaniu podskórnem. Odczyn ogniskowy w postaci nasilenia się bólów bywa zwykle przy zajęciu głębszych organów. Odczyn ogólny: silne podniesienie ciepłoty, dreszcze, uczucie ogólnego rozbicia utrzymuje się w zależności od dawki przez 2 — 3 dni i bywa przeciwskazaniem do zastosowania następnej dawki przed upływem tego czasu. Dawki stosowane dożylnie są znacznie mniejsze.

W ostatnich czasach wzorując się na hemoterapji w kile zaczęto również stosować i w rzeżączce dożylnie wlewanie środków przeciwpasorzytniczych. Najpowszechniej stosowanym środkiem bywa go-

nacrina. Stosuje się ją w rozwtorze 2% po 5 cm co drugi dzień. O leczeniu rzeżączki u kobiet tym sposobem brak szczegółowych doniesień w literaturze.

Środek ten stosuje się również miejscowo do płókań i przemywań w roztworze $1^0/_{00}$ — do pendzlowań 1% z nie gorszym wynikiem niż inne leki.

Leczenie surowicą w postaci wstrzykiwań dożylnych, domięśniowych i mięśniowych w tkankę otaczającą schorzały narząda niema większego znaczenia praktycznego. Domięśniowe wstrzykiwania dają niekiedy dobre wyniki w przypadkach zajęcia stawów i torebek ścięgnistych, chodzi w tych razach o nieswoiste działanie białka, gdyż po innych surowicach np. meningokokowej spostrzegano również dobre wyniki. *Janet* nie jest zwolennikiem domięśniowych i podskórnych wstrzykiwań, surowicy, gdyż nie obserwował po nich wyraźnych polepszeń. Zdaniem jego, częstym, niemiłym powikłaniem seroterapji są objawy anafilaktyczne, które powstrzymują go od stosowania tego sposobu leczenia.

LITERATURA.

Janet: „Diagnostic et traitement de la Blennoragie“ 1929.

Buschke-Lenger: „Lehrbuch der gonorrhoe“ 1926.

A. Ławrynowicz: „Gonokok, Ginekol. Polska, T. XI, 1932.

Szwoynicka i Zawodziński: „Próba odchylenia dopełniacza w rzeżączce u kobiet“ Med. Doświadczalna i Społ. 1930, T. 12.

F. Malinowski: „Choroby weneryczne“ 1932.



Kwas salicylowy w leczeniu ropni i karbunkułu (Carbunculus benignus).

podał

DR. ST. KOŁOSOWSKI

Karbunkuł jest cierpieniem dosyć ciężkiem, któremu towarzyszą wysoka ciepłota do 39° i wyżej, silne bóle miejscowe i samoistne, osłabienie ogólne, ponadto zapalno-nekrotyczne zmiany miejscowe posiadają własności szerzenia się do otaczających tkanek zdrowych, wskutek czego przebieg tego cierpienia powodującego dosyć wielkie ubytki skóry i tkanki podskórnej staje się przewlekłym (miesiąc i więcej).

Stosowane rozległe nacięcie wprawdzie przynosi ulgę choremu wskutek chociażby zniesienia napięcia zapalnie zmienionych tkanek i dania możności wydzielania się masom martwiczym, jednak same li tylko nacięcie jeszcze całkowicie nie znosi szerzenia procesu zapalno martwiczego i na obwodzie zwykle zjawiają się nowe czopy, a tkanka martwicza zbyt powoli oddziela się od podłoża.

W praktyce swej na zgórą osiemdziesięciu przypadkach zwykle nie posługuje się cięciem na krzyż bez odseparowania płatków skórnych, w większości zaś stosujemy okrężne cięcie z wycięciem środka sięgające prawie do tkanek zdrowych, jednak zbytnio nie uszkadzające pasu obronnego z nacieczeniem leukocytowem. Uważam, że przez odseparowanie płatów skórnych, o ile nacina się na krzyż, lub jeszcze lepiej przez wycięcie rozległe środka otrzymujemy możność usunięcia mechanicznego większej ilości mas nekrotycznych oraz udostępnia nam takie postępowanie stosowanie następcze leków na większej przestrzeni. Jak wyżej zaznaczyłem, że przy cięciu staram się zwykle zaoszczędzić tkankę nacieczoną leukocytami — wał obronny, bodziec do zdrowej granulacji, miejsce późniejszej wzmożonej proliferacji nabłonka kosztem drobnej pozostałości mas nekrotycznych, które w pooperacyjnem leczeniu szybko oddzielają się pozostawiając zdrową tkankę granulacyjną, a co, mojem zdaniem, znakomicie przyspiesza proces reperacyjny i epitelizację nieraz rozległych ubytków tkanki podskórnej i skóry.

Przechodząc obecnie do leczenia pooperacyjnego z przeróżnych wypróbowanych przeze mnie środków od szeregu lat stosuję tylko kwas salicylowy, który znakomicie przyspiesza oddzielanie się reszty mas martwiczych, podrażnia i pobudza pozostałe tkanki do szybkiej granulacji i pomimo własności żrących jest środkiem nietylko antyseptycznym lecz i znieczulającym, tak że chorzy zwykle nie uskarżali się na ból i pieczenie. Oczywiście, należy unikać stosowania kwasu salicylowego na tkanki zdrowe lub miejsce zupełnie oczyszczone od mas nekrotycznych chociaż przy stosowaniu i na żywo czerwone granulacje nie powoduje on zbytniego pieczenia, a między inemi przyspiesza proces granulacyjny.

Kwas salicylowy stosuję zwykle w postaci proszku per se, lub z glukozą ana partes. Czasami dodaję anestezyny (5%) dla złagodzenia bólów samoistnych. Dla przyspieszenia i więcej energicznego działania kwasu salicylowego dobrze jest wytamponować ranę kawałkami gazy umaczanemi w spirytusie, lub eterze.

Opatrunki robię w następujący sposób: po nasmarowaniu brzegów rany 10% maścią xeroformową posypuję masy nekrotyczne kwasem salicylowym, lub jedną z mieszanek podanych wyżej. Warstwa pokrywająca winna być przynajmniej grubości paznokcia, resztę rany lekko posypuję i następnie tamponuję gazą umaczaną w spirytusie lub eterze, Po dwuch, trzech opatrunkach masy nekrotyczne znikają, dłużej utrzymując się miejscami na obwodzie, które i nadal należy posypywać kwasem salicylowym.

Gdy masy nekrotyczne zostaną zupełnie usunięte, a granulacje są blade, co się zdarza u osobników starszych, wyniszczonych i t. p. można dla pobudzenia procesu granulacyjnego posypywać ranę cukrem gro-

nowym z dodatkiem 2 — 5% kwasu salicylowego, co znakomicie przyspieszy rozrost granulacji. W wypadkach zdrowej granulacji stosuję maść xeroformową z dodatkiem ichtyolu: Rp. Xerofomii 3,0, Ichtyoli 3,0, Lanolini 10,0, Vaselini 20,0; Ung. Diachyloni Hebrae; pasta Zinci Lassari, lub maść cynkową z dodatkiem Liq. alum. acet. Rp. Liq. alum. acet. concentr. 10, — 20, 0, Zinci oxyd. Amyl. trit. aa 10,0 Lanolini 20, 0, Vaselini 50, 0.

Dodać muszę, że prócz miejscowego leczenia nie należy zapominać i o ogólnem leczeniu (cukrzyca, zapalenie nerek, skaza moczanowa, miażdżyca naczyń, wyniszczenie i t. p.), a więc w zależności od wypadku stosuję insulinę, jod, arszenik i t. p. Do podania do ogólnej wiadomości tej krótkiej terapeutycznej notatki skłoniły mię przedewszystkiem osiągnięte dobre wyniki po stosowaniu kwasu salicylowego w leczeniu tak pospolitego cierpienia jakim jest karbunkuł: skrócenie czasu trwania choroby, dosyć szybkie wypełnienie się u bytków tkanek z następującem rychłem bliznowaceniem. Nadmienić należy, iż pomimo żrących własności kwasu salicylowego i używania go do zasypywań w ilościach dosyć dużych nigdy nie spotrzegłem nasilenia się bólów, odwrotnie takowe znaczenie zmniejszały się, ani też objawów zatrucia.



Skład główny: — L. NASIEROWSKI, — Warszawa Kaliska 9.

Schorzenia stawowe chorych na kiłę ze szczególnem uwzględnieniem postaci guzków przystawowych.

Uwagi do powyższego artykułu d-ra Oppenheima w zeszycie 9/1932.

podał

DR. EUG. KRAJEWSKI (Katowice).

Uzupełniając ciekawe spostrzeżenia i wnioski kol. dra Oppenheima dodaję, że przynależność etjologiczna nodositates juxtaarticulares do kiły nie jest w medycynie tropikalnej dotąd bezspornie ustaloną. Guzki przystawowe chorych, pochodzących z Afryki, Arabji i Indyj holenderskich należą zarówno do osobników dotkniętych kiłą jak i framboezją a badania skrawków i preparatów w polu zaciemnionem, przeprowadzone przez Van Dijke i Oudental na Jawie wykryły tylko obecność krętków, które mogły być tak spirochetą „pallida" jak i „pertenuis". W 20 wypadkach Guttierreza z Manili — 16 chorych miało odczyn Wassermanna dodatni, ale tak bywa i we framboezji. Prof. dr. M. Mayer z hamburskiego Institut fuer Schiffs und Tropenkrankheiten pozostawia kwestję etjologji guzków przystawowych nadal otwartą i twierdzi, że cierpienie to nie jest sprawą jednolitą i w różnych krajach posiadać może rozmaite tło, choć kiła i framboezja późna jest tu najbliższą. To potwierdza fakt spotykania guzków przystawowych poza krajami tropikalnemi i opis dwu przypadków kol. Oppenheima. Szkoda, że nie przeprowadzono w nich badania histopatologicznego guzków, coby umocniło postawione tu rozpoznanie, ponieważ znikanie wytworów patologicznych, nawet niekiłowego pochodzenia, pod wpływem leczenia swoistego nie jest zjawiskiem rzadkiem.

Podobne koleje w dociekaniu etjologji co i guzki przystawowe przechodzi jeszcze druga sprawa chorobowa a to gundu lub anakhre, cierpienie tropikalne, spotykane u murzynów i mulatów Wybrzeża złotego i kości słoniowej, Sierra Leone, Angoli, Kamerunu, Ugandy, Zanzibaru i t. p., a polegające na tworzeniu się guzowatości symetrycznych na bocznych ścianach nosa, wielkości do jaja gołębiego i pozostających w związku z podłożem kostnem. W preparatach histologicznych znajdujemy obfitość komórek plasmatycznych. Salwarsan koi wprawdzie bóle, ale nie powoduje zupełnego wessania się guzków. Sprawa pod każdym względem okazuje podobieństwo do guzków przystawowych i czeka rozstrzygnięcia przynależności swojej do kiły, framboezji a może nawet twardzieli.

SANATORJUM DLA CHORYCH PIERSIOWYCH RUDKA
ST. MROZY



INSTYTUCJA SPOŁECZNA NIE ZAROBKOWA
KOMITET w WARSZAWIE OSOLINSKICH 4

HORMOSPERMINE

Wyciąg z całkowitych gruczołów płciowych męskich, kanalików nasiennych, gruczołu krokowego i gruczołu śródmiąższowego

Niemoc płciowa,
Zaburzenia rozwojowe,
Starzenie się,
Neurastenja,
Wyczerpanie ustroju,
Blednica u dziewcząt,
Przejawy przekwitania.

D a w k a: 3 razy dziennie po 20 — 40 kropel.

COMBRETINE

WYCIĄG PŁYNNY z COMBRETUM RAMBAULTII H.
REGULATOR CZYNNOŚCI WĄTROBY

WSKAZANY we WSZYSTKICH SCHORZENIACH WĄTROBY
NAJWIĘCEJ CZYNNY ZE 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, 6-30-42

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Wstrzykiwania śródskórne mleka w leczeniu zaburzeń trawiennych. (Les injections intradermiques de lait dans le traitement de quelques dyspepsies alimentaires). M a u r i c e L o e p e r.
Présse Medicale. N. 82. 1932.

Autor zwraca uwagę na cały szereg dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, będących następstwem uczulenia. Anafilaksja pokarmowa rozpoczyna się naogół dolegliwościami żołądkowemi, za któremi po przejściu czynnika uczulającego do soków ustrojowych, występują objawy ze strony jelita, układu nerwowego, skóry i nerek. Ta fala anafilaktyczna zdradza się klinicznie początkowo wzdęciami żołądka, nudnościami i wymiotami, za któremi postępują rozwolnienia, objawy skórne, swędzenie, a wreszcie ogólne niedomaganie, zawroty głowy, podciśnienie krwi, objawy zaburzeń równowagi wegetatywnej i objawy ze strony układu nerwowego. Wszystkie te dolegliwości znikają o ile uda się w odżywianiu odnaleźć produkty dla danej jednostki specyficznie szkodliwe i je usunąć. Czasami nadwrażliwość ogranicza się tylko do jednej substancji,ale bywają przypadki, że rozciąga się ona na kilka ciał, należących do tej samej grupy albo nawet do grup ciał zupełnie różnych. Leczenie tych stanów jest utrudnione przez niemożność odnalezienia czynnika szkodliwego, który często jest niejednolity, gdyż wszystkie ciała organiczne mogą działać uczulająco. Niejednolita etjologja, doprowadzająca do uczulenia równie złożonej natury w stosunku do różnych ciał, wymaga leczniczego zastosowania złożonych ciał odczulających. Jako takie ciało odczulające złożone autor zaleca mleko, gdyż posiada ono dwa rodzaje białek uczulających, lactalbuminę i kazeinę, zawiera ponadto cukier i tłuszcz. Autor stosował mleko we wstrzykiwaniach śródskórnych, w dawkach małych. Mleko było wyjałowione i dziesięciokrotnie rozcieńczone. Wstrzykiwania wykonuje się co drugi dzień rozpoczynając od ilości jednej do dwóch kropli i stopniując powoli. Serje lecznicze składające się z 12 wstrzyknięć mogą być powtarzane co dwa miesiące. Autor leczył w ten sposób 25 chorych z różnemi dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego (rozwolnienia, wzdęcia, bóle, swedzenia, duszność, bóle głowy, migreny etc.) otrzymując w 13 przypadkach wyleczenie, w 8 poprawę, u 4 leczenie pozostało bez wyniku. U pewnej liczby chorych występowały powikłania w postaci zaczerwienienia i obrzęku w miejscu wstrzyknięcia mleka, podwyższenia ciepłoty do 38°, czasami lotne obrzęki w innych częściach ciała.

Sześćdziesiąt przypadków gruźlicy płucnej leczonych zawiesinami soli złota. (Soixante cas de tuberculose pulmonaire traités par des suspensions huileuses de sels d'or). D u m a r e s t.
Présse Medicale. N. 62. 1932.

Stosowanie soli złota w zawiesinach z oliwy ma na celu przedewszystkiem zwiększenie tolerancji ustroju i powiększenie działania soli. Działanie soli złota jest większe przy tym sposobie wprowadzenia gdyż pozostają one dłużej w ustroju dzięki wolniejszemu wydzielaniu, a zwiększona tolerancja wywołana także wolniejszem wsysaniem się środka pozwala na stosowanie większych dawek. Oryginalność metody polega na rodzaju zawiesiny niezależnie od rodzaju stosowanych soli złota. Używa przy tem 1 gr. soli złota na 10 cm.³ oliwy z migdałów słodkich. Autorzy stosowali solganal B., który przyrządzono w ampułkach po 0,1, 0,2, 0,3 i 0,4 gr. solganalu rozpuszczonego w 1, 2, 3, 4 cm.³ oliwy. Zależnie od przypadku stosowano tygodniowo po 2 lub trzy wstrzyknięcia śródmięśniowe tego preparatu. W ten sposób leczyli autorzy 60 chorych których podzielono na 5 grup niezależnie od działania preparatu. Grupa 1 zawierała 14 przypadków, które w końcu leczenia można było uważać za praktycznie wyleczonych, druga grupa składała się z 22 przypadków, u których kliniczne i rentgenologiczne można było stwierdzić znaczną poprawę, w grupie 3 (6 przypadków) można było klinicznie stwierdzić poprawę bez poprawy rentgenologicznej, grupa 4 zawierała 16 przypadków odpornych na leczenie, grupa piąta składała się z dwóch chorych, którzy nie znosili preparatu. Powikłania, które wystąpiły w czasie leczenia wynoszą około 40%. Dotyczyły się one w 3,33% objawów skórnych i ze strony błon śluzowych. w 18% wystąpiły objawy dyspeptyczne, w 10% zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, w 3% odczyny gorączkowe. Nagół więc u 60% leczonych stwierdzono kliniczną i rentgenologiczną poprawę podczas gdy rozczyny wodne złota dawały tą poprawe u 50% chorych. Zawiesiny więc złota nie tylko dają lepsze wyniki ilościowo, pozwalają także osiągnąć trwalsze rezultaty, pozatem pewna liczba chorych, która nie znosiła rozczynów wodnych złota, znosiła bez powikłań zawiesiny złota. Najlepsze wyniki osiąga się w świeżych przypadkach wysiękowych i świeżych przypadkach rozpadowych. Świeże zmiany zapalne, młode nacieki, świeże jamy, zdają się najlepiej reagować na sole złota i naogół im uszkodzenie płucne jest świeższej daty tem prędzej znika ono pod ich działaniem.

Powikłania stwierdzone w okresie leczenia nie były ani poważniejszej natury, ani dłużej trwałe; liczba ich była również mniejsza, niż przy stosowaniu roztworów wodnych złota. Autorzy nie stwierdzili ani jednego przypadku białkomoczu, wzniesienia ciepłoty były rzadkie (3%), objawy skórne lekkie i przelotne. Częstsze były objawy dyspeptyczne, ale i one szybko mijały. Korzystne działanie zawiesin złota, brak powikłań przy stosowaniu tej metody, czyni ją bardziej skuteczną i łagodniejszą od poprzednio stosowanych metod.

Fizjopatologja i klinika równoczesnej obustronnej odmy płucnej. (Physiopathologie et clinique du pneumothorax bilateral simultané). A. A s c o l i.
Présse Medicale. N. 70. 1932.

Działanie lecznicze obustronnej odmy płucnej polega głównie na niezupełnym ucisku płuca, zastosowanym w tego rodzaju odmie w przeciwstawieniu do klasycznej odmy uciskowej Forlaniniego. Częściowo uciśnięto płuco w czasie wdechu nie rozciąga się całkowicie, a w szczególności nacieczone, mniej elastyczne części tkanki płucnej, nie idą za ruchami klatki piersiowej i przepony i przez to mają zapewniony względny odpoczynek. Działanie odmy jednostronnej jest zasadniczo obustronne dzięki temu, że zmniejszenie ujemnego ciśnienia po jednej stronie pociąga za sobą automatycznie przesunięcie śródpiersia na stronę przeciwległą skutkiem czego płuco po tej stronie zostaje również uciśnięte i mniej się rozszerza. Wobec tego zasadniczo zastosowanie odmy obustronnej może mieć miejsce wtedy gdy działanie odmy jednostronnej na płuco przeciwległe jest niewystarczające lub gdy w tym płucu występują w czasie odmy nowe ogniska. Ma to miejsce gdy śródpiersie jest nieruchome, dalej gdy śródpiersie osiągnęło granice swej ruchomości fizjologicznej i ciśnienie po stronie przeciwległej nie wzrasta odpowiednio do strony po której została wykonana odma. Powikłania odmy obustronnej nie są takie ciężkie jak to się początkowo wydawało szczególnie perforacje nie występują częściej niż przy odmie jednostronnej.

Jeżeli się należycie ureguluje częstość dopełniania odmy oraz ciśnienie, posługując się odpowiednią kontrolą radjologiczną oraz badaniem czynnościowem układu oddechowego można w znacznej mierze nie dopuścić do wystąpienia powikłań. Każda odma prowadzi do zaburzeń oddechowych i do zaburzeń krążenia, w odmie obustronnej zaburzenia te są większe. Badanie czynnościowe układu oddechowego polega na określeniu pojemności życiowej płuca, częstości oddechów i czasu bezdechu dowolnego, badanie narządu krążenia na określeniu częstości tętna i ciśnienia skurczowego krwi.

Wyniki obustronnej odmy sztucznej są dotychczas bardzo względne, zależne od stosowanych kryterjów. Według jednych autorów odsetek przypadków wyleczonych wynosi 40% — 50%, liczba tych, u których laseczniki znikły z plwociny 50 — 70%. W ostatnich czasach *Roloff* zestawił wyniki leczenia odmą u 1128 osób po 12-letniej obserwacji.

Stałą wyraźną poprawę otrzymano u chorych leczonych odmą jednostronną w 29,4%, u osób, u których zakładano równocześnie odmę obustronną w 19,4%. W klinice *Leona Bernarda* spostrzegano poprawę w jednej trzeciej przypadków leczonych. Zasadniczo więc odma obustronna równoczesna weszła obecnie do leczniczego postępowania w gruźlicy, autor jednak uważa, że nie należy rozszerzać wskazań do jej zastosowania. Jest to zabieg, który może być tylko należycie wykonany w odpowiednich sanatorjach, klinikach i szpitalach przez personel leczniczy należycie z techniką odmy sztucznej obeznany.

Leczenie zaburzeń krążenia pochodzenia trawiennego. (La thérapeutique des troubles circulatoires paradigestifs). M. B a s c o u r r e t.
Journal médical français. 1932. N. 9.

Pierwszą zasadą leczenia musi być dążność do usunięcia przyczyny pierwotnej zaburzeń krążenia, a więc leczenie cierpienia żołądkowego z zastosowaniem odpowiedniej djety, etc. Należy zwrócić szczególną uwagę na hygjenę jamy ustnej, stan dziąseł. Aby zapobiedz połykaniu powietrza dobrze jest polecić przyjmowanie napojów przez rurkę. Zalecając pas u osób z opadnięciem trzew trzeba pamiętać, żeby pas był odpowiednio zakładany, to jest znalazł szerokie oparcie na kościach biodrowych. Ze środków leczniczych na pierwszem miejscu stoi węgiel w proszku, dalej sole bismutu, który działa, jak to wykazał *Hayem* nietylko uspokajająco na bóle miejscowe i zmniejsza nienormalne wydzielanie soków trawiennych, ale uspokaja skurcze żołądka i jelit. zmniejsza produkcję gazów i ma wobec tego działanie mechaniczne przez zmniejszenie napięcia gazów w żołądku i w jelitach.

Środek ten działa kojąco nietylko na bóle i skurcze, ale także na wszystkie nieprawidłowe odruchy nerwowe, mające swe źródło w przewodzie pokarmowym. Chorzy uspokajają się powoli, poprawia się sen, znikają przykre sensacje w okolicy serca, znika duszność, tam gdzie był częstokurcz zmniejsza się on powoli i odwrotnie tam gdzie była pierwotnie bradycardia tętno się przyśpiesza. Z tego też względu zaleca się sole bismutu i w sprawach organicznych sercowych, powikłanych sprawami żołądkowemi. Bismut podaje się w dawce 20 gr. dziennie, 2 razy dziennie po 10 gr., pół godziny przed spożyciem pokarmów w ciągu 10 do 20 dni. Działania trującego tych większych dawek nie spostrzegano, jedynem przeciwskazaniem są zwężenia przewodu pokarmowego. Kaolina ma działanie podobne, jednak słabsze od bismutu. Leczenie układu nerwowego powinno wspomagać oddziaływanie na przewód pokarmowy. Poza zastosowaniem czynników natury ogólnej, spokoju. psychoterapji i t. d. duże znaczenie posiadają środki lecznicze o charakterze ogólnie uspakajającym, valeriana, preparaty bromowe, pozatem w szczególności belladonna i eserina. Eserina powinna znaleźć zastosowanie we wszystkich przypadkach podrażnienia układu współczulnego. Uspakaja ona pobudliwość naczynioruchową i zmniejsza częstość tętna.

Szczególnie korzystne jest jej działanie w przypadkach zaburzeń ze strony splotu słonecznego. Zmniejsza ona wtedy tętnienie epigastryczne, pozatem oddziaływuje korzystnie i na zaburzenia naczynioruchowe kończyn, usuwa uderzenia krwi do głowy, zawroty, etc. Belladona w połączeniu z gardenalem jest szczególnie pożyteczna tak przy zaburzeniach pochodzenia kurczowego ze strony przewodu pokarmowego, jak i przy zaburzeniach krążenia. Valeriana i chinina mają szczególnie zastosowanie w przypadkach wielkiej pobudliwości serca połączonej z niemiarowością.

Zaburzenia czynnościowe układu krążenia pochodzenia żołądkowego. (Troubles Fonctionnels cardiovasculaires d'origine gastrique). A. C l e r c.
Journal médical français. 1932. N. 9.

Jednym z najczęstszych objawów klinicznych tego typu są skurcze dodatkowe, które nie zjawiają się u chorych sercowych po wysiłku, ale w okresie trawiennym bezpośrednio po spożyciu pokarmów, albo też nieco później w towarzystwie przykrych sensacji w okolicy żołądka, bólów w

epigastrium, odbijania, bólów głowy, etc. Zwolnienie tętna występuje w przebiegu różnych cierpień przewodu pokarmowego, najczęściej jednak towarzyszy ono okrągłemu wrzodowi żołądka, zapaleniu wyrostka robaczkowego, stanom zapalnym grubego jelita, wreszcie zwyczajnemu przewlekłemu zaparciu. Bradycardje te mają zwykle przebieg łagodny ale czasami mogą pociągać za sobą objawy poważne wchodzące w zakres kompleksu Adams-Stokesa.

Zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego mogą być także przyczyną bicia serca, a nawet częstoskurczu napadowego. Choć często ci chorzy na dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego nie zwracają uwagi i nic o nich lekarzowi nie wspominają, tym nie mniej jednak usunięcie choć nieznacznych zaburzeń przewodu pokarmowego może wpłynąć leczniczo dodatnio, a nawet uleczyć częstoskurcz napadowy.

Ataki dusznicy bolesnej, szczególnie przebiegające w towarzystwie wzdęcia i nawet nieznacznych objawów żołądkowo kiszkowych, wskazują również na ich pochodzenie żołądkowe. Ataki te występują w postaci bólów w górnych częściach klatki piersiowej, umiejscawiając się najczęściej przy lewym brzegu mostka. Czasami zamiast bólu występuje tylko uczucie ciężaru w lewej połowie klatki piersiowej. Chorzy czasami skarżą się na duszność, której cechą charakterystyczną jest zwiększenie się po spożyciu pokarmów, czasami duszność ta występuje atakowo z równoczesnem ziębieniem rąk i nóg oraz małem tętnem. Wreszcie towarzyszą tym stanom zaburzenia naczynioruchowe, które tłomaczą występowanie zawrotów głowy, uderzenia krwi do głowy w okresie trawienia.

Z objawów klinicznych najważniejsze są wzdęcia żołądka i aerophagia. Wzdęcia żołądka doprowadzają do uwypuklenia okolicy epigastrium, czasami serce jest z tego powodu przemieszczone nieco ku lewej stronie, przy obmacywaniu stwierdza się żywą bolesność w 4 lewej przestrzeni międzyżebrowej, a także bolesność przy ucisku w okolicy splotu słonecznego. Wszystkie te objawy są silniejsze po spożyciu pokarmów, niż rano na czczo. Badanie serca nie wykazuje zmian charakterystycznych, jednakże często stwierdza się skłonność do podciśnienia. Charakterystyczne jest także, że ten kompleks objawowy stwierdza się najczęściej u osób młodych, głównie u kobiet, nerwowych, nierównych u których całe zachowanie świadczy o zaburzeniach równowagi nerwowej. Zależnie od przewagi objawów odróżnić można formy naczynioruchowe, ze zwolnieniem lub przyśpieszeniem tętna, formy bólowe, arytmiczne i t. d. Jednakże podział taki o tyle nie jest wskazany, że różne te formy mogą się ze sobą kombinować, a także występować jedna po drugiej. Również i przyczyna, wyzwalająca objawy sercowe nie leży zawsze w żołądku, czasami jelita mogą również wywołać podobne zmiany sercowe. Cechą charakterystyczną tych wszystkich objawów jest nasilanie się po przyjęciu posiłków, głównie wieczorem, a czasami nawet w nocy, rano wszystkie dolegliwości są nieznaczne albo niema ich wcale. Wszystkie te przykre objawy mogą trwać długie lata i utrudniać niezmiernie życie ludzi nimi obarczonych, nie doprowadzają jednak naogół do niedomogi krążenia. Gdy ta ostatnia występuje, ma ona naogół w tych przypadkach i inne przyczyny.

Przyczyna zaburzeń sercowych pochodzenia żołądkowego nie jest jednolita. Przemieszczenie serca, wywołane wzdęciem żołądka i aerophagją może wytłomaczyć duszność, większą pobudliwość mięśnia sercowego, której wyrazem stają się skurcze dodatkowe. W tych przypadkach odbijanie i przyjmowanie środków adsorbujących przynosi ulgę. Jednakże aerophagia nie zawsze tłomaczy objawy sercowe, które mogą wystąpić i bez niej. W tych przypadkach wchodzą w grę albo podrażnienia odruchowe wywołane mechanicznym ciągiem splotów nerwowych w przypadkach opuszczenia jelit, albo podrażnienie odruchowe, idące od uszkodzonej śluzówki, przypuszczają także możliwość działania gazów toksycznych, pochodzących z fermentacji. Wreszcie bywają wypadki w których przyczyną wyzwalającą są środki pokarmowe, działające nie bezpośrednio na żołądek lub układ krążenia jak np. kawa lub herbata, ale środki pokarmowe niewinne same przez się, które jednak w chwilę po spożyciu wywołują ciężkie objawy naczynioruchowe podobne do objawów wstrząsu.

Rozpoznanie tych zaburzeń sercowych często bardzo trudne zostaje niejednokrotnie ułatwione przez wyniki leczenia. Zastosowanie środków uspokajających układ nerwowy ośrodkowy, szczególnie gardenalu, środków działających na układ nerwu współczulnego i błędnego, uregulowanie djety, zalecanie środków absorbujących, stosowanie belladony, czasami zalecenie zwykłego pasa u osób cierpiących na opadnięcie trzew, usuwa w sposób nadspodziewanie szybki objawy niejednokrotnie przykre i ciężkie, tą samą drogą równocześnie tłomacząc ich pochodzenie i potwierdzając rozpoznanie.

Vagotonia w przypadkach zaburzeń sercowych pochodzenia pokarmowego. (La vagotonie dans les troubles cardiaques d'origine digestive). L a i g n e l - L e v a s t i n e.
Journal médical français. T. XXI. N. 9.

Autor podkreśla, że zaburzenia sercowe, bóle, niemiarowości tętna, jego przyśpieszenia i zwolnienia, wreszcie rozszerzenia jam serca nie stoją w określonym związku do zaburzeń przewodu pokarmowego, które te zmiany wywołują. Czynniki, wyzwalające zaburzenia sercowe pochodzić mogą z różnych odcinków przewodu pokarmowego i mogą być one najróżnorodniejszej natury. Wchodzą tutaj w grę przedewszystkiem zmiany w jamie ustnej, złe lub wadliwe uzębienie, zwężenia lub rozszerzenia przełyku, rozszerzenia żołądka, (aerophagia), przemieszczenia żołądka z powodu zrostów, jego zaburzenia wydzielnicze i ruchowe, szczególnie w okolicy oddźwiernika, zmiany w dwunastnicy, w kątnicy, zapalenia wyrostka, zastój w jelicie grubem wstępującem, mający znacznie większe znaczenie niż zastój w innych częściach jelita, dalej opuszczenie jelita grubego poprzecznego, a wreszcie wszelkie zaburzenia jelit grubego zstępującego, jego przykurcze, rozszerzenia i t. d. Najczęstszą przyczyną braku równomierności między przyczyną wywołującą zaburzenia sercowe a skutkiem jest czynnik osobniczy, nazwany przez *Laignel Lavastina* współczynnikiem odruchowym indywidualnym. Ten odruch indywidual-

ny zależy w znacznej mierze od napięcia nerwu współczulnego, a także nerwu błędnego. Autor dzieli ludzi na 5 typów zasadniczych: 1) z przewagą nerwu błędnego, 2) z przeważającem napięciem nerwu współczulnego, 3) z podrażnieniem jednego i drugiego układu, 4) z osłabieniem napięcia obu układów i wreszcie 5) z prawidłowem napięciem obu układów. Według tego podziału objawy vagotonji Eppingera i Hessa odpowiadają właściwie typowi 3 Laignel-Lavastina t. zn. podrażnieniu obu układów. Jasnem jest wobec tego, że te same zaburzenia przewodu pokarmowego wywołać mogą inne objawy u jednostek typu pierwszego, drugiego lub trzeciego, np. opuszczenie żołądka spowoduje u jednostek typu 3 częstoskurcz serca, podczas gdy u wagotonika typu 2 wywoła znaczne zwolnienie tętna, na które podziałać można podaniem atropiny.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Ropnie płuca u dzieci. (Les abscès du poumon chez l'enfant). J. Hutinel, R. Kourilsky, Ét. Nicolas.

Archives de Méd. des Enfants. Décembre 1932.

Pod nazwą ropnia płuc rozumie się umiejscowione i ograniczone zropienie w obrębie miąższu płucnego; ropień płuca należy odróżniać od rozsianych i mnogich ropni występujących w następstwie odoskrzelowego zapalenia płuc.

Należy odróżniać także ropień płuc od zgorzeli płuc, aczkolwiek istnieje odmiana ropnia płuc, powstającego wtórnie na podłożu martwicy, który nosi miano ropnia zgorzelinowego i posiada odmienny bardziej ciężki i przewlekły przebieg.

Najczęściej spotykane ropnie płuc u dzieci, są to ropnie ograniczone, ostre, z wydzieliną nie cuchnącą, wywoływane przez drobnoustroje pojedyńcze: pneumokoki, gronkowce, enterokoki lub paciorkowce.

Główne znaczenie kliniczne ropni płuc polega na trudności w oznaczeniu ich umiejscowienia i odróżnieniu od otorbionych wysięków ropnych opłucny, lub rozstrzeni oskrzelowych.

Ropnie zgorzelinowe, przewlekłe występują u dzieci znacznie rzadziej niż u dorosłych. W tych ropniach stwierdza się florę bakteryjną mieszaną. Anatomicznie, sprawa rozpoczyna się od martwicy, wtórnie występuje odczyn ropny i łączno-tkankowy.

Etjologicznie ropnie płuc bywają dwojakiego rodzaju:

1) pierwotne, rozpoczynające się jak ostra sprawa płucna o charakterze zrazowego lub zrazikowego zapalenia płuc, początek powstania ropnia jest nieuchwytny ani klinicznie. ani też rentgenologicznie lub hematologicznie,

2) wtórne, w następstwie urazów, operacji (szczególnie po wycięciu migdałków), lub w przebiegu różnych zakażeń (ropnie migdałków), wreszcie w następstwie ciał obcych w oskrzelu.

Ropień płuca nie jest ściśle powikłaniem sprawy zapalnej płuca, lecz poprostu jest zamaskowany odczynem zapalnym na obwodzie ogniska ropnego.

Po pewnym czasie następuje przebicie się ropnia do oskrzela z nastepowem obfitem wykrztuszeniem ropy; jest to jedyny objaw, który klinicznie pozwala rozpoznać ropień. Początkowy okres choroby, symulujący banalne schorzenie płucne może przedstawiać się jak typowe zrazowe zapalenie płuc: nagły początek, wysoka ciepłota, stłumienie o topografji zrazowej. Częściej jednak symulowane bywają postacie atypowe. Na pierwszy plan może wystąpić odczyn opłucnowy, z wysiękiem surowiczym, surowiczo-krwawym lub ropnym (jałowym). Rozpoznanie ropnia płuc rzadko bywa ustalone w tym okresie. Czasami jest to możliwe przy pomocy rentgenoskopji lub nakłócia miąższu płucnego.

Wykrztuszanie ropy pojawia się zwykle między dziesiątym a piętnastym dniem choroby. Bywa poprzedzone lub nie przez krwotok płucny. Wykrztuszanie ropne odbywa się okresami i może trwać dość długo; plwocina stopniowo staje się śluzowo ropną, jak w dużych rozstrzeniach oskrzelowych.

Po wykrztuszeniu ropy, ale tylko wtedy o ile ropień znajduje się powierzchownie, mogą być stwierdzone fizykalnie objawy jamy; w przeciwnym razie objawy mogą być mało uchwytne. O ile odpływ ropy przez oskrzele jest dostateczny, ciepłota opada; nowe wzniesienia ciepłoty wskazują bądź na zatrzymanie ropy, bądź na powstanie nowego ogniska ropnego.

W większości przypadków następuje samoistne wyleczenie. Należy więc zajmować stanowisko wyczekujące. Przebieg niepomyślny zdarza się wtedy, o ile ognisko ropne w płucu jest tylko wyrazem ogólnej posocznicy, lub w następstwie powikłań opłucnowych, szczególnie często występujących u dzieci.

W pierwszej fazie choroby wyjątkowo tylko ropień płuca może być wykryty rentgenologicznie; typowy obraz w okresie rozwoju przedstawia się rentgenologicznie, jak twór jajowaty ustawiony pionowo, nie łączący się z obwodem pola płucnego. Owal ten ujęty jest w ciemniejszą otoczkę, która może wykazywać podwójny kontur. Dolna, zaciemniona część owalu odgranicza się linją poziomą od górnej jasnej zony.

Po całkowitem wykrztuszeniu ropy, stwierdza się jasne pole, obramowane otoczką. W okresach wyleczenia stwierdza się zmiany łączno-tkankowe, czasami jedynie w postaci nasilenia cieni naczyniowo-oskrzelowych.

Należy podkreślić, że nie można uwidocznić ropnia za pomocą wprowadzenia lipiodolu drogami oskrzelowemi, a jedynie przez wstrzyknięcie lipiodolu bezpośrednio do jamy przez miąższ płucny.

Przebieg ropni zgorzelinowych przedstawia się nieco inaczej. Początek cierpienia bywa mało uchwytny i istnieje zwykle duża rozbieżność pomiędzy nieznacznemi objawami fizykalnemi, a obrazem rentgenologicznym.

Wykrztuszanie ropy zjawia się wcześniej, plwocina jest cuchnącą. Obraz rentgenoskopowy nie bywa tak wyrazisty jak w postaciach poprzednich. Przebieg kliniczny tych ropni cechuje się obostrzeniami, zwolnieniami i nawrotami nawet po dłuższym okresie spokoju. Czynne ognisko ropne zachowuje się bowiem tutaj długo w obrębie wybitnych zmian łączno-tkankowych. Bakterjologicznie stwierdza się w ropie drobnoustroje liczne i różne, tlenowce i beztlenowce.

Wyleczenie samoistne, aczkolwiek możliwe, zdarza się rzadziej i cierpienie posiada skłonność do rozlanego przewlekłego ropienia i rozległych zmian marskich. Ten przebieg zależy od zmian trojakiego rodzaju:

1) Rozszerzenia się zmian martwiczych, które powiększają początkowo wymiary ropnia, prowadzą do znacznych ubytków tkanki i mogą powodować krwotoki.

2) Szerzenie się ropienia przez zlewania się nowych ognisk na obwodzie i wskutek wtórnego zakażenia oskrzelowego.

3) Wybitnego odczynu łączno-tkankowego, obejmującego miąższ płucny, śródpiersie i opłucną wtórnie doprowadzającego do powstawania dużych rozstrzeni oskrzelowych.

Cały szereg warunków specjalnych dla dziecka utrudnia rozpoznanie ropnia płuc. Częściowe wykrztuszanie ropy może nie uwidocznić się wskutek nawykowego łykania plwociny przez dzieci. Z drugiej strony u dzieci częściej niż u dorosłych zdarzają się otorbione ropnie opłucnowe i ropienie w jamach oskrzelowych. Wreszcie cierpienia te mogą współistnieć dając niezmiernie złożone obrazy kliniczne.

W leczeniu ropni płuc u dzieci trzeba przedewszystkiem pamiętać o zdarzającem się często samowyleczeniu, co powinno powstrzymać od nierozważnej i zbyt aktywnej terapji. Częstość wyleczeń potwierdzają w ostatnich latach wszystkie obserwacje demonstrowane w towarzystwach lekarskich. Samowyleczenie odbywa się najczęściej w okresie dwumiesięcznym.

Z chwilą ustalenia rozpoznania ropnia płuc, prowadzi się zwykłe leczenie odpowiadające odoskrzelowemu zapaleniu płuc; często mogę być pożyteczne podskórne wstrzykiwania emetyny w dawkach od 0.01 — 0.03 zależnie od wieku, które powtarza się przez szereg dni.

Leczenie szczepionką lub antyszczepionką z łatwością może być przeprowadzone u dziecka i często bywa stosowane, lecz bez wybitnych i wyraźnych wyników. Wstrzykiwania olejków eterycznych mają tylko znaczenie pomocnicze. Niezłe wyniki mają dawać dożylne wstrzykiwania 33% rozczynu alkoholu etylowego w rozczynie fizjologicznym soli. Stosowanie odmy leczniczej należy odrzucić ze względu na niebezpieczeństwo ropnego zapalenia opłucnej i późniejszą niemożność chirurgicznego otwarcia ropnia.

W przypadkach przewlekających się ropni zgorzelinowych lepiej uciekać się do pneumotomji wykonywanej w dwuch etapach. W pierwszej fazie operacyjnej, po wycięciu żebra, doprowadza się do zrostów opłucnych za pomocą pędzlowania nalewką jodową; po trzech — czterech dniach otwiera się ropień płucny za pomocą żegadła.

W ropniach już powikłanych ropnem zapaleniem opłucnej, nie należy śpieszyć się z otwarciem jamy za pomocą pleurotomji, lecz należy wyczekać, aż powstaną zrosty opłucnej; w międzyczasie wykonywa się tylko aspirację ropy. Następowa pleurotomja doprowadza wtedy do wyleczenia opłucny i jednocześnie komunikującego z nią ropnia płucnego, lub też o ile ropień płuca umiejscowiony jest głęboko, pleurotomja stanowić będzie zarazem pierwszą fazę dla dokonania pneumotomji.

Uwagi o błonicy złośliwej. (Considérations sur les diphtéries malignes mortelles). J. Chalier, Lévrat, Froment et Roman-Monnier.

Annales de Méd. Novembre. 1932.

Autorzy zwracają uwagę na czynnik dotąd mało znany, a który wg. autorów odgrywa w ciężkiej błonicy decydującą rolę, a mianowicie na zmiany nerkowe z towarzyszącą azotemją. Dotąd uwzględniano głównie uszkodzenie mięśnia i aparatu nerwowego serca, zmiany w ośrodkach nerwowych i w nadnerczach. Nie negując znaczenia tych uszkodzeń, a szczególnie zmian w nadnerczach dla patogenezy ciężkiego, śmiertelnego zatrucia błoniczego, autorzy, opierając się na własnych spostrzeżeniach, dochodzą do wniosku, że znaczenie czynnika nerkowego należy postawić na pierwszem miejscu.

Obserwacje kliniczne autorów stanowią wyłącznie przypadki śmiertelne błonicy, poddane dokładnemu badaniu anatomo-patologicznemu.

Obs. I. Angina błonicza, leczenie rozpoczęto późno. Wybitna azotemja. Zgon szóstego dnia. Naczyniowe i miąższowe zmiany w nerkach. Przekrwienie i wybroczyny w nadnerczach.

Obs. II. Angina błonicza, leczona późno. Wybitna azotemja. Zgon w ósmym dniu. Zmiany w nerkach i w nadnerczach, jak wyżej.

Obs. II. Angina błonicza. Azotemja. Zgon szóstego dnia. Rozlane zmiany w nerkach i przekrwienie nadnerczy.

Obs. IV. Angina błonicza, leczona późno. Krup. Odoskrzelowe zapalenie płuc. Azotemja. Zgon siódmego dnia. Przekrwienie nadnerczy i nerek.

Obs. VI. Angina błonicza. Azotemja. Zgon czwartego dnia. Przekrwienie nerek i nadnerczy.

Obs. VII. Angina błonicza i krup. Zgon dziesiątego dnia. Zmiany w nerkach, nadnerczach i w mięśniu sercowem.

Obs. VIII. Angina błonicza + płonica. Azotemja. Zgon w dziesiątym dniu. Wybitne zmiany w nerkach, mniejsze w nadnerczach i sercu.

Obs. IX. Angina błonicza i krup. Wybitna azotemja. Zgon dwunastego dnia. Zmiany nerkowe i sercowe.

Obs. X. Angina błonicza. Powikłania sercowe. Wybitna azotemja. Zgon szesnastego dnia. Zmiany nerkowe i sercowe.

Obs. XII. Angina błonicza. Azotemja. Zgon piątego dnia. Zmiany wyłącznie w nerkach.

Zmiany w nerkach.

Już makroskopowo często można stwierdzić w nerkach przekrwienie. Mikroskopowo stwierdza się zmiany różne; zawsze bywa przekrwienie rozlane lub częściowe, cechujące się wybitnem rozszerzeniem naczyń włosowatych. Dość często widuje się wybroczyny. W niektórych przypadkach istnieją prócz tego zmiany śródmiąższowe w postaci drobnych ognisk zapalnych. Zmiany kłębuszkowe są nieznaczne; w większości przypadków kłębuszki zmian nie wykazują. Częste są natomiast zmiany w kanalikach, o różnem zresztą nasileniu. Stwierdza się wszelkie stopnie przejściowe, aż do zupełnego zniszczenia komórek nabłonkowych. Zmiany te bywają ogniskowe lub rozlane.

Słowem, we wszystkich przypadkach stwierdza się uszkodzenie nerek, cechujące się wybitnem przekrwieniem i zmianami wstecznemi w kanalikach. W przebiegu klinicznym notowano: wybitne

zmniejszenie ilości moczu, wybitny białkomocz; w osadzie — często krwinki, a szczególnie wałeczki ziarniste i nabłonkowe. Czasami liczba wałeczków bywa b. znaczną. Według autorów obecność w moczu licznych wałeczków rokuje niepomyślnie.

W obserwacjach autorów, w jedenastu przypadkach notowano azotemję, nieraz bardzo wybitną, przekraczającą 2 grm. Azotemja w przebiegu błonicy posiada duże znaczenie dla rokowania jako objaw wysoce niepomyślny. Azotemja nie stoi w związku ani z uszkodzeniem serca, ani ze zmniejszoną diurezą, lecz zależy od zmian nerkowych. W błonicy o przebiegu złośliwym prawie zawsze występuje wybitna azotemja, zwykle przekraczająca 1 grm.

Cały szereg objawów występujących w przebiegu złośliwej błonicy, jak to: uporczywy brak łaknienia, wymioty, szybkie wyniszczenie, senność i apatja, zwężenie źrenic, drgawki, wybitna bladość, stoją w związku, według autorów, z azotemją.

Wybitną astenję przypisuje się zwykle niedomodze nadnerczy. Lecz w przypadkach X i XI, w których astenja wybitnie była zaznaczoną, — zmian w nadnerczach nie znaleziono, natomiast miano mocznika we krwi wynosiło 2 gr. 80 i 1 grm. 78, czyli istniała azotemja.

Nadnercza w błonicy złośliwej.

Nadnercza makroskopowo zmian nie wykazywały. Mikroskopowo przeważały objawy przekrwienia, bądź rozlanego, bądź ogniskowego, lecz najbardziej zwykle zaznaczonego w pasie granicznym substancji korowej i rdzeniowej. Naczynia włosowate są bardzo rozszerzone i wypełnione ciałkami czerwonemi. Czasami spotyka się mikroskopowe wybroczyny.

Należy więc podkreślić, że brak makroskopowych zmian w nadnerczach nie wystarcza dla odrzucenia ich istnienia.

Za życia, w związku z niedomogą nadnerczy można wykazać: hypocholesterynemję i hypoglykemję; z objawów klinicznych: wyczerpanie, bóle w jamie brzusznej, obniżenie ciśnienia, wybitną bladość i nagłą zapaść sercową. tź

Na podkreślenie zasługuje jednak fakt, że w przypadku nagłego zejścia śmiertelnego, które zwykle uzależnia się od niedomogi nadnerczy (obs. X) — nie stwierdzono żadnych zmian w nadnerczach.

Serce w przebiegu błonicy złośliwej.

Makroskopowo zmian nie stwierdza się. Barwa i spoistość mięśnia sercowego jest zwykłą, komory nie są rozszerzone. Wsierdzie nie wykazuje zmian. Skrzepy są zwykle pochodzenia pośmiertnego i tylko wyjątkowo zdarza się zakrzep przeżyciowy.

Mikroskopowo, w obserwacjach podanych stwierdzono uszkodzenia mięśnia sercowego w pięciu przypadkach. Najczęściej były to drobne ogniska zapalne. Czasami włókna mięśniowe wykazują zmiany wsteczne.

Klinicznie niedomoga sercowa rzadko występuje w postaci czystej, tak trudno uzależnić ją wyłącznie od czynnika sercowego. Klinicznie spostrzega się: przyśpieszenie czynności serca, tony głuche, rytm płodowy, obniżenie ciśnienia krwi, słabe tętno, oziębienie kończyn. Serce zachowuje wymiary prawidłowe. Powiększenie wątroby rzadko stoi w związku z niedomogą serca, jako wątroba zastoinowa; najczęściej powiększenie wątroby zależy od zmian toksyczno-degeneracyjnych w miąższu. W trzech przypadkach notowali autorzy dużą wątrobę przy braku zupełnym wszelkich zmian w sercu.

Zaburzenia rytmu sercowego stoją w związku albo z tachykardją zależną od uszkodzenia przewodnictwa przedsionkowo-komorowego, albo w związku z tachykardją komorową.

Wątroba i układ nerwowy w błonicy złośliwej.

Przeważnie stwierdza się zmiany wsteczne w postaci stłuszczenia. Z objawów klinicznych — możliwe jest, że senność i apatja częściowo są uzależnione od uszkodzenia czynności wątroby, a także najprawdopodobniej — zmiany wybroczynowe.

Co do zmian i roli układu nerwowego, to na zasadzie obserwacji autorów nic o tem powiedzieć nie można. Objawy dawniej uzależnione od uszkodzenia ośrodków nerwowych, jak zwolnienie tętna, zaburzenia rytmu, śmierć nagła, zależą od zatrucia ważnych narządów miąższowych.

A więc, we wszystkich przypadkach stwierdzono zmiany w nerkach, w nadnerczach osiem razy (na 12), w sercu tylko w pięciu przypadkach. Reasumując, autorzy dochodzą do wniosku, że śmierć w błonicy złośliwej jest wynikiem zatrucia szeregu narządów, z których co do częstości i znaczenia na pierwszem miejscu należy postawić nerki, następnie nadnercza i wreszcie serce.

Z punktu widzenia praktycznego pozwala to na ustalenie niepomyślnego rokowania, opierając się na stwierdzeniu azotemji łącznie z obecnością licznych wałeczków w moczu. Stwierdzenie w błonicy miana mocznika we krwi przekraczającego 1 grm., przy dwóch powtórnych badaniach, pozwala na ustalenie złego rokowania, z którego wyjątki zdarzają się niezmiernie rzadko.

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Mechanizm chorobotwórczy, objawy kliniczne i leczenie powikłań po wycięciu pęcherza żółciowego. (Pathogénie, étude clinique et traitement médical des sequelles de la cholecystectomie) — temat programowy Zjazdu Międzynarodowego w sprawie kamicy żółciowej w 1932 roku. **Donnet, Wilkie, Gosset, Petit-Dutaillis i Giraud.**

La Presse Méd. N. 78, wrzesień 1932.

Jak wykazały liczne odnośne doświadczenia na psach, wycięcie pęcherza żółciowego powoduje znaczne rozszerzenie przewodów żółciowych zewnątrzwątrobowych (kikut przewodu pęcherzowego osiągał wielkość prawidłowego pęcherza), a z czasem i wewnątrzwątrobowych, rozległe złuszczanie nabłonków przewodów i zbliznowacenie i zaniki ich ścian, przewody żółciowe ulegają zakażeniu, a wydalanie żółci i trawienie (tłuszczów!) — poważnie zostają zakłócone.

Następujące **cztery zespoły kliniczne** dają wskazania do wycięcia pęcherza żółciowego: 1) ostre zatkanie przewodu pęcherzowego, 2) przewlekła kolka pęcherzowa, 3) odruchowe zaburzenia żołądkowo-dwunastnicze i 4) odległe objawy zatrucia. Pod względem anatomo-patologicznym kwalifikuje się do wycięcia każdy pęcherz żółciowy, który wykazuje wyraźne zmiany zakaźno-zapalne jego ściany. Przy uwzględnieniu odpowiedniego leczenia przed- i pooperacyjnego

sam zabieg jest względnie dobrotliwy i większego ryzyka dla chorego nie przedstawia. Wyniki pooperacyjne są nagół bardzo dobre we wszystkich tych przypadkach, w których przed operacją były objawy **kolki pęcherzowej**, jeśli nie miała tu miejsca jednocześnie kamica przewodu wspólnego, wrzód dwunastnicy, zapalenie wyrostka robaczkowego i t. p. W pozostałych, jednakże, przypadkach, w których wskazaniem do wycięcia pęcherza były zaburzenia żołądkowo-dwunastnicze (nadkwaśność, złe trawienie tłuszczów) i objawy zatrucia (myocarditis toxica, schorzenia stawów, nerek), wyniki pooperacyjne są gorsze i objawy chorobowe ustępują całkowicie dopiero po zastosowaniu po operacji odpowiedniego leczenia wewnętrznego (dietetyczno - higjeniczno - mineralnego).

Sumienne i dokładne spostrzeganie chorych po wycięciu pęcherza żółciowego wykazuje, że z pośród nich 40% odczuwa następowo pewne niewielkie dolegliwości, które zresztą nie upośledzają zwykle ich zdolności do pracy; są to drobne zaburzenia w trawieniu i niezbyt dokuczliwe bóle w miejscu operacji. Jednakże w 5 — 10% wszystkich operowanych przypadków dolegliwości te są znaczne i czasami nawet zmuszają chorego do poddania się wtórnej operacji. Pamiętać o tem należy, kiedy się namawia odnośnych chorych do operacji i zapewnia ich, że po operacji będą napewno zdrowi.

Powtórna operacja będzie wskazana w następujących przypadkach: a) kolka żółciowa z żółtaczką, b) przetoka żółciowa pooperacyjna, c) periduodenitis, pericolitis stenosans. **Żółtaczka pooperacyjna** rzadziej zależy od obecności kamienia w przewodzie wspólnym, niezauważonego w czasie operacji, zwykle zaś — od przejściowego zapalenia trzustki lub zapalenia przewodu wspólnego względnie przewodów wewnątrzwątrobowych. Wytworzenie czasowej przetoki zewnętrznej przewodu wspólnego zwykle prowadzi do ostatecznego wyzdrowienia.

Przetoki żółciowe są przeważnie następstwem przypadkowego obrażenia w czasie operacji przewodu wspólnego. Dają rokowanie poważne .Wtórne operacje dają dużą śmiertelność i niepewne wyniki.

Zrostowe zapalenie otrzewnej dookoładwunastnicze i dookołaokrężnicowe, powodujące zwężenie światła tych narządów, wymagają następowego przecięcia zrostów względnie odpowiednich zespoleń (gastroenterostamia, colocolostomia i t. p.); rokowanie tu jest dobre.

Naogół można powiedzieć, że wszystkie przypadki **zapalenia z daleko posuniętemi zmianami anatomicznemi** (nawet bez kamieni), dają rokowanie po wycięciu pecherza **dobre**. W pozostałych przypadkach rokowanie jest znacznie mniej pewne.

Co się tyczy następowego leczenia pooperacyjnego, to wskazane jest ono prawie we wszystkich przypadkach, gdyż przez wycięcie pęcherza zostają usunięte kamienie i miejscowe ognisko zakaźne, ale pozostają pewne zaburzenia ze strony wątroby i płynów tkankowych, które usposabiają — między innemi — do powstawania nowych kamieni; to samo dotyczy utrzymującego się jeszcze po operacji zakażenia przewodów żółciowych i wtórnych zaburzeń ze strony innych narządów.

Wszystkie te **pozostałości pooperacyjne** wymagają intensywnego leczenia dietetyczno-higjenicznego, w którem picie wód mineralnych gra rolę niepoślednią.

CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.

Uwagi o miejscowem leczeniu szczepionkami w wypadkach sinusitis maxillaris. (Note sur la vaccination locale dans le traitement des sinusites maxillaires). Helsmortel J.

Annales d'oto-laryngologie. 1931. N. 2.

Autor rozporządza spostrzeżeniami 50 przypadków sinusitis maxillaris. Leczenie polega na codziennem przepłukaniu zatoki solą fizjologiczną z następową aplikacją antivirusu (bulionu szczepionkowego) sporządzonego z ropy własnej pacjenta. Do sporządzenia tegoż służy ropa z pierwszego przepłukania. Zanim pracownia antivirus sporządzi, stosuje autor tymczasowo antivirus handlowy (stock-antivirus). Czas wymagany dla wyleczenia jest tem dłuższy, im sprawa trwała już dłużej. Jeden z chorych wyleczył się dopiero po 3 miesiącach. Autor zanotował w swej praktyce tylko 3 wypadki niepowodzenia u dwóch, — jak wykazała operacja — rozchodziło się o polipy Higmora, w trzecim również operowanym, — o zakażenie krętkiem , w tym wypadku stosowanie nowarsenobenzolu miejscowe i dożylne również było bezskuteczne.

Czółenko do automatycznego przepłukiwania ucha w przypadku ropnego zapalenia ucha środkowego (Pipette automatique servant a irriger les otites purulentes) Zamenhof (Warszawa)

J. w. N. 3.

Dwa szklane naczyńka dają się z łatwością złożyć w jedno dobrze uchwytne. Jedno znich (A) ma otwór do wlania płynu i dzióbek odpływowy (do ucha). Drugie (B) ma dzióbek odpływowy (z ucha), (obejmujący, jak futerał, poprzedni) i od dołu dno. Pacjent, wlawszy płyn (lekarstwo) do naczyńka A i złączywszy A z B może bardzo poręcznie sam swe ucho przepłukiwać. Płyn po przepłynięciu przez ucho zatrzymuje się na dnie naczyńka B. Przyrząd jest aseptyczny, zabezpiecza przed zbyt dużem ciśnieniem, umożliwia obsłużenie się przez samego chorego i upraszcza przez to znacznie leczenie (Referent może przyrząd ten praktykom jak najbardziej polecić).

Znieczulenie u dziecka przy operacji trzeciego migdałka i wyłuszczeniu migdałków. (De l'anesthesie locale chez l'enfant dans l'adénectomie et l'amygdalectomie). Rendu R.

J. w. N. 5.

Doświadczenia autora obejmują 120 wyłuszczeń migdałków i 350 adenotomii. Spostrzeżenia jego, ciekawe zarówno da internisty, pedjatry jak i laryngologa stwierdzają, wbrew ogólnemu poglądowi, że kokaina stosowana na śluzówkę, jakoteż nowokaina wstrzykiwana podśluzowo, są przez dzieci doskonale, — nawet lepiej niż przez dorosłych — znoszone. W jego statystyce znajduje się dwóch osesków 8-o i 10-o miesięcznych odnośnie do kokainy a najmłodszy wiek, w którym stosował (podśluzowo) nowokainę dotyczy dwuch

osobników 30, wzgl. 35 miesięcznych. Injekcje nowokainy stosował autor przy tonsylectomii, zaś kokainę na śluzówkę przy adenotomii, z czasem jednak i do adenotomii zaczął stosować injekcje nowokainy podśluzowo odpowiednio zgiętą igłą, wprowadzoną przez usta do jamy nosogardłowej.

Kokainę stosuje autor w każdym razie przed nowokainą jako znieczulenie wstępne i to naraz w ilości paru do pięciu kropli rozczynu 5% do każdego otworu nosowego w pozycji leżącej z hyperekstensją głowy (pozycja Rosego). Nowokainę stosuje autor w rozczynie 2%, uważa jednak 1, wzgl. ½% rozczyn za również wystarczający. Na 10 gram. rozczynu, które autor w połowie lub całości zużywa na znieczulenie, dochodzi 0,5 adrenaliny 1‰. Przypadków przykrych, a tembardziej sytuacji groźnych autor wogóle przy swych znieczuleniach nie spostrzegł.

Wobec tego czuje się upoważniony do wniosku, że poglądy rozpowszechnione i za dogmat uznane przez największe autorytety (jak *Lermoyez, Reverchon, Portman* i inni) o niedopuszczalności znieczulenia miejscowego w wieku dziecięcym są mylne. Znieczulenie jest przeciwnie skuteczne, praktyczne i bezpieczne. Ostatnio stwierdził autor, że wyniki jego nie są odosobnione, albowiem w zakresie operacji migdałków doszedł do podobnych wniosków *Prévot* w Marsylji, a w zakresie chirurgji ogólnej *Rocher* w Bordeaux, który na klinice stosuje u dzieci znieczulenie lędźwiowe.

Jeszcze jedną cenną uwagę dodaje autor. Są trzy typy dzieci. Jedne są od pierwszej chwili spokojne i rozsądne. Drugie krzyczą z początku, lecz skoro tylko zauważyły, że nie boli, uspokajają się. Trzecie krzyczą od początku do końca ze strachu a nazajutrz przyznają że zabieg był bezbolesny. Wreszcie podaje autor pewne przepisy (nie nowe) dla uzyskania nienagannej anestezji.

Gruźlica błędnika. (La tuberculose du labyrinthe). R i g a u d P.
J. w. N. 6.

Gruźlica błędnika(G. b.) jest zawsze wtórna. Gruźlica być może przenosi się także na błędnik na drodze krwiobiegu, lecz nie jest to naukowo udowodnione. Klinicznie mamy liczyć się z trzema drogami infekcji. 1) z ucha środkowego (otitis media), 2) z kości skalistej i 3) z opon (meningitis tbc) wzdłuż nerwu VIII-go. Najważniejszą, bo najczęściej stwierdzaną i przystępną leczeniu jest droga pierwsza.

Symptomatologja jest dość skąpa. Najprostsze będzie stwierdzenie samej labirinthitis (l). Dla stwierdzenia pochodzenia gruźliczego warto wiedzieć, że rozwój tej I. ma charakter podstępny, ubogi w symptomy. bez zawrotów, bez szumu, natomiast cechuje się gwałtownym ubytkiem wzgl. szybką utrata słuchu. *Rutten* podaje jako charakterystyczny odwrócony przejaw przetokowy t. j. że przy zgęszczaniu powietrza w przewodzie oczodoł skierowany jest (szybką amplituda) ku stronie zdrowej, przy rozrzedzaniu czyli aspiracji — ku stronie chorej. Dalsze cechy i wielokrotność przedziurawień błony bębenkowej, bezbolesność przebiegu, duże zniszczenie w obrębie sklepienia jamy bębenkowej i kosteczek, blady kolor, oporność konsystencji, mała tendencja do krwawienia (przy dotyku lub zabiegu) i duża skłonność do odrastania ze strony granulacji. Dotego dochodzą oczywiście badania bakterjologiczne, mało pewne i mało w praktyce codziennej stosowalne. Czasem za ziarniną odnajduje się martwiaki. Z powikłań zasługują na uwagi: porażenia n. twarzowego, arozja carotis interna i menigitis tbc. (labyrinthogenes) Terapja: Bez leczenia rokowanie jest absolutnie złe przy progresji stosunkowo powolnej. Jedyne możliwe leczenie otitis media tuberculosa — t. j. chirurgiczne — wymaga jednak licznych zastrzeżeń. Przy gruźlicy płuc operacja nie jest wskazaną, również przy lichym stanie ogólnym organizmu. W razie wystąpienia labyrinthitis usunięcie wszelkich zmian w uchu środkowym i w końcu labyrintektomia są jedyną możliwością ratunku i to w razie niezwłocznej interwencji, z którą musi współdziałać leczenie ogólne.

Uwagi o tracheostomii. (Considerations sur la tracheostomie). E l b a z J.
J. w. N. 3.

Autor referuje postępowanie profesora Sebileau przy nagłej tracheotomji. Jak z tego referatu widać, cechami odróżniającemi, w stosunku od utartego typu w klinikach środkowej Europy, w szczególności szkoły niemieckiej są: 1) zasadniczo długie cięcie (8 — 10 ctm.), sięgające najmniej od górnego wcięcia chrząstki tarczowej (a nawet i wyżej) aż do okolicy wcięcia mostkowego, 2) cięcie idzie odrazu przez skórę, tkankę podskórną i linea alba (szkoła niemiecka radzi nacjąć tę ostatnią poprzecznie w górnej okolicy rany i potem rozciąć ją podłużnie na sondzie rowkowanej), 3) oddzielenie górnej i dolnej granicy isthmus gland. thyreoideae, założenie 2 pinców po bokach, przecięcie isthmus w linji środkowej, a potem dopiero odpreparowanie obu połaci od tchawicy, wreszcie podwiązanie miąższu gruczołu pod pinsem po obu stronach (szkoła niemiecka radzi poprzecznie tuż pod cart. cricoidea przeciąć powięź tarczowo-krtaniową i na tępo oddzielić od góry isthmus od tchawicy, a inne metody rezerwuje tylko od wypadku, 4) Tracheostomia: Przed aktem rozcięcia tchawicy, a w razie wielkiej nagłości tuż po nim przeprowadza się silnie zgiętą igłą Reverdina po każdej stronie po jednej grubej nitce przez światło tchawicy i oba końce każdej nitki przez mięśnie. i skóre. gdzie się je związuje. W ten sposób unika się: 1) ropni w tkance przedtchawicowej. 2) niebezpieczeństw zrobienia fałszywej drogi kaniula tracheotomijna, wreszcie 3) trudności repozycji kaniuli w razie jej wyskoczenia lub wczesnej wymiany. Szwy laryngostomji wyjmuje się na 3-ci lub 4-ty dzień po operacji. Po definitywnej dekaniulacji rana zamyka się sama jak po tracheotomji zwykłej.

Leczenie sinusitis acuta. (Le traitement des sinusites frontales aigues). S a g o l s H.
J. w. N. 7.

Symptomatologja praca ta się nie zajmuje.

Na pierwszym planie leczenie sinusitis frontalis acuta (s. f. a.) znajduje się profilaksa t. j. odpowiednie zarządzenia wrazie ostrego nieżytu nosa, powiklanego — jak to bywa niezmiernie często, — objawami nieżytowemi ze strony zatoki czołowej. Temi zarządzeniami są: łóżko, wszelakiego rodzaju inhalacje, wkraplanie nosowe kropli przetworów srebrowych czyli terapia znana pod rubryką rhinitis. Przy zwalczaniu zaistniałej,

PHOSPHACID

Dr. ROMANOWSKIEGO.

Wodnoglicerynowy roztwór niedotlenków wapniowo fosforowych i fosforu mineralnego w stanie koloidalnym.

DZIAŁANIE: — Dzięki swej niezakończonej budowie chemicznej PHOSPHACID oddziaływa 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.

jawnej klinicznej s. f. a. musimy odróżnić dwie grupy s. f. a. 1) simplex i 2) complicata. W pierwszej zaś okres ostry i podostry. W ostrym leczenie podzielimy na a) ogólne i b) miejscowe c) zwalczanie bólu (a przez to poniekąd i zapalenia) drogą zastrzyków znieczulających w okolicę nerwów czuciowych odnośnej okolicy i d) zwrócenie uwagi na nierzadko współistniejącą sinusitis maxillaris, wywołuiaca wtórnie objawy ze strony zatoki czołowej. Ad a): łóżko, nasycenie atmosfery pokoju rozpylonymi olejkami jak benzoes, eucalyptus itp., zwalczanie bólu zapomocą b) tinctura aconiti 15 — 20 kropli lub 2 razy dziennie pilulae aconitini à 0,0003, jedno i drugie podane w herbacie, proszek Erba (aspirini, phenacetini à a 0,5 coffeini 0,10, codeini phosph 0,04, 1 do 2 razy dziennie; proszek Mour'a: aspirini 0,5 chinini hydrobromici 0,3, 1 do 2 razy dziennie w ciężkich wypadkach wchodzi w rachubę vaccinoterapia. Ad. b) okłady na okolicę czołową, czasem gorące, czasem zimne. Lampa Brüningsa na głowę, kataplasmy z antiflogistyny + wilgotne ciepłe okłady na te kataplasmy (dla dłuższego utrzymania ciepła); endonasalnie inhalacje n. p. tinctura Benzoes et Eucalypti àa Mentholi 4,0, alcoholi concentrati 90% 100 : ½ — 1 łyżeczki na garnek wrzącej wody do wziewania przez 5 minut (Menthol u małych dzieci jest przeciwskazany!) — rozpylania do nosa małym rozpylaczem olejkowym rozczynem Cocain 0,5 adrenalini 1‰ 3,0, glycerini 30,0 aquae laurocerasi 20,0, lub adrenalini 1‰ 3,0, chloreton 2,0, olei paraffini neutrali 30,0, wreszcie (w razie wyszkolenia rhinologicznego) pendzlowanie meatus medius narium zapomocą rozczynu kokainy i adrenaliny (2 razy dziennie i to przed inhalacją). Ad c): Rozchodzi się tu o zastrzyki w okolicę n. nasalis internus i n. frontalis externus. Metod jest wiele. należą one więcej do zakresu specjalisty. Używa się naogół rozczynu 1% novocainy z dodatkiem adrenaliny i ewentualnie też kokainy. Ad d): Wykrywszy sinusitis maxillaris purulenta, będziemy ją punktować i przepłukiwać, a niejednokrotnie ipso facto ustąpia objawy s. f. a., pozostającej pod wpływem tamtego cierpienia, a zwłaszcza bóle, co tłomaczą się promieniowaniem bólu w różne gałęzie tego samego nerwu trójdzielnego. W okresie podostrym leczenie jest jużto zachowawcze; zaliczymy tu balneoterapię, a zwłaszcza picie i inhalacje wód źródeł siarczanych, następnie w niektórych razach diatermię jako środek antalgetyczny i antyflogistyczny — już to chirurgiczne. leżące w zakresie specjalisty i wymagające wszelkiej znajomości terenu i techniki, przezorności, oględności i odpowiedniego instrumentarjum. Zaliczymy tu sondowanie canalis nasofrontalis, usuwanie dysponujących zmian w nosie, jak wygięcie przegrody uciskającej na ostium nasofrontale, muszlę średnią i wreszcie ethmoidektomię endonasalna najróżnieiszemi metodami, które podali Moure - Portmann, Halle, Mosher, Lue, Vacher-Denis, Bourghet i inni. Przechodzimy do formy powikłanej. I tu odróżnimy leczenie zachowawcze, nie różniące się od podanego powyżej, a odnoszące się szczególnie do formy przedstawiającej się bardzo groźnie, a nieraz już z tragicznym efektem niepotrzebnie operowanej. Cechuje się ona obrzękiem w okolicy oka, opadnię-

ciem powieki, wysoką temperaturą, bólem i przechodzi zazwyczaj sama (forme fluxionnaire). Leczenie chirurgiczne rezerwowane jest dla s. f. a. complicata sensu stricto, gdzie mamy do czynienia z retencją ropy w zatoce czołowej. Zabieg jest poprzedzony zdjęciem rentgenowskiem, orjentującym szczegółowo co do rozmiarów i położenia sinus frontalis. Zabieg polega wyłącznie na względnie niedużej incysji od łuku brwiowego ku dorsum nasi i stworzeniu otworu wielkości ostatniej falangi małego palca nad szwem fronto-maxillarnym. Nie wolno skrobać śluzówki zatoki. Założony drenik stopniowo się wycofuje. Zabieg to nieduży o nadzwyczajnym efekcie.

A. Schwarzbart (Kraków).

CHOROBY KOBIECE. POŁOŻNICTWO.

Badania nad cukromoczem ciężarnych. (Recherches sur la glucosurie et la lactosurie gravidiques). Snoeck J. J.

Arch. intern. Méd. exper. 7, str. 1—100, 1932 r.

Cukier gronowy zdaniem autora stwierdza się w moczu kobiet ciężarnych znacznie rzadziej niż to wynikałoby z piśmiennictwa, a mianowicie zaledwie w 3% przypadków.

Ilość cukru we krwi jest nawet nieco niższa w ciąży niż po poza nią (73 mg. % zamiast 83 mg. %). Fakt ten przemawia przeciwko uzależnieniu cukromoczu od niedomogi trzustki lub wątroby. Natomiast po obciążeniu organizmu 50 gr. glukozy, występuje ona w moczu u 17% ciężarnych. Blisko w 50% tych przypadków podnosi się również zawartość cukru we krwi, co świadczy, że jednak wątroba nie może sobie dać rady z podaną w próbie glukozą. Ten sam objaw stwierdza się we wszystkich przypadkach, w których, uprzednio przed próbą stwierdzono cukromocz samoistny. Biorąc pod uwagę wyż. przytoczone doświadczenia autor przypuszcza, że cukromocz ciężarnych zależy przedewszystkiem od nadmiernej przepuszczalności nerek na cukier, a tylko nadmierne obciążenie organizmu glukozą uwidacznia zaburzenie funkcji wątroby.

Jeszcze rzadszym objawem od glukosurji (wydalania glukozy przez mocz) jest lactosurja (wydalanie lactozy przez mocz), która zdarza się zaledwie w 10% u kobiet ciężarnych.

Badania nad wahaniami zasobu zasad po zabiegach operacyjnych. (Etude des variations de la réserve alcaline aprés les interventions chirurgicales, l'hystérectomie pour fibrome en particulier). Leveuf J., Gallais.

C. r. Soc. Biol. Paris 109, 735, 1932 r.

Autorzy stwierdzili spadek zasobu zasad w czasie operacji, który spada najniżej w 6 godz. po niej. Powrót do normy następuje w rozmaicie szybkim czasie zależnie od zabiegu i narkozy.

Szczególnie ciekawie zachowuje się krzywa po wycięciu macicy z powodu mięśniaków. W tych przypadkach zasób zasad podnosi się po operacji i dochodzi do poziomu, na którym przedtem nigdy nie stał przed operacją.

Z powyższej obserwacji autorzy wyciągają wniosek, że w przypadkach mięśniaków mamy do czynienia z zakwaszeniem organizmu, które ustępuje po usunięciu nowotworu.

Badania fizjologiczne i kliniczne nad hormonem przedniego płata przysadki mózgowej. (Etude physiologique et clinique d'une hormone antéhypophysaire). Laroche G., H. Simonnet.

Presse Méd. 1932 I, 710.

Po omówieniu podstaw teoretycznych autorzy zdają sprawozdanie z leczenia hormonem przedniego płata przysadki mózgowej 50 przyp. zaburzeń miesiączkowania. Obserwowano z tego 34 przypadki z poprawą w 26 (76%). Wynik leczniczy polegał na powiększeniu się ilościowem krwawień miesiączkowych i na zniknięciu lub osłabieniu dodatkowych objawów ogólnych. Trwałość wyników była dość rozmaita, niekiedy znikały one jednocześnie z zaprzestaniem injekcji, niekiedy wynik był nieco trwalszy po II serji injekcji, niekiedy w tej drugiej serji należało bardzo znacznie podnosić dawki.

Najlepsze wyniki osiągnięto u bardzo młodych dziewcząt, w przypadkach braku miesiączki, i bolesnego miesiączkowania.

Przeciwskazania do omawianego leczenia, zdaniem autorów nie istnieją. (Obserwowano torbielowate powiększenia się jajników).

Leczenie mięśniaków macicy wywołujących krwawienie zapomocą promieni Roentgena. (Traitement des fibromes hémorragiques par la radiothérapie). Santy.

Gynécologie T. 31, N. VII, str. 386, 1932 r.

Autor stosował naświetlanie promieniami X, jajników w przypadkach krwawiących mięśniaków macicy dawką około 5000 R. na jajnik. Wyniki były bardzo dobre na 42 przypadków raz tylko zmuszony był powtórzyć naświetlanie z powodu nawrotu krwawienia.

W przypadkach z daleko posuniętą niedokrwistością stosowano przedewszystkiem naświetlanie śledziony z dobrym skutkiem.

Zaznaczyć trzeba, że we wszystkich przypadkach stwierdzono zmniejszenie się guzów, jednakowoż nieznaczne; występuje ono zazwyczaj po 6 miesiącach.

Do leczenia energją promienną wybierano nie zbyt wielkie guzy i w których jedynym objawem było krwawienie. Przypadki te stanowiły zaledwie 10% ogólnej liczby mięśniaków obserwowanych w tym samym czasie.

Wycięcie częściowe nerwu współczulnego miednicy małej w przypadkach bólów spowodowanych rakiem szyjki macicy. (La résection du sympatique pelvien dans les névralgies pelviennes liées au cancer du col). Cotte Gaston.

Gynécologie. T. 31. N. 7, 1932, str. 377.

Autor w pięciu przypadkach wykonał swoją operację częściowego wycięcia nerwu przedkrzyżowego (n. praesacralis) w celu opanowania nieznośnych bólów spowodowanych daleko posuniętym rakiem macicy.

Wyniki naogół były dobre choć nie można je uważać za absolutnie pewne. Wynik przejściowy miał miejsce tylko w jednym przypadku w pozostałych trwał on lub do końca życia pacjentki lub ponad kilka miesięcy.

Wynik ten nie powinien być zlekceważony skoro się weźmie pod uwagę, że narkotyki w miarę ich stałego podawania tracą swą pierwotną

siłę działania, a ponadto są przypadki o tak znacznem napięciu bóli, że już bardzo szybko morfina nie pomaga.

Oczywista wycięcie nerwu przedkrzyżowego bynajmniej nie jest wskazane w każdym przypadku raka szyjki, więcej, nie do każdego przypadku raka operacja ta się nadaje, nawet tam gdzie napięcie bólu jest bardzo znaczne.

Chodzi mianowicie o to, że operacja Cotte'a nadaje się tam gdzie bóle zależą od ucisku pierwotnego lub wtórnego na plexus hypogastricus, a nie nadaje się do zwalczania bolesności wynikłej z podrażnienia korzonków przednich i wogóle pni nerwowych biorących początek bezpośrednio z ośrodkowego układu nerwowego.

Wśród rozmaitych operacji na układzie współczulnym, których prototypem jest operacja Leriche'a wybrać należy zdaniem autora jego wycięcie nerwu przedkrzyżowego, gdyż technicznie jest ono najprostsze, co nie jest bez znaczenia u chorych rakowatych zazwyczaj mocno osłabionych. Jedyne zastrzeżenie, które tu wnieść należy to fakt, że po wycięciu nerwu przedkrzyżowego pozostaje niekiedy bolesność lub świąd w odpowiednich przypadkach w przednim lub tylnym odcinku sromu, tak że lecznicze działanie uwidacznia się tylko na odcinku środkowym. Proponują wobec tego dodanie do omawianej operacji usunięcie włókien n. współczulnego dookoła tętnicy podbrzusznej lub przecięcie art. haemoroidalis. Wyniki jeszcze nie są znane.

Przyczyny niepowodzeń operacyjnego ubezpłodnienia. (Les causes de l'échec de la stérilisation chirurgical). Pokrowsky W. A.

Gynécologie. T. 31, 1932 r. N. VI, str. 363.

Opierając się na osobistych obserwacjach i na danych z piśmiennictwa autor dochodzi do następujących wniosków, co do przyczyn niepowodzeń operacyjnego ubezpłodnienia.

1) Podwiązanie jajowodu z następowem jego przecięciem może nie zamknąć światła trąbki.

2) Mocno zaciągnięta ligatura, zwłaszcza jedwabna, może przeciąć jajowód i spowodować przetokę jajowodowo-otrzewnową.

3) Pomimo wycięcia kawałka trąbki z podwiązaniem jej końców może przyjść do przywrócenia jej drożności, dzięki zrośnięciu się przeciętych brzegów.

4) Zapuszczenie końca jajowodu pomiędzy blaszki więzadła szerokiego niekiedy nie udaje się o tyle, że szew puszcza i jajowód łączy się swem światłem z jamą otrzewnową.

5) Po wycięciu jajowodu wraz z rogiem macicy może wytworzyć się przetoka maciczno-otrzewnowa.

6) W związku z powyższem dbać należy w czasie operacji o bardzo dokładne pokrycie otrzewną przymacicznej części jajowodu.

Na zakończenie autor zastanawia się nad mechanizmem przedostawania się jaja do jajowodu zwłaszcza w przypadkach patologicznych, gdzie brak strzępków. Szczególnie zadziwiające jest przedostanie się jaja przez przetokę jajowodowo — lub maciczno-otrzewnową. Trudno mówić tu o ruchu strzępków, jak również o ruchu rzęsek nabłonka jajowodu, a tembardziej o sile prądu płynu z pękającego pęcherzyka Graafa. Za najbardziej prawdopodobne uważa autor ssącą siłę jajowodu lub macicę jako siłę wciągającą jaje do wnętrza narządu rodnego. Na poparcie tej hypotezy autor przypomina znane dane o peristaltyce trąbki i o skurczach macicy niecieżarnej, zwłaszcza w zakresie jej rogów.

T. Zawodziński.

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 SKÓRNE I WENERYCZNE.

Ziarniniak limfatyczny złośliwy a gruźlica. (Lymphogranulomatose maligne et tuberculose). F. Bezançon, Weismann-Netter, Oumansky i Delarne).

Presse Médic. N. 35, 1932.

Spór o udział gruźlicy w etjologji ziarniniaka limfatycznego złośliwego trwa do dzisiaj bez wi-

docznego kierunku przeważającego w jedną lub drugą stronę.

Na podstawie szczegółowej obserwacji 6-ciu przypadków ziarniniaka limfatycznego złośliwego, z których w trzech nie stwierdzono nawet śladów gruźlicy — autorzy twierdzą, że gruźlica nie odgrywa żadnej roli w etjologji choroby Sternberga-Paltauf'a. Badania kliniczne nie wykazały obecności gruźlicy w narządach zajętych przez ziarniniaka limfatycznego. Szczepienia gruczołów chłonnych, tkanki ziarniniakowej i innych organów na zwierzęta dają wyniki ujemne. Autopsja wykazuje obecność swoistych zmian dla ziarniniaków, nie mających nic wspólnego z gruźliczemi. Współistnienie gruźlicy i ziarniniaka limfatycznego złośliwego uważają autorzy jedynie za zbieg okoliczności.

Dwa różne typy schorzeń owłosionej skóry głowy spotykane najczęściej u mężczyzn i kobiet w wieku dojrzałym. (Opposition, chez l'homme et chez la femme, des affections du cuir chevelu les plus communes á l'âge mûr). F. Sabouraud.

Le Vieux Bistouri, 1932. N. 48.

W wieku pomiędzy 35-ym a 50-ym rokiem życia u mężczyzn i kobiet spotykamy najczęściej schorzenia skóry a zwłaszcza owłosionej głowy stojące niejako na 2-ch krańcowych biegunach pod względem klinicznym i etjologicznym.

U mężczyzn zwykle otyłych o budowie pletorycznej znajdujemy na karku liczne około mieszkowe zmiany ropne, nawet czyraki ewentualnie blizny po tych wykwitach, które mogą zajmować nietylko kark, ale i całą okolicę potylicy, pozostawiając liczne blizny. Ten typ mężczyzn należy zawsze do obficie odżywiających się i pijących duże ilości płynów. Takiego typu nie spotykamy wśród kobiet. Nie jest rzeczą praktyczną napominać tych chorych aby mniej jedli i pili, gdyż z pewnością nie zastosują się do tego.

Autor radzi zabronić jednego tylko pokarmu, np. chleba, zagrozić choremu w przyszłości powstaniem cukrzycy a ta wskazówka przy równoczesnem leczeniu miejscowem należycie spełniona odda dużą usługę.

U kobiet w tym wieku spotykamy się często z wybitnem swędzeniem skóry, którego nie tłumaczą minimalne zmiany znajdowane równocześnie na skórze. To swędzenie może mieć 3 przyczyny: I wszawica, o której można chorej powiedzieć po znalezieniu żywego insektu. Jest to jedyny argument dla chorej przekonywujący. II. swędzenie u narkomanek (alkoholiczek, kokainistek, morfinistek), cechuje się całkowitym brakiem jakichkolwiek wykwitów na skórze, znamienne dla nich są natomiast niespokojne sny o cechach koszmarów (gady, płazy i t. p.). III. neurodermitis Brocq'a, schorzenie do rozpoznania łatwe o ile sadowi się na karku, trudniejsze do rozpoznania na owłosionej skórze głowy. Objawia się zgrubieniem skóry, tworzącem niejako medaljon, czasem z zaczerwieniem. Wykwit ten jest wyniosły pokryty świeżemi łuskami, nie jest on niczem innem, jak tylko ograniczonem zliszajowaceniem o cechach przewlekłych, pochodzenia paciorkowcowego. Leczenie naprzemian nalewką jodową 1:100 i maścią z dodatkiem Ol. Cadini (3 — 10%) daje dobre wyniki.

„Le bouton d'huile". André Feil.

Presse Médic. N. 82. 1932.

U robotników, mających styczność z oliwą i smarami, a więc przedewszystkiem u mechaników i czyszczących maszyny różnego rodzaju spotyka się często zmiany skóry, które stanowią odrębny typ schorzenia zawodowego.

Schorzenie rozpoczyna się lekkim swędzeniem skóry — poczem na przedramieniu i na grzbietach rąk i palców pojawiają się czarne punkty, które ani myciem, ani drapaniem nie dają się usunąć. Ten okres odpowiada zatkaniu ujść mieszków włosowych pyłem zmieszanym z oliwą. Następnym etapem schorzenia jest powstawanie rzeczywistych wągrów skutkiem nagromadzenia się wydzieliny w zatkanym mieszku. Do tych zmian w samych mieszkach dołączają się szybko okołomieszkowe (perifolliculitis), co klinicznie objawia się powstaniem żywo-czerwonych płaskich grudek, w których środku tkwi wągier lub później ropny pęcherzyk. W tym okresie osutka podobna jest do ospowej, wyjątkowo ma charakter osutki głebokiej czyrakowatej.

Z chwilą gdy raz gronkowce rozpoczęły swoją działalność — wykwity szybko mnożą się i ulegają wszystkie zakażenia. Schorzenie zwykle ogranicza się do odkrytych części kończyn górnych, niekiedy zajmuje także przednie powierzchnie uda, łydki i brzuch. Twarz i szyja bywają zajęte u drapiących się i mających zwyczaj ocierania potu z twarzy zanieczyszczonemi rękami.

Wbrew nazwie schorzenie nie zależy wyłącznie od szkodliwego wpływu oliwy. Ponadto konieczny jest udział bakterji i pyłu, który dopiero zmieszany z oliwą wywołuje zmiany w mieszkach włosów.

Leczenie: mycie gorącą wodą i mydłem, opróżnianie mieszków przez wygniatanie, po opróżnieniu odkażanie większych mieszków nalewką jodową, zwilżanie zajętej skóry 5% wodną zawiesiną siarki, z dodatkiem gliceryny, alkoholu, ewentualnie talku.

Zapobieganie: używanie w przemyśle oliwy możliwie mało drażniącej i pozbawionej mikrobów ewentualnie wyjałowionej, noszenie przy pracy odzieży impregnowanej, dokładne mycie i zmiana odzieży po ukończeniu pracy, wyłączenie z pracy osobników wykazujących skłonność do zmian okołomieszkowych.

Figówka a promienie X. (Sycosis et rayons X). A. Marin. L

Presse médic. N. 90. 1932.

Schorzenie rozpoczyna się często pod postacią liszajca ewentualnie powierzchownych zmian w ujściach mieszków włosowych (ostiofolliculitis). Zakażenie następowo drąży w głąb mieszka, dając wykwit typowy dla figówki, t. j. ropny pęcherzyk przekłuty włosem a w jego otoczeniu rozmaitego nasilenia obwódkę zapalną. Wykwity znajdują się na twarzy tam, gdzie są włosy t. zw. duże. Jest to schorzenie uporczywe w leczeniu, może trwać nawet lata, wywołując w końcu trwałe pozbawienie włosów. Dolegliwości są dosyć znaczne a mianowicie: bóle, okresy swędzenia i uczucie napięcia skóry. Golenie w znacznym stopniu ułatwia rozszerzaniu się figówki.

Głęboka siedziba zakażenia tłumaczy dostatecznie oporny w leczeniu charakter schorzenia.

Dotychczasowe sposoby leczenia okazały się mało zadawalniające — i to skłoniło lekarzy do szukania nowych sposobów a mianowicie — do leczenia promieniami X.

Z punktu widzenia leczniczego wszystkie figówki podzielić można na 3 grupy: pierwszą — najliczniejszą stanowią przypadki, w których wystarczają słabe naświetlania raz na tydzień, nie wywołujące żadnej utraty owłosienia. Jakkolwiek promienie X in vitro nie mają żadnego działania bakterjobójczego, to stosowane na żywe tkanki w małych dawkach zwiększają siły obronne tkanki przez ich pobudzenie. W tych przypadkach autor stosował co 7 dni ¼ dawki rumieniowej na skórę schorzałą po dokładnem osłonięciu reszty twarzy. Naświetlań takich wykonywał 4 — 5 poczem zwykle następowała poprawa. Następne naświetlania były jeszcze słabsze, do ⅛ dawki rumieniowej w ilości 4 — 10 naświetlań. Pierwszym sygnałem alarmowym, który skłaniał autora do natychmiastowego zaprzestania leczenia, było łatwe i długo utrzymujące się zaczerwienienie twarzy pod wpływem błahych nawet czynników, np. słońce, wiatr, wzruszenia. Barwik, który zjawia się niekiedy po kilku naświetlaniach nie jest przeciwskazaniem do naświetlań, gdyż jest objawem przejściowym. Suchość skóry jest objawem ostrzegającym i wskazującym na konieczność zmniejszenia dawek.

Drugą grupę stanowią przypadki bardziej uporczywe, które wymagają czasowego usunięcia włosów. Dawkę epilacyjną należy zastosować w tych przypadkach, w których 16 naświetlań częściowych nie sprowadziło wyleczenia. W przypadkach, w których obawiamy się podrażnienia promieniami można zastosować połowę dawki epilacyjnej, na skórę i talium aceticum per os w ilości 4 milgrm. na kilogram wagi.

Trzecią grupę stanowią przypadki, w których z chwilą odrośnięcia włosów następuje nawrót figówki. Nawroty bywają tak uciążliwe i długotrwałe, że zachęcają nietylko lekarza ale i chorego do trwałego usunięcia włosów, które i tak przy długiem trwaniu zmian ropnych miejscami nazawsze ulegają zniszczeniu.

Po epilacji wykonanej jak w grupie 2-giej, wykonujemy co 3 tygodnie w ciągu 4-ch do 5-ciu miesięcy naświetlania połową dawki epilacyjnej, bacząc pilnie czy nie pojawia się rumień, który o ile się zjawia,, to zwykle w pierwszych tygodniach tego leczenia.

Autor wyleczył 17 przypadków figówki, naświetlając zawsze bez filtrów. 13 wyleczono tygodniowemi dawkami częściowemi, 4 wywołując czasową depilację.

Z. Jastrzębska.

KRONIKA

KOMUNIKAT KOMITETU MIEJSCOWEGO X. ZJAZDU INTERNISTÓW POLSKICH.

W XIV Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich, który odbędzie się od 12 — 15 września 1933 r. w Poznaniu, uczestniczy jako jedna z głównych sekcyj lekarskich, sekcja Towarzystwa Internistów Polskich.

Na referaty główne wybrano:

1) Temat: Niedokrwistość złośliwa.
Patogeneza: referent: prof. Dr. T. Tempka.
Klinika: referent: Prof. Dr. Rencki.

2) Temat: Angina pectoris.
Patogeneza: referent: Prof. Dr. Franke.
Klinika: referent: Prof. Dr. Semerau-Siemianowski.

Leczenie chirurgiczne: referent: Prof. Dr. Jurasz.

Komitet Miejscowy zwraca się z prośbą o zgłaszanie prac oryginalnych, pokrewnych powyższym tematom, prac opartych na własnych badaniach i na obserwacjach klinicznych. oraz badań klinicznych i laboratoryjnych, będących w związku z medycyną wewnętrzną, jak i opisów nowych metod badania lub leczenia.

W myśl uchwały Komitetu Organizacyjnego XIV Zjazdu i Przyrodników Polskich należy tematy prac zgłaszać do Komitetu Miejscowego Zjazdu, najpóźniej do 1 kwietnia 1933 r. Oprócz dokładnego tytułu referatu i warsztatu, w którym praca została wykonana, należy równocześnie nadesłać jego streszczenie w języku polskim i francuskim. Powinno ono obejmować w zwięzłej formie cel pracy, zastosowaną metodę i otrzymane wyniki.

We wszystkich sprawach, dotyczących Zjazdu, należy zwracać się do Przewodniczącego Komitetu Miejscowego Prof. Dra. W. Jezierskiego, Poznań, ul. Szkolna 14. — II. Klinika Chorób Wewnętrznych przy Publ. Szpitalu Miejskim, lub do sekretarza Dra. Walerjana Spychały — Publ. Szpital Miejski w Poznaniu.

* * *

Dnia 16 stycznia 1933 roku rozpoczyna Państwowy Zakład Higjeny wyższy kurs bakterjologji, parazytologji i nauki odporności.

Zgłoszenia kierować należy najpóźniej do dnia 15 grudnia 1932 roku pod adresem: Państwowy Zakład Higjeny, Warszawa, Chocimska 24, Kierownictwo Kursu.

Kandydaci proszeni są o nadsyłanie: 1) podania, 2) dyplomu, 3) ew. świadectwa z odbytej praktyki.

Naczelny Dyrektor:
doc. dr. **G. Szulc.**

* * *

VIII KURS UZUPEŁNIAJĄCY DLA LEKARZY P. T. „GRUŹLICA I JEJ ZWALCZANIE".

15.I — 18.III. 1933 r.

Przy poparciu Ministerstwa Opieki Społecznej (Departamentu Służby Zdrowia) Polski Związek Przeciwgruźliczy organizuje 9-cio tygodniowy bezpłatny kurs uzupełniający dla lekarzy mających się poświęcić pracy na polu walki z gruźlicą. Obecny kurs trwać będzie od dnia 15 stycznia do dnia 18 marca 1933 r. i uwzględni w pierwszym rzędzie studja praktyczne, jak również obejmie wykłady teoretyczne z dziedziny rozpoznawania, leczenia i walki społecznej z gruźlicą.

C. cyrk 88/56 d.

Każdy ze słuchaczów będzie miał możność praktycznego zajmowania się kliniką gruźlicy przez odbycie praktyki w zakresie gruźlicy wewnętrznej w szpitalu i sanatorjum. Nadto każdy ze słuchaczów zaznajomi się dokładnie z techniką pracy w poradniach przeciwgruźliczych pracując kolejno w trzech poradniach przez cały czas trwania kursu.

Podania o przyjęcie na kurs należy składać pocztą lub osobiście do biura Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Chocimska 24 (gmach Państwowej Szkoły Higjeny) do dnia 31 grudnia 1932 r.

Do podania należy dołączyć: 1) curiculum vitae, 2) ewentualne zaświadczenie instytucji decydującej lekarza na kurs, 3) zobowiązanie do czynnego zwalczania gruźlicy przynajmniej przez 2 lata po ukończeniu kursu. Kandydaci zgłaszający się na kurs mogą ubiegać sie o przyznanie zwrotnego stypendjum w wysokości 400 zł. O przyjęciu na kurs decydować będzie Komisja Kwalifikacyjna, poczem zostaną wysłane zawiadomienia poszczególnym kandydatom.

Z ukończenia kursu wydane będzie każdemu słuchaczowi odpowiednie zaświadczenie, po uprzedniem złożeniu końcowego colloquium.

* * *

ODEZWA.

Przed laty został zawiązany przez grono lekarzy, przeświadczonych o potrzebie szybkiego rozwoju medycyny lotniczej w Polsce, Komitet, w którego imieniu pozwalamy sobie zwrócić się — już po raz drugi — do szerokich kół lekarzy polskich z następującą odezwą:

Działalność dotychczasowa naszego Komitetu, dążąc wytrwale do wytkniętych sobie celów, zdołała już w dużym stopniu wykonać swe zadania, pomiędzy któremi na pierwszem miejscu należy postawić zbudowanie komory niskich ciśnień, która została otwarta przed rokiem w Centrum badań lotniczo-lekarskich w Warszawie. Rozszerzyła ona znakomicie warsztat pracy doświadczalnej Centrum i dała możność wykonania już kilku prac, dotyczących wpływu niskich ciśnień barometrycznych na organizm ludzki i zwierzęcy. Prace te były referowane na posiedzeniach naukowych Centrum i wkrótce ukażą się w druku.

Dla nadania pracom naukowym, prowadzonym przez lekarzy Centrum, jednolitego kierunku i utrzymania ich na wysokim poziomie — została staraniem Komitetu powołana do życia przez Pana Ministra Spraw Wojskowych „Rada Naukowa Lotniczo-Lekarska", złożona z Profesorów Uniwersytetu oraz wybitnych przedstawicieli poszczególnych gałęzi wiedzy lekarskiej, mających zastosowanie w badaniach lotniczo-lekarskich.

Ponadto Komitet rozpoczął w roku bieżącym wydawanie specjalnego biuletynu, poświęconego zagadnieniom medycyny lotniczej. W pierwszej połowie roku wyszło 6 zeszytów miesięcznych tego biuletynu p. n. „Medycyna lotnicza w Polsce", poczynając zaś od 1.VII r. b. miesięcznik ten został przekształconv na kwartalnik p. n. „Polski Przegląd Medycyny Lotniczej", wydawany nadal przez Komitet przy pomocy „Lekarza Wojskowego".

Obecnie Komitet stoi przed ważnem zadaniem postawienia na odpowiedniej wysokości lotnictwa sanitarnego w naszym kraju. Zapoczątkowane dzięki szlachetnej i energicznej propagandzie tej idei u nas przez Gen. D-ra Sławoj-Składkowskiego jeszcze przed 10 laty — powstało ono wysiłkiem naszego Wojska i Społeczeństwa, pełniąc już od siedmiu lat swe szczytne zadanie dla dobra żołnierza oraz ludnośąi cywilnej. Niestety, tabor samolotów sanitarnych nie stoi już dziś na wysokości zadania i należy przystąpić niezwłocznie do gruntownej reorganizacji powietrznego transportu sanitarnego tak, aby odpowiadał on rosnącym zapotrzebowaniom. W tej akcji Komitet nasz zamierza wziąć czynny udział — zarówno moralny, jak materjalny, opierając się na współpracy z czynnikami państwowemi i społecznemi.

Dalsze zadania i prace Komitetu będą przystosowywały się do wzmagającego się tempa pracy w zakresie medycyny lotniczej i do rozszerzających się wciąż ram rozwoju naszego Lotnictwa cywilnego i wojskowego. Programy naszych prac, objętych Statutem, są ustalane co roku na Walnych Zgromadzeniach dorocznych wszystkich Członków Komitetu, wśród których radzibyśmy widzieć coraz nowe szeregi interesujących się naszą sprawą.

Bowiem od liczby nowych Członków i żywego ich zainteresowania się losami Medycyny Lotniczej zależy dalszy rozwój tej nowej gałęzi wiedzy i pracy lekarskiej w Polsce.

Zaznaczamy przytem, że wysokość składki członkowskiej jest dowolna, poczynając od 5 zł. rocznie, prenumerata zaś „Polskiego Przeglądu Medycyny Lotniczej" wynosi 8 zł. rocznie za 4 zeszyty kwartalne. Prenumeratę przyjmuje Administracja „Lekarza Wojskowego" — ul. Górnośląska 45 (konto czek. P. K. O. Nr. 30209).

Z głębokiem poważaniem

WYDZIAŁ WYKONAWCZY
KOMITETU.

(—) Gen. Dr. St. Rouppert — Przewodniczący, (—) Płk. Dr. A. Huszcza — Wice-Przewodniczący, (—) Gen. Dr. W. Horodyński , Dr. K. Vacquerel — Członkowie, (—) Płk. Dr. J. Kawiński — Sekretarz.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
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.

BIBLIOTEKA Akademia Medyczna w Białymstoku
C. 19158