6667

WIEDZA LEKARSKA

ROK 1930

SKOROWIDZ

6667
BIBLJOTEKA Akademia Medyczna

Cyfry oznaczają strony, drukiem tłustym uwydatniono artykuły originalne.

Acecholina 158, 169, 194, 227
Agranulocytoza 221
Akrydyna 221
Alkoholizm 297
Anafilaksja 97, 98, 264, 265, 266, 293
Angina 51
Arsenobenzol 47, 167, 196, 332
Arterjografja 217
Aspirator 46
Autoseroterapja 284

Bakterjofag 218, 300
Basedowa choroba
Bąblowiec 249
Bezmocz 300
Bilirubinemja 333
Bismut 194
Bóle piętowe 184
„ w prawej połowie brzucha 43
„ splotu słonecznego 342
Brak mięśni brzucha 333
Brodawki 196
Brodawczaki 196
Bronchoskopja 193
Buergera choroba 158
Butelina 43

Chlorek sodu 44, 103, 218
Cholesterinemja 333
Choroba Buergera 158
„ Heine-Medina 51
„ Pageta 221
„ Raynaud 196
„ Recklinghausena 332
Choroby skórne **59, 220**
Choroby zakaźne 155, 216, 246
Ciała obce oskrzeli 281
Ciąża 106, 109, **117**, 135, 189, 191, 254, 275
Ciąża pozamaciczna 192
Ciąży przerwanie 107
Cięcie cesarskie 190, 274, 303, 333.
Ciśnienie tętnicze 297, 298
Cukrzyca **257, 285,** 293
Czyraki 101

Dermatozy węglowe 197
Diatermja 101, 104, 219
Dietetyka 36, 37, 180
Douglasa nakłucie 248
Drogi moczowe 134, 184, 250, 276, 279
Drogi żółciowe 99, 159, 244, 249, 299, 333.
Dur brzuszny 34
Dwunastnica 98
Dyshidrosis 138.
Dychawica oskrzelowa 164, 265.
Dyspepsja 212

Endometrioma 165
Enzymoreakcja 250, 275
Erytrodermja 221

Fosfor 48

Gościec 132, 284
Gruczoły chłonne 330
Gruźlica 69, 83, 215, 277, 291, 297
Gruźlica gruczołów 330
„ jelit 248
„ chirurgiczna 187, 278
„ narządów płciowych 304, **306**
„ skóry 47, 49
Grzybice 330
Guzy jajnika 78
„ mózgu 296
„ wewnątrzczaszkowe 100
„ podniebienia 52

Heine-Medina choroba 51
Hormony 335
Hyperinsulinizm 323
Insulina 73, 131, 279, 293

Jajnik 135, 253, 304
Jajowody 136, 304, 306, 310, 334
Jod 83

Kamica nerkowa 74, 247, 279
Kamica żółciowa 294
Kątnica 104
Kiła 47, 48, 80, 133, 137, **139**, 167, 168, 194, 198, 221, **222**, 223, 224, 225, 254, 255, **332**.
Kliniki francuskie **29**
Kostniak 52
Kostnej tkanki czucie 277
Kręgosłup 248, 278, 308
Krwawienia z ciałka żółtego 191
Krwawienia z macicy 253, **305**
Krwawienia pępkowe 136
Krwawiączka 279
Krwotoki mózgowe 253

Leukocytoza **229**
Limfogranulomatoza 255
Liszaj 137, 223

Łożysko 105, 191
Łuszczyca 79, 137, 192, 196

Macica 46, 136, 186, 192, **254**, 272, 273, 276, 277, 333, **334**, 335
Metatonsillitis 52
Metoda Whipple'a 40
Miesiączkowanie 135, 275
Mięśniak 109, 136, 192
Migdałek 193
Moczopędne środki 268
Mocznica 98, 160, 184
Moczowe drogi 134, 184, **250**, 276, 279
Monocytoza 246
Mózg (operacje) 327
Muszyca 223

Nabłoniak 161, 198
Natrium hyposulf. **47**
Nerki 43, 74, 133, 160, 184, **250**, 279
Neurodermity 49
Neurologja 49, 224, **225, 251**, 252, 279, 280, 307, 308, **334**
Niedokrewność **40**, 292
Niedrożność jelit 44, 103, 218, 279, 334
Nietolerancja lekowa 332
Nos 25, 113
Nowotwory 80, 81, 113

Obniżające ciśnienie środki 131
Obrzęki płuc 297
Obrót zewnętrzny 45
Odczyn biologiczny śledziony 81
„ Herxeimera 194
„ śródskórny 307
„ Wassermana 157, 225
Odbytnica 171, 183, 188
Odczulenie 48, 266, 293
Odma 39, 299
Okrężnica 185
Oko **1**, 83, 112, 169, 282, 283
Oliwa 328
Omdlenie 296
Oparzenia 85
Opoterapja 135, 292
Opryszczka 221
Opuszczenie trzew 180, 181, 182, 183
Otłuszczenie 71
Otolaryngologja 81, 82, 165, 193
Owrzodzenia 227, 255
Oxalemja **173**

Pageta choroba 221
Pęcherzyk żółciowy 75, 159, 185
Pęcherz moczowy 133, 276
Pęknięcie jelit 220.
Phosphacid **87, 119**
Ph we krwi 102
Plastyka nosa **25**, 42
Pneumobacillus 244
Pochwa 76
Podciśnienie tętnicze 152, 153, 154, 155, **156**, 157
Podwiązanie łuku dłoniowego 74
Podwiązanie żył 43, 302
Poikilodermatomyositis 306
Pokrzywka 78
Poród 45, 75, 76, 107, 164, 254, 273, 274, 302, 303, 334
Porażenie przedsionkowe 81
Poronienie 304
Priapismus 245
Promienie pozafjołkowe 104, 196
Promienie pozaczerwone 78, 219, 310
Proteinoterapja 99
Przełyk 41, 44
Przepłukiwanie płuc 282
Przepuklina 220
Przetaczanie krwi 80
Przewód pokarmowy 185, 213, 324, 217, 220
Przydatki 136, 164
Przysadka mózgowa 105, 106, 135, **335**
Przyusznica 246
Psittacosis 131
Pyodermit 48

Rad 79, 250
Radjologja 134, 192, 252
Radjoterapja 47, 79, 81, 110, 111, 137, 161, 214, 250, 334
Ran leczenie 278
Rak 250, 390
„ kości 188
„ macicy 109, 110, 111, 134, 136, 137, 333, 334, 335
„ odbytnicy 188
„ otrzewnej 300
„ prącia 250
„ przełyku 279
„ ślinianki 249
„ sterczu 162
„ tarczycy 219
Raynaud'a choroba 196
Rdzenia przecięcie 298
Recklinghausena choroba 332
Rekonwalescencja 36
Ropnie migdałka 82
„ macicy 164
„ mózgu 42, 165, 193
„ sztuczne 183, 269, 270, 271, 291, 292
Róża 47
Rumień 47, 79
Rwa kulszowa 248, 334
Rzerzączka 48, 77, 184, 221, 222, 255, 302

Sclerodemja 195
Serce u sportowców **201**
Seroterapja 310
Skóry schorzenia 59
Skóry schorzenia fosforowe 48
Skóry schorzenia paciorkowcowe 166
Skóry schorzenia w ciąży 275
Skóry schorzenia i narządów wewn. 220
Skręt przydatków 164
Śmierć nagła 46, 193, 297
Splot słoneczny 324
Sport **201**
Stawy 132
Srom 163
Sutków bóle 72
Świerzba 198
Sympatyczny układ 72, 131, 296
Szczepionki 136, 302
Szczepienia ochronne 298, 311, 330
Szkarlatyna 52
Szycie kości 278
Śledziona 160
Świąd 163

Tarczyca 219, 325, 326
Tchawica 159
Toczeń 48
Torakoplastyka 162
Trzustka 326
Tradzik 197, 228, 331
Tyłozgięcie macicy 46, 272

Ucho 52, **150**
Układ współczulny 72, 131, 296

Wątroba 41, 102, 215, 244, **265**
Wgłobienie jelit 189, 217
Wczesne wstawanie po operacjach 104
Wilk 195
Wilk rumieniowaty 47, 197
Wrzód miękki 274, 195, 307
Wrzody mieszane 79
Wrzody goleni 194, 227
Wrzód żołądka i dwunastnicy 134, 328
Wstrząs 78, 155, 246
Wstrzykiwania dożylne 78
Wstrzykiwania domaciczne 254
Wydolność wątroby 102
Wykwity 211, 231
Wylewy krwawe 78
Wyłysienie **167**, 195, 222
Wyprysk 47, 48, 79, 139, 166, 221, 223
Wyrostek robaczkowy 35, 45, 75, 101, 103. 105, 161, 186, 188, 279, 296
Wyrostek sutkowy 82, 185
Wytrzebienie 108

Zaburzenia wyrównania **145**
Zaburzenia wzroku **1**
Zaburzenia psychiczne 73
Zakażenia ogólne 43, 44, 47, 187
Zakażenia połogowe 178, 334
Zapalenie jajowodów 136
„ macicy 136
„ mózgu 251, 279
„ kości policzkowej 281
„ nerwu ocznego 53
„ opłucnej 294, 277, 351, 104
„ otrzewnej 220, 249, 358
„ opon mózgowych 246
„ płuc 38, 291
„ przymacicza 272, 273
„ szpiku 185, 300
„ tkanek 73
„ ucha środkowego 52
„ stawów 132,248
„ wyrostka robaczkowego 35, 45, 75, **101**, 103, 105, 161, 186, 279, 296
„ żył **313**
Zasób zasad 102
Zatory 104, 160
Zawężenie jelit 45
Zęby 44, 195
Zespolenie 101, 134
Zgorzel 138, 310
Złamanie kości 74
Znieczulenie miejscowe 330, 333
Znieczulenie lędźwiowe 76, 303
Zondek - Aschheima sposób rozpoznawania ciąży 106, 135, 191, 304, 335
Ziarniniak 222

Żołądka bóle 328
Żółtaczka 37, 40, 299, 333
Żył podwiązanie 43, 302
Xanthoma 306

ZAKŁADY GRAFICZNE
PRACOWNIKÓW DRUKARSKICH
Tel. 15-55 Warszawa, Nowy-Świat 54 Tel. 248-40

ROK IV WARSZAWA 1930 STYCZEŃ ZESZYT I

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

DOC. DR. W. H. MELANOWSKI (Warszawa)

Zaburzenia wzroku i cierpienia oczu w wieku szkolnym.

(wykład dla lekarzy szkolnych w Państw. Zakł. Higjeny dnia 21 grudnia 1929 r.

Wiek szkolny—to wiek wytężonej pracy wzrokowej—wiek, kiedy oczy dziecka spotykają coraz to nowe przedmioty, kiedy linje wzrokowe niejako je wymacują. By zrozumieć wytężenie pracy wzrokowej dziecka dość się nieraz przyjrzeć mu, kiedy pisze i kiedy całe nieomal ciało przyjmuje udział w tej pracy i nietylko oko goni za każdym posunięciem pióra na papierze, ale porusza się głowa, a nieraz i język powtarza ruchy ręki i oka.

W wieku dojrzałym praca oczu jest mniej wytężoną, bo pomaga jej doświadczenie i rozwinięta w znacznym stopniu sprawność umysłu.

A tymczasem, w wieku szkolnym, kiedy oczy zaczynają usilnie pracować, sprawności tej pracy przeszkadzają braki wrodzone, wady wzroku, oraz zmiany, spowodowane chorobami ustroju wogóle i oczu w szczególności.

Toteż lekarz szkolny ma zadanie ułatwienia, o ile możności, dziecku nauki i zorjentowania wczas otoczenia dziecka, czy nie ma ono jakich wad ustroju, któreby mu przeszkadzały w nauce, czy nie ma takich cierpień, któreby groziły zakażeniem innych dzieci. Wśród wad i chorób ustroju wady i cierpienia oczu są i bardzo ważne i dość częste.

Dlatego to w krótkim wykładzie chcę tu zestawić przedewszystkiem wrodzone wady narządu wzroku, zaliczając do nich różne typy wad rozwojowych oka, oraz wady refrakcji, a dalej przedstawię spotykane najczęściej w wieku szkolnym choroby narządu wzroku, uwzględniając ich znaczenie dla chorego samego i dla jego otoczenia.

Częstotliwość wad i cierpień oka u dzieci w wieku szkolnym.

Na zasadzie danych z przychodni Kliniki ocznej Uniw. Warsz. oraz z przychodni ocznych Sekcji Higjeny Szkolnych za dwa ostatnie lata, dostarczonych mi łaskawie przez dra *Z. Januszewskiego*, oraz opierając się na danych przeważnie polskich, wady narządu wzroku i częściej spostrzegane choroby zestawiam w wymienionej poniżej częstotliwości:

I. Wady refrakcji — około 40% wszystkich przypadków (wyliczone z 2840 przyp.).

Z tych wad:
- niezborność (astigmatismus) 51,3%
- nadwzroczność (hypermetropia) 25%
- krótkowzroczność (miopia) 23,6%

II. Wady rozwoju i choroby oczu: (wyliczone z 989 przyp.).

1. Wady rozwojowe (ok. 0,6% przypadków)
2. Choroby narządu wzroku (99% przyp.):
   - a) nieżyty spojówek 33% przypadków
   - b) jaglica 25% „
   - c) zapalenie spojówek i krawędzi powiek 21% „
   - d) miąższowe zapalenie rogówki 8,9% „
   - e) pryszczykowe zapalenie spojówek i rogówki 7,8% „
   - f) zez 2,2% „
   - g) zaćma wieku dziecięcego 0,7% „
   - h) zapalenia tęczówki 0,4% „

A teraz rozpatrzymy najpierw wady rozwojowe oczu, potem wady wzroku i zez, a w końcu kolejno według częstotliwości rozpatrzymy ważniejsze choroby narządu wzroku, spotykane u dzieci szkolnych.

Wady rozwojowe narządu wzroku.

Aczkolwiek ten typ zmian narządu wzroku spotyka się dość rzadko (około 0,6% przypadków), jednak lekarz szkolny powinien znać najważniejsze postaci wad rozwojowych oczu, by zorjentować się, jaką pomoc w podobnych przypadkach badane dziecko może uzyskać od specjalisty.

Rzadko stosunkowo i czasem jednostronnie spotykamy bezocze (anophthalmia), które jest najczęściej skrytooczem (cryptophthalnia), oraz znacznie posunięte drobnooocze (microphthalmia) z brakiem szpary powiekowej, lub bardzo wązką szparą powiekową, po rozchyleniu której nieraz zobaczymy zamiast rogówki ciemną plamkę o średnicy 2 — 3 mm. W tych przypadkach oko zwykle jest ślepe i nic pomóc nie można i w przypadkach obustronnej takiej wady rozwoju dziecko nadaje się jedynie do nauki w szkole dla ociemniałych.

W mniej wydatnem małooczu zwykle jednocześnie spotykamy szczelinę tęczówki, soczewki, ciałka rzęskowego, naczyniówki, a czasem i nerwu wzrokowego (coloboma iridis, lentis, corporis ciliaris, chorioideae, nervi optici). Rogówka w tych przypadkach jest znacznie mniejszą niż prawidłowa, ma średnicę około 5 — 6 mm, zarysy jajowate o dłuższej średnicy pionowej; oko takie ma źrenicę o postaci dziurki od klucza, wskutek braku tęczówki od dołu. Brak w naczyniówce, a czasem i w nerwie wzrokowym, oraz niedorozwój całego oka sprawi, że będzie ono zwykle źle widziało; często brak ten spotykamy obustronnie. I tu pewna część takich dzieci nie będzie się nadawała do nauki z dziećmi widzącemi wskutek znacznego upośledzenia wzroku; — jednak, badanie okulistyczne w niektórych z tych przypadków może ustalić, że wzrok po zastosowaniu szkieł poprawczych może stać się dostatecznym. Tak w jednym, z obserwowanych przez nas przypadków, oko małe o średnicy rogówki 6 mm, z szczeliną tęczówki i ciałka rzęskowego i naczyniówki po zastosowaniu szkieł + 10.0 D miało 0.1 prawidłowej ostrości wzroku.

Do wad wrodzonych, które stosunkowo częściej spotykamy należy jeszcze wrodzony brak tęczówki (aniridia) i bielactwo oka (albinismus oculi).

Wrodzony brak tęczówki (aniridia). Tęczówka, której początek rozwoju sięga trzeciego miesiąca życia płodowego, może się nie rozwinąć, bądźto naskutek zmian zapalnych (w czasie życia płodowego), jak chcą niektórzy autorowie (*Hubert, Rindfleisch*), bądź, jak objaśniają inni (*Ammon, Manz*), w następstwie przycisnięcia do rogówki soczewki, lub też rozwój tęczówki ulega zahamowaniu naskutek ściśnięcia pęcherzyków ocznych

(van *Duyse*). W każdym bądź razie w podobnych przypadkach źrenica będzie szeroka, czarno szarawa, a zamiast tęczówki widać nieraz tylko niewielkie fałdki tkanki tęczówki zaczątkowej. Rogówka takiego oka często ma średnicę większą, niż prawidłowa (zamiast 10—11, ma 12—13 mm) kanał Schlemma może być przytem niedorozwinięty i oko dotknięte jaskrą wieku dziecięcego (wodoocze — hydrophthalmia). W przypadku mało wydatnej jaskry niepostępującej wzrok takiego oka nieraz może być znośny—jedynie dokuczać może olśnienie.

Jako przykład przytoczę jeden z przypadków: dziewczynka kilkunastoletnia miała oko prawe z znacznym garbiakiem przednim w następstwie wodoocza, a rogówka lewego oka miała średnicę 14 mm, zamiast tęczówki właściwej było widać w kilku miejscach pasemka niedorozwiniętej tęczówki, tarcza n. wzrokowego miała płaskie zagłębienie jaskrowe; oko jednak miało napięcie prawidłowe i szkła — 20.0 D poprawiły wzrok do 0.25

Bielactwo oka (albinismus oculi) połączone jest zwykle z bielactwem ogólnem — uwydatnia się brakiem barwika w tęczówce i naczyniówce. Wskutek tego tęczówka i przedni odcinek oka przepuszcza promienie świetlne, a poprzez sinawo białą tęczówkę i przez źrenicę prześwieca czerwony odblask z dna oka. Osobnicy tacy białowłosi i białolicy zwykle źle widzą wskutek olśnienia i niedorozwoju siatkówki.

Jedyną pomocą w danej wadzie, obok szkieł, poprawiających wadę wzroku, są szkła ochronne ciemne (np. dymne Nr. 3) wzgl. okulary szczelinowe, osłaniające oczy od zbytku światła,

Wady wzroku.

Zaznaczymy tu przedewszystkiem, że wbrew poglądom *Jaegera* (1861), który przypuszczał, że najczęstszą refrakcją oczu dziecka jest krótkowzroczność (miopia), obecnie, jeszcze od czasu *Landolta* (1877) ustalił się pogląd że oko dziecka zwykle jest nadwzroczne (hypermetropia). Przytem, jak m. in. ustaliły prace *Panau* (1899), *L. Rollanda* (1910) nadwzroczność zależy tu i od krótkości osi przedniotylnej gałki ocznej i od mniejszych krzywizn rogówki i soczewki. Pozatem, jak wskazuje płytkość komórki przedniej u dzieci, ogólna łamliwość narządu optycznego oka też jest mniejsza.

W dalszym swym rozwoju oko noworodka nadwzroczne może zachować swą nadwzroczność, częściej jednak wydłużając się zmniejsza swą nadwzroczność, staje się miarowem (emmetropia), lub wydłużając się stopniowo, staje się krótkowzrocznem. Zmiana zarysów i wielkości gałki ocznej trwa zwykle do lat 20 — 25 i dlatego w przypadku wystąpienia krótkowzroczności czasem krótkowzroczność ta postępuje do okresu zupełnego rozwoju osobnika t.j. mniej więcej do lat 20.

Prócz tego, rogówka, mająca z początku sklepistość prawidłową z czasem stać się może jajowatą tj. oko przeobrazić się może w niezborne (astigmatismus).

Ostatnio np. *Sourasky* (1929) na Zjeździe Międzynarodowym Okulistycznym w Amsterdamie zaznaczył, że oko dziecka nadwzroczne rozwijać się może w dwuch kierunkach: najczęściej nadwzroczność jego zmniejsza się w ciągu lat szkolnych o 1 — 2 D, w rzadszych, jednak, przypadkach następuje szybsze zmniejszanie się nadwzroczności i wtedy wystąpi krótkowzroczność.

Dodamy tu, że wady wzroku zależą od czynników rasowych i są dziedziczne.

Na dziedziczność wad wzroku wskazują m. in. spostrzeżenia *Macbeka* (1898 - 1924), który stwierdził dziedziczenie wad wzroku albo wprost od ojca lab matki, albo z przeskoczeniem jednej lub więcej generacji tj. atawistycznie.

Na znaczenie czynnika rasowego wskazują m. in. badania *Frankowskiej* (1920-21), która stwierdziła, że wśród dzieci szkolnych polskich nadwzroczność i niezborność nadwzroczna stanowi około 64.4%, krótkowzroczność i niezborność krótkowzroczna 23,8% i niezborność mieszana 10.8%. Wśród dzieci żydowskich ta sama autorka znalazła 52,9% nadwzroczności i niezborności nadwzrocznej 42% krótkowzroczności i niezborności krótkowzrocznej oraz 5% niezborności mieszanej.

Widać z tego, że np. wśród dzieci żydowskich krótkowzroczność spotyka się prawie dwa razy częściej.

Wególe, według *Frankowskiej* miarowość wśród naszych dzieci szkolnych stanowi 60,1% przypadków, nadwzroczność i niezborność nadwzroczna 29%, krótkowzroczność i niezborność krótkowzroczna

8,3% i niezborność mieszana 2,6% przypadków.

Zresztą, jak wykazały m. in. badania *Kruppikówny* (1928) i poszukiwania nasze, najczęściej u nas spotykaną wadą refrakcji jest niezborność.

Tak, na zasadzie danych, dostarczonych mi łaskawie przez Sekcję Higjeny Szkolnej za pośrednictwem dra *Z. Januszewskiego*, z lat 1927 — 29 z liczby 2,840 dzieci warszawskich było 51,3% niezborności (astigmatismus), 25% nadwzroczności (hypermetropia) i 23,6% krótkowzroczności (miopia).

Wpływ płci wogóle mało się uwydatnia na obecności tych, czy innych wad wzroku. Tak w liczbie 2 840 dzieci było 1,176 chłopców i 1,664 dziewczynki.

Naogół wśród chłopców niezborność występowała w nieco mniejszej ilości 48,2%, krótkowzroczność była częstszą 26%, a nadwzrocznośc nieco poniżej 25%.

Wśród dziewcząt niezborność spotyka się nieco częściej 52.9%, nadwzroczność 25,1%, i nieco rzadszą jest krótkowzroczność (niecałe) 22%.

A teraz rozpatrzmy każdą z wymienionych wad wzroku i ich osobliwości w wieku szkolnym.

N a d w z r o c z n o ś ć (h y p e r m e t r o p i a).

Jestto wada wzroku, spowodowana zbytnią krótkością gałki ocznej w stosunku do siły przyrządu ogniskującego oka, a więc: rogówki, soczewki ocznej i środowisk optycznych, czyli cieczy wodnistej i ciałka szklistego. Jeżeli ogólną refrakcję przyrządu ogniskującego oka przyjmiemy za + 58,5D, to oś optyczna takiego oka, t. j. jego długość przedniotylna powinna wynosić około 22.7 mm. Jeśli ta długość jest mniejsza, to narząd ogniskujący takiego oka będzie za słaby w stosunku do jego długości i bez wysiłku nastawczego (t. j. bez akomodacji) narząd ten nie będzie mógł zebrać promieni i utworzyć obrazka przedmiotu widzianego na siatkówce.

Wiadomo przytem, że każde skrócenie, lub też wydłużenie osi optycznej oka o 1 mm daje różnicę w refrakcji oka o 3.oD t. j. np. oko, o narządzie ogniskującym + 58.5D, mające długość przedniotylną 2o mm, będzie miało około + 9.0D nadwzroczności (hypermetropia axialis).

Wogóle, jak zaznaczyliśmy już wyżej, większość noworodków ma oczy nadwzroczne, (zwykle około + 3.oD), a potem, w miarę wzrostu dziecka, oczy stają się miarowe, lub nawet, wydłużając się zbytnio, stają się krótkowzroczne.

Na nadzwroczność, szczególnie wyższego stopnia, patrzeć należy więc, jak na niedorozwój oka (*Rayner D. Baden*, 1890) i wyższe stopnie nadwzroczności (ponad + 10D), zdarzające się dość rzadko, związane są zwykle z znacznem niedowidzeniem oka.

Nadzwroczność średnia (np. + 5D), lub mniejsza, u dzieci długo nie powoduje upośledzenia widzenia, gdyż oko dziecka ma wydatnie silną nastawność (accomodatio). Nastawność, zależnie od wieku, ma różną wartość, tak do 5 lat życia siła nastawności wynosi około + 20.oD t. j. oko na tę ilość zwiększać może refrakcję. Oko dziecka dziesięcioletniego ma już +14.oD natomiast, piętnastoletniego +12.oD dwudziestoletniego człowieka + 10 D, a około 6o lat życia z całego tego zapasu pozostanie tylko + 1.oD.

Toteż jest łatwo zrozumieć, że dziecko dziesięcioletnie wysiłkiem nastawności łatwo poprawi nawet + 9,oD nadwzroczności i będzie stosunkowo dobrze widziało nawet do lat 15. Natomiast, do pracy zblizka, kiedy posiadający oko miarowe potrzebuje około + 4,oD nastawności, osobnik mający + 9,oD nadwzroczności będzie potrzebował już + 13,oD, a ma tymczasem tylko + 12.oD, nic więc dziwnego, że czytanie i praca wzrokowa będzie tu wysoce utrudniona — że wystąpi tu łzawienie, bóle oczu, bóle głowy. W ciągu dnia, kiedy zwężona źrenica zmniejszy jeszcze wady jego przyrządu optycznego, widzenie zblizka będzie jakotako możliwe, natomiast, wieczorem, przy szerszej źrenicy w całej pełni wystąpi niesprawność narządu wzroku, tembardziej, że do pracy wzrokowej swobodnej potrzeba jeszcze + 2.oD do + 3D zapasu nastawności.

Przyzwyczajenie do stałego wysiłku nastawności, bez którego widzenie u osobników nadwzrocznych byłoby bardzo upośledzone, powoduje stałe napięcie nastawności, i co za tem idzie, część nastawności staje się niejako utajona (hypermetropia latens). Stąd całkowita nadwzroczność takich osobników (hypermetropia totalis) składa się z nadwzroczności jawnej (hypermetropia manifesta), której wysiłek oka nie jest w stanie wyrównać, oraz nadwzroczności czasowo poprawionej wysiłkiem nastawczym (h latens).

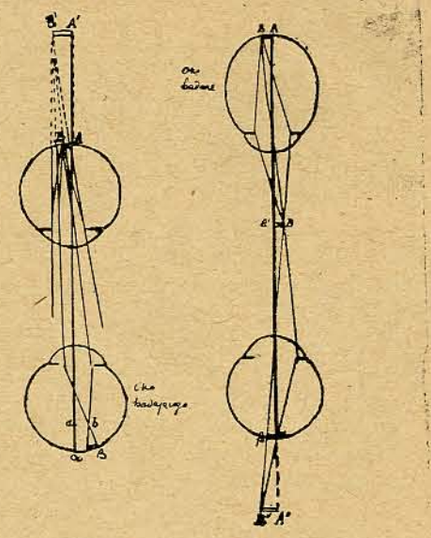
Ma się rozumieć, że w miarę starzenia się osobnika całkowita jego nadzwroczność coraz więcej się uwydatnia i uporczywe bóle głowy i oczu oraz złe widzenie zbliska, w szczególności wieczorem, wskazują na konieczność dokładnego wyrównania wady szkłami poprawczemi.

O b j a w y i r o z p o z n a n i e n a d w z r o c z n o ś c i. W nadwzroczności niewielkiej (np. do + 3.oD) u dziecka w wieku szkolnym zwykłe badanie ostrości wzroku nic nam nie wykaże, gdyż, jak zaznaczyliśmy, wysiłek nastawczy (akomodacja) z łatwością brak ten pokrywa. Trudności powstać mogą dopiero przy czytaniu wieczorem, kiedy wysiłek nastawności ma nietylko wyrównać wadę wzroku, ale i zwiększyć musi całą refrakcję jeszcze o (+ 4,o), a tymczasem źrenica rozszerzona w świetle wieczornem uwydatnia niedostateczność narządu optycznego oka. Toteż dzieci takie skarżyć się będą na niewyraźne widzenie przy czytaniu wieczorem, dalej — w następstwie dłuższej pracy mieć będą bóle głowy i oczu. Dziecko to zbliża, to oddala książkę, lub zeszyt, skarży się na niedostateczność oświetlenia i wreszcie, co chwila musi przerywać pracę wzrokową.

B a d a n i e s z k ł a m i. Badanie ostrości wzroku często wykaże pełną ostrość wzroku t. j. z odległości 5 m. będzie badany widzieć litery na tablicy *Snellena* oznaczone liczbą 5, tj. litery o grubości kreski 15 mm. Jednak, jeśli przed okiem takiem ustawimy szkła + 1.oD, + 1.5D + 2.5D. ., to spostrzeżemy, że dziecko widzi nie gorzej, a książkę czyta zblizka ze znacznie większą łatwością. Ma się rozumieć, że miarą nadwzroczności będzie tu wypukłe szkło, zwalniające nastawność możliwie w zupełności tj. najsilniejsze szkło wypukłe, z którem oko jeszcze widzi najlepiej. Badamy zwykle każde oko oddzielnie tj. po zasłonięciu drugiego, a potem staramy się spróbować, czy obuocznie nie widzą oczy taksamo dobrze ze szkłami wypukłemi o + o.5D do + 1.oD silniejszemi. Jestto t. zw. sposób *Dondersa* określenia refrakcji zapomocą próbowania szkłami.

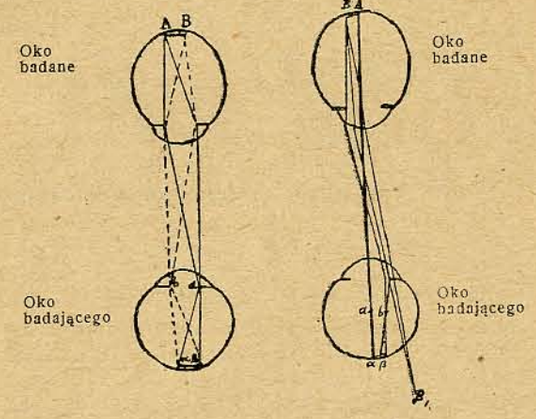
B a d a n i e p r z e d m i o t o w e r e f r a k c j i z a p o m o c ą s k i a s k o p j i (t. zw. sposób *Cuignet'a*).

Sposób polega na badaniu w ciemnym pokoju zapomocą obserwowania odblasku



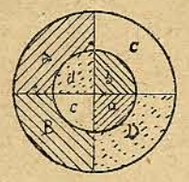
Rys 1 Rys. 2

z dna ocznego. Mianowicie, korzystamy tu z t. zw. s k i a s k o p u — płaskiego zwierciadła z dziurką. Skiaskopem oświetlamy dno oczne światłem odbitem od lampy — a przez dziurkę skiaskopu obserwujemy zachowanie się odblasku przy poruszaniu zwierciadła. Tak, w przypadku nadwzroczności, kiedy poruszać będziemy lekko

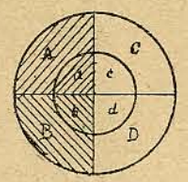


Rys. 3: Rys. 4.
krótkowzroczność

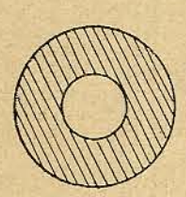
skiaskopem w kierunkach poziomym i pionowym, zauważymy że każde skierowanie światła w dół da nam oświetlenie większe w dolnej części źrenicy, każde oświetlenie z lewej strony — sprawi zjawienie się silniejszego odblasku w lewej stronie źrenicy itp. Będzie to przypadek t. zw. odblasku zgodnego, który objaśnia się tem, że w nadwzroczności narząd optyczny oka



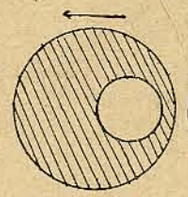
Rys. 5.



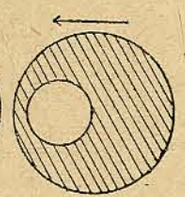
Rys. 6.



Rys. 7.



Rys. 8.



Rys. 9.

Rys. 5. Przy krótkowzroczności mamy na pewnej odległości przed okiem badanem odwrócony obrazek dna tegoż oka. Toteż, jeśli oświetlimy np. stronę AB siatkówki. to zobaczymy oświetloną przeciwną stronę źrenicy a b, ponieważ a b jest obrazkiem części siatkówki A B.

Rys. 6. Przy dalekowzroczności obrazek dna oka jest domniemany i prosty. Oświetlając np. stronę CD siatkówki zobaczymy oświetlenie źrenicy po tej samej stronie, ponieważ obrazek (domniemany) cd jest obrazkiem prostym CD.

Rys. 8. Przy krótkowzroczności

Rys. 9. Przy dalekowzroczności.

jest za słaby, by zebrać, zogniskować promienie wychodzące z oka, jak to ma miejsce w krótkowzroczności, lub nadać im bieg równoległy — jak w oku miarowem. W nadwzroczności promienie wychodzące z oka mają bieg rozbieżny. Oko badające goni, niejako, za temi promieniami, i łączy je poza okiem badanem, tworząc prosty i domniemany obraz dna oka. O ile przed okiem ustawimy soczewkę wypukłą, która wadę wzroku poprawi, to bieg promieni, wychodzących z oka stanie się równoległym i przy poruszaniu skiaskopem ruchu odblasku już nie dostrzeżemy: źrenica świecić będzie jednakowym blaskiem.

O ile szkło poprawcze będzie silniejsze, niż wada wzroku, t j. jeśli badany mieć będzie nadwzroczność + 2 oD, a ma ustawione przed okiem szkło + 3.oD, to oko stanie się krótkowzrocznem — 1.oD, to jest z odległości ponad 1 m. widzieć już będziemy odblask odwrotny z dna ocznego tj. po skierowaniu skiaskopu do dołu zobaczymy silniejszy odblask w górnej części źrenicy i t.p. O ile damy szkło o + 2.oD za silne,. to oko stanie się (czasowo) krótkowzroczne, na — 2.oD t. j. z odległości ponad 5o cm., już zobaczymy odblask odwrotny w źrenicy.

Badanie skiaskopowe pozwoli nam ustalić przedmiotowo w sposób bardzo prosty wadę wzroku i określić, jakie szkła usuną tę wadę, umożliwią dziecku pracę wzrokową i pozbawią je bólów głowy i oczu. (Patrz rysunki 1 do 9).

Nieraz do badania może być konieczne porażenie nastawności atropiną — chociaż naogół, lepiej tego u dzieci unikać i ze względu na to że porażenie trwa tu około tygodnia i ze względu, że szkła dobrane bez uwzględnienia nastawności oka będą najczęściej za silne.

Dlatego też w nadwzroczności u dzieci lepiej, częstokroć, z początku dać szkła słabsze, a potem, po upływie np. roku dać szkła silniejsze, gdyż wtedy oko lepiej je zniesie i łatwiej z nich korzystać będzie.

Krótkowzroczność (miopia).

W tej wadzie wzroku oś wzrokowa oka jest za długa w stosunku do siły refrakcji oka tj. np. przy + 58,5 D długość oka zamiast 22,7 mm może wynosić 25,7 mm tj. będzie o 3 mm za długie. W oku takiem obraz przedmiotów widzianyyh zbierze się na 3 mm przed siatkówką, a na siatkówkę padną tylko krążki rozproszenia od punktów obrazka, stąd oko takie zdaleka widzi niewyraźnie. By obrazek ułożył się na siatkówce konieczne jest w podobnym przypadku osłabić siłę refrakcji oka, czego dokonać można zapomocą szkieł wklęsłych (w danym razie — 9,o D). Oko o krótkowzroczności—9,o D będzie widziało bez szkieł dobrze tylko z odległości 11.1 cm.

Pochodzenie krótkowzroczności.

Od roku 1867 tj. od prac *H. Cohna* po dziś dzień tula się w piśmiennictwie okulistycznem pogląd o tem, że szkoły z ich pracą wzrokową są rozsadnikiem krótkowzroczności i dotąd, nawet niektórzy autorowie współcześni, jak *Truc* (1911) *Kruppikówna* (1928). *Moutinho* i *Mattos* (1929) sądzą, że poprawienie warunków higjeny oświetlenia i wogóle higjeny szkolnej jest w stanie zmniejszyć ilość przypadków krótkowzroczności. A tymczasem, badania obecne, choćby np. u nas spostrzeżenia *Macheka* (1924), wykazały przedewszystkiem wydatny wpływ dziedziczności na powstawanie tej wady. Tak, dziadowie i rodzice krótkowzroczni potomkom swym przekazują tę wadę. Dalej, wydatne znaczenia dla wad wzroku i dla krótkowzroczności w szczególności ma czynnik rasowy, i np. wśród żydów i wśród rasy germańskiej krótkowzroczność spotyka się częściej. Wreszcie, na postęp niektórych przypadków krótkowzroczności ma wiek i w okresie wzrostu ustroju tj. do 20 — 25 lat krótkowzroczność postępuje — stąd łatwo przypadki zwiększającej się, zależnie od wieku, krótkowzroczności przyjmować za t. zw. krótkowzroczność szkolną. Dalej, i doświadczenia prowadzić mogą nas nieraz od fałszywych wniosków — dość jeśli tu wspomnę pracę *Levinsohna* (od 1914). który, trzymając małpy w klatce w ciągu pół roku z głową opuszczoną tuż ponad podłogą stwierdził u niektórych z nich objawy wysokiej krótkowzroczności. Tymczasem wnioskom *Levinsohna* słusznie zaprzecza *Behr* (1919), dowodząc, że u małp człekokształtnych wysoka krótkowzroczność zdarza się bardzo często.

Podobnie, zapomocą napięcia nastawności lub zbieżności nie będziemy w stanie wyjaśnić powstawania i rozwoju krótkowzroczności, choćby z tego powodu, że krótkowzroczni, mało, albo wcale, nie korzystają z nastawności, a zbieżność też u nich jest częściej słaba, czego dowodem dość częste u nich rozbieżne ustawienie oczu.

Toteż do przyczyn powstawania krótkowzroczności obok czynników rasowych i dziedzicznych z dużą dawką prawdopodobieństwa za *Edridge-Greenem* (1922) możemy zaliczyć raczej cierpienia zakaźne wieku dziecięcego, które, jak odra, mają wpływać na osłabienie spoistości twardówki i wydłużenie gałki ocznej.

W każdymbądź razie przeciw krótkowzroczności szkolnej przemawiają i spostrzeżenia *Tscherninga* (1882) i okulistów polskich. (np. *Gertner*, 1928) którzy w czasie badań poborowych stwierdzali wysoką krótkowzroczność u osobników nigdy usilnie nie pracujących z blizka, np. u analfabetów.

Objawy i rozpoznanie krótkowzroczności.

Na krótkowzroczność, szczególnie jednooczną, długo osobnik nią dotknięty nie zwraca uwagi i długo nie podejrzewa nawet, że jednem okiem widzi zdaleka znacznie gorzej. Zresztą, do stopniowo się zwiększającej krótkowzroczności obuocznej osobnicy łatwo przywykają i wciąż wzrok swój uważają za wystarczający.

Toteż często dopiero badanie lekarza szkolnego zwróci uwagę na upośledzenie wzroku dziecka — zwłaszcza, że nawet stosunkowo niewielka krótkowzroczność (i niezborność) znacznie upośledza widzenie zdaleka. Przytem, w krótkowzroczności (małej, np. do — 4 oD) widzenie zblizka jest bardzo dobrze, w przeciwieństwie do niezborności (astygmatyzmu), kiedy widzenie i zdaleka i zbliska jest niewystarczające.

W badaniu krótkowzroczności musimy uwzględnić nietylko objawy podmiotowe, ale opieramy się, i to nieomal głównie, na danych badania przedmiotowego.

Objawy podmiotowe krótkowzroczności.

Nawet niewielka krótkowzroczność (np — 4.oD) upośledzi ostrość wzroku zdaleka do $^1/_{15}$ do $^1/_{20}$ — przy bardzo dobrem widzeniu zblizka; wyższa krótkowzroczność (— 10.oD, — 15.oD) spowoduje już upośledzenie dalszego widzenia do liczenia palców przed okiem — a do czytania badany zbliżyć musi znacznie do oka książkę lub zeszyt.

Widzenie zblizka osobników krótkowzrocznych przy przybliżeniu przedmiotów pracy do oka jest zazwyczaj bardzo dobre, toteż krótkowzrocznych cechuje często zamiłowanie do drobnych robót (np, haftu), drobnych liter przy pisaniu i t. p.

Badanie li tylko ostrości wzroku wzgl. obserwacja nad pochyleniem się zbytniem nad książką nie wystarcza do wnioskowania o krótkowzroczności, gdyż nawet w przypadkach wysokiej nadwzroczności, a także i w niezborności widzenia zdaleka i zbliska może być upośledzone i dzieci, przysuwając książkę bliżej, wielkością obrazu poprawić chcą niejako jego niewyraźność.

Prócz tego, w nadwzroczności skurcz nastawności może spowodować t. zw. krótkowzroczność pozorną skurczową (pseudomiopia spastica). Wadę tę poznać możemy zbadaniem oka po porażeniu nastawności atropiną.

Jak świadczyć mogą przypadki, opisane przez *Crisp'a, Majewskiego* (1922), możebny jest, nawet, długoletni skurcz nastawności,

który oko miarowe, lub nadwzroczne na czas dłuższy przeobrazi w krótkowzroczne. I ta możliwość raz jeszcze dowodzi konieczności przedmiotowego badaniu wad wzroku.

Badania przedmiotowe krótkowzroczności.

Już oględziny zewnętrzne często nam wskażą, że oko jest krótkowzroczne, gdyż wysuwa się ono więcej z oczodołu z powodu większych rozmiarów. Pozatem, badanie wnętrza oka wziernikiem wykaże nam często zmiany, typowe dla krótkowzroczności — mianowicie — naczyniówka nie przylega do okolicy nerwu wzrokowego i na pewnej przestrzeni twardówka jest obnażona — w postaci biało brunatnawego pola półksiężycowatego, obrączkowatego, lub o nieprawidłowych zarysach naokoło nerwu wzrokowego — jestto tzw. garbiak tylny (staphyloma posterius),.

Jako najpewniejszy sposób badania uważać należy skiaskopię oraz badanie w tak zwanym obrazie prostym.

I do skiaskopji i do badania w obrazie prostym u dzieci nieraz może być potrzebne porażenie nastawności atropiną — (chociaż, osobiście, najczęściej w badaniu obchodzę się bez atropiny).

Zasady badania skiaskopją podaliśmy jak wyżej. Badanie w obrazie prostym opiera się na tem, że dno oczne widać wyraźnie, kiedy oko badanego i oko badacza jest miarowe—toteż, po doprowadzeniu zapomocą szkieł oka swego do miarowości, badający widzi wyraźnie dno oka badanego jeśli to oko jest miarowe — w przypadku krótkowzroczności oko te będzie widoczne dopiero po ustawieniu przed niem szkieł, poprawiających całkowicie tę wadę.

Sposób badania dobieraniem szkieł potwierdzi nam wyniki naszego badania przedmiotowego o ile pamiętać będziemy, że miarą krótkowzroczności jest najsłabsze szkło wklęsłe, dające najlepszą ostrość wzroku.

Powikłania krótkowzroczności.

Obok krótkowzroczności słabej i, stosunkowo mało postępującej, mamy jeszcze tzw. krótkowzroczność złośliwą (miopia maligna), która postępuje i koło 20 — 25 lat dochodzi nieraz do 20,0D—25,0D, wskutek znacznej rozstrzeni oka. W tej krótkowzroczności zdarzają się już często znaczne zmiany śródoczne, gdyż błony wewnętrzne oka: naczyniówka i siatkówka nie są w tym stopniu rozciągliwe, co twardówka. Jak słusznie zauważa *Majewski* (1929) w krótkowzroczności—10.0D siatkówka musiałaby się zwiększyć o 3,65 cm^2, w krótkowzroczności—20,0D—o 7,92 cm^2, a w — 30,0D do 12,58 cm^2. Stąd w znacznej liczbie przypadków wysokiej krótkowzroczności, (wg. *Ławrentjewa*, w 40% przypadków) zachodzą znaczne zmiany wsteczne w siatkówce i naczyniówce, Obok wyżej opisanego garbiaka tylnego, (staphyloma posterius) do często spotykanych zmian zaliczamy rozrzedzenie wzgl. zanik siatkówki i naczyniówki w okolicy plamki żółtej (maculitis miopica) oraz odwarstwienie siatkówki — (ablatio miopica). Wyrazem zmian w plamce żółtej jest znaczne upośledzenie widzenia — którego szkła poprawcze nie są w stanie wyrównać. Odwarstwienie siatkówki poznamy po znacznem i niepoprawialnem upośledzeniu widzenia--nieraz wraz z brakiem poczucia światła. Oko w tych przypadkach będzie miękkie—co wskazuje zarazem na znaczne schorzenie układu naczyniowego oka.

Zmiany wsteczne w oku i odwarstwienie siatkówki sprawiają, że w tych przypadkach szkła poprawy nie dają.

Krótkowzroczność niepoprawiona szkłami zmusza osobnika do pochylenia się nad książką lub zeszytem, toteż u osobników krótkowzrocznych (i wogóle źle widzących) spotykamy też nieraz nawykowe wygięcie kręgosłupa.

Rokowanie. O ile nadwzroczność u dziecka ma wogóle skłonność do zmniejszania się, o tyle krótkowzroczność często postępuje — toteż w interesie ułatwienia rozwoju dziecka należy je badać conajmniej raz na rok i, w razie potrzeby, zmieniać szkła i to nietylko z powodu tego, by zatrzymać postęp krótkowzroczności, ale głównie, by dobrem widzeniem ułatwić naukę i prawidłowy rozwój umysłowy dziecka.

Lekarz strzec się powinien lekkomyślnego zalecenia porzucenia nauki dziecku krótkowzrocznemu, gdyż ogólne wykształcenie zawsze każdemu się przyda, a prawidłowy rozwój umysłu ułatwi życie nawet źle widzącemu. Pozatem, praca ciężka fizyczna, bodaj że w większym stopniu może zaszkodzić oczom krótkowzrocznym, niż praca umysłowa. W zalecaniu zawodu źle widzącemu lekarz uwzględniać tu powinien zawody, nie wymagające bardzo dobrego widzenia. (Tak, do zawodów, które wykonywać można przy słabej ostrości wzroku należą: dekatyzerstwo, farbiarstwo, muzyka, koszykarstwo, mleczarstwo, mydlarstwo, ogrodnictwo, perfumiarstwo, pszczelarstwo i t. p. Patrz: prace Instytutu Psychotechnicznego. Zestawienie braków fizycznych i stanów patologicznych w zakresie zawodoznawstwa. W opracowaniu Komisji pod przewodnictwem prof *K. Stołychwy*, Warszawa 1929).

Jako jedyną racjonalną ochronę przed zwiększeniem się liczby przypadków krótkowzroczności należałoby odradzać osobom krótkowzrocznym łączenie się związkami małżeńskiemi.

Leczenie polega z jednej strony na możliwem wzmacnianiu ustroju i polepszeniu jego warunków życia wogóle i pracy wzrokowej w szczególności — z drugiej, na wczesnem i możliwie dokładnem dopasowaniu okularów, które do pewnego stopnia chronić mają przed zwiększeniem krótkowzroczności. Pozatem, przyjmując pod uwagę że krótkowzroczni mają zwykle słabą nastawność w większych stopniach krótkowzroczności zalecamy do pracy zblizka szkła słabsze o—2.0 D do—3.0 D, niż szkła wymagalne do dali.

Niezborność (astigmatismus).

Jestto wada wzroku spowodowana jajowatością powierzchni łamiących oka, a w szczególności rogówki. Różna refrakcja dwuch, zazwyczaj prostopadłych do siebie południków oka np. pionowego i poziomego sprawia, że na siatkówce punkt rozmazuje się i tworzy owal względnie linijkę. Stąd nazwa astygmatyzm — *a* — przedrostek przeczący, stigma (gr)—punkt.

Odróżniamy niezborność krótkowzroczną, niezborność nadwzroczną i niezborność mieszaną. Niezborność krótkowzroczna i nadwzroczna będzie prostą jeśli jeden z południków jest miarowy, a drugi nadwzroczny wzgl. krótkowzroczny i złożoną jeśli oba południki są krótkowzroczne, lub nadwzroczne, ale w różnym stopniu. W niezborności mieszanej w jednym z południków mamy krótkowzroczność, a w drugim nadwzroczność.

Częstotliwość niezborności i jej pochodzenie.

Jak zaznaczyliśmy już wyżej na zasadzie badań dzieci szkolnych w Warszawie w ciągu ostatnich dwu lat mogliśmy się przekonać, że niezborność stanowi połowę ogólnej ilości wad wzroku, co zgodne jest z dawniejszemi danemi w innych krajach *Tscherninga, G. Martina* i inn. Zauważyć przytem należy, że niezborność nadwzroczna spotyka się najczęściej, dalej, zdarza się nieco mniej często niezborność krótkowzroczna, i najrzadziej, bo w 2,6% przypadków zdarza się niezborność mieszana.

Obecnie większość autorów niezborność uważa za dziedziczną, najczęściej atawistycznie, jak *Javal* (1880), *Machek* (1924), a niektórzy, jak *Ch. Féré* i *L. Vigneo* (1888) widzą nawet w niezborności jeden z wyrazów zmian wstecznych, spotykanych u epileptyków i osobników niedorozwiniętych. Pogląd ten uważalibyśmy za zbyt krańcowy — aczkolwiek sami spostrzegaliśmy jeden przypadek, w którym znaczna niezborność współistniała z wydatnem zniekształceniem czaszki. Przypadek dotyczył osobnika wydatnie długogłowego, którego gałki oczne były wyciągnięte w kierunku pionowym; w związku z tem, oczy w kierunku pionowym miarowe, w kierunku poziomym miały—9.0 D krótkowzroczności z czego—6.0 D przypadało na rogówkę, a—3.0 D na soczewkę oczną. Szkła—9.0 D cyl. oś pionowo poprawiały ostrość wzroku każdego oka do 0.3.

Dalej wpływ znaczny na krzywiznę, wzgl. niezborność rogówki ma ucisk oka powiekami, wzgl. i mięśniami prostymi oka. Tak, *Pergens* (1897) stwierdzał przypadki jednostronnej niezborności w oku pokrytem częściowo opadniętą powieką (ptosis). *Knapp* (1864) i *Dor* opisywali przypadki zmniejszenia się niezborności po rozcięciu jednego z mięśni prostych oka. Wyrazem wpływu na krzywiznę rogówki ze strony powiek jest tzw. niezborność fizjologiczna tj. większa o 0,5D łamliwość rogówki w południku pionowym; oraz ten fakt, że najczęściej spotykamy się z niezbornością zwykłą (As directus), kiedy silniej łamiący jest południk pionowy rogówki, a do więcej wyjątkowych należy niezborność odwrotna (As. inversus), kiedy silniej łamiący jest południk poziomy rogówki.

Poglądy jakoby niezborność była spowodowana działaniem mięśnia rzęskowego (*Nuel*, 1885, i *G. Martin*, 1886), dotąd nie znalazły potwierdzenia.

Do częściej uwydatniających się przy-

czyn niezborności należy schorzenie wzgl. zranienie oka. Tak, następstwem owrzodzenia rogówki jest jej nieprawidłowa krzywizna — czyli tzw, niezborność nieprawidłowa rogówki (As. irregularis), oraz niezborność odwrotna pooperacyjna (As. postoperativus inversus) spotykana po operacji zaćmy i jaskry.

Rozpoznanie niezborności opiera się z jednej strony na objawach podmiotowych, z drugiej, na badaniu przedmiotowem,

Objawy podmiotowe. Przedewszystkiem w przypadkach wydatniejszej niezborności oko niezborne źle widzi i zdaleka i zbliska. Pozatem oko, którego jeden południk np. pionowy jest krótkowzroczny, a drugi, poziomy — miarowy widzieć może zdaleka większe litery, przytem widząc wyraźnie kreski pionowe w tym samym rzędzie tablicy jedne litery jak I, rozpozna łatwo inne, jak *K*, lub *E*, gdzie rozpoznanie uzależnione jest od dobrego widzenia kresek poziomych — będą źle rozpoznawane.

Oko z niezbornością krótkowzroczną złożoną zdaleka będzie źle widziało, a zblizka widzenie większych liter będzie znośne.

Oko o jednym z południków nadwzrocznym z niezbornością nadwzroczną prostą starać się będzie nastawnością wyrównać wadę wzroku i wtedy w jednym południku spowoduje miarowość a w drugim— krótkowzroczność i stąd widzenie też nie wiele będzie wyraźniejsze i zdaleka i zbliska.

Prócz tego osobnicy o oczach niezbornych, szczególnie z niezbornością zwykłą widzieć będą postaci ludzi wyciągnięte i tem objaśnia się np. zamiłowanie niektórych malarzy np. *Gustawa Doré*, lub z współczesnych *Rozena* jun , do malowania postaci cienkich i wyciągniętych.

Dalej, do objawów podmiotowych niezborności należą jeszcze bóle oczne przy pracy (tzw. asthenopia accomodativa).

Badanie przedmiotowe niezborności polega przedewszystkiem na skiaskopji, zapomocą której z łatwością określa się łamliwość oka w różnych południkach, oraz zapomocą astygmometrów np. *Javala* i *Schiötza*, lub *Sutcliffa*, które na zasadzie równań *Kohlrauscha* dają nam różnicę refrakcji i kąty południków najwięcej i najmniej załamującego tzw. osi niezborności.

Wogóle, badanie skiaskopowe jest dużo ściślejsze i na podstawie tego badania łatwo przepisać szkła.

Rokowanie. Złe widzenie, spowodowane przez niezborność niepoprawioną szkłami, pogarsza się z wiekiem i później, szczególnie w niezborności krótkowzrocznej, szkła poprawiają już niedostatecznie. Prócz tego, zwrócić należy uwagę że niezborność nadwzroczna z wiekiem ulega zmniejszeniu, a niezborność krótkowzroczna, szczególnie wyższych stopni, może się powiększać.

Leczenie polega na możliwie wczesnem zastosowaniu szkieł poprawczych, które, jak i w innych wadach wzroku, powinny być sprawdzane przynajmniej raz na rok.

Zez (*strabismus*).

W wieku szkolnym spotykamy się często u dzieci z zezem. Pod pojęciem zeza rozumiemy nieprawidłowe ustawienie jednego oka w stosunku do drugiego; t. j. naprz. jedno oko patrzy na przedmiot, a drugie ma kierunek inny: ku wewnątrz, ku skroni, ku górze, lub ku dołowi; zależnie od tego zez nazywamy zbieżnym (strabismus convergens), rozbieżnym (str. divergens), zez w górę i w dół (strabismus sursum v. deorsum vergens).

W zezie zwykłym niema nigdy zdwojonego widzenia — tymczasem, w zezie porażennym (strabismus paralyticus) — wskutek porażenia któregokolwiek z nerwów ruchowych gałki ocznej przedewszystkiem występuje zdwojone widzenie, uwydatniające się zawrotami głowy i chory, by móc chodzić musi zamrużyć oko z porażonym mięśniem.

O częstości zeza wśród dzieci szkolnych u nas sądzić możemy z faktu, że z pośród 2840 dzieci mających wady wzroku było 146 przypadków zeza, co stanowi około 5.1% przypadków. Z tej liczby 41 przypadków dotyczyło chłopców i 105 przypadków dziewcząt. Pozatem, wśród chorób innych, spotykanych w latach ostatnich w przychodni kliniki ocznej Uniw. Warsz. u dzieci szkolnych zez stanowi 2.2% przypadków.

Najczęściej spotykamy zez zbieżny i zez rozbieżny. Zez zbieżny (strabismus convergens) jest częstszy i stanowi około 70% przypadków zeza wogóle, zez rozbieżny (str. divergens) stanowi około 30% przypadków. Zez w górę lub w dół (str. sur-

sum v. deorsum vergens), zdarza się dużo rzadziej.

Prócz tego odróżniamy zez okresowy od zeza stałego oraz zez obustronny od zeza jednostronnego.

Pochodzenie zeza.

Jak zaznaczał jeszcze *Donders* (1863), a dalej *Cosse* (1899), *Ginestous* (1903) już refrakcja ma znaczny wpływ na powstawanie zeza i zez zbieżny prawie w 77% przypadków zdarza się w nadwzroczności, a zez rozbieżny do 66% przypadków w krótkowzroczności. Objaśnia *Donders* powstawanie zeza zbieżnego zwiększeniem nastawności, które zwiększa zbieżność, a powstanie zeza rozbieżnego osłabieniem nastawności, tak typowem dla oka krótkowzrocznego.

Dalej, wiadomo też od czasu obserwacji *Dondersa*, że plamki na rogówce też upośledzają nastawność i dają powód do zeza rozbieżnego.

Dalej znaczenie dla powstania zeza ma dziedziczność i w niektórych rodzinach, jak wykazali *Valude* (1890), *Laurent Moreau* (1906) i inni, obok wad wzroku spotykamy i zez. Na niektóre, przynajmniej, przypadki zeza ma wpływ nerwowość – przyczem wzmożone napięcie układu nerwowego powoduje zez zbieżny, a osłabione— zez rozbieżny, jak próbował wykazać swego czasu *Hansen Grut* (1870). Do pewnego stopnia potwierdzają ten pogląd spostrzeżenia *Valude'a i Ginestousa* (1907), którzy w rodzinach osób zezowatych często stwierdzali histerję, neuropatję, alkoholizm oraz zapalenie opon mózgowych wśród braci i sióstr.

W każdymbądź razie obecnie najwięcej w sprawie zeza interesują dwa zagadnienia: 1) czy złe widzenie względnie wada wzroku powoduje zez. Pogląd ten swego czasu wygłoszony przez *de la Hire*, jest obecnie podzielony przez *Schweiggera* (1873), *Alfreda Graefego i Silexa*, *Abadie* (1877). 2°) Drugi pogląd dowodzi, że złe ustawienie oka powoduje upośledzenie wzroku, był ustalony przez *Dondersa* (1869), *Javala* (1896), *Cosse i Parinaud'a* (1888), *Antonnelli'ego* (1907) oraz *F. Lagrange'a* (1911).

Za pierwszym poglądem przemawiają fakty, że zezujące oko jest zwykle wadliwe i to nieomal od urodzenia ma np. wysoką nadzwroczność, niezborność, plamki na rogówce i t. p.

Za poglądem drugim przemawia okoliczność że już przy wziernikowaniu i mikroskopowaniu z otwartem drugiem okiem, wyłączamy w naszej świadomości obrazy nieraz zupełnie dobrze widzącego oka i tem już niejako sami czasowo upośledzamy widzenie. Dalej, zaznaczyć należy że o ile dla jednych ludzi widzenie ma wielkie znaczenie i skupiają na obrazach widzianych z łatwością uwagę obojga oczu, gdy tymczasem drudzy nie skupiają tak dalece uwagi wzrokowej i często korzystają tylko z jednego oka, podczas, gdy drugie śpi, jak się wyraża *Javal*.

Upośledzenie wzroku oka niepatrzącego w tych przypadkach zwiększa się coraz bardziej i, jak np. wskazuje *F. Lagrange*, o ile osobniki młodsze okiem zezującem widzą jeszcze nieźle nieraz od 1 — 0.3, o tyle w wieku starszym wzrok upośledza się coraz bardziej do 0.1 — 0,05 i więcej.

W przypadkach zeza, który nastąpił przed 3 rokiem życia, osobnik zezujący nie może, wogóle, rozwinąć sobie lepszego widzenia w oku zezującem.

O ile zez nastąpił później, to szkła poprawcze, ćwiczenie może jeszcze nieraz poprawić ostrość wzroku oka zezującego od 0,1 do 0,5 i więcej.

Objawy i rozpoznanie zeza.

Już samo przyjrzenie się osobnikowi zezującemu pozwoli nam zwykle stwierdzić, które oko na nas patrzy, a które zezuje.

Jeszcze łatwiej rozpoznać, zezujące oko kiedy każemy popatrzeć na jaki przedmiot świecący np. na okno. (Patrz rys. 10. 11 i 12). Zauważymy wówczas, że obrazek okna na oku patrzącem znajdować się będzie na środku rogówki, a na oku zezującem zbieżnie obrazek okna znajdzie się bliżej odskroniowej części rąbka, na oku zezującem rozbieżnie bliżej odnosowej części rąbka rogówki. Poznamy wówczas z łatwością, które oko patrzy, a które zezuje. By jeszcze potwierdzić nasze rozpoznanie przesłońmy ręką oko patrzące, a wtenczas zauważymy, że oko, dotąd zezujące, ustawiło się dobrze i obrazek okna ustawił się na środku rogówki.

W celu zmierzenia w stopniach odchylenie oka zezującego korzystamy albo z polomierza, albo z walca i skali stycznych *Maddoxa*.



Rys. 10. Oczy ustawione prawidłowo. Obrazki okna są na środku obu rogówek.



Rys. 11. Oko prawe ustawione zbieżnie, oko lewe patrzy prawidłowo. Obrazek okna w zewnętrznej części rogówki na oku prawem.



Rys. 12. Oko prawe ustawione rozbieżnie. Obraz okna na tem oku na wewnętrznym brzegu rogówki. Oko lewe patrzy prawidłowo.

Badanie stopnia zeza zapomocą polomierza odbywa się w następujący sposób: Badany jest ustawiony przed polomierzem tak, by oczy jego były na poziomie, ustawionego poziomo, łuku polomierza, i patrzy na świecę zapaloną, ustawioną w środku tego łuku. Wówczas obrazek światła świecy — punkt świetlny będzie na środku rogówki oka nie zezującego i gdzieś na obwodzie rogówki oka zezującego. Badany wciąż patrzy wprost a my przesuwamy świecę wzdłuż łuku polomierza, aż punkt świetlny znajdzie się na środku rogówki oka zezującego. Na łuku polomierza odczytujemy stopień zeza.

Badanie zapomocą walca i skali stycznych *Maddoxa*. Badany siedzi wprost środka skali *Maddoxa* w odległości 1 m. i patrzy na świecę, lub żarówkę umieszczoną w środku skali. Oko zezujące przesłania się płytką i walcem szklanym czerwonym, rozszczepiającym światło i wydłużającym je w długą czerwoną smugę. Smuga ta w przypadku prawidłowego ustawienia oczu przecina światło widziane drugiem okiem — a w przypadku zeza pasmo przecina skalę po jednej lub po drugiej stronie światła. Liczby skali wskażą nam w stopniach odchylenie oka.

Nie będę tu wyliczał innych sposobów badania zeza, powiem tylko słów kilka o rokowaniu i postępowaniu w zezie — tj. o jego leczeniu.

Rokowanie i leczenie zeza.

W każdym przypadku zeza obok jakości zeza i stopnia odchylenia oka powinniśmy zbadać refrakcję, stan i ostrość wzroku każdego oka. Dalej, szczególnie u młodszych dzieci (do lat 10-ciu), przedewszystkiem powinniśmy poprawić wadę wzroku i wówczas bardzo często stwierdzimy, że stopień zeza w szkłach poprawczych zmniejszy się znacznie, lub nawet zez zniknie zupełnie — szczególnie dotyczy to zeza, który zaczął się po 3 latach życia. Pozatem, bardzo pożyteczne w podobnych przypadkach będą ćwiczenia w obuocznem widzeniu zapomocą stereoskopu z tablicami *Javala* lub *Dohnberga*, albo zapomocą amblyoskopu *Wortha*, ma się rozumieć, po poprawie szkłami wady wzroku.

Ćwiczenia te, wykonywane najlepiej pod kierunkiem lekarza, bardzo często wznowią widzenie obuoczne i poprawią ostrość wzroku oka zezującego.

W przypadku zeza u dziecka ponad 10-lat nieraz konieczne będzie dokonanie operacji cofnięcia jednego z mięśni prostych (tenotomia), o ile zez nie przenosi 25° lub też obok cofnięcia mięśnia, zbyt silnie działającego może być konieczne przykrócenie lub przełożenie ku przodowi (antepositio) mięśnia, działającego zbyt słabo. Po poprawie ustawienia oczu należy też jeszcze możliwie dokładnie poprawić szkłami refrakcję oczu.

Oczopląs (*nystagmus*).

Drżenie gałek ocznych — nazywane też oczopląsem, bywa różnego pochodzenia. Zasadniczo odróżniamy: 1) oczopląs pochodzenia wzrokowego, 2) oczopląs pochodzenia błędnikowego, 3) oczopląs w chorobach mózgowia i opon i 4) oczopląs górników,

Oczopląs pochodzenia wzrokowego (*Ny. opticus*). Zdarza się najczęściej w przypadkach upośledzenia widzenia wrodzonego, albo i nabytego we wczesnem dzieciństwie—szczególnie w przypadkach bielactwa oka, plamek rogówki (ex blennorhoea neonatorum), w zaćmie wrodzonej, w przypadkach wydatniejszych wad wzroku, w zezie, zmianach po miąższowem zapaleniu rogówki i tęczówki. Gałki oczne drżą wahadłowo, szczególnie, kiedy oczy patrzą na jakiś przedmiot.

Oczopląs błędnikowego pochodzenia składa się z dwuch faz: a) faza pochodzenia błędnikowego wolna i skierowana w stronę podrażnionego błędnika i b) faza pochodzenia wzrokowego szybki powrót oczu do ustawienia prawidłowego.

Oczopląs pochodzenia mózgowego zdarza się w chorobach mózgu, i móżdżku, a szczególnie w rozsianem stwardnieniu mózgu i rdzenia (sclerosis disseminata).

Dodamy tu, że oczopląs pochodzenia wzrokowego u dzieci może zniknąć, jeśli wzrok dziecka się poprawi — czy to zmniejszeniem zmętnienia rogówki np w przypadkach miąższowego zapalenia rogówki, czy po poprawie szkłami wady wzroku, czy po usunięciu zaćmy i t. p.

Częściej spotykane choroby oczu w wieku szkolnym.

Nieżyt spojówek (*conjunctivitis catarrhalis*).

Nieżyt spojówek ostry i przewlekły wywołać mogą różne czynniki: a) mechaniczne i chemiczne, jak ciała obce, włoski gąsienic, pyłek kwiatowy, np. pierwiosnka (primula). zasady, kwasy, chryzarobina, kalomel, atropina, energja świetlna — jak promienie pozafiołkowe — (światłowstręt śnieżny) i t. p. i b) różne drobnoustroje, jak prątki *Kocha-Weeksa*, pneumokoki, gronkowce, prątki grypy, zarazki odry i tp.

Zapalenie nieżytowe spojówek ostre wyraża się przedewszystkiem zaczerwienieniem oka, więcej wydatnem na spojówkach powiek i załamków i na spojówce gałki, bliżej równika. W cierpieniu tem zawsze będzie wydatna wydzielina śluzowa, czasem śluzowo ropna. Wydzielinę tę w nieżycie *Kocha-Weeksa* spotkamy pod postacią szarawych kłaczków w załamkach. w których to kłaczkach obok ciałek ropnych spotykamy drobniutkie, nie barwiące się sposobem *Grama* prątki, pokrewne prątkom grypy. Wogóle wydzielina spojówek w ciągu nocy doprowadza do sklejania się szpary powiekowej i zlepiania rzęs u podstawy.

Rozpoznanie różnicowe. Bardzo ważne jest odróżnić wydzielinę w nieżycie spojówek od łzawienia i zaczerwienienie oczu, spowodowane zadraźnieniem, od nieżytu spojówek. Zaczerwienienie oczu wywołane np. wadą wzroku, lub, co jeszcze ważniejsze, schorzeniem głębszych tkanek oka np. zapaleniem tęczówki — dotyczy zwykle gałki ocznej i jest połączone z łzawieniem — nieżyt spojówek dotyczy więcej spojówki powiek i zawsze będzie połączony z wydzieliną spojówek, wydzieliną z włóknikiem, zasychającą w obrębie szpary, powiekowej i w kącikach. Wkroplenie atropiny w przypadkach podejrzanych pozwoli nam stwierdzić, że źrenica źle się rozszerza, i widać będzie wtedy zrosty tylne tęczówki i brunatne osady w obrębie źrenicy. Prócz tego, w zapaleniu tęczówki będą wydatne bóle oczu wieczorem i zamglenie wzroku. Dalej od nieżytu zwykłego spojówek (i zapalenia tęczówki) odróżnić należy zapalenie pryszczykowe spojówek i rogówki, w którem będzie bardzo wydatny światłowstręt i łzawienie, oraz przekrwienie spojówek u rąbka rogówki, gdzie spotkamy szereg drobniutkich nacieków — pryszczyków.

Objawy. W zapaleniu nieżytowem spojówek obok wydzieliny i zaczerwienienia nieraz spotkamy rozpulchnienie i aksamitowatość spojówki, a czasem, jak zaznaczyliśmy, drobne wybroczynki. Chorzy skarżą się na pieczenie i swędzenie oczu; bólów oczu nie bywa. Upośledzenie wzroku, jest czysto mechanicznego pochodzenia, spowodowane pokryciem spojówki śluzem. Zwykle jedno mrugnięcie wystarczy, by wzrok się poprawił.

W nieżycie, spowodowanym prątkiem *Kocha-Weeksa*, obok opisanych powyżej szarawych kłaczków i wybroczynek — objawy zachorzenia występują na 3—4 dzień i, o ile zachorowało jedno oko, to zwykle w kilka dni potem zachoruje i drugie. Często obrzękają przytem i krawędzi powiek, oraz występuje obrzęk i niewielka bolesność gruczołów przyusznych. Wyjątkowo tylko u dzieci po pewnym czasie trwania choroby zdarzyć się może brzeżne t. zw. nieżytowe owrzodzenie rogówki (ulcus corneae catarrhale marginale).

Choroba trwa przeciętnie 8—14 dni.

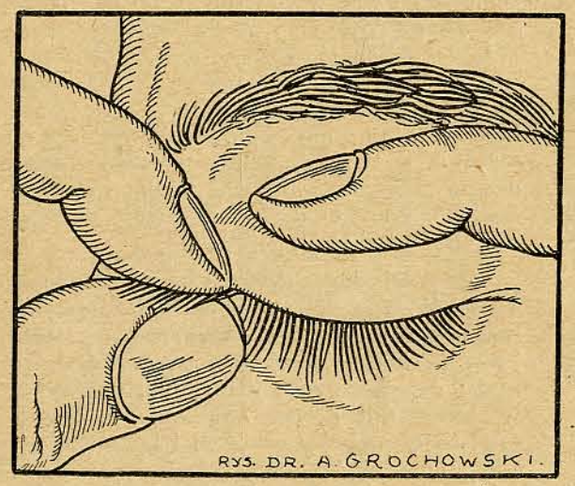
Leczenie polega na przyżeganiu spojówki na odwrócone powieki 2 — 3% rozczynem lapisu z następnem przemywaniem rozczynem 1% soli kuchennej—a dalej na częstych przemywaniach oczu 1‰ rozczynem sublimatu, lub cjanku rtęci. W owrzodzeniach rogówki, obok lapisowania, stosujemy 1 — 2 razy dziennie zakraplanie 1% atropiny, 1% dioniny i zalecamy gorące okłady. Nie należy zawiązywać oczu w nieżytach spojówek.

Jak zaznaczyliśmy, nieżyty spojówek

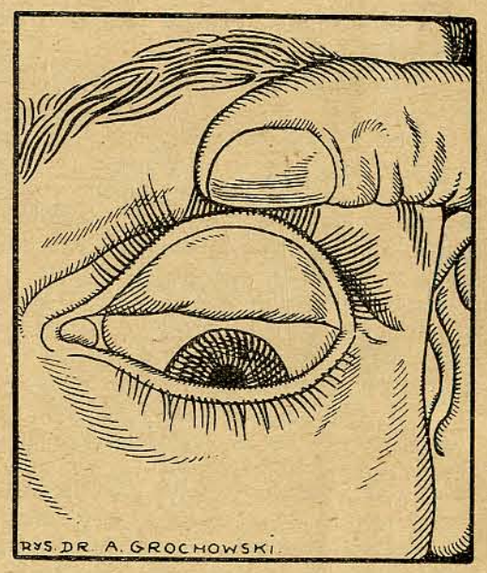
są w wieku szkolnym bardzo częste —zdarzają się według naszych danych w 33% przypadków chorób oczu u dzieci. Drugie według częstotliwości cierpienie dzieci w wieku szkolnym to jaglica, którą spotykaliśmy w przychodni Kliniki Ocznej U. W. w ciągu ostatnich dwuch lat w 25% przypadków.

Jaglica (*trachoma*). Jestto cierpienie przewlekłe, uporczywe, zaczynające się niepostrzeżenie i bezboleśnie, bez znaczniejszego zadrażnienia oczu, lub upośledzenia wzroku. Istota cierpienia polega na przeroście grudkowym spojówki powiek i załamków, a później często i na naciekach grudkowych i zmianach wstecznych w rogówce.

Choroba zaczyna się najczęściej w wieku przedszkolnym (5—6 lat), czasem i później. Chory ma czasem uczucie piasku za powiekami, niewielkie łzawienie i od czasu do czasu, po nocy, sklejanie się szpary powiekowej.



Rys. 13.
Odwracanie powieki (pierwszy etap)



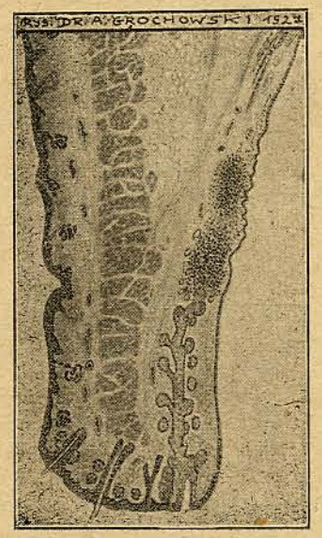
Rys. 14,
Odwracanie powieki (drugi etap)

Od czasu do czasu oko bywa więcej przekrwione i ilość wydzieliny śluzowej się zwiększa. Badanie uważniejsze zapomocą odwracania powiek (patrz rys. 13 i 14), najlepiej zapomocą odwracacza powiek (np typu *Zacherta*), wykaże nam pewną ilość grudek w okolicy górnego i dolnego załamka i obrzęk ciałka brodawkowatego (załamka) powieki górnej. Po dłuższem trwaniu, a często i na początku choroby, uwydatnia się obrzęk, przekrwienie i grudki w fałdzie półksiężycowatym spojówki. Dodamy tu, że i u zwierząt trzecia powieka jest najwięcej skłonna do ziarnistych schorzeń spojówki.

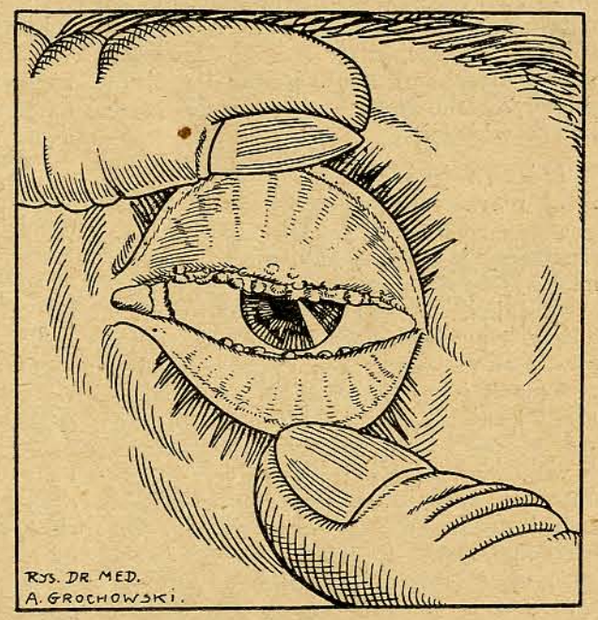
Wskutek obrzęku nieraz następuje też obwisanie powieki górnej (pseudoptosis)— szpara powiekowa jest więc nieco zwężona i oczy mają wygląd ospały.

W początku jaglicy na pierwszy plan występuje uporczywy, przewlekły, nieżyt spojówek (okres I jaglicy), w okresie następnym cierpienia następuje zajęcie spojówki i podspojówki przez grudki (okres II grudkowy jaglicy), a dalej w związku z rozpadem grudek i zmianami wstecznemi—wystąpi okres zwyrodnienia worka spojówkowego, zniekształcenia powiek i objawów chorobowych w rogówce (okres III zmian wstecznych pojaglicznych).

Okres grudkowy jaglicy. Ilość grudek w jaglicy początkowo niewielka, zwiększa się stopniowo, zapewne, dzięki częstym obostrzeniom wskutek przypadkowych zakażeń np. prątkami *Kocha-Weeksa*, dwuprątkami Moraxa-Axenfelda, gronkowcami i t. p. Obrzękłe i aksamitowate spojówki wraz z wydzieliną drażnią powierzchnię gałki ocznej i powodują często łzawienie, tembardziej, że nieraz, wskutek

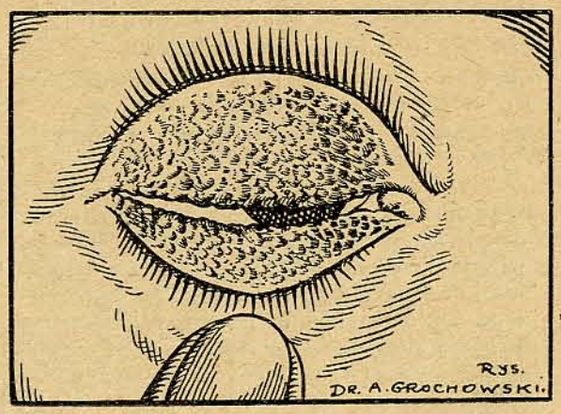


Rys, 15,
Grudki w załamku górnym w okolicy gruczołów Krausego,



Ryc, 16,
Grudki w obu załamkach, w początku jaglicy.

obrzęku śluzówki kanału nosowołzowego, odpływ łez do nosa jest utrudniony. Grudka przy grudce zajmuje całą spojówkę powiek i załamków i powierzchnia wewnętrzna powiek przypomina wyglądem miąższ fig. Czasem grudki są większe i dochodzą wielkości jagieł—stąd nazwa *jaglica*. Grudka jaglicza budową przypomina grudkę chłonną jelita (grudkę *Peyera*) Środek grudki skupiający się wokolo naczynia krwionośnego (*Reis* 1913) składa sie z komórek plazmatycznych, obwód z limfocytów. Komórki plazmatyczne mają pęcherzykowate jądra o gwiazdkowym układzie chromozomy. Wewnątrz grudki i na obwodzie widać jeszcze siateczkę tkanki łącznej. Grudki jaglicze są mało ukrwione co nadaje im barwę różowo-szarą. Nacieki jaglicze przenikają wgłąb i obejmują gruczoły łzowe (dodatkowe i główne) i gruczoły tarczkowe Meiboma. Choroba postępuje powoli, ilość grudek się zwiększa, grudki zlewają się, częściowo rozpadają i wydalają na powierzchnię spojówki swą galaretowatą zawartość. Ubytki wypełnia rozrastająca się tkanka łączna, która na powierzchni pokryta częściowo zwyrodniałym nabłonkiem, tworzy brodawkowate mięsiste wypuklenia. W okresie tym (III okres) rozpulchnienie spojówki powoli ustępuje miejsca stwardnieniu i zgrubieniu spojówek powiek, a nieraz i załamków (okres ten przypomina niejako okres przerostowy marskości wątroby (*cirrhosis hepatis hypertrophica*). Zgrubienie podobne nieraz ma wygląd szklisty i wywołane jest wielką ilością komórek plazmatycznych, które znów w następstwie ulec mogą przeobrażeniu szklistemu (*Browicz, Treacher - Collins, Mayou*). Masy szkliste zajmują załamek, czasem i tarczkę zjawiają się nieraz pod spojowką



Rys. 17,
Powiększone grudki jaglicze na tarczkach obu powiek,

Biblioteka AKADEMIA MEDYCZNA

gałki. Masy te są chrząstkowate, mało unaczynione, kruche. Znaczna ilość mas szklistych, znajdujących się w załamkach i ponad tarczkami zwęża nieraz i zaciska szparę powiekową i mechanicznie przeszkadza widzeniu.

Okres blizn pojagliczych Dłużej, nieraz całe dziesiątki lat trwająca jaglica po rozpadzie grudek doprowadza do rozległego i głębokiego zbliznowacenia załamków i tarczek powiekowych. Z początku powstają blizny pod postacią białych jedwabistych pasemek wśród kępek aksamitowato-czerwonej nacieczonej tkanki spojówki. Powoli i kępki te giną, a miejsce tarczki i załamka zajmuje tkanka bliznowata, gładka i mało unaczyniona. Nabłonek tej zwyrodniałej spojówki jest ścieńczony i skłonny do zrogowacenia. Wśród komórek nabłonka rzadko spotykamy komórki kubkowe. Pozatem, dzięki zarośnięciu ujścia i dzięki zmianom wstecznym w gruczołach łzowych, łzawienie w tym okresie choroby jest znacznie mniejsze i zaznacza się skłonność do zeschnięcia spojówki. Zbliznowacenie powoduje skrzywienie i wgięcie tarczki nieckowate, za którem idzie zaokrąglenie wewnętrznej krawędzi i podwinięcie rzęs (*entropion*). Rzęsy zwrócone w kierunku oka trą spojówkę gałki ocznej i powodują częste owrzodzenia rogówki. Prócz tego, długie cierpienie worka spojówki, utrata znacznej ilości komórek plazmatycznych, zniszczenie nabłonka i gruczołów spojówki, upośledzenie czynności gruczołów łzowych, a czasem i podwinięcie rzęs, są obok dalej drążącego procesu chorobowego powodem schorzenia, dotyczącego zwykle górnej połowy rogówki — t. zw. łuszczki jaglicznej (*pannus trachomatosus*).

Łuszczka jaglicza uwydatnia się przedewszystkiem więcej lub mniej znacznem zamgleniem i obrzękiem rogówki. W oświetleniu ogniskowem z powiększeniem lupą zobaczymy przedewszystkiem pewną nierówność i zmatowienie powierzchni górnej połowy rogówki oraz liczne naczynia krwionośne, idące od obrzmiałego i przekrwionego rąbka rogówki. Naczynia od spojówki biegną prostopadle w dół, lub nieco skośnie. Rozgałęziając się i przeplatając tworzą one nieraz mięsowato wyglądającą masę łuszczki mięsistej (*pannus crassus*). Często łuszczka jest cienka, stosunkowo mało widoczna, naciek w rogówce lekko się tylko wypukla ponad poziom powierzchni i unaczynienie jest subtelne (*pannus tenuis*). Nacieki jaglicze w łuszczce dotyczą zwykle głębszych warstw rogówki i w następstwie po ich rozpadzie nastąpić może ścieńczenie częściowe wydęcie rogówki (*keratectasia*).

Właściwie łuszczkę jaglicą wywołują nietylko czynniki mechaniczne, ile właściwe czynniki chorobowe — nacieki jaglicze. Upośledzenie odżywiania rogówki na skutek zbliznowacenia spojówek raczej jest powodem skłonności rogówki do owrzodzeń.

Zbliznowacenie całkowite worka spojówki. Zbliznowacenie spojówki często postępuje dalej i powoduje całkowite zrośnięcie załamków i zrost powiek z gałką oczną (*symblepharon*). W tym okresie choroby uwydatnia się często zrogowacenie i zsychanie nabłonka — t. zw. zeschnięcie i zeskórnienie spojówki (*xerosis superficialis* et *xerosis parenchymatosa conjunctivae*). W tych przypadkach oko ma wzrok upośledzony do poczucia światła.

Przebieg jaglicy, jak widzimy z powyższego opisu, jest bardzo powolny trwa ona dziesiątki lat i typowe, zapuszczone postaci spotkamy na głuchej prowincji u ludzi, którzy nie leczyli się nigdy, albo leczyli niedostatecznie.

Wczesne okresy jaglicy — nieżytowy i początki grudkowego spotykamy zwykle u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym i rzadziej u osób młodych do lat 20. W wieku około 15 lat spotykamy już około $^1/_3$ przypadków jaglicy zadawnionej w okresie brodawkowatym i bliznowatvm. W wieku lat 20 już około połowy przypadków przypada na jaglicę zadawnioną W wieku lat 40 świeże postaci jaglicy należą do wyjątku. U chorych 25—40 letnich często już spotkamy blizny pojaglicze, podwinięcie rzęs i łuszczkę jaglicą.

Zresztą, w cięższych przypadkach jaglicy zbliznowacenie spojówek spotykamy i wcześniej, i łuszczka zdarzyć się może i u dzieci 9—10 letnich.

Patogeneza jaglicy. Zarazek jaglicy dotąd nie jest znany. Badanie wydzieliny spojówek u osobników jagliczych np. *Kapuścińskiego* (1921) na 55 przypadków w 54 wykazały w spojówce obecność gronkowców, w 41 przyp. prątków zeschnięcia w 1 przyp. prątków Kocha-Weeksa, w 2 przyp. dwuprątków *Moraxa*

Axenfelda, w 16 przypadkach pneumoków, w 1 — *microc. catarrhalis*, *bac. Friedländeri* i prątek sienny. Badania nasze (1928) w 95 przypadkach wykazały w największej ilości przypadków gronkowce i prątki zeschnięcia, rzadziej paciorkowce i czworniaczki. Pomimo poszukiwań nie udało nam się znaleźć, opisanego ostatnio przez *Noguchi'ego* (1927) jakoby prątka jaglicy. Prócz tego, niektórzy autorowie wskazują na obecność w jaglicy w komórkach nabłonka spojówki wtrętów (*inclusiones*) — tworów, opisanych w 1907 roku przez *Prowazka*. Są to drobniutkie ziarenka ułożone w zarodzi komórki koło jądra na podobieństwo czapeczki. Zresztą, obecnie większość badaczów np. *Kapuściński* (1921), *Szafnicki* (1928), *Reis* (1913) i inni skłaniają się do tego zdania, że ciałka *Prowazka* nie są wcale typowe dla jaglicy. *Reis* (1913) uważa je za narządy prawidłowe pierwoszcza komórki nabłonkowej.

W każdymbądź razie jaglica jest cierpieniem zakaźnem, szczególnie dla dzieci, i u otaczających chorego, najczęściej jego najbliższej rodziny, prawie zawsze spotkamy kogoś cierpiącego na jaglicę. Tak, w wielu przypadkach matki, lub piastunki z zadawnioną jaglicą, lub bliznami pojagliczemi, a więc według obecnych pojęć z chorobą niezaraźliwą, przynoszą nam często niemowlę z typową świeżą jaglicą. Słowem, szereg faktów przemawia za tem, że jaglica jest zaraźliwa—jednak, nie wszyscy zarażają się jaglicą — wśród chorych na jaglicę dzieci przeważają zołzowaci i limfatycy, jak wykazały badania szeregu autorów, i ostatnie moje (1928). Mianowicie u dużej ilości chorych na jaglicę spotkamy zmiany przerostowe w śluzówce nosa, nosogardzieli i powiększenie gruczołów chłonnych. Pozatem, większość chorych na jaglicę - to ludzie źle odżywiani, mieszkający w brudzie, wilgoci, mający gruźlicę w rodzinie i często sami żywo reagujący na szczepienia *Pirqueta* – słowem, ostrożnie mówiąc, do zachorowania na jaglicę potrzebne jest pewne przygotowanie ustroju, w okresie żywej czynności pierścienia chłonnego *Waldeyera*, tzw. limfatyczności lub i zołzowatości. Przypadkowe miejscowe zakażenie i urazy spojówki wpływają często na pogorszenie stanu spojówek w jaglicy.

Leczenie jaglicy trwać musi miesiące, a często i lata całe. W okresie ropienia wzgl. nieżytowym pomaga leczenie 1 - 2% rozczynem lapisu z przemywaniem, raz dziennie i wodami ocznemi, kilka razy dziennie. Grudki jaglicze wyciskamy raz albo i kilkakrotnie. Wyciski możemy zrobić paznokciami albo i kleszczykami np. *Dohnberga*, lub okienkowatemi *Prince'a*.

W okresie brodawkowatym, lub zaczynających się blizn, nacieramy odwróconą spojówkę ogładzonym kryształem siarczanu miedzi (raz dziennie). Kiedy blizny są już gładsze, a wydzielina niewielka to wystarcza tu już raz na dzień nacieranie spojówki kryształem ałunu oraz mięsienie kulkowe, według *Likiernika*. Mięsienie robimy pałeczką szklaną zakończoną kulką. Pałeczkę zmaczamy w jakiejkolwiek maści (np. 3% kseroformowej) i wprowadzamy ją pod powiekę, górną lub dolną, aż do załamka i odciągając pałeczkę ku przodowi, a naciskając powiekę opuszkami palców ugniatamy kulką spojówkę. Z początku mięsienie to jest dość bolesne i powoduje lekkie krwawienie. Wkrótce jednak potem chory przywyka i albo on sam, albo ktokolwiek z jego otoczenia wykonywa zabieg. Pałeczkę przesuwamy 10—15 razy; mięsienie robimy raz na dzień. Zabieg ułatwia gojenie spojówek, wygładza je i przeszkadza zbytniemu kurczeniu się bliznowatemu worka spojówki.

W zaczynającej się łuszczce mięsienie daje często znakomitą poprawę. Mięsieniem nie niszczymy spojówki. ułatwiamy tylko wydalanie mas zniszczonych i zwiększamy ukrwienie i odżywianie pozostałych tkanek. Do usunięcia podwinięcia rzęs jest już konieczny zabieg operacyjny. Najbardziej celowy zabieg — to wszczepienie płatka spojówki z ust według sposobu opisanego przez *Mahera* (1897) z wprowadzonym przezemnie szwem okrętką, zamiast węzełkowatego szwu, który może zadrażnić rogówkę.

Leczenie łuszczki jagliczej cięższej jest zwykle niewdzięczne — czasem pomoże tu przeszczepienie płata kwadratowego śluzówki z ust, tak by płat ten pokrywał wewnętrzną część powieki górnej przylegającą do rogówki — jest to sposób zalecony od 1890 r. przez *Noiszewskiego*. Czasem bywa też pożyteczna w tych przypadkach perytomja — zabieg starożytny oddzielenia spojówki od rąbka z góry. Wyjątkowo ma być pomocne wszczepienie w okolicę rąbka od góry kawałka ślu-

zówki z ust, zabieg zalecony przez *Deniga* (1914)—śluzówka ta na podobieństwo gąbki, ma wciągać krew i zmniejszać unaczynienie rogówki — czasem, jednak zabieg ten raczej szkodzi i szpeci, niż pomaga. Chorzy na jaglicę powinni unikać kurzu, wzgl. nosić szkła ochronne (z siateczką). Wzmacniające leczenie, tran, *syrupus ferri jodati* doustnie, maść żółta miejscowo, a czasem i tuberkulinoterapja dać mogą poprawę i w bardzo uporczywych przypadkach. Prócz tego nie należy zapominać i o leczeniu nosa i nosogardzieli, tam gdzie badanie ustali znaczne zmiany chorobowe.

Grudkowy nieżyt spojówek (*conjunctivitis follicularis*). Zolzy, niepoprawione wady wzroku, ciała obce worka spojówkowego, czasem, stosowanie atropiny — powodują zjawienie się głównie w załamku dolnym szeregu paciorkowatych, półprzejrzystych, kulistych grudek. Barwa ich nie różni się zwykle od barwy pozostałej spojówki, wielkość ich nie przekracza wielkości łebka od szpilki. Czasem chorzy odczuwają lekki światłowstręt i uczucie ciała obcego.

Grudkowy nieżyt spojówek jest bardzo przewlekły, ma jednak przebieg łagodny i często stopniowo ginie. taksamo niespodziewanie, jak się zjawił.

Leczenie. Przedewszystkiem poprawić należy szkłami istniejące wady wzroku, usunąć ciało obce (najczęściej z rowka tarczkowego górnego, czasem z załamka górnego. wyjątkowo z poza fałdu półksiężycowatego); przerwać też należy zakraplanie atropiny, lub innego leku, który mógł spowodować cierpienie.

W leczeniu pomocne jest nacieranie kryształem ałunu, zakraplanie ½% kropli cynkowych. Czasem kilkakrotne potarcie spojówek kryształem siarczanu miedzi.

Nieżyt wiosenny. (*catarrhus vernalis*). Choroba, poraz pierwszy opisana w 1872 r. przez *Saemischa* dotyczy osób młodych do lat 20, przeważnie chłopców. Tak według *Trantasa* (1907) na 68 przypadków było 48 mężczyzn. Schorzenie dotyczy zwykle obu oczu.

Chorzy najczęściej wiosną i latem odczuwają swędzenie w oczach, kłucie i światłowstręt.

Badanie podmiotowe wykaże nam szereg wyrośli płaskich, przypominających jezdnię brukowaną, twardych na powierzchni tarczki — spojówka jest przytem mało przekrwiona, i ma raczej odcień sinawy, lśniący — wskutek opalizującej szklistej tkanki łącznej, z której po większej części składają się brodawki. Prócz tego w niektórych przypadkach, chorzy mają wokoło rąbka rogówki białawy wałek słabo unaczyniony i mający odcień opalowy, czasem zlekka różowy i uwypuklający się więcej po stronach skroniowej i nosowej rąbka. Jest to t. zw. blady pryszczyk (phlyctaena pallida). Twór ten podobnie jak i wyrośle na tarczce, nigdy nie podlega owrzodzeniu i o ile cierpienie nie jest leczone żrącemi środkami, to przekrwienie i objawy ogólne są stosunkowo nieznaczne, wydzieliny niema, albo jeśli jest, to skąpa i zawiera głównie ciałka eozynochłonne.

Badania anatomo - patologiczne wykazały, że wyrośle składają się z pasem szklistej tkanki łącznej pokrytych nieco zgrubiałą warstwę nabłonka spojówki; wśród tkanki łącznej obok limfocytów spotyka się znaczną ilość ciałek eozynochłonnych. Często istnieją u podobnych chorych wyrośle adenoidalne i przerost śluzówek nosa. Choroba wykazuje nasilenia wiosną i latem i ciągnie się zwykle 4—6 lat, czasem dłużej, potem najczęściej sama przechodzi bez śladu.

W rozpoznaniu różnicowem uwzględnić musimy przedewszystkiem jaglicę, a potem gruźlicę spojówki Od obu tych cierpień przedewszystkiem różni się typową sezonowością — obostrzeniem wiosną i latem, dalej brakiem wydzieliny — brakiem ognisk z rozpadem, jak to ma miejsce w gruźlicy — i twardością płaskich wyrośli w przeciwieństwie do kulistych miękkich grudek jaglicznych. Ostatnio, niektórzy autorowie jak *De Rosa, H. Langrange* (1928) podkreślają braki w wydzielinie wewnętrznej, szczególnie gruczołów płciowych.

Leczenie — polega przedewszystkiem na unikaniu wszelkich środków drażniących i przyżegających spojówki—dalej na zalecaniu szkieł ochronnych (*Fieuzala*), na zakraplaniu do worka spojówki rozczynu adrenaliny 1 : 1000. Niektórzy autorowie jak *Brinton, Likiernik* (1921) zalecają, jako leczenie, usunięcie przerosłych migdałków. *H. Lagrange* (1928) chwali leczenie opoterapeutyczne. *Abramowicz* (1926), *De Rosa* (1927) zalecają leczenie wstrzykiwaniami śródmięśniowemi afenilu.

Nieżyt kątowy spojówek (*conjunctivitis angularis*). Ta postać przewlekłego nieżytu spojówek zaczyna się stopniowo od przekrwienia spojówek dolnego załamka i rozchodzi do obu kątów szpary powiekowej, przechodząc na skórę okolicy krawędzi powiekowej. Spojówka gałki mało przekrwiona. Skóra w kątach szpary powiekowej jest zmacerowana, czerwona. Zwykle cierpienie dotyczy obojga oczu i jest bardzo uporczywe. Powieki swędzą. Ból i światłowstręt są nieznaczne. Cierpienie nie ma skłonności do samowyleczenia. Choroba spowodowana jest przez prątek, opisany w 1896 r przez *Moraxa*. W skąpej wydzielinie spojówki z białemi niteczkami znajdziemy prątki te pod postacią łańcuszków po 2 — 4 zwykle poza komórkami, a czasem i wśród komórek nabłonka obok włóknika i białych ciałek krwi.

Prątek *Morax'a* jest dużym drobnoustrojem, długości 2—3 μ, grubości 1—2,5 μ szybko odbarwia się sposobem Grama — zwykłemi barwikami barwi się łatwo, nie ma otoczki. Na podłożu surowiczem *Löfflera* w ciągu 2 dni wygląda typowo, potem się rozpada i daje postaci inwolucyjne.

Nieżyt dwuprątkowy spotyka się często w jaglicy, w okresie blizn, rzadko natomiast, powoduje powikłania zapalenia pryszczykowego i nieżytu ostrego (*Reis*).

Czasem spotykano owrzodzenia rogówki wywołane dwuprątkiem (*B. G Repner*). Najwięcej dwuprątków spotykamy najczęściej w powierzchownych warstwach zmacerowanej skóry powiek *Reis* (1910) w 37 przyp. na 65 w chorobie wyosobnił ten prątek z śluzówki nosa.

Leczenie polega na kilkakrotnem dziennie zakraplaniu do worka spojówkowego ½ — 2% rozczynu siarczanu cynku oraz na nacierania skóry powiek maścią cynkowoichtjolową (Zinci Sulph 0,1, Ichtyoli 1,0 vaselini albi amer. 10,0).

Reis (1910) zaleca ochronną surowicę dwuprątkową bakterjolityczną, którą radzi stosować, jako krople, do worka chorej spojówki.

Wśród schorzeń spojówek i krawędzi powiek, tak częstych u dzieci w wieku szkolnym (do 21% przypadków schorzeń narządu wzroku u dzieci, obok nieżytu kątowego spotykamy często uporczywe schorzenie krawędzi powiekowych połączone z objawami nieżytowemi spojówek—są to t. zw. schorzenia krawędzi powiekowych łojotokowe (blepharitis sicca seborrhoica) oraz zapalenia wrzodziejące (blepharitis ulcerosa).

Zapalenia krawędzi powiekowej (blepharitis) to schorzenia połączone z zgrubieniem, przewlekłem przekrwieniem, zwiększoną wydzieliną, a nieraz i nawrotami zropienia gruczołów łojowych wolnego brzegu powiek. Zdarzają się te schorzenia w wadach wzroku (często w niezborności), oraz u osobników zołzowatych — których schorzenia te są szczególnie uporczywe. Niektórzy autorowie, jak *Cuenod* (1917) uważają, że przekrwienie krawędzi powiekowych powoduje podrażnienie i zwiększenie wydzieliny gruczołów łojowych (Molla) i tarczkowych (Meiboma) i w następstwie tego łojotoku, jako powikłanie następuje zakażenie tych gruczołów i skóry krawędzi powiekowej gronkowcami (staphylococci)

Stąd, w początkowych okresach przekrwienie, łojotok, a w późniejszych schorzenie głębsze, ogarniające gruczoły i cebulki włosowe rzęs z następczem schorzeniem, kruchością, łamliwością i wypadaniem rzęs, owrzodzenia podstawy rzęs, pokrytej strupami i zaschłą wydzieliną ropną. W następstwie często krawędzi powiek łysieją — powieki stają się kaprawe (madarosis) — worek spojówkowy jest w tych przypadkach schorzały niejako wtórnie, też najczęściej naskutek zakażenia gronkowcami.

W rozpoznaniu, obok dokładnych oględzin, które pomogą nam nieraz odróżnić przewlekłe zapalenie krawędzi powiekowej od gnid rzęs spotykanych zresztą częściej u dzieci w wieku przedszkolnym, uwzględnić musimy wady wzroku i zołzowatość osobnika.

Leczenie podzielimy na miejscowe i ogólne. Do miejscowego zaliczymy też zbadanie dokładne oczu i w razie potrzeby poprawę wad wzroku szkłami; prócz tego w wielu przypadkach mogą być pomocne oczyszczanie krawędzi od skorupek oraz nacieranie podstawy rzęs rozczynami ściągającemi np. 5% lapisem, lub 2% ac. picronitrici. W przypadkach zapaleń gruczołków krawędzi powiekowej nieraz może być pomocną epilacja rzęs, oraz następcze jodynowanie krawędzi powiekowej.

Ogólne leczenie polega na wzmacnianiu ustroju zalecaniem witamin, np. tranu,

wzgl. stosowaniem syrupi ferri jodati, czasem leczenie wakcynami, drożdżami i t. p.

Zapalenie miąższowe rogówki (keratitis parenchymatosa vel interstitialis).

Częstość schorzenia. Hutchinson już zauważył, że na zapalenie miąższowe rogówki cierpią więcej kobiety—na 59 kobiet, według H. przypadało 41 mężczyzn. Ostatnia praca ze szpitala *Moorfields, Spicera* (1924) oparta na większej liczbie przypadków, bo 700 chorych—daje mniejwięcej ten sam stosunek: na 61 kobiet przypada 39 mężczyzn Wśród dzieci szkolnych u nas, jak zaznaczyliśmy, zdarzało się w 8,9% przyp.

Wiek. Najmłodszy z chorych H. miał 8 miesięcy, najstarszy 40 lat. Najczęściej cierpienie zdarza się między 5—10 rokiem.

Współobjawy. Obok zmian w oku, które opiszemy poniżej, już H. opisał jako współobjawy — typowe zęby; przednie sieczne i kły są rzadko rozstawione, o kruchej powierzchni siecznej, odłupującej się pośrodku emalji. Niektóre zęby mają zarysy dłuta. Kły mają znowu zarysy kuliste z łatwo łupiącą się emalją na środku powierzchni siecznej, czasem znów koronki zębów przypominają wyglądem ćwieki, to znów są niejednakowej wielkości. Na 401 przypadków H. znalazł typowe zęby w 235 przypadkach.

Dalej, w 85 proc. przypadków, twarz chorych była blada, naokoło ust blizny, czasem nos siodłowaty o szerokiej podstawie. Gruczoły chłonne powiększone i niebolesne.

Głuchota zdarza się według H, w 8% przypadków.

Zmiany w stawach kolanowych, zgrubienia swoiste pozapalne kości były już notowane przez H. Zmiany te stwierdzane często i przez innych autorów, iak *Panasa* i *Cantonneta* zniewoliły niektórych autorów do poszukiwań w przypadkach zapalenia rogówki miąższowego nie trójobjawu *Hutchinsona* (triada), ale czwórobjawu H. (tetrada) t. j. zmiany w stawach i czasem kościach obok zmian w rogówce, uchu i zębach.

W każdymbądź razie, może ważniejszy i częstszy objaw, niż typowe zęby, to owa bladość chorych i blizny wokoło ust, nosa. Bladość ta i blizny wskażą nam na zakażenie ogólne chorego jadem kiłowym, i ułatwią nam zapamiętanie, że obok wcierek szaruchy i ogólnego leczenia chorego należy go też dobrze odżywiać.

Zmiany w oczach w zapaleniu miąższowem rogówki. Choroba zaczyna się najczęściej łzawieniem, światłowstrętem i objawami zadrażnienia, przekrwienia okołorogówkowego, które nieraz na kilka tygodni, a nieraz i miesięcy, wyprzedzają właściwe zmiany w rogówce. Dalej, wśród objawów obrzęku, nieraz wydatnych na powierzchni rogówki, która ma wygląd jakby nachuchanej i nieco zamatowionej skutkiem obrzęku nabłonka—jako zmiany główne, stwierdzimy nacieki w miąższu, i to w warstwach głębokich, przylegających do błony Descemeta. Mianowicie badanie lampą szczelinową i mikroskopem rogówkowym daje już we wczesnych okresach zapalenia miąższowego rogówki sfałdowania błony Descemeta w postaci rys podwójnych, najczęściej o przebiegu falistym, nierówności na śródbłonku rogówki, a nieraz i osady barwikowe na tylnej powierzchni rogówki, jako wyraz schorzenia tęczówki. Smuga światła lampy szczelinowej wycina płat różnej grubości i zamiast prawidłowego wyglądu granitowego, wycinek oświetlony ma szereg zmętnień białych, najczęściej, blisko tylnej powierzchni rogówki. W świetle odbitem od przedniej powierzchni widać dość często w tych przypadkach szereg pęcherzyków—wskutek obrzęku nabłonka.

Makroskopowo oględziny wykazują obok nastrzyku okołorogówkowego szereg watowatych zmętnień w głębi. W miarę zwiększania się, zmętnienia zlewają się i tworzą białe porcelanowe plamy najczęściej w środku, a czasem i na obwodzie rogówki; źrenica wązka, z trudem rozszerza się pod wpływem atropiny. Badanie w oświetleniu bocznem czasem wykazuje brunatno szarawe osady, ułożone w trójkąt podstawą do dolnego brzegu rogówki (opisane poraz pierwszy przez *Wardropa* 1806). Potem rogówka cała mętnieje i ma wygląd szkła matowego. Chory odróżnia tylko światło i tęczówki nie widać. Po upływie tygodnia, czasem kilku tygodni, rogówka zaczyna się unaczyniać wokoło i obok plam białych, najczęściej blizko rąbka, znajdziemy już plamy czerwone, mięsowate, o barwie mięsa jesiotra („salmon patches" autorów angielskich). Plamy te wywoływa gęste unaczynienie miąższu rogówki. Unaczynienie bywa tu różnego typu, od powierzchownego i niewielkiego,

do gęstego głębokiego, uwarstwowionego. Unaczynienie to ułatwia wchłanianie nacieków wewnątrzrogówkowych i dlatego, w następstwie, w miejscach, gdzie to unaczynienie było gęstsze, na obwodzie rogówka przejaśnia się więcej, w środku zmętnienia pozostają najdłużej. Unaczynienie w późniejszych okresach się zmniejsza, ale nawet w przypadkach, kiedy rogówka przejaśniła się prawie zupełnie, badanie biomikroskowe wykaże liczne naczynia w miąższu rogówki. *Spicer* u 79-letniego starca widział naczynia po przebytem w wieku młodym zapaleniu śródmiąższowem; naczynia takie jednak są już słabo wypełnione, w niektórych kolumienka krwi się przerywa, lub znacznie ścieńcza, ściany natomiast grubieją i naczynia mają wygląd powrózkowatych pasem falistych o podziale drzewkowatym, przebiegających w różnych kierunkach i na różnej głębokości rogówki.

O ile jest widoczna tęczówka, to nieraz dostrzeżemy, prócz osadów na tylnej powierzchni rogówki, o których już mówiliśmy i wysięki, a raczej, naloty łojowate na powierzchni tęczówki, zatarcie rysunku tęczówki i zrosty tylne t. j. tęczówki z przednią torebką soczewki.

Czasem na powierzchni rogówki możemy też stwierdzić niewielkie braki. Po zakropieniu 1% rozczynu fluoresceiny do worka spojówki braki te na powierzchni zabarwią się na cytrynowo. Głębsze ogniska i osady na tylnej powierzchni po pewnym czasie zabarwią się na trawiasto zielono.

Powikłania oczne. Według *Spicera* w 28% przypadków miąższowego mamy powikłania zapalne ze strony tęczówki, w 48% przypadków ze strony ciałka rzęskowego, a w 29% przypadków ze strony naczyniówki. Udział tęczówki wyraża się, jak zaznaczyliśmy wyżej, skłonnością źrenicy do zrostów, zatarciem rysunku tęczówki, osadami na błonie Descemeta, przyczem oddzielne kupki osadów czasem są połączone ze sobą cieniutkiemi niteczkami włóknika. Zapalne zmiany w ciałku rzęskowem uwydatniają się przekrwieniem rzęskowem i bólami. W naczyniówce możemy spotkać plamy zanikowe o wyglądzie kraterowatym, zmiany w naczyniach. Do zmian tych czasem dołączą się schorzenia naczyń siatkówki i zanik nerwu wzrokowego. W innych przypadkach obraz dna oka przypomni nam barwikowe zwyrodnienie siatkówki, czasem znowu, w następstwie rozlanego zapalenia naczyniówki będą męty w ciałku szklistem. Choroby te opiszemy dokładniej poniżej.

Rozpoznanie zapalenia miąższowego rogówki pochodzenia kiłowego ustalamy i zapomocą opisanych wyżej objawów i za pomocą zbadania krwi na odczyn *Wassermanna*. Jak przekonaliśmy się z obserwowanych przez nas przypadków, zazwyczaj odczyn ten wypadnie zdecydowanie dodatnio i tem wskaże nam na kiłę czynną w ustroju.

W następstwie kiły nabytej zdarza się zaledwie 3,3% przypadków zapalenia miąższowego i występuje ono wtedy czasem nawet w kilka miesięcy po wrzodzie pierwotnym, jak to opisują *Lang, Lawford i Collins*.

Następstwa. Po dłuższem, od kilku miesięcy do kilku lat, leczeniu, rogówka zazwyczaj się przejaśnia i wzrok powraca pełny w 7% przypadków, do połowy ostrości w 21% przyp., do $^1/_5$ w 42% przypadków, do $^1/_{10}$ w 22% przyp. i do liczenia palców w 6% przypadków (*Igersheimer*).

W pewnej ilości przypadków w następstwie ścieńczenia i zwiotczenia rogówki wystąpić może krótkowzroczność.

W niektórych przypadkach dłużej trwające, wzgl. stałe upośledzenie wzroku, wskutek ker. parenchymatosa jest połączone z oczopląsem (Ny), o którym już mówiliśmy. Większa część przypadków zapalenia miąższowego rogówki, jak widzimy i z naszych przypadków, spowodowana jest kiłą czynną wrodzoną (90 proc.), lub nabytą (3,3 proc.). Wśród spostrzeganych ostatnio przez nas 18 przypadków, mieliśmy 7 mężczyzn i 11 kobiet. Najmłodsza nasza chora miała 6 lat (chociaż wogóle przypadki w wieku wcześniejszym nie są znowu tak rzadkie), najstarsza chora lat 35 — ponad 22 lata mieliśmy 2 chore. Z pośród 18 przypadków w 14 była ustalona kiła, z tych w 12 przypadkach odczyn Wassermanna był silnie dodatni. W jednym naszym przypadku ujemny odczyn Wassermanna jednostronnego cierpienia, dodatni odczyn *Pirquета*, zmiany na powierzchni rogówki, powolny przebieg choroby, nietypowe unaczynienie, dodatni wynik leczenia tuberkuliną wskazały nam, że mamy tu raczej do czynienia z głębokiem zapaleniem rogówki pochodzenia gruźliczego.

Miąższowe zapalenie rogówki pochodzenia kiłowego występuje najczęściej obu-

stronnie, aczkolwiek zwykle o kilka tygodni później na drugim oku. Zwykle jedno oko jest więcej porażone od drugiego. Czasem, jako wyraz kiły, w ustroju, mamy jednocześnie objaw *Argyll-Robertsona* (brak odruchu źrenicy na światło przy zachowanym odruchu na nastawność), nierówność źrenic, ataksję i t. p.

Nawroty są możliwe, przyczem następne napady zapalenia rogówki są zwykle słabsze. Uraz ciała obce rogówki, oparzenia i t. d. mogą być jednym z czynników sprowadzających napad zapalenia miąższowego rogówki. (*Clausen, Harrisson-Butler* 1922 r.). Być może, że uraz jest przyczyną osaczenia rogówki przez krętki blade względnie ich jady, — czem tłómaczą obecnie autorowie powstawanie zapalenia miąższowego rogówki.

Patologja i anatomja patologiczna zapalenia miąższowego rogówki opracowana była przez *Fuchsa, Mayera, Hippela, Listera, Collinsa, Reisa* i innych. Na nie licznie zebranych dotąd preparatach anatomo patologicznych stwierdzono w miąższu rogówki bliżej tylnej powierzchni liczne nacieki limfocytarne drobnokomórkowe wśród warstw rogówki; w niektórych miejscach, widać wśród nacieków rozpad, w innych unaczynienie i bujanie zastępcze tkanki łącznej. Badania ostatnie lampą szczelinową i mikroskopem rogówkowym dały nowe fakty patogenetyczne i anatomiczne, podkreśliły rolę zapalenia tęczówki, schorzenia błony *Descemeta*, przetrwanie unaczynienia rogówki po przebytej chorobie i t. d. O miąższowem zapaleniu rogówki z Polaków pisali: *Wurst, Rydel* (1875), *Piaszczyński, Szadek* (1884) i inni).

Leczenie. Jak przekonaliśmy się i z naszych przypadków, leczenie kiłowego miąższowego zapalenia winno być przedewszystkiem swoiste, a z tego najlepszą jest może rtęć w postaci wcierek szaruchy, czasem z jednoczesnem zażywaniem soli jodowych doustnie Higjena podczas stosowania preparatów rtęciowych rozumie się sama przez się.

Szereg autorów, szczególnie niemieckich, chwali wczas stosowane leczenie Salwarsanem [1]) — jednak, jeśli przyjmiemy pod uwagę, że zachorzenie kiłowe oczu często jest wyrazem skłonności do kiły układu nerwowego, to może ostrożniej byłoby te przypadki leczyć przedewszystkiem dłuższy czas tylko rtęcią i jodem względnie spróbować przetworów bizmutu, które, jak dotąd sądzić można, nie są tak szkodliwe dla układu nerwowego.

Lecząc chorego, pamiętać powinniśmy o jego ogólnej słabości, wyczerpaniu i koniecznie zwracać uwagę na środki wzmacniające i dobre odżywianie. Czasem bardzo pomaga dodatkowo leczenie tuberkuliną.

Miejscowo — dopóki mamy zadrażnienie i światłowstręt dajemy 1 proc. atropinę i gorące okłady, potem, kiedy objawy zadrażnienia ze strony oka miną, stosujemy mięsienie rogówki 1 — 2% maścią żółtą. (Ung. hydrargyri praecip. flavi) i dioninę w kroplach w rozczynie 1, 2 — 10 proc.

Przypadki głębokiego gruźliczego zapalenia leczymy tuberkuliną — najlepiej powtarzanemi co 7 — 10 dni szczepieniami sposobem *Pirqueta*, leczeniem wzmacniającem i miejscowo atropiną, dioniną i t. p.

Wspomnę tu jeszcze o punkcikowatem głębokiem zapaleniu rogówki nieraz dającem dobre wyniki po leczeniu swoistem.

Pryszczykowe zapalenie spojówki (i rogówki). (*Conjunctivitis v. keratoconjunctivitis phlyctaenulosa v. scrophulosa*). Chorują zwykle dzieci z rodzin biednych 2—5 letnie, czasem starsze, najczęściej krzykliwe, z wyciekiem z nosa, z światłowstrętem; często rodzice ich mają gruźlicę — rodzina cała mieszka w wilgotnem, ciemnem mieszkaniu. Dziecko zazwyczaj jest blade, ma twarz nalaną, nos i wargi obrzękłe i otoczone nadżerkami i wykwitem, gruczoły szyi powiększone. Stwierdzamy nadto często wysokie podniebienie. Dziecko oddycha przeważnie ustami wskutek adenoidów, często ma ropienie z uszu i zepsute zęby, wskutek kruchej zębiny. W razie jednoczesnego schorzenia rogówki występuje wydatny światłowstręt, powieki są kurczowo zaciśnięte. Po rozwarciu szpary powiekowej przedewszystkiem wycieknie znaczna ilość łez, czasem z śluzem i krwią z nadżerek w kącie zewnętrznym szpary powiekowej. Często po rozwarciu powiek chory zwraca oko do góry i dopiero po ostrożnem odciągnięciu powieki górnej w górę zapomocą rozwórki *Desmarresa* z trudem będziemy mogli obejrzeć rogówkę i przedni odcinek oka.

[1]) Zresztą, jak zaznaczają Fromaget, Seguini i inni na podstawie swych obserwacji, Salwarsan w tych przypadkach wcale nie pomaga.

Choroba dotyczy zwykle spojówki gałkowej, która jest blisko rąbka przekrwiona i wykazuje albo szereg drobnych nacieków wokoło rąbka, albo jeden lub kilka pryszczyków wielkości ziarna prosa, a czasem i więcej. Niekiedy przyszczyki zajmują powierzchnię rogówki. Po 1 — 3 dniach pryszczyk opróżnia się spłaszcza i stopniowo wchłania. Zresztą, na rogówce, nieraz pryszczyk zagłębia się, rozszerza, przebija rogówkę i powoduje znaczne zmętnienie — zbliznowacenie rogówki, wypadnięcie tęczówki, garbiak przedni. Wzrok wtedy ginie i wskutek zmętnienia rogówki połączonego z zarośnięciem źrenicy i skutkiem zniszczenia błon wewnętrznych oka w następstwie wzmożonego napięcia — jaskry wtórnej. Choroba daje częste nawroty i nawet w razie powierzchownych pryszczyków rogówki pozostaje szereg plamek oraz nierówność powierzchni rogówki (*astigmatismus irregularis*) — wzrok jest znacznie upośledzony.

Jak zgodnie zaznacza szereg autorów *Rosenbauch, Bednarski, Wessely, Weekers* i in. zapalenie pryszczykowe jest wyrazem uczulenia ustroju względem gruźlicy— czyli typem osłabionej gruźlicy gruczołowej — zołzów.

Stąd, chorzy na zołzy wogóle, a na pryszczykowe zapalenie spojówek w szczególności nie zapadają potem prawie nigdy na gruźlicę płuc.

Leczenie zapalenia pryszczykowego miejscowe polega na zakładaniu do worka spojówki maści żółtej rtęciowej 1 — 2%, lub xeroformowej 3% raz dziennie, wieczorem: w razie zapalenia rogówki pożyteczne jest i zakraplanie atropiny 1% — 1 — 2 razy dziennie. W uporczywych przypadkach pomaga czasem zakraplanie od czasu do czasu (ogółem 3—4 razy) $^1/_2$ — 1% rozczynu lapisu lub przemywania. Prócz tego konieczne jest leczenie ogólne: doustnie *Syrupus ferri jodati* od 10 kropli — do łyżeczki od kawy, 3 razy dziennie na mleku, tran rybi, leczenie witaminami - jajka surowe, sałaty i t. p. Zimą tran rybi. Prócz tego, obok dobrego odżywiania, pożyteczny jest pobyt nad morzem, w Rabce, w Ciechocinku i t. p.

Zaćma wieku dziecięcego występuje najczęściej, jako zaćma warstwowata, (cataracta zonularis) i wśród naszych chorych dzieci szkolnych zdarzała się w 0,7% przypadków.

Zaćma ta najczęściej występuje obustronnie. Już w oświetleniu bocznem, zwłaszcza po rozszerzeniu zrenicy euftalminą stwierdzimy, że zmętnienie soczewki składa się z paru warstw białawo szarych — mianowicie środkowej około jądra soczewki oraz promienistych, korowych zmętnień więcej powierzchownych. Części zmętnione oddzielone są od siebie przejrzystą, ciemną, warstwą różnej szerokości. Podczas prześwietlania wziernikiem po rozszerzeniu źrenicy, zobaczymy najczęściej czarny krążek o średnicy 3 5 mm., otoczony czerwoną obwódką przeświecającego dna oka. Obwódkę tę przecinają zwykle ciemne pasemka zmętnionych mas korowych soczewki.

Zaćma warstwowata zdarza się zwykle u krzywiczych osobników, niewielkiego wzrostu z nogami szablistemi i typowemi zębami.

Nieraz w wywiadzie u takich osobników stwierdzimy napady drgawek w dzieciństwie, które wskazują na przebytą tężyczkę. Zaćma jest stała, upośledzenie wzroku zwykle nie postępuje! Czasem mogą być i zmiany wsteczne zanikowe w siatkówce i naczyniówce — wówczas ani szkła, ani leczenie operacyjne poprawy nie dają.

Leczenie operacyjne zaćmy warstwowatej stosujemy tylko w razie upośledzenia wzroku poniżej 0,1 i to kiedy szkła nie poprawiają wzroku. Jeśli po atropinie wzrok się poprawia, to wskazana, jako operacja, jest irydektomja optyczna. W przeciwnym razie uciekamy się do rozcięcia zaćmy, jeśli osobnik jest młody (i do wydobycia zaćmy jeśli osobnik przekroczył 20 rok życia).

W przypadkach upośledzenia sprawności tarczycy pamiętać należy o leczeniu ogolnem. Czasem tu pożyteczne bywa doustne podawanie soli wapniowych.

Z innych postaci zaćmy spotykanej w wieku szkolnym wspominamy zwykle mało wzrok upośledzające zaćmy torebkowe, oraz rzadko spotykaną zaćmę wrodzoną całkowitą (cataracta adnata totalis), ktora wymaga zwykle wydobycia, wzgl. rozcięcia.

Zapalenie tęczówki (*Iritis*). W wieku dziecięcym, oraz w wieku szkolnym zapalenie tęczówki zdarza się dość rzadko (np. 0,4% przypadków spotkanych przez nas wśród dzieci szkolnych).

Cierpienie to u dzieci jest stosunkowo rzadkie. Wyjątek stanowi tu pourazowe zapalenie tęczówki, zwykle wraz z zapaleniem ciałka rzęskowego i osadami na tylnej powierzchni rogówki tzw. iritis serosa. Zapalenie to jest bardzo uporczywe i nieraz może dać powód do zapalenia podobnego w drugiem oku—będzie to tzw. zapalenie współczulne oka (iridocyclitis sympathica). Toteż na każde zranienie oka w wieku szkolnym — szczególnie w okolicę tęczówki i ciałka rzęskowego patrzeć należy poważnie i chory taki możliwie wcześnie powinien być skierowany do specjalisty—bo często po miesiącu trwania takiego przewlekłego i mało bolesnego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego w jednem oku — podobny uporczywy proces chorobowy na drugiem oku najczęściej doprowadzi do ślepoty.

Oko zranione ślepe i w ciągu paru tygodni nie ulegające poprawie najlepiej wyłuszczyć, by nie dopuścić do ciężkiej choroby drugiego oka.

Prócz tego w wieku szkolnym zdarzać się może zapalenie tęczówki pochodzenia gruźliczego (iritis tuberculosa) oraz zapalenie tęczówki na tle kiły wrodzonej (iritis syphilitica).

Gruźlicze zapalenie tęczówki występuje pod postacią rozsianych na powierzchni tęczówki szarawych drobnych guzków — gruzełków. Często gruzełki te zajmują dolny odcinek tęczówki i dochodzą nieraz wielkości ziarna prosa. W okolicy gruzełków tęczówka jest znacznie przekrwiona i wcześnie dochodzi do silnych zrostów tylnych tęczówki z soczewką. Prócz tego, zawsze są tu liczne osady łojowate na tylnej powierzchni rogówki, Oko często w podobnych przypadkach jest mało przekrwione i prawie niebolesne (*A. Loewenstein,* 1924), co wraz z uporczywością i przewlekłością cierpienia, oraz dodatnim wynikiem odczynu Pirqueta wskazuje nam na etjologję cierpienia. Schorzałe jest przytem zwykle i ciałko rzęskowe — na co wskazują też i osady na rogówce.

Leczenie wzmacniające połączone z leczeniem tuberkulinowem pod postacią powtarzanej co 10 dni reakcji Pirqueta dać może bardzo znaczną poprawę.

Zapalenie kiłowe tęczówki (iritis syphilitica). Jestto zwykle wynik kiły wrodzonej—dotyczy i tęczówki i ciałka rzęskowego. Wystąpić może to cierpienie i jako ostre zapalenie z bólami, światłowstrętem, zniekształceniem, zrostami źrenicy, oraz zmianą barwy i zatarciem rysunku tęczówki. Czasem, atoli zapalenie kiłowe tęczówki jest mało wydatne — prawie bez bólów z nieznacznem przekrwieniem i tylko po wkropleniu atropiny stwierdzimy, że uprzednio dość wąska źrenica, źle się rozszerza, że pozostały zrosty i często potem wysięk w źrenicy prowadzi do znacznego upośledzenia wzroku.

Obok nieraz innych objawów kiły wrodzonej, na etjologję kiłową wskażenam dodatni wynik badania krwi w kierunku Wassermanna oraz często dobre wyniki leczenia swoistego.

Leczenie. Obok atropiny, gorących okładów, czasem pijawek w okolicy skroni, stosować należy leczenie swoiste wcierkami szaruchy, doustnie jodkiem potasu, dożylnie neosalvarsanem, domięśniowo bizmutem i t. p.

Zapalenie tęczówki pochodzenia gościcowego u dzieci spotyka się bardzo rzadko.

* * *

Przedstawione tu cierpienia i wady wzroku u dzieci w wieku szkolnym obejmują tylko ważniejsze i częściej spotykane sprawy, toteż nieraz zapewne lekarz szkolny spotka wśród swoich młodych pacjentów cierpienia oczne tu nieopisane; jednak zbadanie wzroku, stwierdzenie i poprawa wady wzroku ułatwi dziecku naukę, a leczenie wczas chorób ocznych i oddzielenie przypadków zakaźnych np. chorób spojówek uchroni od szerzenia się przewlekłych chorób spojówek i jaglicy— oraz od ślepoty lub upośledzenia wzroku— związanej potem z tem cierpieniem: Ma również wielkie znaczenie i rozpoznanie innych cierpień, spotykanych w wieku szkolnym, jak zapalenie pryszczykowe, zapalenie miąższowe rogówki, zapalenie tęczówki. Skierowanie wczas do specjalisty rozpoznanych, lub choćby tylko podejrzanych cierpień ocznych będzie też jednem z bardzo wdzięcznych zadań lekarza szkolnego.

Chirurgja kosmetyczna nosa

PODAŁ

Dr Med. DYONIZY HELLIN

profesor Wolnej Wszechnicy Polskiej

Ze wszystkich części twarzy nic tak jej nie szpeci, jak nieodpowiednia postać nosa. Sprostowanie niekształtnego nosa należy do najwdzięczniejszych operacji — daje ono zadowolenie zarówno choremu, jak i lekarzowi. Chirurgja kosmetyczna nosa należy jednak do najdelikatniejszych gałęzi chirugji, tu bowiem wszystko mierzy się na milimetry. Przefasonowanie nosa bez wszelkiej blizny zewnętrznej wydaje się nie tylko laikowi rzeczą niemożliwą, lecz i znacznej części lekarzy ze sprawą tą bliżej nie obznajmionych. Tymczasem niema tak nieestetycznej formy nosa, którejby obecnie nie można było przeistoczyć na postać dowolną, bez pozostawienia jakichkolwiek śladów zewnętrznych operacji. Można z nosów długich robić krótkie i naodwrót, z szerokich—wąski, z garbatych i krzywych—proste i t. d.





Zniekształcenie nosa w części kostnej jego nie czyni pod tym względem wyjątku. Może być ono wrodzone lub powstać skutkiem urazu. Złamania kości nosowych powstają zwykle skutkiem upadku z dużej wysokości t. j. gdy następuje przyśpieszenie szybkości spadania, a więc przy upadku z samolotu, roweru, w czasie jazdy na łyżwach i t. p., podczas gdy wśród bokserów sprawa tyczy się zwykle złamania przegródki kostnej nosa. Gdy w pierwszym przypadku nos zostaje skrzywiony w ten sposób, że wygląda, jak gdyby składał się z dwóch części, stykających się ze sobą pod kątem i skrzywionych jedna wprawo, druga wlewo, przyczem z jednej strony jest on wyższy, z drugiej niższy, u bokserów nos ulega spłaszczeniu, wgłębieniu.

Poniżej umieszczone dwie fotografje (bez retuszu) przedstawiają: pierwsza — skrzywienie nosa, powstałe przy upadku z rusztowania z wysokości drugiego piętra, druga — wygląd nosa po sprostowaniu drogą chirurgiczną.

Według opowiadania chorego, złamał on nos nie przy upadaniu na kamienie, lecz jeszcze spadając „po drodze" t.j. uderzywszy nosem o wystającą belkę, i temu zahamowaniu siły upadku zawdzięcza za-

pewne p. N, ocalenie życia, gdyż ze sprawy tej wyszedł tylko z nieznacznem potłuczeniem się. Chory zgłosił się do mnie dopiero w 2½ miesiąca po wypadku przyczem, jak widać z fotografji, złamana kość nosowa była skrzywiona wlewo, chrząstkowa zaś przegroda nosowa — wprawo. Nozdrza, jak to było widać przy patrzeniu zdołu, miały postać niejednakową, nieprawidłową — jedno było węższe, drugie szersze. Na lewej kości nosowej, u dołu jej uwydatniał się ograniczony przerost kostny o okrągłej postaci, wielkości prosa. Inne szczegóły odpowiadały wyżej opisanym zmianom typowym.

O ile w pierwszym przypadku mieliśmy do czynienia ze sprawą kostną, to w drugim chodzi o sprawę chrząstkową. Chora zgłosiła się ze skargami na zatkanie nosa, przyczyną którego było, jak wykazało badanie, skrzywienie przegródki nosowej. Nos był bardzo długi, koniec jego szeroki, mięsisty, nozdrza szeroko rozwarte z zieniącemi błonami śluzowemi, skrzydełka nosa stały typowo ukośnie, cały nos jakby opierał się swym końcem na górnej wardze, jednem słowem był to typowy nos t. zw. „semicki" o znanej postaci szóstki 6.





Zapomocą obustronnego oddłutowania wyrostka czołowego szczęki górnej aż do połączenia się jego z kością czołową u nasady kości nosowych, wykonanego przez kanały nosowe, zluzowałem obie kości nosowe i przekrzywiłem je w odwrotną, prawą stronę, usunąłem nadto wyżej opisany pagórek kostny w dolnej części lewej kości nosowej. Tym sposobem chory doznał podwójnego złamania kości nosowych — raz gdy spadł z rusztowania, a drugi raz drogą operacji. Pierwsze zrobiło z prostego nosa krzywy, drugie z krzywego — prosty. Wynik, jak widać z fotografji Nr. 2, nie pozostawia nic do życzenia.

Ponieważ skrócenie i zwężenie nosa, zmniejszenie nozdrzy i sprostowanie kąta, który tworzyły skrzydła nosa z twarzą — można było uskutecznić za jednym zachodem przy operacji usunięcia skrzywienia przegródki, więc obie operacje wykonałem podczas jednego seansu Od sprostowania skrzywienia kostnej części nosa abstrahowałem na razie, jako wymagającego specjalnej operacji. Jak widzimy z fotografji Nr. 4, nos został skrócony, koniec jego zwężony, usunąłem nadto zwieszającą się przegródkę błoniastą, położone zaś ukośnie skrzydła nosa zostały ustawione pod kątem 90°, przez co nos stał się nietylko

asemickim, lecz poniekąd nawet antysemickim.

Operacje kosmetyczne nosa wymagają pewnej wprawy, zarówno bowiem przy niedociągnięciu, choćby o milimetr, jak i przy nadmiarze zapału operacyjnego, można łatwo oszpecić, zamiast upiększyć. Pamiętać należy, że nie każdy nos pasuje do danej twarzy, czasem dłuższy nos prędzej odpowiada danej twarzy, niż mały nos. Każdy przypadek należy indywidualizować i baczyć, by postać nosa nie kolidowała z ogólnym wyrazem twarzy. Oprócz wprawy, chirurg posiadać więc tu musi także sporo zmysłu architektonicznego i artystycznego. Należy baczną zwracać uwagę, aby po operacji obie strony były jednakowe, jedna nie dłuższa i nie szersza od drugiej, i nie zapominać, że po operacji, wskutek kurczenia się operowanych części, następuje pewna zmiana w dystansach.

Załączone fotografje przekonywają nas o tem, że chirurgja kosmetyczna nosa osiąga bardzo ponętne wyniki.

SKRZYNKA REDAKCYJNA.

Pytanie

Jakie jest najskuteczniejsze leczenie miażdżycy naczyń?

Dr. St. Kl. w W.

OD REDAKCJI.

Wobec niemożności podziału artykułu Doc. Melanowskiego — streszczenia w liczbie odpowiednio większej będą umieszczone w następnym numerze Wiedzy.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Orzechowska 4. Tel. 420-90.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

			cała 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	„			
	pozostałe	„	300.—	170.—	95.—

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

PERSODINE Lumière

SWOISTE LECZENIE

BRAKU ŁAKNIENIA

NADSIARCZANAMI.

DZIAŁA OGÓLNIE **DROGĄ KRWIOBIEGU** ZA POMOCĄ **TLENU:**

$$\boxed{M_2}\ S_2\ O_8 + H_2\ O = \boxed{M_2}\ S\ O_4 + H_2\ S\ O_4 + O$$

ANALOGJA Z DZIAŁANIEM **KLIMATU GÓRSKIEGO.**

Przywraca łaknienie nawet w najuporczywszych przypadkach

REKONWALESCENCJI,
BLEDNICY,
NIEDOKRWISTOŚCI,
GRUŹLICY,
NEURASTENJI,
SCHORZENIACH ŻOŁĄDKOWYCH

również u dzieci.



SPOSÓB UŻYCIA:

PERSODINE podaje się raz dziennie, na kwadrans przed obiadem:

Dorosłym — 3 tabletki

Dzieciom od 8 — 14 lat — 2 tabletki

Dzieciom od 2 — 7 lat — 1 tabletka.

Należy rozpuścić tabletki w 1/4 szklanki wody

Przedstawicielstwo L. NASIEROWSKI
Warszawa, Piękna 62. Tel. 124-39, 30-42.
PRÓBY I LITERATURA NA ŻĄDANIE W. W. P. LEKARZY.

ROK IV WARSZAWA 1930 LUTY ZESZYT II

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

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

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

TADEUSZ ZAWODZIŃSKI.

Wrażenia z pobytu w Klinikach francuskich.

Wycieczka moja podjęta na jesieni r. 1929 miała głównie na celu zapoznanie się z obecnym stanem kwestji wydzielania wewnętrznego w ginekologji pod względem biologicznym i doświadczalnym. Pozwoliło mi to jednocześnie odwiedzić niektóre kliniki zagraniczne francuskie i niemieckie, głównie ich sale operacyjne i oto chciałbym na tym miejscu podzielić się garścią spostrzeżeń czy wrażeń, jakie stamtąd wyniosłem. Nie pretendują one bynajmniej na głębokość, ani oryginalność, ot poprostu wydaje mi się, że przypomnienie sobie od czasu do czasu, przejrzenie innych nieco metod postępowania lekarskiego wpływa dobrze na ożywienie zainteresowania do naszej własnej wiedzy i techniki leczniczej.

Pierwsza rzecz, jaka uderza przy wejściu do kliniki francuskiej, to panujący zwłaszcza na sali operacyjnej istotny ład, znakomita organizacja pracy. Cicho, spokojnie, a szybko, bez krzyków, rozkazywania podnieconym głosem t. zw. „generalstwa“ panującego w Niemczech, poruszają się i pracują pomocnicy i pomocnice lekarskie w szpitalu francuskim. Zwłaszcza uderza sprawność pracy na sali operacyjnej. Przerwy pomiędzy jedną operacją a drugą, czynności przygotowawcze trwają krótko, tak, że jeden zabieg za drugim zjawia się przed oczyma widza jak w kalejdoskopie. I przytem wszystkiem brak pośpiechu nerwowego, spieszenia się — ruchy personelu są spokojne, rzekłbyś powolne, a przecie szybko spełniające swe zadanie, bo brak w nich zupełnie niepotrzebnych ruchów, wszystko jest celowe i wprawne.

Niestety gorsze wrażenie sprawiają sale chorych. Nietylko sale same pod względem budownictwa, nietylko łóżka i pościel pozostawiają wiele do życzenia, ale i obsługa personelu niższego i średniego stoi, jak się zdaje, niezupełnie na wysokości zadania. Tłómaczy się to z jednej strony złemi warunkami architektonicznemi starych pomieszczeń i z drugiej prawdopodobnie wyławianiem najlepszych pracowników z pomiędzy personelu pomocni-

czego i kierowaniem go do sal operacyjnych. Zresztą powstają też obecnie nowe szpitale z urządzeniami architektonicznemi znakomicie obmyślanemi i wykonanemi z komfortem, jak naprz. nowa klinika położnicza na Port-Royal, pod dyrekcją prof. *Couveleire'a*, w której wszystkie położnice leżą w oddzielnych pokoikach, dowolnie separowanych od reszty kliniki.

W organizacji pracy lekarskiej, zresztą powszechnie u nas znanej, uderzył mnie z chwilą, gdym zetknął się z pracownią kliniczną, ścisły rozdział pomiędzy lekarzami leczącemi, operującemi, z jednej strony, a pracownikami laboratorjum z drugiej. Kierownik pracowni, zresztą wysoko w hierarchji lekarskiej stojący, niema nic wspólnego z pracą kliniczną, do tego stopnia, że naprzykład obecny kierownik pracowni w klinice *J. L. Faure'a*, dr *Buillard* praktykuje na mieście, jako dermatolog. Odwrotnie lekarze operujący, leczący, klinicyści, nie zaglądają prawie zupełnie do pracowni, chyba jedynie przynosząc od czasu do czasu jakiś ciekawy preparat z prośbą o zbadanie go specjalnie w tym czy innym kierunku. Tego rodzaju podział pracy wpływa może na dokładniejsze wykonanie swych obowiązków, ale zato pozbawia szerszego poglądu na daną specjalność, i zapoznania się z nią wszechstronnego; w rozmowach z pracownikami laboratorjum wyczuwa się tęsknotę do bliższego zetknięcia się z chorą, której preparaty przesłano do pracowni. Pod tym względem system przyjęty u nas i istniejący w Niemczech bardziej sprzyja wytworzeniu się typu lekarza klinicysty, w szerokim tego słowa znaczeniu. Ale zato organizacja pracy w pracowniach francuskich tak klinicznych, jak specjalnych zadziwić musi każdego, kto się z nią zetknął. Znakomicie wyszkolony personel pomocniczy wykonywa całą mechaniczną część pracy, tak, że dla personelu wyższego, lekarzy, przyrodników pozostaje tylko rozpoznanie, względnie specjalne metody laboratoryjne. Punktualność w rozpoczęciu pracy, całkowite nią zajęcie się w godzinach tak przed, jak popołudniowych, bez rozmów i próżnego tracenia czasu, oto jak pracuje francuski pracownik laboratoryjny.

Nietylko samo techniczne wykonanie zamierzonego zadania, sama metoda pracy zachwyca zwiedzającego pracownię — uderza jeszcze może bardziej szerokość pomysłów, wszechstronność ujęcia kwestji. Dla przykładu oto jedno porównanie: Znany na całym świecie od paru lat *Aschheim*, współpracownik *Zondeka* w Berlinie, opracowuje całe zagadnienie hormonów gruczołów dokrewnych w ginekologji na zasadzie doświadczeń jedynie na białych myszkach, a więc dość jednostronnie wtedy, kiedy badacz francuski, pracujący w tym samym kierunku prof. *Champy* używa w swych doświadczeniach szeregu rozmaitych zwierząt i ptaków, jak to: myszy, szczury, świnki morskie, króliki, psy, kaczki, kury, bażanty, ryby. W swych poszukiwaniach cech płciowych, określa ich wartość eksperymentalną u rozmaitych zwierząt i w rozmaitych kierunkach. Tak nprz. badanie na wartość i pochodzenie cech płciowych u ptaków określa pod względem histologicznym, chemicznym w ścisłym tego słowa znaczeniu zapomocą analizy, dalej wynajduje barwniki, powodujące to czy inne zabarwienie charakterystyczne dla płci danego ptaka, określając je między innemi także na drodze wykrycia swoistego dlań widma.

Dążenie do specjalności zaznaczone w organizacji pracowni nie dotyczy zresztą, jak to powszechnie wiadomo, rozdziału chirurgji na ogólną i specjalnie ginekologiczną. Wpływa to, jak się zdaje na obniżenie ginekologji w ścisłem tego słowa znaczeniu. Widać to tak w rozpoznaniach, które z widzianych przezemnie lekarzy, tylko u *J. L. Faure'a* i u prof. *Villard* zachwycają trafnością, jak również na stawianiu wskazań operacyjnych, jak wreszcie na zgoła niepołożniczej radykalności zabiegów. Co do tej ostatniej sprawy istnieje zresztą, jak wszędzie, znaczna różnica zdań, jednakowoż zwłaszcza we Francji, jak sądzić można nawet z literatury, obóz konserwatystów operacyjnych jest szczególnie nieliczny w porównaniu z radykałami.

A teraz słów parę o technice operacyjnej, nie śmiem powiedzieć francuskiej, ale tych lekarzy francuskich, których udało mi się widzieć operujących; są to *J. L. Faure*, *Gosset*, *de Martel* w Paryżu; *Berard*, *Cotte* w Lyonie. Wśród wyż. wymienionych bezwzględnie najbardziej swoiste odrębne wrażenie robi znany zresztą na całym świecie *J. L. Faure*. Szybkość jego operacji zdumiewa, zwinność, pewność, nieomylność jego ruchów zachwyca, ale jednocześnie niemiłe robi wrażenie brutalność w jego sposobie operowania (zarzucana mu nawet przez niektórych chirurgów francuskich) i poważne budzą refleksje niedokładność jego techniki, zwłaszcza co do peritonizacji, używania jedynie szwów ciągłych, podwiązywania en masse.

Dążenie do skrócenia czasu operacji przeważa, jak się zdaje u *Faure'a* nad pewnemi obawami co do aseptyki w planie operacyjnym. Tak naprzykład otwarcie jamy macicy przy wykonywaniu t. zw. hemisectio bezwątpienia ułatwia i przez to skraca operację, nie może być jednak uważane za obojętne z punktu widzenia aseptyki, nawet z zastosowaniem przypalania śluzówki macicy termokauterem po otwarciu jej jamy. Ale też operacja wycięcia nadpochwowego macicy wraz z przydatkami w zrostach trwa w rękach tego niezwykłego operatora 15 min., a usunięcie torbieli jajnikowej, z wycięciem wyrostka robaczkowego — nawet 10 minut.

Przyznać ponadto należy, że *Faure* postawiony przed bardziej ciężką, złożoną sytuacją nigdy się nie waha, operuje coprawda b. radykalnie, ale też o ile tego sytuacja wymaga dokładnie i precyzyjnie, choć w czasie nieco dłuższym.

Częstokroć słyszy się, że we francuskiej szkole chirurgicznej worek *Mikulicza* znajduje powszechne zastosowanie. Z krótkiego mego pobytu na klinikach francuskich odniosłem raczej przeciwne wrażenie: poza *J. L. Faure'em*, szeroko stosującym wspomnianą metodę drenowania, nie widziałem jej u innych wymienionych operatorów, a w Lyonie prof. *Villard* stoczył ze mną dłuższą dyskusję, twierdząc, iż naogół nie używa worka *Mikulicza* prawie zupełnie. Zachowywałem się umyślnie wyczekująco, udając raczej stronnika omawianej metody i dopiero na zakończenie przytoczyłem mu słowa mego szefa prof. *Czyżewicza*, ucznia *Mikulicza*, że *Mikulicz* pod koniec swej działalności sam wyrzekł się swojej metody drenowania. Wtedy dopiero nastąpiła zupełna zgoda poglądów.

Znieczulenie używane przy zabiegach uderza swoją różnorodnością, przeważa naogół uśpienie ogólne, wyłącznie eterowe, z zastosowanie maski *Ombredanne'a*, jakkolwiek przeciw tej ostatniej podnoszą się liczne głosy krytykujące. W znieczuleniu miejscowym (infiltracyjnym) widziałem jedną tylko operację a mianowicie zeszycie przepukliny pochwowej, wykonane przez *de Martela* ze znakomitym zresztą efektem znieczulającym.

Mówiąc naogół o technice widzianych przezemnie operatorów francuskich niechciałbym i wydaje mi się niemożliwem uogólniać ich wartości czy wady, tem bardziej, że może właśnie najbardziej ogólną ich cechą jest różnorodność sposobów, pomysłów operacyjnych, świadcząca, jak mi się zdaje, o twórczym stosunku operatorów do swej pracy.

Nie od rzeczy może będzie wspomnieć o poglądach często na tym miejscu wymienionego *de Martel'a* na metodę wycięcia wyrostka robaczkowego. Jest on zdecydowanym przeciwnikiem zapuszczania w ścianę kiszki ślepej podwiązanego kikuta wyrostka robaczkowego, twierdząc, iż w razie jakiejkolwiek komplikacji w tymże kikucie wytwarzamy ropień właśnie w ścianie coecum, co winno być uznane za błędne. Naogół w przypadkach niepowikłanych *de Mortel* nie pokrywa zupełnie podwiązanego kikuta wyrostka robaczkowego, używając jednak do podwiązki nitki lnianej. W przypadkach powikłanych, skoro widzi się zmuszonym do zapuszczania kikuta w głąb i pokrycia go otrzewną, robi to nie podwiązując go zupełnie. Nielada było dla mnie radością ujrzenia nieoczekiwanie we Francji postępowania i poglądów identycznych z poglądem Warszawskiej Kliniki Ginekologicznej na daną sprawę, tembardziej, że naogół przez innych obserwowanych przezemnie chirurgów przyjęty jest właśnie wspomniany wyżej błędny, jak się zdaje, sposób postępowania z zapuszczeniem wgłąb podwiązanego kikuta wyrostka robaczkowego.

Stałą troską operatora jest odpowiedni dobór instrumentarjum i wybór instrumentów do zamówionej operacji. Pod tym względem uderza we Francji skąpa ilość instrumentów używanych naogół podczas zabiegu. Nożyczki, nitki, i parę kocherów po stronie asystenta, parę zaciskadeł, nożyczki, nóż i kilka penset po stronie operatora, wzierniki samotrzymające się i ręczne, hysterolab — oto wszystko z czem staje operator francuski do zabiegu. W razie potrzeby, naprz. z powodu jakiejś komplikacji w operacji, przynoszą mu nowe pudło instrumentów, sterylizowanych na sucho. Igły w stałym stosunku do imadła, typu *Reverdin'a* używane prawie wyłącznie przez znanych mi operatorów we Francji mają tę niezaprzeczalną wyższość nad igłami w imadle używanemi u nas, że nie skręcają się nigdy wbrew woli opera-

tora i nie potrzeba ich nigdy szukać i mozolnie niekiedy wyciągać z głębi. Ułatwia to i przyspiesza bezwzględnie operację, jednakowoż igły te muszą być z natury rzeczy grubsze, czyli bardziej kaleczące, niż igły naprz. używane do imadła *Hagedorna*; pozatem igły *Reverdin'a* są mniej trwałe, a więc droższe od używanych przez chirurgów niemieckich i rozpowszechnionych w Polsce. Instrumentem b. szeroko stosowanym we Francji jest wziernik, tak samotrzymający się, jak ręczny; bez obawy o miażdżenie tkanek powłok brzusznych, szeroko rozwiera sobie operator ranę w brzuchu- zyskując przytem znacznie na dostępności, a więc i łatwości zabiegu. Cięcie podłużne, przeważnie stosowane przez *Faure'a*, bynajmniej nie króluje niepodzielnie w chirurgji francuskiej. Naprzykład *Cotte* w Lyonie używa wyłącznie cięcia *Pfannenstiel'a* wyzyskując go naprzykład przy operacji *Dolèris'a* dla mocnego przyszycia więzadła obłego do dolnej powierzchni powięzi. Ten że *Cotte* demonstrował przy mnie swoją operację wycięcia częściowego n. praesacralis, co okazało się zabiegiem technicznie łatwym. Polega on na nacięciu otrzewnej ściennej na wzgórku kości krzyżowej, uwidocznieniu leżącego tuż pod otrzewną nerwu przedkrzyżowego, uniesieniu go haczykiem ku górze i wycięciu na przestrzeni 1 cm. wraz z otaczającą go włóknistą tkanką łączną. Sprawdzianem słuszności rozpoznania anatomicznego jest rozejście się włókien n. preasacralis na dwie strony. Zeszycie nacięcia otrzewnej kończy zabieg.

Sprawa odkażania rąk przed operacją, tak rozmaicie w różnych krajach i szkołach postawiona, została przez *de Martel'a* rozwiązana w sposób ciekawy. Usunął on zupełnie mycie rąk wodą z mydłem, które rozmiękcza skórę, zdziera powierzchowne warstwy zrogowaciałe i powoduje niekiedy wytworzenie się raczej sprzyjającego podłoża dla bakterji. Działanie spirytusu, zamykającego pory skóry wysunął *de Martel* na plan pierwszy. Poleca on mianowicie wypędzlowanie rąk nalewką jodową, poczem należy ręce poddać w ciągu 5 minut działaniu spirytusu, wsadzając je do miseczki z 96° wyskokiem. Dezynfekcja gotowa. Można wkładać rękawiczki i przystępować do zabiegu.

Znanem jest obecnie dążenie operatorów do oddzielenia skóry i pola operacyjnego w celu zapobieżenia ewentualnemu zakażeniu otwartej rany operacyjnej. Nalewka jodowa zawiodła pokładane oczekiwania, zastosowano wobec tego kompresy, przypinane do brzegu rany, a pokrywające podczas zabiegu otaczającą skórę. Rzecz to kłopotliwa, przedłużająca czas operacji i niezupełnie dokładna. *De Martel*, korzystając z prac brata swego, wybitnego chemika, probuje wprowadzić rodzaj lakieru, zawierającego składnik odkażający, który pokrywając skórę nietylko zdecydowanie zamyka jej powierzchnię, ale jeszcze posiadając własności bakterjobójcze czyni otoczenie pola operacyjnego najzupełniej jałowem.

Wracając do Kraju, przejazdem zatrzymałem się w Berlinie, gdzie widziałem operacje w klinice *Stoeckla*, a jadąc do Francji wstąpiłem do Pragi Czeskiej, gdzie miałem okazję widzieć prof. *Waibla* przy wycięciu całkowitem macicy sposobem *Wertheima*. Ta ostatnia operacja była chyba najpiękniejszym zabiegiem operacyjnym, jaki zdarzyło mi się widzieć w życiu. Precyzja ruchów, dokładność peritonizacji, haemostazy, preparacje przymacicza wykonane artystycznie i to wszystko w pięknym czasie około godziny — pozostawiło mi wspomnienie niezatarte.

Ale już wizyta moja na klinice *Stoeckla* rozwiała w znacznej mierze mój zachwyt nad poziomem ginekologji operacyjnej niemieckiej, skoro w pierwszej stołecznej klinice technika operacyjna bynajmniej nie imponuje nietylko po Francji, ale przedewszystkiem po klinikach polskich. Widziałem naprzykład, jak wycięcie macicy (wypadniętej) z plastyką tylną krocza trwało blisko 2 godziny i to w rękach pierwszego asystenta (oberartzta) z tytułem profesora. Prof. *Stoeckel* przy mnie wykonał swoją operację plastyczną, mającą na celu wytworzenie zwieracza cewki moczowej, innego dnia wyciął macicę przez pochwę. Naogół droga pochwowa jest b szeroko stosowana w klinice berlińskiej, przyczem wązkość pochwy ma tylko drugorzędne znaczenie, gdyż w razie potrzeby stosuje się bez wahania szerokie nacięcia według *Schuckhardta*.

Wizyta na pięknie urządzonym oddziale rentgenowskim i obecność przy hysterosalpingografji wykonanej przez dr *Schultze'go* zakończyła mój pobyt na klinice prof. *Stoeckla*.

Tyle o obcych klinikach i szpitalach.

Mimowoli nasuwa się porównanie z naszą rodzimą ginekologją i przedewszystkiem z naszemi klinikami polskiemi. Ku mej radości stwierdzić muszę, że porównanie to bynajmniej nie wypada na naszą niekorzyść.

Nie chciałbym z natury rzeczy podnosić dodatnich stron i zalet kliniki Warszawskiej, której jestem uczniem, ale niech mi będzie wolno słów parę wspomnieć o klinice krakowskiej prof. *Rosnera*, z którą miałem obecnie sposobność zapoznać się bliżej.

A więc przedewszystkiem wszechstronność pracy kliniki. Obok operacji i leczenia ginekologicznego, tak szpitalnego, jak ambulatoryjnego, położnictwo wraz z opieką nad ciężarną kobietą; praca laboratoryjna znakomicie postawiona, a prowadzona przez poszczególnych asystentów w kierunku tak anatomji patologicznej, jak bakterjologji, jak serologji, jak wreszcie chemji i biologji. A w prowadzeniu strony klinicznej, dokładność w opisywaniu przebiegu choroby, wielorakość badań dodatkowych, precyzja rozpoznania pogłębionego do granic możliwości; organizacja archiwum klinicznego, pozwalająca na łatwe zorjentowanie się w materjale — oto zalety tak wielostronne, że przewyższają w całokształcie zalety widzianych przezemnie klinik zagranicznych. Umyślnie omijam tu bezpośrednią działalność Profesora, szefa Kliniki, jego wykłady i omawianie przypadków, gdyż wysoka ich wartość jest zbyt powszechnie znana.

Prawda, że ubogość architektonicznego rozlokowania kliniki Krakowskiej wywołuje w pierwszej chwili przygnębiające wrażenie, ale wizyta na nowej, prawie gotowej do użytku, wspaniałej klinice nie tylko dodaje otuchy, uspakaja, ale wbija w dumę, gdyż jasnem jest, że wkrótce klinika Krakowska stanie i pod względem zewnętrznym w rzędzie pierwszych klinik świata.

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

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

DJETETYKA.

Odżywianie w przebiegu duru brzusznego. (De l'alimentation au cours de la fièvre typhoide) K. Garin i J. Boucomont. *Journ. Méd. francais N. 9 r. 1929.*

Dawni autorowie, jak np. *Broussais*, podawali chorym na dur brzuszny tylko wodę. Pierwszy *Graves* podawał tym chorym wyciągi z jarzyn. Około roku 1856, uchodziło za szczyt odwagi podawać chorym na dur brzuszny mleko rozpuszczone pół na pół z wodą. *Monneret*, niedługo potem podaje 3 do 4 litry płynu dziennie, złożonego z rosołu, wina białego, czerwonego, oraz z cedzonej zupy jarzynowej. W kilka lat później *Barra* wykazuje już przesadę w innym kierunku, podając chorym durowym jaja, ciasto, chleb z masłem, mięso suszone z jarzynami. W czasach nam bliższych jedni byli zwolennikami dużej wstrzemięźliwości, nie podając nawet mleka (*Liebermeister' Senator, Fürbringer, Lebert i Legendre*) — inni zaś radzili odżywiać chorych dostatecznie, ale tylko pokarmami płynnemi i mlekiem (*Jaccoud, Dieulafoy, Debove, M. Chantemesse, Ziemssen i Leyden*).

W Anglji zapatrywania na tę sprawę były zupełnie podobne.

Wreszcie w r. 1900 *Vaquez* zaleca dietę, która według naszych zapatrywań jest bardzo odpowiednia dla przypadków średnio ciężkich. Dieta ta polega na podawaniu szklanki mleka co dwie godziny, przyczem trzy szklanki mleka można zamienić na szklankę herbaty, kawy mlecznej i zupy na mące, zupy na mleku, żółtko jaja kurzego i sok z mięsa surowego. Wreszcie *Vaquez* doradza bardzo prędkie przejście do normalnego odżywiania. *Mouriquand* zaleca rozmaite diety, zależnie od postaci duru brzusznego, dodając do nich sok z owoców, ze względu na jego zawartość w witaminy.

Autorowie sądzą, że dur brzuszny jest chorobą zbyt długotrwałą, by można było chorych takich ogłodzić, z drugiej jednak strony jest to ciężka choroba przewodu pokarmowego, w której odżywianie nie może być zbyt drażniące. Największym błędem w leczeniu duru jest dopuszczenie chorych do wynędznienia; wynędznienie pogarsza wszystkie objawy chorobowe, przygotowuje podatne podłoże do powikłań, w szczególności zaś do krwotoków jelitowych i do osłabienia mięśnia sercowego. Cała jednak trudność w odżywianiu chorych durowych polega na skutecznem przeprowadzeniu odpowiedniego odżywiania, trzeba się tu bowiem liczyć ze stanem odurzenia i nieprzytomności tych chorych oraz z niezdolnością żołądka do przyjmowania pokarmów.

Autorowie są zwolennikami stosowania zimnych kąpieli od pierwszego dnia choroby, według zalecenia *Bouvret'a* i *Tripier'a* t. j. stosowanie zimnej kąpieli co trzy godziny, skoro ciepłota ciała osiągnie lub przekroczy 39° C. Autorowie podkreślają, że prawie bez wyjątku można dawać pić choremu w czasie kąpieli. W razie wymiotów, należy kłaść worek z lodem na okolicę żołądka. Zgłębnik nosowy można niekiedy stosować, lecz tylko w późniejszych okresach, gdyż w pierwszym tygodnin najczęściej wywołuje nudności. W każdym wypadku należy uwzględniać życzenia chorego i tak autorowie podawali jednemu choremu, na jego żądanie, tylko pomarańcze, ale chory ten zjadał 24 pomarańcz dziennie. W bardzo ciężkich przypadkach można zalecić lawatywę kroplową z 7% roztworu glukozy Wygodną kontrolą dostatecznego odżywiania chorych jest oznaczenie dobowej ilości moczu, która powinna wynosić półtora litra dziennie.

Przy pomocy odpowiedniego odżywiania można uniknąć jelitowych krwotoków. Gdy one wystąpią, można choremu podawać tylko zimną wodę lub ewentualnie mrożony szampan, oraz należy podskórnie wprowadzać płyn fizjologiczny. Autorowie odradzają dodawanie adrenaliny, jako też podskórne wprowadzanie roztworu glukozy, natomiast za najkorzystniejsze uważają przetaczanie krwi, uzyskanej od uzdrowieńca po durze brzusznym.

W przypadkach przebicia wrzodu, należy wstrzymać się od wszelkiego podawania pokarmu i oddać chorego w ręce chirurga.

W przypadkach lekkich lub średnich należy stosować dietę płynną lub półpłynną. Tu należą: mleko (jeśli jest dobrze znoszone), zupy, jaja, sok surowego mięsa, biały ser, sok z owoców, kawa wina. Po spadku gorączki rozszerzenie diety zależy od postaci klinicznej i czasu trwania choroby. Jeżeli chodzi o chorego, który przechodził ciężki dur brzuszny, względnie jeśli gorączka trwała dłużej niż cztery tygodnie, wówczas autorowie podają pokarmy stałe dopiero po pięciu dniach bezgorączkowych. Do powyższej djety autorowie dodają siekaną rybę, rybę z wody, móżdżek, białe mięso z kury, a po upływie tygodnia kotlet lub kawałek pieczonego mięsa.

W przypadkach lżejszych, autorowie podają potrawy stałe po upływie trzech dni bezgorączkowych.

Naogół przypisuje się powstawanie nawrotów duru zbyt obfitemu odżywianiu lub zbyt szybkiemu podjęciu odżywiania. Autorowie sądzą, że tego rodzaju zapatrywanie jest błędne, albowiem nawroty duru nie zależą od sposobu odżywiania, ale istnieją wprost epidemje bez nawrotów i epidemje obfitujące w nawroty. Znaną też jest rzeczą, że dury wywołane prątkiem *Eberta* częściej dają nawroty, aniżeli dury rzekome. Oczywistą jest rzeczą, że w razie nawrotu należy powrócić do dawnej diety.

Niekiedy może się zdarzyć, że właściwy dur już się skończył, podczas gdy gorączka około 38° C trwa dalej a chory ulega coraz znaczniejszemu wynędznieniu. Chodzi tu o rzadką postać gorączki z wynędznienia (febris ex inanitione). Cierpieniu temu podlegają zazwyczaj osoby starsze a w każdym razie po przejściu 40-tu lat życia. Naogół chodzi tu o ciężkie postaci duru brzusznego, w czasie którego zbyt późno przystąpiono do stosowania zimnych kąpieli, względnie źle odżywiano chorych. Autorowie sądzą nadto, że przyczyną tego mogą być wstrzykiwania rozmaitych ciał kolloidowych, kamfory lub płynu fizjologicznego. W tych przypadkach odpowiednie odżywianie i zaprzestanie stosowania leczenia podskórnego szybko doprowadza do wyleczenia.

W powyższej gorączce mogą też wystąpić majaczenia, względnie widuje się niekiedy te majaczenia i bez gorączki, w obu tych przypadkach należy bezwarunkowo przystąpić do odpowiedniego odżywiania, przyczem w razie niemożności stosowania zwykłego sposobu odżywiania, należy wprowadzać przy pomocy zgłębnika przez nos pół litra mleka z dodatkiem żółtka jaja kurzego co trzy godziny.

Postępowanie przedoperacyjne w zapaleniu wyrostka robaczkowego. (Soins préopératoires dans l'appendicite). L. Hautefort. *Journ. Méd. français. Nr. 9 r. 1929*

Tematem niniejszej pracy jest postępowanie wobec chorych, którzy cierpiąc na ostre zapalenie wyrostka robaczkowego nie zostali natychmiast zoperowani. Te przypadki obecnie są coraz rzadsze, gdyż wszyscy chirurgowie i znaczna liczba internistów jest zwolennikami jaknajszybszego operowania tych przypadków.

Od tej reguły istnieją jednak wyjątki. Do takich wyjątków należy ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, pojawiając się pod koniec innego, ciężkiego cierpienia, np. duru brzusznego. Dalej należy wspomnieć o przypadkach, w których rozpoznanie mogło być ustalone dopiero po upływie 48-miu godzin; tu też należą przypadki rozpoczynające się odrazu naciekiem (plastronem) w okolicy wyrostka robaczkowego.

Najczęściej może spotyka się przypadki, które przy lekkim przebiegu, z rozmaitych względów nie były operowane w ciągu pierwszych 48-miu godzin. Po upływie tego czasu, wytworzył się plastron, wówczas zaś przeważna część chirurgów nie decyduje się na operację, gdyż w tych warunkach operacja przedstawia najwięcej niebezpieczeństwa. Pozostaje zatem wyczekiwać, przyczem jest rzeczą pierwszorzędnej wagi odpowiednia opieka i dietetyka tych chorych. O ile możności, należy zapewnić choremu fachową opiekę pielęgniarską.

Naogół należy przyjąć okres trzech tygodni za niezbędny dla uspokojenia się stanu zapalnego, poczem dopiero możliwy jest zabieg chirurgiczny. W pierwszych dniach trzeba się starać ograniczyć ognisko zapalne, następnem staraniem jest możliwa dezynfekcja przewodu pokarmowego. Wreszcie w trzecim okresie należy przygotować chorego do samego zabiegu.

Pierwszy okres trwający 5 do 8-miu dni, polega na zastosowaniu zupełnego spokoju, okładów z lodu, diety i opjum. Spokój musi być zupełny przyczem należy zabronić choremu siadania, zginania ud, jednem słowem wszelkich ruchów, które by mogły napiąć powłoki brzuszne. Należycie i stale stosowane okłady lodowe pozwalają łagodzić ból i uspokoić ruchy robaczkowe jelit a tem samem zmniejszyć dawkę opium. Gdy ból jest zbyt silny, należy wstrzyknąć 1 ctgr morfiny, gdy bólu niema należy stosować opium w postaci extractum opii 10 ctgr w ciągu 24-ech godzin dla człowieka dorosłego, w pigułkach lub czopkach. W każdym razie należy dążyć do możliwie szybkiego zmniejszenia dawek opium, które wywołuje zaparcia stolca a tem samem stwarza nowe niebezpieczeństwo. Co się tyczy diety, to powinna ona być zupełną, jeżeli chory cierpi na wymioty, najwyżej można choremu zwilżać wargi. Aby uchronić chorego od braku płynów stosujemy podskórne wstrzykiwania płynu fizjologicznego, w ilości półtora litra na dobę. w pierwszych dniach nie należy w każdym razie stosować lawatywy kroplowej, jeżeli chory wykazuje objawy podupadłego odżywienia należy się uciec do śródżylnych wlewań fizjologicznego roztworu glukozy lub nawet do hypertonicznego roztworu glukozy. Skoro nudności i wymioty ustaną, należy choremu podawać wodę, początkowo łyżeczkami a następnie łyżkami co godzinę, później zaś co pół godziny. Szybko można potem przejść do podawania rumianku, a od trzeciego lub czwartego dnia można podawać cedzoną zupę z jarzyn. Ogólna ilość płynów powinna wynosić półtora litra na dobę, o ile by to zaś nie było możliwe, należy tę ilość dopełnić podskórnymi wstrzykiwaniami płynu fizjologicznego Z innych leków można stosować podskórne wstrzyki. wania kamfory, a w razie potrzeby inne środki nasercowe.

Skoro pierwszy okres przeszedł bez żadnych wypadków, ciepłota zbliżyła się do normy, napięcie mięśniowe w okolicy punktu *Mc Burney'a* osłabło i chory oddaje gazy, wówczas przychodzi drugi okres. Bardzo często ten drugi okres zaczyna się od podwyższenia ciepłoty z powodu zaparcia. Początkowo należy starać się usunąć zaparcie zapomocą czopków glicerynowych. W razie braku odpowiedniego skutku należy zastosować niedużą lewatywę ze 100 do 150 ccm wody z gliceryną lub samej oliwy i to pod słabem ciśnieniem. W razie potrzeby w parę godzin poźniej można wprowadzić do odbytnicy zapomocą zgłębnika Nelatona 200 ccm płynu, co prawie zawsze wywołuje stolec. W razie jednak gdyby i to nie poskutkowało, autor doradza podawanie oleju rycynusowego, w dawkach cząsteczkowych: 5 gr., 10 gr., 15 gr., 20 gr. Od tego czasu należy czuwać nad odpowiedniem wypróżnianiem a przytem należy postępować w diecie, dodając nieco jarzyn, tapioki, mąki a niebawem nieco delikatniejszego ciasta. O ile chory dobrze znosi, można też podawać mleko lub kefir. Wreszcie można przejść w diecie do zup mlecznych, nawet do kleików.

W ten sposób dochodzimy do trzeciego okresu, przygotowania do operacji. Chodzi tu o możliwe podniesienie sił chorego a przytem o odpowiednią dezynfekcję przewodu pokarmowego. Dopiero po trzech tygodniach pozwalamy na zjedzenie nieco białego mięsa kury lub szczupaka. Do tego czasu nie wolno podawać niczego więcej a nawet jaj, zakazane też są takie jarzyny, jak kapusta, fasola, soczewica, groszek, podobnie jak i sery fermentujące, świeże ciasto oraz czekolada. Do dyspozycji pozostają tylko: świeży, biały ser, śmietanka, yogurt, jarzyny: jak przecierane kartofle, szpinak, gotowana sałata, marchew, owoce, kompoty, konfitury, przyczem owoce powinny być bardzo dojrzałe (gruszki, winogrona, pomarańcze, banany, brzoskwinie) do tego można dodać sucharki i biszkopty. Tego rodzaju dieta, z dodatkiem oleum parafini lub oleum ricini zapewnia należyte wypróżnienia. W celu dezynfekcji przewodu pokarmowego autor chętnie

podaje benzonaftol w dawce 2 do 4 gr na dobę albo podaje 4 do 6 (dziennie) pigułek po 0,10 cryptargolu.

W przypadkach bardzo ciężkich można też polecić leczenie wakcynami.

To wyczekiwanie w czasie przebiegu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego wymaga stałego pogotowia, gdyż w razie jakichkolwiek niepokojących objawów należy bezwzględnie przystąpić do zabiegu operacyjnego.

Dietetyka i czas trwania rekonwalescencji. (La diététique et la durée de l'invalidité-maladie). H. Godlewski. *Journ. Méd. francais. Nr. 9. r. 1929.*

Niniejszy artykuł autor ujmuje ze stanowiska ekonomji społecznej, wskazując na to, jak wielkie znaczenie oszczędnościowe posiada skrócenie czasu rekonwalescencji po rozmaitych chorobach. Sprawa ta dotyczy nie tylko ekonomji kas chorych, ale wogóle wywiera wpływ na przemysł i handel, gdyż tą drogą wiele rąk roboczych nie będzie się wstrzymywać od pracy.

Według ustaw francuskich, każdy pracujący po przebyciu choroby jest badany przez lekarza nie tylko dla stwierdzenia jego zaraźliwości dla drugich, ale też i ze względu na to, czy podjęcie pracy na nowo nie przyniesie mu szkody oraz, czy wskutek możliwości powrotu choroby praca nie ulegnie nowemu przerwaniu. W znacznej liczbie przypadków chodzi tu o rekonwalescentów po ostrych chorobach gorączkowych, sezonowych i krótkotrwałych. W pierwszym rzędzie należą tu przeziębienia, nieżyty górnych dróg oddechowych, które nieraz zbyt łatwo określane są, jako grypa. Sredni czas trwania choroby i rekonwalescencji wynosi 6 do 8.miu dni, niejednokrotnie jednak czas ten przedłuża się od 12-tu do 15-tu dni mimo. że materjał chorych jest zupełnie analogiczny, podobnie jak i przebieg samej choroby.

Na podstawie wielu tysięcy przypadków, badanych w ciągu dziesięciu lat. autor dochodzi do wniosku, że czas wstrzymania się od pracy, z powodu powyższych cierpień, zależy od sposobu odżywiania się podczas i po chorobie, czyli jest funkcją odżywiania. Autor stwierdził, że skoro tylko odżywianie podczas choroby było zupełnie normalne lub też ograniczenie pożywienia dotyczyło tylko samego początku choroby, wówczas chory w przeciągu 48-miu godzin, po spadku gorączki powracał do zupełnego zdrowia i pełni sił. Skoro jednak chory taki w czasie przebiegu choroby był niedostatecznie odżywiany, wtedy czas niemożności powrotu do pracy był znacznie dłuższy, gdyż chory wskutek zbyt przedłużonego niedostatecznego odżywiania ulega ogólnemu osłabieniu a stąd wynikający brak apetytu utrudnia w wysokim stopniu normalne, konieczne odżywianie się po gorączkowej chorobie. Nadto częstość nawrotów choroby u tego rodzaju chorych jest znacznie większa a zatem zwiększa się także i tą drogą liczba dni bez pracy.

Winę nieodpowiedniego odżywiania się tego rodzaju chorych ponoszą po części lekarze a po części sami chorzy lub ich otoczenie. Ogólnie panuje przekonanie o konieczności „bardzo surowej diety" we wszelkich, nawet dobrotliwych, chorobach gorączkowych: tymczasem poza cierpieniami dotyczącymi narządów jamy brzusznej, w innych cierpieniach gorączkowych, a zwłaszcza krótkotrwałych, o których tutaj mowa, odżywianie powinno być odpowiednio bogate.

Dieta i autofagja. (Diète et autophagie). H. Godlewski. *Journ. méd. francais. Nr. 9. r. 1929*

Pod słowem „dieta" rozumiemy sposób odżywiania chorych. Dieta może polegać bądź to na całkowitem, bądź też częściowem wstrzymaniu odżywiania, lub też na stosowaniu specjalnych pokarmów (n. p. dieta mleczna, jarzynowa). Stosowanie diety siega bardzo odległych czasów i do pewnego stopnia tłumaczy się brakiem apetytu u chorych, zwłaszcza gorączkowych. Okazuje się jednak, że brak apetytu, nudności, wymioty, obłożony i suchy język, wynikają przedewszystkiem z niedostatecznego dowozu płynów, zwłaszcza wody. Ustrój gorączkujący przeważnie nie wykazuje tych objawów z chwilą, gdy mu zapewnimy dostateczny dowóz wody np. zapomocą lawatywy kroplowej. Już *Trousseau* wskazywał na to, że długotrwałe, znaczne ograniczanie pokarmów doprowadza do wynędznienia i niejako „samozjadania się" (autophagie) ustroju i że chorym gorączkującym należy obok dostatecznej ilości wody, zapewnić także dowóz tej ilości pokarmów, która jest niezbędna dla pokrycia codziennych strat energetycznych ustroju chorego.

Autor przypomina czasy *Broussaisa*, kiedy chorym oprócz wody i to w niewielkiej ilości, nie podawano nic do jedzenia, nawet jeśli chodziło tu o chorych na cholerę lub gruźlicę. Teorje *Broussaisa* jednak nie utrzymały się i przeciwnicy jego oraz następcy utorowali drogę nowym prądom w lecznictwie, które na należyte odżywianie kładły wielką wagę. Obok pewnych korzyści, znaczne ograniczenie pokarmów przynosi duże szkody a autor ujmuje te dwie sprawy następujaco:

Korzyści ostrej diety polegają na oszczędzaniu i unieruchomieniu przewodu pokarmowego, wskutek czego zmniejsza się także praca serca, wobec zmniejszenia się ilości przyjętych płynów. Także i rozwój drobnoustrojów w przewodzie pokarmowym zmniejsza się, jak również i ilość produktów rozpadu pokarmów niekiedy szkodliwych dla ustroju. Według *Teissier'a* i *Guinard'a* (1897) zwierzęta naczczo lub dłużej głodzone doświadczalnie znoszą lepiej niektóre jady, aniżeli zwierzęta znajdujące się w normalnych warunkach.

Odpowiednie odżywianie chorych gorączkujących działa znakomicie przeciwko zaburzeniom układu nerwowego, jak brak snu, podrażnienia, majaczenia, halucynacje, uczucie przebicia, otępienie. Chory głodzony ulega duszności szczególnego typu: oddechy są początkowo zwolnione, pod koniec przyspieszone, ilość Co_2 zmniejsza się. Tętno staje się coraz słabsze a ciepłota opada, przyczem mogą wystąpić objawy podobne do mocznicowych, przy małej ilości wydzielanego moczu, wymiotach a nawet biegunkach.

Autor dwukrotnie widział śpiączkę wywołaną przez dietę. W pierwszym przypadku chodziło o chorego lat 75-ciu, który cierpiał na nieżyt oskrzeli pochodzenia grypowego z gorączką. Wskutek bardzo ostrej diety, po upływie czterech dni hory zapadł na śpiączkę zupełną. Podanie znacznej ilości płynu przez odbytnicę wróciło choremu przytomność, poczem natychmiast przeprowadzono odpowiednie odżywianie. Po 2 dniach chory powrócił zupełnie do zdrowia. W drugim przypadku chodziło o kobietę 68-letnią, którą leczono z powodu raka żołądka i która z powodu wymiotów i biegunki nie mogła zupełnie przyjmować pokarmów, wobec czego osłabienie i wychudzenie doszło do bardzo znacznego stopnia. Gdy autor chorą tę po raz pierwszy zobaczył tętna nie było można zliczyć, chora zupełnie nie mówiła, oraz nie oddawała moczu od 12-tu godzin. Badania dodatkowe nie przemawiały za istnieniem raka żołądka; natomiast wywiady stwierdzały głodzenie niemal zupełne przez ostatnie dni choroby. I w tym przypadku lawatywa kroplowa szybko wróciła chorej przytomność a odpowiednie odżywianie w krótkim czasie doprowadziło do wyzdrowienia.

Jednym z objawów znajdowania się ustroju w stanie głodzenia, jest wzmożenie się ilości mocznika we krwi. Nieznajomość tego faktu może doprowadzić do fatalnych wyników, gdyż hyperazotemja każe myśleć przedewszystkiem o niewydolności nerek, a w następstwie tego rozpoznania zastosowana djeta mało-azotowa może spowodować śmierć chorego. Autor przytacza jeden taki przypadek, w którym ilość mocznika we krwi wynosiła 2.35 gr. pro mille. Po stwierdzeniu przyczyny tej hyperazotemji, autor zalecił podawanie mięsa i skondensowanego mleka z cukrem. Pod wpływem tej djety stan chorego szybko się poprawił, przyczem ilość mocznika we krwi spadła do normy.

Autor, razem z *Triboulet'em* w r. 1912, stwierdził za przykładem *Murphy'ego*, że obfite stosowanie kroplówki w zapaleniu płuc, wpływa wyjątkowo korzystnie na przebieg choroby. Tą drogą uzyskano przedewszystkiem bardzo znaczną diurezę, wskutek czego stan chorych pozwalał na znacznie lepsze ich odżywianie, przyczem znikła suchość języka i spadek wagi ciała. Chorzy, którym obficie stosowano kroplówkę, nie skarżą się na pragnienie, a natomiast żądają jedzenia, co stanowi przeciwieństwo do wszystkich dotychczasowych, klasycznych opisów, dotyczących zapalenia płuc. Autor podaje takim chorym skondensowane mleko, nie mniej jednak jak 8 łyżek stołowych na dzień (z kawą, z yogurtem, w rozmaitych kremach pomieszanych z rozpuszczonymi lodami, również z kleikiem). Nadto autor podaje rosół z kury z tapioką i żółtkiem, sok z surowego mięsa, kompoty, konfitury, mleko i owoce. W ten sposób kaloryczne zapotrzebowanie chorych jest pokryte z naddatkiem. Tak odżywiani chorzy, podczas rekonwalescencji nie skarżą się zupełnie na tak znane, a znaczne osłabienie.

Szczególny nacisk autor kładzie na dowóz płynu raczej drogą przez odbytnicę, aniżeli doustną. Zalecenie to wynika przedewszystkiem stąd, że diureza tą drogą powstaje znacznie szybciej i wydatniej i to nie tylko u ludzi chorych, ale także i u zdrowych. Jako objaśnienie powyższego faktu, autor podaje, że płyn znacznie szybciej dostaje się do ogólnego krwiobiegu, skoro zostanie wprowadzony do odbytnicy, skąd przenika przez aa. haemorrhoidales inferiores i ich połączenia do żyły czczej dolnej (vena cava inferior) podczas gdy płyn przyjęty przez żołądek musi przejść przez wątrobę, zanim dostanie się do ogólnego krwiobiegu. Powszechnie zaś jest znane znaczenie tamy wątrobowej. Wprowadzenie płynu do odbytnicy i przenikanie jego do krwiobiegu autor porównywuje do wprowadzania płynu drogą dożylną.

Dietę czysto wodną, t. j. podawanie tylko wody autor stosuje jedynie w przypadkach chirurgicznych przewodu pokarmowego lub w cierpieniach otrzewnej. Natomiast autor sądzi, że zapomocą diety płynnej można w zupełności uniknąć wszelkiej straty wagi ciała chorego i tą drogą pokrywać zapotrzebowania energetyczne ustroju. Należy zawsze wypytać chorego, jakie pokarmy chętnie jada a których nie znosi. Zalecanie diety bez uwzględnienia tych warunków może łatwo doprowadzić albo do błędów dietetycznych, lub do głodzenia. Często się też zdarza, że chory nie znosi tylko jakiejś szczególnej postaci pokarmu, np. nie lubi mleka czystego, znosi je natomiast w innych połączeniach.

Bardzo ważnem jest wiedzieć, że cukier posiada w odżywianiu tych chorych szczególne znaczenie (o ile nie chodzi o chorych na cukrzycę!), gdyż jest on, najlepszem najbogatszem i najłatwiejszem do przyswojenia źródłem energji.

Wartość mleka skondensowanego z cukrem, autor podkreślał już wyżej; nadto autor poleca szerokie stosowanie kremów, kompotów, przyczem zwrócić tu należy uwagę na owoce, szczególniej kwaskowate jak cytryna, pomarańcza, które pozwalają na większe stosowanie cukru.

Odżywianie zapomocą płynów niecukrzonych jest znacznie mniej wydajne, w rachubę tu wchodzą: zupy jarzynowe dobrze przecierane. Nadto autor jest zwolennikiem rosołu, zwłaszcza z kury, uważając, że dotychczasowa obawa przed ptomainami nie była dostatecznie uzasadniona. Rosół przedstawia znakomite tonicum dla chorych, a staje się szczególnie pożywny, gdy do niego dodamy żółtko i tapiokę. Jedynie w przypadkach niedomogi nerek należy się wstrzymać przed podawaniem rosołów.

Reasumując, odżywianie w stanach gorączkowych powinno być pod względem kalorycznym wystarczające, podawać należy pokarmy odpowiednio dobrane, w postaci płynnej; dieta czysto wodna może być zalecona tylko w bardzo rzadkich przypadkach i to tylko z samego początku choroby a nie dłużej jak 24 godziny.

Dieta w przebiegu zakaźnych żółtaczek. (La dietetique au cours des ictères infectieux). A. R. Salmon. *Journ. Méd. francais. 9 r. 1929.*

W leczeniu zakaźnych żółtaczek ostatnie lata przyniosły trzy ważne sposoby leczenia: zgłębnikowanie dwunastnicy, z następowem stosowaniem środków żółciopędnych, leczenie zapomocą insuliny oraz zapomocą atofanu. Mimo powyższe sposoby leczenia w tych cierpieniach dieta posiada zawsze duże znaczenie.

Dawniej stosowano u chorych żółtaczkowych surową djetę wodną, połączoną z podawaniem oliwy i chłodnemi lawatywami. Ten sposób leczenia sprowadzał jednak znaczne wynędznienie, wielu chorych nie znosiło oliwy a chłodne lawatywy wywoływały zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. Dziś stosujemy inny sposób odżywiania mając zawsze na uwadze, by nie powiększyć niedomogi wątroby i nie wywołać przejścia żółtaczki dobrotliwej w postać złośliwą.

Autor kolejno omawia pokarmy, jakie można podawać chorym żółtaczkowym, czas stosowania tej diety, oraz dietetykę stosowaną przy pewnych, szczególnych sposobach leczenia.

1. Pokarmy wskazane i zakazane.

a) Pokarmy białkowe. Naogół pokarmy białkowe powinny być wyłączone z jadłospisu chorych na żółtaczkę, gdyż wątroba w tem cierpieniu jest upośledzona w swej czynności proteopektycznej.

Nie mniej *Joonué* i *Chevalier* podają 25 do 100 gr. mięsa dziennie i to bądź pół surowego, bądź też zupełnie surowego. Autor sądzi jednak, że mięsa nie należy podawać a w każdym razie nie w czasie pełnego rozwoju żółtaczki, kiedy nietylko czynność wątroby, ale i żołądka jest upośledzona.

b) Tłuszcze są również źle trawione i to zarówno wskutek braku wydzielania żółci do jelit, jak i skutkiem upośledzonego wydzielania zewnętrznego trzustki. W dalszej części przewodu pokarmowego niestrawione tłuszcze ulegają rozpadowi i mogą być przyczyną prawdziwej intoksykacji. Jedynym wyjątkiem jest mleko, częściowo pozbawione śmietanki (zbierane). Tłuszcz w mleku jest w stanie dokonałego rozproszenia, co znakomicie ułatwia jego trawienie. Przepisuje się zazwyczaj 2 litry mleka dziennie, ewentualnie w dawkach wzrastających do powyższej ilości. Łatwiej strawne jest mleko gorące, do którego można dodać wody Vichy i cytrynianu sodu w dawce 2 gr. na 1 litr. Niektórzy chorzy znoszą lepiej chudy kefir lub yogurt. Mleko należy podawać w małych ilościach i regularnych odstępach czasu. Należy zwrócić szczególną uwagę na płukanie ust wodą Vichy po spożyciu mleka, by uniknąć jego rozkładu w ustach.

c) Węglowodany szczególnie nadają się do odżywiania chorych żółtaczkowych. Na pierwszym miejscu tutaj znajduje się cukier; skuteczne są też lawatywy kroplowe z roztworu glukozy.

2. Czas trwania diety.

Czas trwania diety mlecznej nie powinien trwać zbyt długo i, skoro tylko stan chorego poprawia się, należy tę dietę zmienić. Jako dowód poprawy może służyć prawidłowe zabarwienie moczu i zniknięcie odbarwienia stolca, natomiast zabarwienie śluzówek i skóry trwa dłużej i nie stoi na przeszkodzie rozszerzeniu diety. Schemat diety chorych żółtaczkowych przedstawia się następująco: z początkiem choroby dieta mleczna dość surowa; w pierwszym tygodniu żółtaczki zbierane mleko, płyny ocukrzone i kroplówka z glukozy; w drugim tygodniu do powyższej diety można dodać kompoty i konfitury. Skoro stolce zaczynają nabierać zabarwienia dodajemy nieco pieczywa, zielonych jarzyn, owoców, wreszcie gdy rekonwalescencja już następuje można przejść do normalnego sposobu odżywiania oraz podać półsurowe lub surowe mięso. O ile wątroba pozostaje duża i istnieją jakieś zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, polecenia godne jest przeprowadzenie leczenia hydromineralnego a zwłaszcza wodą Vichy.

3. Dieta węglowodanowa i insulina.

Bauer wykazał, że w żółtaczkach dieta mleczna jest zbyt mało pomocną i zalecił podawanie glukozy połączone z wstrzykiwaniami insuliny. W tym celu wstrzykujemy 10 do 15 jednostek insuliny dziennie na godzinę przed posiłkiem południowym, przyczem posiłek ten powinien być bardzo bogaty w węglowodany a natomiast zupełnie pozbawiony tłuszczu. Posiłek wieczorny powinien mieć ten sam skład. Pomiędzy tymi dwoma posiłkami chory otrzymuje co dwie godziny 200 gr. cukrowanego mleka z wodą Vichy. Autor zaleca także lawatywę kroplową z glukozy.

Powyższy sposób leczenia żółtaczek zakaźnych należy uważać za najlepszy.

* * *

Rzekome zapalenia opłucnej u podstawy lewego płuca: rzekome tarcia opłucnowe pochodzenia płucno-sercowego. (Les fausses pleurites de la base gauche: pseudo-frottements pleuraux d'origine cardio-pulmonaire). J. Barbier. *Journ. Méd. de Lyon. Nr. 235, r. 1925.*

Autor zwraca uwagę na możliwość błędnego rozpoznania zapalenia opłucnej u podstawy lewego płuca, wskutek objawów przysłuchowych podobnych do tarcia opłucnowego, których prawdziwą przyczyną są ścisle określone i szczególne warunki. Pracę swą autor rozpoczyna podaniem czterech następujących historji choroby.

Przypadek pierwszy dotyczy dziewczyny, lat 28, która dotychczas była leczona przez szereg miesięcy z powodu suchego zapalenia opłucnej u podstawy lewego płuca. We krwi u chorej można było stwierdzić miernego stopnia niedokrewność. Kręgosłup chorej wykazuje wyraźną skoliozę, trwającą już od dzieciństwa. Wskutek tej skoliozy istnieje wyraźne zniekształcenie klatki piersiowej, zwłaszcza w dolnej, lewej części. W tem miejscu też można najwyraźniej wysłuchać rytmicznie występujące szmery o charakterze tarcia, przyczem rytmika występowania tych szmerów odpowiada zupełnie rytmice akcji serca. Prześwietlenie, obok wyżej wspomnianego zniekształcenia klatki piersiowej i skrzywienia kręgosłupa, nie wykazało zupełnie żadnych zmian chorobowych w płucach, w szczególności zaś w omawianem miejscu, a ruchomość lewej przepony była zupełnie prawidłowa. Obserwacja w ciągu trzech lat nie pozwoliła na stwierdzenie żadnych objawów chorobowych, podczas gdy rzekome tarcie u podstawy lewego płuca stale się utrzymywało.

Przypadek drugi dotyczy chorej, lat 34, u które również stwierdzono tarcie opłucnowe u podstawy lewego płuca, a która także była leczona przez czas dłuższy, nawet w sanatorjum, zarówno z tej przyczyny, jak i z powodu bólów głowy, bicia serca, ogólnego osłabienia i zbyt obfitych i nieregularnych perjodów. Badanie chorej wykazało tętno 120 na minutę, znaczną ogólną wrażliwość, anemiczny szmer nad sercem, we krwi ilość hemoglobiny około 65%, nieco powiększoną wątrobę i lekko żółtaczkowe zabarwienie skóry. W tym przypadku szmery słyszalne u podstawy lewego płuca przypominały łudząco tarcie opłucnowe, zwłaszcza gdy akcja serca była bardzo przyspieszona. I w tym przypadku żadnych innych zmian chorobowych nie udało się stwierdzić. W następnych latach chora zgłaszała się z powodu osłabienia stanu ogólnego, przyczem wyżej opisane szmery stale się utrzymywały, nigdy jednak nie udało się stwierdzić jakiegokolwiek rozwoju chorobowego w płucach lub opłucnej.

Przypadek trzeci dotyczył chorej lat 41, chora była leczona podobnie, jak i poprzednie z powodu długotrwałego i powtarzającego się zapalenia opłucnej u podstawy lewego płuca, jakkolwiek nigdy nie stwierdzono podwyżek ciepłoty. W przeciwieństwie do poprzednich chorych u tej chorej nie stwierdzono większej niedokrewności, gdyż ilość hemoglobiny wynosiła 80%. Badanie przedmiotowe wykazało serce prawidłowe, lecz bardzo wrażliwe, podczas gdy tętno wynosiło 108 na minutę. Ciśnienie krwi prawidłowe. U podstawy lewego płuca można było wyraźnie stwierdzić szmery, łudząco przypominające tarcie opłucnowe i synchroniczne z akcją serca. Dopiero prześwietlenie promieniami Rentgena wykazało zmiany, tłumaczące powstawanie powyższych

szmerów. Chora ta cierpiała na silną aerogastrję, wskutek czego lewa strona przepony była uniesiona ku górze na 3 cm. wyżej, niż po stronie prawej. Również i ruchomość strony lewej była znacznie upośledzona.

Niezależnie od tych szmerów, synchronicznych z akcją serca, lecz powstających w szczególnych warunkach, przy równoczesnym braku szmerów sercowych lub osierdziowych istnieją też przypadki, w których analogiczne szmery, słyszalne u podstawy lewego płuca, są pochodzenia czysto sercowego, przyczem chodzi tu o szczególne przenoszenie się szmerów powstałych przy organicznych wadach serca.

Jako przykład powyższej możliwości autor przytacza historję choroby, chorej lat 35, z niedomykalnością zastawki dwudzielnej, u której można było stwierdzić u podstawy lewego płuca, wyraźne szmery synchroniczne z akcją serca i zupełnie podobne do tarcia opłucnowego.

Co się tyczy patogenezy powstawania tego rodzaju szmerów, autor podaje następujące przyczyny: W niektórych przypadkach, jednym z warunków powstawania tego rodzaju szmerów są zniekształcenia klatki piersiowej (przyp. 1.). Obok zniekształceń klatki piersiowej należy też wymienić szczególne położenie i ruchomość przepony po stronie lewej np. z powodu aerogastrji lub aerokolji w zgięciu śledzionowem (przyp. 3.). Stan krwi, w szczególności zaś niedokrewność (dwa pierwsze przypadki) gra tu niewątpliwie również znaczną rolę. Wreszcie, w niektórych przypadkach chodzić będzie tylko o przeniesienie się szmerów, pochodzenia czysto sercowego. Należy też podkreślić, że objaw opisany wyżej jest wyraźniej słyszalny i najbardziej przypomina tarcie opłucnowe wówczas, gdy akcja serca jest bardzo szybka.

Co się tyczy rozpoznania i znaczenia rzekomego tarcia opłucnowego, autor zastrzega się, że chodzi mu tylko o zwrócenie uwagi celem uniknięcia łatwego błędu, dotyczącego rozpoznania cierpienia (zapalenie opłucnej). Rzekome tarcie opłucnowe zazwyczaj wyraźniej słyszy się w czasie wdechu, niż wydechu; w miarę jak chory czyni głęboki wdech, tarcie rzekome, początkowo bardzo wyraźne, staje się coraz słabiej słyszalne a wreszcie przechodzi w słaby, z głębi słyszalny szmer. Zależność tarcia rzekomego od akcji serca daje się łatwo stwierdzić, gdy osłuchujemy równocześnie klatkę piersiową z tyłu, w dole, po lewej stronie i równocześnie obmacujemy tętnicę sprychową. Choć tarcie rzekome jest wyraźniej słyszalne przy przyśpieszonej akcji serca, to jednak synchronizm trudniejszy jest do stwierdzenia, gdy akcja serca przekracza 100 uderzeń na minutę. Drugim dowodem zależności powyższego objawu od akcji serca jest fakt, że tarcie rzekome daje się niekiedy stwierdzić po wstrzymaniu oddechów. Zwykle jednak w tych przypadkach tarcie rzekome jest słabiej słyszalne. Co się tyczy znaczenia tego objawu, jest on raczej negatywny. Jak przytoczone przypadki wskazują, tacy chorzy bywają przez miesiące lub lata leczeni w miejscach klimatycznych z powodu cierpienia opłucnej, którego w rzeczywistości niema. Znacznie dziś trudniej jest ustalić pozytywne znaczenie tego objawu. Powyżej przedstawiono rozmaite warunki, wśród których może wystąpić rzekome tarcie opłucnej; szczególne znaczenie autor przypisuje raczej warunkom anatomicznym, przyspieszeniu akcji serca i niedokrewności.

Sztuczna odma przeciwkrwotoczna u 60cioletniej kobiety z gruźlicą włóknistą. (Pneumothorax hémostatique dans un cas de tuberculose fibreuse cicatricielle, chez une femme de soixante ans). H. Gardére. *Journ. de Méd. de Lyon. Nr. 235. r. 1929.*

Chora lat 60, przed dwudziestu pięciu laty była leczona z powodu gruźlicy płuc. Sprawa chorobowa niebawem się uspokoiła, dopiero przed dziesięciu laty wystąpiły silne krwawienia maciczne. Przed dziewięciu laty wystąpił krwiomocz: przed trzema laty krwioplucia, trwające 8 dni, które niebawem ustąpiły. Wówczas wykonane prześwietlenie płuc wykazało zmiany gruźlicze w górnym płacie prawym.

Chora ta nagle zaczęła pluć krwią, przyczem ilość odplutej krwi można było określić na około 300 c. sz. W ciągu pięciu dni. krwioplucia i krwiotoki płucne powtarzały się stale. mimo stosowania odpowiedniej diety oraz całego szeregu środków i zabiegów. Chorej podawano opium i morfinę doustnie, chlorek wapnia dożylnie. kilkakrotnie wstrzykiwano podskórnie pituitrynę, polecano wdychiwać azotan amylowy, podskórnie wstrzykiwano 10% roztwór żelatyny, zakładano elastyczne opaski na dolne kończyny, oraz podawano chorej surowicę końską. Powyższe środki i zabiegi niekiedy wstrzymywały krwotoki, przeważnie jednak pozostawały bez skutku. Wobec znacznego stopnia niedokrewności, chorej założono odmę sztuczną po stronie prawej, wprowadzając do jamy opłucnej odrazu 2 litry powietrza i doprowadzając ciśnienie wewnątrz opłucnowe do wysokich liczb +6+8. Powyższy zabieg wstrzymał zupełnie i trwale krwioplucia.

Co się tyczy przyczyny powyższego krwioplucia, autor podnosi, że wystąpiło one nagle, bez gorączki, u osoby dobrze odżywionej i ważącej 78 kg., która w ostatnich latach nie wykazywała żadnych, czynnych zmian gruźliczych i u której badanie przedmiotowe w czasie krwotoku nie pozwoliło również na stwierdzenie bliższych cech procesu chorobowego tak, że przy zakładaniu odmy sztucznej autor musiał się oprzeć na wyniku poprzednich badań, Czynnikami przysposabiającemi do wystąpienia krwotoków były zmienne warunki atmosferyczne w owym czasie, wzmożone ciśnienie krwi u chorej (156 mmHg), „pełnokrwistość" chorej oraz pewna skłonność do krwawień, o czem można było wnioskować na podstawie wywiadów. (Krwotoki maciczne, krwiomocz, krwioplucie).

Autor przez 5 dni wstrzymywał się od założenia odmy sztucznej, ze względu na daleko posunięty wiek chorej, następnie obawiał się istnienia zrostów opłucnej. które przy założeniu odmy sztucznej mogły tylko sprawę pogorszyć, wreszcie nie można było ustalić, w sposób dokładny, źródła krwawienia. Dopiero ciężki stan chorej i nieuchronna groźba zejścia śmiertelnego, skłoniły autora, po naradzie odbytej z prof. *Courmont'em* do założenia odmy sztucznej.

Co się tyczy dalszego postępowania, autor zdecydował się na utrzymywanie odmy sztucznej z obawy nowego krwotoku, powstania zrostów opłucnowych i dla utrzymania korzystnych warunków dla konsolidacji tkanki płucnej, z której nastąpiło krwawienie. Przy dalszem utrzymywaniu odmy sztucznej, autor zachowuje ciśnienie wewnątrz-opłucnowe na poziomie — 5—2 wstrzykując co 15 do 20 dni po 300 ccm powietrza.

Zakażenie przez spirochaete ictero-haemorrhagica wywołane przez rzeczne kąpiele. (Recrudescence estivale de la spirochétose ictéro-hémorragique provoquée par les bains de riviére). J. Troisier, Léon—Kindberg. i Monnerot—Dumaine. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 26, r. 1929.*

W początku badań nad zakażeniem przez spirochaete ictero-haemorrhagica (Inada) autorowie starali się sprowadzić przyczynę tego cierpienia do zakażenia się chorych wskutek zetknięcia się ze szczurami. Wiadomo bowiem, że w przewodzie pokarmowym szczurów znajduje się często powyższy krętek. Niebawem też wykazano, że istnieją inne krętki podobne do spirochaete ictero-haemorrhagica, które mogą wywołać zupełnie typową żółtaczkę zakaźną u człowieka. W nielicznych przypadkach stwierdzono możliwość zakażenia i zachorowania na żółtaczkę zakaźną osób, które używały kąpieli rzecznych, lub też w niechlujnie utrzymanych pływalniach, zwłaszcza gdy osoby tę głęboko nurkowały w czasie kąpieli. Autorowie opisują typowy przypadek zakaźnej żółtaczki, wskutek kąpieli.

Chory lat 32, zachorował przed czterema dniami nagle, wśród gwałtownych dreszczów, wymiotów, bólów głowy, oraz sztywności szyji i kręgosłupa. Badanie wykazuje znaczną bladość i żółtawe zabarwienie powłok. Silny mięśniowy ból w udach, sztywność karku i dodatni objaw *Kerniga*, na nozdrzach opryszczkę, ciepłota 39° C. mocz zawierający barwiki żółciowe bez białka. W następnych dniach żółtaczka staje się bardzo wyraźna, stolec odbarwia się, mocz bardzo ciemny, wątroba i śledziona niepowiększone, przyczem brak jest objawów krwotocznych oraz swędzenia skóry. Ciśnienie krwi nieco obniżone (110/60) we krwi azotemia: 1.20 gr. Gorączka utrzymuje się jeszcze przez cztery dni, Dziewiątego dnia choroby ciepłota gwałtownie opada i przez dziesięć dni utrzymuje się na poziomie prawidłowym, Dopiero dwunastego dnia żółtaczka zaczyna się nieco zmniejszać, wówczas też występuje znaczna polyuria a azotemia opada do 0,40 gr. Dwudziestego dnia choroby gorączka znowu podnosi się do 38° i na tym poziomie trwa dziesięć dni. Żółtaczka coraz bardziej słabnie, stolce zabarwiają się, mocz jasny i w mniejszej ilości niż poprzednio, azotemja 0.17 gr. Trzydziestego dnia choroby rozpoczyna się rekonwalescencja a odczyn *Martina* i *Pettita* (na spirochaete ictero-haemorrhagica) dał wynik dodatni w stosunku 1:200.

Powyższy przypadek jest typowy dla zakaźnej żółtaczki o typie nawrotowym z opryszczką, bólami mięśniowymi, odczynem ze strony opon mózgowych azotemią i dodatnim odczynem *Martina i Pettita*. Spadek azotemji przy spadku ciepłoty ciała wykazuje dobrotliwość danego przypadku.

Zachorowanie powyższego chorego jest charakterystyczne. Tego roku Sekwana stała bardzo nisko, chory zaś kąpiąc się nurkował oraz łykał wodę rzeczną. Ze względu na możliwość zakażenia się tą drogą, w przyszłości należy zwrócić uwagę na odpowiednie środki ochronne.

W dyskusji *de Massary* przytacza dwa przypadki zakażenia się spirochaete ictero-haemorrhagica wskutek kąpieli rzecznych. W obu przypadkach chodziło o typ płucny. W przypadku pierwszym chory lat 27 wykazywał objawy przekrwienia u podstawy płuca prawego z krwawą plwociną. Żółtaczka o charakterystycznych cechach, niebawem się pojawiła, przyczem wystąpiły nieznaczne krwawienia z nosa, wybroczyny podspojówkowe, bóle głowy i mięśni. Nakłucie lędźwiowe wykazało w płynie mózgo-rdzeniowym zwiększenie się liczby elementów morfotycznych (65 komórek w 1 mm.); azotemia wynosiła 1.95, poczem spadła do 0.25 gr. Ciepłota okresowo dochodziła do 40° serodjagnostyka dała również wynik dodatni, jak i wstrzyknięcie moczu śwince morskiej. W drugim przypadku objawy chorobowe były zupełnie podobne.

Etienne Bernard przytacza trzy przypadki stwierdzonego serologicznie zakażenia przez spirochaete ictero-haemorrhagica.

Brodin przytacza przypadek chorego lat 40, u którego objawy były bardzo ciężkie, zwłaszcza że strony nerek (doszło aż do bezmoczu), przyczem chory zmarł.

Wszyscy mówcy podkreślali analogiczne warunki zakażenia, we wszystkich bowiem przypadkach chodziło o kąpiele rzeczne połączone z nurkowaniem.

Przypadek niedokrewności złośliwej oporny na leczenie wątrobą. (Un cas d'anémie pernicieuse ayant résisté au traitement hépatique). H. Mondon. *Soc. Méd. des Hopit. Nr. 26, r. 1929.*

Chory zgłasza się do szpitala z powodu nieżytu oskrzeli. Z wywiadów wynika, że zawsze był blady, w dzieciństwie przechodził błonicę, później kilkakrotnie nieżyty oskrzeli a przed pół rokiem był bardzo osłabiony z powodu obfitego krwotoku z nosa i dziąseł.

Badanie przedmiotowe, oprócz zwykłego nieżytu, nie wykazało żadnego schorzenia płuc (prześwietlenie promieniami Roentgena i badanie plwociny ujemne). Badanie narządu krążenia nie wykazuje również zmian chorobowych, z wyjątkiem nieznacznych wybroczyn na skórze brzucha. Stolce prawidłowe, nie zawierają krwi ani jej pasorzytów, wątroba niebolesna, na palec niżej łuku żebrowego, układ nerwowy bez zmian. Mocz bez zmian; badanie krwi wykazuje: ciałek czerwonych 2,697900; hemoglobiny 75%, wskaźnik barwny 1.39, ciałek białych 4,875, w tem wielojądrzastych obojętnochłonnych 61%, jednojądrzastych i przejściowych 13%, limfocytów 22%. Odporność osmotyczna krwinek prawidłowa, brak anizo i pojkilocytozy i krwinek jądrzastych.

Chory otrzymuje codziennie 125 gr. lekko gotowanej wątroby, razem z rosołem, przy każdym posiłku. W miesiąc później liczba ciałek czerwonych wynosi 2,325,000 wskaźnik barwny 1,55, ciałek białych 4.312. W następnym miesiącu występują lekkie krwotoki z nosa a po wyrwaniu zęba długotrwały krwotok z dziąsła. Badanie czasu krwawienia wykazuje 30 minut, czas krzepnienia krwi 20 minut, skrzep krwi prawie całkiem niekurczliwy, objaw opaskowy ujemny. Po drugim miesiącu leczenia zapomocą podawania wątroby, ilość ciałek czerwonych wynosi tylko 2.077.000, wskaźnik barwny 1,73 brak anizo i pojkilocytozy, oraz krwinek jądrzastych. Stan ogólny chorego jednak nie pogarsza się i chory wypisuje się do domu. Według otrzymanych wiadomości, stan chorego w domu niebawem zaczął się pogarszać, występowała duszność i bicia serca i mimo leczenia zapomocą podawania żelaza oraz preparatów ze śledziony i wątroby, chory zmarł w pół roku po opuszczeniu szpitala.

W powyższym przypadku chodziło, według autora niewątpliwie o chorobę Biermera, t. j. o niedokrewność złośliwą, postępującą, aplastyczną z objawami krwotocznymi, co ostatecznie doprowadziło do zejścia śmiertelnego. Autor przypomtna, że początkowo utrzymywano, iż opoterapja wątrobowa, działając skutecznie w przypadkach niedokrewności złośliwej, nie przeciwstawia sie jednak ciężkim niedokrewnościom wtórnym. Dalsze badania wykazały jednak, że wiele przypadków wtórnej niedokrewności poddaje się leczeniu metodą *Whipple'a*. Autor sam opisał podobny zespół krwotoczny z ciężką niedokrewnością o typie złośliwym, wyleczony podawaniem wątroby. Wobec korzystnych naogół wyników leczenia metodą *Whipple'a*, powyższy przypadek, oporny na opoterapję wątrobową, zasługuje na szczególną uwagę.

Działanie niektórych leków na przełyk. (Effets sur l'oesophage de quelques medicaments). P. Guns. *Arch. des Mal. de l'Appar. dig. et des Mal. de la Nutrition. Nr. 9, 1928.*

Dotychczasowe badania nad połykową czynnością przełyku przeprowadzano na zwierzętach; autor wykorzystał dla swoich badań prześwietlanie promieniami Roentgena, a to w szczególności do doświadczeń nad wpływem atropiny, pilokarpiny, adrenaliny, ergotaminy i papaweryny na przełyk. Już u człowieka zdrowego proces połykania różni się zależnie od właściwości fizycznych połykanej substancji. Następnie należy wymienić indywidualne właściwości połykania.

Istnieją też szczególne miejsca, w których często odczuwa się zatrzymywanie pokarmu. Do tych miejsc należy wpust żołądka i część przełyku na wysokości drugiego kręgu piersiowego, co odpowiada położeniu tętnicy głównej. Jest rzeczą szczególną, że w tych właśnie miejscach umiejscawia się najczęściej rak. Cały proces przebiegania łyku przez przełyk trwa prawidłowo 5 do 6 sekund. Teoretycznem zagadnieniem autora było zbadanie wpływu wyżej wspomnianych leków, jako jadów swoiście działających na układ wegetatywny,który unerwia przełyk; praktycznie zaś chodziło o stwierdzenie, czy powyższe leki, stosowane bardzo często w cierpieniach przełyku, wyraźnie okażą swą skuteczność.

Wpływ atropiny i pilokarpiny. Autor wstrzykiwał 1 mlgr. atropini sulf. podskórnie a po upływie pół godziny badał na ekranie czynność połykową, podając badanemu łyk rzadkiej papki barytowej a następnie kapsułkę barytową. Podobne badania przeprowadził także nad pilokarpiną, wstrzykując 1 ctgr. pilocarpini muriatici.

Wpływ atropiny był wyraźnie opóźniający połykową czynność tak. że badany, u którego przed podaniem leku, czynność połykowa w pozycji stojącej trwała 5 do 6 sekund, pod wpływem atropiny połykał łyk barium w przedłużonym czasie do 12 –15 sekund, niekiedy nawet do 20 sekund. Jeden raz tylko czas ten wynosił 8 do 9 sekund. Pod wpływem pilokarpiny czynność połykowa trwała około 3 sekund. Jeden z chorych opisywał proces połykania pod wpływem pilokarpiny, jako „przelatywanie pocisku".

Pod wpływem atropiny można było stwierdzić lekkie zatrzymywanie się łyku na wysokości aorty, znacznie częściej miało to miejsce na wysokości wpustu, przyczem papka bizmutowa małemi częściami dostawała się do żołądka. Pod wpływem pilokarpiny połykanie odbywało się bez przerw. Należy zauważyć, że autor podawał nieco wody w swoich doświadczeniach nad atropiną, aby uniknąć zarzutu, że zwolnienie procesu połykania zależy od suchości, wywołanej tym środkiem.

Powyższe wyniki wykazują wbrew oczekiwaniu, że osłabienie napięcia nerwu błędnego wzmaga skurcz wpustu, podczas gdy drażnienie tego nerwu zapomocą pilokarpiny zmniejsza opór, jaki czyni wpust przy połykaniu.

Wpływ adrenaliny i ergotaminy. Wpływ nerwu współczulnego na przełyk nie jest przez wszystkich uznany. W odniesieniu do jelit czynność nerwu współczulnego jest przeciwna, niż czynność nerwu błędnego. W badaniach autora możnaby się było zatem spodziewać, że adrenalina, która drażni nerw współczulny powinna działać tak, jak atropina, która porąża nerw błędny. Działanie ergotaminy jest przeciwne niż adrenaliny, a zatem powinno być podobne do wpływu pilokarpiny. Wyniki tych badań nie były tak wyraźne, jak wyniki badań poprzednich. Wobec tego autor nie znajduje dostatecznych argumentów, przemawiających za unerwieniem przełyku przez układ współczulny. Niektóre zaś badania przemawiały za tem, że adrenalina przypomina raczej działanie pilokarpiny aniżeli atropiny, jak by to można było teoretycznie dedukować. Ergotamina w niektórych przypadkach wykazywała działanie przeciwne, niż adrenalina.

Wpływ papaweryny. Papaweryna jest uważana za środek przeciwskurczowy, którego wpływ polega na działaniu wprost na mięśnie gładkie; stąd też papawerynę stosuje się przeciwko stanom skurczowym żołądka i przełyku. Autor wstrzykiwał 3 ctgr. papaverini muriatici a po upływie pół godziny badał czynność przełykową. Akta przełykania pod wpływem papaweryny jest przedłużony do 7—9—12 sekund; to przedłużenie jest wywołane przedewszystkiem wolniejszem przesuwaniem się papki kontrastowej w częściach przełyku poza miejscami wyżej opisanemi, jako charakterystyczne dla stanów skurczowych. W odróżnieniu od innych, badanych przez autora leków, papaweryna wywoływała szczególny objaw, polegający na tem, że masa kontrastowa jakgdyby odbijała się od wpustu na 6 do 15 cm w górę, co niekiedy kilkakrotnie się powtarzało, zanim bez najmniejszej już przeszkody dostała się do żołądka. Objaw ten autor tłumaczy, jako gwałtowny skurcz antiperystaltyczny, co oczywiście przemawia, wbrew oczekiwaniu, raczej za podrażnieniem mięśni gładkich aniżeli za ich porażeniem.

Powyższe badania autora dały zatem wręcz przeciwne wyniki od tych, jakich się można było spodziewać.

Próba zapomocą podawania wina w schorzeniach wątroby. (L'épreuve du vin chez les hèpatiques). N. Loeper, L. Michaux, S. de Sèze. *Presse Méd. Nr. 90. r. 1929.*

Autorowie podnoszą, że mimo licznych prac, wpływ wina na wątrobę nie jest dostatecznie wyjaśniony, szczególnie zaś nie wiemy czy wino jest mniej czy więcej szkodliwe pod tym względem, aniżeli alkohol. Jedno jest pewnem a mianowicie, że niewielkie dzienne dawki wina (od 5 ccm na 1 kg. wagi) naturalnego nie posiadają szkodliwego wpływu na człowieka zdrowego.

Jak wiemy, istnieje wiele leków, które wywierają wpływ na czynność wątroby. Nie należy jednak zapominać, że znaczna ilość pokarmów mniej lub więcej złożonych, posiada to samo działanie. Ponieważ zaś rozmaite środki stosowane w badaniu i leczeniu wątroby, wywierają wpływ i na inne narządy, podobnie zresztą jak leki, przeto ze względów fizjologicznych należy raczej stosować środki złożone. Dla tego autorowie dokonali swych badań stosując wino, które zawiera alkohol etylowy w ilości około 10%, następnie alkohole drugorzędowe, jeden alkohol trzyatomowy, glicerynę, kwas winny i octowy, aldehydy, etery, kwasy aminowe, tanine, nieorganiczne połączenia potasu, żelaza, sodu i wapnia — a zatem z małymi wyjątkami wszystkie takie ciała, których wpływ na wątrobę jest niewątpliwy.

Badania te dokonano u ludzi zdrowych i chorych przez doustne podanie wina, przyczem badano ilość żółci wydzielanej do dwunastnicy (zapomocą dwnastniczego zgłębnika); następnie badano w moczu współczynnik azotowy, zmiany w utlenianiu siarki i inne. Te badania wykazały, że wino wywołuje przedewszystkiem znaczne powiększenie się wydzielania żółci do dwunastnicy, przyczem wino białe i słodkie działa silniej, aniżeli wino czerwone. Wpływ na inne czynności wątrobowe zależał od stanu wątroby. Doświadczalne badania na zwierzętach wykazały analogje do badań na ludziach.

Na podstawie powyższych badań autorowie dochodzą do wniosku, że pod wpływem wina wzmaga się czynność obronna, proteopektyczna i antyhemoklastyczna wątroby. Leczenie zapomocą podawania wina stosować można u chorych na wątrobę jednak tylko wówczas, gdy wątroba nie jest wyczerpana bądź to wskutek zasadniczego cierpienia, bądź też skutkiem leczenia innymi środkami. Leczenie takie nie powinno przekraczać 8 do 10 dni. Np. u dwuch chorych, którzy cierpieli na pokrzywkę po spożyciu ryby, pokrzywka ta nie pojawiała się jeśli ci chorzy wypijali przytem 200 gr. czystego wina.

Próba przez podawanie wina pozwala na wyprowadzenie pewnych wniosków rokowniczych u chorych na wątrobę, przyczem wyniki tej próby są zupełnie zgodne z wynikami uzyskanymi przez próbę cukrową lub miodową.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA.

Obraz kliniczny i leczenie operacyjne ropni mózgowych (Considérations sur l'évolution clinique et le traitement des abscès du cerveau et du cervelet—forme encéphalitique). Aloin. *Lyon Chirurg. XXVI, Nr. 4, sierpień—wrzesień 1929.*

Poza przypadkami ran głowy i złamań czaszki, przyczyną olbrzymiej większości ropni mózgowych jest zakażenie ucha lub zatok czaszkowych. Na typowy obraz kliniczny składają się: 1) ogólne objawy zakażenia — częste tętno przy prawidłowej ciepłocie i szybko postępujące wychudzenie-gorączka bywa naogół rzadko i jest wówczas zwykle uwarunkowana przez obecność zapalnego ogniska w kości; 2) objawy wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego — z nich najczęściej się stwierdza gwałtowne bóle głowy, zaburzenia psychiczne (odrętwienie, apatja, senność), i tarczę zastoinową dna oka; chociaż w niektórych przypadkach chory i psychicznie, i cieleśnie czuje się zupełnie dobrze prawie do samego końca, to jest kiedy wskutek przebicia się ropnia do komory mózgowej wystąpi nagle śpiączka szybko prowadząca do zejścia śmiertelnego; 3) objawy ogniskowe — jakkolwiek są dosyć charakterystyczne (hemianopia, porażenie nerwu twarzowego, objawy móżdżkowe), tem niemniej występują nieczęsto i to zwykle w końcowych okresach choroby.

Zabieg operacyjny jest wskazany, jak tylko ustali się rozpoznanie ropnia. a nawet chociażby tylko podejrzenie, i ma na celu — opanowanie schorzenia przyczynowego, np. zapalenia kości skalistej, odnalezienie ropnia (nakłuciami) i dokładne jego sączkowanie przez czas dostatecznie długi. Wycięcie kości czaszki musi być dokonane na dość dużej przestrzeni, conajmniej 6 cm × 6 cm; na wypadanie tkanki mózgowej poprzez otwór w oponie twardej (prolapsus cerebri) należy patrzeć jako na objaw pomyślny, na odczyn obronny ustroju, gdyż wypadnięta w ten sposób nacieczona zapalnie tkanka mózgowa goi się w znacznie lepszych warunkach, a w miarę postępowania procesu gojenia się wypadnięcie to cofa się; wypadnięta część mózgu przez cały czas czynnościowo pozostaje zupełnie sprawna.

Operację wykonywa się dwuczasowo; między obnażeniem mózgu a otwarciem ropnia powinno upłynąć conajmniej kilka godzin. Jamę ropnia sączkuje się zapomocą sączka gumowego, opatrunki zmienia się jak najrzadziej i jak najmniej obrażając tkankę mózgową (gaza wazelinowana); w miarę powiększania się wypadnięcia mózgowia zapalnego jego sączkowanie staje się zbędne.

Autor spostrzegał i operował w ten sposób 1 przypadek ropnia zrazu czołowego, 1—zrazu skroniowego i 1—móżdżku; we wszystkich otrzymał zupełne wyleczenie, bez jakichkolwiek następowych zaburzeń psychicznych.

Przyczynek do plastyki całkowitej nosa. (Sur la rhinoplastie). Ingebrigtsen-Patel. *Lyon Chirurg XXVI, Nr. 4, sierpień—wrzesień 1929.*

Przeszczep kostny, użyty do jakichkolwiek operacyj plastycznych, ulega zawsze narazie rozrzedzeniu i wessaniu; dopiero po pewnym czasie w tym samym miejscu, wytwarza się nowa kość. Pamiętać o tem należy przy wyborze odpowiedniej metody również w przypadkach plastyki całkowitej nosa.

Autor w przypadku ubytku skórno-chrząstkowego nosa w następstwie gruźlicy skóry (lupus) zastosował, z wynikiem kosmetycznym i czynnościowym bardzo dobrym, sposób następujący:

I tempo. Uruchomienie na czole poprzecznego płata skórnego w kształcie daszka od czapki (lambeau en visière), uszypułowanego od obu stron skroniowych; przeszczep kostno-okostnowy 8×3 cm², grubości 2 — 3 mm, wzięty z kości piszczelowej umieszcza się pod środkową częścią płata skórnego, między skórą i czepcem, okostną dowewnątrz, podłużnie w linji pośrodkowej ciała; przeszczep ten uprzednio przecina się podłużnie na równe części; ranę zaszywa się doszczętnie.

II tempo. Po upływie 4 miesięcy, w którym to czasie przychodzi do skutku wessanie się przeszczepu i jego powtórne nowowytworzenie się w głębi rany, zagojonej rychłozrostem, następuje ponowne uruchomienie zrazu czołowego (tym razem wraz z przeszczepem kostnym) z zachowaniem szypuł skroniowych jak wyżej); cięcia muszą być w ten sposób przeprowadzone, by dolny koniec przeszczepu wypadł na połowie odległości między górnym i dolnym brzegiem cięcia skórnego. Uruchomiony w ten sposób płat skórny, wiszący na szypułach skroniowych, przesuwa się w dół na mający być pokrytym ubytek nosa; zdwaja się go następnie w ten sposób, że dolną połowę podwija się pod górną—przeszczep kostny jest osłonięty wówczas i odwewnątrz — i wreszcie, wolny brzeg warstwy dolnej przyszywa się do okrwawionego na przestrzeni 2 — 3 cm śluzówkowego brzegu ubytku (grzbiet nosa), zaś warstwy górnej — do skórnego brzegu ubytku.

III tempo. Po 2 tygodniach odcina się płat, potrzebny do pokrycia ubytku, od swej szypuły po stronie lewej, obnaża się wyrostek nosowy szczęki górnej lewej, przyszywa się doń drutem lewy brzeg zgiętego w kształcie rynienki przeszczepu kostnego (przyszły grzbiet nosa), poczem zeszywa się doszczętnie tkanki miękkie tej strony nosa, a szypułę lewą przenosi się z powrotem na swoje miejsce na czole.

IV tempo. To samo — po stronie prawej (w 2—3 tygodnie). Ubytek ostateczny na czole pokrywa się sposobem *Thierscha.*

„Buttelline"—nowy środek znieczulający, zastosowany z powodzeniem w praktyce urologicznej. (Quelques observations sur un nouvel anesthésique local appliqué dans la pratique urologique courante). Chaignon. *Paris Médical. Nr. 43, październik 1929.*

Jest to paraaminobenzoesan dibutylamino propanolu. Środek ten przewyższa w swem działaniu znieczulającem kokainę, nie wykazując pomimo to wcale właściwych tej ostatniej własności trujących. Wypływają stąd wskazania do stosowania tego środka zamiast kokainy w oto-laryngologji, okulistyce i urologji, gdzie też został już wypróbowany z bardzo dobrym wynikiem.

Autor w swej praktyce urologicznej stosował Buttelinę w 1% i 5% roztworze, wprowadzając ją do cewki moczowej i pęcherza, przeważnie w celu umożliwienia zbadania wziernikiem pęcherza moczowego (gruźlica, nowotwory) całego szeregu chorych, u których pojemność pęcherza była znikomo mała, a już samo wprowadzenie wziernika było uniemożliwione przez swoją bolesność. Wyniki miał zawsze bardzo dobre. U jednego chorego, u którego po wprowadzeniu do cewki 10 cm³ 1% roztw. kokainy występowały stale objawy zatrucia, po wprowadzeniu 20 cm³ 1% roztworu butelliny objawów tych nigdy nie zauważono.

Udział nerki w powstawaniu bólów prawej połowy brzucha. (La place du rein dans les phénomenes douloureux du flane droit). Papin. *Paris Médical nr. 42, październik 1922.*

Autor zwraca tutaj uwagę na zbyt dużą pohopność, z jaką lekarze odnoszą bóle prawej połowy brzucha do narządów, położonych wewnątrzotrzewnowo (wyrostek, pęcherz żółciowy), niedoceniając roli nerki w powstawaniu tych bólów. Bóle te i pozostałe objawy mogą tu zależeć wyłącznie od schorzenia nerki, albo też—obok nerki— i narządy wewnątrzotrzewnowe są zmienione chorobowo, z przewagą jednej lub drugiej strony. A zabieg operacyjny (wycięcie wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego, wstępnicy i t. p.), albo nie sprowadzi żadnej poprawy w stanie chorego, albo też może nawet wywołać pogorszenie; tak np. czasami powstają wtórne zmiany chorobowe w moczowodzie prawym po operacjach na kątnicy i wstępnicy.

Pomyłki rozpoznawcze dotyczą tu: wodonercza (we wczesnym okresie), zapalenia miedniczek nerkowych. kamicy (kamień w moczowodzie). a nawet niektórych postaci przewlekłego zapalenia nerek, przebiegających z bólami; zaznaczyć tu należy, że aczkolwiek sam miąższ nerkowy jest niewrażliwy, to jednak miedniczki, kielichy i otoczka nerkowa reagują bólem na niektóre bodźce, przedewszystkiem — na rozciąganie.

W przypadku wodonercza jedynie rozstrzygającem pod względem rozpoznawczym będzie wykonanie pyelografji, w przypadku zaś kamicy moczowodowej — zdjęcia rentgenowskiego okolicy moczowodu.

Leczenie stanów ogólnego zakażenia zapomocąpodwiązywania żył, wychodzących z ogniska zakażenia. (Le traitement chirurgical des septico — pyémies; la question des thrombo-phlébites et des ligatures veineuses). Dreyfus-Sée. *La Presse Méd. nr. 93. listopad 1929.*

Zgodnie z najnowszemi poglądami na patogenezę stanów ogólnego zakażenia (septico-pyaemia), drobnoustroje przedostają się do krwiobiegu tego rodzaju chorych okresowo z ogniska pierwotnego zakażenia; ale rozmnażanie się ich we krwi ma miejsce jedynie w bardzo rzadkich przypadkach, zwykle dopiero w końcowych okresach choroby — bezpośrednio przed śmiercią. Zakażenie ogólne przychodzi do skutku na drodze powstawania zakażonych zakrzepów żylnych w sąsiedztwie ogniska pierwotnego, i to najczęściej drobnych zakrzepów przyściennych, niezamykających całkowicie światła żyły. Drobnoustroje, uniesione prądem krwi wraz z cząsteczkami takiego zakrzepu, dają początek nowemu ośrodkowi zakażenia, lub też giną wkrótce dzięki własnościom bakterjobójczym samej krwi.

A więc mechanizm ogólnego zakażenia będzie polegał na powtarzającem się przechodzeniu drobnoustrojów chorobotwórczych do krwiobiegu z ogniska pierwotnego zakażenia za pośrednictwem zakrzepów żył sąsiednich.

Z powyższego określenia nasuwają się nowe uwagi na temat leczenia chirurgicznego tych stanów, a mianowicie — poza zwalczaniem zakażenia w pierwotnem ognisku wskazanem byłoby uniemożliwienie przedostawania się zeń drobnoustrojów do krwiobiegu przez podwiązanie większych pni żylnych. Próby takie były robione w przypadkach zakażeń uszno-gardlanych, jak zapalenie ropne wyrostka sutkowatego lub ropień przymigdałkowy (podwiązanie żyły szyjnej głębokiej), i przypadkach zakażeń połogowych (podwiązanie obustronne żył macicy i przydatków, a nawet żył podbrzusznych). Próby te w całym szeregu przypadków dały podobno wynik pomyślny. Pewne trudności nasuwają się tu, jeśli chodzi o rozstrzygnięcie, czy już ma miejsce zakażanie ogólne z da-

nego ogniska i na drodze których pni żylnych odbywa się ono. Wielce pomocnem bywa tutaj badanie bakterjologiczne krwi pobranej nie z żył, położonych daleko od ogniska pierwotnego zakażenia, ale z żył w jego bezpośredniem sąsiedztwie; doświadczenia pokazały, że ta ostatnia zawiera już drobnoustroje wtedy, kiedy we krwi ogólnego krwiobiegu wykryć ich jeszcze nie można.

Metoda leczenia zakażeń ogólnych podwiązywaniem żył jest jeszcze zbyt młoda i na zbyt skąpym oparta materjale klinicznym, by można było już dziś wydać o niej sąd. Tem nie mniej sama myśl jest bardzo ciekawa i zasługuje na poparcie szerszemi badaniami.

Wstrzykiwania roztworu chlorku sodu w przebiegu ostrej niedrożności jelit. (Les bases physiologiques de la thérapeutique salée dans l'occlusion intestinale). Denis. *La Presse Méd. nr. 94, listopad 1929.*

Od czasu wprowadzenia do lecznictwa ostrej niedrożności jelit wstrzykiwań stężonych roztworów chlorku sodu zaczęły podnosić się głosy co do skuteczności tego sposobu leczenia krańcowo sprzeczne: jedni widzieli bardzo dobre wyniki i gorąco ten sposób polecają, inni — nie zauważyli po tem żadnej poprawy. Ta pozorna sprzeczność zniknie, jeśli się uwzględni podział wszelkich przypadków ostrej niedrożności jelitowej na 2 grupy: 1) niedrożność o wysokiem umiejscowieniu, niedaleko odźwiernika,, dla której charakterystycznem jest znaczne zubożenie ustroju w chlorki, będące w związku z ich stratą bezpowrotną w następstwie częstych i obfitych wymiotów lub też zahamowania wtórnego wsysania się w niższych odcinkach przewodu pokarmowego tych chlorków, które zostały wydzielone z sokiem żołądkowym (jak to ma miejsce w warunkach prawidłowych); 2) niedrożność o niskiem umiejscowieniu — tutaj niema naogół warunków do zubożenia ustroju w chlorki, które zostają wydzielane i wtórnie wchłaniane naogół prawidłowo; ale w tych przypadkach na pierwszy plan obrazu klinicznego występuje zatrucie ustroju produktami rozpadu białka, zawartego w świetle kiszek; podobnie rzecz się ma w przypadkach, gdzie wogóle ściana kiszki uległa daleko idącym zmianom, umożliwiającym wsysanie się do krwiobiegu jej trującej zawartości.

Jasnem jest z tego, co zostało wyżej powiedziane, że wstrzykiwanie dużych ilości chlorku sodu (w roztw. stężonych) wskazanem będzie w niedrożności pierwszego typu, w której głównym objawem będzie brak chlorków; ale leczenie to może pozostać bez wyniku w niedrożności drugiego typu, w której decydującym czynnikiem jest zatrucie ustroju produktami rozpadu białka, zatrucie to narasta tak szybko czasami, że nieraz już po kilku godzinach może doprowadzić do śmierci, w przeciwieństwie do zubożenia w chlorki, które zawsze odbywa się powoli, stopniowo.

Ogólne zakażenia ustroju pochodzenia zębowego. (Les septicémies d'origine bucco-dentaire) — temat programowy VI Zjazdu Francuskiego Stomatologów. **Thibault i Raison.** *La Presse Méd. Nr. 94, Listopad 1929.*

Postacie ostre ogólnego zakażenia (septico- pyaemia) pochodzenia zębowego zdarzają się naogół rzadko; zwykle chodzi tu o zakażenie łańcuszkowcowe, rzadziej — gronkowcowe, enterokokiem, pneumokokiem i innemi. Bez porównania częściej spostrzega się postacie przewlekłe, na które szczególną uwagę zwrócono w ostatnich latach zwłaszcza ze strony lekarzy amerykańskich. Czynnikiem chorobotwórczym bywa tu najczęściej streptococcus viridans, wywołujący ciężkie schorzenie ogólne o wybitnie przewlekłym przebiegu, o wtórnych ogniskach bardzo odległych od ogniska pierwotnego i nie pozostających z nim, pozornie, w żadnej zależności. Należą tu: objawy gośćca stawowego, zapalenia mięśnia sercowego, wsierdzia (endocarditis lenta), niedokrwistośc złośliwa, a nawet wrzód żołądka.

Rozpoznanie bakterjologiczne tych stanów i ustalenie zależności między niemi i pierwotnem schorzeniem jamy ustnej nie zawsze bywa łatwe. Leczenie, poza leczeniem zębów jako ogniska pierwotnego, będzie polegało na stosowaniu szczepionek i surowic, w pierwszym rzędzie auto-szczepionek

Pierwotny nieżyt śluzówki przełyku i jego następstwa. (L'oesophagite primitive et les états inflammatoire de l'oesophage). Guisez. *La Presse Méd. Nr. 96. listopad 1929.*

Wtórne stany zapalne śluzówki, przełyku, powstałe na tle zwężeń bliznowatych uchyłków i t. p., są znane dobrze, jakkolwiek ich rola w obrazie klinicznym tych cierpień niezupełnie jest naogół doceniana. Do jakiego stopnia powikłanie zapaleniem wpływa ujemnie na cierpienie zasadnicze, dowodzi tego chociażby ten fakt, że po wykonaniu przetoki żołądkowej w przebiegu zwężenia przełyku aż do zupełnej jego niedrożności, drożność ta wraca w znacznym stopniu wskutek zmniejszenia się stanu zapalnego przełyku, niedrażnionego już wówczas przechodzeniem pokarmów.

W przeciwieństwie do zapalenia wtórnego — na zapalenie śluzówki przełyku pierwotne zwraca się znacznie mniej uwagi, jakkolwiek jego znaczenie kliniczne, jest bez porównania większe, zwłaszcza dla etjologji różnych ciężkich postaci skurczów przełyku. Ów stan zapalny rozwija się zwykle w następstwie niedostatecznego przeżuwania pokarmów twardych (braki uzębienia), zbyt szybkiego jedzenia, spożywania pokarmów ostro przyprawionych (pieprz, sól, korzenie), alkoholu, wreszcie na tle zwężeń częściowych przełyku (ucisk zzewnątrz, zwężenia przełyku wrodzone); we wszystkich tych stanach powstaje z czasem pewna niedomoga czynnościowa przełyku i zaleganie pokarmów w jego dolnej części, które z kolei pogarsza jeszcze więcej jego stan zapalny. Objawy kliniczne tego cierpienia są zbliżone bardzo do objawów żołądkowych i za takie często są brane; prześwietlenie rentgenowskie nie przyczynia się tutaj do wyjaśnienia rozpoznania, dopiero wziernikowanie przełyku rozstrzyga o istocie cierpienia.

Zaznaczyć tu również należy z naciskiem, że olbrzymia większość skurczów przełyku, rzekomo nerwowych, ma w rzeczywistości swoją przyczynę w jego pierwotnym zapaleniu. Fakt ten ma doniosłe znaczenie dla leczenia tych stanów, które będzie polegało na usunięciu czynnika przyczynowego (braki uzębienia, błędy dietetyczne, alkoholizm), przyjmowaniu wielokrotnie w przerwach między jedzeniem płynów alkalicznych i ewentualnie, rozszerzeniu systematycznem miejsca zwężonego, o ile już doszło do zwężenia organicznego,

Objawy i rozpoznanie różniczkowe ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego i zawężlenia kątnicy (volvulus caeci) (Contribution à l'ètude du colon mobile. Appendicite et volvulus coecal). Pascalis. *La Presse Méd. Nr. 97, grudzień 1929.*

Ciągle jeszcze rozpoznaje się mylnie zapalenie wyrostka tam, gdzie ma się do czynienia z zawężleniem nadmiernie ruchomej kątnicy. Objawy chorobowe są, coprawda, bardzo zbliżone, tem nie mniej istnieją i wyraźne różnice.

Ból w zapaleniu wyrostka nasila się powoli i jest ograniczony zazwyczaj do niewielkiej przestrzeni. W zawężleniu kątnicy ból odrazu osiąga swoje maksymalne nasilenie, jest bardziej rozlany, szerzy się ku górze do zagięcia wątrobowego i występuje napadowo (ból kurczowy). Okłady z lodu w zapaleniu wyrostka działają ogromnie kojąco na ból, w zawężleniu — wprost odwrotnie, ale zato ból zmniejsza się tutaj czasami przy ułożeniu chorego na prawym boku.

Mdłości ani wymiotów w zawężleniu nie bywa wcale, przynajmniej z początku, tak samo — gorączki, jakkolwiek tętno odrazu jest przyśpieszone (100 — 110), stan ogólny — ciężki, rysy twarzy zaostrzone. W przerwach między napadami stan ogólny — czego nie bywa w przebiegu zapalenia wyrostka — wyraźnie się poprawia.

Badanie przedmiotowe wyraźnych różnic między temi dwoma cierpieniami nie wykazuje; jedynie może brak leukocytozy przemawiałby raczej za zawężleniem, niż za zapaleniem wyrostka.

Ścisłe rozróżnienie tych dwu schorzeń ma znaczenie ze względu na wskazania operacyjne. O ile w zapaleniu wyrostka operacja nie zawsze jest bezwzględnie i natychmiast konieczna, o tyle w zawężleniu każda godzina zwłoki z wykonaniem zabiegu może zaważyć poważnie na losach chorego.

W przypadkach nadmiernie ruchomej kątnicy dobre wyniki daje przyszycie pozaotrzewnowe wstępnicy do ścięgna mięśnia lędźwiowo-udowego mniejszego (m. psoas minor).

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Poród prowadzony nie chirurgicznie.(L'accouchement médical). Kreis J. *Revue franc. de la Gynec. 24 Année, Nr. 10, octobre 1929.*

Pod tym oryginalnym tytułem autor omawia sposób prowadzenia porodów przyjęty przez szkołę Strasburską, a zapoczątkowany przez *Schikele'go.*

Polega on na ścisłej obserwacji jakości bólów porodowych i wpływaniu to na zbytnią ich siłę za pomocą dostatecznej dawki spasmalginy *Roche* (1 ampułka do mięśniowo, po 15—20 min. o ile niema efektu druga ampułka) to znów w innych przypadkach na ich osłabienie. Przytem autor zwraca uwagę, że niekiedy występuje jak gdyby osłabienie skurczów trzonu macicy, które jest jedynie skutkiem spastycznego stanu jej szyjki. Podanie w takich razach anti-spasmodicum, jakim jest spasmalgina wywołać może wzmocnienie bólów porodowych wbrew oczekiwaniom.

Drugą sprawą podnoszoną przez *Kreis'a* jest kwestja przebicia pęcherza płodowego, przed całkowitem rozwarciem ujścia zewnętrznego; utrzymujący się pęcherz płodowy przeszkadza ustaleniu się główki w niektórych przypadkach, w innych jest on czynnikiem opóźniającym rozwarcie ujścia zewnętrznego. Szczególnie poleca autor przebicie pęcherza płodowego w przypadkach główki jeszcze nie ustalonej, a to aby pozwolić na wejście jej w bezpośredni kontakt z miednicą i z częściami miękkiemi. O ile prowadzimy poród próbny, wahając się, czy nie zastosować cięcia cesarskiego, należy nie opóźniać zbytnio przebicia pęcherza płodowego, aby możliwie wcześnie wyjaśnić, czy poród drogami naturalnemi da się przeprowadzić, czy nie. Macica niezmęczona długim porodem, postawiona przed koniecznością przezwyciężania przeszkody porodowej, ma tem większe szanse zwycięstwa, im wcześniej wystąpiła do walki.

Klasyczny pogląd w położnictwie głosi, że rola pęcherza płodowego i wód przodujących jest wykonanie rozwarcia ujścia wewnętrznego szybciej i łagodniej, niż czyni to główka. Aby udowodnić błędności tego poglądu autor przebijał pęcherz płodowy u rodzących, przybywających na salę porodową w rozmaitych okresach porodu, w rozmaitych miesiącach ciąży i statystycznie wykazał, że zwłaszcza u wieloródek zabieg ten wpływa na skrócenie porodu, a nie na jego wydłużenie. Przechodząc do ściślejszego omówienia sprawy autor zaznacza, że bywają niektóre przypadki, w których przebicie błon płodowych powoduje przedłużenie czasu porodu, zachodzą przytem zjawiska dwu rodzajów: 1) czynny skurcz macicy, przy rozwarciu mniejszem niż dłoń, 2) zmniejszenie się ujścia zewnętrznego przez bezwład natychmiast po przebiciu pęcherza płodowego, o ile część przodująca nieustalona nie weszła bezpośrednio w kontakt z częściami miękkiemi. Stan pierwszy może mieć wszak również miejsce w porodzie bez przebicia pęcherza, zresztą nie jest straszny dla położnika, gdyż daje się opanować zapomocą wyż. wspomnianej spasmalginy. Druga ze wspomnianych komplikacji jest niestety nie do opanowania, ale grozi ona tylko przedłużeniem porodu, o tyle czasu, ile wymagać będzie odrobienie straconej części rozwarcia.

Wreszcie zarzut najpoważniejszy, że zabiegi przebicia pęcherza płodowego i parokrotne badanie wewnętrzne, konieczne dla ścisłej obserwacji stanu ujścia macicy, wywołać mogą zakażenie połogowe, jest słuszne tylko o tyle, że ilość schorzeń w połogu jest nieco wyższa (b. nieznacznie) w przypadkach z przebiciem pęcherza, niż bez tego zabiegu. Natomiast rodzące, prowadzone w omówiony wyżej sposób, zyskują poważnie na skróceniu porodu, co ma dużą wagę, tak dla kwestji bolesności porodu, jak i dla jego skutków.

Wyniki obrotu zewnętrznego, jako leczenia zapobiegawczego przeciwko wytworzeniu się położenia pośladkowego. (Resultats de la version par manoeuvres externes comme traitement prophylactique de la presentation du siége). Petrone G. *Gynecol et Obstétr. T. XIX N. 4, 1929.*

Na oddziale doc. *Le Lorier* w szpitalu Boucicaut wydarza się jeden poród pośladkowy na 40 porodów ogółem, jeśli zaś brać pod uwagę tylko porody donoszone, to stosunek ten ułoży się jak 1:70. Liczby te są w porównaniu do innych statystyk stusunkowo nizkie, w znaczeniu, że porodów pośladkowych na oddziale doc. *Le Lorier* bywa mniej, niż

w innych zakładach położniczych. Zjawisko to przypisuje autor ścisłemu przestrzeganiu przez wymieniony oddział wykonywania prób naprawienia położenia pośladkowego na główkowe w czasie ciąży, w każdym przypadku zapomocą obrotu zewnętrznego na główkę. Że położenie pośladkowe nie jest położeniem pomyślnem, potwierdzają to (zgodnie z ustalonym poglądem) liczby z oddziału położniczego szpitala Boucicaut przedewszystkiem; co do śmiertelności dzieci, wynosi ona (dla płodów żywych w początku porodu) 12%.

Rozpatrując materjał oddziału i przychodni dla ciężarnych autor stwierdza, że w 19 przypadkach udało się w ciąży naprawić położenie pośladkowe na główkowe zapomocą obrotu zewnętrznego.

Udawało się to nie zawsze od pierwszego razu, w dwu przypadkach musiano obrót powtórzyć, a w jednym — szczególnie upartym, musiano wykonywać obrót aż 4 razy. We wszystkich tych przypadkach dzieci zdolne do życia urodziły się żywe; jeden tylko płód kiłowy urodził się martwy i zmacerowany. We wszystkich prawie przypadkach stosowano zapobiegawczo po obrocie pas na brzuch.

Wśród 154 przypadków porodów pośladkowych wykonano w 16 w czasie ciąży próby poprawienia położenia pośladkowego na główkowe, oczywista z wynikiem ujemnym. W trzech wystąpił nawrót, a w pozostałych trzynastu wogóle obrotu nie udało się wykonać z przyczyn następujących: 5 razy z powodu nadmiernego napięcia macicy, raz z powodu silnych bólów, w pozostałych przypadkach nie wykazano przyczyny nieudatnego wyniku. Położenie pośladkowe niezupełne, jak wiadomo mniej nadające się do obrotu zewnętrznego, od położenia zupełnego, występowało dwukrotnie częściej od tego ostatniego, i to tak w grupie, dotyczącej nieudanych obrotów, jak w całym materjale.

Aspirator tchawicowy. (Aspirateur trachéal). Le Lorier V. *Gynecol. et Obstetr. T. XIX. Nr. 4, 1929,*

Instrument proponowany przez autora służyć może jedynie do wciągania zawartego w tchawicy noworodka śluzu, a nie wdychania do niej powietrza i składa się z 3-ch części: owalnej, przeznaczonej do wejścia do tchawicy, okrągłej i ustnika, przystosowanego również do przyłączenia jakiejkolwiek pompki ssącej. Oczywista cała wyżej opisana rurka ma zdolność wyginania się odpowiednio do potrzeby.

Późne wyniki operacyjnego leczenia tyłozgięcia macicy metodą Doleris Gilliam. (Les résultats éloignes du traitement des retrodeviations de l'uterus par le procedé de Doléris-Gilliam). Tikanadze J. *Gynecol. et Obstetr. T. XIX Nr 4, 1929,*

Autor wykonał operację *Doléris-Gilliam* w 73 przypadkach, z czego w 40 jedynem wskazaniem było tyłozgięcie macicy, w pozostałych zaś przymocowanie macicy do powłok brzusznych wykonano, jako operację dodatkową podczas dokonywania innego zabiegu wewnątrzbrzusznego,. Nawroty stwierdzono w 6 przypadkach, co stanowi w surowej statystyce 13,6%. Po odrzuceniu 4 przypadków z wynikiem niepomyślnym (w jednym miał miejsce błąd operacyjny, w 3 operowano z powodu wypadnięcia macicy, co okazało się błędnem wskazaniem do operacji) pozostaje 2, co stanowi 4,5% nawrotów. Wobec powyższego autor dochodzi do wniosku, że omawiana metoda operacyjna daje dobre wyniki w przypadkach tyłozgięcia macicy, natomiast zupełnie nie nadaje się do leczenia wypadnięć macicy (3 razy operowano — 3 nawroty).

Anatomiczną podstawą powodzenia jest to, że metoda ta opiera się na najsilniejszej (środkowej) części więzadła obłego. Pozatem, co zresztą powszechnie wiadome operacja *Doleris-Gilliam'a* nie stanowi przeszkody dla następowego zajścia w ciążę i dla porodu.

Nowa metoda pochwowego wycięcia macicy. (Procédé nouveau d'hystérectomie abdominale sub-totale) Guaberto L. *Revue Franc. de Gynécologie et d'Obstetr. 24 Année Nr. 10, octobre 1929.*

Metoda proponowana i wypróbowana przez autora wygląda w sposób następujący: cięcie w linji środkowej, uniesienie macicy ku górze szczypczykami *Museux*; podwiązanie więzadeł lejkowo-miednicowych z pozostawieniem narazie nieobciętych nitek, wyosobnienie jajowodów i przecięcie ich krezki, aż do rogu macicy, nacięcie powierzchowne nożem macicy tuż pod dnem, tak, że linja nacięcia przebiega od przodu poniżej macicznego ujścia trąbek, lecz powyżej przyczepu wiązadeł obłych, z tyłu zaś powyżej przyczepu więzadeł jajnika właściwych.

Od tej chwili rozpoczyna się oryginalna część metody, mianowicie wycina się nożyczkami stożek z macicy, poczynając od uprzednio zaznaczonej linji ku dołowi aż do szyji, usuwając w ten sposób dno i większość trzonu macicy wraz z jej jamą; po przetarciu nalewką jodową kanału szyji rozpoczyna autor zaszywanie resztki macicy również w sposób oryginalny; podwiązuje on przedewszystkiem domaciczne końce tętnicy przebiegającej w więzadle obłym jak również przebiegającej w więzadle jajnika właściwem (!?, a co z odżywieniem jajnika—przyp, refer.); szew powyższy przebiega pod więzadłem obłem po przez pozostawioną resztę ściany macicy i ponad (!?) więzadłem jajnikowem właściwem i wykonany jest zapomocą pozostawionych uprzednio końców szwu podwiązującego więzadło lejkowo-miednicowe. Teraz paroma szwami przechodzącemi przez dno jamy wytworzonej w macicy, po wycięciu stożka, zaszywa się wyżej wspomniany ubytek i naciągając więzadła obłe na tylną powierzchnię kikuta macicy pokrywa się go w ten sposób skrzydłami więzadła szerokiego.

T. Zawodziński,

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Nagły zgon skutkiem krwotoku do jamy osierdzia po wstrzyknięciu dożylnem novarsenobenzolu 0,3. (Mort brusque par hémopéricarde consécutif à une injection intraveineuse de 30 cgr. de 914). Ch. Laurent. *Bull. de la Soc. Fr. de Dermat. et de Syphil., 1929, Nr. 4.*

U 30-letniego mężczyzny z powodu wątpliwych zmian kiłowych zastosowano wstrzyknięcie salwarsanu (0.3). Chory zniósł zabieg bez dolegliwości, w 56 godzin po wstrzyknięciu zmarł nagle. Badanie pośmiertne wykazało 450 gr. skrzepłej krwi w worku osierdzia. Miejsca, skąd pochodziło krwawienie, nie można było znaleźć. Skrzep przylegał silnie do nasady dużych naczyń a błona surowicza w tym miejscu była krwawo podbiegnięta. Przypadek bez wytłómaczenia.

W sprawie leczenia wilką rumieniowatego wstrzykiwaniami bizmutowemi. (A propos d'un nouveau cas de lupus érythémateux fixe traité par les injections bismuthiques). J. Nicolas, J. Lacassagne, J. Rousset. *Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et de Syphil. 1929, Nr. 4.*

Opis przypadku wilka rumieniowatego na nosie u 26-letniej kobiety, istniejącego od 5 miesięcy. U chorej zastosowano co drugi dzień wstrzyknięcia jodo-bizmutu (*Ercé*). Po czwartem wstrzyknięciu była wyraźna poprawa, łuszczenie znikło, ognisko zmiękło, było gładkie. Po sześciu chora była prawie wyleczona. Miejscowo nic nie stosowano.

Nie można wspólnie z *Sezary,m*, od którego pochodzi ten sposób leczenia, twierdzić, że leczenie jest tem skuteczniejsze im świeższe są zmiany chorobowe, gdyż jeszcze w poprzedniej pracy autorzy podali opisy 17 przypadków wilka rumieniowatego leczonych tym sposobem z dobrym skutkiem. Pomiędzy temi przypadkami niektóre były długotrwające.

Zakażenie ogólne gronkowcowe, przebiegające podobnie do róży. (Septicémie staphylococcique à forme érysipelatoïde). Paul George. *Presse méd. 1929, Nr. 64.*

Opis przypadku rozpoznanego pierwotnie jako róża na twarzy u kobiety 27-letniej, u której po dokładniejszem zbadaniu okazało się, że obraz kliniczny wykazuje pewne cechy szczególne, na brzegu ogniska nie można było zauważyć wyniosłego wału, barwa skóry w miejscu zmienionym nie była żywo czerwona, jak zwykle w róży, lecz wyraźnie ciemno fjoletowa, ciepłota miejscowa, zamiast podniesiona, była wyraźnie obniżona. W miejscu ogniska cyanotycznego wyraźne nacieczenie wyczuwało się tylko w środkowej części ogniska. Te cechy, jak również i ciężki stan ogólny chorej (ciepłota ogólna 40.2°, tętno 160) skłoniły autora do postawienia rozpoznania septicaemia staphylococcica erysipeloides, które to rozpoznanie zostało potwierdzone dwukrotnem badaniem krwi. Na pożywce buljonowej w 24 g. po wysianiu 10 cm. krwi wzrosły liczne drobnoustroje, podobne do ziarenkowców wyhodowanych z surowicy pęcherzy, znajdujących się w ognisku chorobowem, typu staphylococcus aureus. Dalszy przebieg choroby również potwierdził drugie rozpoznanie, wystąpił jednostronny wytrzeszcz gałki ocznej skutkiem zmian w naczyniach, duszność wreszcie zejście śmiertelne.

W podobnych przypadkach poleca autor próbować leczenia odkażającego (dożylne wlewanie 2% roztworu trypaflawiny).

Rumieniowo wybroczynowa postać zakaźnego rumienia w dziewiątym dniu. (La forme erythemato-purpurique de l'erythème infectieux du neuvième jour). Dr. Paul Blum. *Annales des malad. vener. 1929, Nr. 11.*

Opis przypadku owrzodzenia kiłowego na prąciu u mężczyzny 31-letniego. Chory otrzymał w przeciągu 5 dni 4 wstrzyknięcia novarsenobenzolu w dawkach wzrastających 0,15, 0.3, 0.45, 0.6. Następnego dnia po czwartym wstrzyknięciu wystąpiło silne osłabienie, poczem w 24 g. ciepłota ogólna 40.5°. Ósmego dnia chory czuł się lepiej, dziewiątego dnia wystąpiły rumienie i wybroczyny na kończynach górnych. Ze względu na pojawienie się wykwitów w dziewiątym dniu po pierwszym wstrzyknięciu novarsenobenzolu, na podniesienie ciepłoty poprzedzające wybuch wysypki, na dwupostaciowość wykwitów, na brak swędzenia. brak wybroczyn na śluzówkach i na poprawę stanu ogólnego przed wybuchem i w czasie wybuchu autor nie rozpoznawa w tym przypadku wysypki toksycznej. posalvarsanowej lecz uważa te zmiany za wysypkę zakaźną skutkiem biotropizmu krętków. W myśl tego rozpoznania zastosowano po przerwie dalsze wstrzykwania novarsenobenzolu co 2 — 3 dni, po których wysypka ustąpiła.

2 przypadki kiłowego owrzodzenia wewnątrzcewkowego u kobiety. (Deux cas de chancres syphilitiques intra-uréthraux chez la femme). J. Gouin i P. Daoulas. *Annal, des Mal. Vener. 1929, Nr. 8.*

Opis 2 przypadków pierwotnego owrzodzenia kiłowego na śluzówce cewki moczowej u 2 młodych kobiet. W jednym przypadku zakażenie poprzedził i ułatwił uraz i skaleczenie śluzówki cewki moczowej skutkiem wadliwego wprowadzenia cewnika przy leczeniu rzeżączki u tej chorej. Autor podnosi rzadkość takiego umiejscowienia wrzodu pierwotnego.

2 przypadki rozległej gruźlicy brodawkowatej całkowicie wyleczone przy pomocy radjoterapji. (Deux cas de tuberculose verruqueuse etendue gueries completement par la radioterapie). J. Gate i J. Coste, P. Michel. *Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et de Sypb. 1929, Nr. 7.*

Przypadek fagedenicznych gruźliczych zmian brodawkowatych na wewnętrznotylnej okolicy stopy u 22-letniej kobiety. Ognisko było wielkości dużej dłoni, podzielono je na 3 pola i każde pole naświetlano jednorazowo bez użycia filtru (17—18 H). Zabliźnienie nastąpiło powoli, blizna była jednak znaczną przeszkodą w chodzeniu.

Przypadek drugi podobnych zmian na grzbietowej powierzchni dłoni u 47-letniego mężczyzny wyleczony był tym samym sposobem. Zabliźnienie nastąpiło szybko. Stosowano po naświetlaniu codziennie przemywanie solą fizjologiczną i pastę cynkową.

Szybki wynik leczniczy po stosowaniu dożylnych wstrzykiwań natr. hyposulf. w 2-ch przypadkach wyprysku. (Action rapide et remarquable des injections intraveineuse d'hyposulfite de Na (methode de Ravaut) dans deux cas d'eczéma rebelle). J. Lacassagne, Roger Fromert. *Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et Syph. 1929, Nr. 7.*

2 przypadki wyprysku, z których jeden szczególnie oporny na leczenie, leczone były sposobem podanym przez *Ravaut*; zmiany ustąpiły po 3-ciem i po 4-tem wstrzyknięciu. Wstrzykiwano dożylnie naj-

pierw 1.5 natr. hyposulf., w 2 dni później 3 gramy, następnego dnia 4,5 gr. i tę dawkę powtarzano codziennie. Środek ten można stosować per os o ile są przeciwskazania do wykonywania wstrzykiwań dożylnych. Skutek wtenczas jest o wiele gorszy. Przy stosowaniu dożylnem poprawa występuje zwykle po 8-ym lub 9-tym wstrzyknięciu,. Autor zwraca uwagę na szybki wynik leczniczy w powyższych 2-ch przypadkach.

Fosforowe schorzenia skóry. (Phosphorides cutanees). J. Nicolas, J. Gate, J. Rausset. *Annales de Derm. et. de Syphil. 1929, Nr. 9.*

Opis dwuch przypadków schorzenia skóry, występującego pod wpływem związków fosforowych u robotników zatrudnionych w fabryce zapałek. Schorzenie rozpoczyna się rumieniami na rękach i przedramionach, szybko rozprzestrzeniającemi się na całe ciało. Rumienie pokrywają się pęcherzykami i obraz kliniczny przypomina wtedy eczema seborrhoicum impetiginisatum. Często przychodzi do zgorzeli skóry, śluzówki ulegają zaczerwienieniu i wtedy obraz przypomina oparzenia pogazowe. W kilka dni pęcherzyki przysychają, skóra zaczyna się obficie łuszczyć, jest to trzeci etap tego schorzenia przypominający obrazem klinicznym erythrodermia exfoliativa. W czasie choroby chorzy odczuwają silne bóle skóry, bardzo duże pragnienię. Ze skóry wydziela się obficie woń fosforu. Nigdy nie spostrzegano ciężkich objawów ogólnych zatrucia fosforem.

Autorzy wykonali szereg doświadczeń, które wykazały szkodliwe działanie odpowiednich związków na skórę, zwłaszcza w obecności tłuszczów i waseliny na skórze. Zapobieganie polega na myciu się po pracy, całkowitej zmianie odzieży, na przemywaniu spojówek i jamy ustnej roztworem dwuwęglanu sodu. Leczenie polega na stosowaniu łagodnych środków utleniających z dodatkiem nieżrących zasad np.: Kali hyperm. 2,0, natr. bicarb. 25.0. aq, destill ad 1000,0 (okłady).

Uogólniony wyprysk wyleczony sposobem niespecyficznego odczulenia. (Eczéma tenace généralise rebelle a tout traitement et guéri par la désensibilisation aspécifique). N. N. Dracoulides. *Ann. de Derm et de Sypbit 1929 nr 8).*

U 33 letniego mężczyzny z kiłą wrodzoną, cierpiącego na długotrwałe, nawrotowe, wypryskowe, sączące zmiany na genitaljach i kończynach górnych skutkiem stosowania miejscowo różnych środków t. zw. „cudownych" stan chorobowy pogorszył się do tego stopnia, że całe ciało było pokryte sączącemi, swędzącemi zmianami, skóry zdrowej prawie nie można było spostrzedz. Kiedy chory wreszcie zdecydował się leczyć systematycznie u lekarza, zastosowano okłady rezorcynowe w ciągu dnia, i na noc okłady z linimentum oleo-calc. Ponadto 18 wstrzyknięć własnej krwi w dawkach wzrastających od 5 do 22 cm^3 dwa razy tygodniowo i 10 dożylnych wlewań calc. chlor. z mocznikiem. Po 20 dniach stan chorego znacznie się poprawił a po następnych 15 dniach zastosowano leczenie przeciwkiłowe środkami podawanemi doustnie (calomel, semluol). Leczenie specyficzne, zwykle sprowadzające zaostrzenie zmian wypryskowych, tym razem i w tej postaci zniesione było przez chorego dobrze. Po 2 mies. chory był zupełnie wolny od zmian wypryskowych, Aby utrwalić ten wynik leczenia, ewentualnie zapobiedz nawrotom, zastosowano leczenie przeciwwstrząsowe (natr. hyposulfur) i przeciwswędzeniu (natr. hyposulfur 1,0. bromur. camph., natr. silic. aá 0,5 trzy razy dziennie w ciągu 3 tyg.). To ostatnie leczenie stosuje autor stale naprzemian z leczeniem specyficznem wyżej podanym. Chory pozostaje już rok pod obserwacją i nawrotów nie wykazuje.

Bujające ropne zmiany na śluzówce policzka, naśladujące nowotwór. (Pyodermite végétante buccale simulant le cancer). Gougerot. *La Presse. med. 1929 nr. 92.*

U 51 letniej kobiety na wewnętrznej powierzchni policzka od 2 miesięcy istnieje ognisko, złożone z płaskich wegetacji, łatwo krwawiących. Ognisko ma zarysy policykliczne. Równocześnie także od 2 miesięcy istnieją zajady w obu kącikach ust. Rozpoznanie było trudne. Ze względu na szybki rozwój zmian, policykliczne zarysy, istnienie zajadów, brak leukoplazji i owrzodzeń autor rozpoznał zmiany ropne. Szybkość wyleczenia (13 dni) potwierdziło rozpoznanie. Leczenie polegało na płukaniu ust wodą naturalną Saint-Christan lub sztuczną (Natr. chl. 1,0, Cu SO_4 0,001 — 0,002, rozpuścić w szklance ciepłej wody) i na jednorazowym, codziennem przyżeganiu, bezpośrednio po płukaniu $^1/_{20}$ zinc. chl. lub $^1/_{10}$ arg. nitr. lub płynem Lugola. Po 6-ciu dniach wegetacje odpadły, pozostawiając owrzodzenie. Wtedy zaprzestano przyżegania a zaczęto po płukaniu pędzlować wodnym rozczynem 1% błękitu metylenowego. Jeśliby wydzielina zawierała fusospirille Vincenti należy użyć do pędzlowania wodnego roztworu sulfarsenolu.

Szybkie wyleczenie tocznia twarzy u obciążonego kiłą wrodzoną przy pomocy kuracji przeciwkiłowej. (Guérison rapid d'un lupus de la face chez un hérédosyphilitique par le traitement antisyphilitique). Deshyer. *Annal. des Mal. Vener. 1929, nr 5.*

Przypadek tocznia pospolitego u 16 letniego chłopca na policzku, leczonego przez 7 lat. Autor, podejrzewając na podstawie dodatniego odczynu *Hechta* współistnienie kiły wrodzonej, zastosował leczenie specyficzne. W kilka miesięcy zmiany na policzku, uległy całkowitemu zabliznieniu.

Rzeżączkowe zakażenie „d'emblée" u mężczyzny (Les infections gonococciques génitales d'emblée chez l'homme). Ch. David. *Annal. des Mal. Vener. 1929 nr. 8.*

Kilka opisów klinicznych rzeżączkowego ostrego zapalenia gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy nigdy nie zauważyli u siebie najmniejszych objawów ze strony cewki i pęcherza. Autor przyznaje możliwość istnienia podobnego zakażenia, tłumacząc je w ten sposób, że niewątpliwie dwoinki *Neisera* przeszły przez śluzówkę cewki moczowej, nie wywołały w niej jednak takich zmian klinicznych, by je chorzy mogli zauważyć. Zakażenie takie może utrzymać się lata i od czasu do czasu może przejść w okres, w którym chory zaraża rzeżączką. To zakażenie jest również powodem wybuchu ostrego stanu zapalnego sterczu, przyjądrza i t. p. Badanie wydzieliny z cewki i z gruczołu krokowego co do obecności gonokoków napotyka na duże trudności rozpoznawcze. W celu odróżnienia koków, nieraz bardzo wyglądem zbliżonych, poleca autor zakładać sztuczne hodowle na pożywkach wybiorczych (spermoculture).

Przypadek gruźliczego zakażenia drogą skórną u oseska z wytworzeniem owrzodzenia na skórze. (Un cas de primo-infection tuberculeuse par voie cutanée chez le nourrisson, avec chancre d'inoculation à la peau). Leon Bernard, Marcel Lelong, Maurice Lamy, *Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hopitaux de Paris 1929. Nr. 31.*

U 10-cio miesięcznego dziecka wystąpiło na przedniej powierzchni klatki piersiowej owrzodzenie owalne o średnicy 8 i 4 mm, o brzegach płaskich, nieco podminowanych, dnie płytkim, czystym, łatwo krwawiącym, nierównym, prawie brodawkowatym. Pod lewą pachą znajdował się pakiet gruczołów limfatycznych, powiększonych. zlewających się z sobą, stwardniałych. W pięć miesięcy owrzodzenie prawie zupełnie zagoiło się pod wpływem obojętnych środków zastosowanych miejscowo, gruczoły pachowe natomiast rozmiękły. W wyciągniętej z nich ropie znaleziono liczne prątki Kocha. Po punkcji gruczołów wytworzyła się przetoka. Odczyn skórny na tuberkulinę był dodatni. Objawów klinicznych gruźlicy w innych narządach nie stwierdzono. Matka dziecka cierpiała na gruźlicę płuc i niewątpliwie od niej zakaziło się dziecko. Autor zwraca uwagę na rzadkie występowanie pierwotnego zakażenia skóry w przeciwieństwie do częstych wtórnych zakażeń skóry w postaci tocznia, skrofulidów i tuberkulidów. Co się tyczy leczenia, to według niektórych dobry skutek wywiera naświetlanie promieniami pozafiołkowemi, inni radzą galwanokauteryzację, zabieg chirurgiczny lub wreszcie naświetlanie owrzodzenia lampą *Bacha* z równoczesnem wstrzyknięciem do rozmiękłych gruczołów zawiesiny jodoformu w glicerynie.

O neurodermitach i ich leczeniu. (Sur les nevrodermites et leur traitement). R. Sabouraud. *La Presse Med. 1929, Nr. 95.*

Zmiany opisywane pod niewłaściwą nazwą neurodermitis występują przeważnie u kobiet w wieku lat 30 do 50 w postaci najczęściej pojedyńczych tarczek w okolicy potylicy, na karku lub na szyji. Skóra w miejscu tarczki jest zgrubiała, zaczerwieniona, o budowie wyraźnie poletkowatej. łuszcząca się. Choroba trwa miesiące i lata, powoduje silne napadowe swędzenie i drapanie jest tym czynnikiem, który sprowadza wtórne zakażenie tarczek i ich sączenie. Samoistne remisje w przebiegu choroby zdarzają się. Jako nietypowe umiejscowienie podaje autor wewnętrzną powierzchnię uda, krocze, okolicę krzyżowo-ogonowa. Schorzenie to spotyka się najczęściej u osobników, którzy wykazują pewnego rodzaju depresję psychiczną, Etjologja tego schorzenia, które dawniej miało lepszą nazwę „lichen circumscriptus" nie jest do dziś dnia wyjaśniona. Autor od szeregu lat znajduje w tych zmianach paciorkowce i przypisuje tym drobnoustrojom pewną rolę. Miejscowe leczenie zwykle wystarcza do usunięcia tych zmian. Autor poleca zwilżanie co wieczór 1% nalewką jodową a następnie stosowanie maści z zawartością 10% smoły węgla kamien. Dobry wynik można również uzyskać naświetlając zmiany promieniami X w zwykłych dawkach, który to jednak sposób jest niewskazany w okolicy owłosionej głowy. Maść należy zmywać mieszaniną (w równych częściach) alkoholu 90%, acetonu bezwodnego i wody destylowanej. Leczenie to należy stosować przeciętnie około 3 miesięcy, gdyż po wcześniejszym jego zaprzestaniu często występują nawroty. Leczenie ogólne polega na usuwaniu niedokrwistości, upławów i podniesieniu ogólnego stanu organizmu (chinina, strychnina, arszenik, kąpiele, promienie ultrafioletowe).

Dr Z. Jastrzęboka.

CHOROBY NERWOWE.

Neurologja w roku 1929. (La neurologie en 1929). Dr. Scheffer Henri. *Paris medical. 1929.*

W tymczasowym komunikacie podaje autor niektóre ważniejsze zdobycze na polu neurologji. Abstrahując od djagnostyki guzów mózgowych i rdzeniowych, w której to dziedzinie okazała się klasyczną próba lipjodolowa (*Sicard*), szerzej omówiona jest próba lędźwiowa manometryczna, powszechnie obecnie stosowana w Ameryce. W ucisku rdzenia znamy poza objawami neurologicznymi w ścisłem tego słowa znaczeniu, objawy zablokowania przestrzeni podpajączynówkowych: Syndrom koagulacji, ksantochromja, dyssocjacja białkowo-cytologiczna, próba lipjodolowa *Sicard* i próba *Quekenstedta-Stookeya* (manometryczna). *Stookey* z objawu Quekenstedta uczynił próbę klasyczną. Chory leży poziomo, głowa w przedłużeniu tułowia, szyja wolna. Najmniejsze nawet ruchy są wzbronione. Jeden asystent odczytuje cyfry na manometrze (wodnym) a drugi odczytuje czas. Wszystko potem powinno być graficznie przepisane. U zdrowego przy dotknięciu żył szyjnych podnosi się szybko słup wody o 2 — 12 mm. Przy ucisku głębokim żył szyjnych u zdrowego słup podnosi się gwałtownie o 35—40 cm. W wypadku bloku zupełnego poziom płynu mózgowordzeniowego nie ulega zmianie, a w bloku niezupełnym zachodzą modyfikacje jak naprzykład podnoszenie się powolne słupa wody a opadanie szybkie i t. p. Przy ucisku zaś powłok brzusznych (10 sekund), co należy ująć jako próbę dodatkową, gdy obie próby poprzednie wypadły ujemnie — podnoszenie się słupa jest powolniejsze i mniej wysokie niż przy głębokim ucisku żył szyjnych.

Wskaźnikiem ciśnienia jest różnica pomiędzy ciśnieniem manometrycznem początkowem a ciśnieniem znalezionem po odpuszczeniu 7 cm. płynu mózgo-rdzeniowego. U zdrowego spadek ciśnienia jest słaby, poniżej 50%. W wypadku bloku zupełnego poziom opada do zera (100%) a w bloku niezupełnym ciśnienie opada do 70%.

Z powyższego wynika doniosłość próby i różnica jaka zachodzi pomiędzy prymitywną próbą *Queckenstedta*, a *Stookeya*, która jest cyfrowo z precyzją ujęta. Klinicznie, tak w instytucie nowojorskim, jak i w paryskim (*Vincent*), znaleziono znakomite potwierdzenie próby. Stwierdzono konieczność próby w przypadku guzów rozsianych. U jednego chorego po zabiegu chirurgicznym, w którym usunięto guz, pozostały zaburzenia czynnościowe. Pró-

ba manometryczna wykazała drugi guz *(M. Reckting bausen)*. Jasne, że musi się stale stosować inne próby djagnostyczne.

2) Geneza rozmiękczenia mózgu. Patofizjologja schorzenia nie jest tak wyświetloną jak objawy histopatologiczne i kliniczne. Przyjmuje się, że nekroza ischemiczna jest bardzo często następstwem obliteracji naczyniowej lecz nie zawsze, nie musi też stale powstawać na tle zakrzepu. *Foix* i *Ley* znaleźli w swoich przypadkach tylko 30% obliteracji zupełnych, a w prawie wszystkich przypadkach znaczne uszkodzenia (lésions) a więc trzeba przyjąć jeszcze jakiś czynnik, który warunkowałby rozmiękczenie. Przypuszczają, że jest nim jakiś czynnik angiospastyczny podobnie jak w morbus *Raynaud*. Nieraz jednak, zwłaszcza u starców, musimy myśleć o daleko idącem osłabieniu aparatu naczyniowo-sercowego przebiegającem z hypotonią, gdzie przyjść może do wciągnięcia ku wewnątrz uszkodzonej ściany naczyniowej. Podobnie *Cl. Vincent* objaśnia rozmiękczenie po obfitych upustach krwi, kiedyto przychodzi do spadku częściowego ale znacznego ciśnienia tętniczego, a naczynie sklerotyczne nie jest w stanie przeciwstawić się naporowi krwi, przyczem pewną rolę odgrywa też w tym wypadku zmiana lepkości i krzepliwości krwi. A więc poza trombozą i emboljąą trzy czynniki warunkują rozmiękczenie mózgu. Uszkodzenie ścian naczyniowych, dodatkowe osłabienie aparatu naczyniowo-sercowego, skurcze naczyniowe. Kwestja skurczów naczyniowych nie jest jeszcze ustalona. Badania *Floreya* stwierdzają brak innerwacji naczyń mózgowych a *Tinela* wskazują na jej niejednokrotną obecność. W każdym razie fizjologja krwiobiegu jest specjalną. Terapeutycznie okazuje się, że wielkie upusty krwi mogą być szkodliwe z powodu kruchości naczyń ateromatycznych, zwłaszcza w czasie ictus. Lecz środki spazmolityczne są bardzo wskazane ze względu na możliwość skurczów naczyniowych (trinitrina, belladona, acécholine), tonica, cardiaca w hypotonji, leczenie hygjeno-djetetyczne zwłaszcza w przypadkach pochodzenia nerkowego, zakaźnego, intoksykacyjnego.

Guzy okolicy trzeciej komory. Najważniejsze objawy: Senność (np. encephalitis lethargica). Nie ulega wątpliwości istnienie ośrodka snu, które leży ku przodowi od wodociągu Sylwiusza. Doświadczalnie *Vincent* wywołał narkolepsję drażniąc dach trzeciej komory ku tyłowi od chiasma,

Rytmiczność dotąd niewyjaśniona. Tak zapalenie mózgu śpiączkowe jak i guzy mogą wykazywać śpiączkę i bezsenność. Polyurja jest objawem uszkodzenia okolicy infundibularnej, nieco ku przodowi od ośrodka snu. Syndrom adiposo-genitalny często dołącza się do poprzednio wspomnianych, ponadto niejednokrotnie cukromocz, zaburzenia w krążeniu jako zespół hypotalamiczny. Jako źródło i pochodzenie powyższych objawów wchodzi w rachubę przysadka jedynie odnośnie do polyurji. Objawy pyramidalne i extrapyramidalne w postaci porażeń połowiczących, często o typie parkinsonowskim, napady hypertonji zaburzenia czucia o typie talamicznym. gospodarki cieplnej, psychiczne i oczne objawy. Trudno narazie stworzyć obraz kliniczny guzów okolicy trzeciej komory.

Ciśnienie tętnicze siatkówkowe. Mierzenie tego ciśnienia jest jednym z nielicznych, bardzo ważnych środków pomocniczych dla stwierdzenia wzmożonego ucisku wśródczaszkowego. Technicznie potrzebne są dwa przyrządy: oftalmodynamometr *Baillarta*, którym uciskamy aż do ukazania się pierwszego uderzenia tętniczego (minim.), i oftalmoskop elektryczny. Znaleziono ciśnienie wyższe tuż przed pojawieniem się tarczy zastoinowej, potem (po wystąpieniu tarczy) wyniki są niepewne. Ocenianie jest nieco subjektywne i konieczne jest subtelne obchodzenie się z aparatami, przy jednakowoż łatwej i prostej technice. W toku są badania ciśnienia tetniczego siatk. w przebiegu bólów głowy. Teorja mechaniczna tłumaczy tę hypertenzję tem, iż w czaszce zachodzi równowaga pomiędzy ciśnieniem żylnem a ciśnieniem otoczenia, uwarunkowanem ciśnieniem płynu mózgo-rdzeniowego. Jeśli równowag a jest przerwana hipertenzją wśródczaszkową, przychodzi do kompensacyjnej hypertenzji naczyniowej odwrotnie. Pogląd drugi przyjmuje istnienie ośrodka wazomotorycznego. Anemja powoduje reflektorycznie hypertenzję naczyniową. *Tournade* uważa, iż mamy tu do czynienia z autonomiczną regulacją krążenia wśródczaszkowego.

Chirurgja n. sympatycznego. W dziedzinie tej niema obecnie kolosalnych zdobyczy, nic ustalonego a doświadczenia ostatnich lat wykazują, iż chirurgja n. sympatycznego powinna być raczej konserwatywną. *Lériche i Fontaine* poddali rewizji współczesne poglądy (kongres neurolog 1929). Anatomicznie: Przyjmuje się istnienie komórek sympatycznych poza zwojami; Fizjologicznie: podkreślają główną rolę elementów ściennych w innerwacji naczynioruchowej, istnienie czucia sympatycznego (brak zaburzeń czucia sympat. przy równoczesnem upośledzeniu czucia mózgowo-rdzeniowego w anestezji), wpływ na tonus mięśniowy. Patologja: Uraz obwodowy wywołuje rozszerzenie naczyń (osteoporoza, arthritis traumatica). Wszystkie uszkodzenia elementów sympatycznych, neuromaty pooperacyjne mogą dać objawy na odległość (zamknięty łańcuch układu sympat.), Zespół bólowy szczęki dolnej powstaje przez podrażnienie okolicy poniżej ganglion cervicale superius, ból ramieniowo-łopatkowy z powodu podrażnienia korzonków od C5 do DI, napady dusznicy bolesnej przez podrażnienie górnej części zwoju gwiaździstego, a astma i obrzęk ostry płuc też z uszkodzenia tego zwoju. Mechanizm bólu sympat. związany jest prawdopodobnie z istnieniem zaburzeń naczynio-ruchowych, ze stanem przekrwienia na skutek przyczyn zewnętrznych, fizycznych lub psychicznych. Dla zaburzeń odżywczych nie wystarcza istnienie ischemji, lecz ponadto konieczne są zaburzenia wazomotoryczne. Stąd sympatektomja jest jest jedynym zabiegiem wchodzącym w rachubę w tych stanach.

Ogólnie biorąc chodzi tu o usunięcie nieprawidłowych odruchów symp. i pobudzenie autonomji układu tkankowego obwodowego, czyto przez zmniejszenie podrażnienia dośrodkowego (wycięcie blizny), czyto przez przerwanie sznura symp. w jego przebiegu (sympatektomja, ramisekcja) lub wreszcie przez zadziałanie na ośrodki (usunięcie zwoju). Zabiegami najwięcej szans mającemi są ramisekcja (włókna prepangljonarne) i sympatykomja okołotętnicza, najczęściej przez *Lériche'a* stosowana. Wyniki są przejściowe, miesiąc trwające przeciętnie.

Chirurgja bólu. W zespołach bólowych stoją nam do dyspozycji głównie albo przecięcie nerwu czuciowego, względnie radikotomja tylna, albo operacje sympatyczne. Neurotomja czuciowa usprawiedliwiona jest w neuralgji nerwu trójdzielnego, w bólach poherpesowych, w meralgia paresthetica i in. W kryzach tabetycznych raczej ramisekcja Zabieg na nerwia symp. obok dobrych stron przedstawia wielkie trudności odnośnie do wyboru miejsca, typu operacji, ewentualności powstania neuromatu, uczulenia na ból. Jako wskazania do operacji wchodzą w rachubę angina pectoris. bez wybitnych zmian sercowo-aortowych, tachycardia paroxysmalis, przypadki gwałtownych bólów żołądkowych w zapaleniu nerek, w zapaleniu pęcherza (usunięcie ganglion hypogastricum), w dysmenorrheach) sympatektomja aorty, a. il., lub hyp.). W kauzalgji (sympatektomja), o bardzo dobrych wynikach.

Chirurgja w przypadkach z zaburzeniami naczyniowo-ruchowymi. Wskazania dają przedewszystkie m. Raynaud, i akrocjanoza, wyniki po sympatektomji są znakomite. W sklerodermji i w zanikach skórnych widziano dobre rezultaty po ramisekcji. Zaburzenia tętnicze uwarunkowane są zmniejszeniem przepływu krwi w związku ze zmniejszeniem się objętości naczyń i czynnikiem naczynio-ruchowym (z podrażnienia). Pierwszy czynnik nie zawsze musi wywołać gangreny, natomiast bóle, sinica, obrzęk, zaburzenia troficzne bezwzględnie zależne są od czynnika wazomotorycznego. Wskazaną jest resekcja tego segmentu. W sprawach starczych bez efektu.

Chirurgja napięcia mięśniowego pourazowego daje wyniki zachęcające, natomiast w przykurczach pochodzenia piramidalnego i pozapiramidalnego narazie doświadczenia są nieliczne.

Chirurgja zaburzeń troficznych. Owrzodzenia poza owrzodzeniami na tle nerwowem po oparzeniach, pourazowe leczą się po sympatektomji bardzo szybko (wazodylatacja i fagocytoza). W owrzodzeniach tabetycznych nie widział *Leriche* efektu.

W zaburzeniach organów wewnętrznych i w schorzeniach obwodowych astma daje wskazania do zabiegów na nerwie sympatycznym. Od czasu thyrecidektomji częściowej Basedow nie daje wskazań. W epilepsji są wyniki wątpliwe po sympatektomji perikarotidjalnej.

Przyczynek kliniczny i histopatologiczny do studjum o chorobie Heine-Medin'a. (Contributions cliniques et histopatologiques à l'etude de la maladie de Heine-Medin). Radowici, Savulesco i Petresco. *Revue neurologique octobre 1929, t. II, Nr. 4.*

Instytut prof. *Danielopolu* miał możność i sposobność w czasie epidemji poliomyelitis w roku 1927 obserwować dokładnie 20 chorych w wieku od 3 — 34 lat, pod najrozmaitszemi postaciami klinicznemi, w 50% o charakterze paraplegji wiotkich, a wyjątkowo też w postaci odosobnionego, obwodowego porażenia nerwu twarzowego. Prawie wszystkie przypadki wykazywały początek z gorączką, lekką anginą, bólami głowy i zaburzeniami żołądkowo-jelitowemi w łączności z wymiotami. We wielu przypadkach początkowo też zaznaczone były objawy oponowe, które naprowadzały nieraz na rozpoznanie zapalenia opon mózgowordzeniowych. Formy te paraplegiczne występowały tylko, jako następstwa monoplegji i paraplegji, często poprawiając się jeszcze w przebiegu choroby. Jeden chory zmarł. Chodziło o postać ostrą, bulbarną o przebiegu bardzo gwałtownym. Były przypadki zupełnego wyleczenia. Porażenia mięśniowe miały tendencję rozszerzania się w kierunku do kończyn, a poprawa szła odwrotnie, t. zn, ruchy pojawiają się w pierwszym rzędzie w palcach, podczas gdy mięśnie okolicy scapo-humeralnej i coxo-femoralnej były jeszcze porażone. Zupełnie inaczej niż w polyneuritis i porażeniach pochodzenia mózgowego.

Anatomo-patologicznie rozwój uwarunkowany jest zajęciem rogów przednich rdzenia, natomiast odnośnie do następstw nie zaobserwowano żadnej systemizacji np. w jednym przypadku (poliomyelitis ascendens) porażenie kończyn cofnęło się zupełnie. W przypadku odosobnionego porażenia n. twarzowego musiano przyjąć zajęcie jądra bulbarnego równoznacznego z rogiem przednim rdzenia.

Zarazek poliomyelityczny żyje normalnie tak jak i virus encephalitis epidemica w stanie saprofitycznym w nosogardzieli U niektórych w pewnych specjalnych warunkach zależnych od immunizacji może przyjść do stanu, charakteryzującego się przedewszystkiem lokalizacją w jądrze n. twarzowego.

Pełnem powodzeniem cieszyło się leczenie surowicą chorych.

Zaburzenia czucia o charakterze podmiotowym spotykano u chorych często z początkiem choroby. Chorzy skarżyli się na bóle głębokie, samoistne w mięśniach i stawach dotkniętych.

Ciepłota miejscowo jest obniżona zawsze.

Histopatologicznie: wybitne rozszerzenie naczyń, w świetle naczyń krwinki czerwone, elementy monoi polynnklearne, śródbłonek uszkodzony, wysięk okołonaczyniowy, proliferacja neuroglji i inne znane objawy. Epidemjologicznie nie zaobserwowano zakażenia bezpośredniego. Przyjmuje się, iż osobniki z odpornością naturalną mogą być nosicielami zarazka i roznosić go po mieście. Autorzy uważają, iż chorzy z paralysis facialis podczas epidemji poliomyelitis powinni być uważani za nosicieli zarazka.

Leczniczo stosowano surowicę antipoliomyelityczną Pettita bez żadnego wyniku. Możliwe, że pomaga ona jedynie w pierwszych momentach inwazji zarazka. Trudno wydać sąd o działaniu leczniczem środków (diatermji i in.) ze względu na charakter postępujący i samoistne regresje. Mimoto stosowano u wszystkich chorych, zwłaszcza w stadjum atrofji mięśniowych i hipotermji, zabiegi fizykalne (diat.).

L. Wander.

CHOROBY UCHA GARDŁA I NOSA.

Przewlekła angina rylcowego pochodzenia. (Angine styloidienne chronique). Garel — Arcelin — Charrat. *Annales des maladies de l'oreille, du lar., T. XLVII. Nr. 8, sierpień 1928.*

Pacjent skarży się przez dłuższy czas na pewną trudność połykania, zwykle jednostronną, ma uczucie zawadzania, jakby ciała obcego i rodzaj pieczenia w okolicy migdałka. Zwykłe metody badania nie wykazują nic szczególnego, śluzówka jest prawidłowo zabarwiona. Jest się skłonnym przypuszczać obecność czopów w uchyłkach migdałka. W niektórych z tych przypadków pacjent sam zwykle powyżej czterdziestki, nabiera wobec upornej objawów podejrzenia nowotworu. W czteru takich przypadkach — w ciągu lat siedmiu — udało się *Garelowi* palpacją ustalić rozpoznanie obecności nadmiernie długiego wyrostka rylcowego, wywierającego ucisk na tylną część migdałka. Wyrostek ten wyczuwa się jako kostny opór w odnośnej

okolicy. *Arcelin* wzgl. *Charrat* potwierdzili w każdym z tych przypadków rentgenologicznie istotę cierpienia. Pacjentów leczy przeważnie już samo postawienie rozpoznania, gdyż zwykle ponad samemi dolegliwościami góruje potęgująca się fobia. Cierpienie to nie może być uważane jako wada wrodzona, lecz należy je tłomaczyć postępującem kostnieniem więzu rylcowognykowego. Inni autorowie spostrzegali to cierpienie, a w niektórych przypadkach cechujących się nieznośnymi bólami dokonywana była operacja usunięcia uciskającego wyrostka jużto przez usta po wyłuszczeniu migdałka, jużto od zewnątrz. Zabieg ten ze względu na ciasne stosunki w sąsiedztwie wielkich naczyń nie jest pozbawiony niebezpieczeństwa.

Kostniak okolicy podniebienia i wyrostką skrzydłowego. (Osteome palato-ptèrygoidièn). Vanden Wildenberg. *Jw.*

Wrodzony guzek wielkości wiśni, umiejscowiony na podniebieniu blisko wyrostka skrzydłowego lewego urasta z czasem do wielkości dużego orzecha włoskiego, wywołując zamknięcie lewego tylnego otworu nosowego i znaczne trudności w oddechaniu i odżywianiu się. Cięciem od strony podniebienia wyłuszczono guz przy pomocy raspatora, dłutka i młotka, w znieczuleniu miejscowem, bez większego krwawienia i zaszyto śluzówkę ponad ubytkiem. Następstwem było zagojenie per primam i stałe uwolnienie od dolegliwości. Pacjentka miała lat 40. Pochodzenie tych guzów, należących do rzadkich, bywa różnie tłomaczone, jest jednak wedle autora embrjonalne.

Metatonsillitis. (Des metatonsillites). K. B. Steinmann. *Jw Nr. 9 wrzesień 1929.*

Nazwą powyższą ujmuje autor w jedną całość wszelkie najróżnorodniejsze schorzenia zebrane z piśmiennictwa i własnego doświadczenia, jakie wykazuje organizm w prawdopodobnym lub pewnym związku z trwającą lub przebytą, ostrą lub przewlekłą zmianą chorobową migdałków, o ile schorzenia te występują poza obrębem bezpośredniego sąsiedztwa chorych migdałków. Ciekawem dla praktyka jest już samo zestawienie tej różnorodnej galerji cierpień. Znajdą się tam i takie, o których związku z gardłem się zwykle nie myśli. Dlatego warto tę pracę, obejmująca także uwagi o fizjologji i terapii migdałków przeczytać. Obok rzeczy częstszych, jak reumatyzm, nephritis znajdzie tam czytelnik i rzadsze, jak meningitis, cholecystitis, appendicitis jakoteż nawet cierpienia ginekologiczne (sepsis puerperalis itd) skórne (purpura hemorrhagica, erythema nodosum itd), różne, (neuritis acustica), wydzielnicze (m. Addisonis, Basedovii, diabetes) i pewną ilość ciekawostek. I tak raz po wycięciu migdałka przeciętnego miał w szybkiem tempie ustąpić niedorozwój gruczołu sutkowego tejże samej strony. Praca zawiera wskazówki w kierunku wczesnego rozpoznania ukrytych zmian migdałkowych, jak czopy, ropnie ukryte między łukami itd. W dziedzinie terapii, przeważnie, że tak powiem, zachowawczo-chirurgicznej, z szczególną supremacją żegadła elektrycznego, uderza stosunek negatywny autora do tonsilektomii, którą autor określa jako zabieg długotrwały, bardzo krwawy i bolesny i jako rodzaj „sportu!“ bez znaczenia praktycznego!? Stanowisko takie jest sprzeczne ze stanem faktycznym, wedle którego tonsilektomia zajmująca dziś miejsce naczelne w lecznictwie cierpień migdałkowych, jest — n. b, przy odpowiedniej technice chirurgicznej — zabiegiem krótkotrwałym (1—2 minut), niekrwawym, bezbolesnym, gojącym się szybko i gładko, nie pozostawiającym żadnych przykrych następstw, ani blizen i na ogół całkiem bezpiecznym, jednym słowem idealnie celowym.

Nowa metoda leczenia ozeny. (Nouvelle methode de traitement de l'ozene). F. Federici. *Jw. N. 10. październik 1929.*

Najrozmaitsze stosowano już metody dla zwężenia przestworów jamy nosowej w ozenie. O ile cel ten zostanie osiągnięty, poprawiają się także lub znikają najprzykrzejsze objawy tej choroby jak tworzenie się strupów i cuchnienie. Można, tu wyliczyć wstrzykiwanie podśluzowe wazeliny, parafiny lub wszczepianie najróżniejszych tkanek, jak części rzepki wołu, blaszki kostne z kości biodrowej samego pacjenta, chrząstkę z przegrody nosowej lub przerosłą muszlę dolną uzyskaną z operacji innego osobnika. Autor stosował ostatnie z wyliczonych przeszczepień w 6 wypadkach, cztery razy jednostronnie, 2 razy obustronnie (dwuczasowo) u osobników żeńskich w wieku od lat 20 do 30. Czas obserwacji po zabiegu wynosi u pacjentów 9 do 13 miesięcy. Autor jest z osiągniętych wyników bardzo zadowolony. Autor resekował muszlę dolną przy danem oczywiście wskazaniu u innych klinicznie przebadanych zdrowych ogólnie pacjentów i po odpreparowaniu śluzówki przegrody wprawadzał ją poziomo między chrząstkę a ochrzęstną chorych na ozenę, poczem zaszywał miejsce cięcia śluzówkowego.

Przyczynek do badań nad zapaleniem ucha środkowego szkarlatynowem i jego powikłań u dzieci. (Contribution a l'etude de l'otite scarlatineuse et de ses complications chez l'enfant). A. Lamarley. *Jw. Nr. 11. listopad 1929.*

W przebiegu szkarlatyny zdarzają się zapalenia ucha środkowego 1) złośliwe nekrotyzujące i 2) dobrotliwe. Pierwsze, dawniej częste, jako powikłania późnych ciężkich angin streptodyfterytycznych są obecnie rzadkie i zdarzają się w trakcie angin wczesnych złośliwych. Powodują one szybko martwicę postępującą kości sutkowej i skalistej o ile nie kończą się śmiertelnie z powodu nekrozy błędnika i powikłań wewnątrzczaszkowych, spowodowanych głównie utrzymującą się zjadliwością łańcuszkowca, przechodzą w stadjum przewlekłego ropienia po uporaniu się z łańcuszkowcem przez organizm. W okresie pierwszym, niebezpiecznym i postępującym wskazany jest jaknajwcześniejszy zabieg operacyjny, bardzo radykalny i o ile możności z wyjałowieniem terenu. Duże usługi oddają obecnie w tym kierunku przesącze łańcuszkowców i miejscowe stosowanie promieni pozafiolkowych. Gdy okres zjadliwości minął, wskazane jest przeciwnie postępowanie wyczekujące aż do oddzielenia się martwaków. Łagodne zapalenia ucha występują jużto od samego początku łagodnych form szkarlatyny, jużto koło 20-go dnia i są wynikiem współdziałania infekcji mieszanych wychodzących z jamy nosowej i nosogardłowej. Głównym czynnikiem usposabiającym są tu adenoidy. Przeciwdziałanie polega na adenotomii zapobiegawczej lub leczniczej. Po pierwszej szkarlatyna przebiega, jak wykazuje statystyka, łagodniej, druga, którą należy wykonać w 4-ym tygodniu — przed opuszczeniem pawilonu izolacyjnego, — ma trzy dodatnie skutki: 1) zapobiega przejściu zapalenia ucha w postać przewlekłą 2) zmniejsza szanse powikłań nerkowych, reumatycznych i adenopatji podostrej w okresie poszkarlatynowym, 3) zmniejsza ilość przenosicieli bakterji.

Wyleczenie zapalenia nerwu wzrokowego przez wycięcie muszli średniej i otwarcie szerokie zatoki klinowej przy braku klinicznych zmian jamy nosowej i zatok. (Nevrites optiques gueries ou ameliorees, en l'absence de toutelesion naso-sinusal par l'exerese du cornet moyen et la simple ouverture large du sinus sphenoidal). E. Escat. *Jw. Nr. 12 grudzień 1929.*

W wypadkach zapalenia nerwu wzrokowego o niejasnej etiologji, gdzie zachodzi podejrzenie pochodzenia luetycznego, należy nawet przy ujemnym wyniku badania rhinologicznego jak najwcześniej, o ile możności przed wystąpieniem atrofii nerwu, wykonać wewnątrznosowo wycięcie muszli średniej i otwarcie zatoki klinowej po stronie odnośnej. Korzystne wyniki wystąpią nawet przy zabiegu względnie późnym. Narkoza dla zabiegu i obieranie drogi operacji przez oczodół są tylko tylko wyjątkowo wskazane ze względu na młody wiek pacjenta lub szczególnia ciasne stosunki endonasalne, gdzie nawet podśluzowa resekcja przegrody nie uprzystępnia terenu. Osiem historji chorób objaśnia tezę autora.

A. Schwarzbart.

BIBLJOGRAFJA

R. Porak. Les Syndromes Endocrines. *Doin et Cie. Paris, 1929, 554 str. Cena 90 fr.*

Dzieło powyższe obecnie ukazało się w drugiem powiększonem wydaniu, i zapewne również jak i pierwsze wydanie zostanie wkrótce wyczerpane, albowiem dziś może więcej niż kiedyindziej zaznacza się potrzeba wśród ogółu lekarzy podręcznika w sposób przejrzysty ujmującego zagadnienia klinicznych zespołów zaburzeń wydzielania wewnętrznego. Pozbawiona zbytniego balastu w postaci zbędnych już nieaktualnych poglądów i przytaczania bezkrytycznego niezliczonych źródeł piśmiennictwa, książka *Poraka* zwięźle, a jednak dla potrzeb ogólnych wystarczająco, szczegółowo, przedstawia poszczególne zaburzenia czynności gruczołów dokrewnych. Zaburzenia ze strony wzrostu, przemiany materji, ukrwienia, zmiany troficzne, skórne, a nawet stany psychiczne wynikłe na tym podłożu są szczegółowo omówione, przyczem nacisk świadomie położył autor na stronę kliniczną. Leczenie w miarę możności zostało uwzględnione. Książkę uzupełniają dwa rozdziały napisane przez *Chauvet'a* i *Sourdela*, a poświęcone stanom melancholicznym i zaburzeniom wielogruczołowym.

Dufourmentel. Chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire. *Masson et Cie. 222 str., 69 rysunków. 1929 r. Cena 40 fr. fr.*

Staw żuchwowy dotychczas nie cieszył się popularnością, a otwarcie mówiąc, nawet ci, którzy zdawałoby się winni okazywać mu szczególne zainteresowanie t. j. chirurdzy, a zwłaszcza stomatolodzy również nie poświęcali mu tyle uwagi, na ile on niewątpliwie zasługuje. Z tego względu należy ze szczególnem uznaniem powitać monografję *Dufourmentel'a*, która wypełniając dotkliwą lukę, nie wątpliwie spotka się z zainteresowaniem i powitana będzie z radością przez wszystkich lekarzy zajmujących się stomatologją. Autor omawia stosunki anatomiczne, pewne osobliwości kliniczne stawu żuchwowego, następnie schorzenia zapalne, wady zgryzu, zesztywnienia, zwichnięcia i nadwichnięcia, wreszcie złamania żuchwy. Dość dokładne przedstawienie współczesnego lecznictwa (i operacyjnego) podnosi szczególnie zalety książki. Obfite zestawienie piśmiennictwa jest wielkiem ułatwieniem dla każdego, chcącego bliżej zapoznać się z tą dziedziną chirurgji. Graficzna strona bez zarzutu.

A. W.

Ch. Achard. L'oedème brightique. *Stron 214 in 8-vo. Nakład: Doin et C-nie. Editeurs. Paris, 1929. Cena 30 fr. fr.*

Ostatnio wydane dziełko prof. *Achard'a* dzieli się na cztery części. Część pierwsza obejmuje anatomję patologiczną tkanek dotkniętych obrzękiem, skład chemiczny płynu obrzękowego oraz omawia różnice ilościowe niektórych ciał chemicznych we krwi, które spotyka się u osób dotkniętych obrzękiem w przebiegu nerczycy. Część druga (kliniczna) przedstawia ogólne cechy, umiejscowienie, częstość występowania zarówno obrzęków skóry (anasarca), jak i przesięków w jamach surowiczych. Następnie autor omawia szerzej obrzęk śluzówki oskrzeli, powikłania ze strony przewodu pokarmowego, obrzęk krtani, obrzęk płuc (i jego objawy oraz przebieg kliniczny), obrzęk opon mózgowych i mózgu oraz obrzęk siatkówki oka. Kolejno zajmuje się autor etjologją i szczegółową charakterystyką tych zmian w nerkach, którym towarzyszy obrzęk, poświęcając najwięcej miejsca nerczycy (nephrosis), przechodząc zaś do omówienia zatrzymania chlorków w ustroju, wagi ciała, ilości dobowej moczu i ciśnienia tętniczego, zastanawia się nad zdolnością obrzękową tkanek. Ostatni rozdział tej części omawia zespół obrzękowy w odniesieniu do klasyfikacji zapaleń nerek.

Trzecia część poświęcona jest patogenezie obrzęków i ta część jest najobszerszа. Zwięzły i jasny jest wykład o składzie chemicznym krwi, o roli krystalloidów, roli błony djalizującej, wymianie między tkankami a krwią w warunkach fizjologicznych a następnie obszerniejsze omówienie poszczególnych czynników w stanach patologicznych (uszkodzenia chorobowe błony djalizującej, rola ciśnienia krwi w naczyniach włosowatych, krystalloidy, hipotetyczne połączenia organiczne, kolloidy białkowe, lipoidy, elektrolity. Szczegółowo jest omówiona, w osobnym rozdziale, przemiana wodna w ustroju zdrowym i w obrzękach. Na końcu tej części znajdujemy syntezę omówionych, a tak bogatych w treść rozdziałów, oraz refleksje na temat obrzęków pochodzenia nerkowego i mocznicy.

Czwarta część zajmuje się leczeniem, które może być tylko objawowem (z wyjątkiem obrzęków spowodowanych zmianami nerkowemi natury kiłowej. Tu autor omawia: ograniczenie płynów przyjmowanych, djetę małosolną (wiele praktycznych wskazówek!), djetę bogatą w ciała azotowe, a wreszcie środki moczopędne (puryny, cukier, mocznik, chlorek wapnia, potas, związki rtęciowe, opoterapja), środki przeczyszczające, napotne, nasercowe oraz wypuszczanie przesięków i obrzęków.

Pierwsza, druga i czwarta część nie przynoszą wprawdzie rzeczy nowych, lecz wykład jest tak jasny, a przedstawienie poszczególnych objawów tak niezwykle plastyczne, że każdy lekarz z przyjemnością przeczyta te stronice, tembardziej, że przedmiot jest traktowany wyczerpująco.

Do powyższych wartości niniejszej książki, znamionujących zawsze tego znakomitego klinicystę (*Achard* jest członkiem najwyższej instytucji naukowej: Instytutu Francuskiego i jeneralnym sekretarzem Akademji Lekarskiej), dołączyć należy wartości trzeciej części, w której ściśle osobiste poglądy autora łączą się, uzupełniając, z najnowszymi poglądami szkoły anglosaskiej, niemieckiej i belgijskiej (*Gowaerts*). Autor jest zwolennikiem poglądów o pozanerkowem pochodzeniu obrzęków, operuje biegle pojęciami fizykalnej chemji, nie przeciążając przytem swego dzieła wzorami fizycznymi i matematycznymi, na co sam zakres książki nie pozwala. Przedstawienie tych poglądów jest jasne i łatwo zrozumiałe a nadto harmonijnie łączy się z własnemi badaniami i poglądami autora na t. zw. przez niego, system szczelinowy (système lacunaire), wypełniony płynem szczelinowym (zwanym też płynem międzykomórkowym, miąższowym (serosité interstitielle), który autor odróżnia od właściwej chłonki (lympha), znajdującej się w naczyniach chłonnych.

Jest rzeczą jasną, że dzieła tego rodzaju, jak niniejsze, mogą wywołać dyskusję ze strony zwolenników innych poglądów, choćby dlatego, że sprawa tworzenia się obrzęków pochodzenia nerkowego nie jest ostatecznie wyjaśniona. Tem nie mniej zdobyczy naukowych ostatnich lat nie można lekceważyć, gdyż poglądy te coraz więcej zyskują zwolenników; książka *Achard'a* ma zatem podwójną wartość dla lekarza praktyka, gdyż z jednej strony znajdujemy w niej piękny wykład kliniczny o obrzękach pochodzenia nerkowego oraz ich leczenie, z drugiej zaś strony jasne przedstawienie nowych poglądów teoretycznych na powyższą sprawę.

Zdzisław Gorecki (Warszawa).

Paul Petit-Dutaillis. Przewlekłe zaburzenia czynnościowe i odżywcze w ginekologji. (Troubles fonctionnels et dystrophies á l'état chronique en gynécologie. Avec 185 figures dans le texte. Préface de René Leriche). *Paris. Lib. Octave Doin 1928, pages 466.*

Autor powyższego dzieła, wybitny ginekolog, chirurg szpitala St Michel w Paryżu, daje przejrzysty zarys fizjopatologji narządów rodnych kobiecych i wyczerpujące wskazówki lecznicze do zwalczania tak licznych zaburzeń sfery płciowej u kobiet. Wieloletnie doświadczenie, sumienna, pełna współczucia obserwacja chorych przekonała go, że w ocenie i rozpoznaniu chorób kobiecych punkt widzenia anatomo-patologiczny jest nie wystarczający, często błędny. Śmiało tedy wstąpił na drogę, którą kroczy od początku XX wieku ginekologja. a która czynność narządu rodnego kobiecego ściśle wiąże i uzależnia od funkcji całego ustroju. Trzy układy ustrojowe mają wpływ przemożny na prawidłowe, jak również i na odbiegające od normy patologiczne czynności narządu rodnego, mianowicie układ dokrewny, układ współczulny (naczyniоruchowy) i układ psychonerwowy. Po dokładnem omówieniu stosunku każdego z tych układów do zmian cyklicznych jajnika i macicy, po wyłożeniu źródeł etjologji i podstaw diagnostyki różniczkowej licznych objawów chorobowych narządów w miednicy położonych autor podaje bogaty arsenał środków leczniczych farmakologicznych, organoterapeutycznych i psychoterapeutycznych.

185 rysunków ilustruje wywody i rozważania autora. Obejmują one anatomję, histopatologję narządów rodnych, diagnostykę, jak również szereg operacji, przeważnie zachowawczych, nowszej daty, mających na celu ułatwienie zajścia w ciążę dalej operacji plastycznych oraz sympaektomję modo *Leriche*.

Styl jasny, żywy, obrazowy, mnóstwo cytat i sentencji znakomitych lekarzy i filozofów sprawia, że książka czyta się łatwo bez zmęczenia, z niesłabnącem do samego końca zainteresowaniem. Posiew nowych myśli, tak bardzo odbiegających od uświęconych kanonów urzędowej ginekologji, czynią książkę d ra *Dutaillis* godną jak najszerszego rozpowszechnienia w świecie ginekologicznym.

L. Lorentowicz

Dr. W. Miklaszewski. Rak, jako choroba społeczna — w świetle ankiety ogólno-polskiej 1925 r. *Wydawnictwo Polskiego Komitetu do Zwalczania Raka. Serja Naukowa Nr. 6. Z zapomogi Departamentu Służby Zdrowia Minist. Spraw Wewn. Warszawa 1929 r.*

W dobie dzisiejszej powszechnego zainteresowania się sprawą raka, już nie tylko specjalistów - lekarzy, ale wogóle wszystkich warstw społeczeństw całego świata, jest ogromną zasługą autora wprowadzenie na porządek dzienny zagadnienia tego i na terenie Polski.

Wnioski swoje wyprowadza autor na podstawie przeprowadzonej przez siebie statystyki z roku 1923 i dwu pierwszych miesięcy 1925.

W porównaniu z innemi państwami, zwłaszcza z Ameryką i Europą Zachodnią liczba guzów złośliwych w Polsce jest niewielka. Zależy to zdaje się, w pierwszym rzędzie od niższego wieku przeciętnej śmiertelności ludzi u nas, co. z kolei, jest następstwem szalejącej u nas gruźlicy (na jednego rakowatego przypada 48-75 gruźlików). Duża odsetka ludzi w Polsce wprost nie dożywa (z powodu gruźlicy) tego wieku, kiedy mogłaby zapaść na raka.

Sprawa rozpoznawania raka wogóle przedstawia dużo do życzenia, a już co do wczesnego rozpoznania — to jest zupełnie źle, zresztą nietylko u nas, ale i wszędzie na Zachodzie.

W etjologji schorzenia czynniki osobiste, rodzinne, grupowe (rasa, naród) nie grają, zdaje się, większej roli; wyraźniejsze znaczenie okazują czynniki czysto zewnętrzne — społeczne, zawodowe.

Pracę swą (98 stron druku) autor podzielił na 4 działy: 1) Ankieta w sprawie raku, 2) Charakterystyka ogólna chorych, dotkniętych nowotworami złośliwemi, 3) Nowotwory złośliwe poszczególnych narządów, 4) Wnioski ogólne. Praca ta daje wyczerpujący pogląd na kwestję raka w Polsce z punktu widzenia społeczno-

lekarskiego i dlatego też powinni się nią zainteresować wszyscy ci, którym dobro społeczne leży na sercu — czy to ze względów zawodowych, czy też osobistego zamiłowania. Zważywszy zaś te ogromne nieraz, trudności, na jakie natrafia autor na drodze zdobywania danych statystycznych, wytrwałość jego budzi tem większy podziw, a praca — tem większy szacunek:

M.

K R O N I K A

Program Kursu Ogólnodokształcającego dla Lekarzy przy Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Kurs będzie trwał od dnia 27 marca do 9 kwietnia 1930 r. włącznie. Na kurs złożą się wykłady i zajęcia praktyczne, żywo obchodzące lekarzy-praktyków pod względem rozpoznawczym i leczniczym.

Szczegółowy program będzie doręczony poszczególnym uczestnikom kursu, jak również osobom zainteresowanym bądźto pocztą, bądźto osobiście. Posiadający karty uczęstnictwa, otrzymane po uregulowaniu należności, mają prawo osobiście zgłosić swój udział w internacie w Klinice Położniczo-Ginekologicznej. Zwyczajem lat ubiegłych uczęstnicy kursu mają prawo korzystania ze zniżek kolejowych w drodze powrotnej, będą mieli zapewnione mieszkania w Warszawie po cenach umiarkowanych oraz otrzymają zaświadczenia z odbycia kursu.

Wykaz wykładów: A. Z medycyny wewnętrznej: 1) Doc. dr. W. Filiński—Rozpoznawanie i leczenie choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy — 2 godz. 2) Doc. dr. W. Filiński — Kiła układu krążenia—2 godz. 3) Doc. dr. L. Karwacki—Bakterjoterapja w leczeniu gruźlicy—1 godz. 4) Dr. J. Misiewicz—Odma sztuczna—2 godz. 5) Dr. J. Misiewicz—Leczenie gruźlicy w warunkach domowych—2 godz. 6) Prof. dr. W. Orłowski—Niewydolność krążenia i jej leczenie — 3 godz. 7) Prof. dr. M. Semerau-Siemianowski — Pokowanie w różnych zaburzeniach krążenia — 2 godz. 8) Prof. dr. E. Żebrowski — Znaczenie rozpoznawanych objawów osłuchowych ze strony serca (z pokazami chorych)— 2 godz. B. Z chorób dziecięcych: 1) Doc. dr. M. Erlich — Djagnostyka i terapja cierpień jelitowych wczesnego dzieciństwa — 2 godz. 3) Prof. dr. M. Michałowicz —Odżywianie niemowląt—4 godz. 4) Doc. dr. Sparrow — O szczepieniach przeciwbłoniczych i przeciwpłoniczych — 1 godz. 5) Prof. dr. W. Szenajch—Klinika i leczenie chorób zakaźnych— 2 godz. 6) Prof. dr. W. Szenajch — Walka z zakażeniami wewnątrzszpitalnemi wraz z pokazem szpitala Karola i Marji — 1 godz. C. Z ginekologji i położnictwa: 1) Doc. dr. H. Beck—Krwotoki maciczne—4 godz. 2) Prof. dr. A. Czyżewicz—Wskania do przerwania ciąży — 1 godz. 3) Prof. dr. A. Czyżewicz — Niepłodność: przyczyny i leczenie — 1 godz. 4) Doc. dr. H. Gromadzki — Leczenie nie operacyjne spraw zapalnych w ginekologji—4 godz 5) Doc. dr. L. Lorentowicz—Upławy i ich leczenie— 2 godz. 6) Doc. dr. Z. Monsiorski — Skrzywienie i przemieszczenie macicy (przyczyny i leczenie) — 3 godz. D. Z chirurgji: 1) Prof. dr. A. Leśniowski — Postępowanie lecznicze w kamicy nerkowej i moczowodowej — 1 godz. 1) Prof. dr. A. Leśniowski—Przewlekłe przewężenie jelit — 1 godz. 3) Doc. dr. J. Mossakowski — Stanowisko chirurgji współczesnej w sprawie zapobiegania i leczenia tężca — 1 godz. 4) Prof. dr. Z. Radliński — Rak sutka—1 godz. 5) Prof. dr. Z. Radliński—Wczesne rozpoznanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego—1 godz. 6) Prof. dr. Z. Radliński—leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc (z demonstracjami phrenicoexhairesis przez dr. Piaseckiego)—1 godz. 7) Dr. J. Rutkowski—Przetaczanie krwi — 2 godz. 8) Doc. dr. B. Szerszyński — Zasady djagnostyki urologicznej—2 godz. 9) Doc. dr. A. Wojciechowski—O leczeniu guzów krwawniczych wstr ykiwaniami — 1 g. 10) Dr. J. Zaorski — Leczenie żylaków i owrzodzeń, goleni z demonstracjami — 1 godz. E. Z neurologji: 1) Dr. S. Leśniowski — Nowoczesne sposoby leczenja chorób kiłowych układu nerwowego ze szczególnem uwzględnieniem leczenia malarją — 1½ godz. 2) Dr. J. Morawiecka — Klinika wczesnych okresów cho ób kiłowych układu nerwowego— 1½ godz. F. Z rentgenologji: 1) Doc. dr. A. Elektorowicz—Rentgenodjagnostyka kliniczna narządów klatki piersiowej — 2 godz. 2) Doc. dr. A. Elektorowicz — Rentgenodjagnostyka przewodu pokarmowego — 2 godz. G. Ogólne: Dr. M. Stawiński—lecznictwo kasowe oraz stosunek kasy do administracji i do ubezpieczonego — 1 godz.

Kurs odbędzie się, o ile się nań zgłosi do 15 marca b. r. przynajmniej 30 osób. Opłata ryczałtowa za całkowity kurs wynosi 75 złotych; dla asystentów i hospitantów klinik i oddziałów szpitalnych m. st. Warszawy 30 złotych. Zgłoszenia, wszelkie zapytania informacyjne i wpłaty pieniężne należy kierować do sekretarza kursu pod adresem: Dr. Stanisław Hrom, asystent II Kliniki Chorób Wewn. U. W.—Warszawa, Szpital Dzieciątka Jezus Nowogrodzka 59.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Orzechowska 4. Tel. 420-90.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

		cała 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 . . . . . „			
	pozostałe . . . . . „	300.—	170.—	95.—

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

ROK IV WARSZAWA 1930 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

OD REDAKCJI.

Konkurs „Wiedzy Lekarskiej".

Zgodnie z warunkami konkursu, podanymi w numerze majowym „Wiedzy" w r. 1929 ogłaszamy obecnie opinję Sądu Konkursowego:

Sąd Konkursowy pod przewodnictwem P. Prof. W. Orłowskiego po zaznajomieniu się z bardzo nielicznie nadesłanemi pracami postanowił: żadnej z nich nagrody nie udzielać, jedną zaś p. t. „Phosphacid d-ra Romanowskiego" (autor dr. Bryliński, godło „Kresowiec") zakwalifikował do druku na warunkach zwyczajnych.

Wobec powyższego Redakcja Wiedzy przedłuża termin konkursu do dnia **31, XII, 1930,** *jednocześnie — chcąc ułatwić ubieganie się o nagrodę, — cofa następujące warunki: obowiązkowy wyjazd do Francji (pozostawiając to jedynie jako życzenie) oraz niemożność uczęstniczenia w konkursie lekarzy pracujących w szpitalach i klinikach miast uniwersyteckich. Wobec tego warunki konkursu brzmią obecnie następująco:*

WARUNKI KONKURSU:

1. Ubiegać się o nagrodę mogą jedynie lekarze, obywatele polscy, całoroczni prenumeratorzy „Wiedzy", z wyjątkiem stałych współpracowników pisma.

2. Praca musi być oryginalna, oparta na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniach, uwzględniająca obok własnych spostrzeżeń i wniosków także i piśmiennictwo polskie, a podług możności i obce, zwłaszcza francuskie. Praca powinna uwzględniać

przedewszystkiem potrzeby lekarza praktyka, bądź to w dziedzinie zapobiegania chorobom, bądź ich rozpoznawania, bądź też lecznictwa, lub we wszystkich tych dziedzinach łącznie, bez względu na specjalność. Rozmiar pracy nie może przekraczać 16 st on druku „Wiedzy". Na konkurs mają być nadsyłane tylko takie prace, które dotychczas drukiem ogłoszone nie były.

3. Prace winny być napisane poprawnym językiem polskim, b. czytelnie na jednej stronie arkusza z pozostawieniem marginesu i podpisane godłem. Prace konkursowe powinny być nadesłane w 3 egzemplarzach do Administracji „Wiedzy", najpóźniej do dnia 31 Grudnia 1930 r. Razem z pracą nadesłać należy: kwit opłaconej całorocznej prenumeraty i zamkniętą kopertę, opatrzoną zewnątrz w to samo godło i zawierającą wewnątrz imię, nazwisko i dokładny adres autora.

4. Wyniki konkursu będą podane do wiadomości w marcowym zeszycie r. 1931 „Wiedzy". Prace odznaczone będą ogłoszone drukiem na łamach „Wiedzy" w ciągu roku 1931.

5. Redakcja zastrzega sobie prawo wyboru niektórych prac z pośród niewyróżnionych i ogłoszenia ich drukiem po uprzedniem zawiadomieniu autora. Prace te będą honorowane narówni ze zwykłemi, niekonkursowemi pracami. Autorom prac wyróżnionych na konkursie nie przysługuje prawo ani do honorarjum, ani do umieszczenia ich w innem piśmie.

6. Nagroda główna wynosi **3000 zł.**, *oprócz tego ustanawia się trzy nagrody pocieszenia; jedną w kwocie 500 zł. i dwie po 250 zł. Cztery piąte tych nagród będą wypłacone gotówką, a reszta czekiem księgarni francuskiej, pozwalającym na otrzymanie książek lekarskich w języku francuskim na powyższą sumę podług wyboru nagrodzonego.*

7. W razie gdyby Sąd Konkursowy nie przyznał nagrody, wymienionej pod 6, żadnej z nadesłanych prac z powodu nieodpowiedniego poziomu naukowego, wówczas zastrzega się dla tegoż Sądu Konkursowego prawo, albo ponownego ogłoszenia konkursu, albo podziału nagród wymienionych pod 6 i 7 na pięć równych części (t. j. po 800 zł.) z tem, że w ten sposób nagrodzeni otrzymają po 650 zł. gotówką i 150 zł. czekami księgarni francuskiej i polskiej, pozwalającymi na otrzymanie książek lekarskich podług wyboru nagrodzonego.

Redakcja Wiedzy Lekarskiej poczuwa się do miłego obowiązku złożenia na ręce Pana Profesora Witolda Orłowskiego — serdecznego podziękowania członkom Sądu za trudy poniesione w związku z konkursem.

PRACE ORYGINALNE

DR. M. GRZYBOWSKI

Najczęstsze błędy popełniane w rozpoznawaniu i leczeniu chorób skóry przez lekarzy nie-dermatologów.

Z chorobami skóry oraz z chorobami wenerycznemi w większych ośrodkach, a zatem w miastach, styka się prawie wyłącznie lekarz fachowo w tym kierunku wykształcony, a niespecjalista w razie potrzeby skorzystać może z współpracy pracowni i lekarzy specjalistów. Inaczej zgoła ma się rzecz na prowincji w małych miasteczkach, osadach i na wsi, tam bowiem lekarz dzięki odmiennym warunkom zajmuje się kilkoma specjalnościami; choroby skórne i weneryczne, jako rzadsze od schorzeń ogólnych, nie znajdują często w tych warunkach odpowiednio przygotowanych lekarzy, to też rozpoznawanie i leczenie tego rodzaju chorób częściej od chorób wewnętrznych i zakaźnych jest błędne, w najlepszym zaś razie oparte o zasadę „non nocere", która prowadzi do straty czasu w chorobach skóry, a w chorobach wenerycznych zwłaszcza jest szkodliwa. Dodam, że często choroby skóry nieuleczalne przez szereg miesięcy lub lat mogą być przy prawidłowem postępowaniu uleczone bardzo szybko, co prócz wielkiej korzyści dla chorego przyczynić się musi również do rozgłosu lekarza. W obecnem zestawieniu postaram się przedstawić w krótkości zasady prawidłowego postępowania w chorobach skóry i zwrócę uwagę na popełniane w tych działach błędy rozpoznawcze i lecznicze.

Wyprysk eczema jest przez ogół lekarzy niefachowców, a często i przez fachowców rozpoznawany niewątpliwie zbyt często; z niewielką przesadą powiedzieć można, że te wszystkie przypadki chorób skóry, które nie udało się rozpoznać jako określonej choroby skóry — rozpoznawane są jako wyprysk; rozpoznaj się zatem kiłę, gruźlicę, nabłoniaki skóry łuszczycę, świerzb, a reszta, wszystko nierozpoznane — wchodzi przy tego rodzaju nieprawidłowem postępowaniu do obszernej grupy wyprysku; jest to zatem rozpoznanie negatywne, tworzące grupę tem szerszą, im dany lekarz mniej zna i mniej rozpoznaje inne choroby skóry. Uproszczony ten sposób postępowania ma również i swój schemat leczniczy, którego podstawą jest maść cynkowa; niepowodzenia lecznicze przy tym sposobie postępowania tłomaczone są zazwyczaj dobrze wszystkim znaną skłonnością wypryskow do nawrotów. Wielopostaciowość rozmaitych wypryskow doprowadziła do stworzenia całego szeregu rozmaitych postaci wyprysku, co wyrażano nazwami wypryskow dziecięcych, ostrych, suchych, przewlekłych, artretycznych, w otoczeniu ran, okolo odbytnicy i t. d.

Podstawą do tego błędnego traktowania wyprysku jest pojmowanie tego schorzenia jako określonej choroby (jednostki chorobowej), wówczas gdy najczęściej tak zwany wyprysk jest stanem wtórnym, niejako narzuconym na zmiany pierwotne skóry; te pierwotne zmiany zaś mogą być tak anatomiczne, a zatem widoczne, jak i czynnościowe (= uczulenie), a zatem niedostrzegalne. Przypadki wyprysku są zatem w swej istocie bardzo rozmaite, słuszniej dlatego też mówić o zmianach „wypryskowatych" (=eczematoid), rozpoznawanie zaś wyprysku jako choroby sui generis ograniczyć do przypadków bardzo nielicznych. Przykładem tego rodzaju rzeczywistych wypryskow mogą służyć te przy-

padki, w których u chorych często na kończynach tworzą się grupki naskórkowych drobniutkich pęcherzyków, wykwity te powstają bez widocznych przyczyn, często nawracają, nie mają cech schorzenia ostrego. Wszystkie natomiast przypadki silnie sączących, wyraźnie zapalnych stanów skóry celowem jest oddzielać od grupy wyprysku i zaliczyć do zapaleń skóry sensu strictiori (dermatitis), morfologicznie podobnych do wyprysku. Przykładem tego rodzaju schorzeń służyć mogą sączące długotrwałe wykwity na twarzy u dzieci oraz „wypryski" powstałe po drażnieniu (dermatitis artificialis).

Kwestja wyprysku wikła się niezmiernie przez to, że często t. zw. ropne zakażenia powierzchownych warstw skóry przybierają postać wypryskowatą, a długotrwałością i uporczywością przebiegu zbliżają się do istotnych wypryskόw; to tez często w poszczególnym przypadku trudno jest orzec, czy badane zmiany zaliczyć należy do wyprysku właściwego, czy też do zakażenia ropnego lub do stanów zapalnych o innej etjologji; kwestje te jednak mają znaczenie prawie wyłącznie teoretyczne, z punktu widzenia zaś praktycznego ważnem jest odgraniczanie następujących grup w gromadzie wypryskowatych schorzeń skóry:

a) Zmiany wypryskowate, występujące u pracowników rozmaitych zawodów (piekarze, malarze, murarze, praczki, pracownicy drukarscy i fotograficzni i t. d.), u których po szeregu lat stykania się z rozmaitemi substancjami bez widocznej szkody — występuje stopniowo nieznoszenie określonego przetworu, zwłaszcza przez skórę tych odcinków, która z nim stale styka się. Tego rodzaju stany morfologicznie przedstawiają się jako wypryskowate (noszą one w niektórych szkołach nazwę wypryskόw np. Bäckereczem), są nader uporczywe i trudne w leczeniu. Rzeczą wielkiej wagi, a czasem „conditio sine qua non" uleczenia jest przerwanie pracy w danym zawodzie, względnie niestykanie się z czynnikiem szkodzącym; nie zawsze jest to możliwe, jednakże w niektórych przypadkach przy dobrej i silnej woli chorego — wykonalne. Jest to możliwe naprzykład u fotografów, którzy mogą pracować w gumowych rękawiczkach, u chirurgów, u których stwierdzenie czynnika szkodzącego jest łatwiejsze (sublimat, jodyna i t. d.), co umożliwia usunięcie go ze środków używanych przez chorego lekarza dla dezynfekcji rąk. Pomysłowość lekarza i chorego w tych wypadkach może przynieść większą korzyść od wyliczania schematycznych, typowych przykładów, na tę też inicjatywę leczniczą zwracam szczególną uwagę czytelnika.

Pod względem leczenia miejscowego przy obecności stanu zapalnego skóry (zaczerwienienie, obrzęk, wytwarzanie się pęcherzyków, sączenie, ropienie, pękanie naskórka) należy stosować leczenie przeciwzapalne, które polega na kąpielach w ciepłych płynach, jak np. rozczyn 1 : 3000 nadmanganianu potasu, kąpiel w odwarze z rumianku, tanninie 1 : 1000, ciepłej wodzie z dodatkiem krochmalu. Poza temi kąpielami, które można robić kilka razy dziennie (3 — 4 r. po $^1/_2$ — 1 godzinie należy robić okłady na chore części skóry. Dla okładu stosować można 1:1000 rozcz. resorcyny, 1:2000 rozcz. azotanu srebra lub, co zdaje się jest najlepsze, 2 — 3% rozczyny ichthyolu. Pod wpływem tego leczenia przeciwzapalnego stan choroby szybko się polepsza, a po ustąpieniu objawów zapalnych można zastosować leczenie maściami; leczenie to jest już znacznie trudniejsze i wymaga pracy lekarza specjalisty; zasady tego leczenia podam poniżej.

Prócz leczenia miejscowego w ostrych stanach wypryskowatych stosować należy leczenie ogólne. Leczenie t. zw. bodźcowe (kolloido-terapja) często stosowane w tego rodzaju schorzeniach jest naogół korzystne, wadą jego jest jednakże długotrwałość, co zniechęca chorych, a przez swą kosztowność może być nawet niedostępne dla niektórych chorych, to też u chorych niezamożnych, którzy nie mogą leczyć się temi sposobami przez bardzo długi czas—wstrzyknięcie tego lub innego kolloidu 1 — 2 razy wyniku pomyślnego zazwyczaj nie daje; metoda ta nadaje się raczej do stosowania w ambulatorjach bezpłatnych lub u chorych zamożnych.

W razie wyboru kolloidu nie radzę uciekać się do środków wywołujących silny i gwałtowny wstrząs (propidon, serovac i t. d.), lepiej natomiast zastosować autohemoterapję w dawkach po 10 ccm. co 2-gi — 3-ci dzień.

b) Stany wypryskowate w otoczeniu ran, przetok i owrzodzeń. Prace *Gougerot'a* wykazały, że stany tego rodzaju występują jako skutek działania mikrobów ropnych, to też autor ten stany tego rodzaju określa nazwą „dermo-epidermite-microbiennes".

Leczeniem przyczynowem w tych razach jest usunięcie zakażającego ogniska; leczenie miejscowe istniejących zmian powinno mieć na oku odkażanie schorzałego ogniska (70% wyskokiem z dodatkiem 1% kwasu salicylowego), zmniejszenie objawów zapalnych przy pomocy okładów (jak wyżej), jeśli naturalnie stan rany na to pozwala; dodam, że w wielu przypadkach wypryskowatych zmian w otoczeniu wrzodów podudzi tego rodzaju leczenie przeciwzapalne jest wskazane już nawet ze względu na stan owrzodzenia.

Pozatem dążyć należy do zabezpieczania brzegów rany lub przetoki przed działaniem wypływającem z niej ropy lub płynów używanych dla odkażania rany. Najczęście stosuje się przy tem maści obojętne (waselina borna, maść dermatolowa), lepsze są jednak zdaje się obojętne ciasta (pasta Zinci c. acid. salic. lub c. ichthyolo).

c) Wypryskowate sączące zmiany występujące często na skórze twarzy i szyji, a potem i na głowie u małych dzieci znanesą najczęściej pod nazwą wypryskόw dzie-cięcych (Kinde-reczeme); w innych szkołach stany te noszą nazwę skazy wysiękowej *Czerny'ego*. Do jakiejkolwiek byśmy grupy te schorzenia zaliczali, nie ulega wątpliwości, że zakażenie drobnoustrojami ropnymi odgrywa niezmiernie doniosłą rolę w przebiegu tych schorzeń. Nie zmniejsza to z punku widzenia praktycznego doniosłości ogólnego stanu zdrowia dziecka, już bowiem pobieżne badanie tych chorych wykazuje, że najczęściej zmiany skóry tego rodzaju spotykamy u dzieci niepra-widłowo i nadmiernie odżywianych, a zatem u dzieci zbyt otyłych, spożywających nadmierną ilość białka, lub u dzieci „skrofulicznych". Z tego wynika, że na racjonalne odżywianie i ogólną hygjenę życia dziecka trzeba w tych wypadkach zwrócić uwagę, usunąć należy zatem przekarmianie dziecka, zwrócić uwagę, czy dziecko nie otrzymuje mleka nierozcieńczonego (co się zdarza b. często), czy nie jest karmione w nadmiarze jajami, mięsem, kartoflami, grochem. Pozatem zwrócić uwagę należy na stolce dziecka, przepisać należy codzienne kąpiele oraz zwrócić uwagę na stan bielizny (wszawica) i ubrania dziecka, usunąć przytem należy z garderoby dziecka bieliznę niepraną i barwioną (kolorową), oraz wszelkie futra. Badając stan hygjeny dziecka, pamiętać należy o możliwości wszawicy, oxyuris oraz zbadać, czy u dziecka nie ma przewlekłych ropiejących ognisk (ucho, nos).

Wszystkie te przepisy są konieczne i ułatwiają leczenie chorych, same przez się zazwyczaj jednak nie są dostateczne dla całkowitego uleczenia chorej skóry, przyznać trzeba, że większość lekarzy nie docenia znaczenia leczenia zewnętrznego, co nie jest słuszne, bo rzadko samemi przepisami higjenicznemi choroby te można opanować.

Leczenie miejscowe polega na oczyszczeniu schorzałej skóry, w tym celu zmywamy strupy i łuski (nie należy obawiać się wody), usuwamy włosy z głowy. w razie potrzeby rozmiękczamy strupy na głowie oliwą, do której dodajemy 0,5% kwasu salicylowego. Po oczyszczeniu skóry stosować należy okłady, zgodnie ze wskazówkami zawartemi w punkcie a). Dodam, że przy leczeniu wyprysku u dzieci z przewlekłym nieżytem nosa lub z ropieniem z ucha — schorzenia te winny być leczone zgodnie z ogólnemi przepisami stosowanemi w tych chorobach. Przepisy djetetyczne i higjeniczne powinny być stosowane przez dłuższy czas po uleczeniu dziecka.

d) Często po użyciu rozmaitych leków lub przetworów chemicznych występuje ostry, bardzo silny i rozległy stan zapalny skóry (dermatitis toxica universalis). Przypadki tego rodzaju spotykamy często po stosowaniu rozmaitych maści rtęciowych, w szczególności po stosowaniu szaruchy dla wytępienia wszy łonowej. W przypadkach tych występuje silny obrzęk i zaczerwienienie skóry smarowanej maścią, potem zaś nawet skóry całego tułowia, schorzeniu towarzyszy silne swędzenie, pieczenie i uczucie napięcia skóry, po pewnym czasie zazwyczaj dołącza się sączenie i następowe zakażenie sączących części skóry. Podobny przebieg ma schorzenie przy stosowaniu innych środków leczniczych, podawanych nawet doustnie.

Stany tego rodzaju występują czasem przy noszeniu futer farbowanych paraphenylen di-aminą w szczególności przy noszeniu czarnych futer (foki, króliki, skunksy i t. d.) oraz po użyciu tego barwika dla farbowania włosów na czarno lub bronzowo (zwłaszcza u kobiet). Dodam,

że czasem długoletnie stosowanie tego barwika nie wywołuje objawów chorobowych i naraz pod wpływem niedostrzegalnych przyczyn występuje ostry stan zapalny skóry; u chorych, u których tego rodzaju toksykoza wystąpiła — wytwarza się stan uczulenia skóry w stosunku do tego barwika, co uniemożliwia stosowanie jego nawet po upływie szeregu lat po zatruciu.

Wobec tego, że schorzenie występuje zazwyczaj przy użyciu świeżej porcji barwika, *Sabouraud* poleca przy kupnie nowego zapasu barwika wypróbować jego toksyczność na maleńkim odcinku skóry (np. na ramieniu na przestrzeni równej 20-groszówce) i dopiero nazajutrz w wypadku pomyślnym zabrać się do barwienia włosów głowy. Stany zapalne skóry wywołane zatruciem para-phenylen.di.aminą są szczególnie ostre, obrzęk twarzy tak znaczny, że zazwyczaj uniemożliwia otwieranie oczu i ust.

We wszystkich przypadkach ostrych wypryskowatych schorzeń na szyji i na twarzy u osób dorosłych radzę wybadać anamnezę, zapytać, czy schorzenie nie występuje po zabiegach kosmetycznych lub przy noszeniu tych lub innych futer. W wypadkach stwierdzenia tego — usunięcie szkodliwego artykułu ubraniowego lub kosmetycznego jest nieodzowne. Dodam, że czasem najniewinniejsze środki tualetowe mogą być powodem wypryskowatych schorzeń twarzy, tak np. w znanym przypadku opisanym przez *Jadassohna* powodem takim był „Odol" stosowany przez chorego do czyszczenia zębów.

Z pośród środków leczniczych szczególnie często wywołujących uogólnione wypryskowate zapalenia skóry wymienić można: chininę, acetylarsan, ipekakuanę, neosalvarsan, pod względem morfologicznym zmiany skóry są podobne, polegają one na obrzęku i zaczerwienieniu skóry. Dlatego też w przypadkach istnienia uogólnionego schorzenia skóry o przebiegu i wyglądzie ostrego zapalenia skóry należy w tym kierunku robić wywiady, a środek leczniczy lub pokarm podejrzany o wywołanie choroby usunąć; zaznaczę jednak, że czasem tego rodzaju ostre stany zapalne skóry powstają bez widocznego powodu, w przypadkach tych jednak stwierdzić można zazwyczaj przewlekłe wypryskowate lub ropiejące ognisko na skórze chorego, lub, co częściej, ropiejące ognisko w narządach wewnętrznych (Fokalinfection).

W leczeniu tego rodzaju schorzeń stosować należy okłady na sączące części skóry, posypki na suche, a silnie napięte swędzące odcinki; można stosować również i mieszanki łagodzące, radzę jednak lekarzom niespecjalistom ograniczyć się do okładów i posypek. Dobre usługi w tego rodzaju przypadkach oddają wstrzykiwania dożylne bromu sodu (10% rozczynu w ilości 10 ccm codziennie) lub natr. hyposulfurosum (10% rozcz. — 20 ccm), który można podawać równocześnie i doustnie niezłe wyniki otrzymałem po stosowaniu chlorku wapnia (10% — 10 ccm), chorych w tym wypadku uprzedzić należy o niemiłem uczuciu swędzenia i pieczenia, które następuje w chwili wstrzyknięcia. Zaniedbanie tej ostrożności może wywołać przerażenie chorego w chwili wystąpienia tego niemiłego uczucia, niezręczny ruch ręką i w następstwie tego wstrzyknięcie pewnej ilości chlorku wapnia poza żyłę; obok silnej bolesności okoliczność ta może być nawet niebezpieczna, spostrzegano bowiem porażenia nerwów ręki po tego rodzaju nieudanych zabiegach. Z przepisów ogólnych, które korzystnie jest zastosować u tego rodzaju chorych, zwrócę uwagę na kąpiele (z domieszką nadmanganianu potasu lub krochmalu) i dietę, w której unikać należy soli, octu, musztardy i t. p., a lepiej ograniczyć się do mleka i niewielkiej ilości suchej bułki.

e) Ze względów praktycznych wydzielam w oddzielną grupę te przypadki wypryskowatych schorzeń, w których zmiany skóry ograniczają się do jednego lub kilku nielicznych ognisk, ogniska te często umiejscowione są na dłoniach lub palcach, w otoczeniu odbytu, w przegubach stawów, lub na szyji, między palcami rąk. Ogniska te okrągłe lub owalne mają wygląd i przebieg rozmaity; początkowo przechodzą one okresy obostrzenia, kiedy występują drobne naskórkowe pęcherzyki i okresy polepszenia, kiedy pokrywają się one większą ilością łusek, przybierając wygląd „suchego wyprysku." Po szeregu lat trwania podobnych ognisk naskórek na nich jest zazwyczaj silnie zgrubiały „zliszajcowaciały" i objawy sączenia są słabsze. Mówię o tej grupie, jako o całości, tylko z tego względu, że podobne wypryskowate ogniska mogą być przez niefachowców nieprawidłowo rozpoznawane; chodzi mianowicie o to, że część grzybicowych schorzeń skóry nieowłosionej również może przybrać wygląd ograniczonych suchych, a czasem nieco wilgotnych (impetiginizowanych) ognisk, które łudząco podobne być mogą do zmian wypryskowatych o niegrzybicowej etjologji; wobec tego, że jak przekonamy się, leczenie grzybicy naskórka jest zupełnie odmienne od leczenia zmian wypryskowatych, prawidłowe rozpoznanie tych schorzeń może mieć duże znaczenie praktyczne, to też w tego rodzaju stanach nawet doświadczony lekarz winien wykluczyć czy to badaniem mikroskopowem, czy to na podstawie przebiegu choroby — zakażenie grzybkami. Leczenie tych ograniczonych, a przytem nawracających, zmian wypryskowatych nie polegających na zakażeniu grzybkami jest bardzo trudne; pamiętać należy o stosowaniu leczenia przeciwzapalnego w okresach obostrzenia sprawy (okłady), w okresach polepszenia należy stosować łagodzące, potem zaś słabo drażniące i wreszcie silnie drażniące ciasta i maści.

Jako wzory ciast łagodzących wymienię pastę cynkową z domieszką 3 — 10% tanniny lub 5—10% ichthyolu; jako pasty lekkodrażniące mogą być użyte ciasta z dodaniem 1 — 10% tumenol-ammonii, dziegci, siarki, rezorcyny, thigenolu. Wreszcie jako środki silnie drażniące, a przytem niejako zmniejszające stan uczulenia skóry duże usługi okazują maść *Wilkinsona* i dziegieć in substancja (prodermin *Spiessa* np.). Naświetlanie promieniami *Roentgena* stosowane być winno tylko przez specjalistów, wskazaniami do naświetlania mogą być stany przewlekłe bez objawów sączenia i impetiginizacji; stosowane czasem naświetlanie sączących wypryskow lampami kwarcowemi jest bezcelowe przy jednoczesnem umiejętnem stosowaniu leczenia przeciwzapalnego i szkodliwe jako jedyna i podstawowa metoda leczenia wyprysku.

Jeżeli chodzi o sprecyzjowanie błędów leczniczych, popełnianych przez niefachowców w leczeniu wyprysku, są one naogół następujące: większość lekarzy ocenia najczęściej wysypki wypryskowate, jako osutki na tle artretyzmu; to też z rozpoznaniem „wyprysk artretyczny" spotykamy się bardzo często. Niewątpliwie stan narządów wewnętrznych, w szczególności zaburzenia w przemianie materji wpływają na stan skóry, usposabiając ją do tych lub innych schorzeń, a jednak w rozpoznawaniu „osutek artretycznych" tkwi duży błąd, który prowadzi również do nieprawidłowego leczenia tych chorych. Pominąwszy całe niesprecyzjowanie terminu „artretyzm", z punktu widzenia praktycznego zapatrywanie to prowadzi do leczenia wypryskowatych zmian skóry wyłącznie środkami dietetycznemi, względnie wyjazdem do miejscowości kuracyjnych, z zaniedbaniem leczenia miejscowego, które ogranicza się zazwyczaj do którejś z maści. Tymczasem wszystkie czynniki wewnętrzne są tylko momentem usposabiającym do choroby, wpływającym na uporczywość sehorzenia i na skłonność do nawrotów. W procesach zaś lokalnych mają olbrzymie znaczenie wpływy wywierane przez drobnoustroje ropne; pod tym względem zgadzają się poglądy wszystkich szkół dermatologicznych. Obecność tych drobnoustrojów może obostrzać chorobę, racjonalne zaś leczenie może całkowicie usunąć ich wpływ, leczenie to jest w znacznej mierze oparte na stosowaniu środków miejscowych wedle zasad, które już wymieniłem; wewnętrzne i dietetyczne leczenie powinno być natomiast uwzględniane dla stworzenia dla ustroju najlepszych warunków zdrowia i uniknięcia nawrotów. Leczenie miejscowe, powtarzam to, winno być przeciwzapalne i odkażające (okłady, spirytus), w ostrych stanach odkażające i łagodzące wrażliwość skóry na czynniki zewnętrzne (spirytus, łagodne ciasta), po ustąpieniu ostrego stanu zapalnego wreszcie odkażające i silnie uodporniające skórę (spirytus i energiczne ciasta i maści) w stanach przewlekłych; pozatem stosować należy leczenie bodźcowe (kolloido i proteino terapja) w ostrych stanach i wreszcie fizykalne (promienie *Roentgena*), ale te ostatnie tylko w stanach przewlekłych.

Wobec znacznego wpływu wywieranego w przebiegu wyprysków przez drobnoustroje ropne, z czem zgadzają się wszystkie szkoły dermatologiczne i co skłoniło niektórych do zaliczania większej części wyprysków do stanów ropnych (*Krzysztalowicz*) wyszczególnię obecnie te stany chorobowe skóry, które często są punktem wyjścia wyprysków i co do zakaźnego pochodzenia których obecnie nie mamy wątpliwości.

Piodermje: Jedną z częstych postaci ropnego zakażenia skóry jest liszajec

paciorkowcowy (Impetigo streptogenes), który występuje najczęściej na twarzy tak u osób dorosłych, jak zwłaszcza u dzieci i przedstawia się pod postacią łatwo pękających pęcherzyków, wypełnionych surowicą zasychającą w żółte grube strupy. Podobne wykwity mogą wystąpić nietylko na twarzy, mogą one wikłać również inne choroby skóry (impetiginizacja). Racjonalne leczenie tych stanów zakaźnych skóry jest proste i zazwyczaj skuteczne: należy po umyciu schorzałej skóry (nie należy wystrzegać się wody i mydła), odkażać często spirytusem salicylowym oraz zastosować okład z płynu *Aliboura* lub z roczynu ichthyolu; po ustąpieniu ostrych zapalnych objawów należyrozpocząć stosowanie żółtej maści rtęciowej (ung. hydr. ppc.fl. 1%), początkowo 2 razy dziennie na 1—2 godziny z następowem zmywaniem, później zaś coraz dłużej i częściej (na całą noc nap.), w przerwach stosować można okłady. Identyczne leczenie stosujemy w przypadkach liszajca na głowie u dzieci, należy jednak w tych przypadkach usunąć włosy. Dzieci mające skłonność do nawrotów należy leczyć również i pod względem ogólnym i zwrócić uwagę na usunięcie nadmiaru białka w pokarmach. Leczenie opisanych stanów wyłącznie przepisami dietetycznemi zawsze zawodzi, co prowadzi nie tylko do straty czasu, lecz również i niekorzystnie wpływa na przebieg choroby, bo nie ulega wątpliwości, że stany ropne skóry pozostawiają po sobie pewne uczulenie ustroju bardzo utrudniające w następstwie leczenie i powodujące nawroty choroby.

Figówka gronkowcowa (sycosis staphylogenes, sycosis nonparasitaria) stanowi jedną z częstych, a przytem niezmiernie uporczywych i trudnych do leczenia postaci zakażeń ropnych skóry. Jest to przewlekłe zapalenie ropne wywołane przez zakażenie mieszków włosowych brody lub wargi górnej gronkowcami. Podstawą do prawidłowego leczenia jest wykluczenie zakażenia grzybkami na podstawie badania mikroskopowego włosów wziętych ze schorzałego ogniska. Czasem jednak lekarze nie są w możności, czy to ze względu na brak mikroskopu, czy to ze względu na brak niezbędnej wprawy — dokonać analizy włosów; dlatego też pamiętać należy, że już na podstawie samego wyglądu klinicznego można czasem rozpoznać lub wykluczyć zakażenie grzybkami. Dla ustalenia prawidłowego rozpoznania zwrócić należy uwagę na wygląd włosów, a więc obecność włosów białych, grubych, matowych pozwala przypuszczać obecność zakażenia grzybkami; należy zwrócić uwagę na obecność na skórze brody ognisk łupieżowatych, obrączkowatych i pełzakowatych, czasem wykraczających nawet poza obręb owłosionej skóry. W razie istnienia ropienia pamiętać należy, że grzybice dają częściej niż zakażenie stafilokokami głębokie, liczne, silnie nacieczone i dobrze ograniczone guzy, oraz że przy istnieniu wyłącznie zakażenia stafilokokami sprawa jest bardziej powierzchowna, a przytem bardziej przewlekła.

Różnice te jednak nie są tak znaczne, by na podstawie samych tych wskazówek można było w każdym przypadku postawić prawidłowe rozpoznanie, to też radzę tych chorych w miarę możności skierowywać do specjalistów lub do pracowni bakterjologicznych.

Podstawowe przepisy lecznicze przy leczeniu figówki gronkowcowej wymagają zabronienia golenia się brzytwą lub maszynką, chory powinien natomiast dokładnie i bardzo krótko strzyc włosy; chorą skórę należy oczyścić przez obmywanie z ropy, łusek i strupów, większe ropnie można przeciąć, mniejsze powyciskać, na nacieki niezropiałe należy stosować okłady: ichthyol 3 — 5%, płyn Aliboura (cuprum sulfur. 2,0 zincum sulfuric. 7,0; aq. dest 300 0; camphorae ad saturationem), płyn Burowa i t. d. Włosy tkwiące w ropniach najlepiej powyrywać, naświetlanie promieniami X jest zbyteczne, bo schorzenie jest długotrwałe i włosy wyrosną przed całkowitem wyleczeniem.

Dużą uwagę zwrócić należy na leczenie ogólne, w tym celu podawać należy szczepionki lub lepiej stosować autohemoterapję (10 — 20 cm. 2 — 3 r. w tygodniu). Należy zająć się również uleczeniem nieżytów błon śluzowych nosa, które są częste u tego rodzaju chorych.

Po ustąpieniu ostrych objawów zapalnych, zwłaszcza zaś ropienia, należy zacząć stosować maści odkażające (ung hydr. ppti. fl. 1 — 3%) lub maści zawierające 2 — 5% dziegcia.

Czyrakowatość; uporczywe to schorzenie jest dosyć podatne na leczenie szczepionką gronkowcową lub autohemoterapją; to ostatnie leczenie wymaga zazwyczaj długiej serji wstrzykiwań (12—20 inj.), nie zawsze chroni ono również przed nawrotami; same wyniki leczenia istniejącej furunkulozy są jednak bardzo dobre.

Intertrigo (Wyprzenie) nie jest zakażeniem ropnem w ścisłem znaczeniu, lecz wobec dużej roli, którą w tych stanach odgrywają banalne bakterje ropotwórcze — praktycznie schorzenie to przebiega tak, jak ropne zapalenie skóry w fałdach.

Pod względem djagnostycznym niezmiernie ważnem jest wykluczenie zakażenia grzybkami chorobotwórczemi, bowiem podobne do wyprzenia stany wywołane przez grzybki mogą znajdować się w pachwinie (u mężczyzn) i pod sutkami (u kobiet). Pod względem djagnostycznym po za badaniem mikroskopowem rozstrzyga wygląd brzegu wykwitu; w przypadkach wyprzenia stan zapalny jest najwybitniejszy w głębi samego fałdu, brzeg zaś wykwitu nie posiada festonowatego, pokrytego łuskami zarysu, charakterystycznego dla grzybicy rozwijającej się w tym miejscu; w przypadkach współistnienia obydwu schorzeń rozpoznanie może być bardzo trudne.

Pod względem leczniczym w przypadkach wyprzenia zwrócić uwagę należy na dokładne oddzielenie stykających się powierzchni skóry (puder, biała flanela) oraz na leczenie przeciwzapalne (okłady) i odkażające (spirytus, lekkie przeciwgnilne środki). U osobników otyłych zwrócić uwagę należy na dietę oraz zbadać należy mocz dla wykluczenia cukrzycy (tak jak i w furunkulozie).

Grzybice. Favus (strupień woszczynowy) jest łatwy do rozpoznania w przypadkach, w których na skórze głowy widoczne są typowe kubki woszczynowe (scutula favi), pamiętać jednak trzeba, że istnieją przypadki, w których kubki są bardzo niewielkie lub niema ich wcale (favus psoriasiformis, pithyrodes i t. d.), również i zakażenia wtórne mogą dzięki obecności licznych i obfitych strupów wprowadzić wbłąd niedoświadczonego lekarza. Dlatego też we wszystkich przypadkach przewlekłych schorzeń skóry owłosionej głowy, powodujących powstawanie strupów i łysienia (obecność blizn) zbadać należy dokładnie strupy i włosy pod mikroskopem lub jak najprędzej skierować chorego do doświadczonego dermatologa, strata bowiem czasu sprzyja rozwojowi choroby i może doprowadzić chorego do utraty włosów. Jedyny skuteczny sposób leczenia woszczyny jest naświetlanie promieniami X, co winno być dokonywane tylko przez doświadczonych rentgenologów.

Trychophytia (strupień strzygący) głowy i skóry owłosionej twarzy zbyt często nie jest rozpoznawany; a trzeba pamiętać, że jest to schorzenie bardzo częste na skórze głowy u dzieci oraz na brodzie u dorosłych mężczyzn. To też w każdym przypadku obecności na tych częściach skóry — pojedyńczych lub licznych ognisk pokrytych łuseczkami i strupkami, z przerzedzonemi albo ułamanemi i zmienionemi w swym wyglądzie włosami — prawdopodobne jest zakażenie grzybkiem; rozpoznanie grzybicy sprawdzić należy mikroskopowo lub skierować chorego do specjalisty. Jedyne prawidłowe leczenie grzybicy skóry owłosionej jest usunięcie włosów naświetlaniem prom. X. Lekarz praktyk powinien pamiętać o potrzebie zbadania otoczenia chorego (koledzy, rodzeństwo) choroba jest bowiem bardzo zakaźna.

Grzyby chorobotwórcze mogą wywołać również ropne zapalenie mieszków włosowych (sycosis parasitaria, Kerion Celsi), które na brodzie u mężczyzn przedstawiają się pod postacią licznych głębokich ropniejących guzów na brodzie; stany takie wymagają leczenia prom. X. Leczenie tego rodzaju chorych środkami miejscowemi lub ogólnemi stosowanymi w przypadkach figówki gronkowcowej, przedłuża chorobę i w konsekwencji prowadzi do licznych i szpetnych blizn.

Łupież różowy Giberta. Pityriasis rosea Giberti) jest schorzeniem spokrewnionem z grzybicami, etjologja jego jednak dotąd nie jest wyjaśniona; morfologicznie przedstawiają się zmiany na skórze pod postacią licznych różowych i czerwonych lekko złuszczających plam rozmaitej wielkości. Nie mogę przytaczać dokładnego opisu schorzenia, zatrzymam się tylko nad błędami rozpoznawczemi. Zaznaczę, że nierozpoznanie tego schorzenia przez lekarza nie ma wielkiego znaczenia, schorzenie bowiem po 3 — 5 tygodniach samo ustępuje; niebezpieczne jest natomiast błędne rozpoznanie, a to z tego względu, że dla niedoświadczonego tego rodzaju plamista osutka (jak pit. *Giberti*) przypomina osutkę kiłową, błędy w tym kierunku nie są też rzadkością. Jeśli się przytem zważy

że pit. rosca może wystąpić również i u osobnika chorego na kiłę i że z tego względu odczyn *Wassermana* może być dodatni, zrozumiemy, że czasem niedermatolog prawie fatalnie skazany jest na popełnienie błędu. Dla uniknięcia jego (dermatolog spostrzeże różnicę już i w samym wyglądzie wykwitów) pamiętać należy, że obfita, a zatem pierwotna wysypka kiłowa następuje wkrótce po zakażeniu (9 tyg.), a zatem w czasie, kiedy zazwyczaj utrzymuje się jeszcze objaw pierwotny lub conajmniej charakterystyczne zmiany gruczołów chłonnych, w przyp. pityr. rosea, jasna rzecz, zmian tych nie spostrzeżemy; kiłowe wysypki nawrotowe (poza wywiadami i dodatnim odczynem *Wassermana*) często wyróżniają się ułożeniem wykwitów w kółeczka, figury, zygzaki i t. d., są przytem mniej obfite, dla tego też te osutki już ze względu na swój wygląd nie powinny być źródłem błędu.

Z cech objektywnych samej wysypki łupieża różowego zwrócę uwagę na obecność lekkich objawów zapalnych w pit. rosea i jednopostaciowość wykwitów; wysypki kiłowe nie posiadają znamion ostrych (zapalnych) i tylko w postaci plamistej są jednopostaciowe (wyłącznie plamy) plamy jednak nie są tak wielkie i nie mają rozmiarów tak rozmaitych, jak plamy w pit. rosea.

Inne osutki kiłowe (guzkowe, krostkowe) są zawsze wielopostaciowe, a co najważniejsze, pamiętać trzeba, że guzki i krosty nie należą do obrazu spotykanego w pit. rosea.

Leczenie pit. rosea polega na stosowaniu obojętnych ciast (pasta Zienci z dodaniem 5% tumenol-amonii) i ciepłych kąpieli.

Łuszczyca — rozpoznanie typowej łuszczycy jest proste, zazwyczaj też w tej dziedzinie błędów nie popełnia się; zresztą najczęściej już sam chory przychodzi do lekarza z gotowem rozpoznaniem. Pod względem leczniczym należy unikać stosowania maści drażniących, kąpieli i naświetlań w okresach szerzenia się choroby; lekarz praktyk może ograniczyć się do leczenia preparatami arsenu (pigułki azjatyckie, płyn *Fowlera*) i do zaordynowania kąpieli dziegciowych (po nasmarowaniu ciała dziegciem wykąpać się w gorącej wodzie z mydłem).

Liszaj czerwony (Lichen ruber) może być powodem błędów rozpoznawczych z kiłą, dlatego też pamiętać należy o wyszczególnionem odnośnie do pityr. rosea współistnieniu osutek kiłowych z innymi objawami kiły (objaw pierwotny, gruczoły). Z cech właściwych liszajowi czerwonemu pamiętać trzeba o swędzeniu, charakteryzującem prawie zawsze to schorzenie i o nader przewlekłym przebiegu choroby.

Na szczególną uwagę zasługują wykwity liszaja czerwonego w ustach; ich długotrwałość, oporność na ewentualne leczenie przeciwkiłowe winny dla niedoświadczonego być dostateczną podstawą dla odróżnienia od zmian kiłowych.

Gruźlica skóry. Nie ulega wątpliwości, że duża ilość nader zaniedbanych przypadków gruźlicy skóry zgłaszających się co roku do szpitali i klinik skórnych jest dowodem niskiego stanu kultury ludności, co prowadzi do korzystania ze środków domowych i porad znachorów.

Jednakże zdaje się, że i lekarze niedermatolodzy nie oceniają doniosłości wczesnego rozpoznania i skierowania do specjalnych zakładów przypadków początkowej gruźlicy skóry; powszechnie stosowane skierowywanie natomiast przypadków o bardzo rozległych zmianach gruźliczych jest mniej celowe, bo tacy chorzy już przekroczyli granicę uleczalności. Dlatego to w każdym przypadku istnienia u dzieci (zwłaszcza na twarzy) długotrwałego uporczywego owrzodzenia, krostki lub nawet stale powiększającego się żółtawego guzka myśleć należy o gruźlicy skóry i chorego skierować do szpitala lub kliniki skórnej. Pamiętać należy, że gruźlica skóry w okresach początkowych zawsze jest uleczalna, zaniedbanie choroby tworzy nieszczęśliwego i niedołężnego inwalidę.

Dodam, że rozpoznanie gruźlicy skóry w jej początkach jest bardzo trudne, we wszystkich więc wątpliwych przypadkach skierować chorego należy do odpowiedniego szpitala.

Nabłoniaki (Epithelioma). Rozpoznawanie dużych nabłoniaków skóry jest łatwe, prawidłowe rozpoznanie w tych wypadkach ma jednak zazwyczaj dla chorego mniejsze znaczenie, bo nabłoniaki te najczęściej nie są uleczalne. Rozpoznawanie natomiast małych nabłoniaków może uratować chorego od ciężkich cierpień; dotyczy to zwłaszcza nabłoniaków błon śluzowych jamy ustnej, warg oraz części płciowych; rozpoznawanie jednak małego początkowego nabłoniaka jest bardzo trudne i nawet bardzo doświadczony specjalista

może nie rozpoznać nieznacznej stwardniałej erozji lub guzka wielkości ziarnka grochu. To też prawidłowe postępowanie w przypadkach owrzodzeń i guziczków na błonach śluzowych polega na wycięciu drobnego skrawka i na przeprowadzeniu badania mikroskopowego; postępując w ten sposób możemy wprawdzie zrobić czasem niepotrzebne wycięcie, ale zato w przypadkach istniejących nabłoniaków dzięki wczesnemu rozpoznaniu ratować możemy dużo chorych od niezwykle ciężkich konsekwencji, raki bowiem języka i części płciowych są nader złośliwe. Postępowanie w tego rodzaju przypadkach jest niestety zazwyczaj odmienne. Najczęściej podejrzenia djagnostyczne idą w kierunku rozpoznania kiły. Czasem zbieg okoliczności bardzo suggeruje tego rodzaju fałszywe rozpoznanie, pamiętać bowiem trzeba że nabłoniaki języka występują szczególnie często u osobników, którzy przechodzili kiłę, to też już sama anamneza może w tym kierunku skierować rozpoznanie, również i odczyny serologiczne u tego rodzaju chorych są często dodatnie (ze względu na obecność kiły w anamnezie), co niejako potwierdza rozpoznanie kiły.

Również i w przypadkach początkowych nabłoniaków wargi u osobników młodych popełnienie błędu rozpoznawczego jest bardzo łatwe; wykwit na początku choroby może przedstawiać się jako niebolesny guziczek lub stwardniała blaszka wielkości grosza lub nawet i mniejsza; spoistość wykwitu, jego ograniczenie, talerzykowate dno — wszystko to jest tak właściwe objawowi pierwotnemu kiły, że błąd jest naturalny, to też wychodząc z tego rozpoznania, najczęstszy sposób postępowania jest następujący: po zbadaniu odczynu Wassermana i po otrzymaniu wyniku ujemnego dokonywa się nowe badanie po paru tygodniach, w razie wyniku ujemnego robi się próbę uzyskania rozstrzygnięcia kwestji „ex juvantibus“ i poleca się przeprowadzić leczenie swoiste, w czasie tego 6—8 tygodniowego leczenia wykwit, rzecz jasna, nie cofa się, chory traci kilka miesięcy cennego czasu, a choroba staje się nieuleczalną. Pamiętać do tego trzeba, że podawanie arszenniku (novarsenobenzol) osobnikom z nabłoniakiem, nader niekorzystnie wpływa na jego stan.

Prawidłowy sposób postępowania w przypadkach obecności ranek, owrzodzeń lub guzów (nawet niewielkich ale o charakterze przewlekłym) na błonach śluzowych jamy ustnej lub częściach płciowych winien dążyć do możliwie szybkiego rozpoznania schorzenia; w tym celu wydzielinę wykwitów tego rodzaju powinno się zbadać na obecność krętków (zwłaszcza przy lokalizacji na wardze lub częściach płciowych), a w razie nieustalenia rozpoznania w tej drodze nie zatrzymywać się przed wycięciem niewielkiego skrawka tkanki i przesłania go do zbadania.

Z punktu widzenia djagnostyki klinicznej pamiętać należy o wykluczeniu wrzodów miękkich i objawów pierwotnych na częściach płciowych, rozpoznanie różniczkowe jest łatwe i tego rodzaju błędy nie zdarzają się; przewlekłe, długotrwałe, niebolesne, nacieczone, twarde owrzodzenie lub guz na częściach płciowych u osobników starszych wymagają zbadania możliwości nabłoniaka. W przypadkach owrzodzeń na języku lub błonie śluzowej policzków i dna jamy ustnej (zwłaszcza u osobników starszych) myśleć należy przedewszystkiem o nabłoniaku (nawet gdy się ma do czynienia z małem owrzodzeniem), pamiętać należy zdanie *Brocq'a* i *Dariera*, którzy wszelkie zwłoki djagnostyczne oraz próby leczenia na ślepo przez przypalanie i wyskrobywanie uważają za karygodne.

W razie obecności owrzodzeń lub guzków na wardze radzę pamiętać, że nabłoniaki wargi zdarzają się nietylko u osobników starszych, że objaw pierwotny daje zazwyczaj wczesne i bardzo wybitne zajęcie gruczołów podszczękowych, i że w przypadkach wczesnych nabłoniaków zmiany w gruczołach są jeszcze prawie niedostępne badaniu klinicznemu.

Leczenie nabłoniaków błon śluzowych winno być prowadzone tylko przez doświadczonych radologów i chirurgów.

RÉSUMÉ.

Dr M. Grzybowski. „Les fautes commises le plus frequemment dans la diagnose et le traitement des maladies de la peau par les medecins qui ne sont pas spécialistes dermatologues“.

L'auteur decrit les fautes mentionnées en considérant l'un après l'uatre les symptômes, la diagnostique et le traitement de plus frequentes maladies de la peau, nottamment: eczèmes et états eczématoides (sycosis, furuncolose, intertrigo, les piodermies, les mycoses et trychophyties, pityriasis rosea, psoriasis, lichen ruber, tuberculose de la peau et les epitheliomes.

DR. JULJUSZ IRRGANG — Przemyśl

„Z teki lekarza"

„Ars luendae et reparandae valetudinis"

Stare przysłowie brzmi: „Zdrowi nie potrzebują lekarza, tylko chorzy." A jednak medycyna, jeśli ma swój cel osiągnąć, musi zająć się i zdrowym. Zdrowy uważa swoje zdrowie za rzecz samo przez się zrozumiałą, nie ma nigdy tej świadomości, że mogłoby być inaczej i mało się o swoje zdrowie troszczy, A przecież fizyczne i umysłowe zdrowie jednostki przedstawia najcenniejszą wartość nie tylko indywidualną, ale i społeczną.

Powinna więc wartość zdrowia więcej wryć się w naszą świadomość i powinniśmy więcej cenić swoje zdrowie i poznać środki i sposoby zachowania tego zdrowia. Jest wprost nie do uwierzenia, jak lekkomyślnie i obojętnie obchodzi się wielu ludzi ze swojem zdrowiem, które następnie wskutek lekkomyślności i głupoty tracą. Wynika z tego, że powinniśmy strzec tego dobra społecznego przed niebezpieczeństwami zewnętrznemi t. j. chronić zdrowego przed chorobami. Jest rzeczą konieczną, by społeczeństwo miało więcej zrozumienia i zainteresowania dla zdrowia.

Medycyna powinna trzymać się dewizy, umieszczonej pod postacią allegoryczną wyobrażającą medycynę w sali ceremonialnej starego uniwersytetu wiedeńskiego a opiewającej: *„Ars luendae et reparandae valetudinis."* Medycyna posiada wiele możliwości zapobiegania chorobom. Możliwości te są jednak niedocenione, mało się niemi kto zajmuje, częstokroć słucha się o nich z niedowierzeniem i uważa się je jako zbyteczne.

Drogą zapobiegawczą można łatwiej i — co dziś najważniejsze — taniej osiągnąć pomyślne wyniki, aniżeli leczeniem w chwili, gdy człowiek rzeczywiście już zachorował. Przytem zaznaczam, że przy najbardziej rozpowszechnionych i skutecznych środkach zapobiegawczych choroby nigdy całkiem nie znikną, i że nigdy lekarze nie staną się zbędnymi. Przeciwnie, czynność lecznicza lekarzy się wówczas wzmoże i będzie wdzięczniejsza, bo leczone będą wówczas ludzie chorzy w pierwszym lekkim okresie początkowym, kiedy przeważnie jest nadzieją wyleczenia zupełnego, a nie, jak to bywa obecnie, przypadki, które już są daleko posunięte i dlatego często okazują się beznadziejnemi.

Gdyby każda rodzina miała swego lekarza domowego i przynajmniej dwa razy w roku poddała się badaniom, wykryłby lekarz niejedną np. początkującą gruźlicę, którąby mógł wyleczyć, chroniąc zarazem innych członków rodziny przed zarażeniem. Wielu nieszczęściom możnaby w ten sposób zapobiedz.

Lekarz powinnien być dla społeczeństwa nie tylko mistrzem leczenia, ale powinien się stać zachowawcą zdrowia. Szerokie masy społeczeństwa muszą być uświadomione co do środków zapobiegawczych, a wtedy zrozumieją, że choroby nie muszą stać się beznadziejnemi, lecz można im skutecznie zapobiedz. I przekonamy się wówczas, że zapobieganie chorobom jest nietylko skuteczniejszą, ale i tańszą rzeczą, aniżeli budowanie nowych szpitali. Że zapobieganie takie może być przeprowadzane tylko przez lekarzy i pod ich nadzorem, rozumie się samo przez się. Okaże się wówczas, że lekarza potrzebuje nietylko chory, ale i zdrowy, aby zdrowie utrzymać i chorobom zapobiedz.

Przemyśl dnia 13 grudnia 1929 r.

RÉSUMÉ.

Dr Jules Irrgang. „Feuilleton".

L'auteur souligne la necessite d'insister d'avantage sur la médecine profilactique et voit le moyen le plus simple de prevenir les maladies dans le rétour de l'ancienne institution „des médecins de famille" avec les consultations périodiques de tous les membres de la famille.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Rokowanie w gruźlicy płuc. (Le pronostic de la tuberculose pulmonaire). A. Jacquelin. *Journ. Méd. francais. Nr. 10, r. 1929.*

Jak wiadomo rokowanie w gruźlicy płuc należy do jednych z najtrudniejszych rzeczy, Autor podkreśla, że w niniejszej pracy będzie się przedewszystkiem opierać na własnem doświadczeniu i zasadach szkoły *Bezancon'a*, którego był uczniem. Ponieważ rokowanie w gruźlicy płuc zależy od bardzo wielu czynników, przeto autor omawiać będzie osobno poszczególne grupy czynników.

I. Rokowanie uzależnione od zmian gruźliczych w płucach.

a) Umiejscowienie zmian gruźliczych, a mianowicie czy chodzi o gruźlicę jednostronną, czy obustronną, gra znaczną rolę w rokowaniu ze względu na możność założenia odmy sztucznej, Autor jest wielkim zwolennikiem tego sposobu leczenia i dla tego uważa, że wskazania do założenia odmy sztucznej mogą zmienić rokowanie w gruźlicy płuc.

b) Rozległość zmian gruźliczych gra naogół mniejszą rolę w rokowaniu, chyba że chodzi tu o różne rozpiętości zmian o tych samych cechach anatomicznych.

c) Gruźlica typu włóknistego daje najlepsze względnie rokowanie, w przeciwieństwie do gruźlicy serowaciejącej. w której rokowanie jest bardzo trudne. Ta postać gruźlicy bowiem daje przeważnie złe rokowanie, choć i tu nie brak licznych wyjątków. Rokowanie w tych postaciach jest tem trudniejsze, że zależy ono od wielu innych czynników. Nadto trzeba nadmienić, że czystą postać gruźlicy serowaciejącej rzadko spotykamy, gdyż najczęściej zjawia się ona w typie włóknisto-serowaciejącym suchot pospolitych.

d) Nie mniej ważnym dla rokowania jest fakt istnienia lub braku jam gruźliczych w płucach.

e) Także istnienie lub brak zrostów opłucnowych posiada znaczenie dla rokowania, a to nie tylko ze względu na wpływ zrostów na oddychanie, ale także ze względu na możność założenia odmy sztucznej.

Dokładne poznanie wszystkich wyżej wymienionych szczegółów zapomocą badania fizykalnego, dłuższej obserwacji i obowiązkowego prześwietlenia promieniami Roentgena zarówno pod ekranem, jak i na zdjęciach (w razie potrzeby kilku) jest jednym z zasadniczych warunków rokowania gruźlicy płuc.

II. Wartość rokownicza objawów czynnościowych i ogólnych.

Jednym z ważnych objawów dla rokowania jest stwierdzenie obfitości i jakości plwociny; te bowiem szczegóły przyczyniają się do dokładności rozpoznania. Przy braku plwociny należy zwrócić uwagę na to, czy chorzy jej nie połykają. Istnieniee plwociny śluzowo-ropnej i obfitej a zarazem pienistej wskazuje na gruźliczy nieżyt oskrzeli, z przewagą gruźlicy włóknistej i taka plwocina daje raczej korzystne rokowanie. Bardzo znaczna domieszka śliny i śluzu każe podejrzewać istnienie gruźlicy krtani. Zmienne ilości plwociny wskazują na powtarzające się nawały płucne.

Znaczenie krwioplucia jest różne, najczęściej pojawia się ono w gruźlicy typu włóknistego a zatem w gruźlicy dobrotliwej. Takie jednak krwotoki mogą być wynikiem pęknięcia aneuryzmatu *Rasmussena*, a tem samem dawać rokowanie poważne; Jak wiadomo też, krwotoki płucne mogą tylko raz w życiu wystąpić, przyczem gruźlicza wykazuje typ wybitnie dobrotliwy. Poza tem krwotoki mogą występować przy powtarzających się nawałach, wreszcie wystąpienie krwotoku u chorego z gruźlicą włóknistą może być przyczyną rozsiania się procesu gruźliczego po całych płucach, Dlatego autor sądzi, że każdy krwotok wymaga dużej powściągliwości w rokowaniu, przynajmniej przez przeciąg kilku tygodni dokładnej obserwacji.

Nadto wystąpienie krwotoku nie pozwala na stosowanie kreozotu, któremu autor przypisuje dodatni wpływ na przebieg gruźlicy włóknistej.

Z ogólnych objawów należy zwrócić uwagę na krzywą gorączkową, wagę ciała, częstość tętna, spadek ciśnienia tętniczego. Szczegółów powyższych autor nie opisuje szerzej, jako zbyt znanych, podkreśla tylko częsty brak jakiejkolwiek zależności między ciepłotą ciała a przebiegiem procesu chorobowego.

III. Stan innych narządów a zwłaszcza przewodu pokarmowego.

a) Przedewszystkiem należy poszukiwać powikłań gruźliczych w krtani (niezbędne badanie laryngologiczne) i w jelitach, zwłaszcza, że wiemy iż gruźlicze sprawy jelitowe mogą nieraz przebiegać bez ogólnie znanych, typowych klinicznych objawów i dają się one wykryć tylko przy pomocy promieni Roentgena.

b) Należy zwrócić uwagę na czynność żołądka, a zwłaszcza na niedobór kwasu solnego w treści żołądkowej, następnie na niedomogę wydzielniczą wątroby i trzustki. Z powyższych przyczyn nieraz występuje wzmożenie procesów fermentacyjnych w jelitach i biegunka, która znacznie osłabia siły ustroju. Szczególną uwagę zwraca autor na występowanie kaszlu z wymiotami; stan ten bowiem sam dla siebie upośledza łaknienie i zmusza do stosowania leków przeciwskurczowych, które łaknienie to jeszcze bardziej upośledzają. Wszystkie te czynniki doprowadzają szybko do demineralizacji ustroju, co oczywiście znacznie zmniejsza jego odporność, Na osobną wzmiankę zasługuje stan wątroby, która obok czynności wydzielniczej, mającej znaczenie dla trawienia, gra też rolę w procesie obrony przeciwko zakażeniu gruźliczemu. Wszystkim jest znany znacznie cięższy przebieg gruźlicy, a zwłaszcza le-

czenia zapomocą odmy sztucznej chorych z niedomogą wątrobową. Tu wspomnieć należy o cukrzycy.

c) Stan nerwowy i psychiczny u chorych gruźliczych jest również czynnikiem, z którym należy się liczyć przy rokowaniu. Skłonność do podniecenia, do żywych odczynów gorączkowych, łatwość występowania biegunek natychmiast po przyjęciu pokarmów, nerwowy kaszel, drażniący krtań i męczący płuca — wszystko to pogarsza znacznie rokowanie co do gruźlicy, choć nie należy zapominać, że jest to nietylko przyczyną pogorszenia choroby, ale i skutkiem zakażenia gruźliczego.

IV. Wpływ podłoża na rokowanie gruźlicy.

1. Wszystkie rasy ludzkie zdają się być jednakowo podatne na zakażenie gruźlicze. Uwzględnić tu jednak trzeba dwa czynniki, które pozornie zmieniają powyższe twierdzenie. Z jednej strony dziedziczność skazy, tak zwanej „artretycznej“ u żydów, czyni tę rasę odporniejszą wobec gruźlicy; z drugiej zaś strony szczególnie ciężki i ostry przebieg gruźlicy występuje u ludów, wśród których gruźlica poprzednio nie była znana.

2. Co do dziedziczności autor przypisuje duże znaczenie wczesnemu zakażeniu dzieci przez otoczenie, a zwłaszcza przez rodziców.

3. W stosunku do dziedziczności, jak wyżej wspomniano, dużą rolę grają skazy; w szczególności zaś dobre rokowanie daje gruźlica u chorych dotkniętych t. zw. skazą „artretyczną“. Chodzi tu o dzieci, których rodzice cierpieli na otyłość lub dnę; u takich chorych gruźlica przejawia się najczęściej pod postacią rozedmy, dychawicy lub nieżytu oskrzeli. O ile u takich chorych proces chorobowy się pogorszy, wykazują oni przeważnie włóknistą postać gruźlicy, skłonną do przekrwień płucnych i krwioplucia.

4. Większe znaczenie dla rokowania posiadają poszczególne postacie konstytucji morfologicznej. Autor nie przykłada większej wagi do sympatykotonji lub wagotonji w stosunku do przebiegu gruźlicy; raczej skłonny jest przypisać tylko większą wrażliwość wobec gruźlicy osobnikom sympatykotonicznym z nadczynnością tarczycy. Co się tyczy typów konstytucyjnych, to:

a) Rokowanie gruźlicy najgorsze jest u chorych, których typ fizyczny odpowiada dawnemu pojęciu status phtisicus.

b) nieco lepsze rokowanie, gdyż przebieg gruźlicy jest bardziej łagodny i skłonny do lżejszych postaci, spotykamy u chorych z silnie rozwiniętą klatką piersiową i narządem oddechowym.

c) typem najbardziej odpornym wobec gruźlicy i dającym najlepsze rokowanie jest konstytucja tych chorych, którzy w dzieciństwie przeszli krzywicę, których klatka piersiowa nieraz przedstawia typ pecten carinatus lub różaniec krzywiczy. Ten typ wykazuje często przerost tkanki limfatycznej, jak np. duże migdałki, powiększenie gruczołów chłonnych szyji i t.p.. Są to chorzy szczególnie skłonni do t. zw. zołzów. Nadto często ci chorzy wykazują opuszczenie jelit i inne objawy skłonności do bujania łączno-tkankowego. Szczególnem jest, że często są to dzieci rodziców starszych, pochodzących z rodzin t. zw. artretycznych, niekiedy zaś są to dzieci z wrodzoną kiłą.

5. *Marfan* i *Bernard* wielką wagę przypisują w rokowaniu gruźlicy objawom gruźlicy osłabionej: gruźlicze zmiany gruczołów chłonnych szyji, gruźlica gruczołów wnęki, zimny ropień, spina ventosa. Autor sądzi, że to prawo *Marfana* klinicznie słuszne odnieść raczej należy do gruźlicy u osobników z przerostem tkanki gruczołowej, o czem wyżej wspomniano (poz. 4 c.).

6. Niewątpliwy wpływ na rokowanie gruźlicy posiada także wiek chorego, co jest ogólnie znane (np. niebezpieczny okres dojrzewania).

7. U kobiet rokowanie gruźlicy ulega pogorszeniu pod wpływem perjodów i ciąży. W ciąży pogorszenie występuje w pierwszych trzech miesiącach, wywołane głównie wymiotami, które wpływają demineralizująco na ustrój, a następnie w okresie połogu.

8. Wreszcie stan socjalny i możności materjalne grają również dużą rolę, jako też i takie wypadki życiowe, jak zmartwienia, pewne choroby zakaźne, jak grypa, koklusz, odra, także operacje, a to głównie z powodu usypiania, oraz urazy, zwłaszcza w klatkę piersiową.

V. Znaczenie rokownicze badań laboratoryjnych. Autor przypisuje znaczenie reakcji skórnej na tuberkulinę, szczególnie zaś uważa, że rokowanie jest tem lepsze, im ten odczyn jest bardzo intensywny, występuje szybko i trwa długo. Pewne znaczenie też posiada odczyn odchylenia dopełniacza oraz odczyn opadania krwinek. Badanie plwociny, w odniesieniu do ilości prątków i ich charakteru morfologicznego nie posiada znaczenia, jedynie należy stwierdzić związek między długością życia chorych na gruźlicę a częstością dodatnich wyników przy badaniu plwociny na obecność prątków. *Guinard* stwierdził, że chorzy, których plwocina w licznych badaniach stale wykazywała obecność prątków żyli przeciętnie do dwuch lat; chorzy których plwocina co pewien czas tylko wykazywała prątki żyli od dwu do dziesięciu lat. Najlepsze rokowanie stwierdzono u chorych, których plwocina tylko bardzo rzadko, lub jeden raz zawierała prątki.

W dalszej części pracy autor raz jeszcze w skróceniu omawia rokowanie zależnie od postaci gruźlicy płuc, od umiejscowienia gruźlicy wtórnej. Wreszcie przechodzi do omówienia rokowania gruźlicy leczonej. Na pierwszem miejscu stawia leczenie zapomocą stosowania odmy sztucznej, omawiając szeroko uzyskane wyniki, zależnie od całego szeregu rozmaitych czynników: ze względu na niejednokrotnie spotykane niepowodzenia przy stosowaniu odmy sztucznej, zaleca wstrzymanie się przed rokowaniem w ciągu pierwszego roku leczenia. Następnie omawia leczenie zapomocą torakoplastyki, które jako zabieg przedstawia pewne niebezpieczeństwa, gdyż bezpośrednia śmiertelność pooperacyjna jest, według *Berard'a* i *Dumarest'a* 18% (na 91 przypadków), *Sauerbruch'a* 11,8%, *Schreiber'a* 24%. Wyleczenie zupełne uzyskuje się według pierwszych autorów w 20%. Frenikotomja jest zabiegiem znacznie łagodniejszym, gdyż nie wywołuje żadnych cięższych powikłań; wyniki uzyskane tą metodą są rozmaite i zależą od stanu chorobowego. W odniesieniu do leczenia zapomocą środków chemicznych autor zaleca ostrożne stosowanie sanochryzyny (w dawkach najwyższych 0.25 gr. na tydzień), przypisując jej nieraz skuteczne działanie w okresach pogorszeń gruźlicy płuc, nie przypisuje jej jednak większego wpływu w przypadkach przewlekłych. Według autora równie skuteczne jest stosowanie kreozotu drogą przez odbytnicę, dotyczy to zwłaszcza przypadków gruźlicy włóknistej i włóknisto-serowaciejącej, bez skłonności do krwotoków, przyczem środek ten należy stosować miesiącami, względnie latami. Wreszcie korzystne wyniki autor otrzymywał przy stosowaniu kreozotu lub złota w przypadkach leczonych odmą sztuczną.

W końcu swej pracy autor omawia rokowanie gruźlicy t. zw. uleczonej. Pod tym względem należy być bardzo ostrożnym i uwzględnić wszystkie, wyżej wspomniane czynniki, szczególnie zaś stan chorobowy przed rozpoczęciem leczenia. Następnie należy zwrócić uwagę na warunki, w jakich chory się znajduje i pracuje, na długość dotychczasowego okresu wyleczenia gruźlicy a zwłaszcza na warunki życia chorego w przyszłości.

Rokowanie w otłuszczeniu. (Le pronostic de l'obésité). K. Richet Fils i J. Célice. *Journ. Méd. Français, Nr. 10. r. 1929.*

Ścisłe odgraniczenie chorobowego otłuszczenia od „dobrego wyglądu“ jest niemożliwe. Nie ulega jednak kwestji, że otłuszczenie chorobowe zaczyna się tam, gdzie fakt nagromadzenia się tłuszczu lub jego umiejscowienie stają się przyczyną zaburzeń w czynnościach narządów. Otłuszczenie polega na nagromadzeniu się tłuszczu w tkance łącznej podskórnej, okołonaczyniowej, w sieci, w płucach, w wątrobie i t. d. Obok tych zasadniczych zmian właściwych otłuszczeniu spotykamy też i inne zaburzenia chorobowe, jak przewlekłe zapalenie nerek, zwyrodnienia tkanki wątrobowej, przerost i rozszerzenie serca. W niniejszej pracy autorowie nie omawiają rokowania w otłuszczeniu ograniczonem, jak np. lipodystrophia progressiva, adenolipomatosis symmetrica lub morbus Dercumi; ani też otłuszczenia fizjologicznego, którego łatwo można uniknąć przy dobrej woli chorego zapomocą zmiany odżywiania i warunków życia. Także i zespół tłuszczowo-płciowy oraz obrzęk śluzowy (myxoedema) nie są tematem niniejszej pracy.

Natomiast temat niniejszej pracy stanowi otłuszczenie niepowikłane, powikłane i objawowe.

Liczne dane, zebrane przez towarzystwa ubezpieczeń na życie, w ciągu wielu dziesiątków lat i to zarówno w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, jak i w innych krajach, wskazuje wyraźnie, że śmiertelność ludzi otłuszczonych jest bezwarunkowo wyższa niż ich rówieśników o prawidłowej wadze ciała. Przytem należy zaznaczyć, że w grupie ludzi otłuszczonych chodzi o otłuszczenie niepowikłane ani zmianami w wątrobie, ani w nerkach, sercu lub w układzie nerwowym. Śmiertelność ta jest wyższa u osobników w wieku średnim lub późnym oraz u osobników tłustych, u których obwód brzucha jest raczej powiększony, aniżeli obwód klatki piersiowej. Zwiększenie śmiertelności z powodu otłuszczenia przedstawia następująca tablica:

zwiększenie wagi w stosunku do wagi prawidłowej.

	20%	30%	40%
wiek.	zwiększenie śmiertel. w stosunku do normy 0:		
20	5	20	40
30	17	35	60
40	25	50	77
50	25	50	77

Liczby te posiadają pewne znaczenie, aczkolwiek należy podkreślić, że te dane zbierane były przez bardzo wielu lekarzy, a zatem rozmaitemi metodami i niejednolicie oceniane, a nadto dawniej nie oznaczano ciśnienia krwi. Nie ulega jednak kwestji, że śmiertelność ludzi otłuszczonych z powodu chorób zakaźnych, krwotoków mózgowych, śmierci nagłych z powodu chorób serca jest niewątpliwie wyższa, niż ludzi o wadze prawidłowej. Autorowie podkreślają, że w pierwszej jednej trzeciej części życia śmiertelność jest wyższa u ludzi, których waga ciała jest poniżej normy, natomiast w następnych dwuch trzecich częściach życia śmiertelność u ludzi otłuszczonych jest wyższa, niż przeciętna normalna.

Dla stwierdzenia stopnia otłuszczenia, oraz dla dalszej obserwacji, czy otłuszczenie daje się usunąć czy nie, co wpływa w wysokim stopniu na rokowanie, niezbędna jest znajomość prawidłowej wagi danego osobnika. W tym celu można się posługiwać tablicami *Quételet'a* lub *Gautreleta*. Można też oznaczyć wskaźnik antropometryczny *Bouchard'a* t. j. iloraz wagi ciała w kg., podzielonej przez wzrost w decymetrach, nadto wskaźnik ten należy uzupełnić odpowiednio uwzględniając budowę kośćca, rozwinięcie mięśni, oraz wiek (do czego istnieją odpowiednie poprawki).

Stwierdzenie, czy otyłość daje się usunąć, czy nie, posiada zasadnicze znaczenie dla rokowania. U osobnika otyłego najważniejsze znaczenie dla rokowania posiadają zaburzenia dotyczące narządu krążenia; jak żylaki, wybroczyny występujące po najmniejszym urazie, łatwe oziębianie kończyn, krwotoki z nosa i t. p. Jeszcze większe znaczenie należy przypisać duszności. Chorzy na otłuszczenie łatwo podlegają duszności po najmniejszym wysiłku, często uważa się ich mylnie za chorych na rozedmę lub dychawicę oskrzelową czy sercową, podczas gdy w rzeczywistości płuca tych chorych są zupełnie zdrowe i jedynie nadmiar wagi ciała oraz pewne zmiany w mięśniu sercowym są przyczyną tej duszności po wysiłkach.

Bardzo często u takich osobników spotyka się nadciśnienie tętnicze (w $^3/_4$ wszystkich przypadków). Obniżenie ciśnienia tętniczego dowodzi osłabienia mięśnia sercowego. Bez uwagi na wygląd tych osobników, bicie serca i tętno galopujące daje złe rokowanie. Bardzo często przyczyną pogorszenia stanu serca jest nieodpowiednie leczenie (szybkie chudnięcie, energiczne leczenie kąpielami, zbyt daleko posunięte ograniczenie przyjmowania pokarmów, wysiłki fizyczne zbyt silne, tyreoidyna). Dodatkowe choroby u chorych otłuszczonych z obniżonem ciśnieniem dają szczególnie złe rokowanie, ale nawet i bez takich powikłań chorzy ci wcześniej lub później ulegają niedomodze mięśnia sercowego, wyrażającej się w sposób bardzo poważny, jak duszność, dusznica bolesna, przyspieszenie akcji serca, obrzęki kończyn, powiększenie wątroby i t. d.

W przypadkach ze wzmożonem ciśnieniem, ciśnienie rozkurczowe wynosi 12 do 13 cm Hg, ciśnienie skurczowe 18 do 24 cm Hg. To nadciśnienie *Heckel* odnosi do miażdżycy nerek, *Labbé* sądzi, że przyczyną tego podwyższenia są zmiany w nerkach, wywołane przez produkty rozpadu pokarmów, spożywanych w nadmiernej ilości. Z czasem powstaje typowa choroba *Bright'a*. Także *M. P. Weil* sądzi, że przez długi czas trwania otłuszczenia, nadciśnienie krwi jest sprawą czynnościową, czego dowodem jest prawidłowy poziom mocznika we krwi oraz ustępowanie tego nadciśnienia pod wpływem leczenia. *Martinet* podaje wzmożoną lepkość krwi, jako przyczynę nadciśnienia. Nie ulega kwestji, że ludzie otyli odżywiają się zbyt obficie, mimo iż z reguły sami twierdzą, że jest przeciwnie. Już badanie moczu przed rozpoczęciem leczenia wy

kazuje niedomogę zarówno nerek, jak i wątroby. Według *M. P. Weil'a* i *Guillaumin* we krwi tych chorych na czczo stwierdza się zwiększony odsetek białka (ponad 7.5%), cholesteryny, cukru i kwasu moczowego. Chorzy w tym stanie mogą nie wykazywać ani objawów cukrzycy, ani dny, nie mniej jednak skłonność do tych chorób jest znaczna i wymaga stosowania odpowiedniej dietetyki.

Stwierdzenie powyższych cech jest niezbędne u każdego otyłego, który jak wspomniano wyżej, może nie wykazywać żadnych innych objawów chorobowych, oprócz otyłości. Ponieważ u tych chorych rozwój mięśni jest naogół prawidłowy, przeto wysiłki fizyczne szybciej wywołują zmęczenie i zużycie całego ustroju. To osłabienie ustroju znajduje swój wyraz w przebiegu chorób zakaźnych u tych chorych. Nadto są oni bardzo skłonni do chorób skórnych, które są przeważnie długotrwałe.

Skłonność ludzi otyłych do zapadania na różne choroby jest tak znaczna, że *Bouchard* znalazł tylko 22 pro mille ludzi otyłych bez żadnych powikłań. Według tego autora najczęstszem powikłaniem jest białkomocz, następnie zaburzenia dyspeptyczne, kamica moczowa, cukrzyca, dna, nieżyt oskrzeli, kamica żółciowa, eczema, gościec przewlekły, migrena i dychawica.

Rokowanie w chorobach nerkowych u ludzi otyłych jest znacznie cięższe, niż u ludzi szczupłych, zwłaszcza należy się obawiać krwotoków mózgowych, obrzęku płuc i dusznicy bolesnej. Także rokowanie dny i kamicy nerkowej jest znacznie poważniejsze w tych przypadkach ze względu na trudność leczenia.

Częsty cukromocz u ludzi otyłych nie dowodzi istnienia cukrzycy, niewątpliwie jednak należy go uważać za stan przedcukrzycowy, który pod wpływem odpowiedniej diety, zastosowanej wcześnie daje się przeważnie rychło usunąć. Ze względu na częstość stanu przedcukrzycowego u ludzi otyłych, przy nieobecności cukru w moczu, należy zastosować próbę hyperglykemiczną, która polega na podaniu choremu naczczo 50-ciu gr. glukozy. W przypadkach prawidłowych ilość cukru na czczo we krwi wynosi 1 gr. pro mille; po przyjęciu glukozy w pół godziny później półtora grama pro mille a po godzinie poziom cukru wraca do stanu normalnego. W stanie przedcukrzycowym poziom cukru po przyjęciu 50-ciu gramów glukozy podnosi się wyżej, a przedewszystkiem hyperglykemja trwa dłużej.

Gruźlica u ludzi otyłych przybiera najczęściej postać gruźlicy typu włóknistego, która naogół daje dobre rokowanie. Gorzej jest, jeśli otyłość pojawia się w czasie przebiegu gruźlicy, lecz i tu rokowanie nie jest absolutnie niekorzystne.

Otłuszczenie, tak często spotykane u alkoholików, daje rokowanie naogół bardzo poważne ze względu na częstość i ciężkość powikłań ze strony wątroby, serca i nerek.

Naogół korzystne rokowanie jest w przypadkach otłuszczenia, wywołanego zaburzeniami w czynności gruczołów dokrewnych. Tu wybija się na pierwszy plan otyłość u kobiet w związku z czynnością jajników (otłuszczenie w okresie dojrzewania, po wyjściu zamąż, w okresie macierzyństwa i przekwitania) połączona z obniżeniem podstawowej przemiany materji. W tych przypadkach odpowiednie leczenie i obniżenie wagi ciała o 2 do 3 kilogramy daje wyniki bardzo korzystne i polepsza rokowanie. Niedomoga jąder nie wpływa wyraźnie na powstawanie otłuszczenia. Co się tyczy niedomogi tarczycy, poza obrzękiem śluzowatym, pewne typy otyłości dają się skutecznie leczyć zapomocą wyciągów tarczycy.

Ogólnie mówiąc, rokowanie otłuszczenia zależy zarówno od jego stopnia, jak i od następujących czynników: 1) od wieku; 2) od łatwości ustępowania objawów otłuszczenia pod wpływem leczenia; 3) od przyczyny wywołującej otłuszczenie, przyczem rokowanie może być dobre, jeśli chodzi o otłuszczenie „przypadkowe"; 4) przedewszystkiem zaś od istnienia powikłań, które znacznie pogarszają rokowanie, a mianowicie nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, osłabienie mięśnia sercowego, zwiększenie się ilości kwasu moczowego, cholesteryny, cukru, azotu we krwi, dna, kamica, cukrzyca, choroby nerek; 5) w rokowaniu u ludzi otyłych należy być zawsze ostrożnym, gdyż otyłość jest chorobą niespodzianek, w której zarówno nagła śmierć, jak i śmierć występująca szybko wśród przebiegu powikłań, zwłaszcza chorób zakaźnych — jest bardzo częsta.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA.

Zaburzenia współczulne o charakterze bólowym w zakresie sutków. (L'angéionévrose douloureuse du sein). Bogaert. *La Presse Méd. Nr. 98, grudzień 1929.*

Zaburzenia czynnościowe układu współczulnego w jego zakresie obwodowym—ectosympathoses zostały już dosyć dokładnie zbadane i opisane (akrocjanoza, choroba *Raynaud*, e ytromelalgja i inne). Inaczej się rzecz przedstawia, jeśli chodzi o takież zaburzenia w dziedzinie narządów wewnętrznych i gruczołach jak macicy, narządach płciowych, sutku. Spostrzeżeń odpowiednich tylko niewiele zostało ogłoszonych w literaturze (kryzy sutkowe tabetyków, sutek histeryczki *Chareola*). Autorowie niemieccy zaczęli opisywać w ostatnich latach stany chorobowe sutków u kobiet karmiących, cechujące się napadowem zblednięciem z odcieniem sinawym brodawek i całych sutków w połączeniu z gwałtownemi bólami, szerzącemi się do ramienia i grzbietu; napad taki trwa 15 — 20 minut i jest następstwem skurczu naczyniowego, analogicznie do stanów podobnych w przebiegu choroby *Raynaud*. Czynnikiem wywołującym bywa: wpływ zimna, wilgoci, akt karmienia. Napady mogą występować w ciągu całego okresu karmienia.

Autor spostrzegał dwa przypadki podobnych nerwic naczynioruchowych sutków u kobiet poza okresem karmienia (u jednej z nich stwierdzono objawy poronne wiądu rdzenia). Napady cechowały się wybitnem zblednięciem i ochłodzeniem sutków, a zwłaszcza samych brodawek, w połączeniu z gwałtownemi bólami, trwającemi kilkanaście minut i szerzącemi się do pachy.

W przeciwieństwie do powyższego typu zaburzeń naczynioruchowych o charakterze skurczowym, występują również pewne nerwice naczynioruchowe sutka o typie rozkurczowym, porażennym, analogicznie do erytromelalgji kończyn. Należy tutaj tak nazwany przez *Charcala* sutek histeryczki, cechujący się napadowem obrzmieniem sutka, zaczerwienieniem skóry i uczuciem kłucia i szarpania w miejscu obrzmienia.

Nowe poglądy na istotę procesów zapalnych w tkankach. (Le domaine de l'inflammation). Roussy, Leroux i Oberling. *La Presse Méd. Nr. 100, grudzień 1929.*

Pomimo wielokrotnych badań i prób ujęcia możliwie dokładnego, ścisłego istoty zapalenia, jesteśmy jeszcze bardzo daleko od całkowitej zgody, co należy rozumieć pod tem słowem, jaka jest treść tego najważniejszego w patologji pojęcia.

Wyniki najnowszych doświadczeń z hodowlą tkanek, barwieniem tkanek przyżyciowem i badania histochemiczne i fizykochemiczne rzuciły nowe światło na procesy życiowe tkanek i umożliwiły nowe, bardziej dokładne ujęcie istoty zapalenia.

Teorja, posiadająca bardzo wielu zwolenników, głosiła dotychczas bezapelacyjnie, że jedynym istotnym objawem zapalenia jest odczyn naczyniowy, bez obecności naczyń niema mowy o procesie zapalnym; nabłonek, jako pozbawiony zasadniczo naczyń, nie może brać udziału w procesie zapalnym; tak zwane zapalenia miąższowe są fikcją.

Wkrótce jednak rzeczywistość zadała kłam tym zbyt schematycznym, zbyt prostolinijnym poglądom. Zwrócono uwagę na istnienie różnych rodzajów zapaleń, w których naczynia krwionośne nie odgrywają prawie żadnej roli, np. ropnie zimne. A sztuczne wytworzenie, in vitro, gruzełka dowiodło, że zapalenie może powstać jako wynik bezpośredniego oddziaływania czynnika chorobotwórczego, na elementy komórkowe bez pośrednictwa naczyń Wszystkie te fakty przemawiają za inną teorją, słuszniejszą i bardziej trafiającą do przekonania również i z przesłanek teoretycznych. Na każdy proces zapalny zasadniczo składają się dwa zjawiska: odczyn naczyniowy i odczyn komórkowy, przyczem ten ostatni zawsze jest naogół ten sam — czy dotyczy komórek tkanki łącznej, czy nabłonków, czy gleju i t. p., różnice są tylko ilościowe. Każda tkanka, każda grupa komórek może ulec procesowi zapalnemu, jakkolwiek w szczegółach inaczej będzie wyglądało zapalenie tkanki miąższowej, inaczej—śródmiąższowej. Dlatego też autor przeciwny jest przeciwstawianiu procesu zwyrodnieniowego procesowi zapalnemu, jak to ma miejsce np. w schorzeniach nerek (nephrosis i nephritis). W jednym i drugim przypadku mamy do czynienia z zapaleniem, ewentualnie odróżniać tu można zapalenie miąższowe od śródmiąższowego.

Dziedzina zapalenia, jako pewnego typowego zjawiska patologicznego, rozciąga się również i na niektóre rodzaje guzów nowotworowych, jak brodawczaki, polipy, a nawet gruczolaki i kostniaki, które wykazują nieraz tyle cech zapalnych, że można mówić o nich jako o guzach zapalnych, lub guzach rzekomo nowotworowych.

Czy wstrzykiwanie insuliny jest jedynym sposobem jej stosowania? (Peut — on administer l'insuline sans piqures?). Mouzon. *La Presse Méd. Nr. 101, grudzień 1929*

Jest to zagadnienie, praktycznie, dla chorych na cukrzycę bardzo ważne, gdyż sposób stosowania insuliny na drodze codziennych, a nawet kilka razy dziennie powtarzanych wstrzyknięć przedstawia duże niedogodności, jak nagłe występowanie objawów hypoglicemji, objawy nerwowe w następstwie częstych ukłuć, ropnie, stwardnienia podskórne i t. p. Dlatego też przeprowadono z różnych stron cały szereg prób, mających na celu określenie skuteczności stosowania insuliny z pominięciem wstrzyknięć, a mianowicie — na drodze doustnej, lawatyw, przez wcieranie w skórę (frykcje), wreszcie pod postacią tabaczki do nosa.

Wszystkie te próby dały naogół wynik dotychczas ujemny. Tylko wstrzykiwanie insuliny pozwala na maksymalne wyzyskanie jej działania i na ścisłe dawkowanie, przy użyciu innych sposobów dawkowanie jest bardzo niepewne, a wogóle działanie insuliny zupełnie nieokreślone, nie wyłączające niebezpiecznych nieraz niespodzianek — w kierunku braku jakiegokolwiek działania lub też działania niespodziewanie silnego.

Chorzy na chorobę cukrową w jej postaci najlżejszej nie wymagają, jak wiadomo, wcale stosowania insuliny, wystarcza im uregulowanie diety. Chorzy z ciężką postacią cukrzycy wymagają dawkowania insuliny zupełnie dokładnego, a jej działanie musi być niezawodne, jest to dla nich do pewnego stopnia koniecznością życiową.

Ale jest pewna, liczna zresztą, grupa diabetyków średnich, dla których nie jest konieczną taka precyzja w stosowaniu insuliny, a którzy ze względów osobistych lub zawodowo — socjalnych nie mogą sobie wstrzykiwać kilka razy dziennie insuliny. Takim chorym możnaby zalecić podawanie insuliny na innej drodze.

Leczenie chirurgiczne w różnych stanach zaburzeń psychicznych. (Psychiatrie et chirurgie). Bainbridge. *La Presse Méd Nr. 102, grudzień 1929.*

Autor, będąc dalekim od tego, aby do licznych teoryj, tłumaczących mechanizm chorobotwórczy psychoz, dodać jeszcze jedną więcej, chce jedynie zwrócić uwagę na wielokrotnie podnoszony z różnych stron fakt wyraźnej zależności przyczynowej między powstawaniem i ustępowaniem różnych zaburzeń psychicznych, jak stanów podniecenia, depresji, halucynacyj, stanów katatonicznych, histeroneurastenji i t. p. — a zatruciami jadami bakteryjnemi i produktami samego ustroju (wydzielina tarczycy, jajników). Znaną jest powszechnie częstość występowania zaburzeń psychicznych w przebiegu duru, ospy, zimnicy, grypy, a zwłaszcza zakażeń moczowych. Spotyka się poparte spostrzeżeniami klinicznemi twierdzenia, że grypa może być przyczyną powstania psychozy, przyczyną jej pogorszenia, i czasami odwrotnie — przyczyną jej ustąpienia czyli wyleczenia.

Autorowi pracy niniejszej jednak chodzi o zwrócenie uwagi głównie na wyraźną, niewątpliwą zależność przyczynową, jaka istnieje między różnemi zaburzeniami psychicznemi a pewnemi schorzeniami chirurgicznemi, dającemi wskazania do odpowiednich zabiegów operacyjnych. Są to: zakażenia zatok czaszkowych, zębów, migdałków, tarczycy, jelit, jajników macicy, wadliwe położenie macicy i t. p. Otóż zostało stwierdzone wielokrotnie, że usunięcie w tych razach schorzenia chirurgicznego, przyczynowego, powodowało wyleczenie zaburzeń psychicznych.

Henry Cotton w pracy swej pod tytułem „Związek chorób psychicznych z zakażeniami miejscowemi" przytacza statystykę, rzeczywiście rewelacyjną, 400 przypadków chorób psychicznych — stanów depresyjno-manjakalnych, szału z majaczeniami na tle toksycznem i otępienia wczesnego (dementia praecox), z których w ciągu roku zostało wyleczonych, w myśl wyżej omówionego, 270 chorych, w ciągu

następnych 9 miesięcy zostało w ten sam sposób wyleczonych dalszych 70 chorych. Wyniki powyższe spowodowały *Colton'a* do wypowiedzenia się na temat etjologji psychoz w sposób następujący: „wszelkie zaburzenia psychiczne są następstwem zatrucia jądami drobnoustrojowemi" — co jest, zresztą twierdzeniem nieco ryzykownem.

W każdym razie niewątpliwem jest, że już obecnie chirurgja odgrywa dużą rolę w leczeniu chorób psychicznych i o tem należy pamiętać.

Szczególnie dogodne cięcie dla podwiązania łuków tętniczych dłoni. (Une nouvelle incision pour la ligature des arcades palmaires). Popovici. *Lyon chirurg. XXVI — Nr 5, wrzesień — październik 1929.*

Żadne z zalecanych w różnych podręcznikach chirurgji operacyjnej cięć dla podwiązania łuków tętniczych dłoni nie odpowiada dwum zasadniczym warunkom: 1) odsłonięcie łuku w jego części poprzecznej (a nie skośnej) i 2) kierunek cięcia podłużny, zgodny z przebiegiem znajdujących się tutaj narządów (mięśni, nerwów, pochewek ścięgnowych). Autor proponuje tutaj następujący sposób.

Podwiązanie łuku dłoniowego powierzchownego. Ręka spoczywa na stole operacyjnym na swej stronie grzbietowej, duży palec — maksymalnie odprowadzony. Przedłużenie linji, przeprowadzonej przez powierzchnię dłoniową kciuka, poprzez dłoń aż do przecięcia się z brzegiem łokciowym dłoni (pod kątem prostym) nosi nazwę linji *Boeckel'a*. Linja prosta, przeprowadzona przez drugą przestrzeń międzypalcową i połowę odległości między kłębami dużego i małego palca (thenar et hypothenar), przecina się z linją *Boeckel'a* w punkcie, przez który przechodzi część poprzeczna łuku powierzchownego. Cięcie operacyjne prowadzi się w osi III kości śródręcza poprzez punkt odnaleziony, na 2 cm powyżej i poniżej niego. Łuk tętniczy przebiega luż pod rozścięgnem dłoniowem (rozwinięty bywa różnie).

Podwiązanie łuku dłoniowego głębokiego. Ułożenie dłoni jak wyżej. Po określeniu linji *Boeckel'a* i punktu wytycznego dla łuku tętniczego powierzchownego, powyżej niego o 1 cm (w kierunku dośrodkowym) — zawsze w osi III kości śródręcza — oznacza się drugi punkt, przez który przechodzi część poprzeczna łuku głębokiego. Cięcie operacyjne prowadzi się w osi III kości śródręcza, na 3 cm powyżej i poniżej punktu wytycznego dla łuku głębokiego. Po przecięciu rozścięgna, podwiązaniu i przecięciu łuku powierzchownego, rozsuwa się ścięgna II i III palca i przenika do leżącej pod ścięgnami tkanki tłuszczowej, pod którą leży rozścięgno głębokie, a pod niem (na wysokości III kości śródręcza) — przebiegająca na kości poprzeczna część łuku głębokiego, z którym krzyżuje się w tem miejscu głęboka gałązka nerwu łokciowego. W przeciwieństwie do łuku powierzchownego, głęboki — jest naogół wielkości stałej.

Rozerwanie urazowe chrząstkozrostu spojenia łonowego. (Entorses, disjonctions et decollements traumatiques de la symphyse pubienne). Rocher. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de chirurgie, Nr 34, grudzień 1929.*

Czy w przypadkach rozerwania pod wpływem urazu (zwykle przejechania) chrząstkozrostu łonowego, z rozejściem się kości łonowych na mniejszej lub większej przestrzeni (3 — 5 cm), ale bez uszkodzenia dróg moczowych i znaczniejszego uszkodzenia kości miednicy, wskazane jest leczenie operacyjne, czy też zachowawcze?

Autor na podstawie spostrzeganych przez siebie kilku tego rodzaju przypadków nie jest w stanie rozstrzygnąć powyższego zagadnienia, gdyż i w przypadkach operowanych (szew kostny), i nieoperowanych (ustalenie części rozerwanych zapomocą opaski elastycznej na miednicy) wyniki otrzymał naogół dobre. Nawet w przypadkach, w których po wygojeniu się cierpienia pozostawała pewna ruchomość w miejscu spojenia i stały częściowy rozstęp kości łonowych, ostateczny wynik czynnościowy był dobry. Następnie, co do anatomji patologicznej tego cierpienia, to autor upodabnia rozerwanie chrząstkozrostu łonowego u dzieci do oddzielenia urazowego nasady kości długich.

W dyskusji: *Thiéry* i *Maisonnet* uważają, że jakkolwiek przypadki rozerwania spojenia łonowego są dość częste, to jednak tylko bardzo nieliczne z nich dają wskazania do operacji; są to zwykle przypadki ciężkie, z dużem rozejściem się kości łonowych, któremu towarzyszą wówczas często poważniejsze obrażenia kości i stawów miednicy. Ale w przypadkach tych i leczenie operacyjne naogół nie daje wyników pomyślnych.

Wskazania operacyjne w kamicy nerkowej i moczowodowej. (Sur la lithiase rénale — 224 cas, de lithiase rénale et urétérale). Gottlieb. *(Moskwa). Journ. d'Urologie XXVIII — Nr. 5, listopad 1929.*

Sprawa kamicy nerkowej a zwłaszcza wskazań do jej leczenia operacyjnego jest znowuż na porządku dziennym, gdyż ocena przypadków, leczonych operacyjnie, a następnie spostrzeganych przez czas dłuższy, niż to się dotychczas praktykowało, bynajmniej nieusprawiedliwia nadziei, pokładanych w leczeniu operacyjnem kamicy nerkowo-moczowodowej. Nawrót pooperacyjny cierpienia, który ma miejsce w 40 — 50% wszystkich przypadków, sprawia, że nawet najbardziej gorący zwolennicy tego rodzaju leczenia zaczynają tutaj ograniczać coraz bardziej wskazania do operacji.

Autor spostrzegał w ciągu ostatnich 6 lat 244 przypadki kamicy nerkowo-moczowodowej, z których operacji dokonano w 116 przypadkach. Częstość występowania kamicy obustronnej wynosi 25 — 30%. Zakażenie dróg moczowych stwierdzono w połowie liczby wszystkich przypadków.

Najczęstszemi przyczynami nierozpoznania cierpienia jako takiego są: 1) brak jakichkolwiek objawów klinicznych do zmian w moczu włącznie, 2) błędna technika zdjęć rentgenowskich — zdjęcie tylko nerki (a kamień siedzi w moczowodzie), wykonanie pyelografji przed zrobieniem zwykłego zdjęcia rentgenowskiego (cień kamienia nie zostanie wówczas wykryty dzięki obecności płynu kontrastowego), niewykonanie pneumopyelografji tam, gdzie zwykłe zdjęcie nie wykazało kamienia, i wreszcie — zdjęcie rentgenowskie tylko jednej strony, zamiast obu. Właściwa technika zdjęcia rentgenowskiego pozwala na wykrycie kamicy nerkowo-moczowodowej w 100%.

Wśród przypadków autora, operowanych względnie wcześnie, przed upływem 3 lat od początku choroby, przeważało jako zabieg nacięcie miedniczki, wśród operowanych zaś później (po 3 latach przeważało nacięcie i wycięcie nerki. Śmiertelność pooperacyjna wynosiła 6%.

Przypadki kamicy moczowodowej i kamicy obustronnej dają szczególne wskazania i przeciwskazania do operacji, naogół dosyć dokładnie określone; rokowanie w tych pierwszych jest względnie najbardziej pomyślne. Największym zaś zmianom uległy poglądy na wskazania do operacji w przypadkach kamicy nerkowej jednostronnej. Autor rozróżnia tu cztery postacie.

I. Nosiciele kamieni nerkowych w postaci przewlekłej — kamienie odchodzą samoistnie, czasami wśród objawów kolki nerkowej, czynność wydzielnicza nerki zwykle prawidłowa, kurczliwość miedniczki i moczowodu — zachowana, do zakażenia dochodzi rzadko. Leczenie — zachowawcze, zabieg operacyjny jest przeciwskazany.

II. Kamienie koralowate, stanowiące odlew miedniczki i kielichów — są właściwe miedniczkom o umiejscowieniu wewnątrznerkowem, ze względu na swą małą ruchomość do legliwości sprawiają niewielkie, do wodonercza i zakażenia doprowadzają rzadko, sprawność nerek jest zachowana. Z zabiegiem należy zwlekać jak najdłużej, gdyż przypadki te z reguły dają nawroty pooperacyjne

III. Kamienie średniej wielkości, pojedyńcze, umiejscowione w miedniczce lub w jednym z kielichów — często powodują powstanie wodonercza, przy braku zakażenia wzrastają powoli, dają klinicznie typowe objawy kolki nerkowej.

IV. Kamienie mnogie różnej wielkości i jeden kamień większy, zamykający ujście kielicha i powodujący powstanie wodonercza częściowego — bólów typowych nie bywa, zakażenia — również. Wskazania do operacji należy dawać w tego rodzaju przypadkach bardzo oględnie.

Rokowanie w kamicy moczowodowej jest o wiele pomyślniejsze niż w nerkowej, gdyż większość kamieni może być usunięta na drodze śródpęcherzowej (we wczesnych okresach), nawroty są rzadkie, a śmiertelność pooperacyjna niewielka.

Co do kamicy nerkowej obustronnej, to tutaj wskazania do operacji trzeba dawać jeszcze oględniej, niż w kamicy jednostronnej — a to głównie z powodu olbrzymiej tendencji do nawrotów.

Współistniejące zapalenie wyrostka robaczkowego i pęcherzyka żółciowego o przebiegu przewlekłym. (L'appendiculocholécystite chronique — etude clinique et thérapeutique). Dalsace. *La Presse Méd. Nr. 2, styczeń 1930.*

Na jednoczesne zajęcie wyrostka robaczkowego i pęcherzyka żółciowego nie należy patrzeć jako na fakt przypadkowego współistnienia dwu odrębnych ognisk zapalnych, gdyż cały szereg danych anatomopatologicznych i klinicznych wskazują na ścisły związek przyczynowy, łączący te dwa schorzenia w jedną całość kliniczną. Rozróżniamy tu następujące postaci.

I. Postać z przewagą objawów żołądkowych — uczucie ciężenia w nadbrzuszu, odbijania, mdłości, wymioty, a czasami nawet napady bólowe w nadbrzuszu, zaraz po jedzeniu lub po upływie pewnego czasu.

II. Postać jelitowa — zaparcia na zmianę z rozwolnieniami, bóle brzucha, wzdęcia, mdłości, brak apetytu.

III. Postać o objawach ogólnych — zaburzenie samopoczucia ogólnego, osłabienie, zawroty i bóle głowy, omdlenia, wychudzenie, objawy neurastenji. Stany podgorączkowe przy braku tutaj wyraźnych objawów ze strony przewodu pokarmowego sprowadzają nieraz lekarzy na błędną drogę rozpoznawania początkowej gruźlicy płucnej.

IV. Postać z przewagą objawów bólowych — bóle całej prawej połowy brzucha, od okolicy dolnych żeber do pachwiny, szerzące się do barku prawego, do łopatki, okolicy lędźwiowej, uda prawego, są to bóle tępe, o charakterze stałym, ale zaostrzające się nieraz po błędach dietetycznych, po pracy fizycznej, wstrząśnieniach, w okresie perjodów.

Dodać tu należy, że w niektórych przypadkach objawów podmiotowych nie bywa prawie wcale, a zespół wyrostkowo-pęcherzykowy stwierdza się dopiero przy bardzo dokładnem badaniu.

Przebieg kliniczny tego nierzadkiego i dość ważnego praktycznie zespołu chorobowego bywa wybitnie przewlekły, ciągnący się całemi latami, z zaostrzeniami i okresami zupełnej ciszy.

W przebiegu tym na plan pierwszy wybijają się bądźto objawy wyrostkowe, bądź też — pęcherzykowe, albo też na zmianę — to jedne, to drugie.

Leczenie powyższych stanów chorobowych odbywa się 3 etapami: a) leczenie wewnętrzne przedoperacyjne (ogólna higjena, dietetyka, wody mineralne, hydro- i fizjoterapja); b) leczenie operacyjne — operacja polega tu albo tylko na wycieciu wyrostka robaczkowego (o ile zmiany chorobowe w pęcherzyku są nikłe), albo też zabieg rozcląga się i na pęcherzyk żółciowy (wycięcie, przetoka) — z cięcia *Jalaguiera*, przedłużonego ku górze, albo z dwu różnych cięć; c) leczenie wewnętrzne pooperacyjne, wskazane w każdym przypadku (analogiczne do przodoperacyjnego).

Autor uwagi swoje wypowiada na podstawie spostrzeganych przez siebie 60 odnośnych przypadków, leczonych w myśl wyżej wyłuszczonych zasad z wynikiem bardzo dobrym.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Opieka nad porodem i połogiem. (La surveillance de l'accouchement et du post partum), de Guchteneere R. *Revue Franç de Gynec et d'Obst. Nr. 12 r. 1929.*

Autor opisuje dokładnie sposób prowadzenia porodu i połogu w Zakładzie Położniczym fundacji *Lambert'a* w Brukseli.

Z wymienionych przez autora punktów zwracają uwagę następujące:

Dokładne umycie i odkażenie rąk rodzącej przed wejściem na salę porodową.

Odkażenie sromu i okolicy 3% roczynem jodu w alkoholu, przed pokryciem sromu sterylizowaną podpaską, nie usuwaną aż do II okresu (ewentualnie zmienianą w razie potrzeby).

Badanie wewnętrzne (jednorazowe) wykonane aseptycznie (w rękawiczce) jest zdaniem autora (po długich rozważaniach) zabiegiem względnie nieszkodliwym. Statystyka *Hauch'a* wskazuje, że w dobrze organizowanych zakładach położniczych badanie wewnętrzne nie powoduje chorobowości w połogu.

W przypadkach pozostania w macicy zrazika łożyskowego, niewielkiego i niepowodującego krwotoku, autor woli przeczekać z wydobyciem ręcznym tych resztek do 3 — 4 dnia połogu, niż wykonywać ten zabieg natychmiast. (Swego dziwnego postępowania autor nie tłomaczy — przyp. refer.).

Przeczyszczanie środkami farmakologicznemi w połogu autor uważa za szkodliwe i zbyteczne, poleca natomiast lawatywy co 48 godzin.

W przypadkach częściowego zatrzymania odchodów należy zalecić położnicy leżenie na brzuchu, powtarzane parokrotnie w ciągu dnia, od 3-ego dnia poczynając, pozycja ta wpływa dobrze na ewent. tyłopochylenie macicy, jak również na elastyczność mięśni brzusznych i wzmocnienie perystaltyki jelit.

Na zakończenie podnosi autor konieczność obserwacji położnicy w późnym połogu co 3 — 4 tygodnie przez 2 — 3 miesiące. Najczęstszemi schorzeniami bywają: zapalenie szyjki macicznej, tyłozgięcie i niezwijanie się macicy. Wczesne leczenie tych schorzeń daje gwarancję szybkiej i stałej poprawy zdrowia.

Znieczulenie lędźwiowe w położnictwie. (La rachianesthésie en obstétrique). Cheval Max. *La Gynècologie nr. 8, 1929.*

Autor używa dawki 0,1 — 0,12 scurocaine'y w 5% rozczynie do znieczuleń lędźwiowych; technika zabiegu ogólnie znana.

Autor twierdzi, że metoda *Delmas'a* polegająca, jak wiadomo, na gwałtownym rozszerzeniu ujścia zewnętrznego po znieczuleniu lędźwiowym bynajmniej zawsze łatwa nie jest. Raczej ogólne uśpienie chloroformem ułatwia rozszerzenie szyji niż znieczulenie lędźwiowe.

W dyskusji na omawiany temat podniesiono, że metoda *Delmas'a* powodując obkurczenie się macicy czyni często obrót zdecydowanie niemożliwym. Ponadto wspomniano o jednym przypadku śmierci spowodowanym przez znieczulenie lędźwiowe zastosowane podczas cięcia cesarskiego.

Inne głosy zachwalały omawiany sposób znieczulenia.

W sprawie określania czasu porodu. (A propos du determinisme de la parturition). Fruhinsholz A. *La Presse Médicale Nr. 94, 1929.*

Autor przenosi punkt ciężkości w sprawie etjologji rozpoczęcia czynności porodowej na hormonalną czynność jajnika. Tak dane doświadczalne nad zwierzętami, jak dane i spostrzeżenia kliniczne uprawniają autora do następujących wniosków:

1. Doświadczenia nad zwierzętami każą przypuszczać, że czynnikiem wywołującym poród jest wydzielina tylnego płata przysadki mózgowej, której działanie hamowane jest w czasie ciąży przez wydzielinę ciałka żółtego, w końcu ciąży przestaje działać ciałko żółte, a wraca do swych praw wydzielina pęcherzyka *Graafa*, dochodząc do szczytu w momencie rozpoczęcia czynności porodowej.

2. Spostrzeżenia kliniczne zgadzają się znakomicie z przypuszczeniem, że czynność jajnika w sensie wydzielania hormonu pęcherzykowego nie znika w czasie ciąży, zaznaczając swoje działanie w początkach ciąży (naprz. skłonność do poronień w okresach miesiączkowych) i w jej końcu; w środkowych miesiącach hamujące działanie ciałka żółtego występuje najsilniej.

3. Rytm czynności jajnikowej może, jak się zdaje, zaznaczać się: w określeniu daty porodu; w czasie trwania ciąży (u osób z rzadszemi menstruacjami — dłuższa ciąża) w okresie utrzymywania in utero martwego jaja (aż do okresu perjodowego).

4. Rozpoczęcie czynności porodowej jest, jak się zdaje, wynikiem przygotowania hormonalnego, podobnego do przygotowania do menstruacji.

5. Należy mieć nadzieję, że w niedalekiej przyszłości uda się zapomocą prób hormonalnych i serologicznych ściśle przepowiedzieć datę porodu na parę dni przedtem.

6. Oczywista mechanizm hormonalny wywołania czynności porodowej nie jest jedyny, czynniki psychiczne czy fizyczne mogą mieć nie mniejsze znaczenie.

7. Czynność porodowa pobudzona przez czynności hormonalne utrzymuje się nadal dzięki warunkom ściśle mechanicznym, a mianowicie dzięki wpływowi bezpośredniego kontaktu pomiędzy jajem płodowym, a kanałem rodnym. Stosunki te upodobnić można do czynności gruczoła mlecznego, pobudzonego również przez hormony, ale podtrzymywanej i regulowanej przez wpływy mechaniczne.

Mikrobiologja pochwy. (Etude sur la microbiologie du vagin). Hardouin P. *Paris Médical Nr. 51, 1929.*

Autor przypomina w długim i starannie opracowanym artykule ogólnie znane dane z mikrobiologii pochwy.

Jak wiadomo flora pochwy zdrowej kobiety składa się z:

1) pałeczki pochwowej (*Döderleina*), której cechy bakterjologiczne wyglądają iak następuje:

a. ścina mleko i wywołuje odczyn kwaśny,
b. na pożywkach stałych wzrasta w formie postrzępionych kolonji,
c. na buljonie początkowo rośnie, jako ziarniak, poczem zjawiają się postacie pałeczkowate,
d. wymaga środowiska kwaśnego, nie rozwijając się zupełnie albo b. słabo w środowisku choćby słabo zasadowym,
e, jest Gramm — dodatnia.

2) z pałeczek Gramm dodatnich, o typie bacillus pseudo-diphteriticus,

3) z pałeczek okrężnicy,

4) z bardzo licznych i rozmaitych drobnoustroji, żyjących saprofitycznie, wśród których wymienić należy: Comma variabile, względny tlenowiec, Bacillus thétoidus, Gramm ujemny, krótki, owalny, mocno się barwiący, beztlenowiec, rosnący w kolonjach wypukłych, soczewkowatych; Staphylococcus, względny tlenowiec, Streptococcus (zwany przez *Loeser'a* — parastreptococcus), B. Tetragenes, i wreszcie komórki drożdży.

Niektóre z tych drobnoustroji rosnących saprofitycznie mogą przemieniać się w odpowiednich warunkach (połóg patologiczny, uszkodzenia pochwy i szyjki) w drobnoustroje chorobotwórcze.

Drobnoustroje istotnie patologiczne: paciorkowce i gronkowce złociste spotykają się niekiedy od czasu do czasu, choć w małych ilościach, również w pochwie osób zdrowych.

Wydzielina prawidłowa pochwy jest wybitnie bakterjobójcza; niektórzy autorowie wiążą tę własność z wysoką zawartością kwasu mlekowego w wydzielinie pochwowej, co z kolei powoduje odczyn kwaśny Ph = 4,5 (przeciętnie).

Kwas mlekowy wytwarzać się ma z glikogenu, którego najwyższa zawartość, określona według metody *Pflüger'a* i *Ebden'a* wynosi 0,1341 mlgramów,

Autor dzieli czystość (według *Lesser'a*) na 4 stopnie:

1. same pałeczki *Döderlein'a*.
2. znacznie mniej pałeczek pochwowych, natomiast liczne ziarniki i nieco beztlenowców,
3. prawie zupełnie znikły pałeczki *Döderleina* natomiast mnóstwo występuje paciorkowców (tlenowców) b. tetragenes. b. pseudo diphteriticus, postacie beztlenowe stają się liczniejsze w miarę wzrastania zakażenia,
4. wydzielina ropna z drobnoustrojami chorobotwórczemi.

Znaną jest naogół rzeczą, że u kobiet zdrowych przeważa typ I stopnia czystości, natomiast stopień czystości II spotyka się u kobiet z zaburzeniami wydzielania gruczołów dokrewnych z niedorozwojem narządu płciowego, z blednicą i ogólnem osłabieniem; III stopień czystości występuje u osób cierpiących na owrzodzenie śluzówki pochwy, czy części pochwowej ewent. na zapalenie szyjki.

IV stopień stwierdza się w ciężkich zapaleniach i zakaźnych chorobach narządu płciowego.

Wiadomo również, że kwasota pochwy zmniejsza się w miarę wzrastania zanieczyszczenia pochwy innemi drobnoustrojami poza pałeczkami *Döderleina*.

W czasie ciąży przeważa jako typ I stopień czystości pochwy. *Lehmann* i *Labm* przypisują to działaniu ciałka żółtego wzmagającego ilość glikogenu w pochwie.

Oczywista, sprawa zmienia się w połogu, zwłaszcza gdzie istnieją pozostawione resztki jaja płodowego. Bakterje ściśle chorobotwórcze są prawie wyłącznie pochodzenia zewnętrznego, wprowadzone do pochwy przy sposobności badania lub zabiegu. Wytworzenie się postaci chorobotwórczych z drobnoustroji saprofitycznych ma najczęściej miejsce w połogu z pozostawionemi po porodzie resztkami jaja płodowego.

Stąd wnioski praktyczne:

1. Odkażenie pochwy osoby ciężarnej, względnie rodzącej zdrowej jest niepotrzebne, a może nawet szkodliwe ze względu na zniszczenie biologicznej samoobrony pochwy.

2. Zapalenie pochwy czy szyji, związane z ubytkiem tkanki należy leczyć w czasie ciąży, jakkolwiek nie można wyłączyć możliwości samowyleczenia.

3. Środki dezynfekcyjne winny być łagodne, aby utrzymać możliwie własności samoobronne pochwy; wydaje się wskazanym używać naprz. 5% roztworu kwasu mlekowego, jako środka najbardziej zbliżonego do biologicznych warunków.

4. Dokładne opróżnienie macicy w czasie porodu jest do pewnego stopnia rękojmią, że saprofity mieszkające w pochwie nie staną się bakterjami chorobotwórczemi.

Leczenie przewlekłej rzeżączki kobiecej zapomocą injekcji podskórnych żywych hodowli gonokoków (na zasadzie doświadczenia zdobytego z 1500 injekcji). (Le traitement de la gonococcie chronique de la femme par les injections sous-cutanées de cultures vivantes de gonocoques d'aprés l'experience de 1500 injections environ). Loeser Alfred. *Revue Franç. Gynecol. d'Obstet Nr. 12, 1929.*

W odczycie swym, wygłoszonym w Paryskim Towarzystwie Ginekologicznem, autor podniósł zalety swego sposobu postępowania.

Polega ona na wyhodowaniu paru świeżych szczepów gonokokowych z ostrych przypadków rzeżączki przeszczepianych nie więcej jak 3 — 4 razy co 48 godzin za każdym razem, następnie kilka szczepów łączy się razem, rozsiewając je na wspólnym podłożu, na skośnym agarze z ascites. Teraz szczepionka jest gotowa: zmywa się powierzchnię agaru 3 cm³ fizjologicznego rozczynu soli i bezpośrednio stąd wciąga sie do strzykawki i wstrzykuje się chorej (choremu) podskórnie 1 cm³. Dawka taka wynosi około 5 — 6 miljardów drobnoustroji. Wstrzykiwać należy powoli, wycofując igłę tak, jak przy znieczulaniu miejscowem.

Miejscowo organizm reaguje dość silnie, nigdy jednak szkodliwie, to znaczy nigdy nie dochodzi ani do ropni, ani do ogólnego zakażenia gonokokowego. Drobnoustroje umierają zazwyczaj szybko i tylko endotoksyny, dostając się do krwi obiegu, działają leczniczo.

Zdaniem autora jego sposób leczenia pomaga w tych przypadkach, gdzie już zawiodły uprzednio próbowane inne metody lecznicze. Oczywista przedewszystkiem wchodzą tu w grę przypadki przewlekłego zapalenia przydatków i i uporczywe zapalenie szyjki macicznej. Kryterjum ostatecznego wyleczenia jest zdaniem autora trzykrotnie ujemny wynik badania wydzieliny na obecność gonokoków, wykonanego po miesiączce, jak również brak nawrotów po wznowieniu życia małżeńskiego (Kryterjum powyższe wydaje się niedostateczne — przyp. refer.). Oceniając w ten sposób swój materjał autor twierdzi, że wyleczenie całkowite występuje po jednej do trzech injekcji, wykonanych w odstępach dwu tygodniowych. Odsetek tych wyleczeń wynosi 60 — 70% przypadków.

(Autor nie bierze pod uwagę poważnego niebezpieczeństwa, jakie grozić może pacjentce, jeżeli wstrzykiwana hodowla nie jest czystą hodowlą gonokokową, ale zawiera domieszkę innych drobnoustroji — naprz. ropotwórczych. Wiadomo, że same gonokoki nie rozwijają się prawie zupełnie poza błoną śluzową, ale też wiadomo, jak trudno uzyskać i uchować czystą hodowlę dwoinek *Neissera*, wszak przy metodzie *Leesera*, w każdym razie ostatni przeszczep sprawdzany na czystość nie jest. To też metoda omawiana stawia bardzo wysokie wymagania w stosunku do bakterjologicznej części pracy — przyp. referenta).

Dwa przypadki wylewu krwawego do jamy otrzewnowej, spowodowanego przez twarde nowotwory jajnika (mięsaki). (Deux observations d'hématocele cataclysmiques par tumeur solide de l'ovaire). Cadenat E. M- Leydet P. *La Gynécologie Nr. 8, 1929.*

Autorowie opisują dwa przypadki mięsaka jajnika, w których przyszło do znacznego wylewu krwawego do jamy otrzewnej. Na zasadzie powyższych obserwacji autorowie wysnuwają następujące wnioski:

1. Nowotwory złośliwe jajnika mogą być przyczyną obfitych krwotoków dootrzewnowych zupełnie samoistnych, bez urazu i bez skrętu.
2. Krwotoki te imitować mogą klinicznie pęknięta ciążę pozamaciczną.
3. Rokowania omawianych krwotoków jest wątpliwe i naogół niepomyślne.
4. Przyczyną krwawienia może być samoistne pęknięcie samego guza lub jednego z naczyń przebiegających na jego powierzchni.
5. Leczeniem jedynem oczywista jest natychmiastowa operacja, trudna technicznie zazwyczaj z powodu warunków anatomicznych samego nowotworu.

Leczenie zakażenia połogowego za pomocą injekcji dożylnych jałowej ropy. (Traitement de l'infection puerpérale par le pus aseptiqué en injections intraveineuses). Devraigne L. *La Gynécologie Nr. 8, 1929.*

Autor donosi o 51 przypadkach zakażenia połogowego, leczonych zapomocą dożylnego podawania jałowej ropy. Wbrew pierwotnym obawom leczenie to nie wywołuje powikłań pod postacią wstrząsu, a jest bardziej czynne niż podawanie tejże ropy domięśniowo lub podskórnie. Dawka dla lżejszych przypadków wynosiła 2 cm,^{3} dla cięższych — 5 cm^3, w injekcjach codziennych, o ile temperatura przewyższała 38,5 i co drugi dzień, o ile spadała poniżej tej granicy. W przypadkach lekkich leczenie wyżej omawiane daje znakomite wyniki. natomiast wśród przypadków ciężkich (posiew z krwi dodatni) w jednym injekcje dożylne jałowej ropy pozwoliły na polepszenie zdrowia o tyle, że uprzednio ujemna próba wywołania abcés de fixation stała się dodatnią i, w wyniku dłuższego leczenia chora wyzdrowiała. Reasumując autor stwierdza, że omawiane leczenie jest zupełnie nieszkodliwe (tak pod względem mechanicznym zaburzeń krążenia, jak pod względem biologicznym), a przynosi niekiedy znaczną poprawę w stanie zdrowia. Działanie jałowej ropy, jakkolwiek przejściowe, jest zazwyczaj bardzo energiczne.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Pozaczerwone promienie w dermatologji. (Les rayons infra-rouges. Quelques données physiologiques et thérapeutiques. Les infrarouges en dermatologie). E. i H. Biancani. *Revue franc. de Dermatologie et de Vénér. 1929 Nr. 5.*

Promienie pozaczerwone należy podzielić na 2 części: jedną bliższą widmu czerwonemu o długości fali 0.75 — 1.5, tej części widma skóra nie absorbuje, absorbuje natomiast drugą część widma o fali dłuższej niż 1.5. Promienie pozaczerwone zaabsorbowane przez skórę przekształcają się w niej w ciepło, powodują rozszerzenie naczyń. Przyśpieszają więc one w skórze procesy przemiany materji, polepszają odżywienie skóry, przyśpieszają resorbcję wszelkich wysięków i nacieków, a tem samem zmniejszają bolesność.

Autorzy polecają stosować naświetlania promieniami pozaczerwonemi w przypadkach: wszystkich t. zw. atonicznych, źle gojących się ran i owrzodzeń (ulcus varicosum, owrzodzenia po radzie i po rentgenie, głębokie oparzenia 3-go stopnia, owrzodziałe odmroziny, zgorzel, owrzodzenia na tle zaburzeń troficznych, przetoki). W zakaźnych schorzeniach skóry promienie pozaczerwone oddają również znaczne usługi, powodując ograniczenie infekcji i szybszą resorbcję nacieków; autor poleca stosować je w czyraczności, w abscesach, guzach gruźliczych i ropnych zakażeniach skóry, jak impetigo, sycosis. W grupie chorób zakaźnych skóry wskazanem jest łączyć te naświetlania z naświetlaniami promieniami pozafiołkowemi. W leczeniu innych schorzeń skóry promieniami promienie pozaczerwone mają znaczenie pomocnicze.

Zjawiska wstrząsu w pokrzywce. (Les phénomenes de choc dans l'urticaire). Pasteur Vallery — Radot, L. Rouquès. *Ann. de Derm. et de Syph. 1929, Nr X.*

Autor dzieli wszystkie pokrzywki na 2 typy: 1) Pokrzywki przez uczulenie, typu anafilaktycznych i 2) Pokrzywki przez wstrząs. Podział ten ma znaczenie głównie teoretyczne, gdyż w praktyce wyjątkowo tylko można oznaczyć typ pokrzywki, posługując się sposobem *Prausnitz'a i Küster'a*, biernego przeniesienia uczulenia na skórę ludzką. Wszystkie inne sprawdziany zawodzą. Autor rozpatruje następujące grupy pokrzywek:

1. Pokrzywki pokarmowe są pochodzenia trawiennego, zwłaszcza u dzieci, przebiegają często z zaburzeniami w przewodzie pokarmowym, gorączką i niedomogą wątroby, lub są pokrzywkami skutkiem podawania nieodpowiednich pokarmów (poziomki, raki, jaja i t. d.).

2. Pokrzywki lekowe występują najczęściej po antypirynie, dalej po aspirynie, chininie, pyramidonie i in., po podaniu obcych surowic, wreszcie często po arsenobenzolach.

3. Pokrzywki pasorzytnicze są skutkiem obecności ascaris, tasiemców, oxyuris lub ukąszeń owadów, czasem występują w przebiegu malarji.

4. Pokrzywki skutkiem wstrząsów psychicznych.

5. Pokrzywki skutkiem wysiłków fizycznych.

6. Pokrzywki skutkiem zadziałania na skórę zimna i 2 przypadki opisane w literaturze skutkiem ciepła.

Pokrzywka często łączy się z innemi schorzeniami uczuleniowemi, jak gorączka sienna, astma i t. d. Objawy t. zw. crises hémoclasique (obniżenie ciśnienia krwi, leukopenja, zmiany krzepliwości i t. d. zwykle towarzyszą napadom pokrzywki, nie są jednak przyczyną zmian skórnych, lecz objawem równorzędnym. Wykazano częste występowanie crises hém. po pojawieniu się zmian skórnych, a niekiedy zupełny brak zmian w krwi. Oprócz powyższych znajdujemy w przebiegu pokrzywki niekiedy zaburzenia w układzie wago-sympatycznym, endokrinjalnym (hyperthyreoidismus), niedomogę wątroby, niedomogę wydzielniczą zaczynów przewodu pokarmowego, obniżenie rezerwy alkalicznej, iniekcje.

Leczenie pokrzywek w przypadkach w których znany jest czynnik, wywołujący wybuchy, polega na odczuleniu organizmu. Odczulić organizm można przez stosowanie per os lub doskórnie bardzo małych dawek czynnika szkodliwego. O ile czynnik szkodliwy jest nam nieznany, leczenie polega również na odczuleniu organizmu przez stosowanie peptonu poliwalentnego (0,5) doustnie na godzinę przed każdym posiłkiem. Posiłki należy ograniczyć do trzech na dobę. Równocześnie leczenie pankreatyną (0,5 w czasie jedzenia) sprzyja szybszemu wyleczeniu. Po za tem zaleca autor autohemoterapję i autoseroterapję, a zwłaszcza podskórne wstrzykiwania peptonu *Witte'go* 5% od 2 do 5-ciu cm^3 codziennie lub co 2-gi dzień, pozatem dożylne wstrzykiwania calc. chlor. 10% 10 — 10 cm. sz.: polecane przez *Ravaut* wstrzykiwania dożylne natr. hyposulfur. 20% 5 — 20 centym. sześć.

Środek ten stosować można i doustnie, o ile nie wywołuje zaburzeń w przewodzie pokarmowym. Poza powyższemi wymienia autor szereg środków, stosowanych przez innych lekarzy w przypadkach pokrzywki, przeważnie mało skutecznych, jak: dożylne wstrzykiwania natr. carbon., mleka, wyciągi gruczołowe, gliceryna, lecytyna...

Ostatnio stosowany przez *Gougerot, Peyre* i innych cozynat cezu dał dobre wyniki w leczeniu pokrzywki. Stosowana przez autora ephedryna nie dała dobrych wyników. W przypadkach pokrzywki z zimna dobre wyniki dają podskórne wstrzykiwania adrenaliny w bardzo małych dawkach.

Rumień wielopostaciowy przebiegający ze streptococcemja. (Erythéme polymorphe avec streptococcémie). L. de Gennes i Mlle Dreyfus-See. *Bullet. et Mém. de la Soc. Méd. des Hopit. de Paris, 1929 Nr. 25.*

Erythema exsudativum multiforme jest schorzeniem niewątpliwie zakaźnem. Czasem towarzyszy chorobom zakaźnym takim jak dur, dyfteryt i t. d. Posiewy z krwi zwykle są jałowe, wyjątkowo znane są w literaturze hodowle pneumococ. lub paciorkowców, wyhodowane z krwi w przypadkach rumieni wysiękowych wielopostaciowych.

Autor podaje opis przypadku rumienia wysiękowego w otoczeniu kolan, łokci, na policzkach i częściowo na karku u 32 letniej kobiety, w którym oprócz zmian skórnych był silny szczękościsk, nie pozwalający stwierdzić przypuszczalnego stanu zapalnego migdałków, bóle stawowe w łokciach i kolanach i stan podrażnienia w okolicy wyrostka robaczkowego. Wykwity skórne miały charakter częściowo obrączkowy z podniesieniem naskórka skutkiem nagromadzenia się wysięku. Po wysianiu 20 cm.^{3} krwi na buljon z glukozą i płynem przesiękowym wykazano po 24 godzinach w hodowli obecność paciorkowców nie hemolitycznych. Powtórnie wykonane badanie krwi na obecność paciorkowców dało wynik ujemny.

Autor twierdzi, że w tych przypadkach drobnoustroje znajdują się w krwi tylko przejściowo przez bardzo krótki okres czasu i że należą do typu drobnoustrojów małozłośliwych. Tem tłumaczy się zwykle pomyślne zejście tych przypadków.

Wpływ leków radjoaktywnych na łuszczycę i łuszczycowe schorzenia stawów, (L'action de la médication radio-active thorium X — sur le psoriasis et les arthropathies psoriasiques). André Léri i J. A. Lièvre. *Bullet. et. Mémoires de la Societ. Méd. des Hopitaux 1929, Nr. 30.*

Chora lat 36 cierpi na uogólnioną łuszczycę od 10-ciu lat. Leczona była różnemi, powszechnie używanemi sposobami i poza nieznaczną poprawą po naświetlaniu promieniami R. nigdy nie było żadnej remisji w nasileniu stanu chorobowego. Od 6-ciu lat przyłączyło się podostre zapalenie stawów. Chora w chwili zgłoszenia się do autora miała prawie całą skórę pokrytą grubemi wykwitami łuszczycowemi, ponadto silny obrzęk i bolesność stawów kończyn i kręgosłupa nie pozwalał na wykonywanie najmniejszych ruchów. Autor ze względu na zmiany stawowe zastosował co 7 dni domięśniowe wstrzykiwania Thorium X w dawkach 50, 100 i 150 mikrogramów. Po 5-tym wstrzyknięciu bóle stawowe znacznie zmniejszyły się, po 8-ym, ostatnim z pierwszej serji wstrzyknięć, możliwe było wykonywanie minimalnych ruchów w stawach. Po 7-tygodniowej przerwie podjęto drugą serję wstrzyknięć, w czasie której stan chorej znacznie się poprawił, tak, że chora wstała i mogła pracować. Równocześnie ustępowały wykwity na skórze. W końcu drugiej kuracji utrzymywały się tylko resztki niektórych wykwitów. Autorzy stosowali to samo leczenie w około 20 przypadkach łuszczycy bez zmian stawowych również z dobremi wynikami.

Fizjoterapja wyprysku. (Le traitement physiothérapique des eczémas). E. Juster. *Journal de Méd. de Paris 1929, Nr. 27.*

Autor poleca leczenie wyprysku czynnikami fizykalnemi. W wypryskach ostrych niezakaźnych dobre wyniki można uzyskać, stosując promienie X bez filtrów lub tylko z małemi filtrami w dawkach od 1 do 4 co 2 — 4-ch tygodni. W wypryskach bakteryjnych wyniki są też czasem dobre. W wypryskach chronicznych lichenifikowanych promienie pozafiołkowe w dawkach wzrastających lub promienie X sprowadzają niekiedy znaczną poprawę, zwykle łagodzą swędzenie.

Wrzody mięszane. (Les Chancres mixtes). G. Milian. *Paris Méd. 1929. Nr. 50.*

W owrzodzeniach mieszanych, skutkiem równoczesnego zakażenia można najczęściej wykazać obecność bakterji *Ducrey'a* i krętków bladych. Obraz kliniczny przedstawia się rozmaicie, zależnie od tego która infekcja była wcześniejsza. Owrzodzenie przybiera zwykle najpierw wszystkie cechy wrzodu miękkiego, gdyż okres inkubacji tego zakażenia trwa zaledwie kilka dni.

Po 2 — 4 tygodniowem trwaniu owrzodzenie zmienia cechy, staje się bardziej nacieczone, oczyszcza nieco i przybiera kształt bardziej regularny. Autor klinicznie rozróżnia kilka postaci wrzodu mieszanego: 1) postać, w której przeważają cechy wrzodu twardego lub 2) cechy wrzodu miękkiego; 3) owrzodzenia olbrzymie, 4) liczne owrzodzenia miękkie, wśród których jedno jest mieszanem i 5) bardzo rzadka postać wrzodu twardego, wtórnie zakażonego bakterjami *Ducrey'a*. Możliwe jest również zakażenie wrzodu miękkiego krętkami blademi, krążącemi od czasu do czasu w krwiobiegu u osobni-

ków z kiłą uprzednio nabytą. W tym wypadku owrzodzenie może przybrać postać kiłowej grudki owrzodziałej, owrzodzenia olbrzymiego lub fagedenicznego. Jakkolwiek autor przyznaje teoretycznie możliwość wtórnego zakażenia zmian kiłowych bakterjami *Ducrey'a*, to jednak zaledwie kilka takich przypadków znanych jest w literaturze.

Leczenie wrzodów mięszanych polega na przemywaniu mieszaniną alkoholu i eteru, przypaleniu zinc. chlor., zasypywaniu antyseptycznemi zasypkami, wreszcie na stosowaniu dożylnych wstrzyknięć Dmelcos. Równocześnie należy przeprowadzić leczenie przeciwkiłowe.

Kiła bez owrzodzenia. (Syphilis sans chancre). Dr Francois Morel. *Paris Méd. 1929, Nr. 52.*

Autor podaje krótki rys historyczny zapatrywań i poglądów na zakażenie kiłą bez okresu wrzodu pierwotnego (syphilis d'emblée). Poglądy doby dzisiejszej przyznają możliwość takiego zakażenia. Za istnieniem takiego zakażenia przemawiają teoretyczne rozważania co do zakaźności krwi u kiłowych, w której stwierdzono obecność żywych krętków, ponadto szereg doświadczeń na zwierzętach i nieliczne na ludziach, u których udało się przenieść kiłę przez dożylne szczepienia materjałem, zawierającym krętki. Najczystszym przykładem kiły bez owrzodzenia jest kiła wrodzona. Cały szereg przypadków kiły bez owrzodzenia opisano w literaturze jako zawodowe zakażenia u lekarzy i akuszerek i jako zakażenia skutkiem przetaczania krwi. Pierwszym objawem klinicznym kiły bez owrzodzenia pierwotnego jest zwykle wysypka. Okres wylęgania takiej kiły jest skrócony w stosunku do okresu wylęgania kiły zwykłej, co tłumaczy autor brakiem alergicznego okresu, jaki istnieje zwykle podczas tworzenia się wrzodu pierwotnego.

Dr Zofja Jastrzębska.

NOWOTWORY.

W sprawie śródbłoniaków złośliwych. (Contribution à la connaissance des réticuloendotheliomes malins) J. M. Jorge et D. Brachetto - Brian. *Bulletin de l'assoc. franc. p. l'étude du cancer. T. XVIII, Nr. 8, 1929.*

Autorzy opisują przypadek nowotworu migdałka prawego u 17-letniego osobnika. Znajdował się on w łączności z obrzmiałemi znacznie gruczołami szyji i tworzył guz wielkości mandarynki. W utkaniu nowotworu stwierdzono obok komórek typu limfocytarnego duże, dość jasne elementy łączące się w zespólnioną siateczkę; poszczególne komórki, lub też ich grupy były otoczone delikatnemi, srebrzącemi się włókienkami. Autorzy uważają, iż w opisanym przypadku mają do czynienia z rozrostem o charakterze nowotworu złośliwego, biorącym swój początek z tkanki siateczkowo-śródbłonkowej.

Badania nad zakażeniem nowotworów doświadczalnych. (Recherches sur l'infection des tumeurs expérimentales par voies exogene et endogène). G. Cantanni. *Léo Néoplasmes T. VIII, Nr. 6, 1929.*

Wykrywanie drobnoustrojów w nowotworach zwierzęcych jest często podstawą do wyciągania mylnych wniosków o znaczeniu patogenetycznem bakterji dla spraw nowotworowych. Wychodząc z tego założenia autor starał się zbadać warunki i częstość zakażania gruczolakoraka myszy. W pierwszej serji doświadczeń okazało się (254 myszy) że: 1) o ile skóra nie była zniszczona, nowotwór pozostawał jałowym z wyjątkiem 2 — 6% przypadków, 2) w okresie owrzodzenia w 60% przypadków rak ulegał zakażeniu, przyczem drobnoustroje łatwo przenikały poprzez środkowe masy martwicze guzów. W drugiej serji doświadczeń C. badał warunki zakażenia wewnętrznego i w tym celu wstrzykiwał myszom dootrzewnowo 0.25 cm osłabionej hodowli ziarenkowca, znajdującego się zwykle na skórze tych zwierząt. Badanie guzów w różnych odstępach czasu (od 12 — 48 godz.) wykazało, że w 38 przypadkach na 72 nowotwory nie były jałowe, przyczem w 13 przypadkach udało się wyhodować ziarenkowce nawet z narządów wewnętrznych; krew stale była jałowa.

Badania autora dowodzą zatem, że nowotwór jest miejscem najbardziej podatnem dla kolonizacji bakteryjnej i że wykrywanie drobnoustrojów w tkankach nowotworów bynajmniej nie upoważnia do formułowania twierdzeń o znaczeniu etjologicznem bakterji dla procesów nowotworowych.

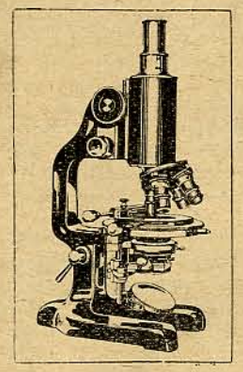
Radjoterapja raka szyji macicy w ośrodku przeciwrakowym Villejuif. (La Radiothérapie du Cancer du col de l'utérus au Centre anticancéreux de la Banlieue Parisienne Villejuif). S. Laborde et Yves-Louis Wickham. *Bulletin de l'assoc. franç. p. l'étude du Cancer. T. XVIII, Nr. 8, 1929.*

W pracy autorów znajdujemy statystykę i omówienie wyników leczenia radem przypadków raka macicy w okresie czasu od r. 1921 — 1926. W ogólnej liczbie 173 przypadków obejmujących 26 raków podstawnokomórkowych, 18 płaskokomórkowych, 112 o typie przejściowym, 6 gruczolakoraków i 11 z nieustalonem rozpoznaniem histologicznem, było 37 przypadków wyleczonych (brak nawrotów conajmniej w ciągu 5 lat) t. j. średnio 21,38%. Wynik leczenia zależał przedewszystkiem od stopnia rozwoju raka w chwili rozpoczęcia zabiegów, tak np. po 8 latach raki w I okresie (naciek ograniczony do szyjki) dały 80% wyleczeń, raki w II okresie (nacieczenie macicy z zachowaniem jej ruchomości) 54%, w III okresie (nacieczenie przymacicza, unieruchomienie macicy) tylko 21,2% w IV zaś (sprawa uogólniona) — 0%. Po dokładnem omówieniu techniki zabiegów autorzy przechodzą do sprawy wrażliwości różnych typów raków i twierdzą, że 1) raki podstawnokomórkowe są wrażliwsze na rad niż płaskokomórkowe i że 2) raki gruczołowe nie wydają im się być bardziej od innych odpornemi na energję promienistą.

Dużą przeszkodą w leczeniu są miejscowe zakażenia, które należy zwalczać szczepionkami i odpowiedniemi surowicami. Fakt leczenia we Francji małej liczby chorych w 1 okresie autorzy tłomaczą zbyt częstemi zabiegami chirurgicznemi, które w innych krajach nieomal zupełnie zostały zarzucone i zastąpione radioterapją.

Przetoczenie (przez nieopatrzność) krwi rakowatej osobnikowi nierakowatemu. (Transfusion sanguine faite par mégarde avec du sang provenant d'une cancéreuse). M. P. Mauclaire *Bull. de l'assoc. franç. p. l'etude du Cancer. T. XVIII, Nr. 8, 1929.*

Autor opisuje ciekawy przypadek przelania krwi osobnika rakowatego osobnikowi nierakowatemu. U kobiety l. 40 cierpiącej z powodu krwotoków macicy wykonano transfuzję krwi pobranej od jej 65 l. matki, która 3 lata temu była operowana z powodu raka piersi. W krótkim czasie chora powróciła do zdrowia i obecnie po 5 latach nie stwierdza się u niej żadnego nowotworu, pomimo tego, że matka jej zmarła po roku z powodu nawrotu powstałego już 3 miesięce po pobraniu krwi.



MIKROSKOPY
NAJLEPSZYCH FABRYK ZAGRANICZNYCH
LUPY, TERMO- i BAROMETRY
BINOKLE i OKULARY zwykłe i ochronne
POLECA MAGAZYN OPTYCZNO-TECHNICZNY
G. GERLACH-WARSZAWA
Ossolińskich, 4. Telefon 49-77

Odczyn biologiczny śledziony wywoływany wstrzyknięciem krwi szczurów z guzami. (Une réaction biologique de la rate provoquée par le sang de les rats porteurs de tumeurs.) A. H. Roffo. *Bulletin de l'assoc. franç. p. l'étude du Cancer T. XVIII, Nr, 8, 1929.*

W celu wykazania wpływu krwi szczurów z nowotworami na śledzionę zwierząt normalnych autor przeprowadził doświadczenia ze 156 szczurami. W jednej grupie doświadczeń wstrzykiwał zwierzętom podskórnie krew szczurów z mięsakiem wrzecionowatokomórkowym, w drugiej z gruczolakorakiem, w trzeciej, kontrolnej, krew normalną. Następnie zabijał szczury w różnych odstępach czasu (od 1 do 12 dniach) i ważył śledzionę. Stosunek $\frac{\text{wagi śledziony}}{\text{wagi szczura}} \times 100$ był zawsze większy u zwierząt kontrolnych, wynosił po 3 dniach 0,42, u szczurów z krwią mięsakową 0,62. z krwią rakową 1.33. również stosunek $\frac{\text{wagi szczura}}{\text{wagi śledziony}}$ ulegał znacznemu podwyższeniu np. u szczurów kontrolnych równał się po 4 dniach $^1/_{237}$, u szczurów z krwią mięsaka $^1/_{180}$, z krwią rakową $^1/_{177}$. Różnice te utrzymywały się dość długo, gdyż w ciągu 12 dni stosunek $\frac{\text{wagi śledziony}}{\text{wagi szczura}} \times 100$ wahał się u zwierząt kontrolnych w granicach do 0,50, podczas gdy u szczurów z krwią nowotworową koło 1,0. Ze względu na to, że podobne zmiany możnaby ewentualnie otrzymać z krwią ludzi rakowatych, opisana wyżej reakcja biologiczna może mieć pewne znaczenie djagnostyczne.

Przypadki nowotworów złośliwych wytworzonych przez przeszczepy zarodkowe. (Nouveaux cas de tumeurs malignes, créés par des greffes embryonnaires). N. Petroff et N. Krotkina. *Bulletin de l'assoc. franç. p. l'étude du cancer. T. XVIII, Nr. 8, 1929.*

W jednej serji doświadczeń wprowadzano dootrzewnowo 26 szczurom miazgę zarodkową z roztworem indolu 1 : 1000, a następnie wstrzykiwano podskórnie indol w stężeniu 1:1000. U jednego szczura rozwinął się pod koniec 2 roku mięsak różnokształtnokomórkowy z przerzutami w przeponie i gruczołach chłonnych zaotrzewnowych, nowotwór ten udało się z łatwością przeszczepić na inne zwierzęta.

W drugiej serji doświadczeń, obejmujących 97 szczurów wprowadzano miazgę zarodkową w roztworze kwasu arsenowego od 1:100.000 do 1:200.000, prócz tego stale dodawano zwierzętom do mleka płyn *Fowlera*. U jednego szczura rozwinął się mięsak pęcherzykowaty (sarcoma alveolare) bez przerzutów. Reasumując obecne i poprzednie swoje wyniki, autorzy podają, że nielicząc torbieli potworniakowych udało im się wywołać na ogólną liczbę 148 zwierząt 1 mięsaka zapomocą indolu i 3 zapomocą arsenu. Przyczyną powstania nowotworów był arsen i indol, gdyż doświadczenia kontrolne, w których wstrzykiwano bądź samą miazgę, bądź też miazgę z różnemi ciałami chemicznemi (kwas mlekowy, smoła, srebro koloidalne) nie dały rezultatu. Autorzy nie rozstrzygają pytania, co było punktem wyjścia mięsaków, czy tkanka zarodkowa, czy też otaczająca tkanka ziarninowa.

CHOROBY UCHA, GARDŁA I NOSA.

Izolowane porażenie przedsionkowe. (La paralysie isolée du vestibule). R. Caussé. *Annales des mal. de l'oreille, T. 48, Nr. 2, styczeń 1929.*

Przypadki izolowanego porażenia przedsionkowego są zwykle jednostronne i dosyć rzadkie Autor, od czasu gdy w r. 1910 *Beck* zwrócił na to schorzenie uwagę, naliczył ich 23 w piśmiennictwie. Są one wszakże pewno nieraz przeoczane. Praktykowi narzuca się przedewszystkiem zespół objawów menierowski. Bliższe badanie wykazuje samoistny oczopląs poziomy w stronę zdrową i padanie w stronę chorą, t. j, w tą, po której badanie rotacyjne i kaloryczne wykazuje zupełną niepobudliwość. Równocześnie zaś badanie nerwu ślimakowego, wykazuje słuch zupełnie prawidłowy. Na wspomnianych 23 przypadków, przeważająca ilość wykazuje pochodzenie luetyczne (14), a to nietylko z powodu kiły świeżej, lecz i starej, a nawet wro.

dzonej. Dwa przypadki wystąpiły w przebiegu białaczki, jeden po znieczuleniu lędźwiowem. Pozostałe 6 przypadków są etjologicznie niejasne. Anatomopatologiczna ocena nie jest wyjaśniona. Zmiany zapalne oponowo-nerwowe ściśle umiejscowione i wybroczyny zajmują w dyskusji pierwsze miejsce szczególnie w grypie kiłopochodnej; w przypadkach białaczkowych myśli się przedewszystkiem o krwotoku, po punkcji lędźwiowej o zmianach zapalnych, znajdując tu poparcie w analogicznych zmianach porażennych innych nerwów. Różniczkowe rozpoznanie musi oddzielić porażenie izolowane od porażeń symptomatycznych w przebiegu innych schorzeń centralnego systemu nerwowego t. j. 1) przy cierpieniach wśródczaszkowych, 2) przy stwardnieniu rozsianem, 3) przy guzach VIII-ej pary nerwów, co przy szczegółowem badaniu nietrudno się uda. Co do grupy 1) jest charakterystycznem, że tu zwykle przeciwnie, niż w omawianem cierpieniu, kierunek padania nakrywa się z kierunkiem oczopląsu samoistnego. Co do 2) to zmiany przedsionkowe mają cechę bardziej zmienną i przelotną, a guzy mają swoją bogatą i charakterystyczną symptomatologję.

Operacja wyrostka sutkowego, zabieg doszczętny podkorowy. (Mastoidectomie subcorticale, operation radicale). J. Lempert. *New-York. jw. Nr. 2, luty 1929.*

Autor podaje szczegółowo swoją technikę operacyjną, polegającę na otwieraniu antrum (antrotomii) bez cięcia skórnego pozausznego i wykonywaniu tą drogą wszelkich dalszych zabiegów, przeprowadzanych zwykle z cięcia pozausznego. Z pracy autora wynikałoby, że stosuje on przed zabiegiem podskórne znieczulenie miejscowe (w przypadkach, które *Lempert* operował w obecności referenta, było stosowane uśpienie ogólne eterem). Autor wycina aż do kości znaczną część tylnego skórnego przewodu usznego, wierci trefiną otwór do antrum, a rozszerzając otwór ten trefiną i ostremi łyżeczkami, dostaje się do wszystkich komórek sutkowych, do zatoki żylnej; opon i ucha środkowego. Dostęp do pola operacyjnego, — rozszerzonego przy pomocy odpowiednich haków skórnych, założonych pod brzegi rany przewodu, — jest bardzo dobry, orjentacja wzrokowa bez zarzutu. Autor sądzi, że zabieg ten ma wielką przys łość, jest bowiem bezpieczny i przedstawia znaczne korzyści kosmetyczne, antrum od strony przewodu jest łatwiej dostępne niż przez grubą i często sklerotyczną blaszkę kostną korową pozauszną, a przebieg leczenia pooperacyjnego krótki i wygodny.

Technika chirurgiczna otwierania ropnia około migdałkowego trudno dostępnego. (Technique chirurgicale de l'ouverture des absces peri — amygdaliens d'accès difficile). Dutheillet de Lamothe. *w. Nr. 5, 1929.*

Ropień wypuklający się, z wyraźnem chełbotaniem, otworzyć jest łatwo, a zadanie to bierze często na siebie lekarz domowy (abscés de médecin). Dotychczasowa technika otwierania ropni trudniej dostępnych przez specjalistę jest w zasadzie taka sama. Szczękościsk, ból pacjenta i jego odruchy podczas zabiegu, brak możności dokładnej orjentacji i brak czasu do szerokiego nacięcia sprawiają jednak, że zabieg ten w tych warunkach i w rękach specialisty kończy się często niepowodzeniem. Autor stosuje dla otwierania tych ropni (abscés du spécialiste) uśpienie chlorkiem etylu w pozycji leżącej. Założony uprzednio rozwieracz *Doyen'a* rozszerza autor po uśpieniu, a po dokładnem zorjentowaniu się otwiera absces szeroko, przecinając tylko śluzówkę nożem, a wgłąb dostając się na tępo pincem kocherowskim, który po przebiciu się do zbiornika ropy rostwiera szeroko. Aspirowaniu ropy zapobiega szybki m przechyleniem głowy na bok, a w warunkach sanatoryjnych odpowiedniim aspiratorem. Po zbudzeniu się pacjenta następuje przepłukanie gardła 2 litrami ciepłego roztworu borowego.

Rentgenoterapja raków nabłonkowych okolicy migdałkowej. (Traitement des cancèrs épithéliaux de la region amygdalienne par les rayons X). H. Coutard. *jw. Nr. 5. maj 1929.*

Na 46 chorych leczonych promieniami Rentgena w instytucie Uniwersytetu paryskiego z powodu powyższego cierpienia 34 zmarło, a 12 t. j. 26% zostało wyleczonych. Pozostali oni zdrowymi w czasie od 18 miesięcy do 7 lat. Z tych 12 było 3 wolnych od macalnych gruczołów, z pozostałych 9 miało 4 ogromne, 5 małe powiększenie gruczołów, Z rzeczonych 12 wyleczonych otrzymało 3 poza rentgenoterapią jeszcze leczenie radem, a u jednego usunięto operacyjnie niewielkie gruczoły przerzutowe. Z 34 zmarłych, u 6 osiągnięto wyleczenie ognisk pierwotnych. a zginęli oni jużto z przerzutów, jużto z powodu martwicy kostnej postępującej w żuchwie. Czas leczenia wynosił u wyleczonych 14 do 40 dni, wyjątkowo dłużej (w 2 przyp.).

OKAZJA

Księgarnia

N. BAUMKOLER

W WARSZAWIE

ul. Ś-to Krzyska Nr. 35

tel. Nr. 127-98

zakupiła ostatnio

dwie bardzo duże i cenne blbljoteki

Książek Lekarskich

w językach:

POLSKIM, FRANCUSKIM,
ROSYJSKIM i NIEMIECKIM

i sprzedaje takowe

po bardzo niskich cenach.

Terapja jodowa przewlekłej gruźlicy (L'iodotherapie interne dans la cure des tuberculoses chroniques de la gorge). P. Jacques. *jw. Nr. 6, czerwiec 1929.*

Autor przypomina swoją starą metodę leczenia miejscowej gruźlicy podawaniem jodku potasu do wewnątrz (około 2 gramów dziennie). Wyniki są bardzo korzystne, jeśli się ją stosuje we właściwych przypadkach. Autor przypomina więc podział zmian gruźliczych okolicy gardła, podany w r. 1905 przez *Elievant* na trzy formy: gruźlica prosówkowa ostra z jednej, lupus z drugiej strony, a w pośrodku forma pograniczna wrzodu gruźliczego przewlekłego. Leczenie jodowe stosuje się do tej ostatniej formy. Autor nie wracałby do opisów tej metody, gdyby autorzy niemieccy nie odkrywali jej jako nowej pod nazwą *Pfannenstiela* i t. d. Autor, podając jedną historję choroby, wykazuje szczegółowe wyniki metody jodowej.

Dr *A. Schwarzbart* (Kraków).

CHOROBY OCZU.

Ślepota, jako skutek surowiczego zapalenia opon mózgowych i powrót do wzroku normalnego po trepanacji czaszki. (Cecité consecutive a une méningite séreuse. Retour a la vue normale après trépanation decompressive). A. Rifat et T. Monhiddin. *Annales d'oculistique Septembre 1929 p. 916.*

Autor opisuje przypadek zapalenia opon mózgowych, które wystąpiło u kobiety 25 letniej w 20 dni po przebytej grypie. W przebiegu tego zapalenia w ciągu pięciu dni wzrok spadł do poczucia światła. Na dnie oczu stwierdzono bardzo znaczny obrzęk tarcz nerwu wzrokowego. Ponieważ kilkakrotne nakłucia lędźwiowe i wypuszczanie płynu mózgo-rdzeniowego nie dawało poprawy wzroku, dokonano w znieczuleniu miejscowem trepanacji czaszki w okolicy czołowo-ciemieniowej prawej. W ciągu miesiąca stopniowa poprawa ogólna. Wzrok jednocześnie powrócił do 10/10.

Czasowa ślepota spowodowana skurczem naczyń siatkówki w przebiegu zimnicy. (Cecité temporaire par angiospasme rétinien d'origine paludique). Sédan Jean. *Annales d'oculistique. Septembre 1926 p. 705.*

Autor opisuje przypadek nagłego zaniewidzenia w czasie ataku zimnicy, W ciągu kilku godzin widzenie spadło tak gwałtownie, iż chory nie mógł z odległości 1 metra odróżnić zapalonej lampy. Badanie dna oczu wykazało: dno blado różowe, naczynia tętnicze puste, nitkowate, lekko pokręcone; tarcza nerwu wzrokowego wydaje się silniej zabarwiona niż normalnie, w okolicy plamki żółtej nic charakterystycznego. Autor stanął przed zagadnieniem, co spowodowało skurcz naczyń siatkówki: chinina, czy też napad zimnicy. Mała ilość chininy przyjęta przez chorego, z drugiej zaś strony gwałtowność objawów ogólnych zimnicy, skłoniły autora do przyjęcia tej drugiej etjologji. Poprawa wzroku po zastosowaniu dużych dawek chininy potwierdziła rozpoznanie autora.

Dwa przypadki skurczu tętnicy środkowej siatkówki. (Deux cas de spasme de l'artère centrale de la retine). A. Rifat. *Annales d'oculistique Septembre 1929 p. 711.*

Do lat ostatnich skurcz naczyń siatkówki często mieszano z zatorem tętnicy środkowej siatkówki. Obraz wziernikowy skurczu naczyń jest podobny do obrazu zatoru. Przy zatorze jednak ślepota jest całkowita, przy skurczu poczucie światła pozostaje. Odruch źrenic na światło zniesiony przy zatorze, przy skurczu jest tylko obniżony. Przy skurczu naczyń siatkówki dużą rolę odgrywa przy leczeniu działanie przeciwskurczowe atropiny.

Autor opisuje dwa przypadki skurczu tętnic środkowych siatkówki, dotyczące osobników młodych i zdrowych. Zator tętnicy środkowej siatkówki obserwujemy najczęściej u ludzi starszych dotkniętych schorzeniem nerek, serca lub naczyń krwionośnych. W obydwu opisanych przypadkach stosował atropinę w wstrzyknięciach pozagałkowych(1 mgr. co 2 dni), w 1 przypadku wzrok powrócił do $^{8}/_{10}$, w drugim do $^{10}/_{10}$. W pierwszym przypadku pozostało niezuaczne zblednięcie tarczy nerwu wzrokowego w związku z zaburzeniami odżywczemi i następowem zwyrodnieniem części włókien nerwowych po zamknięciu światła tętnicy środkowej.

Z. Januszewski.

KRONIKA

IX. Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich odbędzie się w 1931 roku w Krakowie.

Tematami referatów będą:

1) Reumatyzm — z referentami: prof. Ciechanowskim i prof. Latkowskim,
2) Hypertyreozy — z referentami: dr. Maciągiem, doc. Glatzlem i prof. Orzechowskim.

* * *

Tymczasowy Program **X Zjazdu Psychjatrów Polskich** w Łodzi (z Kochanówką i Wartą), na zielone Świątki 1930 r. dn. 7, 8 i 9 czerwca.

Temat główny: Alkoholizm.

I dzień 7.VI w Łodzi.

Prof. *J. Mazurkiewicz* (Warszawa) — Wspomnienie o ś. p. Radziwiłłowiczu.

1. Prof. *S. Borowiecki* (Poznań): — Dziedziczenie u alkoholików.

2. Doc. *M. Zieliński* (Kraków): — Konstytucja i alkoholizm.
3. *F. Wichert* (Warszawa): — Histopatologja układu nerwowego ośrodkowego w alkohol źmie.
4. Doc. *M. Rose* (Warszawa): — Zmiany architektoniczne mózgu w alkoholizmie.
5. Prof. *Modrakowski* (Warszawa): — Farmakologiczne i toksykologiczne działanie alkoholu.
6. *Sew. Sterling* (Łódź): — Alkoholizm z punktu widzenia patologji ogólnej.
7. Prof. *J. Piltz* (Kraków): — Alkohol w patologji chorób psychicznych.

II dzień 8.V w Kochanówce.

przed poł.:

1. *A.Piotrowski* (Dziekanka): — Leczenie zakładowe alkoholików.
2. *S. Deresz* (Tworki): — Leczenie pozazakładowe alkoholików.
3. Prof. *W. Grzywo-Dąbrowski* — (Warszawa): — Kryminologja alkoholików.
4. Płk. *J Nelken* (Warszawa): — Sądowo-psychjatryczne znaczenie alkoholizmu.
5. *S. Skalski* (Łódź): — Temat społeczny (zastrzeżony).

Po poł.:

Walne zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

III dzień w Warcie.

Luźne odczyty.

Uwagi:

1) Uprasza się o nadsyłanie tytułów luźnych odczytów pod adresem Sekretarza Zarządu Głównego Pol. Tow. Psychjatryczneco (J. Handelsman, Pruszków, Szpital Tworki) możliwie wcześnie w celu ułożenia ostatecznego programu Zjazdu.
2) W sprawach organizacyjnych Zjazdu uprasza się o skomunikowanie z miejscowym Komitetem: Dyr. Starzyński, Kochanówka pod Łodzią.

Międzynarodowa naukowa wycieczka lekarzy do Hiszpanji. Dzięki inicjatywie prymarjusza Dr. *Fryderyka Baracha* Wiedeń, wybierają się lekarze austryjaccy 18 kwietnia 1930 do Hiszpanii. Uczęstnicy zobaczą Wenecję, San Remo, Mentonę, Monte Carlo, Monaco, Niceę (spotkanie z Dr. *M. Faure*, prezesem towarzystwa lekarskiego na Rivierze — Societé Médicale du Littoral Mediterranéen) i odwiedzą w Chateau Grimaldi Prof. Dr. *Voronoffa* (znanego z operacji odmładzania). W Barcelonie i w Madrycie zobaczą hiszpańskie zakłady lecznicze.

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

BIBLJOGRAFJA

„Warszawski Kalendarz Lekarski na r. 1930" Rocznik VI. Część I — naukowa — zawiera następujące prace: „Badanie fizykalne w chorobach wewnętrznych" — *Z. Goreckiego*; „Metody badania dróg oddechowych" — *St. Rudzkiego*; „Metodyka badania narządu nerwowego" — *Wł. Sterlinga*; „Plan badania zaburzeń psychicznych" — *J. Nelkena*; „Rozpoznanie chirurgiczne" — doc. *J. Rutkowskiego*; „Metody badania i rozpoznawania chorób kobiecych" — doc. *Monsiorskiego*; „Badanie położnicze" — doc. *H. Becka*; „Zarys badania narządu wzroku — doc, *W Melanowskiego*; „Metodyka badania skóry" — *St. Kapuścińskiego*; „Laboratoryjne metody badania w chorobach skóry i wenerycznych" — *M. Grzybowskiego*; „Leczenie uzdrojowiskowe w Polsce" — doc. *A. Sabatowskiego*; „Leczenie promieniami Roentgena" — *A. Sabata*; „Technika drobnych zabiegów chirurgicznych" — *M. Trawińskiego*; „Spis leków według ich działania" — *W. Knappego*; Międzynarodowe mianownictwo chorób.

Cz. II — informacyjna — zawiera najbardziej szczegółowe dane o Służbie Zdrowia Publicznego, — o stanie szpitalnictwa — (wykaz 650 szpitali — z podziałem na łóżka i nazwiskami Lekarzy Naczelnych) — Spis 240 Kas Chorych (z podaniem nazwisk wszystkich ordynujących lekarzy — około 3 tys. nazwisk, władz kasowych i t.d.), Skład Izb Lekarskich, uniwersyteckich Wydziałów Lekarskich, spis instytucji lekarskich naukowych, społecznych i zawodowych, dane o prasie lekarskiej, spis aptek m. Warszawy, listę lekarzy m. Warszawy.

Cena za 2 tomy — zł. 7,50.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE

Leczenie poronne oparzeń okładami alkoholowemi. W przypadkach oparzeń 1. i 2. stopnia należy zanurzyć jak najszybciej, w pierwszych minutach po wypadku, część ciała oparzoną do kąpieli z czystego alkoholu (94°) na przeciąg kilku minut. Środek ten, dzięki swym własnościom ściągającym, nie dopuści do powstania na skórze pęcherzy surowiczych, przez co skróci znakomicie okres gojenia się, gdyż już po kilku dniach obumarłe, złuszczone warstwy naskórka opadają, pozostawiając bliznę prawie niewidoczną. Zamiast kąpieli można zastosować okłady z gazy, zwilżanej stale w ciągu tych kilku minut stężonym alkoholem.

Leczenie to nietylko nie jest ani trochę bolesne, ale przeciwnie — działa łagodząco na bóle. *M.*

Podajemy do wiadomości PP. Lekarzy, że miejscowości GOŁYMIN, woj. Warszawskie i DOBRA, woj. Łódzkie, pow. Turecki pozostają bez lekarzy. Bliższych informacji udzieli zainteresowanym administracja WIEDZY LEKARSKIEJ, Orzechowska Nr. 4. w Warszawie tel. 420-90.

TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ

„PRZEZORNOŚĆ"

Spółka Akcyjna

założone w 1892 roku

w Warszawie, plac Małachowskiego Nr. 4.

zrzeszona z Towarzystwem:

„The Prudential Assurancé Company, Ltd." w Londynie

z roku 1848

zawiera ubezpieczenia:

NA ŻYCIE, OD NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW, OD OGNIA, KRADZIEŻY I TRANSPORTÓW.

Siedziba Dyrekcji Towarzystwa — **Warszawa, plac Małachowskiego Nr. 4**
telefony 95-19, 65-35, 65-34, 167-50, 139-54, 139-56, 139-82.

Oddziały Towarzystwa: W WARSZAWIE, ŁODZI, KATOWICACH, KRAKOWIE, LWOWIE, POZNANIU i WILNIE

Reprezentacje i Ajentury — we wszystkich większych miastach Rzeczypospolitej.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Orzechowska 4. Tel. 420-90.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

Ogłoszenia:		cała str.	1/2 str.	1/4 str.
zewnętrzna strona okładki	zł.	450.—	250.—	135.—
bezpośrednio przed tekstem	„	350.—	200.—	120.—
2-ga i 3-cia strona okładki	„			
pozostałe	„	300.—	170.—	95.—

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

OPOZONES Lumière

Nowoczesna organoterapja ze wszystkich gruczołów i narządów

OPOZONES:

„Thyroide
„Mammaire
„Placenta
„Hypophyse
„Biliaire (FELLIS)
„Hépatique
„Muqueuse intestinale
„Muqueuse stomacale
„Ganglions (GL. LYMPHATICAE)
„Bulbe (MEDULLA OBLONGATA)
„Pluriglandulaire „O"

„Orchifique (EXTR. TESTIGULORUM)
„Prostatique
„Tissu nerveux (SUBSTANTIA NERVOSA)
„Splénique (LIEN)
„Pancréatique
„Surrénale (SUPRARENALIS)
„Rénale
„Thymus
„Corps jaune de Lovaire (CORPUS LUTEUM)
„Pluriglandulaire „T"

OVARIQUE
THYROÏDE 0,025
HYPOPHYSE 0,025
SURRÉNALE 0,05
OVAIRE 0,1

ORCHITIQUE
THYROÏDE 0,025
HYPOPHYSE 0,025
SURRÉNALE 0,05
ORCHITIQUE 0,1

Pluriglandulaire
THYROÏDE 0,025
HYPOPHYSE 0,075
SURRÉNALE 0,1

Każde pudełko zawiera 54 tabletki powleczone glutenem.
Przedstawicielstwo na Polskę „L. Nasierowski."
Warszawa, ul. Piękna 62, tel. 124-39, 30-42. – Próby i literatura na żądanie Wp. Lekarzy.

ROK IV WARSZAWA 1930 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

DR. A. BRYLIŃSKI.

Phosphacid Dr. Romanowskiego.

Mineralne niedotlenki fosforu i ich chemiczne połączenia z wapniem.

Leczniczy wpływ i sposób stosowania tego preparatu w przebiegu gruźlicy i innych niedomaganiach ustroju.

Wyniki stosowania Phosphacidu uzyskane na podstawie przeszło 300 przypadków własnych, ściśle i czas dłuższy spostrzeganych w przeciągu 20 lat, t. j. od chwili powstania tego preparatu.

Phosphacid w ogólnych zarysach.

Sprawa leczenia gruźlicy wciąż jest jeszcze na porządku dziennym. Pojawiające się rok rocznie setki nowych preparatów leczniczych, mniej lub więcej umiejętnie reklamowanych, nie zwracają dziś już uwagi świata lekarskiego.

Wszystkie one niemal okazały się niewystarczającemi dla walki z tem cierpieniem, a niekiedy nawet były wręcz szkodliwe dla ustroju chorego.

Bankructwo leczenia swoistego — czy to tuberkulinami o różnych postaciach i odmianach, czy też modnej w ostatnich czasach chemioterapii preparatami złota: sanochryzyna *Moellgaarda, Krysalgan, Triphal* i wiele innych skierowanemi również wprost przeciw prątkom *Kocha* znajdującym się w ustroju, wykazało niewątpliwie, że wszystkie te sposoby, nie wyrządzając większej szkody prątkom, niejednokrotnie zaszkodzić mogą choremu. I tylko, jak dotychczas, jedyny preparat tego typu (podwójny tiosiarczan złota Lumiera) indywidualnie i umiejętnie stosowany tamte wszystkie przewyższa (*Dr. Okoński* Medycyna 1929 r.).

Leczenie pobudzające białkowe — proteinoterapia z teleologicznego punktu widzenia, przeczy prawu celowości w przyrodzie. Wywołuje ono bowiem

objawy nadwrażliwości: wysypki, wymioty, gorączki, biegunki i t. p., które nie są niczem innem, jak tylko protestem organizmu — wskazaniem, że chce się on uwolnić od stosowanej w ten sposób pomocy.

Leczenie ogólne klimatyczne i objawowe daje wprawdzie dodatnie wyniki, ale i ono jednak często jest niewystarczające.

Mamy natomiast inny sposób; najwięcej przekonywujący i racjonalny, wybijający się już dawno na czoło walki z gruźlicą, a mianowicie: Mniej wpływać bezpośrednio na prątki gruźlicze, a starać się uzdrowić i wzmocnić ustrój chorego. Zdrowy bowiem ustrój sam sobie daje radę z chorobotwórczemi drobnoustrojami. Nieraz obserwować to możemy przy samowyleczaniu tego lub innego zakażenia. Takie samowyleczanie się organizmu jest zawsze najtrwalsze.

Ujmując proces gruźliczy w ogólnych zarysach widzimy, że ani z punktu biologicznego (chemiczna struktura prątków gruźliczych), ani ze stanowiska histologicznego (odrębna budowa grudełka tej infekcji) wszystkie stosowane dotychczas środki, nie wywarły bezpośredniego, etiotropnego wpływu na przyczynę tej dolegliwości. Problemat zatem gruźlicy w tym kierunku ujęty—pozostaje w dalszym ciągu otwarty.

Aby zbliżyć się do jego wyjaśnienia, należy ująć sprawę z innej strony. Trzeba wzmocnić obronne siły ustroju, należy podnieść te zdolności odziedziczone i nabyte, jakiemi walczy pierwoszcz komórki z opanowującą ją infekcją gruźliczą i odpowiedniemi przez „vis medicatrix Naturae" wzkazanemi pierwiastkami— dać możność ustrojowi zwyciężyć.

W tym kierunku pracownie kliniczne i chemiczne już od dawna badają chemiobiologiczne wpływy na pierwoszcze komórki takich pierwiastków, jakie są niezbędne dla jej normalnego życia i rozwoju.

Właściwości Phosphacidu.

Wiadomo, że normalny, a więc biologicznie zdrowy stan komórki zależy od stanu jej jądra. To ostatnie zaś zawiera nukleoproteidy — białka fosforowe, gdzie pierwiastek ten odgrywa dominującą rolę. Wszelka więc fluktuacja fosforu w ustroju odczuwana być musi głównie w jądrach komórki. Wytwarza się wtedy nienormalny, a więc chorobliwy stan komórki w odniesieniu do jej struktury mineralnej. Czyni to ją podatną wobec każdego zakażenia, a szczególnie gruźliczego (Demineralizacja ustroju, Francuska szkoła *Robin Binet* i inni).

Już prof. *Bouchard*, mówiąc o znaczeniu fosforu w ustroju powiedział: bez fosforu nie może powstać ani też egzystować żadna komórka. Prof. *Maulechott* przed stu laty zaopinjował: „Bez fosforu niema życia, niema myśli".

W biologicznej strukturze ustroju, również ma wielkie znaczenie Wapń. Wywiera on wpływ na układ wegetatywny, który kieruje grą naczyń krwionośnych, bierze udział w stanach zapalnych i wszystkich odczynach ustroju.

Przy pewnem przesyceniu soków ustrojowych wapń plombuje sobą świeżo powstającą tkankę łączną (Dr. *Paillard*, Journal med. France 1928). Dla walki więc z zakażeniem gruźliczem, fosfor i wapń są temi podstawowemi pierwiastkami, jakiemi przeważnie vis medicatrix Naturae posługuje się przy samowyleczeniu się gruźliczego ustroju.

Mając na względzie wyżej przytoczone dane, nauka stara się wynaleźć takie połączenia tych pierwiastków, które będąc rozpuszczalne, podlegałyby zupełnej asymilacji. Połączenia te winny też łatwo rozpadać się w ustroju na fizjologiczne czynne jony, chociażby złożone i wpływać uzdrawiająco na życiowe wymiany komórki. Innemi słowy, taki preparat chemiczny winien być izotoniczny i organotropowy.

Takim chemicznym związkiem jest Phosphacid.

Wychodząc z wyżej przytoczonego założenia, jest oczywiste, że taki lek nie może być specyfikiem w tem lub innem schorzeniu. Punktem bowiem wyjścia dla metody leczenia tym środkiem jest stopniowe stwarzanie w leczonym ustroju takich chemiofizykalnych stanów, które sprzyjałyby ozdrowieniu chorej komórki.

Preparat ten nadaje się w wysokim stopniu przy leczeniu wielu cierpień: zakażeń, jak gruźlica, kiła, zimnica — następnie neurastenja. niedokrewność, krzywica, cukrzyca, rekonwalescencja po innych cierpieniach i t. p.

Mineralny fosfor i wapń, jak wykazały prace *Hoflanda, Kremera, Shipleya* i innych (sprawy kostnienia) odgrywają główną i pierwszorzędną rolę w chemiobiologii ustroju.

Surowica krwi zawiera 3,7 mg. % nieorganicznego fosforu i 10 mg. % wapnia. Surowica niemowląt znacznie więcej, bo 5 mg. % fosforu. Krzywica, w której często spotykamy fosfaturje, powstaje przy wyraźnem obniżeniu stężenia nieorganicznych fosforanów we krwi. Możnaby przytoczyć wiele jeszcze przykładów na poparcie twierdzenia, że właśnie mineralny fosfor i wapń jest niezbędny dla ustroju.

Stosowanie jednak mineralnego fosforu w celach leczniczych ograniczało się do podawania mineralnego fosforu rozpuszczonego w tranie. Przytem do niedawna panowało w medycynie przekonanie, że ustroje zwierzęce wchłaniają niezbędne dla swego życia związki fosforowe, tylko w postaci związków organicznych, już gotowych do asymilacji. Dopiero prace uczonych *Harta, Mac Calemen, Wendta* i innych wykazały, że ustrój ludzki syntetyzuje mineralny fosfor i że asymilacja ta odbywa się szczególnie łatwo, przy odpowiedniem stężeniu jonów wapnia w sokach życiowych (Dr *Krasuski*, Medycyna Nr. 32 — 1928 r.).

Wnioskować stąd należy, że wapń zawarty w Phosphacidzie potęguje tę chemiobiologiczną właściwość ustroju, ułatwiając mu syntetyzowanie mineralnego fosforu.

Fosfor w Phosphacidzie pochodzi z niedotlenków fosforowych i mineralnego fosforu w stanie koloidalnym. Niedotlenione związki fosforowe do powstania Phosphacidu nie były stosowane w medycynie. Są to związki następujące: Kwas fosforawy H^3PO^3; Kwas podfosforawy H^3PO^2. Dwuwodorowy kwas hypotetyczny H^2PO, który w stanie wolnym dotychczas nie jest znany, choć pojawia się w połączeniach organicznych. Obecność jego w Phosphacidzie ma wielkie znaczenie z powodu aktywności chemicznej.

Wspólne własności tych kwasów są: skłonność do utleniania, łatwość redukcji i słaby odczyn kwaśny. Ta ostatnia właściwość pozwala im krążyć we krwi i ulegać przyswojeniu.

Chemja uważa kwasy fosforowe za rezultat utleniania fosforowodoru PH^3. Ten ostatni ma wzór chemiczny analogiczny do amoniaku NH^3. Możemy podstawiać zamiast jego wodoru różne „R" węglowodanowe, lub inne organiczne związki. Wtedy powstaną fosfiny. Formuła tych ostatnich jest:

PH^3 — fosforowodór
$PH^2(CH^3)$ — metylfosfina
$PH(CH^3)^2$ — dwumetylfosfina
$P(CH^3)^3$ — trymetylfosfina
NH^3 — amoniak
$NH^2(CH^3)$ — metylamina
$NH(CH^3)^2$ — dwumetylamina
$N(CH^3)^3$ — trójmetylamina

Podobnie jak przez kolejne utlenianie fosforowodoru otrzymujemy wszytkie kwasy fosforowe, tak samo przez stopniowe utlenianie jego pochodnych — powstają kwasy fosfinowe, bardzo mało znane, jak zresztą i wszystkie pochodne organiczne fosforu. Najbardziej są znane

$(C^6H^5)P(OH)^2$ — kwas fenolfosforawy
$(CH^3)^2PO(OH)$ — kwas dwumetylfosforowy.

Istnieją różne typy i stopnie utlenienia fosforu, a skutkiem tego i różne kwasy fosfinowe. Tak wodór dwutlenków nie wszędzie spełnia te same czynności. Wodór związany z fosforem działa jak PH^3. Lecz wodór związany z tlenem ma już to funkcje alkoholowe, już to funkcje kwasowe. Graficznie przedstawia się to w ten sposób:

w H^3PO^2 mamy:
$\diagup$ OH — alkoholowe
HP — OH — kwasowe
$\diagdown$ fosforan wodoru

Te i tym podobne reakcje powstają w ustroju po wprowadzeniu do soków jego Phosphacidu, czyli niedotlenionych związków fosforowych, nawet chemicznie związanych z wapniem.

Otrzymanie Phosphacidu jest nader trudne i skomplikowane; wymaga głębokiej erudycji chemicznej.

Już sam fakt, że mineralny fosfor nie jest preparatem absolutnie czystym — wytwarzanie w takich warunkach niedotlenków fosforowych, które możnaby było stosować podskórnie czy wśródmięśniowo, utrudnia wielce ten chemiczny proces. Trzeba mieć przytem na uwadze, że wogóle związki niedotlenione, a szczególnie

fosforowe, mogą się łatwo utlenić już w czasie ich wytwarzania.

Sam przebieg chemicznej reakcji dla otrzymania Phosphacidu, odbywa się w wodnym 25% rozczynie absolutnie czystej gliceryny i wymaga odpowiednich urządzeń, skomplikowanych aparatów i czasu od czterech do pięciu miesięcy nieustannej chemicznej obserwacji.

Gdy reakcja jest zakończoną dodajemy do tego rozczynu pewną ilość, ściśle obliczoną, preparatu wapnia. W ten sposób zobojętnia się powstały wypadkowo, przy tworzeniu się tych niedotlenków — kwas ortofosforowy H^3PO^4, co uwalnia preparat od zbytniej kwasowości i usuwa jednocześnie składnik chemicznie zakończony. Powstały przy tej wapniowej interwencji osad nierozpuszczalnych soli wapniowo-fosforowych oddziela się w specjalny sposób, aby uniknąć zetknięcia się rozczynu z tlenem powietrza. Otrzymany w ten sposób preparat Dr *Romanowski* nazwał Phosphacidem.

Z wyżej przytoczonego pobieżnego opisu powstania Phosphacidu, wynika, że jest to rozczyn gliceryno-fosforowy, zawierający elementarny fosfor w stanie koloidalnym, a nadto chemicznie związane sole wapniowe kwasów fosforawego i podfosforawego. Prócz tego Phosphacid zawiera kwas hypotetyczny, posiadający wg. Dra *Romanowskiego* wybitną chemiczną energję do organicznych połączeń w kierunku leczniczym, a nadto i gwajakolu.

Charakterystyczną cechą Phosphacidu jest chemiczna energja w kierunku dalszego utleniania się przy zetknięciu z tlenem

Urząd Medycyny Państwowej w Ministerstwie Zdrowia po dokonaniu analizy Phosphacidu w 1925 r. stwierdził: że zawartość fosforu w tym preparacie obliczona jako bezwodnik fosforowy P^2O^5 równa się 0,282%, ilość wapnia wynosi 0.08%, elementarny fosfor w stanie koloidalnym 0,00005%. Do ustroju wprowadza się go w okolicę np. podłopatkową, lub śródmięśniowo (gluteus u góry ze strony zewnętrznej).

Stosuje się go zawsze w postaci nie rozcieńczonej. Jest on izotoniczny i aseptyczny, nie wywołuje ropni, ani wogóle żadnej miejscowej reakcji. Wstrzyknięty wypadkowo w miąższ skóry wytwarza w następstwie guzy, długotrwające i dające się wyczuć palcem. (Spotęgowany rozrost tkanki łącznej — miejscowy wpływ Phosphacidu). Strzykawkę używa się Recorda, różnej wielkości, począwszy od tuberkulinowej. Rozpoczynając kurację Phosphacidową wygotowuje się ią przy pierwszym wstrzyknięciu przemywając przy następnych eterem i kilkoma kroplami hosphacidu przed samym już wstrzyknięciem. Ampułkę częściowo już zużyta zatyka się parafiną lub lakiem.

Phosphacid jest preparatem stałym. Hermetycznie zachowany w ampułkach z jenajskiego szkła, nie traci latami swych farmakodynamicznych właściwości. Przedwojenne preparaty odpowiadają zupełnie obecnie sporządzonym. Powstający wyjątkowo rzadko, minimalny osad w ampulce, nie zmniejsza jego chemiobiologicznej siły, jest to bowiem zobojętniony wapniem kwas ortofosforowy powstały na drodze dalszego utleniania się niedotlenków pod wpływem światła, czy też nieodpowiedniego gatunku szkła.

Doświadczenia z zakresu biologji roślinnej wykazały (prof. biologji z Sofji *Popoff* i przyrodnik *Wł. Dzieduszycki*, Lwów „O wpływie soli odtleniających na życie i rozwój roślinnej komórki"), że podrażniona odtlenianiem pierwoszcz, nawet po następnem nasyceniu się tlenem do status quo ante, nie przestaje w dalszym ciągu samoistnie już utleniać się i to w spotęgowanym stopniu, o ile naturalnie nie jest zbyt zmienioną. To następcze energiczniejsze utlenianie się komórki, podnosi znacznie jej biologiczne wymiany [1]). Phosphacid, jako preparat pochłaniający tlen (niedotlenki i koloidalny mineralny fosfór), wywołuje w ustroju w całej rozciągłości wyżej wzmiankowane procesy w zwierzęcej komórce, jakie powstają przy jej odtlenianiu. I na tem polega jego odrębny wpływ leczniczy.

Na to jednak, aby taki typ leczniczego preparatu zrealizować, potrzeba było d-rowi *Romanowskiemu* długich lat pracy. Świadczyć by o tem mogły całe zastępy morskich świnek, szczurów i królików,

[1]) Uwidacznia ten odtleniający wpływ na roślinną komórkę *Wł. Dzieduszycki* swym doświadczeniem nad cebulkami hyacyntowymi. Odtleniane rozczynami soli Magn. Sulfur, albo magn. chlorata, czy też Kalium chlor. zapomocą jednorazowych wstrzyknięć w miąższ cebulki — wytwarzały przy udanym wstrzyknięciu rośliny znacznie wyższe od kontrolnych, o formie liści kliwii, o wspaniałym kwiecie i silnym aromacie.

które w początkach powstania Phosphacidu musiały paść ofiarą.

W ostatnim wyniku tych długich, żmudnych zabiegów Dr. *Romanowski* stworzył ten lek, który nie wywołując żadnych ubocznych niepożądanych powikłań, umiejętnie i ze zrozumieniem stosowany, daje bardzo korzystne wyniki.

Następnie praca D-ra *Romanowskiego* w wojskowo-medycznej akademji w Petersburgu pod dyrekcją prof. *Sirotinina*, jednego z najświatlejszych umysłów ówczesnego rosyjskiego świata lekarskiego, (1909 — 10) na klinicznym materjale sprawiła, że Phosphacid został oficjalnie zatwierdzony w Departamencie Medycznym, jako lek uzdrawiający ustrój w różnych schorzeniach.

Phosphacid w piśmiennictwie lekarskiem przedwojennem i obecnem.

Phosphacid wzbudził wielkie zainteresowanie wśród lekarzy doby przedwojennej. Począwszy od roku 1910 po przejściu jego przez klinikę Prof. *Sirotinina*, w Rosyjskich czasopismach lekarskich ukazało się wiele prac doświadczalnych i klinicznych, omawiających działanie tego środka.

Preparatem tym zainteresowali się również i lekarze z Zachodu. Między innemi przed kilku laty Dr. *E. Gyr* z Lozanny, omawiał w komisji sanitarnej w Genewie, działanie Phosphacidu w różnych postaciach gruźlicy. („*Un traitement chimiotherapique de la tuberculose*" *Conference faite le 17 mai 1925 a la societè sanitaire de Genève*). Jedna z poprzednich jego prac poświęcona była również Phosphacidowi: „*Le traitement des affections tuberculeuses par le deutoxydes de Phosphor*" — *Exposé preliminaire par le Dr. Romanowski*). Z polskich prac tego czasu wymienić należy broszurę autora: „*Znaczenie lecznicze niedotlenionych związków fosforowych w przebiegu gruźlicy*". Kraków 1911 r. W ostatnich czasach pojawiły się sprawozdania Dra *Kaliny*: trzy przypadki gruźlicy kręgosłupa u żołnierzy, oraz jeden przypadek gruźlicy stawu łokciowego, powikłanego licznemi przetokami. Chorych tych leczono bez skutku przez lat parę, wszelkimi w takich przypadkach stosowanemi zabiegami. Pod wpływem Phosphacidu dopiero nastąpiło wyzdrowienie w kilka miesięcy i to w zimie t. j. w najnieodpowiedniejszej porze roku u nas dla leczenia gruźlików. (Drugi oddział chirurgiczny I-go szpitala okręgowego. Starszy ord. Dr. Med. *M. Durante*). Tych byłych chorych przedstawiał Dr. *Kalina* na posiedzeniu naukowem Związku Przeciwgruźliczego I-ej sekcji sanitarnej T. W. W. w dniu 7 marca 1926 r. w szpitalu Okr. w Warszawie, patrz protokół „Lekarz Wojskowy" Nr. 1. 1927 r.).

Drugi przypadek (autora): Gruźlica stawu krzyżowo-biodrowego z opadowym ropniem na crista ossis ilsii. Po nieudanej operacji, mającej na celu wycięcie ogniska, co się okazało niemożliwe z powodu umiejscowienia się gruźliczej sprawy na wewnętrznej części tego stawu a także z przyczyny znacznego pogorszenia ogólnego stanu chorego (nacieki szczytów płuc, powikłania opłucnowe), przeprowadzono leczenie wyłącznie Phosphacidem. Po siedmiu miesiącach stosowania tego środka nastąpiło zupełne wyzdrowienie z unieruchomieniem (czasowem) stawu.

Odrębność Phosphacidu. Właściwość chemiobiologiczna Phosphacidu.

Rozpatrując leczniczy wpływ Phosphacidu, skutecznie działającego w wielu dolegliwościach, zaliczyć go należy do szeregu preparatów bodźcowych. (Omnicellularna aktywizacja *Weichardta*).

Ze względu jednak na skład chemiczny, Phosphacid pobudza życiowe wymiany pierwoszczy komórek zupełnie inaczej niż inne środki tej grupy, których chemiczny skład jest obcy ustrojowi. Prócz więc pobudzającego działania na czynność wszystkich komórek ustroju, uważać można Phosphacid jako rodzaj odżywki dla tych komórek.

Phosphacid D-ra *Romanowskiego*, jako preparat fosforowy, wskazany jest w tych przypadkach, w których ustrój cierpi na niedobór tego pierwiastka. Wywołane to bywa, czy to niedostatecznem, czy nieprawidłowem przyswajaniem fosforu, (co ma miejsce w cierpieniach przewodu pokarmowego zwykle towarzyszących gruźlicy), lub też obecnością w ustroju pewnych drobnoustrojów — jak prątki *Kocha*, krętki kiły i inne (ewentualnie trąd), działających destrukcyjnie na białko fosforowe; W obydwóch tych wypadkach podawanie doustnie fosforu i wapnia nie osiąga

celu. Tkanki takiego ustroju, pozbawione są wówczas najpotrzebniejszego, odżywcze go budulca, niezbędnego dla procesu zdrowienia.

Łatwo więc zrozumieć przewagę takiego preparatu, jakim jest Phosphacid, który wprowadza do soków ustrojowoch chorego bezpośrednio te właśnie niezbędne dlań pierwiastki. Badania Prof. *Gilberta* i *Lipmana* wykazują, że związki inozytofosforowe (Phytyna i inne) tak skuteczne przy doustnym stosowaniu, o ile przewód pokarmowy potrafi je wchłaniać, nie mogą być podawane paranteralnie, powodują bowiem martwicę (Dr. *Krasuski*).

Pozatem trzeba mieć na względzie jeszcze jedną właściwość Phosphacidu. Wszystkie inne lecznicze preparaty, a w tej liczbie i fosforowe są chemicznie bierne. Na to, by wpływ leczniczy takich preparatów mógł się okazać, trzeba aby ustrój był jeszcze zdolny do zdobywania i uzupełniania owego niedoboru białkowo-fosforowo-wapniowych połączeń. Phosphacid natomiast wywiera swój wpływ leczniczy nietylko w takich warunkach. Dzięki swym czynnym farmako-dynamicznym składnikom, (fosfor i jego niedotlenki) lek ten wchodzi „par force", że się tak wyrażę, w życiową chemję pierwoszczy, nawet w daleko posuniętych cierpieniach, gdzie inne połączenia fosforowe, „zakończone", już nie działają.

Samo przez się rozumie się jednak, że są granice w chorobowych zmianach komórki, kiedy chemiodynamika Phosphacidu nie jest już w stanie skierować procesów życiowych komórki na drogę fizjoogiczną.

Phosphacid a gruźlica płuc.

U zdrowych Phosphacid wstrzyknięty podskórnie, lub domięśniowo, nawet w znacznej ilości n.p. 1,0 — 5,0 i więcej, daje uczucie rzeźkości, potęguje wrażliwość zmysłów i stwarza stan bardzo dobrego samopoczucia — euforji, trwającej przez kilka dni następnych. Natomiast w ustroju zagrożonym płucną gruźlicą, jawną lub ukrytą, zastosowanie małych dawek Phosphacidu, jak 0,1, a nawet 0,01 w daleko posuniętej sprawie chorobowej wywołuje po kilku godzinach, częściej zaś na drugi lub trzeci dzień, gorączkę wraz z innemi ogólnemi objawami, charakterystycznemi dla t. zw. „Tuberkulinowej reakcji".

Dr *Romanowski* określił tę nieuniknioną reakcję, powstającą pod wpływem Phosphacidu w płucnej gruźlicy — jako „autoendo-tuberkulinową", pochodzącą ze zwolnionych toksyn i rozpadu ciał prątków w leczonym tym preparatem ustroju. Obecny stan badań nad chemiobiologicznemi procesami, powstającemi w gruźliczym ustroju, nadaje tej reakcji inne przyczynowe określenie. Pod specjalnym wpływem Phosphacidu, bardzo wyraźnie (o czem później), następuje przyspieszony rozrost tkanki włóknistej w ogniskach leczonego ustroju. Widać to ad oculos w toczniu. Ten stan spotęgowanego bliznowacenia występuje wobec objawów zapalnego odczynu, gdzie sam przez się ma miejsce rozpad schorzałych białkowych związków, nieobojętnych, jak wiadomo, dla podniesienia się ciepłoty. Prócz tego, jak dowiedziono, jad gruźliczego zakażenia, przeważnie płucnego, czyni koloidy osocza ustroju nadwrażliwemi (Koloidoklazja *Vidala*). Ta nadwrażliwość koloidów w daleko posuniętej płucnej gruźlicy powoduje wstrząs koloidalny — kłaczkowacenie — pod wpływem wprowadzonych parenteralnie postronnych bodźców, a w danym razie pod wpływem Phosphacidu. Wstrząs ten, określany mianem koloidoklastycznego odczynu, dawniej uważany był jako tuberkulinowa reakcja. Z dalszego logicznego zestawienia tych faktów wynika, że leczona Phosphacidem gruźlica płucna wtedy może być uważaną za zlikwidowaną zupełnie, jeżeli po stopniowym stosowaniu Phosphacidu — wstrzykiwania tego preparatu w dalszym ciągu w zwiększonych nawet dawkach 1,0 — 2,0 — 4,0 nie wywołują najmniejszych termicznych odczynów. Równoznaczne to jest, że bliznowacenie ognisk gruźliczych zostało zakończone i niema już rozpadu schorzałych białkowych drobin, a jednocześnie stan koloidów płucnego zakażenia zmienił się gruntownie na fizjologicznie zdrowy, taki, jaki jest udziałem zdrowych organizmów, niepodlegających tej infekcji.

Przebieg leczniczych wpływów Phosphacidu w sprawie chirurgicznego gruźliczego zakażenia ma zupełnie odmienny typ — co przedstawione będzie niżej.

Wobec tych właściwości Phosphacidu (odczyn w ukrytej gruźlicy) wynika konieczność próbnego wstrzyknięcia Phosphacidu przed rozpoczęciem leczenia tym środkiem. Taką próbną dawką, jak doświadczenie przedwojennych klinik wykazało, jest 1,5—2,5 dla mężczyzn, 1,0—1,5 dla kobiet Jeżeli po 6 — 8 godzinach, a szczególnie na pierwszy lub drugi dzień po wstrzyknięciu tej dawki ciepłota nie podniesie się zupełnie, albo też nieznacznie ponad 37,0 — 37,1 i trwa tylko parę godzin, a następuie da się zauważyć dobre samopoczucie, a nawet euforja, wówczas można z całą pewnością twierdzić, że ustrój jest wolny od zakażenia gruźliczego, a szczególnie zaś utajonej gruźlicy płucnej.

Jeżeli natomiast chory po wstrzyknięciu Phosphacidu, jest rozdrażniony, czuje się niedobrze, to chociażby żadnych zmian w płucach nie udało się stwierdzić, a ciepłota po 6 — 8 godzinach podnosi się do 37,5 — 8, nazajutrz zaś wieczorem przekracza 38 — 38,5; na trzeci dzień wraca do normy, a nawet opada niżej — jest to dowodem, że chory cierpi na utajoną płucną gruźlicę. Może się jednak zdarzyć, że u niektórych podejrzewanych o utajoną gruźlicę ciepłota wcale się nie podniesie. W takich przypadkach, po tygodniu należy wstrzyknąć dawkę Phosphacidu o 0,5 wyższą od poprzedniej. Wówczas w razie obecności utajonej gruźlicy płuc, nastąpi charakterystycznna reakcja przy temperaturze 38,2 — 5 i wyżej.

Stan taki przeważnie sprzegamy w wieku młodym. Wszak statystyka wykazała, że około 90% schorzeń gruźliczych rozpoczyna się w wieku dziecięcym, a następnie w dalszem życiu organizmy ludzkie wciąż się borykają z tem niepożadanym towarzyszem współżycia. Niektóre z nich w pewnych odsetkach zostają zwyciężone i uledz muszą w tej walce. U innych zaś chemja życiowa daje sobie radę i w pewnym stopniu opanowuje nieprzyjaciela. Phosphacid zastosowany w młodym wieku i w tym właśnie przedgruźliczym okresie, stać się może ochroną i zabezpieczeniem na przyszłość. Gdy się uprzytomni wielce zachęcające wyniki, jakie spostrzegano w przeciągu kilkunastu lat u tych byłych gruźlików, którym za młodu, lub w latach dziecięcych stosowana była kuracja Phosphacidowa — powstaje mimowoli śmiała myśl, że w przyszłości, po ugruntowaniu leczniczego znaczenia tego preparatu w świecie lekarskim, — chorować będą na gruźlicę tylko ci, u których tym środkiem nie została usunięta w młodości owa symbioza prątka gruźliczego. Phosphacid bowiem, jak wyżej wspomniano, doprowadza pierwoszcz komórki swoją odżywczą farmakodynamiką do stanu biologicznie normalnego i chemicznie zakończonego. Staje się ona nieodpowiednią dla dalszego współżycia zarazka gruźliczego, jak to ma miejsce w każdym zupełnie zdrowym organiźmie.

Taką samą drogą prowadzi i ten sam cel osiąga „vis medicatrix naturae" w samowyleczeniu się w tej samej infekcji.

Chemiobiologiczny wpływ Phosphacidu szczególnie w gruźlicy płucnej najwyraźniej daje się zauważyć w zmianach ciepłoty, po każdem wstrzyknięciu tego środka. Dlatego należy obserwować ciepłotę chorego, przez cztery, pięć dni, mierząc ją cztery razy na dobę w tych samych godzinach, zarówno przed rozpoczęciem leczenia, jak i w czasie jego przebiegu.

Po próbnych wstrzykiwaniach należy przeczekać mniej więcej tydzień, aby chemja życiowa badanego ustroju, po interwencyi Phosphacidu, przyszła do stanu quo ante, co się wyraża powrotem temperatury poprzedniej. Wtedy rozpoczynać należy l e c z n i c z e wstrzykiwanie.

Próbna dawka Phosphacidu ujawnia obecność nietylko toksyn prątków gruźliczych w badanym ustroju, ale także wskazuje na powikłania gruźliczego zakażenia przez inne chorobotwórcze drobnoustroje. Silny autotuberkulinowy odczyn w takich przypadkach (temp. 39,0 — 5 i wyżej), świadczy o mieszanem zakażeniu. Jest on wskaźnikiem wielkości, a raczej minimalności (0,01 — 0,05) pierwszej dawki Phosphacidu, którą można stosować w takich ciężkich stanach. W płucnej gruźlicy lek ten należy stosować przeważnie w przypadkach o charakterze włóknistym: a więc w pneumonia chronica interstitialis, w bronchopneumonia chronica, w tuber. fibrosa, w przewlekłych sprawach okołooskrzelowych i wogóle w płucnych gruźlicach do III stopnia podług klasyfikacji Turbana. W bardzo zaawansowanej płucnej gruźlicy (III kategorja Turbana) — najmniejsza już autotuberkulinowa reakcja, dodana do trwającej stale u takich chorych, pogarsza stan i tak już niebezpieczny. W tych wypadkach Phosphacidu stosować nie należy.

Przystępując do leczenia płucnej gruźlicy Phosphacidem, należy uprzedzić chorego o długotrwałem leczeniu, ciągnącem

się mniej więcej kilka lub kilkanaście miesięcy. Nie można bowiem prędko zmienić patologicznego biogenu komórki na fizjologiczny, tembardziej, że „zwalniane tym lekiem endotoksyny gruźlicze" przeszkadzają ozdrowieńczym wpływom tego leku, hamując ich tempo.

Gdyby potwierdzone zostały nadzieje, jakie *Moelgaard* czy *Jasset* przywiązują do swych surowic, jakoby neutralizujących toksyny gruźlicze, wówczas ułatwiłoby to leczenie Phosphacidem. Możnaby było wtedy stosować w każdym przypadku gruźlicy płucnej większe dawki tego preparatu, jak to ma miejsce przy leczeniu Phosphacidem gruźlicy chirurgicznej. To samo, co o tych wyżej wspomnianych surowicach, należy powiedzieć i o innych preparatach jak metylowy antygen *Bauquetta, Negera*, albo szczepionka *Vaudramera*, pod których wpływem mają powstawać u gruźlików „niewczuliki" tuberkulinowej reakcji. Ustrój wówczas zwalczałby łatwiej i prędzej gruźlicę płuc, pod działaniem fizjologicznem Phosphacidu na takim tle stosowanego.

Nim jednak to nastąpi, należy postępować bardzo oględnie z dozowaniem Phosphacidu w daleko posuniętej gruźlicy płuc stosując bardzo małe dawki (od 0,001 — 0,01 — 0,02 — 0,05), stosownie do siły odczynu ustroju chorego. Stąd mimowoli nasuwa się wniosek, że przy leczeniu Phosphacidem gruźlicy płuc, trzeba kierować się temi samemi wskazaniami i zachowywać nie mniejszą ostrożność, jaką zachowuje się przy leczeniu tuberkulinami. W ciężkich przypadkach pozostawać należy przy małych dawkach przez czas dłuższy (pięć, dziesięć wstrzyknięć z rzędu w pewnych odstępach czasu (o tem niżej).

Gdy się jednak uwidoczni wpływ Phosphacidu t. j. gdy procent hemoglobiny podniesie się znacznie wyżej od tego, jaki był na początku leczenia, gdy ciepłota naogół nieco się zmniejszy, a samopoczucie stanie się lepsze, rozpoczynać należy zwiększanie dawki Phosphacidu. Pod ozdrowieńczym jego wpływem gruźlica płucna, będąca w pewnym stopniu rozwoju, zostaje pokonana, znikają autotoksyny i dalsze wstrzykiwania Phosphacidu nie wywołują już autotuberkulinowej reakcji w leczonym ustroju, zarówno jak w zdrowych organizmach.

Cały system chemiobiologicznego leczenia Phosphacidem w gruźlicy płuc polega na zastosowaniu odpowiedniej dawki tego leku, w każdym poszczególnym przypadku. A więc, jeżeli podczas leczenia, po zastosowaniu pewnej dawki ciepłota podniesie się znacznie wyżej (do 39,5), oznacza to, że dawka Phosphacidu była zbyt wielka. Za dużo zwolnionych endotoksyn wywołało za silny i wielce szkodliwy odczyn ze strony pierwoszczy. Należy w takich razach przeczekać dni kilka (5 — 10) do ustąpienia wszelkich wspomnianych objawów i rozpocząć wstrzykiwania takich dawek, jakie nie dawały widocznych odczynów. Zwykle bywa nią połowa ostatniej zbyt wielkiej dawki. Od niej stopniowo powiększa się dawkę mniejszemi już ilościami Phosphacidu (0,05 — 0,2).

W przypadkach, kiedy stosowane dawki nie powodują podniesienia się ciepłoty, lecz przeciwnie, przyczyniaja się poniekąd do jej opadania — pozwala to śmielej powiększać ilości Phospacidu (0,1 — 0,2 — 0,3) w następnych kolejnych wstrzyknięciach.

Zdarza się często, że pewna ilość Phosphacidu wywołuje w leczonym ustroju nieznaczny i krótko trwający skok w temperaturze. W takich przypadkach należy tę samą niepowiększoną dawkę wstrzykiwać kilka razy zrzędu, póki ustrój nie przestanie reagować podniesieniem ciepłoty.

Dawki Phosphacidu w gruźlicy płuc stosuje się w następujących odstępach: małe od 0,1—0,3 co trzy dni, na czwarty, nie licząc dnia wstrzyknięcia Ten czas okazał się niezbędnym (kliniki rosyjskich uniwersytetów) dla zakończenia chemiofizjologicznych procesów wywołanych Phoschacidem (wzór krwi).

Dawki 0,4 - 0,6 co cztery dni na piąty
„ 0.7 — 0,9 z pięciodniowemi przerwami
„ 1.0 stosuje się raz na tydzień
„ 2,0 raz na dziesięć dni
„ 3,0 raz na trzy tygodnie
„ 4,0 — 5,0 raz na miesiąc.

Jednak wobec indywidualnych właściwości ustroju każdego chorego, a także siły i natężenia sprawy gruźliczej, nieznaczne skracanie, lub przedłużanie odstępów czasu między wstrzyknięciami, może się stać potrzebne.

Obok poprawy samopoczucia chorego i spadku ciepłoty, oraz poprawy obrazu krwi, drugim objawem dodatniego wpływu odpowiedniej dawki Phosphacidu jest polepszenie się apetytu.

Chorzy, którzy najmniejszego łaknienia nie odczuwali, zaczynają jeść z wielką chęcią, tak, że trzeba nawet powstrzymywać ich od przekarmienia się, by uniknąć powikłań ze strony przewodu pokarmowego.

Zdarza się jednak u pewnej kategorji gruźliczych chorych zupełny zanik łaknienia, pomimo Phosphacidu i stosowania odpowiednich środków (goryczki, acidol pepsin, takadiastazy, orexiny i t. p.) Wielce pomocny okazał mi się w takich razach „persodin *Lumière'a*", który w u stroju, podobnie jak Phosphacid, utlenia.

Trzeci wyraz działania Phosphacidu, to waga chorego. Przy należycie prowadzonem leczeniu, waga ciała powinna przybywać i co tydzień daje się to stwierdzić. Najmniejsze zaś zaburzenie w chemji życiowej, czy to wskutek przeziębienia, czy też z powodu zbyt wielkiej dawki Phosphacidu, a co za tem idzie zbytniem na nią zareagowaniem, odbija się natychmiast na utracie wagi.

Czwarty przejaw działania odpowiedniej dawki tego preparatu na ogólny stan gruźlika — to zmiana charakteru plwociny, nawet jej wyglądu zewnętrznego: staje się ona więcej śluzowa, łatwiejsza do odpluwania, a kaszel mniej spazmatyczny.

Jednak taka odpowiednia w danym wypadku dawka Phosphacidu, stać się może zupełnie nieodpowiednią dla leczonego ustroju z chwilą wkroczenia postronnego zakażenia n. p. grypowego. Wtedy bakteryjna flora plwocin znacznie się powiększa i plwocina zmienia swój wygląd. Staje się ona więcej ropną, często koloru malinowego, co wskazuje na przekrwienie ognisk gruźliczych. Mikroskop wykazuje w niej obfitość czerwonych krwinek. Jest to przestroga przed możliwym krwotokiem płucnym przy dalszym prowadzeniu leczenia w tym tempie. Wynika stąd konieczność zaniechania dalszych wstrzyknięć, aż do chwili ustąpienia tych wszystkich objawów.

Opisany powyżej wygląd plwociny powstaje jednocześnie ze silnym ogólnym odczynem autotuberkulinowym, którego natężenie (wysoka ciepłota) spotęgowana została wyzwolonemi przez Phosphacid toksynami nowego zakażenia. Stosowane w takich przypadkach środki przeciwgorączkowe przynoszą ulgę choremu (np. Cryogenina).

Ze względu jednak na tło gruźlicze chorego, te wszystkie środki przeciwgorączkowe uważane były jako malum cecessarium, zmniejszające drugie zło: zbyt wysoką i zbyt długo trwającą temperaturę z jej niepożądanemi następstwami. W preparacie *Lumiera* cryogenina, jak udowodniły prace samego *Lumiera* i innych klinicystów: *Dumarest'a Carrier'a A. Robin, Huchard'a* — mamy najodpowiedniejszy środek do zwalczania wysokiej ciepłoty u gruźlików wogóle. Preparat ten nie wywołuje u nich żadnych ubocznych objawów, a podawany w odpowiednich godzinach, utrzymuje ciepłotę w pewnych niewysokich granicach. Sprzyja to wielce podniesieniu ducha u chorych, a jednocześnie nie przeszkadza chemji życiowej, gdyż chorym przybywa na wadze, nawet przy stałym stosowaniu cryogeniny. Prócz tego, jako specyfik antygrypowy, antyreumatyczny cryogenina stać się musi środkiem wielce pomocniczym przy leczeniu Phosphacidem płucnych i chirurgicznych gruźliczych chorych, nawet w razie wywołania Phosphacidem silnych tuberkulinowych reakcji.

Badanie obrazu krwi mówi nam o zmianach, jakie pod wpływem Phosphacidu powstają w ustroju gruźliczym.

Wiadomem jest że krew jest niejaką zwierciadłem, gdzie się odbija wszelka walka organizmu z infekcją i gdzie też z tego powodu równocześnie powstają pewne zmiany w hemologicznym wzorze czyli w obrazie krwi. Najlepiej daje się to zauważyć w morfologicznym wyglądzie białych ciałek krwi i w ich wzajemnem, procentowem zestawieniu.

Jeżeli w obrazie krwi gruźlika widzimy przewagę leukocytów nad limfocytami, wówczas rokowanie jest niekorzystne. Jeżeli przytem leukocytoza składa się tylko z myelocytów i młodych jednojądrzastych (pałeczkowatych) neutrofilów oraz ich form przejściowych, przemawia to za znaczniejszem wyczerpaniem się szpiku kostnego w walce z gruźlicą. Prognosis dubia: taki stan chorego nie nadaje się do leczenia Phosphacidem.

Najlepiej nadają się do leczenia Phosphacidem ci chorzy, których wzór hematologiczny krwi posunięty jest nieco wprawo. W obrazie stwierdza się wtedy limfocytozę z monocytami, temi „prawdziwemi fagocytami," jak ich określają;

z eozynofilami, niosącemi ochronne antytoksyczne ciała, i wreszcie, z neutrofilami segmentowanemi. Taki obraz krwi chorego na gruźlicę płuc, daje dobre rokowanie dla leczenia Phosphacidem.

Dla oznaczenia stopnia czynności gruźliczej sprawy, miało wielkie znaczenie według teoryi *Arnetha*, określanie wyglądu neutrofilów. Albowiem zauważono, że w początkowych już okresach gruźlicy przy podgorączkowym stanie chorego, wpływ toksyn gruźliczych ujawnia się w zwiększeniu liczbowem jednojądrzastych neutrofilów do 12%, a nawet do 20%, zamiast normy 5% — 7%. Przy dalszym rozwoju procesu chorobowego, procent ten znacznie się podwyższa. Dopiero przy stopniowem opanowaniu choroby zwiększa się liczba dojrzałych wielojądrzastych, segmentowanych neutrofilów, na niekorzyść liczby młodych, pałeczkowatych.

Te zmiany w wyglądzie neutrofilów służyły wogóle do orjentowania się tak przy tuberkulinowem, jak i przy sanatoryjnem leczeniu gruźlicy płuc.

Stosowanie Phosphacidu w gruźlicy teorji tej nie potwierdza. Wpływ bowiem jego na jądro komórek tak wcześnie się objawia, że segmentacja neutrofilów następuje nawet wtedy, kiedy jeszcze daleko do ogólnej poprawy zdrowia, kiedy wszystkie inne podmiotowe i przedmiotowe zmiany niczem nie zdradzają pewności wyzdrowienia. Nie znaczy to jednak, aby bardziej szybkie dojrzewanie neutrofilów pod wpływem Phosphacidu nie miało dodatniego znaczenia. Już sam fakt tego zjawiska stwierdza, że wzmocnione narządy krwiotwórcze wstąpiły na fizjologiczną drogę swej życiowej pracy. Nie jest to jednak absolutnym wskaźnikiem, jak twierdził *Arneth*, że zakażenie jest już opanowane.

Właściwym zwiastunem ozdrowieńczego stanu gruźlika w prognostycznem znaczeniu są następujące zmiany krwi pod wpływem leczenia Phosphacidem: procent hemoglobiny szybko narasta; już w początkach sięga do 90% i wyżej; następnie odsetek eozynofilów wzrasta, a nawet przechodzi w stan prawdziwej eozynofilji. Jest to wskaźnikiem, jak wiadomo, spotęgowania ochronnych ciał, a więc biologicznych sił leczonego ustroju.

Samo przez się rozumie się, że w walce z gruźlicą biorą udział nietylko wyłącznie komórki krwi, ale wszystkie komórki ustroju, ciecze ustrojowe. Tak więc układ siateczkowo-śródbłonkowy (SS), jak wiadomo odgrywa wogóle wielką rolę w mobilizowaniu ochronnych sił: pod wpływem Phosphacidu, znacznie się wzmagają jego biologiczne właściwości, jak fagocytoza i tworzenie przeciwciał (allergja). Występuje wtedy we krwi monocytoza, pochodzenia siateczkowego. Siły ochronne ustroju, podniecone przez Phosphacid przyczyniają się znacznie do walki z gruźlicą.

Co do stanu koloidów w organizmie, Dr. *Akacatof* w swej pracy „*o dodatnim wpływie Phosphacidu na koloidy w gruźliczym ustroju*“ (*Ruski Wracz Berlin i Wraczebnoje obozrenje Berlin*) zaznacza, że chwiejność i niestałość koloidowa w gruźlicy podtrzymywana jest uczulającemi ustrój białkami, pochodzącemi z prątków *Kocha*. Anafilaktyczny stan u tego typu chorych sprzyja rozwojowi samego cierpienia. Pod wpływem zaś Phosphacidu ustępuje chwiejność i niestałość koloidów ustrojowych, czyli wraca prawidlowy fizykalny stan humoralny. Zjawisko to jest niezmiernej wagi i znaczenia dla utrzymania normalnych życiowych czynności komórek. Dr. *Akacatof* przypisuje wszechstronność wpływów leczniczych, powstających przy stosowaniu Phosphacidu, całkowicie i wyłącznie tym fizjologicznym przeistoczeniom koloidów ustrojowych.

Ta myśl, co do znaczenia niezbędnego, normalnego stanu humoralnych płynów w ustroju, dla prawidłowych przejawów życiowych, znajduje jasne wytłomaczenie i pogłębienie w rozmaitych pracach wielu autorów, między innemi *Kopaczewskiego*, *Lumiera* i innych.

(C. d. n.)

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Anafilaksja kliniczna w Stanach Zjednoczonych. (L'anaphylaxie clinique aux Etats Unis.). K. Richet Fils. *Soc. Méd des Hôpit, de Paris, Nr. 28, r. 1929.*

W niniejszej pracy autor zdaje sprawę z obserwacji poczynionych w Stanach Zjednoczonych nad badaniami klinicznemi i leczeniem stanów anafilaktycznych. Jako prototyp choroby anafilaktycznej uważają amerykanie dychawicę oskrzelową, której napady wywołane są przez wdychiwanie pyłków, zwłaszcza roślin. Częstość tej postaci dychawicy podają autorowie na 1% ogólnej liczby ludności. Wyniki swych badań autorowie amerykańscy ujęli w tablice tak, że gdy znamy miejsce pochodzenia i datę wystąpienia tego cierpienia, wówczas wahamy się tylko w wyborze trzech do czterech roślin, których pyłki mogły wywołać to cierpienie. Dalsze badania autorów amerykańskich są równie ścisłe co do pochodzenia dychawicy, wywołanej sierścią zwierząt, pierzem z poduszek, pyłem pokojów mieszkalnych i t.p. jak też i pochodzenia pokarmowego. Według tych autorów znacznie rzadsze są napady dychawicy pochodzenia bakteryjnego, względnie odruchowego w schorzeniach nosa. Znaczna część przypadków pokrzywki (60% do 90%), eczema i pewnych innych chorób skórnych należy do stanów allergicznych, podobnie jak dychawica. Zaburzenia natury nerwowej, wywołane przez stany allergiczne są przez autorów amerykańskich mniej badane, choć i oni nieraz przyznają tę naturę przewlekłym bólom głowy, migrenie, pewnym przypadkom padaczki. Podobnie niedostatecznie, według autora, oceniana jest rola zaburzeń przewodu pokarmowego pochodzenia anafilaktycznego. Natomiast *Duke* wykazał anafilaktyczną naturę pochodzenia niektórych zaburzeń pęcherza moczowego i nerek. Naogół autor stwierdza, że w znacznej części podobne badania jak w Ameryce były dokonane i we Francji.

Szczególne wyniki, jakie autorowie amerykańscy otrzymali w omawianej dziedzinie należy, odnieść do organizacji, do częstej i na szeroką miarę stosowanej reakcji skórnej i śródskórnej oraz do ich sposobów leczniczych.

Znaczna część lekarzy, w prywatnej praktyce korzysta z pomocy kilku sekretarzy (1 do 3), pielęgniarek (1 do 4), młodszego lekarza oraz z pomocy stałej chemika i botanika. Dzięki tej organizacji leczenie 50-ciu do 60-ciu chorych dziennie, a w niektórych okresach i 80-ciu chorych dziennie jest możliwe, dzięki też temu specjalizacja pod tym względem stoi tam bardzo wysoko, a poszczególni specjaliści rozporządzają ogromną statystyką.

We Francji stosuje się do reakcji skórnych pokarmy naturalne, jak n.p. jaja, wieprzowinę i t. p.; w Stanach Zjednoczonych zaś stosują poszczególne białka w postaci wyodrębnionej, i to w znacznej tak, że na jednem posiedzeniu chory podlega 40-tu do 50-ciu reakcjom skórnym, wykonanym podobnie jak odczyn Pirquet'a, lecz z rozmaitemi gatunkami białek. Z różnych względów odczyny te są powtarzane lub uzupełniane tak, że niejednokrotnie liczba poszczególnych białek, użytych do tych odczynów, dochodzi do 400. Dalsze doświadczenia wykazały, że korzystnem jest stosowanie mieszanin odpowiednio zgrupowanych rodzajów białek do poszczególnych reakcji. W ten sposób można szybciej wykluczyć białka nieczynne i wyodrębnić poszukiwany gatunek białka. Co się tyczy materjału używanego do reakcji skórnych, stosują w Ameryce nieraz preparaty fabryczne, przed zastosowaniem których we Francji autor przestrzega ze względu na to, że odrębne pochodzenie tych antygenów okazuje się niejednokrotnie nie do zastosowania w Europie. Zresztą i w Ameryce lekarze stosują chętnie antygeny przez siebie wytwarzane.

Wyniki skórnych odczynów odczytuje się po 20 minutgch oraz po 24 godzinach, niekiedy tylko po 6-ciu godzinach i oznacza się za pomocą krzyżyków, podobnie jak w odczynie Pirqueta. Skoro skórne odczyny są ujemne, autorowie amerykańscy stosują odczyny doskórne, natomiast nigdy nie stosują odczynów ocznych, gardlanych, ani też odczynów na anafilaksję bierną w doświaczeniach na zwierzętach.

W leczeniu anafilaksji pochodzenia pokarmowego, amerykanie unikają raczej podawania szkodliwych pokarmów (n.p. mleka, jai i t.p.), natomiast bardzo rzadko każą swoim chorym przyjmować małe ilości substancji szkodliwej, względnie peptonu na pewien czas przed właściwym posiłkiem (dla wywołania antianafilaksji). Równie rzadko stosują leczenie uodporniające w tych przypadkach.

W cierpieniach anafilaktycznych wywołanych wdechiwaniem antygenu w postaci pyłku, lekarze amerykańscy starają się o ile możności chronić chorego od tego wpływu, usuwac z iego pobliża czy to zwierzęta, czy też rośliny, poduszki i t.p. zależnie od wyniku reakcji skórnej. Stosują także i odosobnienie chorego w pokoju, zbudowanym systemem Storm van Leuwan'a, w którym to pokoju powietrze jest sterylizowane, osuszone i pozbawione pyłu. O ile powyższe sposoby leczenia nie dają się przeprowadzić, wówczas dopiero stosują leczenie uodporniające, wstrzykują rozczyny coraz silniejsze tych antygenów, na które chory wykazał wrażliwość. Naogół leczenie takie obejmuje 12 do 15 wstrzyknięć; uzyskane uodpornienie trwa około roku. Po upływie roku trzeba ponowin to leczenie zapomocą 5 do 6 wstrzyknięć w przypadku dychawicy sezonowej, należy je rozpocząć na 6 tygodni przed spodziewanym wystąpieniem napadów.

Walker i *Rockemann* w niektórych przypadkach stosują wakcynę nieswoistą, szczególnie wakcynę strepto, stafilo i pneumokokkową.

Wyniki leczenia uodporniającego dają około 33% wyleczenia oraz 33% wyraźnej poprawy. Co się tyczy leczenia środkami farmaceutycznymi, stosuj

bardzo często adrenalinę, rzadziej efedrynę, natomiast prawie zupełnie niestosują atropiny, chyba w połączenin z efedryną lub adrenaliną. W zaniedbaniu znajduje się leczenie przy pomocy wód mineralnych oraz hematoterapji.

W dyskusji *Flandin* nie dowierza statystyce amerykanskiej co do częstości chorób natury anafilaktycznej. Nie sądzi bowiem, aby dostatecznym dowodem anafilaktycznej natury jakiegoś cierpienia była dodatnia reakcja skórna na jedno lub kilka ciał z sześciuset antygenów, stosowanych w Ameryce. Wyniki lecznicze zdają się równie przemawiac przeciw tak szerokiemu ujęciu anafilaksji.

Armand-Delille jest zdania, że należy wcześniej rozpoznawać dychawicę u dzieci przy pomocy odczynów skórnych i starać się je uodparniać.

Comby uważa, że naistotniejszym czynnikiem w powstawaniu napadów dychawicy jest podłoże ustrojowe, pewnego rodzaju idiosynkrazja dziedziczna, którą się stwierdza u wszystkich tego rodzaju chorych. Sam napad może być wywołany przez najrozmaitsze czynniki, nie tylko przez wdychiwany pył roślin i t.p. I tak napad mogą wywołać także rozmaite wonie, pył, pokarmy, wilgoć, zimno, zmęczenie i czynniki psychiczne. Oczywiście, iż należy usuwać przyczyny napadów, a leczenie uodporniające może być korzystne, nie należy się jednak oddawać złudzeniom, że tą drogą zmienimy podłoże.

Armand-Delille nie zapatruje się tak pesymistycznie na leczenie astmy, jak *Comby* i mniema, że odpowiednie leczenie i warunki życia mogą korzystnie wpłynąć na dalszy rozwój dzieci dotkniętych dychawicą.

Z powodu pracy K. Richet fils p. t. „Anafilaksja kliniczna w Stanach Zjednoczonych". (A propos de la communication de M. Charles Richet fils sur „L'anaphylaxie aux Etats Unis"). Pasteur Vallery-Radot. *Soc, Méd. des Hôpit. de Paris Nr. 29.*

Autor przypomina swoje prace, dotyczące problemu anafilaksji, które prowadzi i ogłasza od lat ośmiu. Autor sądzi, że jest zbędną rzeczą systematyczne wykonywanie reakcji skórnych u każdego chorego na dychawicę, pokrzywkę lub migrenę, jak to czynią w Ameryce. Reakcje te autor wykonuje tylko w tych przypadkach, w których wywiady wskazują na istnienie nadwrażliwości, ponieważ jest ogólnie znanem, że bardzo wiele czynników wywołuje napady, szczególnie zaś wpływy psychiczne, nagłe zmiany atmosferycznych warunków, barometrycznych i t. p. Istnieje bowiem nieraz jakgdyby słaby punkt w płucach, który powyższe czynniki zdają się drażnić. O ile zaś chory dostaje napadów dychawicy tylko w nocy lub tylko w jednym pokoju, czy po zetknięciu się z jakiemś zwierzęciem i t. p., wówczas należy wykonać reakcję skórną, oczywiście z kilkoma tylko antygenami a nie z 40-toma lub 50-cioma, jak to czynią amerykanie. Do tego celu, według autora, nadają się antygeny sporządzone z wyciągów z szerści końskiej, z pierza ptactwa domowego, z wełny oraz z pokarmów, jak np. mąki, białka i żółtka kurzego, z białka mleka, kartofli, mięsa wołu, barana, cielęcia, wieprza. W rzadkich przypadkach można stosować i inne antygeny.

Co do częstości odczynów skórnych dodatnich w dychawicy, pokrzywce, eczemie, migrenie, pewnych przypadkach padaczki i zespołu *Ménière'a*, które stwierdzali lekarze amerykańscy, autor sądzi, że zaliczano do dodatnich odczynów także i odczyny t. zw. erytematyczne. Podług własnej statystyki autor przypuszcza naturę anafilaktyczną w 35.4% przypadków dychawicy oskrzelowej; następnie w 30.6% przypadków napadowego nieżytu nosa; w 30,9% przypadków pokrzywki; w migrenie tylko jeden przypadek wykazał dodatni wynik skórnej reakcji; natomiast w gorączce siennej dodatni wynik skórnej reakcji wobec pyłu roślinnego wystąpił w 99.4% przypadków.

Już przed czterema laty autor podkreślał, że wrażliwość na skórne odczyny nie dowodzi istnienia wrażliwości całego ustroju na dany antygen. Tem tłumaczy się paradoks, że napady astmy występują u niektórych chorych pod wpływem całkiem innych czynników niż te, na które zdaje się wskazywać skórny odczyn. Następnie wrażliwość na dany antygen może być jednym lecz, nie jedynym czynnikiem wywołującym napad. Dlatego skórna reakcja jest tylko wskaźnikiem, a dopiero dodatni wynik postępowania leczniczego potwierdza przypuszczenie o naturze napadu. Autor jest przeciwnikiem stosowania odczynów doskórnych, które z jednej strony mogą być przyczyną błędu rozpoznawczego, z drugiej zaś strony mogą wywołać ogólne i to dość ciężkie objawy. Dlatego też w leczeniu autor stara się przedewszystkiem usunąć czynnik, wywołujący napady; uodparnianie swoiste stosuje autor przy pomocy metody skórnej a nie zapomocą wstrzykiwań, jak to czynią amerykańscy autorowie. W przypadkach anafilaksji pokarmowej, autor podaje szkodliwe substancje drogą doustną w dawkach stopniowo wzrastających. Wreszcie autor sądzi, że nie należy zaniedbywać uodparniania niespecyficznego.

Zgłębnikowanie dwunastnicy w leczeniu mocznicy. (Le drainage duodènal dans le traitement de l'urèmie). C. Auguste. *Soc. Méd, des Hôpit. de Paris. Nr. 30, r. 1929.*

Jednem z zasadniczych wskazań leczenia mocznicy jest ułatwienie wydzielania ciał toksycznych Z początku leczenia dzieje się to zapomocą krwiupustu i przeczyszczenia. Oba te sposoby w przewlekłej mocznicy nie mogą być zbyt często stosowane. Wprawdzie trzeba tu nadmienić, że w ostatnich czasach zalecano powtarzane upusty krwi, stosując następnie wstrzykiwania tych samych krwinek lub nawet osocza z powrotem do krwiobiegu, po usunięciu z nich ciał toksycznych, zdolnych do dializy. Tego rodzaju postępowanie wydaje się jednak trudne a często i ryzykowne. Autor proponuje stosowanie zgłębnikowania dwunastnicy, które pozwala na usunięcie pewnych ilości ciał toksycznych w przebiegu mocznicy. Z badań autora, ogłoszonych poprzednio, wynika, że ilość chlorków w zawartości dwunastniczej jest wyższa w mocznicy, niż u człowieka normalnego. Poziom chlorków w tej treści utrzymuje się nawet wyżej, aniżeli w moczu. Ilość mocznika i substancji azotowych uwolnionych przez podbromian wzrasta w zawartości dwunastnicy zależnie od poziomu tych ciał we krwi chorego; przyczem odsetkowa liczba omawianych ciał utrzymuje się w płynie dwunastniczym na wysokości nieco niższej, niż we krwi. Również ogólna ilość zawartości dwunastnicy w przypadkach mocznicy jest wyższa, aniżeli u ludzi zdrowych. I tak np. u ludzi zdrowych ilość treści dwunastniczej, wydobyta przy pomocy zgłębnika dwunastniczego wynosi 60 do 70 ccm na godzinę; u ludzi chorych na mocznicę autor wydobywał 500 do 1000 ccm w ciągu czterech godzin i to każdego dnia w czasie kilku tygodni, co odpowiada ilości 125 do 250 ccm na godzinę.

Z tych badań wynika, że zapomocą zgłębnika dwunastniczego można z łatwością każdego dnia wydobyć u chorych mocznicowych około 1 litr płynu, zawierającego 7 do 8 gr. chlorku, oraz taką ilość ciał azotowych, jaka się znajduje w litrze krwi.

Co się tyczy chlorków, to usunięcie z ustroju tak poważnej ich ilości może wywołać ujemne skutki, o ile nie chodzi o przypadki chloricemii. Dlatego to autor proponuje dodawanie do pokarmów nieco soli kuchennej dla chorych mocznicowych nie wykazujących zatrzymania chlorków.

Leczenie zapomocą codziennego zastosowania zgłębnika dwunastniczego autor przeprowadził w czterech przypadkach mocznicy i to w ostanim okresie przewlekłego zapalenia nerek. Autor uważa, że ci chorzy w krótkim czasie, według wszelkiego prawdopodobieństwa byliby zmarli. Leczenie zapomocą stałego zgłębnikowania dawało poprawę ogólnego stanu i obniżenie poziomu mocznika we krwi W tych wszystkich przypadkach mimo to jednak nastąpiło zejście śmiertelne, ale dopiero po upływie szeregu tygodni.

Autor jest świadom względnie nikłego wyniku swych pierwszych doświadczeń na tem polu, podkreśla jednak ulgę, jaką ci chorzy odczuwali z powyższego sposobu leczenia oraz sądzi, że to leczenie może dać znacznie lepsze wyniki w przypadkach ostrego zapalenia nerek, bezmoczu wywołanego uwięzgnięciem kamienia a może także przy zmniejszonem wydzielaniu moczu u chorych na choroby serca.

Co się tyczy techniki zgłębnikowania, autor podkreśla konieczność, aby oliwka zgłębnika była w bezpośredniem sąsiedztwie przewodu *Valera*, korzystnem jest także łagodne pompowanie treści dwunastniczej zapomocą strzykawki. Chorzy bardzo szybko uczą się zgłębnikowania tak, że sami zakładają sobie zgłębnik po zbudzeniu się i utrzymują go parę godzin aż do śniadania. Autor nie zauważył żadnych ujemnych skutków stale powtarzanego zgłębnikowania ani na przewód pokarmowy, ani też na wygląd i woń stolców.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA.

Przyczynek do leczenia ran — wpływ proteinoterapji (Contribution à l'etude de la cicatrisation des plaies en général — mode d'action des protéinothérapies). Belin. *La Presse Méd. Nr. 3, styczeń 1930.*

Badania, przeprowadzone w ostatnich latach przez różnych autorów nad mechanizmem gojenia się ran jałowych, doprowadziły do wykrycia tych wyników, które grają tutaj rolę główną.

R Leriche rolę decydującą w procesie gojenia się ran jałowych przypisuje przekrwieniu czynnemu, jakie towarzyszy stale każdemu przecięciu tkanki. *Lacapere* uważa owe przekrwienie czynne jedynie za czynnik dodatkowy, wzmagający leukocytozę miejscową, główną rolę w gojeniu się rany przypisując zwiększonej ilości białych ciałek jednojądrzastych, które przekształcają się w ranie w fibroblasty i w ten sposób przyspieszają jej zabliźnienie się.

Carrel zwrócił uwagę na wpływ wyciągów z tkanek zarodkowych na zwiększanie się ilości fibroblastów (przez szybsze ich mnożenie się), przyczem składnikiem działającym są tutaj t. zw. „tréphones", znajdujące się również w białych ciałkach krwi a zwłaszcza w limfocytach, z któremi zostają zaniesione do rany. Podobne zupełnie działanie okazują następujące środki, wprowadzone do ustroju drogą pozajelitową: Witte-peptou, proteozy, mleko (np. w leczeniu wrzodu trawiennego żołądka), terpentyna, drobne ilości ropy, niektóre odmiany gronkowców, powodujące zwiększenie leukocytozy i inne.

Wreszcie, *Miyagawa* wykazał, że wstrzyknięcie danemu osobnikowi wyciągu z pewnych tkanek lub pewnego narządu działa pobudzająco na jego narządy homologiczne (np. wyciąg z nerek na nerki i t. p.), ale tylko w dawkach niewielkich, gdyż dawki większe powodują powstanie w odpowiednich narządach zwyrodnienia, a nawet obumarcia. Tem działaniem swoistem wyciągów tkankowych, wytworzonych czyto poza ustrojem, czy też w samym ustroju, tłumaczy się fakt, że rany goją się wyjątkowo szybko u tych osobników, u których uprzednio były inne rany, obecnie już zagojone.

Autor w celach doświadczalnych (na koniach) i klinicznych wstrzykiwał podskórnie ½—1 cm³ ropy, wyjałowionej lub nie, w roztworze fizjologicznym soli, w odstępach parodniowych, i spostrzegał po tem bardzo szybkie wypełnianie się rany ziarniną i następowe pokrycie naskórkiem. Ropa owa działała tutaj przez zawarte w niej jednocześnie: trefony (pochodzenia limfocytowego), proteozy, peptony, wyciągi zarodkowe (z ziarniny, wyściełającej ścianę ropnia), wreszcie swoiste wyciągi tkankowe w myśl teorji *Miyagawy* (wyciągi z leukocytów i fibroblastów pobudzająco wzrostu ziarninę, która składa się również z fibroblastów i leukocytów). Zadziałanie tych wszystkich, zawartych w ropie składników, tłumaczy dostatecznie wynik leczniczy owych wstrzykiwań.

Przygotowanie chorych do operacji na drogach żółciowych (Actique operatoire des voies biliaires. Investigations et soins préopératoires). Robineau i Stern. *G. Doin et C-ieà Parrs. 1929.*

W myśl naczelnej zasady chirurgicznej osiągania zapomocą operacji jaknajlepszego wyniku z jaknajmniejszem ryzykiem dla chorego, sprawność ustroju chorego t. j. sprawność jego najważniejszych dla życia narządów powinna być przed operacją dokładnie określona. Dotyczy to w szczególnym stopniu chorych, którzy mają być poddani operacji na drogach żółciowych, gdyż wątroba jest tym narządem, który — obok serca i nerek — w następstwie zabiegu operacyjnego ulega uszkodzeniu najczęściej.

Znane są przypadki nierzadkie, kiedy chorzy na 2—3 dzień po operacji wpadają bez widocznej przyczyny w stan ciężkiej zapaści, z wymiotami, drżeniem włókienkowem, podnieceniem, bezmoczem i w krótkim czasie kończą śmiercią. Badanie pośmiertne tkanek wykazuje w tych razach obecność świeżych ognisk zwyrodnieniowych i martwicowych w wątrobie, których powstanie wiąże się przyczynowo z narkozą, wstrząsem operacyjnem i ewentualnie zakażeniem z pola operacyjnego. Jasnem jest przeto, że w stanach chorobowych, w których mamy do czynienia już przed operacją z poważniejszemi zmiana-

mi w wątrobie, komórka wątrobowa po zabiegu, zwłaszcza po zabiegu na drogach żółciowych, tym łatwiej traci swą równowagę czynnościową, sprowadzając mniej lub więcej ciężką niedomogę wątroby.

A więc badanie przedoperacyjne sprawności czynnościowej powinno dotyczyć w pierwszym rzędzie wątroby. Próba czynnościowa barwikowa (Rosenthala) informuje nas tylko o pewnych czynności wątroby zresztą nie najważniejszych i dlatego uzupełniać ją należy badaniem krzepliwości krwi i badaniem w kierunku kwasicy i nadmiernej zawartości cukru we krwi.

Na 29 zejść śmiertelnych po operacjach u chorych żółtaczkowych w klinice *Mayo* w 15 przypadkach przyczyną śmierci był krwotok w jamie brzusznej. Zwłaszcza w zakażeniach dróg żółciowych, w żółcicy i w zatruciach w przebiegu raka należy się obawiać po operacji obfitego krwawienia powierzchniowego w następstwie upośledzenia krzepliwości. Można przyjąć, że opóźnienie w krzepnięciu krwi, pobranej do rurki powyżej 10 minut, a przedłużenie czasu krwawienia (z małżowiny usznej) powyżej 2 minut — dowodzą już bezwzględnie zmian chorobowych w tej dziedzinie i wymagają odpowiedniego skorygowania przed operacją, Stosuje się w tym celu: wstrzykiwania podskórne roztworu żelatyny (po 250 cm^3), podawanie doustne chlorku wapnia w ciągu 3 — 4 dni po 4 gramy dziennie ewentualnie dożylnie — po 10 cm^3 10% roztworu, wstrzykiwania podskórne surowicy ludzkiej lub końskiej (może być surowica przeciwbłonicza) po 10—20 cm3 w ciągu paru dni, ewentualnie zaraz po operacji; wreszcie — przetaczania krwi, najlepiej w małych dawkach codziennych w ciągu kilku dni, dopóki czas krzepnięcia nie skróci się poniżej 10 minut. W związku z podawaniem chlorku wapnia należy zaznaczyć, że środek ten przy dłuższem używaniu działa odwrotnie t. j. zmniejsza krzepliwość krwi, dlatego też podaje się go tylko w przeciągu 4 dni.

Powyższe leczenie przedoperacyjne należy przeprowadzić szczególniej w każdym przypadku żółtaczki przewlekłej, zakażenia dróg żółciowych i w przypadku raka. Co do żółtaczki, to zostało stwierdzone, że nie tyle jej długotrwałość odbija się ujemnie na krzepliwości krwi. co nasilenie.

Po określeniu krzepliwości krwi należy zbadać chorego w kierunku kwasicy i nadmiernej zawartości cukru we krwi. Wątroba jest tym narządem, który w utrzymaniu równowagi kwasowo-zasadowej w ustroju gra rolę niepoślednią, a objawy t. zw. kwasicy pooperacyjnej występują szczególnie często po operacjach na drogach żółciowych. Chorym takim podaje się w ciągu kilku dni przed operacją (a — w miarę potrzeby — po operacji) dwuwęgian doustnie po 2 gramy na dawkę przed jedzeniem, ewentualnie dożylnie. A jeśli nadmiaru cukru we krwi nie uda się zredukować do normy zapomocą djety jarzynowo - owocowej, to trzeba się uciec do zastosowania insuliny, zaczynając od dawek małych, 5 — 10 jednostek.

Na tem skończyć można badanie wydolności wątroby. Jednakże, aby uzyskać dla chorego maximum bezpieczeństwa co do powikłań operacyjnych, badanie sprawności wątroby uzupełnić należy określeniem sprawności nerek, („stała“ Ambarda, próba fenal sulfoftaleinowa, ilość mocznika we krwi). serca i naczyń; niebezpieczną jest tutaj, zwłaszcza zbyt mała różnica między maksymalnem i minimalnem ciśnieniem tętniczem, chorym zaś takim podaje się w przeciągu 5 dni przed operacją i przez 3 dni po tem ouabainę — po 10 kropel dziennie. Zbyt nizkie ciśnienie tętnicze podnosi się lawatywami kroplowemi z cukru gronowego (4,7%) z dodatkiem adrenaliny (10—15 kropel roztw. $^1/_{1000}$ na litr) i ewentualnie sody.

Przed pooperacyjnemi powikłaniami płucnemi zabezpiecza do pewnego stopnia wstrzyknięcie swoistej surowicy przeciwko dwoinkom zapalenia płuc, najlepiej po uśpieniu chorego (dla uniknięcia wstrząsu anafilaktycznego) i ogrzewanie w czasie zabiegu jego klatki piersiowej odpowiednim przyrządem elektrycznym.

Podawanie przed operacją środków czyszczących jest szkodliwe, ponieważ osłabia odporność wątroby i nerek na zatrucie chloroformowo-eterowe, zmniefsza ich wydolność wogóle wywołuje niepożądane przekrwienie jelit i odwadnia ustrój. Wystarcza zamiast niego zwykła lawatywa.

W sprawie rozpoznawania guzów wewnątrzczaszkowych. (Diagnostic des tumeurs cérébrales). De Martel. *Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chirurgie. Nr. 35. grudzień 1929.*

Wczesne rozpoznawanie guzów wewnątrzczaszkowych jest ściśle związane z odpowiedniem wyszkoleniem chirurgów. Neurologowie, nie będąc chirurgami. natrafiają na znacznie większe trudności w doskonaleniu się w djagnostyce guzów wewnątrzczaszkowych, niż ci ostatni. Należałoby tu brać przykład ze stosunków amerykańskich, gdzie dzięki dokładnemu opanowaniu przez chirurgów umiejętności rozpoznawauia tych guzów, 80% z nich zostaje jako takie rozpoznanych i ściśle umiejscowionych.

Szczególnie cenne wskazówki daje tutaj badanie dna oka oraz określenie pola widzenia. Droga przewodzenia wrażeń względnie czuć wzrokowych biegnie, jak wiadomo, od siatkówki — poprzez skrzyżowanie nerwów wzrokowych i zwój kolankowaty (gamgl. geniculi) — do zraza potylicznego po str. przeciwnej. Przy umiejscowieniu guza na wysokości skrzyżowania (chiasma) ma miejsce hemianopsia bitemporalis i pierwotny zanik nerwu wzrokowego. Przy umiejscowieniu między chiasma i zwojem kolankowatym będziemy mieli hemianopsję boczną po tejże stronie i pierwotny zanik nerwu wzrokowego Wreszcie umiejscowienie cierpienia poza zwojem kolankowatym da tylko hemianopsję boczną tejże strony.

Rozpoznanie guza będzie najłatwiejsze w przypadkach jego umiejscowienia na poziomie siodełka tureckiego lub tuż nad niem, gdyż wówczas stale ma miejsce ucisk na skrzyżowanie nerwów wzrokowych z jego następstwami: hemianopsję dwuskroniową (bitemporalis) i zanikiem pierwotnym nerwu wzrokowego. Są to: 1) gruczolak przysadki — towarzyszy mu widoczne na zdjęciu rentgenologicznem poszerzenie siodełka i jego rozdęcie, wraz z zespołem *Froelicha* lub też objawami akromegalicznemi; 2) torbiel skórzasta (kieszonka *Ratbkego*), rozwijająca się z pozostałości kieszonki czaszkowogardłowej, z której powstaje przedni zraz przysadki, rentgenologicznie zaś stwierdza się tu stale obecność powyżej siodełka (naogół

prawidłowego) ośrodka zwapnienia różnych rozmiarów: wreszcie 3) meningioma suprasellare, wychodzące z opon na wysokości guzka siodełka — rentgenologicznie nie znajduje się tu zwykle żadnych odchyleń od normy.

Duże znaczenie dla ścisłego umiejscowienia guza ma umiejscowienie pierwszego chronologicznie objawu chorobowego, jak np.: głuchota w guzach VIII pary nerwów czaszkowych, wyprzedzająca na szereg lat wystąpienia innych objawów; bóle w zakresie szczęki górnej — bardzo wczesny objaw guzów okolicy szczeliny klinowej (fissura sphenoidalis, foramen rotundum); drgawki kończyny dolnej typu *Jacksona* w guzach, wychodzących z sierpu (falx cerebri), które w dalszym swym rozwoju — rosnąc do tyłu i ku wewnątrz — nie dają żadnych objawów ruchowych.

Ułatwia ogromnie rozpoznawanie guzów wewnątrzczaszkowych ich typowość co do budowy, umiejscowienia i zespołu klinicznego; pewne guzy występują stale w tem samem miejscu i towarzyszą im zawsze te same objawy kliniczne.

Zaznaczyć tu jeszcze należy, że tarcza zastoinowa oka bynajmniej nie należy do objawów tak stałych, za jaki jest ogólnie uważana, gdyż zdarzają się przypadki bardzo dużych guzów wewnątrzczaszkowych bez śladów zastoiny na tarczy nerwu wzrokowego.

W sprawie rozpoznawania ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. (Diagnostic topographique des appendicites aiguës). Deolindo A. Pasqualis. *Bull, et. Mém. de la Soc. de Chirurgiens Nr. 15 listopad 1929.*

Położenie wyrostka robaczkowego względem kątnicy bywa, jak wiadomo, bardzo zmienne: jego położenie zstępujące spotyka się w 41%, wstępujące w 13%, położenie nazewnątrz od kątnicy—w 26%, nawewnątrz w 17%. Poza tem, wyrostek może leżeć mniej lub więcej luźno w wolnej jamie otrzewnowej, lub też być umiejscowiony pozaotrzewnowo, przyrośnięty do przedniej lub tylnej powierzchni kątnicy.

Autor postawił sobie za zadanie wyjaśnić, czyby się nie udało już przed operacją, tylko na podstawie objawów klinicznych uzyskać dane co do położenia wyrostka (pozaotrzewnowo czy wewnątrzotrzewnowo). Spostrzegając szereg przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, które następnie były poddane operacji, przyszedł do następującego wniosku: u chorych, u których badanie ciepłoty pod pachą i w kiszce stolcowej przed operacją wykazywało różnicę poniżej 1 stopnia, w czasie zabiegu znajdywano wyrostek leżący pozaotrzewnowo (na przedniej lub tylnej powierzchni kątnicy): tam zaś, gdzie owa różnica przewyższała 1 stopień, dochodząc nieraz do dwu — wyrostek robaczkowy leżał luźno w wolnej jamie otrzewnowej.

Autor tłumaczy to w sposób następujący. W tym ostatnim przypadku, kiedy proces chorobowy w wyrostku osiągnie swoje najwyższe nasilenie, prowadząc do zgorzeli lub przedziurawienia, powstaje rozlane zapalenie otrzewnei, ze znacznem zaburzeniem stanu ogólnego i dużą różnicą między ciepłotą w odbytnicy i pod pachą. Odwrotnie się rzecz ma, kiedy wyrostek leży pozaotrzewnowo — nawet w razie przedziurawienia zapalenie otrzewnej jest ograniczone, a ciepłota w kiszce stolcowej tylko nieznacznie przewyższa ciepłotę pod pachą.

Ma to duże znaczenie dla rokowania, które będzie o wiele gorsze w przypadkach znacznej różnicy między ciepłotą w odbytnicy i pod pachą, niż tam, gdzie ta różnica będzie niewielka.

Wykonywanie zespolenia żołądkowo-jelitowego zapomocą igły diatermicznej. (Gastro-entérostomie simplifiée). Pauchet, Le Gac i Luquet. *Bull. et Mém. de chirurgiens Nr. 15, listopad 1929.*

Autorowie zwracają uwagę na ogromne zalety wykonywania zespolenia żołądkowo-jelitowego lub jelitowo-jelitowego przy użyciu odpowiedniej igły diatermicznej, zwłaszcza w przypadkach ze znacznem wyniszczeniem — kiedy zależy na szybkiem wykonaniu zabiegu.

Technika zabiegu. Po nałożeniu dwu pojedyńczych szwów podtrzymujących na zbliżone do siebie w celu zespolenia dwa odcinki jelita, nacinamy na nich linijnie zapomocą igły diatermicznej surowicówkę i mięśniówkę — aż do podśluzówki tak, żeby oba nacięcia odpowiadały sobie wielkością i położeniem. Następnie nakłada się ciągły szew strunowy, surowicówka-mięśniówka, najpierw tylny, później przedni (w sposób typowy), jednowarstwowo; szew ten powinien być bardzo szczelny. Na tem zabieg zasadniczo się kończy. Właściwe połączenie światła obu odcinków jelitowych następuje — zależnie od woli operującego — albo natychmiast, przez rozerwanie poprzez ścianę kiszki palcem uszkodzonej przez igłę diatermiczną śluzówki, albo w ciągu najbliższych dni, kiedy nastąpi samoistne oddzielenie się zmienionej śluzówki, Zabieg trwa kilka minut. Zalety zabiegu tego polegają na nieużywaniu zaciskadeł, na niepodwiązywaniu naczyń, nieotwieraniu światła kiszki w czasie samej operacji i wreszcie, na krótkotrwałości zabiegu.

Jedyna trudność polega na odpowiedniem dawkowaniu tego ciepła, które ma wywołać następowe obumarcie śluzówki. Dowodem tego, że zastosowano dawkę dostateczną, jest zmiana barwy podśluzówki po zadziałaniu igły diatermicznej — podśluzówka ta nabiera barwy lekko żółtawej i staje się sucha, co jest objawem poczynającej się nekrozy.

Leczenie czyraków (Traitement pratique du furoncle banal par la solution de mercurochrome). Léo. *Bull. et Mém. de la Soc. des chirurgiens Nr. 16. grudzień 1929.*

Autor podaje prosty bardzo sposób leczenia zwykłych, niepowikłanych czyraków, którego zaletami są: szybkie ustąpienie bólów, krótki przebieg leczenia i zabezpieczenie chorego przed tak charakterystycznemi dla tego cierpienia nawrotami w innych ogniskach.

Bóle w przebiegu czyraka są następstwem wzmożenia ciśnienia wewnątrztkankowego wskutek nagromadzenia tu się płynu zapalnego. Nakłucie zapomocą żegadła elektrycznego środkowej wyniosłości czyraka, sięgające dosyć głęboko, da odpływ nagromadzonej w tkankach cieczy zapalnej i dzięki temu złagodzi natychmiast bardzo nieraz nawet dokuczliwe bóle.

Wkłucie do samego dna krateru wąziutkiego nożyka, z zawieszoną na jego końcu kroplą 2% merkurochromu (mercurochrome), zadziała silnie bakterjobójczo, przy

śpieszy oddzielnie się czopa martwicowego i skróci w ten sposób okres gojenia się do 9—10 dni (działanie swoiste merkurochromu). Zaś rozgrzewający okład wilgotny z roztworu podchlorynu sodu, stosowany 2—4 dni, uniemożliwi przedwczesne zaklejenie się owego otworku „odprężającego" i przyśpieszy również oddzielenie się części obumarłych, wprowadzanie do krateru czyraka merkurochromu powtarza się 2 razy dziennie, do chwili wydalenia czopa martwicowego,

Począwszy od pierwszego dnia choroby stosuje się podskórnie szczepionkę przeciwgronkowcową — autoszczepionkę lub sprzedażną szczepionkę wielowartościowa, podając jednocześnie odpowiednią szczepionkę (ewentualnie odpowiednio przygotowanego bakterjofaga) doustnie; to ostatnie kontynuuje się jeszcze w przeciągu 20 dni od chwili zagojenia się czyraka. Leczenie szczepionkami ma ustrzec chorego od nawrotu cierpienia w innych ogniskach,

Podkreślić tn należy z naciskiem szkodliwość wyciskania mechanicznego zawartości krateru czyraka, gdyż nie tylko mija się ono z celem, ale przeciwnie sprzyja szerzeniu się zakażenia naczyniami chłonnemi i szczelinami tkankowemi poza ognisko pierwotne.

Badanie wydolności wątroby zapomocą próby mięśniowej i oddechowej i wnioski stąd płynące. (Les épreuves musculaire et respiratoire chez les hépatiques). Parturier, Fauqué i Manceau. *La Presse Méd. Nr, 7, styczeń 1930.*

Nietyko spostrzeżenia kliniczne, ale poprostu obserwacje z życia codziennego dowodzą obniżonej tolerancji w kierunku większych wysiłków fizycznych i przebywania w dusznej atmosferze, przeładowanej dwutlenkiem węgla i innemi szkodliwemi składnikami — ze strony osób ze zmniejszoną wydolnością wątroby. Osobniki takie znacznie łatwiej od zdrowych męczą się w czasie wykonywania pracy mięśniowej, przyczem występują tu nieraz takie objawy jak: duszność, częste tętno (tachycardia), obniżenie ciśnienia tętniczego, senność, która w przypadkach dalej posuniętych zmienia się w niepokój i drażliwość; jednocześnie objawy miejscowe ze strony wątroby ulegają zaostrzeniu.

Nadmierna ciepłota otoczenia, naelektryzowanie atmosfery, burza — wpływają w sposób podobny. Z drugiej strony, ci sami chorzy na wsi, w górach, to jest w atmosferze czystej i możliwie wolnej od domieszek niepożądanych, odzyskują w znacznym stopniu swoją zdolność prawidłową do wysiłkow mięśniowych.

Wychodząc z powyższych przesłanek, autorowie przeprowadzili szereg prób mięśniowych (30 minut wiosłowania na aparacie) i oddychania w atmosferze CO_2 (koło 20 min.) na zawartość we krwi: mocznika, cukru, cholesteryny, kwasu moczowego i kwasów żółciowych. Otóż okazało się, że u osobników zdrowych po ćwiczeniach mięśniowych wzrasta zawartość mocznika i cukru we krwi, u chorych zaś (marskość wątroby, kamica i t. p.) — rzecz ma się odwrotnie, stężenie mocznika i cukru zmniejsza się, gdyż mniej sprawna wątroba nie jest w stanie podołać wzmożonemu zapotrzebowaniu na te składniki. A po wdychaniu CO_2 u osobników zdrowych i średnio chorych zawartość cukru wzrasta, u ciężko chorych — zmniejsza się, wreszcie u bardzo ciężko chorych — pozostaje bez zmiany.

Z danych powyższych, poza cennemi przesłankami co do rokowania u chorych na wątrobę, wyłania się cały szereg również wartościowych wskazówek leczniczych. A więc przedewszystkiem — uregulowanie wysiłków mięśniowych, wybór odpowiedniej gimnastyki i sportów, bezwzględne unikanie zmęczenia fizycznego, a następnie — jaknajczęstsze przebywanie na rzeczywiście „świeżem' powietrzu, unikanie atmosfery dusznej: zadymionej, przepojonej wydalinami motorów spalinowych i t. p.; szkodliwie również działają na chorych takich — przebywanie w pobliżu morza, w środowisku wietrznem (wpływ drażniący na układ nerwowy, który u osobników z chorą wątrobą wykazuje dużą chwiejność) i w górach powyżej 1000 metrów ponad poziomem morza.

M. Czyżewski.

O równowadze kwaso zasadowej we krwi i zasobie zasad (Equilibre acido-basique du sang, Ph et réserve alcaline). Letulle i Delaville. *La Presse Méd Nr, 10, luty 1930,*

Określanie stężenia jonów wodorowych we krwi (Ph) i zasobu zasad stało się w ostatnich dziesięciu latach koniecznem uzupełnieniem badania klinicznego chorych w całym szeregu różnych stanów chorobowych.

Ph dla krwi (t.j. liczba, odpowiadająca stężeniu jonów wodorowych we krwi) waha się od 7,32 do 7,40 i jest naogół wielkością stałą, ulegającą większym odchyleniom niesłychanie rzadko. Zmniejszanie się tej liczby w kierunku zera świadczy o zwiększaniu stężenia jonów wodorowych, jej wzrost — do 10 i wyżej — dowodzi przesunięcia równowagi w kierunku zasadowym. Ph równe 7,32 — 7,40 odpowiada lekkiemu zalkalizowaniu roztworu (w danym przypadku — krwi). Ustrój ludzki utrzymuje Ph na stałym poziomie dzięki szeregowi urządzeń regulujących, jak to: 1) płuca przez oddychanie wydalają z organizmu dwutlenek węgla przesuwaiąc w ten sposób równowagę w kierunku zasadowym; 2) nerki, wydalające kwasy (moczowe) i zasady (amonjak) ; 3) t. zw. „ciała buforowe" — związki chemiczne (w pierwszym rzędzie dwuwęglany), które mają własność szybkiego zobojetniania nadmiaru kwasów, nie zmieniając jednocześnie odczynu środowiska (Ph), w którym proces ten się odbywa; związki te składają się na ów zasób zasad w ustroju, umożliwiający utrzymanie stężenia jonów wodorowych we krwi na stałym poziomie. W miarę zakwaszenia ustroju jego zasób zasad maleje, i odwrotnie; dlatego też mierzenie zasobu zasad może być sprawdzianem gospodarki kwasowo-zasadowej w ustroju i informować nas o przesuwaniu się równowagi w kierunku kwasowym lub zasadowym.

Praktycznie za miernik zasobu zasad uważa się liczbę cm^3 dwutlenku węgla jaki powstaje z rozłożenia dwuwęglanów, zawartych w 100 cm^3 osocza krwi. U osób dorosłych zasób zasad wynosi w warunkach prawidłowych 55—65 (cm^3). Wielkości poniżej 50 odpowiadają stanom kwasicy; śpiączka występuje zwykle koło 20. Powyżej 70 mamy do czynienia z alkalozą, która może się zwiększać do 100 i wyżej. W przypadkach odchyleń od normy zasobu zasad mówimy o kwasicy ewentualnie alkalozie wyrównanej (skompensowanej), dopiero kiedy

i Ph ulegnie zakłóceniu — mówimy wówczas o kwasicy lub alkalozie niewyrównanej.

Stany zakwaszenia ustroju (acidosis) występują w przebiegu: cukrzycy, zapalenia nerek, niektórych cięższych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego u dzieci i dorosłych (hyperemesis gravidarum) znieczulenia zapomocą chloroformu (niedomoga wątroby), głodowania, zaburzeń znaczniejszych w oddychaniu (duszność) i t. p.

Alkaloza występuje: w przebiegu nadmiernie głębokiego i częstego oddychania, po spożyciu większej ilości zasad (wody alkaliczne), w następstwie utraty dużej ilości kwasów przy wymiotach i t. p.

Wstrzykiwanie dożylne stężonych roztworów chlorku sodu w przebiegu ostrej niedrożności jelitowej. (De la rechloruration en cas d'occlusion intestinale—resultats obstenues). Gosset, Binet i Petit-Dutaillis. *La Presse Méd. Nr. 15, luty 1930.*

Ostra niedrożność jelitowa wywołuje bardzo rozległe zaburzenia chemiczno-biologiczne w płynach tkankowych, z których na plan pierwszy wysuwa się niewątpliwie obniżenie poziomu chlorku w surowicy krwi. Przed kilku laty zaproponowano po raz pierwszy stosowanie w tego rodzaju przypadkach wstrzykiwań dożylnych stężonych roztworów chlorku sodu. Dzisiaj, kiedy można się już oprzeć na bogatym i wszechstronnym materjalnych, podanym przez różnych chirurgów, leczenie to należy ocenić jako bardzo skuteczne i celowe w najrozmaitszych postaciach ostrej niedrożności jelitowej, obok zwykłego naturalnie leczenia operacyjnego, Jakkolwiek pozostaje dotychczas niezupełnie jasnym sposób, w jaki roztwór ten działa; stwierdzono w każdym razie ponad wszelką wątpliwość jego wybitnie dodatnie działania we wszelkich umiejscowieniach ostrej niedrożności i bez względu na to, czy miały miejsce obfite wymioty, czy nie. Najlepsze wyniki, nieraz wprost zdumiewające, osiągano w przypadkach umiejscowienia niedrożności w jelitach cienkich, i jeśli jej przyczyną było zgięcie jelita w zrostach pasmowatych lub jego porażenie pooperacyjne; znacznie gorsze wyniki daje leczenie to w przypadkach uwięźgnięcia, kiedy ściana kiszki stała sie przepuszczalną dla trujących produktów rozpadu białek i dla drobnoustrojów.

Coleman w statystyce swej, ogłoszonej w roku 1927, podaje, że na 20 przypadków ostrej niedrożności jelitowej, leczonych wyłącznie operacją, miał 50% śmiertelności, zaś na 18 późniejszych przypadków, podobnych zupełnie co do swego charakteru i ciężkości do poprzednich, ale leczonych — obok operacji — wstrzykiwaniami stężonego roztworu chlorku sodu, śmiertelność wyniosła tylko 11%.

Autorowie stosowali tego rodzaju leczenie w postaci wstrzykiwań dożylnych 10% roztworu chlorku sodu w ilości 20 cm^3 na dawkę, w odstępach 4-godzinnych — w przypadkach cięższych, zarówno w okresie przedoperacyjnym jak i pooperacyjnym. Odnośne przypadki dotyczyły: ostrej niedrożności w zakresie jelit cienkich na tle zrostów i guzów w zakresie okrężnicy i odbytnicy (rak), niedrożności pooperacyjnej i porażennej, przepuklin uwięźniętych wgłobienia jelit u osesków. Wyniki mieli autorowie bardzo dobre; w niektórych przypadkach miało miejsce wprost przywrócenie do życia chorych znajdujących się już w okresie zbliżonym do agonji w stanie śpiączki, ze zniesieniem odruchów rogówkowego—i to już w 20 — 30 minut po pierwszym wstrzyknięciu chlorku sodu.

Szkodliwego działania ubocznego przy tym sposobie leczenia nie spostrzegano wcale. Nawet niedomoga nerek ze wzmożeniem zawartości mocznika we krwi nie stanowiła tu przeciwskazania, w jednym przypadku staruszki 84-letniej, operowanej z powodu przepukliny uwięźniętej w stanie śpiączki (2,2 g. mocznika na litr krwi), uzyskano szybką i wybitną poprawę (ze znacznym spadkiem zawartości mocznika we krwi) po zastosowaniu wstrzykiwań dożylnych stężonego roztworu chlorku sodu.

Zaleganie treści pokarmowej w okolicy krętniczo-kątniczej i stany skurczowe wstępnicy w przebiegu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. (Le retard du transit iléo-caecal et l'hypertonie segmentaire du caeco-descendant dans leurs rapports avec l'appendicite), Jaquet, Gally i Poreaux. *La Presse Méd. Nr. 14, luty 1930.*

Dotyczasowe badania rentgenologiczne w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego dotyczyły określenia położenia wyrostka, jego ruchomości, przechodzenia doń papki kontrastowej i jego opróżniania się. wreszcie — stwierdzenia bolesności uciskowej w odniesieniu do wyrostka.

Autorowie zbadali rentgenologicznie cały szereg tego rodzaju przypadków i stwierdzili tutaj występowanie bardzo charakterystycznych dla przewlekłego zapalenia wyrostka zmian ze strony krętnicy, kątnicy i wstępnicy. A więc przedewszystkiem — wyraźne zaleganie papki kontrastowej powyżej ujścia krętnicy do kątnicy. W warunkach prawidłowych, w 6 godzin po przyjęciu papki, wypełnia ona całkowicie kątnicę i wstępnicę, a ślady tylko pozostają w kątnicy. W przypadkach zaś zapalenia wyrostka po 6 godzinach jeszcze więcej niż połowa całej ilości papki wypełnia dolne pętle krętnicy, które dopiero powoli w 24—48 godzin opróżniają się do kątnicy. Przyczem nie chodzi tutaj o zaleganie w ścisłem tego słowa znaczeniu, jak np, powyżej jakiejś przeszkody mechanicznej, a tylko o zwolnione przechodzenie treści pokarmowej przez ujście krętnicy do kątnicy. U osób, u których pomimo wycięcia wyrostka robaczkowego dolegliwości utrzymywały się nadal, stwierdzano również zwolnione przechodzenie papki do kątnicy.

Drugą cechą rentgenologiczną, charakterystyczną dla przewlekłego stanu zapalnego wyrostka robaczkowego, są stany skurczowe, spastyczne, ograniczone ściśle do kątnicy i wstępnicy, bez wyraźnych objawów klinicznych nieżytu kiszki grubej. Stany te nie dotyczą nigdy poprzecznicy i zstępnicy.

Zespół tych dwu wyżej omówionych objawów rentgenologicznych jest tak charakterystyczny dla przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, że w przypadkach wątpliwych śmiało można oprzeć na nim właściwe rozpoznanie, jednocześnie tłumaczy on dostatecznie tak częste u tego rodzaju chorych nawykowe zaparcie stolca

Wczesne wstawanie z łóżka chorych po operacjach brzusznych (Le lever précoce après les operations abdominales). Chalier. *Lyon Chirurg. Nr. 6, listopad-grudzień 1929.*

Autor przeprowadzał wczesne wstawanie chorych po następujących operacjach: wycięcie macicy, przydatków. wyrostka robaczkowego, wyłuszczenie sterczu, zespolenie żołądkowo-jelitowe, zabiegi na drogach żółciowych i operacje doszczętne przepuklin różnych. Po operacjach mniej obrażających jak operacja wyrostka lub przepukliny chorzy podnoszą się trzeciego dnia, po innych — czwartego lub piątego dnia. Począwszy od 2 dnia po operacji chorzy tacy zaczynają się już ruszać w łóżku, przekręcać na boki; później dopiero zaczynają siadać w łóżku, przechodzić z łóżka na fotel, siedzieć w fotelu i wreszcie, począwszy od 6 dnia, chodzić swobodnie. Szpital opuszczają po operacjach wyrostka i przepukliny = 10 dnia, po operacjach żołądkowych i żółciowych — 12 — 15 dnia.

Koniecznemi warunkami do stosowania wczesnego wstawania po operacjach są: zupełna jałowość zabiegu, (co do otrzewnej i powłok brzusznych), brak obawy co do następowego krwawienia i dokładne zamknięcie rany ściany brzusznej. Otrzewnę szyje autor szwem ciągłym strunowym, powięź, szwami węzełkowemi jedwabnemi, skórę — klamerkami Michela.

Autor zastosował sposób powyższy u 150 chorych, operowanych w ciągu ostatnich miesięcy. Ani razu nie miał powikłań w postaci krwiaka, ropienia, wypadnięcia trzew (ewentracji), zapalenia zakrzepowego żył lub zatorów. Naturalnie tego wczesnego podnoszenia chorych nie należy przeprowadzać — ze względów zupełnie zrozumiałych — u chorych wyniszczonych lub wykrwawionych. Korzyści powyższego prowadzenia chorych po operacji są następujące, gładki i prosty przebieg pooperacyjny, szybki powrót do stanu prawidłowego czynności pęcherza moczowego i jelit, zmniejszenie niebezpieczeństwa powstania odleżyn, powikłań płucnych (opadowych), brak upośledzenia sprawności mięśniowej, a co najważniejsze — najskuteczniejsza jak dotychczas, profilaktyka zakrzepów i zatorów pooperacyjnych. Nie bez znaczenia jest zresztą dla chorego i skrócenie czasu pobytu w szpitalu i okresu rekonwalescencji wogóle.

Pięć przypadków zatorów pooperacyjnych — z wynikiem śmiertelnym (L'embolie postopératoiré mortelle) Chalier *Lyon Chirurgic. XXVI — Nr. 6, listopad-grudzień 1929.*

Przypadki te dotyczyły kobiet w wieku 43—53 lat, badanych dokładnie przed zabiegiem co do zaburzeń w krążeniu — przyczem nie znaleziono nic takiego, coby mogło uprzedzić chirurga o mogących wystąpić powikłaniach Operacje polegały na nacięciu macicy, wyłuszczeniu torbieli przypochwowej i plastyce krocza. Zejście śmiertelne nastąpiło w krótkim czasie od chwili wystąpienia pierwszych objawów klinicznych. Ujawnienie się zatoru nie było ani razu poprzedzone zapaleniem żył kończyn dolnych. Odwrotnie, autor spostrzegał wielokrotnie powikłanie przebiegu pooperacyjnego zapaleniem zakrzepowem żył kończyn dolnych, ale w żadnym z przypadków tych nie było zatoru śmiertelnego.

Ani tętno, ani ciepłota nie dają tutaj dostatecznie charakterystycznych zmian, mogących uprzedzić chirurga o grożącym zatorze.

Operacja Trendelenburga rzadko kiedy jest w stanie uratować chorego od śmierci, gdyż zwykle nie ma czasu na jej wykonanie. Wobec czego cała uwaga chirurga winna być skierowana w kierunku zmniejszenia możliwości wystąpienia zatoru pooperacyjnego, a to przez zwiększenie ciśnienia tętniczego i poprawę krążenia wogóle. przez obniżenie krzepliwości krwi (wstrzykiwanie cytrynianu sodu, hirudynizacja), wreszcie — przez wczesne wstawanie z łóżka chorych po operacji (na 3 — 5 dzień), co dzięki poprawie krążenia żylnego i zwalczeniu wszelkich zastojów najskuteczniej, zdaje się, jak dotychczas, przeciwdziała powstawaniu zatorów pooperacyjnych.

Leczenie zapalenia opłucnej na tle nieswoistem i gruźliczem naświetlaniami promieniami pozafiołkowemi i diatermją. (Traitement des pleurites, et des pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses par les agents physiques — ultraviolets et diathermie). Biancani. *Paris Médical Nr. 4, luty 1930.*

Autor poddał leczeniu powyższemu cały szereg chorych na zapalenie opłucnej nieswoiste i gruźlicze, w pełnym rozwoju choroby i w okresie końcowym, jak również w okresie ozdrowienia, w postaciach wysiękowych i suchych. U wszystkich otrzymał wynik naogół bardzo dobry, cechujący się: ustąpieniem, względnie zmniejszeniem, bólów i duszności, ułatwieniem głębszego oddechu, zmniejszeniem skłonności do wytwarzania następczych zrostów i znikaniem zrostów już wytworzonych, wreszcie — znaczną poprawę stanu ogólnego, jak również skrócenie okresu choroby i okresu ozdrowienia. W żadnym z tych przypadków nie zauważono jakiegokolwiek ubocznego działania szkodliwego.

Naświetlania promieniami pozafiołkowemi są przeciwskazane, jak wiadomo, w przypadkach gruźlicy płuc, ale tylko wówczas, gdy owe ogniska gruźlicze są czynne (klinicznie i rentgenologicznie), w przeciwnym razie naświetlania te nie grożą wcale zaostrzeniem procesu swoistego w płucach.

Co do diatermji, to nawet takich warunkowych przeciwskazań tutaj niema, gdyż w przypadkach czynnych ognisk gruźliczych w płucach osiągano na tej drodze nawet poprawę. Stosując naświetlanie pozafiołkowe należy kierować się w dawkowaniu kontrolą stanu ogólnego, krzywą ciepłoty i wagą chorego. Lecząc diatermją, używa się zwykle 2 blaszek ołowianych wielkości 25 x 20 cm², przyłożonych do tylnej powierzchni danej połowy klatki piersiowej, i przez które przepuszcza się prąd o natężeniu 1,5—1,8 miliampera.

Nieprawidłowe wrodzone ułożenie kątnicy i wstępnicy. (Anomalie congénitale du côlon droit) Petit de la Villéon. *Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurg. Nr. 1, styczeń 1930.*

Ułożenie kątnicy wraz z wyrostkiem robaczkowym pod wątrobą, w okolicy pęcherza żółciowego, nie jest bynajmniej rzadkością, i przeprowadzając różniczkowanie w przypadku stwierdzenia ogniska zapalnego (ewentualnie perforacyjnego) w podżebrzu prawem, należy zawsze uwzględniać

i zapalenie wyrostka robaczkowego. Autor spostrzegał przypadek wyjątkowo rzadkiego umiejscowienia kątnicy i okrężnicy wstępującej — co zostało stwierdzone rentgenologicznie — a mianowicie: kątnica wraz z wyrostkiem znajdowała się tuż pod wątrobą, wstępnica opuszczała się w kierunku prawego talerza biodrowego, gdzie następnie, zaginając się w kształcie litery „U," przechodziła w poprzecznicę; a więc zagięcie wątrobowe leżało na prawym talerzu biodrowym. W przypadku tym rozpoznano zpoczątku zapalenie pęcherza żółciowego, dopiero prześwietlenie rentgenowskie przewodu pokarmowego umożliwiło właściwe rozpoznanie — zapalenia wyrostka robaczkowego.

A propos rzadkich umiejscowień kątnicy z wyrostkiem należy zaznaczyć, że znajdywano go również i w klatce piersiowej poniżej obojczyka lewego, gdzie uległ przedziurawieniu i spowodował powstanie ropnia; najprawdopodobniej chodziło tu o przepuklinę przeponową, w przypadku której do klatki piersiowej — jak wiadomo — może przemieścić się każde z trzew jamy brzusznej, za wyjątkiem jedynie trzustki.

Zapalenie wyrostka robaczkowego pourazowe. (L'appendicite traumatique existe). Desmarest. *La Presse Méd. Nr. 19, marzec 1930.*

W swoim czasie, przed Wojną Europejską, zastanowiano się nad zagadnieniem, czy może mieć miejsce pourazowe zapalenie wyrostka; przeważyło wówczas zdanie, że wyrostek jest narządem tak małym, tak głęboko położonym i tak ruchomym, że stłuczeniu może ulec tylko wyjątkowo.

Tem nie mniej cały szereg spostrzeżeń klinicznych dowodzi z całą pewnością zależności przyczynowej, jaka może istnieć między urazem brzucha w okolicy prawego talerza biodrowego — a zapaleniem wyrostka robaczkowego.

Uraz może być bezpośredni (uderzenie) lub pośredni (nagłe napięcie powłok brzusznych z następowym wzrostem ciśnienia wewnętrznego). W chwili urazu następuje gwałtowne włoczenie pewnej ilości gazów i kału do światła wyrostka, jego śluzówka ulega nadmiernemu rozciągnięciu, rozerwaniu, a drobnoustroje przenikają wówczas ze światła wyrostka wgłąb jego ściany, wywołując ropowicowe zapalenie aż do zgorzeli włącznie. Obecność w świetle wyrostka kamienia kałowego lub innego ciała obcego sprzyja uszkodzeniu śluzówki i powstaniu zgorzeli. Zaraz po urazie chory odczuwa silny ból w okolicy wyrostka, który jest uwarunkowany przez owe nadmierne rozciągnięcie jego ściany. Ból ten szybko się uspakaja zupełnie, i następuje okres 24 — 48 godzin całkowicie wolny od jakichkolwiek dolegliwości, a w czasie którego rozwija się zakażenie ściany wyrostka; po tym okresie pozornego zdrowia występują mniej lub więcej gwałtownie objawy typowe dla ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. O ile wyrostek uległ przedziurawieniu do wolnej jamy otrzewnowej, to następuje rozlane zapalenie otrzewnej, o ile zaś wyrostek znajdował się już przed urazem w dostatecznie silnych zrostach ochronnych — powstaje ograniczony ropień przywyrostkowy.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Badania nad biologją łożyska świnki morskiej. (Etude sur la biologie du placenta du cobaye). Vilardell L. *Gynecologie et Obstetrique T. XX. Nr. 1.*

Aby uniknąć zarzutu operowania materjałem heterologicznym, jak również trudności wyjaławiania używanego materjału doświadczalnego, autor stosował świnkom morskim injekcje dootrzewnowe wyciągów z łożysk również świnek morskich, przyczem łożyska te wydobywał aseptycznie, na drodze laparatomji i wycięcia macicy ciężarnej.

Łożyska uzyskane w powyższy sposób przygotowywał w dwojaki sposób:

1. rozcierał łożyska w wyjałowionym moździeżu z rozczynem fizjologicznym soli, aż do utworzenia papki; dla ułatwienia tej czynności dodawał do rozcieranego materjału nieco małych kawałków drutu metalowego nie podlegającego utlenianiu. Wystarczy następnie odcedzić tak wytworzoną papkę przez wyjałowioną gazę i płyn jest gotowy do injekcji.

2. aby uzyskać łożysko autolizowane wprowadzał do probówki sterylizowanej połowę łożyska świnki morskiej, dodawał nieco rozczynu *Ringer-Locke'a* czy soli fizjologicznej lub nie dodawał nic. Następnie zatapiał koniec probówki i wstawiał ją do cieplarki przy 37°C na 10 dni. Tak autolizowane łożysko jest gotowe do injekcji. Dla lepszej konserwacji autor dodawał tak do 1 jak 2 wyciągu czystej gliceryuy w ilości 1/3 w stosunku do objętości.

Przygotowane w opisany sposób wyciągi autor wprowadzał świnkom morskim dootrzewnowo, poczem badał mocz, krew morfologicznie po pewnym czasie poświęcając zwierzęta — stan ich narządów histologicznie. a więc przedewszystkiem nerki i wątrobę.

W wyniku swych badań autor dochodzi do następujących wniosków:

1 Papka ze świeżego łożyska świnki morskiej, wstrzyknięta dootrzewnowo lub dosercowo świnkom morskim wywołuje we krwi chlorosis (blednicę) i niewielkie uszkodzenia nerek i wątroby.

2. Papka zautolizowanego łożyska świnki morskiej w injekcjach dootrzewnowych lub dosercowych wywołuje u świnek morskich niedokrwistość złośliwą (anaemia perniciosa) i poważne uszkodzenia nerek i wątroby.

Papka łożyska świeżego wstrzyknięta dootrzewnowo ma w stosunku do świnek morskich cukrzycowych (diabetiques) wyraźny wpływ przeciw cukromoczowy (antiglycosurique).

4. Z punktu widzenia działania wewnątrz wydzielniczego autor przypuszcza, że łożysko świnki morskiej ma działanie hormonalne pobudzające trzustkę a hamujące nadnercza i tarczycę,

Badanie nad stosunkiem przysadki mózgowej do narządu rodnego kobiety (część kliniczna). (Etude des rapports entre l'hypophyse et les organes génitaux de la femme (partie clinique). Wodon J. L *Gynecologie et Obstetrique T. XX, nr. 2.*

Omówiwszy pokrótce fizjologję przysadki mózgowej, a przedewszystkiem jej powiększenie w czasie ciąży , autor zajmuje się głównie rolą tylnego płata omawiauego gruczołu, zamykając uwagi swe

następującemi wnioskami, co do leczniczego stosowania wyciągów tego gruczołu w położnictwie i ginekologji:

1. wyciąg tylnego płata przysadki mózgowej jest środkiem wzmacniającym i pobudzającym skurcze macicy pod warunkiem ostrożnego stosowania (w dawkach 2—5 jednostek międzynarodowych) i przy przestrzeganiu przeciwwskazań, któremi są: a) przeszkody porodowe do wydalenia płodu i b) stan nadmiernego obkurczenia macicy;

2. wyciąg omawiany pozbawiony działania podnoszącego ciśnienia krwi może być bezpiecznie stosowany w przypadkach zatrucia ciążowego,

3. szczególnie nadaje się wyciąg tylnego płata przysadki mózgowej do stosowania w przypadkach cięcia cesarskiego i w celu wywołania porodu u kobiet z ciążą na ukończeniu, u których przedwcześnie odeszły wody porodowe.

4. w ginekologji wyciąg omawiany może zmniejszyć krwawienie maciczne. Poznanie istotnych czynników, powodujących większą lub mniejszą czułość macicy na wyciąg tylnego płata przysadki mózgowej pozwoli na znaczny postęp w leczniczem jego stosowaniu.

Stosunki pomiędzy przysadką mózgową a narządami płciowemi kobiety. (Rapporte entre l'hypophyse et les organes géniteux de la femme). Brouha Lucien. *Gynecologie et Obstetrique T. XX, Nr. 2.*

Pod powyższym tytułem wygłosił autor doniesienie na zjeździe Ginekologów francuskich w Brukseli; doniesienie to ma raczej charakter streszczenia zbiorowego.

Omawiając fizjologję przysadki autor przedewszystkiem zastanawia się nad skutkami sztucznego usunięcia (wycięcia) tego gruczołu, jak również nad działaniem wszczepienia jego kawałka.

Wycięcie przysadki mózgowej wywołuje: 1) u zwierzęcia niedojrzałego infantilismus sexualis całkowity i trwały, 2) u zwierzęcia dojrzałego zwyrodnienie narządu rodnego, z zatrzymaniem całkowitym i natychmiastowem czynności jajnika, jak również z postępującym zanikiem kurczowości macicy, 3) operacja omawiana wykonana w czasie ciąży powoduje zawsze poronienie, 4) aby powyższe objawy wystąpiły, trzeba usunąć cały gruczoł, zwłaszcza jego część przednią, według niektórych autorów przynajmniej dwie trzecie tej ostatniej.

Wszczepienie przedniego płata przysadki mózgowej zwierzęciu pozbawionemu sztucznie tego gruczołu naprawia całkowicie wszystkie wymienione braki i szkody.

Sztuczne powiększenie ilości hormonu przysadki mózgowej przez jej wszczepienie zwierzęciu posiadającemu ten gruczoł wywołuje pobudzenie jajnika i dojrzewanie znacznej liczby pęcherzyków Grafa z nadliczbowym jajeczkowaniem (superovulatio) i wytworzeniem sie ciałek żółtych, hormony jajnikowe powstałe z kolei wpływają na narząd płciowy, zmieniając budowę macicy, pochwy i gruczołu mlecznego.

U zwierząt niedojrzałych nadmierna ilość hormonów przedniego płata przysadki mózgowej wywołuje przedwczesną dojrzałość płciową. u zwierzęcia dojrzałego — brak zagnieżdżenia się jaja, bądź też ponowne jajeczkowanie, bądź poronienie, bądź przedłużenie ciąży — wszystko to zależnie od dawki zastosowanej i od chwili, w której rozpoczęto jej stosowanie; u zwierzęcia po okresie przekwitania widzieć można powrót do czynności jajnika; wreszcie u zwierzęcia wytrzebionego wszczepienie przedniego płata przysadki nie wywiera żadnego wpływu na narząd rodny.

Odwrotny stosunek narządu rodnego do przysadki mózgowej nie da się zaprzeczyć. Tak wytrzebienie, jak zwłaszcza ciąża, wywołuje zmiany anatomiczne w strukturze omawianego gruczołu; fizjologicznie znane jest powszechnie odkrycie przez *Zondeka* i *Aschheima* wzmożenia ilości hormonu przedniego płata w moczu kobiet ciężarnych.

Przechodząc z kolei do farmakodynamiki autor stwierdza, że wyciągi wodne przednie do płata przysadki mózgowej mogą pobudzać pęcherzyki do dojrzewania, a narząd rodny do stanu ruji, z drugiej strony i to częściej wywołują one nadmierną luteinizację jajnika, zatrzymanie działalności okresowej, a w ciąży jej przedłużenie.

To też prawdopodobnem się staje istnienie kilku hormonów równocześnie w przednim płacie przysadki mózgowej. Już *Evans* i *Simpson* myślą o 1) hormonie dojrzewania, 2) hormonie wzrostu,

Wreszcie nadmienić należy, że i natura chemiczna wyciągów nie jest bez znaczenia, wyciągi wodne działają na hyperluteinizację jajnika i wstrzymują rozwój pęcherzyka Grafa i odwrotnie wyciągi lipoidalne wywołują u zwierzęcia wytrzebionego działanie identyczne do działania płynu pęcherzykowego (follikuliny).

Działanie tylnego płatu przysadki mozgowej jest znane oddawna, przypomieć więc tylko można, że jeden hormon jego wywołuje skurcz mięśni gładkich macicy i pochwy, drugi zaś powiększa wydzielanie mleka przez gruczoły mleczne.

Wiadomo dalej, że działanie hormonu wywołującego skurcz macicy zależy w znacznej mierze od stanu tejże, będącego skutkiem wpływu na ilość substancji kurczącej wydzielanej przez tylny płat przysadki. a krążącej we krwi i płynie mózgowordzeniowym.

Reasumując autor wygłasza następujące wnioski ogólne:

1) Przedni płat przysadki mózgowej utrzymuje w swej zależności stan anatomiczny i czynnościowy narządu rodnego samicy, nie jest konieczny dla życia danego osobnika, ale jest nieodzowny dla zachowania rodzaju, gdyż między innemi warunkuje rozwój komórek rozrodczych.

2) Tylny płat wpływa a) na kurczliwość macicy, b) wydzielaniem mleka (a ciśnienienie krwi? przyp. refer.).

3) Narząd płciowy żeński wpływa na przedni płat przysadki; wywołując w nim zmiany anatomiczne; niestety nie znamy potąd ich znaczenia fizjologicznego.

4) Od stanu narządu rodnego zależy również ilość substancji kurczących macicę, krążących w organiźmie.

W sprawie wczesnego rozpoznania ciąży (metoda Zondeka i Aschheima stosowana na myszkach dojrzałych). (Sur le diagnostic précoce de la grossesse methode de Zondek et Aschheim appliquée à les souris adultes). Laffont, Houel, Chiapponi. *Bullet. Societé d'Obstétr. et de la Gynecologie Nr, 8, 1929.*

Autorzy przedsięwzieli badania nad 20 myszkami dorosłemi, których cykl rujowy obserwowali uprzednio przez 15 dni. Cykl ten trwał u większych myszek po 6 — 7 dni, to znaczy, że co ten okres czasu zjawiały się w rozmazach wydzieliny z pochwy same tylko nabłonki zrogowaciałe, utrzymujące się przez 1 — 2 dni. Następnie pojawiały się leukocyty, które również wkrótce znikały i pole widzenia mikroskopowe przejaśniało się, jak piszą autorowie, aż do następnej ruji.

Materjał swój podzielili L. H. i Ch. na trzy grupy: 1) służyła do kontroli zawierając myszki, którym nic nie wstrzykiwano.

2) 8-iu następnym wstrzykiwano codziennie 1 — 3 cm^3 moczu osób ciężarnych przez 3 — 4 dni, poczynając od chwili ruji lub natychmiast po jej ukończeniu, t. j. od chwili ukazania się w wydzielinie leukocytów.

3) W grupie 3-ciej znajdowały się 4 myszki, którym wstrzykiwano takie same ilości moczu osób poza ciążą się znajdujących.

Mocz osób ciężarnych wywołuje ukazanie się z powrotem komórek zrogowaciałych; zjawisko to utrzymuje się przez 4 dni, niekiedy jednakowoż po tym okresie czasu łuski zrogowaciałe znikają, choćby injekcje były nadal przedłużane i pojawiają się leukocyty. Badanie histologiczne jajników wykazują liczne ciałka żółte.

To też autorowie przypuszczają za *Courrier.em* i *R. Kehl'em*, że wyciągi przedniego płata przysadki mózgowej. jak również injekcje moczu ciężarnych powodują wystąpienie fazy luteinowej, która następuje po fazie follikulinowej.

Badania sekcyjne wykonane na 4 — 5 dzień od początku injekcji wykazało:

1. w grupie kontrolnej:

a) macica myszki zabitej w czasie ruji jest powiększona,

b) na drugi dzień po ruji zabita myszka miała macicę już znacznie mniejszą,

c) macica myszki zabitej na 4-ty dzień po ruji jest mała, o rogach cienkich.

2. W grupie drugiej macica myszek zabitych na 4 — 5 dzień po ruji były wybitnie powiększone a badanie histologiczne wykazało zgrubienie mięśniówki, a śluzówkę przerosłą, bogatą w gruczoły.

3. W grupie 3-ciej macice myszek wyglądały jak w grupie kontrolnej.

W wyniku niniejszych badań autorowie stwierdzają, że w grupie II na 8 myszek u 6 otrzymano wynik reakcji dodatni (przedłużenie ruji do 4 dni, macica przerosła (u 1 — wynik wątpliwy) przedłużenie ruji o 2 dni, macica przerosła, (u 1 — wynik ujemny) przedłużenie ruji o 2 dni, macica nie powiększona.

W grupie III-ej na ogólną ilość 4 myszek 3 dały wynik ujemny, jedna wątpliwy.

Waga macicy myszki z grupy kontrolnej wynosiła 399 miligramów, natomiast macica myszki, która dostała w injekcji mocz osób ciężarnych ważyła 482 miligr. czyli o 25% więcej.

Reasumując stwierdzić można, że 1) wstrzykując dojrzałym myszkom białym mocz kobiet ciężarnych, wywołujemy w większości przypadków przedłużenie ruji do 4 dni.

2) po tym objawie występuje luteinizacja w jajnikach, stwierdzalna mikroskopowo.

5) mocz kobiet nieciężarnych nie wywołuje u myszek zmian wyżej wymienionych.

Położenie czołowe. (La présentation du front). Maret C. *Gynecologie et Obstetrique Nr. 1, T. XX.*

Autor zdaje sprawozdanie z 17 porodów czołowych obserwowanych w klinice Strasburskiej w ciągu ostatnich 20 lat na ogólną ilość 22000 porodów.

Omawiając mechanizm porodowy w położeniu czołowym autor zwraca uwagę na skrócenie wymiaru bródkowo-potylicznego (dist. mento-occipitalis) dzięki uciskowi z boków kostnej ściany miednicy. Zresztą mechanizm porodu w położeniu czołowem jest ogólnie znany, nie wymaga więc omawiania. W 41% przypadków poród odbył się samoistnie.

Najwięcej zainteresowania wzbudza zawsze sprawa etjologji położenia czołowego. Przypadki omawiane przez autora można związać pod tym względem z następującemi przyczynami: dwa — z małemi wymiarami płodów; raz z maceracją płodu; jeden — z guzem szyi płodu; główka zbyt duża, albo zbyt mała w stosunku do miednicy była przyczyną położenia czołowego w 4 przypadkach.

Ze strony matki przyczyną omawianego położenia płodu było: dwukrotnie ścieśnienie miednicy miernego stopnia: miednica zbyt duża przy normalnej główce; czterokrotnie uważali autorowie, że przyczyną położenia czołowego było okręcenie się parokrotne pępowiny dookoła szyji. Pozatem artykuł przynosi znane z podręczników dane co do porodu w położeniu czołowem.

Rozcięcie trzonu macicy drogą brzuszną wykonane w znieczuleniu miejscowem rozpatrywane specjalnie, jako metoda przerwania ciąży. (L'hysterotomie abdominale corporeale, sous anesthésie localisée considerée en particulier comme procédé d'interruption de la gestation). Portes L. *Gynecologie et Obstetrique Nr. 1.T.XX*

W ciągu ostatnich sześciu lat wykonał autor na klinice prof. *Couvelaire'a* siedmiokrotne przerwanie ciąży w V—VIII mies. na drodze rozcięcia macicy w trzonie per laparotomiam w znieczuleniu miejscowem.

Przyczyną do przerwania ciąży było było
w 4 przypadkach schorzeuie serca i płuc,
w 2 „ schorzenie nerek,
w 1 „ ciężkie zakażenie pałeczką okrężnicy

Ponadto wykonano wspomniany zabieg u trzech matek chorych ua gruźlicę w interesie dziecka; wreszcie dwukrotnie zastosowano tę metodę, jako cięcie cesarskie u osób z kyphosis, wykazujących groźne objawy ze strony serca i płuc.

A więc obserwacje swe opiera autor na 12 przypadkach opróżnienia ciężarnej macicy drogą brzuszną przez rozcięcie trzonu w znieczuleniu miejscowem.

Metoda zalecana przez autora uważana być winna za konkurencyjną dla rozcięcia ujścia zewnętrznego przez pochwę według *Dübrsena*. Ta ostatnia metoda jest jednak technicznie niekiedy znacznie trudniejsza, zwłaszcza u pierwiastek. Wybór drogi brzusznej pozwala ponadto na dokonanie wyjałowienia ewent. podwiązania jajowodów, o ile istnieje do tego wskazanie. Trudnością, niekiedy bardzo znaczną, w zastosowaniu operacji brzusznej jest kwestja znieczulenia, gdyż w wymienionych wyżej stanach (zwłaszcza schorzeniach serca i płuc, a także nerek) uśpienie ogólne, ani znieczulenie

lędźwiowe się nie nadają, jako metody zbyt niebezpieczne. Z tego też powodu autor postanowił uciec się do znieczulenia miejscowego.

Płynem znieczulającym jest rozczyn 1 gramma novocainy w dwustu gramach fizjologicznego rozczynu soli; do rozczynu tego dodaje się bezpośrednio przed zabiegiem 1 cm³ rozczynu adrenaliny 1:1000.

Linję środkową należy znieczulić dwiema serjami injekcji: najpierw śródskórnie, przyczem druga serja winna wykraczać poza obręb pierwszej serji tak na boki, jak i jej końcach.

Po 10 minutach przystąpić można do przecięcia skóry, przyczem unikać należy dotknięcia do powięzi, gdyż jest ona bardzo bolesna.

Powięź znieczula się z kolei injekcjami ciągłemi: miejsce przy miejscu na całej przestrzeni. Przed otwarciem otrzewnej znieczula się przestrzeń okołootrzewnową. W momencie otwarcia otrzewnej chora odczuwa zazwyczaj lekki i przemijający niepokój.

Zakładanie wzierników rozciągających ranę w powłokach nie jest wskazane (chyba, że powłoki są wyjątkowo wiotkie); obejrzenie narządów w jamie brzusznej dokonać można unosząc zlekka kolejno brzegi rany zapomocą ręcznych wzierników. Samo rozcięcie macicy dokonywuje się bez jej wytaczania i bez znieczulenia, gdyż jak wiadomo sama macica nie jest bolesna, natomiast każde pociąganie krezki jakiegokolwiek narządu wewnątrz brzusznego jest bardzo bolesne. W chwili wydobycia płodu i popłodu chora odczuwa zazwyczaj ból, gdyż trudno wykonać to bez lekkiego choćby pociągnięcia; parę kropli eteru pozwala przeprowadzić to tempo operacji bez bólu. Ogólna śmiertelność w ciężkich przypadkach autora wyniosła zaledwie dwa zejścia śmiertelne na 12 operowanych. Jedno z nich było skutkiem ciężkiego schorzenia nerek.

Wskazania do wyjałowienia kobiety. (Des indications de la stérilisation chez la femme). Muret M. *Gynecologie et Obstetrique T. XX. Z, 3. 1929.*

Wskazaniem jak najbardziej ogólnie ujętym do wyjałowienia kobiety jest stan patologiczny, dzięki któremu każda ciąża i każdy poród grozi jej życiu, lub powoduje ciężkie uszkodzenia zdrowia.

W pojęciu powyższem mieszczą się wszystkie wskazania poszczególne, a mianowicie;

Z punktu widzenia położniczego:

a) zwężenie miednicy znacznego stopnia jest wskazaniem względnem, wobec możności zastosowania cięcia cesarskiego,

b) ciąża pozamaciczna nie jest wskazaniem,

c) co do pęknięcia macicy, jako wskazówki do wyjałowienia przed przyszłą ciążą, zdania są podzielone;

d) operacja *Schauta-Wertheima* (interpositio uteri vesico-vaginalis) musi być połączona z wyjałowieniem; natomiast inne operacje z powodu wypadnięcia macicy tylko w wyjątkowych przypadkach, specjalnej wiotkości tkanek.

Z punktu widzenia ogólnie-lekarskiego.

a) gruźlica krtani i pogarszająca się gruźlica płuc, o ile warunki życia chorej nie pozwalają na przeprowadzenie odpowiedniego leczenia, albo łączenie to jest bezskuteczne.

b) wady serca, dające przy poprzednich ciążach objawy niewyrównania, są wskazaniem do wyjałowienia w ciężkim stanie — rentgenowskiego.

c) ze schorzeń nerek tylko przewlekłe zapalenie nerek z groźnemi objawami, jako to: niedomoga serca, znaczne i stałe podniesienie ciśnienia krwi grożąca mocznica, zapalenie siatkówki białkomoczowe, nawykowe poronienie i obumarcie płodów w czasie ciąży — jest wskazaniem względnem do wyjałowienia stałego, gdyż w schorzeniu tem niema nadziei na poprawę.

d) choroby umysłowe i nerwowe są tylko wówczas wskazaniem do wyjałowienia, kiedy pogarszają się stale i to w związku z poprzedniemi ciążami.

e) z chorób krwi tylko niedokrwistość złośliwa pogarszająca się w czasie ciąży jest przez niektórych autorów uważana za wskazanie do wyjałowienia.

Z innych wskazań omawia autor sprawę wyniszczenia ogólnego, osteomalację (konieczność wyjęcia jajników) wreszcie nierozwiązaną kwestję wskazań socjalnych i eugenicznych.

W tych dwu ostatnich grupach wskazań autor ograniczył się do powtórzenia cudzych poglądów, nie przytaczając swoich osobistych wniosków.

Sposoby wyjałowienia kobiety. (Les procédés de stérilisation de femme). Laffont A, *Gynecologie el Obstetrique T. XX Nr. 5, 1929 r,*

Wyjałowienie kobiety może być uzyskane zapomocą trzech rozmaitych sposobów postępowania, są niemi: 1) metody biologiczne, 2) energja promienna i 3) metody operacyjne.

1. Metody biologiczne są jeszcze w okresie wyrabiania się i sprawdzania. Najlepsze wyniki rokują: a) injekcje nasienia, które mają działać jak szczepienie ochronne, b) wstrzykiwanie wyciągów ciałka żółtego, które mają powstrzymywać w rozwoju pęcherzyk Graafa i nawet zniszczyć cykl miesiączkowy.

Inne metody, jak to: injekcje insuliny, follikuliny, wyciągu przedniego płata przysadki mózgowej, djeta pozbawiona witaminy E — są jeszcze w okresie prób.

2. Energja promienna znajduje zastosowanie w dwu postaciach: b) jako promienie X czyli Rentgena i b) promienie radu.

a) Promienie X nadają się do wyjałowienia trwałego i to z powodzeniem w 95 — 100% przypadkach.

Natomiast stosowanie promieni X do wyjałowienia czasowego jest mniej odpowiednie, gdyż metoda ani nie jest dokładnie wymiareczkowana, ani niezupełnie bezpieczna. Przedewszystkiem z łatwością wywołać ona może bezpłodność trwałą, a nie czasową, a dalej wpływać może ona ujemnie na potomstwo, przez uszkodzenie jaja. Czas działania promieni X jest również jeszcze niedokładnie znany.

b) Promienie radu działają tylko na śluzówkę macicy niszcząc ją, względnie niedopuszczając do zagnieżdżenia jaja: natomiast promienie te nie wpływają zupełnie na jajnik, ani na jajo, nie mogą więc wpływać na przyszłą ciążę, poród i potomstwo. Śluzówka macicy zaś po niewielkiej dawce radu odrodzić się może już w ciągu paru tygodni.

3. Metody operacyjne wyjałowienia stałego polegają przedewszystkiem na operacjach na jajowodach i to w postaci albo wycięcia częściowego z zapuszczaniem przeciętych końców pomiędzy blaszki więzadła szerokiego, albo zmiażdżenia i podwiązania jajowodu. Metody wymienione są najłatwiejsze, najszybsze i zapewniają najwięcej widoków powodzenia.

Natomiast operacyjne wyjałowienie czasowe ma tylko bardzo względne widoki powodzenia; metodą najbardziej polecenia godną jest zapuszczanie bańki jajowodu pomiędzy blaszki wiązadła szerokiego, albo wpuszczenie jajnika do sztucznie z otrzewnej wytworzonego leża. Odległemi powikłaniami operacji mających na celu czasowe wyjałowienie chirurgiczne mogą być zrosty, ciąża pozamaciczna i ileus. Wyjałowienia w czasie ciąży wykonywać należy jednocześnie z usunięciem płodu. Zabieg ten wykonywać należy do IV m. ciąży, przez pochwę, po IV m. c. per laparatomiam.

Wyłuszczenie mięśniaków a ciąża. (La myectomie dans ses rapports avec la grossesse). Brindeau A. *Gynecologie et Obstetrique T. XX, z. 2.*

Wnioski do jakich dochodzi autor w swem przemówieniu na Zjeździe Ginekologów języka francuskiego w Brukseli są następujące:

1. Wyłuszczenie mięśniaków wykonane po zaciążą nie przeszkadza następnemu zajściu w ciążę i jej donoszeniu; przypadki powikłań porodowych są rzadkie.

2. Jeżeli ciąża ma miejsce u osoby z mięśniakami macicy, to naogół rozwija się ona zupełnie prawidłowo. W niektórych tylko przypadkach interwencja operacyjna jest wskazana i to z powodu czy gwałtownych bólów, czy nagłego powiększenia się mięśniaków, czy objawów uciskowych, czy skrętu szypuły, czy uwięźgnięcia guza w macicy. W większości przypadków można z powodzeniem zastosować wyłuszczenie mięśniaków i to z dobrym skutkiem, skoro śmiertelność matek wynosi zaledwie 4%, a w 90% przypadków ciąża rozwija się nadal.

3. Wyłuszczenie mięśniaków w czasie porodu bywa wskazane znacznie rzadziej. Operację tę wykonywać należy dopiero po wydobyciu płodu na drodze cięcia cesarskiego. O ile by wyłuszczenie mięśniakow wydawało się niebezpieczne lub niemożliwe, należy po wydobyciu płodu wyciąć macicę nadpochwowo.

4. Wyłuszczenie mięśniaków przez pochwę bywa wskazane bardzo rzadko podczas ciąży. Usunięcie tego dobrotliwego nowotworu wykonać należy raczej w połogu.

Wyłuszczenie mięśniaków poza ciążą. (La myemectomie en dehors de la grossesse). *Gynécologie et Obstetrique T. XX. z, 2.*

W swojem doniesieniu na Zjeździe w Brukseli autorowie omawiają dotychczasowy stan poglądów na wyłuszczenie mięśniaków poza ciążą.

Zdaniem autorów jest to operacja łatwa, bezpieczna, gdyż daje jednakową śmiertelność, jak nadpochwowe odcięcie macicy, natomiast pozostawia pacjentce możność dalszego zajścia w ciążę i nie odbiera jej fizjologicznego miesiączkowania.

Guzy winny być łatwo wyłuszczalne, niezbyt dużych rozmiarów i w niezbyt dużej ilości (najwyżej 4). Niebezpieczeństwo nawrotu nowotworu jest niewielkie, skoro zdarzają się one w 8.47% przypadków, według *Goullioud.*

Ponieważ jednak z drugiej strony zajście w ciążę bynajmniej nie zawsze następuje, nie należy ambicjonować się specjalnie w ciężkich technicznie przypadkach do bezwzględnego wyłuszczenia mięśniaków.

Oczywista, wobec zmian zapalnych w przydatkach traci w znacznej mierze swą wartość omawiana operacja i wysuwa się raczej na plan pierwszy nadpochwowe wycięcie macicy. W wielu jednak przypadkach, zwłaszcza gdy chodzi o kobiety młode, wyłuszczenie mięśniaków jest metodą wyboru, metodą niezastąpioną.

Przewlekły nieżyt szyjki, a rak; stany przedrakowe szyjki macicy. (Cervicite chronique et cancer; etats précancereux du col utérin). Villard E. prof. Montel G. *Gynecologie et Obstetr. Nr 1 T. XX.*

Celem autorów jest zwrócić uwagę na znaną oddawna prawdę, raczej empiryczną, o możliwości powstawania raka szyjki z jej nieżytów. Dane kliniczne, powszechnie znane, przemawiają za tą tezą (objawy zapalenia szyjki w wywiadach chorych na raka, brak raka szyjki u dziewic, częstość rozległych pęknięć szyjki u kobiet następnie zapadających na raka, postać anatomo-patologiczna polegająca na owrzodzeniu prawdziwym, która uspasabia szczególnie do nowotworowego bujania).

Autorowi jednakowoż chodziło głównie o dowody anatomo-patologiczne, stwierdzające związek zapalnego stanu szyji macicy z jej rakiem. Badając mikroskopowo szereg wycinków z t. zw. nadżerek (erosio) na części pochwowej zauważyli oni, że wbrew opinji klasycznej najczęściej postacią nadżerki jest prawdziwe owrzodzenie, z ubytkiem tkanki, w tym przypadku nabłonka, nabłonek walcowaty, jeśli nawet daje się wykazać, rozrzucony jest kępkami i pochodzi prawdopodobnie z otwartych przez owrzodzenie gruczołów.

W niektórych przypadkach przeważają wyraźnie elementy zapalenia na czele z naciekami drobnokomórkowemi, w innych występuje na plan pierwszy przerost gruczołów, dając niekiedy obraz jakby dobrotliwego nowotworu części pochwowej adeno-papilloma. Z tego nowotworu dobrotliwego rozwinąć się może, jak sądzą autorowie, rak.

Bardziej jeszcze przekonywające jest stwierdzenie w obrazie mikroskopowym nabłonka części pochwowej stanów przedrakowych komórek poszczególnych; mianowicie wśród komórek płaskich nabłonka, w dość znacznej nawet odległości od membrana basalis widać komórki o nieprawidłowych figurach podziału, o potwornościach w budowie. Niepokój ten występuje w komórkach, które bynajmniej nie przerwały membrana basalis, a więc nie wykazały wzrostu naciekowego. Dla ilustracji swych wywodów autorowie przytaczają dwa przypadki, w których udało się im wykazać odjawy bardzo wczesnego raka, rozwijającego się w bezpośredniem sąsiedztwie, albo na zmianach zapalnych, owrzodzeniach szyji.

Wnioskiem praktycznym z niniejszej pracy jest oczywista konieczność ścisłego leczenia zapaleń

szyjki i częstego stosowania diagnostycznego wycinania kawałków śluzówki do badania na obecność raka.

Leczenie energją promienną raka szyjki macicy w ośrodku przeciwrakowym przedmieść paryskich. (La radiothérapie du cancer du col de l'utérus au Centre anticancereu de la Banlieue parisienne). Laborde S. Wickham Y. L. *Gynecologie et Obstetrique T. XX, Z. 5. 1929.*

W wymienionym w tytule ośrodku przeciwrakowym, prowadzonym przez *G. Roussy'ego* przyjęto następujący podział na grupy raków szyjki macicy:

Stopień I: nowotwór dotyczy jedynie szyjki macicy; są to zatem przypadki istotnie nadające się do operacji.

Stopień II: przejście nowotworu częściowo na otoczenie, ruchomość macicy dzięki temu częściowo ograniczona, pod względem operacyjnym przypadki zawarte w tej grupie stoją na pograniczu operabilitatis.

Stopień III: nowotwór przechodzi na przymacicze lub częściowo na ścianę pochwy, skąd zupełna nieruchomość macicy: przypadki nieoperacyjne.

Stopień IV: nowotwór zajmuje oprócz szyji macicy narządy sąsiednie, jak to pochwę, pęcherz, odbytnicę, ponadto, albo zamiast powyższego, stwierdza się przerzuty w gruczołach chłonnych albo w narządach wewnętrznych; są to przypadki rozpaczliwe, w których leczenie ma tylko na celu chwilową, objawową poprawę.

W zasadzie stosowano samo leczenie energją promienną bez leczenia operacyjnego.

Technika lecznicza pozostaje bez zmiany od chwili założenia Ośrodka t. j. od r. 1921 i jest następująca.

Do jamy macicy i kanału szyji wprowadza się dren gumowy zawierający od 2—3 rurek po 20 mlgr. radu (radium elementu) w otoczce pierwotnego filtru grubości 1 mm platyny i filtru wtórnego 3 mm gumy; do obydwu sklepień bocznych pochwy i przed szyjkę macicy umieszcza się 3 rurki zawierające po 10 mlgr radu (radium elementu) z filtrem pierwotnym 1,5 mm platyny, wtórnym — 1 cm korka lub gazy. Taki ładunek radowy zawiera zatem 70 — 90 mlgr. elementu radowego, a pozostając przez 70—75 godzin przy ładunku 90 mlgr; względnie 90—96 godzin przy ładunku 70 mlgr. daje w rezultacie dawkę 6000—6800 mlgr. — godzin, co odpowiada 46 — 50 „milicuries détruits".

Leczenie takie przeprowadza się, o ile ciepłota chorej nie podnosi się ponad 38°. Opatrunek zmienia się co 48 godziny. O ile występuje podniesienie ciepłoty lub inne objawy zakażenia należy prowadzić leczenie bardzo ostrożnie, wyjmując rad w ten sposób, aby chora miała 48 godzinny odpoczynek po seansie trwającym 20—24 godz.

Jeżeli zbyt duży kalafior na części pochwowej nie pozwala na zastosowanie odrazu leczenia wewnątrz macicznego, autorzy radzą z początku założyć rurki z radem do pochwy, a dopiero potem po 5—6 dniach do kanału szyji.

Dla usunięcia nadmiernych rozrostów nowotworowych na części pochwowej autorowie nie używają ani igieł radowych, ani skrobania łyżeczkami, ani elektro-koagulacji.

Polemizując z innymi autorami L. i W. twierdzą, że najlepsze wyniki dają dawki od 5000 — 7000 miligramgodzin (38 — 52 milicuries detruits); dawki większe nie są potrzebne, a nawet są szkodliwe, gdyż przeszkadzają prawidłowemu procesowi zabliźniania.

Trwanie leczenia również nie jest bez znaczenia: naświetlanie krótkie parogodzinne stosowane w Ameryce, oczywiście dużemi ilościami radu, uważają autorzy za trudne i niebezpieczne. Z drugiej strony sposób *Proust'a* i *Nabias'a*, polegający na stosowaniu małych dawek przez b. długi czas (20—25 dni) wydaje się wartościowym, ale grozi zakażeniem z powodu konieczności kilka a nawet kilkadziesiąt razy zmieniania ładunku radu w macicy.

To też za najodpowiedniejszy okres leczenia uważają autorowie 3—5 dni:

Samo leczenie radem stosuje się jedynie w 1 stopniu rozwoju nowotworu. Wszędzie tam, gdzie przeszedł on poza granicę szyji stosuje sie jednocześnie naświetlanie przymacicza czy to za pomocą aparatu Roentgena, czy lampy radowej, zawierającej 1 gram (1000 mlgr) radowego elementu (télécurie thérapie).

Technika naświetlania Roentgenologicznego jest następująca: aparat firmy Gaiffe o stałym napięciu 200.000 volts, 4 pola: dwa przednie, dwa tylne. Dawka powierzchowna, mierzona jonometrem *Solomona* wynosi 4.000—4.500 R. na pole; odległość antikatody do skóry 40 cm; filtr 1 mm Cu — 2 mm Al. Dawka całkowita wynosi 16.000 — 20.000 R. w ciągu 15—20 dni po 1000 R. dziennie.

W ostatnich miesiącach zaczęto w Ośrodku przeciwrakowym stosować rad na odległość (télécuriethérapie). Narazie jeszcze nie można nic pewnego powiedzieć o tym nowym sposobie leczenia.

Wyniki opisanego wyżej postępowania leczniczego sprawdzonego obserwacją najmniej 5-cio letnią, najwyżej 8-io letnią, przedstawiają się jak następuje:

w I	stopniu	5 chorych	— 4	wyleczonych	(80%)
w II	„	9 „	— 5	„	(55%)
w III	„	56 „	— 9	„	(16%)
w IV	„	23 „	— 0	„	(0%)

Te same rubryki z dodaniem jeszcze 2 lat, czyli z kontrolą minimalną 3 letnią nie wiele różnią się od poprzednich, a mianowicie:

I	stop.	5 chorych	— 4	wyleczonych	(80%)
II	„	24 „	— 13	„	(54%)
III	„	94 „	— 20	„	(21.2%)
IV	„	50 „	— 0	„	(0%)

Średnio na ogólną ilość 173 leczonych — 37 wyleczonych, co stanowi 21,38% wyleczenia.

Badania nad stosunkiem histologicznej budowy nowotworu do przebiegu klinicznego nie dały zdecydowanego wyniku. Stwierdzono jedynie, że postacie basocellulare żywiej reagują na energję promienną, niż postacie „spino-cellulare" (bardziej odporne).

Wreszcie niezmiernie ważna praktycznie sprawa zakażenia owrzodzenia nowotworowego opracowana była bardzo dokładnie w Ośrodku prof *Roussy*. Stwierdzono, że najczęstszym drobnoustrojem, spotykanym na owrzodzeniu rakowym jest strepto-enterococcus, to też leczenie profilaktyczne przed założeniem radu polegało na injekcjach podskórnych auto-szczepionki w ilości 1 — 2 cm³, zawierających $^2/_3$ strepto-enterococcus, a $^1/_3$ innych drobnoustroji. Podobny skład był t. zw. bouillon-vaccin stosowanych miejscowo na nowotwór, przyczem rozpoczynano od gotowego bulionu, a później przechodzono na przesącze, wyhodowane z danego przypadku.

Późne wyniki leczenia radem raka szyjki macicy pierwotnego i przypadków nawrotu po operacyjnem leczeniu. (Lata od 1921 1927), (Les resultats éloignes de la curietherapie dans les cancers primitifs et dans les recidives post-operatoires des cancers du col (1921 a 1927) Delporte F. Cahen [illegible]. *Gynecologie et Obstetrique T. XX. Z. 5. 1929.*

Materjał autorów zawiera 299 przypadków pierwotnego raka i 62 nawrotów po wycięciu całkowitem macicy z powodu raka szyjki.

W grupie pierwszej (rak pierwotny) było 126 przypadków obserwowanych przynajmniej przez 5 lat Wyniki są następujące:

a) przypadków nadających się do operacji 32 — wyleczonych: 14 — zmarło z innych przyczyn poza rakiem: 2 — odsetek wyleczonych 46,6%.

b) nie nadających się do operacji ogółem 56, wyleczonych 15, co stanowi 26,7%.

c) przypadków daleko posuniętych 38, wyleczonych 3, zmarło z innych przyczyn 1, odsetek wyleczonych 8,9%.

W przypadkach mniej zaawansowanych leczenie polega na aplikacji radu do pochwy i do macicy na przeciąg 12 dni, tak aby dawka ogólna wynosiła około 60 milicuries detruits.

Jednakowoż w przypadkach bardziej posuniętych z szerokiemi naciekami w przymaciczach autorowie nie ograniczają się do wyżej wspomnianej terapji, lecz o dwa miesiące później zakładają per laparatomiam igły radowe do macicy i umieszczają rurki z radem około szerokiego więzadła zajętego przez naciek nowotworowy.

Postępowanie w sposób powyższy dało w 10 przypadkach obserwowanych przez 5 lat wyleczenie w 4, co stanowi 40%. Autorowie uważają głęboką terapję radową za skuteczniejszą od leczenia głębokiego promieniami Rentgena.

Przechodząc z kolei do 2 grupy — nawrotów po operacyjnem leczeniu raka szyjki macicy autorowie zaznaczają na wstępie, iż terapja radowa jest w tych przypadkach znacznie trudniejsza niż przed operacją z powodu braku tak dogodnego miejsca do aplikacji, jakim jest macica; powstaje jedynie możność umieszczenie rurek z radem do sklepienia pochwy.

Wyniki: z 28 przypadków obserwowanych przez 5 lat wyleczono zaledwie 3, co stanowi 10,7%. Jeśli rozpatrywać obydwie grupy, czyli cały materjał, to przeciętny odsetek wyleczenia wyniesie 25%.

Zaznaczyć wreszcie dla ścisłości należy, że zakładanie igieł per laparatomiam w 2 mies. po aplikacji pochwowo-macicznej, zostało wprowadzone w Instytucie Brukselskim dopiero stosunkowo od niedawna.

Powikłania pooperacyjne po rozszerzonem wycięciu macicy z powodu raka szyjki (Les complications postoperatoires apres l'hysterectomie élargie peut cancer du col utérin) Keller B. *Gynecologie et Obstet. Nr 1 T. XX.*

Autor wylicza w długim artykule rozmaite komplikacje pooperacyjne mogące wystąpić po rozszerzonem wycięciu macicy z powodu raka szyjki, pomimo to jednak uważa on, że ryzyko tych powikłań zrównoważone jest z nadatkiem korzyścią leczniczą i wobec tego nie należy odstępować od tej operacji (znanej powszechnie pod nazwą operacji Wertheima)

Zabieg omawiany wymaga od operatora dużego wyrobienia technicznego, szybkości pracy i dokładnej hemostazy. Wypełnienie tych pierwszych 3 warunków pozwala na ominięcie, albo przynajmniej znaczne zmniejszenie niebezpieczeństwa shocku pooperacyjnego.

Powikłań płucnych najłatwiej uniknąć można dokładnie badając płuca chorej przed operacją, stwierdzenie choćby lekkiego nieżytu oskrzeli jest wskazaniem do wyczekania z operacją aż do zupełnego wyleczenia schorzenia płuc.

Pooperacyjne zapalenie otrzewnej znikło zdaniem autora, od czasu stosowania systematycznego przy każdym zabiegu rozszerzonego wycięcia macicy worka Mikulicza. Ten sposób drenowania połączony z tamponowaniem jamy otrzewnej przez pochwę pozwala na całkowite opanowanie i usunięcie ewentualnego zakażenia jamy otrzewnej, a w każdym razie zapewnia jego ograniczenie.

Natomiast dążenia do wyjałowienia pod względem bakterjologicznym raka szyjki przed operacją uważa autor za bezcelowe. Wyjałowienia się nie uzyska, a wszelkie manipulacje na części pochwowej grożą rozszerzeniem się zakażenia po przez drogi chłonne, na otoczenie czy to przy — czy do okołomacicza.

Najwięcej powikłań grozi ze strony narządu moczowego. A więc oddzielanie pęcherza ku dołowi grozi wytworzeniem się drobnych krwiaków na skutek uszkodzenia drobnych naczyń ściany pęcherza w ciągu pierwszych paru dni po operacji.

Następnie często występującym powikłaniem jest niedowład pęcherza prawdopodobnie na skutek uszkodzenia dróg nerwowych przechodzących od tylnej ściany pęcherza, a zniszczonych podczas odsuwania tegoż ku dołowi, przy oddzielaniu od przedniej ściany macicy. Zazwyczaj powikłanie to mija samoistnie najdalej po 2—3 tygodniach.

Niezwykle częstą komplikacją jest pooperacyjne zapalne pęcherza, tembardziej, że wiele kobiet chorych na raka szyjki cierpi już przed operacją na zapalne stany pęcherza. Stosowany często cewnik na komornem (a demeure) sprzyja jeszcze bardziej wystąpieniu tego powikłania.

Gorzej kiedy omawiane wyżej powikłanie jest skutkiem zapalenia miedniczek nerkowych.

Oczywista najbardziej decydujące znaczenie ma stan moczowodu, dookoła którego wytwarza się nierzadko blizna w miejscu pola operacyjnego, obciskająca dookoła.

Dużo jednak groźniejsza jest ewentualność wtórnej martwicy częściowej pęcherza czy moczowodu na skutek uszkodzenia ich odżywiania. Stać się to może przy oddzielaniu pęcherza, ale jeszcze łatwiej przy wypreparowywaniu moczowodn z otaczających tkanek nowotworowych. Zbyt dokładne wyosobnienie doprowadza do usunięcia otoczki naczyniowej moczowodu, skąd obumarcie tej części narządu i późna, występująca po 12 dniach, przetoka moczowodowo-pochwowa.

Ze strony kiszek grozi częściowa martwica kiszki prostej (rzadkie powikłanie, spowodowane oddzielaniem tej kiszki od macicy) i pooperacyjna niedrożność jelit. Tę ostatnią udaje się naogół opanować b. łatwo, niekiedy jednak zmusza do zabiegu operacyjnego. Związać można tę niedrożność jeli z drenowaniem otrzewnej za pomocą worka *Mikuli-*

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.

cza, pomimo to jednak lepiej pozostać przy tej metodzie, choćby miały z jej powodu wystąpić wspomniane komplikacje, gdyż drenowanie ochroni nas przed bez porównania groźniejszem niebezpieczeństwem, jakim jest rozlane zapalenie otrzewnej.

T. Zawadziński.

CHOROBY OCZU

Tatuowanie rogówki chlorkiem złota, (Le tatouage de la cornix par le chlorure d'or). Dollfus. *Annals d'oculistique Septembre 1929 z. 729).*

Autor używa do tatuowania rógówki 3% roczynu Au Cl_3 3 w wodzie destylowanej, sterelizowanego w ampułkach z żółtego szkła, przechowywanych w pudełkach hermetycznie zamykanych. Po uprzedniem sprawdzeniu drożności dróg łzowych i stanu spojówek i znieczuleniu rogówki kilkakrotnem zakraplaniem 4% kokainy. zakładamy rozwórke automatyczną. Nożykiem *Graefego* zeskrobujemy nabłonek rogówki z częścią miąższu. W razie krwawienia wystarczy dać kroplę adrenaliny. Umoczywszy watę nawiniętą na pałeczkę szklaną w roztworze złota, przykładamy ją do zeskrobanej powierzchni rogówki i trzymamy 4 minuty. Następnie przykładamy drugi wacik umoczony w płynie redukującym — adrenalinie lub taninie (autor woli taninę 1%), przyczem miejsce tatuowane momentalnie ciemnieje (brunatnieje). Zakładamy opatrunek. Autor uważa tatuowanie chlorkiem złota za lepsze niż tuszem chińskim. Sposób ten daje zabarwienie jednolite, odczyn zapalny i bolesność po zabiegu są minimalne.

Dr. Z. Januszewski.

Biomikroskopja spojówki tarczkowej w jaglicy. Cuenod et Roger Nataf. *Bull et Memoires de la Soc. Franc. de opbtalm 1929, str. 220—254.*

Autorowie powołują się przedewszystkiem na pracę Argentyńskiego okulisty. *Dusseldorpa*, który w pracy swej o jaglicy (1927) przytoczył poraz pierwszy własne spostrzeżenia dotyczące danych drobnowidowych, otrzymywanych zapomocą lampy szczelinowej na żywem oku. — Naogół autorowie spostrzeżenia jego potwierdzają i uzupełniają.

Badanie biomikroskopowe są tu dość trudne, gdyż, obok odwrócenia powieki górnej, wymagają stałych zmian w ustawieniu mikroskopu, czasem było tu pożyteczne światło bezczerwienne

Na wstępie opisują autorowie obraz biomiokroskopowy spojówki tarczki prawidłowej i podkreślają jej gładkość, oraz wydatne zarysy naczyń krwionośnych, idących regularnie od górnego i dolnego brzegu tarczki, i przechodzących w sieć naczyń włosowatych na poziomie rowka podtarczkowego. Wyjątkowo tylko w okolicach kąta wewnętrznego lub zewnetrznego spotkamy szereg wypukleń stanowiących t. zw. grudki chłonne spotykane w stanie prawidłowym — grudki te, zresztą, nie mają unaczynienia tak typowego dla jaglicy.

W okresach początkowych jaglicy rysunek naczyń rozszerzonych i silniej rozgałęzionych pokryty jest częściowo szeregiem grudek, do których dochodzi drobna siateczka naczyń włosowatych, tworzących gwiazdkowate pęczki u podstawy. grudek znacznie mniej przejrzystych od grudek spojówki prawidłowej.

W jaglicy wydatnie rozwiniętej przedewszystkiem zaznaczy się wyraźnie zgrubienie spojówki tarczkowej. Większości naczyń nie widać, natomiast rzuca się w oczy jakby mozajka— jakby szereg drobnych układanek składających sie z kanciastych wielokątnych płytek nakrapianych na czerwono, wskutek przebijających je licznych cieniutkich naczyń włosowatych, które kończą się na tych płytkach gwiazdkowatych. Pozatem ponad mozajką płytek widać tu i owdzie rozrzucone ampułowate szkliste twory 4 do 6 razy większe od tych płytek. To — grudki, do których znów dochodzą drobniutkie gałązki naczyń włosowatych — są to typowe grudki jaglicze. Grudki te składają się czasami z 2—3 zrazików.

Małe płytki — to przerosłe, skupione i uciskające się wzajemnie brodawki powierzchni spojówki.

Okres bliznowaty jaglicy. Tu obok bladego, prawie nieunaczynionego pasma bliznowatego, pośrodku tarczki t. zw. linji *Arlta* bliżej górnego brzegu taczki widać szereg płytek oraz ślady drobniutkich pędzlowatych rozgałęzień naczyń włosowatych na miejscu dawnych grudek.

W przypadkach świeższych można nieraz i tu spotkać drobniutkie oddzielne skupienia grudek. Pozatem odrożnić możemy, że blizny układać się zaczynają gwiazkowato — dodać tu należy, że spotkamy je w badaniu biomikroskopowem dużo wcześniej, niż w badaniu zwykłą lupą lub okiem.

W dyskusji nad pomienionym odczytem *Frantao* podkreśla znaczenie badania drogą powiększenia prześwietlanej zapomocą diafanoskopu *Langego* powieki. W tych przypadkach widać wyraźnie białawe ogniska, grudki, naczynia i gruczoły *Meibома*, niewidzialne przy badaniu biomikroskopowem.

Doc. Melanowski.

CHOROBY UCHA, GARDŁA I NOSA.

Nowe leczenie zanikowego nieżytu nosa. (Nouveau traitement de la rhinite atrophique). P. Guns et P. Coene.

Teorje przyczyn ozeny są rozmaite, a piśmiennictwo na ten temat jest olbrzymie. Jakkolwiek niektórzy autorowie twierdzą że etjologja ozeny jest dla nich jasną, jak np. *Hofer*, dla którego wyjaśnia ją coccobacillum Perez, to przecież powstają coraz nowe teorje i metody leczenia. W ostatnich latach dużo uwagi poświęca się stosunkowi cierpienia do systemu nerwowego samoczynnego, a poniekąd także do gruczołów dokrewnych (*Wiskowsky, Bergis, Asteriadeo, Halpben, Porlmann*).

Znane są próby *Portmanna* leczenia ozeny drogą sympaticectomii. Istotnie też wyniki dodatnie tej metody są niewątpliwe. Niestety są one przemijające. Pewna znów grupa autorów stara się wpłynąć korzystnie na przebieg ozeny drogą farmakologicznego działania na parasympaticus, mając w tym kierunku teoretyczne oparcie na przypadkach wrzekomego wywołania ozeny drogą wycięcia zwoju klinowo-podniebnego lub uszkodzenia zwoju *Meckela*. Z środków pobudzających parasympaticus czyli t. zw. vagotonicznych stosowano dotąd pilocarpinę i extractum jaborandi (z neopancarpina). Żaden z tych środków nie jest bezskuteczny. Autorzy zastosowali acetylcholinum hydrochloricum, dostarczoną przez firmę Hoffman - La Roche w ampułkach z roczynem 1%, 5% i 10%-wym, a to w formie pendzlowania śluzówki nosa po uprzedniem zastosowaniu miejscowem lekkiego rozczynu kwasu mlecznego w celu zmiany odczynu zasadowego powierzchni śluzówki na kwaśny. Acetylcholina rozkłada się bowiem szybko w środowisku zasadowem. Z tej samej przyczyny autorzy nie stosowali środka drogą wstrzykiwań podskórnych. Wyniki, które uzyskali autorzy w 7 przypadkach są bardzo zachęcające, tem bardziej, że i dla praktyka są łatwo przystępne,

NOWOTWORY.

Zmiany grasicy krolika w następstwie zatrucia dziegciem. (Les lésions du thymus chez le lapin consécutives à l'intoxication par le goudron). A. Babes. *Bulletin de l'assoc. franç. p. l'etude du Cancer. T. XVIII, Nr. 8, 1929.*

Stosunek wagi grasicy do wagi ciała królika normalnego wynosi 1:248, uległ on znacznemu zmniejszeniu (1:23250) u 3 zwierząt, którym autor wstrzykiwał podskórnie smołę. Mikroskopowe zmiany w grasicy polegały na niszczeniu limfocytów kory, na przeroście elementów siateczkowych i na wtórnym rozroście tkanki łącznej wraz z zanikiem zrazików.

Ze względu na obrazy piknozy i fragmentaryzacji jąder limfocytów autor przypisuje smole, a właściwie zawartemu w niej arszenikowi, własności karjoklastyczne.

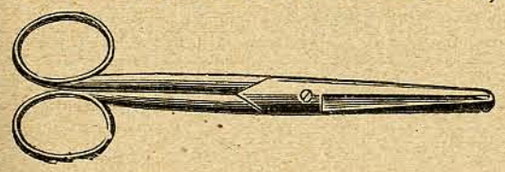
Rak hypercholesterynowy o komórkach jasnych. (Carcinome hypercholestérinique a cellules claires). A. H. Roffo. *Leo Néoplasmes T. VIII, Nr. 6, 1929.*

Autor zwraca uwagę, że w tkankach nowotworowych, zarówno ludzkich jak i zwierzęcych, znajduje się dużo cholesteryny, która zjawia się w nadmiarze we krwi także w stanach przedrakowych. Następnie opisuje przypadek, tyczący się 30 l. kobiety, u której usunięto z okolicy mięśnia piersiowego zrośnięty z nim guz wielkości pomarańczy, o bardzo charakterystycznej budowie histologicznej. Wśród tkanki wrzecionowato - komórkowej znajdowały się liczne ogniska wielobocznych komórek, nadzwyczaj jasnych, przypominające elementy nadnerczaka. Badanie chemiczne i polaryzacyjne wykazało we wspomnianych komórkach dużą ilość cholesteryny oraz lipoidów.

PRZEDSTAWICIELSTWO NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH NIERDZEWIEJĄCYCH

MARKI R. K. 3

w Ustroniu (Śląsk Cieszyński)



JÓZEF OLSZEWSKI

MAGISTER FARMACJI

WYROBY GUMOWE FRANCUSKIE i AMERYKAŃSKIE THE MILLER RUBBER Co

CATGUT i środki opatrunkowe

Paryskie instrumenty chirurgiczne COLLIN'A

WARSZAWA, HOŻA 42.

TEL. 62-88.

KRONIKA

XLIII Zjazd Francuskiego Towarzystwa Okulistycznego odbędzie się w Paryżu dnia 12 maja. Referat programowy pod tytułem „Biomikroskopja soczewki w stanach prawidłowych i nieprawidłowych" wygłoszą Duverger i Velter. Podczas Zjazdu odbędzie się wystawa narzędzi i zwiedzanie klinik.

Zgłoszenia kierować należy na ręce sekretarza generalnego Dr *René Onfray*, 6 avenue de le Motte Picquet, Paris VII.

* * *

Kurs dokształcający z zakresu oto-rhino-laryngologji pod kierownictwem prof. *Canuyt* odbędzie się w Strassburgu od 15 do 27 VII 1930.

* * *

Kurs poświęcony rakowi odbędzie się od 16 do 26 VII w Strassburgu pod kierownictwem d ra *Gunsett'a*. Kurs obejmuje wykłady teoretyczne (*Canuyt, Géry, Keller, Leriche, Pautrier, Reeb, Stolz, Vlés, Weill*), pokazy leczenia fizykalnego, pokazy chorych. Wpis 500 fr. fr.

* * *

W Paryżu odbędą się następujące kursa dokształcające:

Chirurgja ginekologiczna 12 — 22 V. kierownik Dr *Leibovici*, wpis 300 fr. fr.

Chirurgja urologiczna 7—13 VII, kierownik dr. *Leibovici* 200 fr. fr.

Kurs przeciwgruźliczy 15 VI — 15 VII. Kier. Prof. *Sergent*.

Leczenie złamań. Kier. Prof. *Hartmann*. 5—17 V Wpis 250 fr. fr.

Kurs dokształcający z dziedziny techniki chirurgicznej. Kier. Dr *Gosset*. 11—25 VI.

Higjena i schorzenia wczesnego okresu niemowlęctwa. Prof. *Lereboullet*. 1—14 VII. 250 fr. fr.

Rozpoznawanie i leczenie głównych schorzeń dziecięcych. Prof. *Nobecourt*. 16 VII—2 VIII. 250 fr. fr.

Kursa dokształcające z dziedziny ginekologji. Prof. *J. L. Faure*:

a) dla początkujących 16—28 VI. 22 IX—4 X, 1—13 XII. Wpis 250 fr. fr.

b) dla zaawansowanych 13—25 X. Wpis 2.50 fr fr.

Położnictwo. Prof. *Couvelaire*. 1—15 VI. 200 fr. fr. Kurs dla zaawansowanych 1.–31 X. Wpis 400 fr. fr.

Urologja Prof. *Legueu*, 4—14 VI.

Schorzenia narządów płciowych męskich. Dr. *Chevassu*. 30 VI—19 VII. Wpis 500 fr. fr.

ZNACZENIE PASA BRZUSZNEGO.

Wypadki, w których noszenie pasa brzusznego jest pożądane, a nawet dla zdrowia niezbędne, są znacznie częstsze niż się powszechnie mniema. Nietylko uszkodzenia cielesne, przepuklina lub zmiany w organach wewnętrznych wymagają noszenia pasa, wystarczają już mniej poważne przyczyny. Warunki życiowe ludności wielkomiejskiej zmusiły ją do wyrzeczenia się ruchu, któryby odpowiadał jej naturalnej budowie ciała. Jako skutek tego następuje u niej często nadmierne osłabienie mięśni i ścięgien. Jeśli okoliczności zmuszają kobiety do cięższej pracy, jak np. ciągłe stanie przy kuchni, prasowanie lub t. p. zajecia, są one niewątpliwie narażone na pewne nadwerężenia, które wywołują bolesne dolegliwości. Gdy się natychmiast nie zastosuje odpowiednich środków zapobiegawczych, grożą one poważnem niebezpieczeństwem. W takich wypadkach niezbędne jest użycie pasa brzusznego, który nadaje postaci normalny kształt i chroni daną osobę od bólu. Przedewszystkiem zaś zapobiega dalszemu rozwojowi cierpienia. Dowiedzionem jest, iż noszenie dopasowanego pasa daje cudowne wprost wyniki. Uśmierza on nietylko uczucie bólu w okolicach brzucha, lecz także w plecach i krzyżu. Conajważniejsze jednak — zapobiega powstawaniu i pogarszaniu się lekkich niedomagań w bolesne cierpenia. Niezależnie od tych drobnych powodów, zastosowanie pasa brzusznego jest bezwarunkowo niezbędne w wypadkach opuszczenia się organu wewnętrznego, przy rupturze lub przy wędrującej nerce. W każdym przypadku należy poradzić się lekarza, następnie zaś bezwzględnie udać się do odpowiedniego bandażysty. Jedynie pas o doskonałym kroju i wykonaniu przez odpowiedzialnego fachowca winien być stosowany, jedynie ten jest skuteczny. Powinno być nieodmienną zasadą każdej cierpiącej jednostki udać się do odpowiedzialnego i fachowego zakładu.

Jedynym ogólnie znanym ze swych wyrobów, zakładem w Warszawie jest bezsprzecznie zakład ortopedyczny B. Cukiermana, p. f. „ORTOPEDJA", Elektoralna Nr. 3.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Orzechowska 4. Tel. 420-90.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

Ogłoszenia:		cała str.	1/2 str.	1/4 str.
zewnętrzna strona okładki	zł.	450.—	250.—	135.—
bezpośrednio przed tekstem	„	350.—	200.—	120.—
2-ga i 3-cia strona okładki	„			
pozostałe	„	300.—	170.—	95.—

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

ROK IV WARSZAWA 1930 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

O wczesnem rozpoznawaniu ciąży.

PODAŁ:

Dr. med. FRANCISZEK SIENICKI
Lekarz rejonowy w Czyżewie.

Jak trudnem jest nieraz kliniczne rozpoznanie ciąży, świadczy o tem poszukiwanie coraz to nowych sposobów rozwiązania tego zagadnienia na drodze biologicznej. Żadne może złe rozpoznanie tak nie dyskredytuje lekarza wobec pacjenta jak mylne rozpoznanie ciąży. Jest ono po krótszym lub dłuższym czasie bijącym w oczy. Dlatego trzeba wytężyć naszą myśl rozpoznawczą, zebrać wszystkie najdrobniejsze szczegóły, osiągnięte z wywiadów, badania klinicznego i biologicznego, powiązać je przyczynowo i na podstawie wszystkich danych zbudować dopiero gmach rozpoznania. Cechy pewne, przemawiające za ciążą, pochodzą od płodu. Do nich należy: 1) wymacanie części płodu, 2) wyczucie ruchów płodu, 3) wysłuchanie tętna płodu, 4) stwierdzenie rentgenologiczne płodu. Cechy te można stwierdzić dopiero po 20-ym tygodniu ciąży. Rentgenologicznie, coprawda, w pewnych warunkach udaje się stwierdzić obecność płodu już w IV-ym miesiącu ciąży.

Niemniej jednak na podstawie danych, które poniżej omówię, można rozpoznać ciążę już w pierwszych jej miesiącach, z dużym prawdopodobieństwem.

Wskutek rozwoju chemji i badań biologicznych i tu wytężono wszystkie siły, ażeby problemat istnienia ciąży rozwiązać przy pomocy chemji i badań biologicznych, pozostawiając ścisłe badanie kliniczne na uboczu, oczywiście z dużą szkodą dla zagadnienia ciąży.

Postaram się teraz przedstawić w krótkości jaką wartość dla lekarza-praktyka mają t. zw. odczyny i próby na ciążę i jak mamy się do nich ustosunkować, a potem przejdę do danych, uzyskanych drogą badania klinicznego.

A *Badania biologiczne.*

1. Najbardziej znanym odczynem na ciążę jest *odczyn serologiczny Abderhaldena*,

którego podstawą jest obecność we krwi ciężarnych fermentów obronnych przeciwko ciałom, wytwarzanym przez łożysko płodu.

Odczyn ten, mimo modyfikacji (Sdrodowsky, Lütge i Mertz i inni) niema zastosowania w praktyce.

Ani też *odczyn Lütgiego i Mertza,* który autorom dawał 98,7% wyników dodatnich, nie został potwierdzony przez innych badaczy.

Badanie interferometrem wg. *Hirsch'a* nie mogło też dać pomyślnego rozwiązania w tej kwestji.

2) *Próba tolerancji na cukier* (dekstroza), polega na obniżonej asymilacji cukru pod koniec pierwszego miesiąca ciąży. Próba ta nie jest specyficzną. *Kleitsman* podaje, że otrzymał wyniki dodatnie tej próby u nieciężarnych w praemenstruum. *Nathman* miał uzyskać 96% wyników dodatnich, gdy *Bokelman i Rother* odmawiają jej jakiejkolwiek wartości rozpoznawczej.

3. *Próba floryzynowa,* przy której ukazuje się cukier w moczu, wg. *Kamnitzera i Josepha* daje wyniki dodatnie zaledwie w 80% przypadków i tylko do V-go miesiąca ciąży.

4. *Próba adrenalinowa* — cukier w moczu — 90% wyników dodatnich — również nie może być brana pod uwagę.

5. *Próba Diensta* — 10 cm.^{3} moczu + 0,2 cm.^{3} 1% wodnego roztworu ninhydryny gotuje się 25 sek.; wynik dodatni — kolor ciemno-lila — zawiodła również pokładane w niej nadzieje autora.

6. *Szybsze opadanie czerwonych ciałek krwi,* które *Linzenmeier* uważał za charakterystyczne dla ciąży, występuje również przy rozpadzie i regeneracji ciał białkowych np. w raku, gorączce, gruźlicy i sprawach zapalnych.

7. Z pośród sposobów biologicznego stwierdzenia ciąży najlepsze wyniki daje *odczyn AschheimZondeka* (A. Z. R.). Sposób ten polega na wykryciu w moczu ciężarnych hormona z przedniego płatu przysadki mózgowej; hormon ten już w bardzo wczesnej ciąży (4—6 tydzień) daje się wykazać w moczu ciężarnych.

Wstrzykuje się małe ilości moczu ciężarnych niedojrzałym białym myszom, które wskutek tego po upływie 100 godzin dojrzewają, co możemy stwierdzić na zasadzie powiększenia jajników i macicy, widocznych już gołem okiem.

Dla dokładnego rozpoznania musimy się uciec do badania mikroskopowego. Robimy z jajnika cały szereg skrawków i wtedy możemy zaobserwować: pęcherzyki *Graafa* w różnych okresach rozwoju, wybroczyny punkcikowate i ciałka żółte. Odczyn ten jest specyficznym dla ciąży. Występuje w 98½% przypadków dodatnio. Warunkiem jednak dodatniego odczynu jest płód żywy, lub nieżywy, ale nakrótko przed wykonaniem odczynu. Dodatni odczyn z powyższym zastrzeżeniem występuje nietylko w ciąży wewnątrz ale i zewnątrzmacicznej. Jeżeli zechcemy go jednak wykorzystać w celach praktycznych i szerszego zastosowania musi on ulec jeszcze modyfikacjom.

Jak z powyższych danych biologicznych widzimy, rozpoznanie ciąży na tej drodze natrafić musi na duże trudności i jak dotąd, prócz odczynu A. Z. R. nie mamy odczynów specyficznych i gwarantujących pewne rozpoznanie wczesnej ciąży.

A. *Badanie kliniczne.*

Nie widząc jeszcze dostępnego dla lekarza-praktyka rozwiązania problematu stwierdzenia ciąży w jej wczesnym okresie na drodze biologicznej, musimy ugruntować swoje rozpoznanie badaniem klinicznym.

W wypadkach trudnych musimy uciekać się do kilkakrotnego badania w odstępach 10 — 14 dni; wtedy na zasadzie porównania możemy wypowiedzieć swoje zdanie o istnieniu lub nieobecności ciąży.

W wywiadach notujemy datę i charakter ostatniego perjodu, pytamy się o dolegliwości, które mogą towarzyszyć ciąży, jak nudności, wymioty, wzmożone wydzielanie śliny, zaburzenia jelitowe, zgaga, zaburzenia nerwowe, łatwe męczenie się, zmiana nastroju, drażliwość.

Oglądaniem możemy stwierdzić ciemne zabarwienie na twarzy, sutkach i wzdłuż linji białej brzucha; powiększenie gr. i brodawek sutkowych, uwydatnienie się gruczołów *Montgomery'ego;* wskutek ucisku brodawek wydziela się siara.

Wydzielanie się siary nie zawsze przemawia za obecnością ciąży. Może się ona wydzielać nawet u dziewic w czasie perjodu, przy włókniakach, torbielach i w ciężkich stanach chorobowych.

Badanie położniczo-ginekologiczne należy rozpocząć od opróżnienia pęcherza za pomocą cewnika. Mocz zbadać. Podczas oglądania zewnętrznych części płciowych należy zwrócić uwagę na zasinienie błony śluzowej wejścia do pochwy, łechtaczki, okolicy ujścia cewki moczowej i rozpulchnienie wskutek przekrwienia i wzmożonego wydzielania błon śluzowych. Po wprowadzeniu wziernika widzimy, że zabarwienie i rozpulchnienie sięga dalej. Z chwilą wstawienia się części pochwowej do wziernika widzimy, że brzegi jej są więcej mięsiste, a przy pierwszej ciąży przyjmuje ona wygląd walca; czop śluzowy w szyjce jest powiększony i mocno przylega do jej ścian. Zmian zabarwienia może wcale nie być. Jeżeli są — przybywa nam jedna z cech do zbudowania całokształtu rozpoznania.

Obmacywaniem stwierdzamy:

1. Powiększenie macicy. Może ono być nierównomierne. Odgrywa tu rolę dominujące usadowienie się jaja płodowego i zdolność odczynu ze strony macicy. Najczęściej macica bywa powiększona w rozmiarze strzałkowym, ale i inne rozmiary są powiększone, choć niekiedy nieregularnie. W rozpoznaniu różniczkowem należy uwzględnić następujące stany chorobowe, w których macica jest powiększona, względnie odnosi się wrażenie powiększenia macicy:

a) przewlekłe zapalenie macicy—endometritis chronica macica więcej płaska, nie powiększona w rozmiarze strzałkowym, nieplastyczna, więcej twarda.

b) krwiak macicy — haematometra — macica okrągła i twarda, brak innych objawów, przemawiających za ciążą.

c) włókniak wśródmiąższowy — myoma interstitiale — macica twardsza, brak objawów Hegara.

d) Torbiel jajnika — cystis ovarii — da się wykluczyć badaniem wzdłuż brzegów szyjki aż do trzonu, wtedy można stwierdzić, że guz ten nie jest macicą powiększoną, brak zmian ciążowych ze strony matki.

Objaw Piskacka — „boczne wydęcia macicy" najczęściej w rogu macicy występuje w drugim, trzecim i czwartym miesiącu ciąży. Musimy jednak wykluczyć ciążę pozamaciczną, guzy przydatków i włókniaki podśluzowe.

2. Spoistość wzgl. zbitość macicy. Macica w ciąży jest miękka i rozpulchniona. Możemy obserwować różne stopnie jej spoistości od elastycznej po przez ciastowatą aż do spoistości masła, tak, że przy badaniu nie można jej wyczuć i dokładnie odgraniczyć. Niemniej jednak uważnym i delikatnym obmacywaniem możemy przez porównanie z otoczeniem dojść do roztrzygujących wniosków. Macica w chwili badania może zmieniać swoją spoistość, szczególnie w miejscu usadowienia się jaja płodowego.

Powstają skurcze, miejsce to twardnieje, ma się wrażenie guza. Na tej właściwości t. j. na zmianie spoistości macicy w ciąży polegają objawy Alfreda Hegara.

Badać należy badaniem zestawionem t. j. dwuręcznie, w ten sposób, aby prawą część miednicy małej i narządów płciowych badała wewnątrz ręka prawa, lewa zaś pomagała od zewnątrz i odwrotnie.

Objaw Hegara I. Ręka prawa-wewnętrzna w sklepieniu przedniem, ręka lewa zewnętrznie wciska się przez powłoki brzuszne poza macicą, aż do zatoki Douglasa; wtedy między palce obu rąk dostaje się szyja macicy. Przy dodatnim objawie Hegara wyczuwa się między palcami część nadpochwową szyji w kształcie taśmy, powyżej rozpulchnioną macicę, poniżej zaś nieco twardszą część pochwową. W wypadku niepodatności powłok brzusznych można posługiwać się modyfikacją Hegara, w ten sposób, że rękę wewnętrzną wprowadza się do sklepienia tylnego, zewnętrzną uciska się powłoki brzuszne w zatoce pęcherzowo macicznej i znowu między palcami wyczuwamy część nadpochwową w kształcie taśmy. Wynik badania nie jest jednak tak wyraźny jak przy technice oryginalnej.

Objaw Hegara II. Palec ręki wewnętrznej leży w sklepieniu przedniem, ręki zewnętrznej — poza spojeniem łonowem, przed trzonem macicy, Wskutek rozpulchnienia trzonu macicy możemy między palce ująć jej przednią ścianę w kształcie fałda.

Objaw Gauss'a. Palcami ręki wewnętrznej, wprowadzonemi do pochwy, próbujemy przesuwać część pochwową w wymiarze strzałkowym i czołowym. Przy dodatnim objawie przesuwalność może być tak znaczna, że odnosi się wrażenie, jakgdyby szyjka i trzon nie były ze sobą w żadnym związku.

3. Sellheim zwrócił uwagę w ostatnich czasach na rozpulchnienie ścian pochwy, występujące jednocześnie z miękkością powłok brzusznych, co przy badaniu zestawionem łatwo wykazać.

4. Tętnienie tętnicy macicznej w bocznem sklepieniu pochwowem można już w pierwszym miesiącu ciąży stwierdzić.

5. Objaw H. F. Freunda. Już w 8 — 14 dni po niewystąpieniu perjodu udaje się stwierdzić corpus luteum graviditatis. Jajnik, w którym znajduje się wspomniane ciałko żółte, jest miękki, powiększony i wskutek tego łatwiej wyczuwalny przez sklepienie boczne. Do bolesności nie należy przywiązywać większego znaczenia.

Ponieważ wszystkie wymienione cechy ze strony matki są tylko prawdopodobne i tylko zespół harmonijny ich przemawia za istnieniem ciąży, dlatego należy przy badaniu brać pod uwagę nie jeden objaw, a cały stan badanej, osiągnięty z wywiadów, które stoją w zgodzie z danemi otrzymanemi badaniem klinicznym.

W ten sposób drogą konsekwentnego rozumowania i powiązania otrzymanych wyników, dojdziemy do rozwiązania pytania: czy ciąża jest, czy jej niema.

Badanie kliniczne jest dostępne dla każdego lekarza praktyka i nie wymaga żadnych urządzeń ani pracowni, jak to ma miejsce przy badaniu biologicznem.

Zadaniem moim w tym krótkim artykule było przypomnienie znanych, a często zapominanych prawd w nieco nowszem świetle.

PIŚMIENNICTWO

1. *A. Czyżewicz* — Położnictwo. 2. *A Rosner* — Ginekologja 3. *Bumm*-Grundriss z Stud. d. Geburtslehre. 4. *C. Polano*- Geburtsthil. — Ginäkolog. Propädeutik. 5. *E. Weigart* — Serodiagn. d. Schwang. u. serol. Geschlihtsbest. Ungeb. (Ztschr. f. Immunitätsforsch. u. experim. Ther. Bd. 58, H. 5 u. 6 — 1928). 6. *W. Zangemeieter* u. *E. Krieger* — Eine Schwanger schaftsreaktion. (M. M. Wschr. Nr. 37 1928). 7. *M. Lurje, N. Kosarew* u. *A. Rosenblatt* — Serolog. d. Schwang. m. Sdrodowsky modifiz. Abderhaldenshh. Reakt. (Ztschr. f. Immuntiätsf. u. exp. Ther. Bd. 54, H. 3 u. 4, 1928). 8. *Kleitor ann* — Z. Frage d. Bewert. Zuckertoleranzprobe f. Dg. d. Frühschwang. (Zbl. f. Gynäkol. Nr. 2 — 1929. 9. *C. Bokelman u. J. Rother* — Ist die Zuckertoleranzprobe f. Dg. d. Schwang, verwertbar? (Klin. Wschr Nr. 12 — 1928). 10. *Artbur Dienst* — Z. Frühdg. d, Schwang. aus d. Urin (Mschr. f. Geburtsk. u. Gynäk. Bd. 79, H. 4 u. 5, 1929). 11. *S. Aschheim* u. *B. Zondek* — Schwangdg. aus d. Harn (Klin. Wschr. Nr. 1 — 1928. 12. *S. Aschheim* u. *B. Zondek* — Schwangdg. aus dem Harn durch Nachweis d. Hypophysenvorderlappenhormon (Klin. Wschr. Nr. 30 u. 31 — 1928. 13. *Ebrhardt* — D. Frühdg. d. Schwang- aus d. Harn. (A. Z. R.) (Klin. Wschr. Nr. 44 — 1928. Aerzl. Ver z. Frankfurt Sitz. 19. XI.). 14. *A. Sidal* — Eine Schwang. hormonprobe (J. amer. med. Assoc. 1928 — 91/II; M. M. Wschr.). 15. *G. M. van d. Plank u. J. J. Vlecochouser* — Frühdg. d. Schwang. (Nyd. Tijdsek. Gencesk. H. 5 — 1929). 16. *E. J. Krauss* — Z. Technik d. A. Z. R. (Klin. Wschr. Nr, 16 — 1929). 17. *R. Brübl* — D. Vorkom. d. Hypophys. vord. lapp. hormon im Harn (A. Z. R.). (Klin. Wschr. Nr. 38 — 1929). 18. *E. Vogt* — Ueber Schwang dg. aus d. Harn (A. Z. R.) (Med, nat. Verein. Tübingen. Sitz. 22.VII — 1929). 19. *E. Vagt* — Ueber Schwang. dg. aus d. Harn (Med. Klin. H. 45 — 1929). 20. *E. Vogt* — Ueber Schwang. dg. aus d. Harn. (M. M. Wschr. Nr. 7 1930). 21. *Bucura* Z. Frühdgn. d. Schwangersch. (Wien. Klin. Wschr. Nr. 49 —1928.

RÉSUMÉ

Fr. Sienicki. Sur le diagnostic précoce de la grossesse.

L'auteur parle des expériments de laboratoire, permettant d'affirmer l'existence de la grossesse et passe ensuite aux manifestations cliniques, en soulignant, que l'examen minutieux est accéssible à tout médecin et partout, et que la critique convenable non pas d'un seul symptôme, mais de tout un ensemble, permettra la constatation de la grossesse.

Założony w 1888 roku

INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY

D-ra TADEUSZA STĘPNIEWSKIEGO

Warszawa, Zielna 11. **Telefon 37-65, Konto P.K.O. 22.378.**

SZCZEPIENIE NA MIEJSCU DZIEŃ CAŁY. ŚWIADECTWA DO SZKÓŁ.

INSTYTUT WYRABIA KROWIANKĘ
W ZAWIERALNIKACH 1°, 5° i 10°, SZCZEPIENNYCH.

Szczepionkę wysyła się na prowincję za zaliczeniem pocztowem lub też w celu zmniejszenia porta po otrzymaniu należności przez P. K. O.

DR. A. BRYLIŃSKI.

Phosphacid Dr. Romanowskiego.

Mineralne niedotlenki fosforu i ich chemiczne połączenia z wapniem.

Leczniczy wpływ i sposób stosowania tego preparatu w przebiegu gruźlicy i innych niedomaganiach ustroju.

Wyniki stosowania Phosphacidu uzyskane na podstawie przeszło 300 przypadków własnych, ściśle i czas dłuższy spostrzeganych w przeciągu 20 lat, t. j. od chwili powstania tego preparatu. *(Dokończenie)*

Wzajemny stosunek neutrofilów i limfocytów, tych dwóch grup, przeciwwstawiających się zawsze w gruźlicy, skierował myśl Dr. *Romanowskiego*, jak i prof. *Krebego*, do ujęcia ich w postaci ułamka, gdzie w liczniku znajduje się liczba odsetkowa limfocytów. Jest to „index leukocytarny", który w stanie prawidłowym przedstawia się: $=\frac{\text{neutrofile}}{\text{limfocyty}}= 2{,}3$. Ułamek ten, jak widzimy jest nieprawidłowy. Neutrofilów jest bowiem zazwyczaj 65% — 75%, limfocytów zaś 25%. (Sposób *Biernackiego* określający szybkość opadania czerwonych krwinek nie był wogóle przeprowadzany przy stosowaniu Phosphacidu w rosyjskich klinikach).

Przy leczeniu gruźlicy płuc za pomocą Phosphacidu ułamek ten przybiera różne wielkości, co ma też odrębne znaczenie rozpoznawcze. Zmniejszenie tego ułamka, a zatem zbliżanie do stanu prawidłowego, oznacza osłabienie procesów chorobowych i wzmocnienie sił chemiobiologicznych ustroju, które biorą górę. Dawki mogą być wtedy stosowane śmielej i nadal powiększane. Gdy ułamek się powiększa, wskazuje to na przewagę choroby nad siłami ustroju. Wówczas dawki Phosphacidu winny być mniejsze, lub nawet bardzo małe.

Oprócz ogólnego odczynu w chorym na gruźlicę ustroju, Phosphacid wywołuje również i odczyn „ogniskowy". Tak np. ropnie przypadkowo istniejące w leczonym ustroju ulegają przekrwieniu i otwierają się. Gruczoły limfatyczne dotychczas twarde, zwykle miękną i wchłaniają się, lub też przerastają tkanką łączną. W ogniskach płucnych dają się zauważyć rzężenia wilgotne, świadczące o miejscowem przekrwieniu. Plwocina wykazuje większą ilość czerwonych ciałek krwi. Zbyt wielkie dawki mogą wywołać krwotoki płucne.

Bardzo wyraźnie daje się zaobserwować ogniskowy odczyn przy leczeniu tocznia zapomocą Phospacidu (Lupus vulgaris). Spostrzegałem trzy przypadki tego schorzenia. Każde wstrzyknięcia Phosphacidu wywołuje w pierwszym lub w drugim dniu nacieczenie i przekrwienie ognisk chorobowych. Bywa ono większe lub mniejsze, zależnie od wielkości zastosowanej dawki i stopnia rozwoju sprawy chorobowe. Jednocześnie występuje podwyższenie ciepłoty ciała i wzmożenie bólów w miejscach schorzałych. Jest to typowy odczyn autotuberkulinowy. Przy leczeniu tocznia uwydatniają się ad oculos te zmiany, jakie powstawać muszą pod wpływem Phosphacidu w ogniskach chorobowych głębiej położonych.

Wpływ Phosphacidu uwydatnia się przedewszystkiem i jakby wybiórczo w tkance nerwowej. Jak wiadomo komórki nerwowe posiadają duże jądro, a więc i większy zasób nukleoproteidów. Dla swych życiowych wymian potrzebują one z tej przyczyny więcej fosforu i wapnia, niż inne komórki o małych jądrach np.

Tem się tłomaczy, że u zdrowych osobników Phosphacid potęguje sprawność tak centralnego, jak i wegetatywnego systemu nerwowego. U chorych zaś, w miarę powtarzania wstrzyknięć osiąga się stan dobrego samopoczucia. Ten czynnik natury psychicznej, sprzyjając bardzo powstaniu u chorego wiary we własne siły żywotne, ma ogromne znaczenie, szczególnie przy leczeniu gruźlicy płuc. Już *Walter* powiedział, że nadzieja wyzdrowienia równa się wyzdrowieniu, a u gruźlika trzeba tę nadzieję usilnie podtrzymywać.

Najmniejsza jednak fluktuacja tych pierwiastków, t. j. fosforu i wapnia w ustroju, siłą rzeczy, musi się więcej odbijać na tkankach nerwowych, gdy zatem pod wpływem gruźlicy powstaje niedobór tych pierwiastków, wtedy zachodzą zmiany przeważnie w jądrach komórek nerwowych.

Z prac *Stefana Sterlinga Okuniewskiego* i *Seweryna Sterlinga*, widzimy, jakie ogromne znaczenie posiada układ wegetatywny dla ustroju, kierując jego przemianą materji. On to ulega również ujemnemu wpływowi toksyn gruźliczych, co odbija się na ogólnym stanie ustroju wobec zakażenia.

Pod wpływem zaś Phosphacidu cały układ nerwowy, a więc i wegetatywny, odzyskuje swoją utraconą fizjologiczną sprawność, niwecząc trujące wpływy toksyn gruźliczych i wzmacniając biologiczną siłę ustroju.

Doświadczenie klinicystów amerykańskich wykazało, że układ wegetatywny wywiera szczególny wpływ na powstawanie i rozrost tkanki włóknistej (*Stefan Sterling Okuniewski*: Gruźlica) Phosphacid zaś dodatnio wpływając na ten układ, umożliwia silniejszy rozrost włóknistej tkanki, tak bardzo pożądanej w zakażeniach gruźliczych. Już choćby ta jedna właściwość czyni Phosphacid preparatem godnym uwagi w walce z gruźlicą.

Szybki rozrost tkanki łącznej pod wpływem Phosphacidu znacznie przyśpiesza zabliźnienie się jam płucnych i ognisk gruźliczych. Tak np. po leczeniu Phosphacidem powierzchowne gruczoły limfatyczne przerastają wyraźnie tkanką łączną włóknistą. Chcąc je usunąć dla celów kosmetycznych (gruczoły szyji) trzeba dokonać już dość zawiłego zabiegu, podczas gdy przed tem leczeniem można było u tych samych chorych z łatwością je wyłuszczyć. (*Diedoff: A propos du traitement des lesions tuberculeuses chirurgicales; Lymphadenites et tuberculose osseuse, Geneve*).

Gdy po wyleczeniu Phosphacidem gruźliczych zapaleń stawu biodrowego przystępujemy do operacji ortopedycznych (zmiana ustawienia i t. p.) wówczas stwierdzamy zawsze znaczny rozrost tkanki łącznej w miejscu dawniejszych ognisk gruźliczych. Nieudane wstrzyknięcie Phosphacidu w miąższ skóry (a nie pod skórę) wywołuje guz (rozrost tkanki łącznej) w tem miejscu.

Po pewnym nasyceniu ustroju chorych gruźlicznych Phosphacidem, analiza plwociny wykazuje mniejszą lub większą ilość kryształków kwasu moczowego i jednocześnie rozpad ciał prątków gruźliczych. Taka remineralizacja ustroju zwalnia i osłabia rozwój zmian gruźliczych. Niektórzy klinicyści uważają kwas moczowy jako specyficzne antidotum gruźlicy. Mniemanie to potwierdza poniekąd rzadkość występowania gruźlicy u zdecydowanych artretyków, oraz łagodny, przewlekły jej przebieg, gdy chory na gruźlicę płuc wykazuje zmiany t. zw. artretyczne.

W normalnych warunkach życiowych kwas moczowy, jak wiemy z prac prof. *Minkowskiego*, powstaje stopniowo jako końcowy produkt utlenienia ciał purynowych (adeniny, guaniny, hypoksantyny i ksantyny), wchodzących w skład nukleoproteidów, zawartych w jądrach komórek.

Pod wpływem Phosphacidu proces ten postępuje szybciej. Kryształki kwasu moczowego w plwocinie dowodzą raz jeszcze, że Phosphacid wywiera przeważnie chemjobiologiczny wpływ na jądra komórek (Dr. *Romanowski*), czego następstwem jest uzdrowienie całej komórki. Zjawisko to zwykle występuje w końcu leczenia, kiedy pojawiają się wyraźne oznaki zdrowienia i w obrazie krwi i w zewnętrznym wyglądzie chorego. W przerwach między wstrzyknięciami, kryształki kwasu moczowego w plwocinie znikają, aby się znowu zjawić przy następnych wstrzykiwaniach.

Na trzecim zjeździe rosyjskich terapeutów w Moskwie w 1912 r. przewodniczący zjazdu prof. *Sirotinin* z Petersburga w swoim referacie o Phosphacidzie określił ten preparat w ten sposób:

„W mojej klinice Phosphacid S. P. Dra *Romanowskiego* był stosowany u 135 płucnych gruźlików. U ciężko chorych nie osiągnięto tym lekiem żadnych dodatnich wyników. U chorych, gdzie przebieg tego zakażenia miał średnie natężenie, gdzie gruźlicza infekcja niezbyt była zaawansowana, wpływ Phosphacidu był wielce dodatni. Szkoda, że niezbyt dużo było tego typu chorych, a dalszy ich los nie był obserwowany. U tych chorych ze strony płuc, obrazu krwi, niedokrewności, stwierdzić było można wyraźne i rzeczywiste polepszenie. U chorych na początkową gruźlicę płuc można było stwierdzić ad oculos znaczne i wybitne polepszenie, graniczące ze stanem zupełnego wyzdrowienia. (Tuberkuloz 1912 r.)".

Od roku 1908, t. j. od powstania Phosphacidu, obserwowałem działanie tego leku w różnych postaciach i okresach gruźlicy płuc. Spostrzeżenia moje dotyczyły przeważnie chorych z prywatnej praktyki i były przeprowadzane przez dłuższy przeciąg czasu, przez kilka, a nawet w niektórych przez kilkanaście lat. Wnioski wysnułem następujące: Nie nadają się do leczenia Phosphacidem ciężkie rozpadowe stany gruźlicy płuc, kiedy to już na żadne rezerwy sił życiowych liczyć nie należy. A więc postacie z jamami, z długotrwającą i wysoką ciepłotą, z zakażeniem, powikłanem innemi drobnoustrojami, z komplikacjami ze strony przewodu pokarmowego. W takich bowiem przypadkach reakcja wywołana przez Phosphacid przy zastosowaniu nawet najmniejszych dawek tego leku — pogarsza ogólny stan i przyśpiesza zgon.

Najbardziej nadają się do leczenia Phosphacidem postacie gruźlicy płuc, o charakterze włóknistym, z przebiegiem przewlekłym, łagodnym, szczególnie zaś postacie wykazujące skłonność do bliznowacenia, czyli według klasyfikacji *Sterlinga:* phthisis pulmonum declarata-fibrocaseosa-precipue fibrosa chron. progrediens. Do tej kategorji, jak zresztą wyżej było już wspomniane, należy pneumonia chronica, peribronchitis i adenopathia glandularum, hiloperibronchitis i t. p.

Wpływ leczniczy Phosphacidu badałem na materjale przeważnie ambulatoryjnym, w codziennych warunkach, przy pracy nawet. Pacjentów tych obserwowałem przez szereg lat. Bardzo nikły procent potrzebował powtórnego leczenia tym środkiem. Przeważnie zaś większość odzyskiwała zupełną równowagę fizyczną, zapominała o grożącym im przed Phosphacidową kuracją niebezpieczeństwie. I chociaż należy mieć wielce oględny sąd, co do przyczyn, powodujących tak zwane wyleczenie chronicznej o łagodnym charakterze gruźlicy płuc, albowiem, jak wiemy, może ono nastąpić i bez jakiejkolwiek interwencji z naszej strony, — jednak doświadczenie i tyloletnia obserwacja utwierdziły mnie w przekonaniu, że Phosphacid może stać się tym niezbędnym rzecznikiem, który daje w pewnych okresach gruźliczego zakażenia „pewne i stałe wyleczenia". Leczniczy bowiem wpływ Phosphacidu w ustroju gruźliczym wytwarza w nim tylko te zmiany i chemjobiologiczne procesy, jakie powstają w ustroju przy samowyleczaniu się. Zaś samowyleczenie się, jak wiadomo, jest uzdrowieniem najtrwalszem. W okresie zaś przedgruźliczym (stadium pretuberculose), cechującym się utajonemi objawami gruźlicy początkowej, które wykrywa próbna dawka Phosphacidu, zastosowanie tego preparatu zmienia w krótkim czasie chemjobiologję chorej komórki. I ta chemjobiologiczna naprawa całego ustroju utrwala się na stałe. Młody wiek przecież przeważnie jest narażony na to wkradanie się gruźliczego zakażenia (symbioza prątka gruźliczego) Dlatego też stosując odpowiedni czas Phosphacid w tym wieku, t. j. w okresie początkowej utajonej gruźlicy, przywracamy odrazu chemjobiologiczną budowę młodej komórki, stwarzając przez to na całe życie odpowiednią chemiczną strukturę ustroju, która uodparnia go od zakażenia gruźliczego.

Leczniczy wpływ Phosphacidu w młodym wieku może mieć wielkie znaczenie w społecznej walce z gruźlicą.

Niżej przytaczam w streszczeniu kilka historji chorób gruźlicy płuc o różnych nasileniach, leczonych wyłącznie Phosphacidem. Notatki te pochodzą z czasów przedwojennych.

Metoda leczenia Phosphacidem polega na stopniowem powiększaniu wstrzykiwanych dawek tego leku. Rozpoczynać leczenie w płucnej gruźlicy należy ostrożnie od małych dawek Phosphacidu. Niepożądane jest bowiem wywoływanie silniejszych odczynów.

Przypadek I. A. B. urzędnik lat 24. Chory „wyraźnie" od roku gorączkuje 38 — 38,5, nocne poty, kaszle, dużo plwociny. Skarży się na ogólny ból w piersiach. Rozpoznano: TBC apic dextr. et sin. peribronch. et adenitis hili precipue dextra. W plwocinie prątki *Kocha* od 4 — 10 w każdem polu widzenia. Prócz tego można było obserwować konglomeraty po 30 — 35 sztuk, lecz nie w każdem polu widzenia. Białka w moczu niema. Waga ciała 54 — 8 klg. przy średnim wzroście. Hemoglobiny 60% — Czerwonych ciałek krwi 3,600,000, białych 11.800. Leukocyt. formula podług *Roman — Krebego* 3,5 (norma 2,3). Dnia 26.II.1911 r. rozpoczęto kurację Phosphacidem. Wobec ogólnego bardzo złego stanu chorego zastosowano jedną z mniejszych dawek Phosphacidu mianowicie: 0,04. Wyraźnego autotuberkulinowego odczynu po tej dawce nie było. Następne dawki 0,06—0,08—0,1 stosowane w ustalonych odstępach czasu nie wywoływały widocznych reakcji. Przeciwnie przy ich stosowaniu ciepłota zaczęła spadać, stan ogólny lepszy, kaszel mniejszy, łatwiej odpluwa, apetyt niezły. Badanie krwi wykazało: erytrocytów 3.800,000 — białych 9,000 — Hemoglob. 70%. Waga 55,4 klg. Prąt-

ków gruźliczych po 3 — 8 w polu widzenia. Ogólne polepszenie. Wobec tego następne powiększanie dawek mogło być nieco energiczniejsze po 0,04. Dalszy przebieg uzasadnił możność takiego zwiększania dawek (choć nie zawsze tak bywa). Dalsze dawki 0,24—0,28—32. Po tej ostatniej badanie krwi wykazało erytrocytów 4.200,000, białych 10,200, prątków *Kocha* 1 — 4 w polu widzenia. Leukocyt. form. Rom. Krebe. 2,8. Odczynów ujemnych nie było aż do zastosowania ostatniej dawki. Po niej ciepłota nieco się podniosła 38.2 na parę godzin, a następnie znowu opadła do podgorączkowego stanu 37,2 — 4. Następne wstrzykiwanie było: 0.36 — 0,4 — 0,44 — 0,48 — 0,52. Po ostatniej dawce badanie krwi wykazało. Hemoglobiny 90%, czerwonych ciałek krwi 4,800,000. białych 9.200. Prątków *Kocha* w kilku polach widzenia znaleziono jeden. Ciepłota po wstrzyknięcin dochodzi do 37,4. Kaszel więcej śluzowy. Samopoczucie bardzo dobre. Dalszy ciąg leczenia trwał przy powiększonych dawkach wciąż o 0,04 — 0,56 — 0,6 — 0,64 — 0,68— 0,72 — 0,8. Przy tej dawce na drugi dzień w plwocinie znalezione były kryształki kwasu moczowego, które często się pojawiają u niektórych chorych. Taka ujawniona remineralizacya leczonego ustroju jest zwiastunem korzystnym. Dawkę 0.8 wstrzyknięto trzy razy nie podwyższając jej w odstępach tygodniowych aby wzmocnić, że się tak wyrażę, osiągnięty wynik. Kryształki znikają z plwociny na trzeci—czwarty dzień po wstrzyknięciu.

Przebieg leczenia w tym przypadku przeszedł gładko bez powikłań, co pozwalało nie przerywać powiększania dawek.

Leczenie trwało 8 miesięcy. Spostrzegałem chorego w przeciągu pięciu lat. Pomimo uciążliwej, niehigienicznej pracy, stan zdrowia utrzymywał się bez zmiany.

Przypadek II. A. Z. obywatel 42 lat. Uskarża się na ból w piersiach przy silnym kaszlu, który się wzmógł znacznie w ostatnich czasach, — na bicie serca przy nieznacznych ruchach, na pocenie się w nocy. Czuł się niezdrów od szeregu lat. Leczył się za granicą w górskich sanatorjach i nad brzegiem morza. Szczególnie stan jego zdrowia pogorszył się, gdy psującym się przednim zębem zranił koniec języka. Ranka ta, trwająca parę lat, nie poddawała się żadnej zewnętrznej kuracji; przeciwnie wciąż się powiększała i coraz silniej dolegała. Przed czterema laty przeziębił się — zjawiły się bóle w stawach i kościach, szczególnie w lewej nodze. Od tego czasu powstała przetoka niżej lewego kolana, nieco spuchniętego i bolącego przy chodzeniu. Przetoka ta nie goiła się pomimo różnych zabiegów: kompresów, maści, naświetlań górskim słońcem. Kilka razy wykonano badanie surowicy krwi na odczyn *Wassermana*, zawsze jednak z wynikiem ujemnym, albowiem nigdy na kiłę nie chorował. Rozpoznano: Phthisis pulmonum declarata fibrocaseosa, — bronchopneumonia progrediens chronica, ulcus linguae tuberculosum et t. b. c. genu sinistri cum fistula. Miałem wrażenie, że proces gruźliczy w danym przypadku jest typu włóknistego ze skłonnością do bliznowacenia, a przeto nadaje się do leczenia Phosphacidem. Potwierdziło się to po przeszło rocznem leczeniu wyłącznie tylko tym preparatem.

Dnia 6 III 1912 r. ciepłota 37,5 rano i 38.5 wieczorem. Mierzono przez trzy dni przed rozpoczęciem leczenia. Prątków Kocha od 8 do 20, lecz na kilku tylko polach widzenia. Białko w moczu wyraźne. Waga ciała 55,8 kil. (wzrost wysoki). Czerw. ciałek krwi 2 800,000. białych 16,000, hemoglobiny 56%. Formuła leukocytarna Roman Krob. 3,4 (norma 2,3). Odczyn Pirqueta wyraźnie dodatni.

Podczas leczenia Phosphacidem, ranka na języku i przetoka odczynem po wstrzyknięciach t.j. przekrwieniem silniejszem lub słabszem wykazują na odpowiednią wielkość zastosowanej dawki.

Wobec tego, że stan gruźliczego zakażenia w danym przypadku jest powikłany płucną i chirurgiczną gruźlicą, rozpocząć należało leczenie Phosphacidem od najmniejszej dawki 0,01, jaka używana jest wogóle przy leczeniu tym środkiem,

Pierwsze wstrzyknięcie nie spowodowało zmian, aui w wyglądzie ranki, ani w obfitości wydzielin z przetoki, ani też w ciepłocie, Po czterech dniach drugie wstrzyknięcie 0,02 także przeszło bez widocznych odczynów. Następne wstrzykiwanie powiększone były za każdym razem o całą początkującą dawkę t.j. 0,01 zbyt już małą, aby ją przepoławiać, a także z tej racji, że nie wywołała żadnych niepożądanych skutków.

Szereg następnych wstrzyknięć do dawki 0,08 wywołał minimalne odczyny w wyglądzie ranki, przetoki i ciepłoty, która nieznacznie obniżała się. Dawka zaś 0,08 wywołała znaczniejsze przekrwienie w rance językowej i obfitsze wydzieliny z przetoki, a także nieznaczny skok ciepłoty wzwyż do 38 z rana i 39,2 wieczorem. Tę dawkę z powyższych względów nie zmniejszono, lecz stosowano kilka razy.

Gdy wygląd ranki przybrał postać nieznacznego zaczerwienienia z jednoczesnem obniżeniem się ciepłoty, kaszlu i wydzielin z przetoki, szereg następnych wstrzyknięć aż do dawki 0,15 przeszedł z widocznym polepszeniem ogólnego stanu. Ranka zlekka zarózowiła się, dno jej oczyściło się, widoczne było ziarninowanie z brzegów, mniej bolała. kaszel złagodniał, wydzieliny z przetoki przybrały wygląd więcej surowiczy niż ropny. Stan ogólny znacznie się polepszył. Waga przybyła 56,5. — Białka w moczu ślady, prątków gruźliczych po 2,5, nie w każdym polu widzenia. Hemoglobiny 70% — czerwonych ciałek krwi 3,900.000 — białych 13,000, Taki stan polepszenia podmiotowego i przedmjotowego pozwala zawsze nieco śmielej zwiększać dawki, aby prędzej osiągnąć wyleczenie. Każde wstrzyknięcie powiększono o 0,04. Wstrzykiwania te powtarzane w odpowiednich odstępach czasu w dawkach 0,19 — 0,23 — 0.27 — 0,31 doprowadziły stan chorego do znacznego polepszenia. Ranka zmniejszyła się do połowy. Kolano znacznie stęchło, przetoka nie znacznie sączyła. Wskazywało to, że leczenie Phosphacidem prowadzi się odpowiednią wielkością dawek. Jak już wyżej zanotowano, taki stan ogólny pozwala zwiększonemi dawkami iść na pomoc chemji życiowej ustroju, To też następnie wstrzykiwanie powiększano o 0,08, Dawka 0,39 wywołała większy odczyn, lecz bez zbyt wysokiej ciepłoty (najwyższa 38,3) i wyraźnych zmian w schorzałych miejscach. Następne wstrzykiwania 0,46 — 0.54 — 0,62 powtarzane były z tej przyczyny po dwa razy, Ciepłota przeszła w stan podgorączkowy, kaszel prawie ustał, w płucach nastąpiła znaczna poprawa, prątków nie odnajdywano. Ranka zmniejszyła się jeszcze do połowy, a przetoka prawie się zagoiła.

Wobec tego polepszenia w płucach i prawie przejścia ich w stan normalny, o ile osłuchowo i opukowo można to było stwierdzić, zdecydowano się na powiększenie każdego wstrzyknięcia o 0,1. Doświadczenie wykazało, że Phosphacid w czysto chirurgicznej gruźlicy niepowikłanej płucną, w dawkach dziesięć razy większych niż te, które stosuje się w gruźlicy płuc, nie wywołuje odczynu. W danym przypadku płuca doprowadzono stopniowemi niewielkiemi dawkami Phosphacidu do normalnego stanu, pozostała więc tylko chirurgiczna gruźlica. Dawki 0,8 — 0,9 — 1,0 — 1,1

1,2 a następnie stopniowe zwiększane do 2,5 raz na dziesięć dni, nie dawały żadnych wstrząsów. W ten sposób potwierdziło się przypuszczenie, że płuca zostały wyleczone.

Przy dawce 0,5 ranka na języku ostatecznie się zabliźniła. Wrażliwość przy jedzeniu jeszcze niepokoiła chorego przez pewien czas. Trzy czy cztery razy dawkę tę powtarzano zanim blizna na języku nie ściągnęła się znacznie, przybierając kształty wciągniętego lejka. Kolano i przetoki zagoiły się wcześniej. Chory ten odwiedzał mnie kilka lat bez potrzeby powtarzania leczenia Phosphacidem.

Przypadek III. M. B. 36 lat. Nauczycielka. Zachorowała właściwie przed pięciu laty, chociaż i przedtem nie czuła się zdrową. Nawiedzało ją od czasu do czasu silne osłabienie z napadem suchego spazmatycznego kaszlu i gorączka. Przed rokiem dostała krwotoku płucnego i przeleżała w domu dwa miesiące wciąż gorączkując. Obecnie skarży się na bóle w klatce piersiowej, kaszel, chrypkę i zupełny brak sił Pracować nie może.

Dnia 19.IX.1013 r. rozpoczęto leczenie Phosphacidem. Ciepłota wieczorem do 38,3. Prątki *Kocha* po kilka w polu widzenia. Białka w moczu niema. Waga 38,5 kilo, wzrost średni. Badanie krwi: Hemoglobiny 58%, czerwonych ciałek krwi 3,800,000, białych 10.000. Formuła leukocytarna 3,1. Osłuchowo i opukowo stwierdzono w płucach zmiany, pozwalające na stwierdzenie phthisis declarata fibroso - caseosa subacuta.

Wobec całokształtu zmian w płucach niezbyt jeszcze posuniętych, pierwsza dawka Phosphacidu wyniosła 0,1. Odczyn nie był silny. Ciepłota do 38, na trzeci dzień spadła. Wobec tego drugie wstrzyknięcie było tej samej wielkości 0,1. Odczynu już nie było. Następne wstrzykiwania powiększane były o połowę pierwszej dawki. Dawki 0,10 — 0,2 — 0,25 — 0,3 dały polepszenie. Waga przybyła 39,8 kilo. Samopoczucie lepsze, plwocina staje się śluzową, prątków mniej. Hemoglobiny 70%, czerwonych ciał. krwi 4,000,000. białych 8.000. Ten obraz ogólny pozwala zwiększać ilość Phosphacidu przy następnych wstrzykiwaniach. Następne jednak wstrzyknięcie 0,4 okazało się zbyt śmiałem i wywołało silny odczyn. Ciepłota przez dwie doby wyżej 39. Kaszel silny, plwocina przybrała kolor malinowy (oznaka możliwego krwotoku przy zastosowaniu powtórnym tej samej dawki). W takich razach należy przerwać leczenie Phosphacidem aż do chwili ustąpienia wszelkich objawów odczynu. W tym przypadku przeszło dwanaście dni zanim ciepłota. stan w płucach i wygląd plwociny wrócił do stanu, jaki był przed wstrzyknięciem dawki 0.4. W podobnych sytuacjach dla kontynuowania leczenia Phosphacidem. stosować należy dawki o połowę mniejsze niż ta, jaka wywołała odczyn. W danym przypadku od 0,2.

Dla skutecznego leczenia Phosphacidem gruźlicy płuc należy w tych przypadkach zwolna powiększać dawki ilościami zbliżonemi do wielkości połowy pierwszej zastosowanej dawki. Stosując się do tej zasady, następne zwiększone dawki wynosiły 0,25 — 0,3 — 0,35 — 0,4 — 0,45 — 0,5 i te już nie wywoływały ujemnych odczynów. Chora uważała siebie za zdrową, wyjechała na służbę. W pół roku wróciła w stanie gorszym niż w chwili ukończenia leczenia. Ciepłota wieczorem przeszło 38, powrócił kaszel spazmatyczny, znaczny upadek sił. Dużo straciła na wadze; waży 37,1 kilo (wyjeżdżając 39,8). Wobec tego, że chorej już poprzednio stosowano Phosphacid, przy powtórzeniu kuracji tym lekiem można było już śmielej stosować początkowe dawki. W danym przypadku rozpoczęto leczenie od 0,3. Wywołała ona nieznaczny odczyn, ale powtórzona kilka razy stworzyła w końcu znaczne polepszenie. Wstrzykiwanie powiększano o 0,05 i przy dawce 1,5 zniknęły wszelkie objawy chorobowe. Dawkę tę powtarzano kilka razy raz na tydzień. Chorą tę widuję obecnie w Warszawie. Pomimo ciężkiej pracy i niedostatecznego odżywiauia się gruźlica nie odnawia się.

Przypadek IV. C. D. lat 21 ślusarz. Uskarżał się na ogólne osłabienie. Praca wydaje się mu nad siły — bóle pod łopatkami — kaszlu niema, ale raczej odchrząkiwanie, brak plwociny. Odczyn *Wassermana* ujemny — *Pirqueta* bardzo niewyraźny. Ciepłota normalna. Dłuższy czas mierzona zrzadka wieczorem dochodziła do 37,2. Opukiwanie i osłuchiwanie płuc zmian chorobowych nie wykazuje. Wyraźna niedokrewność. Dnia 18.IV.1913 r. zastosowano zrana próbną dawkę Phosphacidu w ilości 1,5. Wieczorem tego dnia ciepłota 37,8 — na drugi dzień dochodziła do 38,2, w trzecim dniu wróciła do normy. Po tygodniu przerwy rozpoczęto leczenie Phosphacidem. Chory leczył się ambulatoryjnie. Wobec tego że musiał pracować leczenie tym środkiem powinno było być niezbyt forsowne, aby jaknajmniejsze wywoływać odczyny, które wytwarzają jak wiadomo jeszcze większe osłabienia sił fizycznych i duchowych. Pierwsza dawka 0,02 — Odczynu ujemnego naturalnie nie było. Następne wstrzykiwania, stopniowo powiększane, jak zwykle w gruźlicy płuc o połowę pierwszej dawki: 0,03 — 0,04 — 0,06 — 0,3 nie wywoływały podwyższonej ciepłoty. Przy tej zaś dawce ostatniej ciepłota podniosła się na drugi dzień do 37.4. (Niezbędnem jest aby cały czas leczenia chorzy ambulatoryjni starannie mierzyli ciepłotę trzy razy na dobę). Ostatnią dawkę stosowano kilka razy aż do niereagowania ciepłoty. Następne wstrzykiwania stopniowo, minimalnie podnoszone, doszły do dawki 0,6, przy której można było wyraźnie stwierdzić znaczną poprawę Samopoczucie, siły, apetyt, sen powróciły do normy. Zwykle chorzy ambulatoryjni w tym stopniu rozwoju gruźlicy, po zakończonem leczeniu proszą o stosowanie Phosphacidu w dalszym ciągu. Odczuwają bowiem podmiotowo znaczny przypływ sił i energji życiowej. Wstrzykiwanie u ambulatoryjnych chorych stosuje się dwa razy na tydzień. Dawka wywołująca choćby nieznaczne podwyższenie ciepłoty, powtarza się kilka razy aż do zupełnego niereagowania.

Wobec tego, że ambulatoryjni chorzy nie wykazują zbyt daleko posuniętego cierpienia, przeto wyżej wskazany system leczenia Phosphacidem najwięcej odpowiada celowi. Oczywiście w poszczególnych przypadkach, opierając się na doświadczeniu, stosować można dalsze leczenie w razie potrzeby.

Sięgając myślą wstecz do przebiegu leczniczych wpływów, jakie wykazuje Phosphacid w gruźliczym ustroju, należy określić go jako preparat streszczający w sobie wszystkie sposoby, stosowane obecnie przy leczeniu gruźlicy.

Jako środek odżywiający par excelence pierwoszcz komórki odpowiada systemowi sanatoryjnemu, tylko w daleko prostszy, tańszy i pewniejszy sposób — zbliżony bardzo do samowyleczania się od tego zakażenia, czyli do najtrwalszego uzdrowienia.

Jako system leczenia tuberkulinami — wykonywa to samo w sposób odpowiedniejszy. Uodparnia bowiem organizm od jego własnych prątków gruźliczych, a nie obcych.

Mineralizując organiżm fosforem i wapniem i produktami powstałemi pod ich wpływem w organiźmie (kryształki kwasu moczowego) uniemożliwia rozwijanie się gruźliczego zakażenia, zgodnie z zapatrywaniem szkoły francuskiej *Ferrier'a Labbe'a, Lemate'a, Robin'a i Binet'a*, która twierdzi, że trzeba wpierw stać się demineralizowanym, aby módz pozostać gruźlikiem.

Phosphacid a gruźlica chirurgiczna.

Phosphacid daje przedewszystkiem dodatnie wyniki w leczeniu gruźlicy chirurgicznej.

Zastosowany w gruźlicy chirurgicznej niepowikłanej gruźlicą płuc, preparat ten nie wywołuje autotuberkulinowego odczynu. Fakt ten pozwala na stosowanie znacznie większych dawek, aniżeli to było możliwe w gruźlicy płuc. I tu skutek leczniczego działania tego preparatu okazuje się szybko i wyraźnie.

Tak więc w umiejscowionej, chirurgicznej zamkniętej gruźlicy, kiedy ciepłota waha się około 37,5—37,8, rozpoczynamy leczenie od znacznie większych dawek, niż to ma miejsce w gruźlicy płuc — 0,2 — 0,5 — 1,0, stosownie do wieku i konstytucji chorego. Powiększa się je w tych samych odstępach czasu, co i w gruźlicy płuc, przy każdem nowem wstrzyknięciu o 0,15 — 0,25 — 0,5 czyli o połowę zapoczątkowanej dawki. Dawek nie powiększa się, gdy następuje przygasanie sprawy i tę samą ilość Phosphacidu powtarza się do ostatecznego wyzdrowienia. Ten stan osiąga się po kilku miesiącach, zależnie od chemji życiowej chorego i siły zakażenia. Końcowe dawki, przy których następuje wyzdrowienie w ustrojach możliwych do wyleczenia są 1,0 — 1,5 — 2,0 — 4,0. Dawki 1,5 — 2,0 stosuje się częściej niż raz na tydzień. Dzieci do lat 14 leczy się dawkami od 0,3—0,5 — 1,0.

Rzecz naturalna, że jeżeli sprawa chorobowa jest zbyt głęboka i ulega uogólnieniu, nie można liczyć na dobre skutki leczenia Phosphacidem.

Wszelkie gruźlicze schorzenia stawów lub kręgów nadają się do skutecznego leczenia Phosphacidem. Preparat ten daje dodatnie wyniki w tych nawet przypadkach, gdzie zawodzą wszelkie inne zabiegi. (Patrz autora: *Medycyna praktyczna Nr. 9 1928 „Nieorganiczny fosfor a gruźlica*)".

W leczeniu Phosphacidem gruźlicy chirurgicznej w razie istnienia ropy należy przed rozpoczęciem kuracji usunąć ją, lub ułatwić odpływ. W przypadkach bowiem, gdzie ropa się już wytwarza, każde wstrzyknięcie Phosphacidu, w początkach szczególnie, wzmaga jej wydzielanie się; przy trudnem zaś odpływie zdarzyć się mogą niepożądane powikłania.

O ile przy prawidłowem leczeniu gruźlicy chirurgicznej powstanie niespodziewanie silny odczyn ogólny autotuberkulinowy przy ciepłocie ponad 39,5 i innemi właściwemi mu objawami, wówczas należy się liczyć z czynnem powikłaniem płucnem. W takim przypadku rozpoczynamy leczenie stosowane w gruźlicy płucnej t. j. od małych dawek 0,01 — 0,05 i t. d.

W gruźlicy chirurgicznej Phosphacid daje możność wyleczenia tych, dla których dostęp do sanatorjów jest niemożliwy.

Dr. *Kalina* na posiedzeniu naukowem Związku Przeciwgruźliczego w dniu 17 marca 1926 r. demonstrując żołnierzy z gruźlicą chirurgiczną oświadczył: „Jeden z tych chorych był leczony różnemi metodami w ciągu trzech lat bez wyraźnego wyniku, szczególnie liczne przetoki w okolicy stawu łokciowego nie poddawały się żadnemu leczeniu. Tymczasem po 30-tu wstrzyknięciach Phosphacidu przetoki zagoiły się i do dnia dzisiejszego, chociaż upłynął bez mała rok, nie wykazują tendencji do odnawiania się. Ruchy w stawie łokciowym są tylko nieznacznie ograniczone. Röntgenogram wykazuje pewne zniekształcenie kości, ale brak jest odwapnienia. Zarówno demonstrowany chory, jako też inni leczeni Phosphacidem, wykazali poprawę i stanowią zachętę do dalszych prób, które dostarczą większego już materjału statystycznego." *(sprawozdanie Sekcji San. T. W. W. Lekarz Wojskowy Nr. Nr. 1, 1929 r.)*.

Na szczególną uwagę zasługuje mój przypadek z przedwojennych czasów. Do szpitala przywieziono chłopca 17 letniego w stanie groźnym. Ciepłota wysoka od dłuższego czasu, w chwili przybycia ponad 40. Prawe kolano monstrualnych rozmiarów. Bardzo opuchnięte jak i cała noga do stopy, bardzo bolesne. Trzy przetoki poniżej kolana; stałe rozwolnienia. Wyniszczenie do ostatnich granic. Rodzice nie zgodzili się na odjęcie nogi. Ułatwiwszy odpływ cuchnącej ropy, stwierdziłem martwicę kości goleniowej. Przy jej usunięciu obnażył się cały staw kolanowy. Odpowiednie aseptyczne zabiegi, opatrunki i jako „utaliquid" wstrzykiwanie Płosphacidu począwszy 0.001 co drugi dzień. Chory otrzymał 119 wstrzykiwań stopniowo powiększanych. Doszedł do dawki 2,5 raz na tydzień i przy tej dawce powtórzonej 16 razy wszystko się zagoiło.

Jako godny uwagi przykład leczniczego wpływu Phosphacidu na chirurgiczną gruźlicę, niezależnie od tego, gdziehy się usadowiły prątki, przytaczam tu w krótkości historję choroby gruźlicy nerek u kobiety, którą obserwowałem na Podolu (Berszada).

Chora lat 32. W roku 1910 w Kijowie usunięto jej lewę nerkę, z powodu gruźlicy z jamami pełnemi ropy i obecnością prątków Kocha. W pięć lat później wyszła zamąż. Po roku pożycia małżeńskiego pojawiły się „takie same bóle jak przed operacją". Badanie w Kijowie wykazało prątki Kocha w moczu z pozostawionej nerki. Temperatura do 38,2. Płuca zdrowe. Wyniszczenie wielkie. Zastosowano Phosphacid od dawki 0,01. Leżenie w łóżku, odżywianie słodką śmietanką. Wstrzykiwań zastosowano 68, stopniowo je powiększając z zachowaniem odpowiednich przerw między niemi i wszelkich wskazanych ostrożności, których ten lek wymaga. Przy dawce 1,6 powtórzonej 11 razy chora zupełnie wyzdrowiała. Dowody na to: w pół roku po wyzdrowieniu zaszła w ciążę. Przez cały ten czas czuła się bardzo dobrze, niebacząc na ciężką fizyczną pracę pod przymusem teroru bolszewickiego (prała, nosiła wodę, pracowała w ogrodzie). Białka ani cukru w moczu nie było. Rozwiązanie trwało dwie doby. Po kilku dniach wystąpiła gorączka. Trwała 8 dni (wstrzykiwanie mleka, Electrargolu). W moczu wtedy były ślady białka. Ilość dobowa wahała się 1/2 — 3/4 litra. W rok po wyzdrowieniu wracając do kraju w Baranowiczach chorowała na dur plamisty przez trzy tygodnie. Obecnie upłynęło lat 8 od tych przeżyć — jest zupełnie zdrową.

Przypadek z praktyki Dr. *Diedoff* z jego pracy „*Lesions tuberculeuses chirurgicales*".

Chodzi o ośmioletniego chłopca. Głuchoniemy bez apetytu, ważący tylko 15 kg. Wygląd ma nędzny, blady, wyczerpany, z garbem gruźliczego pochodzenia. Chodzi bardzo ostrożnie opierając ręce na biodrach by podtrzymać swój słaby tułów. Skarży się na bardzo dotkliwe bóle (z powodu choroby Potta). Prócz tego ma po prawej stronie klatki piersiowej o 2 i pół palca pod dolną częścią łopatki, miękki guz wypełniony cieczą, wielkości kaczego jaja (prawdopodobnie gruźlica żeber). Narządy wewnętrzne bez wyraźnych zmian. Objawy chorobowe rozwinęły się stopniowo, po długotrwałej i poważnej gorączce, począwszy od roku 1909. Z początku mało widoczny garb powiększył się znacznie, a już w maju 1911 roku ukazał się guz wyżej wspomniany. Robiono nakłucia, następnie wstrzykiwanie oliwy jodoformowej, ale bez trwałego rezultatu. Dlatego też w lipcu tego samego roku, autor zdecydował otworzyć guz. Jama tego zimnego ropnia była wyczyszczona jałową gazą wysmarowaną jodyną i wypełnioną emulsją Dr. Calot'a. Dalsze leczenie polegało na opatrunkach i wstrzykiwaniu emulsji. Ogólny stan chłopca, pomimo tych zabiegów wcale się nie zmienił. Zaproponowano wtedy rodzicom by sprobować leczenie Phosphacidem,

19 lipca 1911 roku rozpoczęto stosowanie wstrzykiwań śródmięśniowo od dawki 0'10 — powiększając ją za każdym razem o 0,10 aż do 0,50 z przerwami wyżej wymienionemi. Po 29 wstrzyknięciach otwór ropnia był prawie zagojony. Chłopiec ważył 20 kg. Jadł z apetytem, policzki zaróżowiły się. Teraz jest żywy, wesół i pełen animusu.

Przykład ten przedstawia nam zupełny tryumf Phosphacidu.

Panuje pogląd, że chorzy na chirurgiczną gruźlicę należą do typu odpornych na to zakażenie. Ich chemja życiowa neutralizuje do pewnego stopnia jad gruźliczy i z tej przyczyny chirurgiczna gruźlica nadaje się do wyleczenia czemkolwiekbądź.

Chorzy zaś na płucną gruźlicę nie są odporni. Organizm ich nie wytwarza dostatecznie niweczników jadu i dlatego płucna gruźlica trudna jest do wyleczenia.

Założenie to wcale nie zmniejsza leczniczego znaczenia Phosphacidu, a nawet poniekąd tłomaczy jego działanie. W chirurgicznej gruźlicy, gdzie jad jest do pewnego stopnia zneutralizowany według tych poglądów, Phosphacid swemi składnikami, współdziałając ściśle z ustrojem doprowadza go do szybszego ozdrowienia, albowiem można tam stosować lek ten w dużych dawkach, w gruźlicy płuc, gdzie niweczników tych brak, lub bardzo mało, trzeba małemi dawkami stopniowo je wytwarzać

W czasie leczenia Phosphacidem nie należy stosować preparatów arsenowych. Jak wiadomo bowiem niedotlenki arszenikowe są trujące dla ustroju. Powstaje więc obawa, by ewentualnie nie powstały one pod wpływem chemicznych zmian wywołanych Phosphacidem w ustroju.

Pozatem inne zabiegi lecznicze, sprzyjające terapeutycznym wpływom Phosphacidu, są pożądane, a nawet w pewnych okolicznościach niezbędne A więc wstrzykiwania *Białokura* (strychnina z żelazem), stosowane w przerwach Phosphacidowych, w niektórych postaciach gruźlicy (przewlekłej), dają dobre wyniki. W leczeniu gruźlicy Phosphacidem, należy zwrócić szczególną uwagę na czynności przewodu pokarmowego. Dowiedziono bowiem, że toksyny i endotoksyny gruźlicze, wydalane są z ustroju przedewszystkiem przez przewód pokarmowy; dbać więc należy o właściwy stan jego śluzówki.

Wskazane jest przeto podawanie od czasu do czasu węgla lub glinki sterylizowanej (Merka), gdyż preparaty te ochraniają śluzówki jelit (adsorbcja).

Przy przejściowych zaburzeniach trawiennych (rozwolnienia) stosowanie nalewki jodowej w dawce 10 — 20 kropel trzy razy dziennie w letniej herbacie (jodotanina in statu nascendi) hamuje te przypadłości. Również odpowiednim w ostatnich czasach okazał się Cryptargol Lumiera, który, jeżeli dalsze obserwacje potwierdzą otrzymane przez autora zachęcające wyniki, stanie się właściwym lekiem w takich przypadkach.

Prócz ogólnych wskazań, jak powietrze, dobre odżywianie, spokój fizyczny, moralny,

bardzo dodatni wpływ na leczony Phosphacidem ustrój wywiera należyta czynność wątroby. Jak wiadomo, ciała trujące ulegają w wątrobie zobojętnieniu i zatrzymaniu, poczem wraz z żółcią zostają wydalone. Czynność żółciotwórcza i wydzielnicza wątroby przy leczeniu Phosphacidem musi być spotęgowaną, że zaś jak wiadomo, Natrium sulfuricum jest najlepszym tonicum i cholagogum wątrobianym, przeto preparat ten winien być w małych dawkach okresowo zalecany. (Łyżeczka od kawy lub herbaty natrii sulfurici do pół szklanki wody naczczo przez całe tygodnie z takiemiż przerwami).

Przeciwwskazania.

Phosphacidu nie należy stosować:

1. W gruźlicy połączonej z silną biegunką.
2. W gruźlicy płucnej, jeżeli sprawa chorobowa zbyt daleko jest posunięta: wysoka gorączka, jamy gruźlicze, rozpad.
3. W gruźlicy chirurgicznej z obfitym ropieniem, któremu nie można dać dostatecznego odpływu.
4. W prosówce.
5. W włóknikowem zapaleniu płuc.
6. W ropowicy i posocznicy,
7. W daleko posuniętej skazie dnawej,
8. W histerji (Małe dawki są źle znoszone 0,1 — 0,3; większe 1,0 — 1,5 znacznie lepiej.
9. W padaczce (tak samo, jak w histerji).

Phosphacid w świetle obecnie panujących teorji.

Pogląd na powstawanie odczynów w gruźliczym ustroju, jak już wyżej wzmiankowano, zmienił się zasadniczo w ostatnich czasach. Zależny on jest podług tej teorji od wytwarzającej się pod wpływem gruźliczego jadu nadwrażliwości koloidów osocza krwi i tkanek. *Vidal* określił ten stan mianem „koloidoklazja". Na takim tle uczulenia koloidalnego, pod wpływem bodźców postronnych, czyli nieswoistych, powstaje w gruźliczym ustroju „koloidoklastyczny odczyn" (dawniej tuberkulinowy). Odgrywa tu jednakże rolę i układ wegetatywny.

Temi nieswoistemi bodźcami mogą być różne czynniki: mineralne, jak: fizjologiczne rozczyny, morska woda, gliceryna, sanocryzyna, Phosphacid, organiczne: tuberkuliny, mleko, jatreny i t. d. zastosowane parenteralnie. Wszystkie te i wiele innych, po wstrzyknięciu chorym na płucną gruźlicę wywołują ów „koloidoklastyczny odczyn".

Fakt ten jednak nie zmienia postaci rzeczy leczniczych wpływów Phosphacidu w zakażeniach gruźliczych jak i innych. Bo czy to jest koloidoklastyczny odczyn czy tuberkulinowa reakcja — jak sądził *Romanowski*, powstała po zastosowaniu Phosphacidu, są one dla ustroju jednakowo szkodliwe i wstrzykiwanie tego preparatu winno być odpowiednio dawkowane dla osiągnięcia leczniczych celów.

W gruźlicy płuc, wobec prątka Kocha i wytwarzanej przez niego „ koloidoklazji", zastosowanie Phosphacidu stwarza wyraźny „odczyn koloidoklastyczny" większy lub mniejszy, zależnie od wielkości dawki i siły zakażenia. Tak bywa zawsze u chorych na gruźlicę płuc. Ta sama jednak dawka Phosphacidu, albo i większa, zastosowana u chorych na chirurgiczną gruźlicę, żadnych odczynów koloidoklastycznych nie wywołuje.

Stąd powstaje przypuszczenie, że jad prątka chirurgicznej gruźlicy nie uczula w ten sam sposób, czy w tej samej mierze koloidów leczonego ustroju, czyli nie wytwarza w nim takiej samej „koloidoklazji", jaka powstaje pod wpływem prątka gruźliczego, lecz umiejscowionego w płucach.

Dalsze logiczne zestawienie tych zaobserwowanych faktów dałoby się określić: prątek płucnej gruźlicy, a prątek chirurgicznej (wprawdzie jeszcze nie wykryty) nie są identyczne.

Wprawdzie bakterjologja gruźlicy w obecnym stadjum swego rozwoju nie wypowiedziała jeszcze swego ostatniego słowa w tym względzie. *Karwacki*, pracując nad zagadnieniem jadu gruźliczego przez 30 lat, przyszedł do wniosku, że kwasoodporny prątek gruźlicy, wykryty przez Kocha, jest tylko jedną z postaci rozwojowych zarazka tego zakażenia, powstający w następstwie przystosowania się do ustroju w czasie długotrwałej symbiozy. Ten sam pogląd wypowiadają *Ferrau*, *Vaudramer* i inni.

Różnice, jakie powstają po zastosowaniu Phosphacidu w płucnej a chirurgicznej gruźlicy, pozwalają myśleć, że endotoksyny chirurgiczej gruźlicy mogą mieć inną morfologję, a co za tem idzie wywołują inne odczyny.

W innych sprawach zakaźnych, jakiemi są n.p. syfilityczne o właściwościach jadów niezbyt ostro i gwałtownie trujących pierwoszcz komórki, odczynów ogólnych nie spostrzegamy, pomimo iż Phosphacid stosowany bywa w dużych dawkach 1,0 — 3,0 — 5,0 i wywołuje ogniskową reakcję (kilaki miękną i wchłaniają się, inne objawy paraluetyczne ustępują).

Toksyny posocznicy, ropnicy, włóknikowego zapalenia płuc, przewlekłego zapalenia wsierdzia, a więc toksyny wszelakiego rodzaju kokków, diplokokków Frenkla, gronkowców, paciorkowców działają bardzo trująco na życiowe wymiany ustroju. Ogniskowa zaś reakcja w tych zakażeniach, jaką wywołałby Phosphacid stałaby się wielce niebezpieczną. Nie należy go więc stosować w tych dolegliwościach.

Lecznicze wpływy Phosphacidu w chorobach niezakaźnych.

Phosphacid wywiera wyraźnie leczniczy wpływ w pewnych chorobowych stanach.

W tych przypadkach, w których dawka próbna nie wykazała obecności gruźlicy płuc, lub jakiegokolwiek innego zakażenia, leczenie Phosphacidem może być prowadzone zapomocą większych dawek tego leku, aniżeli to miało miejsce w omawianych wyżej gruźliczych sprawach Phosphacid działa bowiem w takich razach jako fizjologiczny bodziec wpływający bezpośrednio na chemję życiową komórek, nie wywołując żadnych szkodliwych odczynów. Tem nie mniej jednak, należy rozpoczynać leczenie od stosunkowo niedużych dawek 0,2 — 0,3 — 0,5, zależnie od ustroju chorego, a także i dlatego, aby przyzwyczaić, że się tak wyrażę, jego chemję życiową do współdziałania z tym lekiem.

Działanie lecznicze Phosphacidu w poniżej przytoczonych stanach przejawia się dość szybko. Uzdrawianie całego ustroju dokonywuje się bez wstrząsów. Zmiany te dają się stwierdzić podmiotowo i przedmiotowo. Brak zaś odczynów po wstrzykiwaniach nie hamuje widocznych fizjologicznych wpływów tego leku, a ustępowanie patologicznych stanów leczonego ustroju jest nader wyraźne.

Ma to miejsce w organizmach zbytnio wyniszczonych i wyczerpanych, u rekonwalescentów, po przewlekłych długo trwających chorobach, a szczególnie w uporczywych niedokrewnościach wszelkiego rodzaju, których nieraz żadnemi zabiegami leczniczemi nie można było zwyciężyć.

Ilość hemoglobiny zwiększa się przy małych nawet dawkach Phosphacidu. Dawki większe indywidualne dla poszczególnych wypadków (2,0 — 3,0 — 5,0 powiększając je stopniowo po 0,15 — 0,25 — 0,3 aż ogólny stan chorego i obraz jego krwi wskażą, że leczniczy wpływ Phosphacidu jest wyraźnie dodatni), stosować należy w wyżej przytoczonych odstępach czasu przez szereg tygodni lub miesięcy do zupełnego wyzdrowienia.

Phosphacid leczy wszelkie, nawet bardzo ciężkie, postacie niedokrwistości pochodzące z rozmaitych przyczyn. W ciężkich stanach rozpoczyna się od małych dawek 0,1 — 0,2 powtarzając czasami po dwa trzy razy każdą. Powiększa się je po 0,1 — 0,2 — 0,3 stosując w oznaczonych terminach; wyzdrowienie następuje zazwyczaj przy dawkach 0,5 — 3,0.

Z przedwojennych czasów notowane były przypadki wyleczenia złośliwej niedokrwistości *Biermera* wyłącznie Phosphacidem.

Dr *Hryniewiecki* (Łuck) obserwujący lecznicze działanie Phosphacidu w swych sanatorjach w Odesie (Elektro - hydropatyczne zakłady) twierdzi, że lek ten, jak żaden inny, okazał swój leczniczy wpływ w blednicy i w małokrwistości powstałej u kobiet na tle przewlekłych cierpień narządu rodnego Żadne leki i zabiegi, stosowane w tych schorzeniach, nie dawały tak prędkiego i stałego skutku jak Phosphacid. Klinicznie i laboratoryjnie prowadzone spostrzeżenia potwierdziły te wyniki.

Wyczerpanie nerwowe, neurastenja wszelkiego rodzaju (seksualna), nadają się dobrze do leczenia Phosphacidem. Rozpoczyna się kurację od dawki 0,5. Następne wstrzyknięcie w odpowiednich okresach 0,6 — 0,8 — 1,0 — 2 0. Na jednogramowej dawce zatrzymać się należy przez pewien

czas: cztery, sześć wstrzyknięć. Samopoczucie chorego i badanie krwi wskazuje potrzebę zwiększenia dawki. Dawki, przy których następuje wyzdrowienie wynoszą od 1,0 — 3,0.

Prócz tego pod wpływem Phosphacidu ustępują niektóre objawy nerwowo-mózgowe: bóle głowy niewiadomego pochodzenia, wyczerpanie psychiczne przy wzmożonej umysłowej pracy, przygnębienia. Te schorzenia ustępując w krótkim czasie po zastosowaniu Phosphacidu, potwierdzają jego chemiczne powinowactwo z komórkami nerwowemi.

Rekonwalescencja po ciężkich, wyczerpujących chorobach, których następstwem jest ogólny zanik sił ustroju, stanowi właściwy teren dla szerokiego stosowania Phosphacidu, który swą farmakodynamiką w krótkim czasie podnosi sprawność życiowej chemji rekonwalescenta. Stosuje się dawki od 0,1 — 1,0 — 2,0 w odpowiednich odstępach czasu.

Phosphacid stosowany u rannych żołnierzy w czasie wojny znacznie przyśpieszał gojenie się ran, poprawiał ogólny stan zdrowia, wracał rzeskość ducha.

Dr *Lewicki* opisuje (Ukr. Med. Wistn. 1924) szczególny wypadek uzdrowienia Phosphacidem chorej po operacji. Ze szpitala Kijowskiego przywieziono chorą do domu po operacji wyrostka robaczkowego z sześcioma przetokami (założone w nich dreny), obrzękiem nóg, niedomogą serca, białko w moczu w takiej ilości, że przy nagrzewaniu ścinało się samo przez się, bez dodawania, odczynników, jak galareta. Ciepłota stale ponad 38 — 39 przez całe sześć miesięcy pobytu w szpitalu. Ut aliquid zastosowano Phosphacid zaczynając od dawki 0,01. Po czterech miesiącach przetoki się zagoiły i nastąpiło wyzdrowienie.

Phosphacid wpływa dodatnio na fizjologję mięśni. Widzimy to w czynnościach różnych narządów. Czynność serca, niedomoga na tle miażdżycy w wieku podeszłym, pod działaniem Phosphacidu znacznie się zmienia na lepsze. Leki nasercowe, przestające już wywierać pożądany skutek na zwyrodniały mięsień sercowy, po zastosowaniu Phosphacidu, działają nieraz znowu, a nawet w mniejszych dawkach. Wogóle należy zaznaczyć, że starzejące się komórki rozmaitych narządów, a zwłaszcza gruczołów (ovar. test. gl. thyroidea i inne) sprawniej przejawiają swą czynność po leczeniu zapomocą Phosphacidu.

W okresie popołogowym Phosphacid sprzyja bardzo prawidłowemu zwinięciu się macicy i jednocześnie znacznie przyśpiesza i usprawnia wydzielanie pokarmu. Pokarm takich karmicielek leczonych Phosphacidem nabiera odżywczych czynników, co odrazu daje się zauważyć na niemowlętach. Wyglądają one zdrowo, wcześniej ząbkują, ciemiączko prawidłowo zarasta.

W cukrzycy Phosphacid odgrywa wielką rolę. Działalność jego w tem cierpieniu jest trojaka:

1. Jako środek działający na komórki nerwowe i mózgowe, Phosphacid wpływa na ośrodek regulujący przemianą cukrową.
2. Udoskonalając chemję życiową i aktywując komórki ustroju, Phosphacid dodatnio wpływa na czynności gruczołów dokrewnych—wszystkich, a więc i na wysepki *Langerhans'a*.
3. Jako preparat fosforowy-wapniowy Phosphacid dostarcza połączeń o właściwościach tłumików krwi, które utrzymują właściwe oddziaływanie płynów ustroju, a zapobiegając kwasicy cukrzycowej, nie dopuszczają do ketonurji.

Przy leczeniu Phosphacidem lekkiej i średniej cukrzycy djetę można rozszerzyć bez obawy cukromoczu. Otrzymuje się wrażenie, że cukrzyca pod wpływem Phosphacidu nie rozwija się i nie postępuje. Doświadczam tego wpływu na sobie od szeregu lat.

Dawki w cukrzycy stosuje się duże, zaczynając od 1.0 stopniowo po 0,5 powiększając, dochodzi się do 3,0 — 6,0. Odpowiednią dawkę określa się według analizy krwi i moczu. Osobiście moja dawka wynosi 3 o raz na miesiąc.

Pod wpływem działania Phosphacidu znacznie łagodnieją, a w przeważnej ilości wypadków zupełnie ustępują objawy metaluetyczne, zwłaszcza nerwowo jako to: bóle w krzyżach, stopniowy znak nerwu ocznego, a nawet quasi zupełny jego zanik w świeżych przypadkach a także i inne typowe dolegliwości te choroby.

Phosphacid, odnawiając niezbyt widocznie jeszcze zniszczoną pierwoszcz komórek nerwowych, ratuje beznadziejną i rozpaczliwą sytuację chorego, gdy specyficzne kuracje okazały się bezskutecznemi.

(Opisano przypadki przywrócenia wzroku w rosyjskiej literaturze. *Żeludkow* broszura).

Metaluetyczne niedomagania ustępują przy dużych dawkach od 1,0—6,0—8,0.

Przewlekła postać zimnicy, a raczej charłactwo zimnicze, którego leczenie swoiste, zmiana klimatu i t. p. nie polepszyły, za pomocą Phosphacidu ulegają poprawie i wyleczeniu zapomocą dawek 2,0 — 5,0, stosowanych w czasie samego napadu. Następnie trzy cztery razy te dawki powtarzane w pięciodniowych czy tygodniowych odstępach czasu zupełnie zwyciężają te zakażenia.

Krzywica pod wpływem Phosphacidu wylecza się zupełnie. Sprzyja temu odpowiedni stosunek fosforu i wapnia zawarty w Phosphacidzie. Wapń bowiem sam przez się stosowany pogarsza znacznie stan krzywicy. Dawki od 0,25 — 1,0.

M. Lewicki (Ukr. Med. Wistn. 1924 r. Nr. Nr. 3, 4), opisuje chorą na „Lichen ruber planus" (rozpoznanie potwierdzone przez prof. specjalistów dermatologów w Kijowie) nie poddający się żadnym leczniczym zabiegom (arszenik etc) stosowanym w tego rodzaju cierpieniach. Stan chorej stale się pogarszał. Po zastosowaniu Phosphacidu proces ten zupełnie ustąpił.

W przewlekłej łuszczycy, trwającej lata całe, pokrywającej jakby pancerzem znaczną część tułowia w dwóch przypadkach uzyskałem za pomocą Phosphacidu wielce zachęcające wyniki. Zniknęły wykwity, a po dwóch latach obserwacji nie ma się wrażenia ich nawrotu. Stosowano Phosphacid jak w chirurgicznej gruźlicy w większych dawkach od 1,0 — 3,0 dwa razy na tydzień. Leczenie trwało w jednym przypadku 8 miesięcy, w drugim przeszło rok.

Jak wiadomo, w ostatnich czasach łuszczycę zaliczono do zewnętrznych objawów prątka gruźliczego, (prawdopodobnie odrębnej morfologji niż prątek *Kocha*). Phosphacid gorączki nie wywoływał. Autorowie *Nicolas* i *Lebeuf* (Annal. Derm. T. G. Nr. 11) a także *Maruron* i *Huet* (Bull de la soc. Franc. de Derm et Syph. Nr. 2 — 1928) wykazali wzajemny związek między gruźlicą a łuszczycą.

Tę ostatnią zaliczają do form tuberkuloidów. (Gruczoły dokrewne).

Wszystkie wyżej przytoczone wskazania o leczniczych wpływach Phosphacidu mogą być krytycznie określone, jako „opowiadania" bez naukowej podstawy, bez klinicznych i laboratoryjnych uzasadnień. I tak jest w rzeczywistości. „Opowiadania" te bowiem oparte są na obserwacjach tylko z praktyki prywatnej — przeważnie lekarzy prowincjonalnych (Niżej przytoczona literatura o tem świadczy). Stało się to skutkiem tego, że preparat ten dłuższy czas po swem powstaniu nie był legalizowany. Lat kilka upłynęło zanim klinika Prof. *Sirotinina* w Petersburgu utorowała mu drogę do departamentu medycznego. Było to na krótko przed wybuchem wojny i czasu zabrakło dla dalszych naukowych badań nad Phosphacidem, jak również wyrabianie tego leku zostało przerwane. Obecnie już tu u nas kilka lat temu Ministerstwo Zdrowia zatwierdziło Phosphacid jako środek nieszkodliwy dla organizmu.

Lecz i teraz w dalszym ciągu stosują go tylko prywatni lekarze przeważnie pochodzący z za kordonu bolszewickiego, co nie powiększa jego popularności.

I druga jest jeszcze przyczyna niepopularności Phosphacidu, zdawałoby się nieznacząca, a jednak bardzo ważna, na którą przy końcu tej mojej pracy nie mogę nie zwrócić uwagi, a mianowicie: Gdyby Phosphacid powstał z inicjatywy i wynalazku koryfeuszów naszej wiedzy, napewno świat lekarski zwróciłby nań należytą uwagę, a kliniki i laboratorja ustaliłyby mu już dawno miejsce w skarbnicy środków leczniczych. Przykładem w tym względzie służyć może Sanocryzyna *Moelgaarda*, którą przecież Phosphacid w swych leczniczych wynikach znacznie przewyższa. Że zaś twórcą tego preparatu był zwykły prowincjonalny lekarz i lek ten przebijać się musiał i wciąż się jeszcze przebija z zespołu minorum gentium świata medycznego, szersze zainteresowanie się nim dotąd jest niewielkie. I dużo jeszcze prawdopodobnie czasu upłynie zanim poznają się na nim ci, co zechcą poddać go ścisłej krytyce i naukowym badaniom, a wydobywszy ze zbyt skromnego miejsca, na którem się dotąd znajduje, dadzą ze względu na jego wybitne lecznicze wartości należne mu stanowisko.

Przedwojenne piśmiennictwo o Phosphacidzie.

1. *Romanowski* — Wraczebnaja Gazeta, Nr. 8, 1909 r., Nr. 46, 47, 1910 r.
2. *Kossowski* — Wraczebnaja Gazeta, Nr. 8, 1909 r.

3. *Akacałow* — Wraczebnaja Gazeta, Nr. 20, 1911 r. Tuberculos, Nr. 11, 1913 r. Wraczebnaja Gazeta, Nr. 9 — 10, 1915 r. O Phosphacidzie Dr. Romanowskiego, Petersburg 1913 r. (broszura). Prakticzeskij Wracz Nr. 9 — 10, 1925 r. Berlin.

4. *Bryliński* — O znaczeniu leczniczem niedotlenionych związków fosforowych (Phosphacid dr. Romanowskiego) w przebiegu chorób gruźliczych Kraków 1912 r. Warszawa. „Nieorganiczny fosfor a gruźlica" Medycyna Praktyczna na rok II. zesz. 9.

5. *Orłow* — Tuberculos, Nr. 3, 1912 r.

6. *Dosendorf* — Nowoje w medycynie, Nr. 3, 1913 r.

7. *Diedoff* — W raczebnaja Gazeta, Nr. 13, 1913 r. „A propos du traitement des lesions tuberculeuses chirurgicales par le Phosphacid du Dr. Romanowski". Genève 1913 (broszura).

8. *Gyr* — „Un traitement chimiotherapeutique de la tuberculose. Phosphacid du Dr. Romanowski" Geneve 1922 (broszura).

9. *Czernow* — Wraczebnaja Gazeta, Nr. 20, 2911 r. Zbiór piśmiennictwa o Phosphacidzie Dr. Romanowskiego, Petersburg wydanie „Medycyny praktycznej" 1912 r.

RESUME.

A. Bryliński. Phosphacid du Dr. Romanowski.

Dans son grand travail, consacré au traitement des infections tuberculeuses et autres à l'aide de Phosphacid — l'auteur, en se basant sur ses propres observations, recueillies durant de longues années, ainsi que sur celles, obtenues par d'autres auteurs, arrive à la conclusion, que Phosphacid est un remède de plus grande valeur dans le sens de stimulisation générale des forces vitales de l'organisme. L'auteur impute à ce moyen la proprieté de stimulisation du noyau et de la protoplasme des cellules en prémier lieu et souligne son action de reminéralisation.

L'auteur expose les principes détaillés concernant l'administration de phosphacid, ses indications et contre-indications, ainsi que la difference de la posologie dans la tuberculose pulmonaire et tuberculose chirurgicale. Le travail est documenté par la description de plusieurs cas, devant servir d'illustrations de typiques effets thérapeutiques.

TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ

„PRZEZORNOŚĆ"

Spółka Akcyjna

założone w 1892 roku

w Warszawie, plac Małachowskiego Nr. 4.

zrzeszona z Towarzystwem:

„The Prudential Assurancé Company, Ltd." w Londynie

z roku 1848

zawiera ubezpieczenia:

NA ŻYCIE, OD NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW, OD OGNIA, KRADZIEŻY I TRANSPORTÓW.

Siedziba Dyrekcji Towarzystwa — **Warszawa, plac Małachowskiego Nr. 4**
telefony 95-19, 65-35, 65-34, 167-50, 139-54, 139-56, 139-82.

Oddziały Towarzystwa: W WARSZAWIE, ŁODZI, KATOWICACH, KRAKOWIE, LWOWIE, POZNANIU i WILNIE.

Reprezentacje i Ajentury — we wszystkich większych miastach Rzeczypospolitej.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Badania wstępne nad ciałami wydobytemi z insuliny i obniżającemi ciśnienie. (Recherches préliminaires sur les substances dites „hypotensives" retirées de certaines insulines). M. Villaret, L. Justin-Besançon i Cachera. *Presse méd. Nr. 39, 1929.*

Kilku autorów, jak np. *Ambard, Vaquez, Klemperer* i inni zauważyli, że insulina posiada nieraz właściwości obniżania ciśnienia krwi. Badania *Gleya* i *Kistbiniosa* wydobyły na jaw istnienie w wyciągu trzustkowym ciała, które obniżając ciśnienie krwi, nie wywołuje zmniejszenia się cukru we krwi. Ci sami autorowie stwierdzili, że chodzi tu albo o produkt pozostający w czasie preparowania insuliny z trzustki, albo też sama czynność preparowania rozbija połączenie chemiczne, pozwalając na wyodrębnianie ciała obniżającego ciśnienie od ciała zmiejszającego ilość cukru we krwi.

Autorowie dokonali szeregu badań na ludziach i na zwierzętach oraz doświadczeń chemiczno-farmaceutycznych nad preparatem, który uzyskali *P. Gley N. Kistbinios* i wyniki tych badań ujmują w następujących punktach.

1. Ciało nie obniżające zwierciadła cukru we krwi obniżające natychmiast ciśnienie tętnicze u zwierząt przy dożylnem wprowadzeniu zawiera peptony, cholinę i histaminy w ilości wystarczającej do niezbyt znacznego wpływu na ciśnienie.

2. Ciało to wprowadzone podskórnie w dawkach zalecanych w klinice nie wywołuje prawie żadnego skutku na ciśnienie u zwierząt i ludzi.

3. Preparat ten wprowadzony dożylnie u ludzi ma działanie nadzwyczaj znikome, znacznie mniejsze, niż inne leki zalecane w klinice w celu obniżenia ciśnienia krwi.

4. Autorowie zwracają szczególną uwagę na obecność choliny w omawianym preparacie.

5) Mechanizm działania omawianego preparatu odpowiada częściowo działaniu choliny i histaminy, częściowo zaś wstrząsowi peptonowemu (które, jak wiadomo, obniżają ciśnienie krwi).

6. Oznaczanie jednostek klinicznych obniżających ciśnienie w preparacie pierwszym jako mieszaninie chemicznej i farmakologicznej budzi poważne zastrzeżenia.

Nowe badania nad pewnymi wyciągami trzustkowemi, mającemi obniżać ciśnienie krwi. (Nouvelles recherches sur certains extraits pancreàtiques, dits hypotenseurs). M. Villaret, L. Justin-Besançou i Cachera). *Presse méd. Nr. 104, 1929.*

Z powodu krytyki, jaką wypowiadano w związku z ostatnią pracą autorów, w obronie preparatu obniżającego ciśnienie krwi podanego przez *P. Gley* i *M. Kisłcbiatosc* — autorowie przeprowadzili szereg nowych badań, na podstawie których podtrzymują wszystkie swe twierdzenia, podane w pracy ogłoszonej w Présse méd. Nr. 39, 1929. Przytem autorowie podkreślają, że badania ich odnoszą się tylko do powyżej wspomnianego preparatu. Nad to autorowie nie zaprzeczają, że ten lub inny preparat może wpływać korzystnie na usunięcie lub osłabienie duszncy bolesnej; gdyż badania ich ograniczały się tylko do śledzenia wpływu omawianego preparatu na ciśnienie krwi.

Z powodu artykułu o właściwościach wyciągu trzustkowego obniżającego ciśnienie krwi. (A propos d'un article récent sur les proprietés hypotensives de l'extrait pancreatique). R. Legrand i Legillon. *La science médicale pratique Nr. 16, 1929.*

Badania autorów przeprowadzone u ludzi chorych z nadciśnieniem tętniczem i prawidłowem ciśnieniem krwi wykazały zgodnie z badaniami *Viltarela*, że preparat podany przez *Gleya* i *Kistbiniosa* wywiera niekiedy nieznaczny wpływ obniżający ciśnienie krwi, przeważnie jednak pozostaje bez skutku.

Psittacosis. (La psittacose.) M. Romme. *Presse méd. Ntr. 19, 1930.*

Psittacosis jest chorobą zakaźną, ostrą, prowadzącą często do śmierci, przenosi się przedewszystkiem przez papugi. Ostatnio stwierdzano znane epidemje psittacosis w Europie.

Pierwszą obserwację tej choroby poczyniono w Szwajcarji w roku 1879, dokąd zawleczono psittacosis jak to się później okazało z transportem papug z Hamburga. W następnych paru latach kilkakrotnie spostrzegano epidemje psisttacosis w Europie. (*Ost, Wagner* 1882—1886, *Finkler* 1888) Do tego czasn uważano psittacosis za zaraźliwe zapalenie płuc, nie łącząc jej jednak za znaną już podówczas chorobą papug. Dopiero *Nocard* wykazał bakteryjne pochodzenie choroby i przenoszenie jej przez pagugi. Wyodrębniony drobnoustrój nazwał *Nocard* bacillus psittacosus. Dalsze badania bakterjologiczne nie potwierdziły badań *Nocarda* i były bardzo rozbieżne, Np. obwiniano diplococcus. streptococcus, pneumococcus i inne. Dziś zastrzeżenia względem bac. psittacosus są szczególnie poważne, gdyż drobnoustrój ten, dający się łatwo wyhodować i wyodrębnić, nie dał się jednak wykryć w ostatnich epidemjach. Inne, wspomniane drobnoustroje zdają się tylko wpływać na postać kliniczną i objawy chorobowe, będące raczej powikłaniem. Ostatnie bardziej liczne badania pozwalają na dalsze uzasadnione przypuszczanie, że chodzi tu o zarazek przesączalny.

Objawy chorobowe są następujące: nagle występujące zmęczenie, silne bóle głowy, kończyn, zwłaszcza nóg, znaczne pragnienie. zupełny

brak apetytu, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, jak uporczywe zaparcia przerywane biegunkami. Ze strony płuc występują trudności oddychania i objawy rozlanego nieżytu oskrzeli. W przypadkach lżejszych powyższe objawy trwają 8—10 dni, poczem następuje wyleczenie. W przypadkach ciężkich (niestety znacznie częstszych) ciepłota osiąga 40 — 41° C. o najwyższym poziomie rankami; tętno znacznie przyspieszone. Ze strony płuc stwierdzić można ogniska przekrwienia i zapalenia płuc, które ustępują w czasie przebiegu, przyczem pojawiają się rychło nowe ogniska: Wątroba jest często powiększona, śledziona zawsze. W moczu stwierdza się obecność białka, badanie krwi wykazuje przesunięcie obrazu *Arnetha* na lewo. Śmiertelność psittacosis dochodzi do 30% wskutek zmian płucnych i niedomogi serca. Najcięższy przebieg wykazują przypadki zarażone przez ukąszenie papugi.

Badania anatomo-patologiczne wykazują zmiany w płucach, analogiczne do grypowych zapaleń płuc, nadto stwierdzano krwotoki, zwyrodnienie włókien mięśniowych, powiększenie wątroby, śledziony i obu nerek, zwłaszcza ich warstwy korowej.

Leczenie może być tylko objawowe.

Przenoszenie choroby przez papugi nie ulega wątpliwości. U papug psittacosis objawia się postrzępieniem piór, opadnięciem skrzydeł, zamknięciem oczu, i sennością. Zwierzęta nie tykają pokarmu, pojawia się biegunka nieraz, krwawa. Śmierć następuje w 8 — 10 dni. O ile zwierzęta przeżyją chorobę, mogą być nosicielami zarazka.

CHIRURGJA.

Zaopatrzenie stawów i tkanek przystawowych w czuciowe zakończenia nerwowe i jego znaczenie w patologji stawów. R. Leriche. *La Presse Méd. Nr. 25, marzec 1930.*

Stawy i tkanki przystawowe, zwłaszcza torebka stawowa, więzadła i okostna, są równie bogato wyposażone w czuciowe zakończenia nerwowe, jak skóra na opuszkach palców. Jest to — ze względów celowości — zupełnie zrozumiałe. jeśli sobie uprzytomnić, jak skomplikowanym jest fizycznie i fizjologicznie każdy najprostszy ruch w stawie, ile tu różnych czynników regulujących wchodzi w grę dla określenia, jakie i ile mięśni ma skurczyć się dla wykonania tego ruchu i w jakim stopniu.

W związku z faktem tym wyłania się cały szereg nowych wskazówek leczniczych w leczeniu różnych schorzeń stawowych.

Owe bogate unerwienie czuciowe. o którem wyżej była mowa, dotyczy w niewielkim tylko stopniu samego stawu, a głównie — tkanek przystawowych. Dlatego też wstrzyknięcie w przypadku bólów stawowych roztworu novokainy do jamy stawowej ulgi nie przyniesie. ale wstrzyknięcie tegoż leku do tkanek przystawowych znosi ból znakomicie, przynajmniej na kilka godzin.

Na tejże drodze osiągnąć można znaczne złagodzenie bólu i przywrócenie ruchów w stawie, w którym ruchy te były uniemożliwione lub znacznie ograniczone wskutek ich bolesności, np. w wykręceniach stawów, w nieprawidłowo wygojonych złamaniach kostek, w wygojonych złamaniach wewnątrzstawowych i innych. Staw zmieniony zapalnie stara się przyjąć takie ustawienie, któreby odpowiadało jaknajwiększemu zwiotczeniu torebki stawowej, więzadeł i innych tkanek przystawowych, których napięcie i pociąganie jest zwykle bardzo bolesne; ustawienie to, zwykle nieprawidłowe, jeśli chodzi o względy statyczno-ruchowe, bywa utrwalone przez odruchowy przykurcz mięśni. Po wstrzyknięciu w tych razach do tkanek przystawowych roztworu 1/2% nowokainy ustępuje natychmiast ów przykurcz i kończynie można nadać wówczas pożądane ustawienie (np. w gruźlicy stawu — do nałożenia gipsu).

Działanie lecznicze owych wstrzyknięć jest nagół krótkotrwałe. Podobne działanie, tylko o wiele trwalsze, okazuje odnerwienie odpowiedniej tętnicy (sympaticektomja) — prawdopodobnie za pośrednictwem zmian w ukrwieniu kończyny.

Na stanie tych zakończeń nerwowych w tkankach przystawowych odbijają się również zmiany w składzie chemicznym krwi; bóle stawowe w stanach zwiększenia zawartości wapna we krwi (hyperkalcemja) tem się właśnie tłumaczą.

Schorzenia gośćcowe o pierwotnem umiejscowieniu pozastawowem (Les formes extra-articulaires de la maladie rhumatismale). Grenet. *La Presse Méd Nr. 21, marzec 1930.*

Panowało w swoim czasie przekonanie, że o gośćcu można mówić dopiero wtedy, kiedy w przypadku danym, obok ewentualnych zmian ze strony różnych narządów, mamy wyraźne zajęcie chorobowe stawów. W ostatnich latach pogląd ten uległ pewnej modyfikacji, gdyż stwierdzono niewątpliwie istnienie całego szeregu przypadków schorzeń gośćcowych, w których brak było zupełnie bólów i obrzmienia stawów, ewentualnie bóle te były nieznaczne i krótkotrwałe. Tem nie mniej natury gośćcowej tych schorzeń dowodziły: wybitnie dodatni wpływ leczniczy salicylanów, jałowość płynów tkankowych (krew, ogniska chorobowe) i, wreszcie, późniejsze powikłanie zapaleniem wsierdzia lub osierdzia.

Wśród tych pierwotnie pozastawowych postaci gośćca rozróżniamy: postać o charakterze ogólnego zakażenia i postaci trzewne.

Ogólne zakażenie gośćcowe, bez szczególnego umiejscowienia poza niewielkiemi bólami stawowemi, może przebiegać ostro (postać durowa) lub bardziej przewlekle; w tym ostatnim przypadku przebieg kliniczny przypomina bardzo gruźlicę i może spowodować odnośną pomyłkę rozpoznawczą, dopiero wynik dodatni leczenia salicylinem sodu lub ujawnienie sie z czasem zapalena wsierdzia i innych błon surowiczych wyjaśni rozpoznanie.

Schorzenia gośćcowe narządów wewnętrznych dotyczyć mogą: serca (zapalenie wsierdzia lub osierdzia), płuc i opłucnej, przełyku (bole na przebiegu przełyku przy połykaniu), wreszcie — trzew brzusznych, dając czasami obraz ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Niesłusznem jest również dawne zapatrywanie, że obecność ropienia wyłącza tło gośćcowe choroby; gdyż spostrzegano wielokrotnie ropne zapalenie stawów. opłucnej i osierdzia — pochodzenia niewątpliwie gośćcowego.

A więc, jak to widać z powyższego, zakres schorzeń gośćcowych jest bardzo szeroki, a zajęcie stawów w ich przebiegu, jakkolwiek jest objawem częstym i ważnym, tem nie mniej nie jest bynajmniej objawem stałym.

Kiłowe zapalenia pęcherza moczowego. (De la cystite syphilitique) Orofino. *Journ. d. Urologie XXIX — Nr. 1, Styczeń 1930.*

Kiła pęcherza moczowego jest schorzeniem bardzo częstem, częstszem nawet niż gruźlica. Tem nie mniej, zbyt często jeszcze jako taka nie bywa rozpoznawana, kryjąc się pod błędnem rozpoznaniem gruźlicy, raka lub banalnego nieswoistego zapalenia pęcherza. W okresie trzeciorzędnym kiły pęcherz ulega schorzeniu swoistemu bez porównania częściej, niż w okresie drugorzędnym. Objawy kliniczne bywają różnie nasilone — od nieco częstszego oddawania moczu z niewielkiem pieczeniem pod koniec urynowania, do ciągłego parcia na mocz z silnemi bólami palącemi, ropomoczem i krwiomoczem.

Przy wziernikowaniu pęcherza, w okresie zmian drugorzędnych, na śluzówce pęcherza widać cały szereg oddzielnych i zlewających się plam ciemnoczerwonych, różnokształtnych, umiejscowionych przeważnie w okolicy trójkąta pęcherzowego i nadających nieraz śluzówce wygląd marmurkowaty; w okresie zaś zmian trzeciorzędnych widzi się cały szereg owrzodzeń o brzegach ostrych i barwy szarawej, umiejscowionych zwykle zdala od ujść moczowodów (w przeciwieństwie do gruźlicy), lub też twory guzkowate o powierzchni nierównej, będące kilakami we wczesnym dosyć okresie rozwoju i przypominające swym wyglądem nowotwór złośliwy.

W dalszym swym rozwoju klinicznym kiła pęcherza moczowego może doprowadzić do przedziurawienia jego ściany i wytworzenia połączenia z jelitami, z odbytnicą lub z pochwą. W przypadkach wtórnego zakażenia pęcherza gruźlicą lub drobnoustrojami nieswoistemi właściwe rozpoznanie schorzenia może okazać się bardzo trudnem. Jednakże tam, gdzie wyraźnie podejrzewamy kiłę pęcherza, nie należy się zrażać ujemnym wynikiem odczynu *Wassermanna*, a raczej trzeba przeprowadzić próbne leczenie przeciwkiłowe, które już po kilku dniach może dać poprawę.

Leczenie kiły pęcherza polega jedynie na przeprowadzeniu leczenia swoistego, z dodaniem środków miejscowo odkażających.

Urazowe pęknięcia nerek przy zachowaniu ciągłości powłok skórnych (Ruptures sous-cutanées des reins), Epstein. *Journ. d Urologie XXIX — Nr. 1 styczeń 1930.*

W obecnej dobie znacznego rozwoju przemysłu, lokomocji mechanicznej i sportu — podskórne obrażenia nerek zdarzają się dosyć często. Autor spostrzegał w oddziale swym za ostatnie parę lat osiem tego rodzaju przypadków. Czynnikiem urazowym był tutaj: wypadek samochodowy, kolejowy, tramwajowy, upadek z wysokości i uderzenie kijem. W mechanizmie chorobotwórczym gra dużą role stan ukrwienia nerek i pozostające w związku z nim ich wewnętrzne ciśnienie hydrauliczne.

Co do obrazu klinicznego — zaznaczyć przedewszystkiem należy, że nasilenie objawów klinicznych nie zawsze idzie w parze z rozległością zmian anatomo-patologicznych. Do zasadniczych objawów należą tu: krwiomocz, powstanie guza w miejscu danej nerki, bóle miejscowe, odruchowe napięcie mięśni, wstrząs nerwowy i ewentualne objawy otrzewnowe.

Zastosowanie takiego czy innego leczenia zależy zawsze od danego przypadku. W przypadkach najcięższych — wskazanem będzie natychmiastowe wyjęcie nerki uszkodzonej; jeśli jednocześnie stwierdza się obrażenie narządu wewnątrzotrzewnowego (śledziona!), należy zacząć operację od otwarcia brzucha i ewentualnego opanowania ogniska urazowego w otrzewnej, poczem dopiero wyjmuje się nerkę — przezotrzewnowo lub z cięcia lędźwiowego. W przypadkach średnich i lekkich (wylew krwawy do otoczki tłuszczowej nerki) wskazanem jest postępowanie wyczekujące, które pozwoli tymczasem na dokładniejsze zbadanie chorego zapomocą wziernikowania pęcherza zwykłego i barwnego i na dokładniejsze sprecyzowanie wskazań do zabiegu operacyjnego. Jednakże zaznaczyć należy, że wśród tych przypadków nieoperowanych w 25% powstają w następstwie

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.

urazu zrosty dookoła nerki, miedniczki i moczowodu, powodujące z czasem mniej lub więcej znaczne zaburzenia czynnościowe (zagięcia moczowodu!), które dają z kolei wskazania do odpowiednich zabiegów operacyjnych — tym razem już „na zimno".

Nowy sposób badania radjologicznego dróg moczowych (Nouveau procédé d'exploration radiologique des voies urinaires). Pasteur, Vallery-Radot. Dalsace, Nemours-Auguste i Dérot. *La Presse Méd. Nr 23, marzec 1930.*

Cholecystografja utorowała drogę analogicznej metodzie w odniesieniu do dróg moczowych. Zaczęto próbować wprowadzania dożylnego, a później i doustnego, różnych związków jodowych, które przechodziły następnie do moczu, czyniąc drogi moczowe nieprzezroczystemi dla promieni Roentgena i umożliwiały w ten sposób ich zdjęcie dokładne. Podanie środka doustne umożliwiało następowo zdjęcie jedynie tylko pęcherza moczowego, zaś dla otrzymania obrazu nerki i moczowodu koniecznem się okazało jego wprowadzenie dożylne.

Ostatnio *v. Lichtenberg* i *Swick* zaproponowali stosowanie w tym celu „uroselektanu" to jest soli sodowej pirydyny, zawierającej poza tem 42% jodu w związku organicznym. Środek ów podaje się wyłącznie dożylnie, gdyż doustnie źle jest znoszony, w ilości 100 cm³ 40% roztworu wodnego, przyczem najpierw wstrzykuje się 40 cm³, a po 3 minutach — pozostałe 60 cm³. Pierwsze zdjęcie robi się w 15 minut od końca wstrzykiwania, drugie — po 45 minutach i trzecie — po 75 minutach. Wszystkie zdjęcia dają dokładny rysunek całego przewodu moczowego — kielichów, miedniczki, moczowodu i pęcherza. U osobnika zdrowego wydzielanie uroselektanu osiąga swoje najwyższe nasilenie w ciągu pierwszych dwu godzin.

Sposób ten może również służyć jako próba czynnościowa nerek, gdyż przy ich niedomodze obraz rentgenologiczny otrzymuje się późno — w 6 godzin, 24 godziny, a nawet 36 godzin po wstrzyknięciu uroselektanu. Przy wyeliminowaniu nerki anatomicznem lub czynnościowem obrazu rentgenologicznego nie otrzymamy wcale. Objawów ubocznych — poza rzadko zresztą występującemi bólami głowy, mdłościami, wymiotami i bólami pęcherza — nie bywa.

Autorowie pracy niniejszej wyprobowali ów sposób na zwierzętach i na ludziach i przyszli do wniosków mniej więcej tych samych, co v. *Lichtenberg i Swiek*. Ciśnienie krwi po wstrzyknięciu uroselektanu nie podlegało żadnym wahaniom, tętno się nieco przyspieszało, zresztą tylko na krótko. Poza tem określali autorowie ilościowo jod w moczu, oddawanym po wstrzyknięciu uroselektanu, i przekonali się, że w warunkach prawidłowych $^9/_{10}$ całej ilości wprowadzonego środka zostaje wydzielone w moczu w ciągu pierwszych 8 godzin po wstrzyknięciu. Reasumując wyniki swych badań, autorowie stwierdzają, że sposób badania rentgenologicznego dróg moczowych zapomocą wstrzykiwań dożylnych uroselektanu daje bardzo dobre wyniki — otrzymuje się wyraźny obraz miedniczki, moczowodu i pęcherza — i unika się w ten sposób niezawsze łatwego do przeprowadzenia cewnikowania moczowodów. Poza tem metoda ta pozwala na wyciąganie wniosków co do wydolności czynnościowej nerek, uwzględniając, mianowicie, szybkość wystąpienia cienia na kliszy rentgenowskiej i szybkość wydzielania się wprowadzonego z uroselektanem do ustroju jodu.

Trudności techniczne, napotykane w przebiegu operacji z powodu wrzodu trawiennego, powstałego po zespoleniu żołądkowojelitowem (Difficultés techniques des operations pour ulcus peptique gastro-jejunal). Baillis i Folliasson. *Le Journ Méd. Français Nr. 1, Styczeń 1930.*

Operacje te należą do najtrudniejszych technicznie w chirurgji żołądka, gdyż chorzy tacy zwykle przebyli już uprzednio 2 — 3 i więcej zabiegów operacyjnych na żołądku i narządach sąsiednich, zmieniających znacznie topografję okolicy powyższej; następnie — są to osobniki znacznie wyniszczone, o zmniejszonej oporności operacyjnej, którzy zostają pomimo to poddani zabiegowi trudnemu i długotrwającemu. Wreszcie, miejscowo chirurg napotyka na tkanki zakażone, nacieczone, kruche, krezka poprzecznicy tworzy wraz z żołądkiem, pętlą jelita zespolonego i poprzecznicą jeden guz zapalny, a sam wrzód przechodzi czasami i na ścianę poprzecznicy, doprowadzając do połączenia jej światła ze światłem żołądka i jelita czczego. Wszystko to czyni zadanie operującego bardzo trudnem. Uwzględniając cel bezpośredni zabiegu, jakim jest wycięcie wrzodu, i cel dalszy — zabezpieczenie przed nawrotem, należy uważać za metodę z wyboru rozległe wycięcie odźwiernika i części przyodźwiernikowej (gastro-pylorectemia). Jakkolwiek mechanizm powstawania wrzodu trawiennego w następstwie zespolenia żołądkowo-jelitowego jest jeszcze ciemny, tem nie mniej dwa fakty z tej dziedziny są niewątpliwe: pierwszy — kwasota żołądka po operacji wycięcia części przyodźwiernikowej zmniejsza się wyraźnie; drugi po operacji tej wrzód trawienny występuje bardzo rzadko.

W przypadku wrzodu trawiennego żołądkowo-jelitowego (ulcus pepticum gastro-jejunale) technika zabiegu będzie się przedstawiać następująco: uwolnienie pętli jelita czczego w miejscu zespolenia i zaszycie otworu w kiszce szwem poprzecznym, ewentualnie, wycięcie zupełne danego odcinka kiszki i następne zespolenie koniec z końcem: poczem uskutecznia się rozległe wycięcie żołądka ($^2/_3$ do $^3/_4$) z połączeniem obu odcinków przewodu pokarmowego według *Kochera, Haberera, Finneya'a, Moynihana, Cuneo. Finstercra* lub innych.

W przypadku wrzodu trawiennego obejmującego i poprzecznicę (ulcus pepticum gastro-transverso-jejunale), po zaopatrzeniu pętli jelita czczego i wycięciu żołądka według *Kochera* lub *Finsterera*, należy zaszyć otwór w poprzecznicy z następowem wyłonieniem tej jej części nazewnątrz, lub wyciąć dany odcinek poprzecznicy z wszyciem obu otworów w skórę; celowem będzie również wytworzenie czasowej przetoki kałowej z kątnicy dla odciążenia części okrężnicy zeszytej.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Leczenie raka rozwijającego się na bliznach pochwowych po całkowitem wycięciu macicy. (Traitement des cancers développés sur cicatrices vaginales après hystèrectomie totale). Hartmann H., Fabre S. Dubois-Roquebert. *Gynecologie et Obstetrique Nr. 1, T. X.*

Wśród 36 chorych, które zgłosiły się do przychodni kliniki chirurgicznej w Szpitalu Hotel Dieu w Paryżu z powodu raka rozwijającego się w bliźnie pochwowej po całkowitem wycięciu macicy zakwalifikowano do leczenia 26, dziesięć pozostałych wyłączono z powyższego materjału z powodu dużych guzów brzusznych, z powodu zajęcia pęcherza, stanu charłactwa daleko posuniętego, ewent. rozległości zmian chorobowych u osób już leczonych radem czy Roentgenem w innych szpitalach.

Z wyżej wspomnianych 26 u 17 zastosowano tylko rad, u 7 tylko promienie Roentgena, a u 2 obydwie wymienione metody lecznicze.

Najlepsze wyniki uzyskano w grupie pierwszej i to w tych przypadkach, gdzie nowotwór występował tylko w postaci owrzodzenia w szczycie kopuły pochwowej nie powodując głębszych nacieków; te ostatnie, zwłaszcza występując w więzadłach szerokich, są objawem złym i złe dającym rokowanie.

Z 17 przypadków wchodzących do I grupy 7 skończyło się zejściem śmiertelnym po 5, 6, 8, 9, 15 i 18 miesiącach, jedna zaś z chorych, dwukrotnie leczona radem, czuła się dobrze przez 4 lata, poczem wystąpił nawrót i śmierć po 6 l. i 2 mies. od chwili pierwszej kuracji. Pozostałe 10 chorych żyje dotychczas; od kuracji upłynęło 6 mies., 1 rok, rok 2 miesiące, 1 r. 7 mies., 2 l. 4 mies., 3 l. 4 miesiące, 5 l., 5 l. 2 mies., 6 l. 2 mies., 6 l. 3 mies. Jak widać z tego wykazu 4 chore uważać można za definitywnie wyleczone, gdyż okres ich zdrowia trwa ponad 5 lat.

Do grupy II ej leczonej wyłącznie promieniami Roentgena włączono chore, które wykazywały tylko nacieki nowotworowe głównie w więzadłach szerokich, śluzówka zaś była nienaruszona. Wyniki są złe w tej grupie skoro tylko jedna chora żyje dotychczas, i to dopiero 2 lata od chwili leczenia.

Wreszcie w grupie trzeciej leczonej obydwoma metodami znajdują się zaledwie 2 chore, u których stwierdzono tak nacieki, jak owrzodzenia śluzówki. Z nich tylko jedna czuje się dobrze po 18 mies., druga już po 6 mies. wykazuje nawrót nowotworu. Reasumując: wczesne rozpoznawanie choroby w chwili, kiedy ogranicza się ono tylko do śluzówki, pozwala na uzyskanie stosunkowo dobrych wyników przy zastosowaniu radu.

Leczenie wyciągami gruczołu piersiowego stanów przekrwienia międzymiesiączkowego. (L'opothérapie mammaire dans le traitement des congestions intermenstruelles). Pierra L. M. *Gynécologie et Obstetrique I. XX, Z. 5.*

Autor stosował z dobrym skutkiem w 200 przypadkach leczenie wyciągami gruczołu piersiowego w celu zwalczania objawów i skutków przekrwienia narządu rodnego, występującego w okresie międzymiesiączkowym zazwyczaj na 14 — 15 dzień po początku miesiączki.

Objawy chorobowe polegały na przykrem uczuciu ciążenia ku dołowi w krzyżu i w dole brzucha, powiększonych upławach śluzowo-ropnych, a nawet niekiedy na mniejszym lub większym plamieniu.

Badanie zestawione wykrywa w tym czasie przejściowe powiększenie macicy, jej tkliwość, a w większym jeszcze stopniu powiększa się jajowód i jajnik. Szczyt osiągają te objawy zazwyczaj na 14 — 15 dzień od pierwszego dnia menstruacji, co odpowiada, jak przypuszczają, pękaniu pęcherzyka *Graafa*.

Postać w jakiej podaje się gruczoł piersiowy (proszek czy wyciąg do injekcji) nie gra dużej roli w działaniu leczniczem. Dawki powinny być dość duże bo 1, 2, 3 do 4 gramów suchej substancji dziennie i to w każdym okresie międzymiesiączkowym, poczynając od 11 — 20 dni od początku miesiączki. W wyniku obserwował autor wybitną poprawę (jakkolwiek przejściową) w $^9/_{10}$ ogólnej liczby przypadków.

W sprawie homoplastycznego przeszczepu jajnika. (Sur la question de la greffe homoplastique ovarienne). Gambarow G. *Gynéc. et Obstétr. T. XX, Nr. 6.*

Autor wykonał w 18-tu przypadkach przeszczepienie jajnika z jednej kobiety do drugiej w celu wzmocnienia lub zastąpienia czynności jajnikowej.

Dalsza obserwacja udała się tylko w 9 przypadkach i z nich też autor daje sprawozdanie. Niestety wyniki bynajmniej nie potwierdzają optymizmu niektórych autorów, gdyż zaledwie w jednym przypadku uzyskano przejściową poprawę miesiączkowania; w innych poprawa była albo b. nieznaczna, albo też jej nie było wcale.

Pomimo to jednak autor sądzi, że wobec zupełnej beznadziejności organoterpji jajnikowej należy próbować w niektórych przypadkach omawianej metody, która jednakowoż niekiedy, choć w rzadkich przypadkach, daje poprawę ciężkich dolegliwości wypadania funkcji jajników.

W sprawie rozpoznania biologicznego wczesnej ciąży. (A propos du diagnostic biologique précoce de grossesse). Brouha L., Hinglais H. et Simonnet *Gynecol. et Obstetr. T. XX, Nr. 5.*

Wobec trudności uzyskania zawsze w potrzebnej chwili dostatecznej ilości myszek białych, samiczek o odpowiedniej wadze, jak również ze względu na uciążliwość rozpoznania według *Zondeka* i *Aschheima* postanowili autorowie (*Brouha, Hinglais, Simonnet*) wypróbować młodych i dojrzałych samców (białe myszki) jako zwierzęta doświadczalne.

Mocz osób ciężarnych w pierwszych miesiącach ciąży wstrzykiwany niedojrzałym samcom (białym myszkom) o wadze 7—10 gr. w dawkach 0,1—0,6 cm³ codzień przez 6—10 dni wywoływał nieznaczne przyspieszenie w rozwoju jąder i bardzo znaczny wzrost gruczołów dodatkowych wystających do jamy otrzewnej i wypełnionych białawą wydzieliną. Wzrost tak jąder; jak i gruczołów dodatkowych stwierdza się zapomocą wagi tychże. Przy dawce codziennej wynoszącej np. 0,4 cm³ gruczoły dodatkowe ważą 63 mlgr. zamiast 17 — u zwierzęcia kontrolnego.

Podobnie na samców dojrzałych wagi 20—25 gr. wstrzykiwanie moczu ciężarnych działa w kierunku przerostu gruczołów dodatkowych (naprz. przy dawce 0,5 cm³ codzień do 312 mlgr., zamiast 114).

Bóle głowy w czasie ciąży pochodzenia przysadkowego. (Doniesienie tymczasowe). (Cephalées d'origines hypophysaire pendant la grossesse). Olascoaga D.M. *Gynecologie et Obstetr. T. XX, Nr. 6.*

Biorąc pod uwagę powiększenie przysadki mózgowej w czasie ciąży, jak również wzmożenie jej czynności fizjologicznej, autor pragnie odnieść bóle głowy występujące w czasie ciąży do tego gruczołu o wydzielaniu wewnętrznem. Na poparcie swego przypuszczenia autor przytacza kilka obserwacji, w których dokładne badanie wyłączyło z pewnością inne przyczyny omawianej dolegliwości, a z drugiej strony leczniczo znakomicie działa podanie 3 razy dziennie suchego wyciągu przedniego płata przysadki mózgowej po 0,15 na dawkę.

W dwu przypadkach wykonana radiografja nie wykazała powiększenia siodełka tureckiego; nie zaprzecza to bynajmniej, zdaniem autora, istnieniu związku pomiędzy bólami głowy, a przysadką mózgową, które to zmiany mogą być nie anatomiczne, ale czysto fizjologiczne.

Krwawienie pępkowe noworodków. (Hemorragies ombilicales du nouveau-né). Baron P. *Gynécologie et Obstetr. T. XX, Nr. 6.*

Powodem krwotoków, względnie krwawienia, z pępka noworodka bywa najczęściej albo bezpośrednio krwawienie ze źle podwiązanej pępowiny, albo późne krwawienie na tle zmian zakaźnych w pępku.

W dwu obserwowanych przez autora przypadkach nie miał miejsca żaden z wymienionych typów krwawienia; pępowina podwiązana była bez zarzutu, a krwotok, który rozpoczynał się w 12—24 godzin po porodzie, pochodził z głębi wgłębienia pępkowego, z miejsca przyczepu pępowiny do skóry.

Leczniczo zastosował autor w obydwu przypadkach podwiązanie dookoła miejsca przyczepu pępowiny do skóry zapomocą szwu kapciuchowego z nitki lnianej, wykonanego po uniesieniu mocno ku górze dna wgłębienia pępkowego.

Wynik był znakomity w obudwu przypadkach, krwawienie ustało natychmiast i dzieci nadal były zdrowe, a jedno z nich liczy 3 lata.

Etjologicznie przypusza autor nadmierną kruchość naczyń pępowiny, jako wadę urodzoną.

W sprawie leczenia zakażeń macicy i jej przydatków zapomocą „szczepienia domiednicowego" (Du traitement des infections utéro-annexielles par la pelvi-vaccination). Louvel J. *Rev. Franc, d. Gynec. et d'Obstetr. T. 25, Z. 1.*

Autor zaleca stosowanie szczepionek i obcego białka w injekcjach do mięśnia części pochwowej macicy. Po uchwyceniu we wziernikach kulociągiem przedniej wargi wkłówa autor z boku od linji środkowej krótką (2 cm. długości) i cienką igłę, i wprowadza powoli $^1/_4$—1 cm^3 propidonu lub $^1/_2$—2 cm^3. 5%-go rozczynu nukleinianu sodu. Ten sposób wprowadzania środków leczniczych ma działać energiczniej i skuteczniej z tego względu, że trafia wprost do układu żylnego, wyprowadzającego krew na boki z obydwu połów macicy i oblewającego obustronnie przydatki. Dlatego też nazywa autor ten sposób injekcji szczepieniem domiednicowem, gdyż ma ona działać wybiórczo na narządy miednicy małej.

(Sposób zalecany przez autora jest szeroko przyjęty i propagowany przez cały szereg lekarzy i nie stanowi nic nowego w lecznictwie. Przypomnienie jednak tego cennego sposobu szczepienia wydaje się być rzeczą wartościową — przyp. refer.).

Badanie nad florą bakteryjną nabłonia-ków szyjki macicy. Jej znaczenie dla leczenia radem. (Etude de la flore microbienne des epitheliomas du col uterin. Son importance pour la radiotherapie). Vinzent R., Monod O. *Gynec. et Obstetr. T. XX, Nr. 6.*

Badania swe przeprowadzili autorowie w Instytucie Radowym, (dyr. prof. *Regaud*) na 116 przypadkach.

Flora bakteryjna przed założeniem radu składała się z paciorkowców hemolitycznych, z pałeczek *Friedländer'a*, z pałeczek przypominających błonicze i z gronkowców.

Z chwilą założenia radu lub zastosowania leczenia w postaci naświetlania dużemi dawkami radu z zewnątrz (telecurie therapie) flora bakteryjna rozwija się znacznie tak ilościowo, jak pod względem wzrostu jadowitości i złośliwości.

Jeśli oddzielnie rozpatrywać grupę przypadków, w których doszło do powikłań, to okazuje się, że najczęściej stwierdzanym drobnoustrojem jest paciorkowiec hemolityczny.

Próby profilaktycznego stosowania bądź to przesączów bakteryjnych, bądź zawiesin drobnoustrojów zabitych zapomocą ciepła nie dały wyników stałych, ani pewnych. Tak więc ważna sprawa zapobiegania i leczenia zakażeń w czasie stosowania radu nie została jeszcze, jak dotąd, rozwiązana w sposób zadawalający.

Niedrożność jajowodów i rodzaj przebytego zapalenia. (Les obturations et les infections salpingiennes). Bèclère C. *Gynècologie et Obstetrique T. XX. Nr. 5.*

Autor twierdzi na zasadzie swego materjału 114 przypadków niepłodności, badanych zapomocą salpingografji, że 70% przypadków wykazywało zupełną niedrożność jajowodów, z pozostałych 30% zaledwie 13% miało jajowody zupełnie drożne, w pozostałych 17% — drożność była zmniejszona.

Zestawienie z przebiegiem klinicznym przebytych stanów zapalnych jajowodów wykazało, że zapalenia przebiegające od początku w sposób ostry dają zniszczenie śluzówki trąbki na dużej przestrzeni i wywołują całkowitą i nienadającą się do operacji niedrożność, natomiast zapalne stany od początku przebiegające łagodnie powodują zarośnięcie tylko na małym odcinku trąbki, najczęściej na końcu brzusznym jajowodu; wynikła z tego niedrożność, daje się opanować operacyjnie i rokuje więcej nadziei i powodzenia.

Badania kliniczne i anatomo-patologiczne nad mięśniakami macicy. (Etude clinique et anatomo-pathologique des fibromyomes uterins). Morosowa, Saweliewa. *Gynécol.et Obstètique, T. VX, Nr. 6.*

Obserwacje autorek dotyczą 252 przypadków, spostrzeganych w klinice prof. *Serdukoffa* w czasie od r. 1922 do 1928: oto ważniejsze wnioski autorek:

1) czynnikami etjologicznemi są: konstytucja, zaburzenia równowagi wydzielania wewnętrznego, zaburzenia w krążeniu krwionośnem i chłonnem, przewlekłe stany podrażnienia narządu rodnego;

2) w postaciach podsurowiczych i śródmiąższowych mięśniaków występuje obfite miesiączkowanie w 45 — 47% przypadków;

3) wpływ coitus interruptus na powstawanie mięśniaków nie jest udowodniony;

4) niepłodność występuje najczęściej w obecności mięśniaków podsurowiczych i śródmiąższowych (21 — 29%);

5) poza powikłaniami w postaci zwyrodnienia rakowatego, mięsakowatego i naskutek martwicy pamiętać należy o adenomyosis; powikłanie to utrudnia niekiedy rozpoznanie, a leczniczo nadaje się raczej do usunięcia operacyjnego;

6) leczenie operacyjne daje 1,3% śmiertelności;

7) prawie w połowie przypadków obok macicy mięśniakowatej spotyka się schorzałe zapalnie przydatki.

Próba określenia stanu szyjki macicy, zwanego przedrakowym. (Essai d'interprétation de l'etat dit prècancereux du col de l'utèrus). Keller R., Van de Vyver. *Gynécol. et Obstétr. T. VX, z. 6.*

Wychodząc z założenia, że stanem przedrakowym nazwać należy taki stan, w którym występują pewne określone zmiany anatomo-patologiczne, nie będące jeszcze rakiem, ale pozwalające na rozpoznanie zbliżającej się choroby — autorowie poszukiwali krytycznie tak w swoim materjale, jak w literaturze omawianych stanów,.. i nie znaleźli. Twierdzą oni, że obrazy mikroskopowe opisywane dość często w literaturze i uważane za stany przedrakowe są w istocie już początkowemi okresami raka i jako takie winny być rozpoznawane. Na poparcie swego poglądu przytaczają autorowie opisy i rysunki swych przypadków, gdzie rozpoznanie wahało się pomiędzy gojącą się nadżerką, a nowotworem złośliwym. W niektórych przypadkach trudności diagnostyczne bywają olbrzymie tem nie mniej, jak dotąd, nigdzie poza badaniem mikroskopowem wycinka pewniejszej odpowiedzi uzyskać nie można, bo ani klinika, ani badanie chemiczne tkanki (na wytwarzanie glikogenu przez komórki) nie wnoszą nic decydującego. W przypadkach wątpliwych należy wycinki pobierać kilkakrotnie w odstępach 1 — 2 miesięcznych. Skrobanie powierzchni miejsc podejrzanych jest metodą bezporównania mniej pewną.

Rzadki przypadek późnego uszkodzenia po leczeniu radem. (Un cas rare de sequelles tardives apres radiumtherapie). Rullé P. *Gynéc. et, Obstétr. T. XX, Nr. 6.*

Autor opisuje drugi w piśmiennictwie przypadek późno występującej przetoki pęcherzowo-pochwowej po leczeniu radem, aplikowanym per vaginam, Od chwili pierwszej aplikacji upłynęło blisko 7 lat od ostatniej — lat 6. Oprócz wspomnianej powyżej przetoki pęcherzowo-pochwowej, zauważono również wązką przetokę odbytniczo-pochwową.

Tak więc późne skutki leczenia radowego nie dadzą się przewidzieć, skoro nawet po 7-miu albo 8-miu (przypadek *Heidlera*) latach spotkać się możemy z tak poważnym powikłaniem, jak wyżej opisane.

Jeśli przypomnimy sobie, że po 5 latach zaledwie około 20% chorych leczonych radem żyje jeszcze, to dojdziemy do wniosku, że wytwarzanie się przetok nie jest stosunkowo tak bardzo rzadkie, zwłaszcza, że cały szereg wcześniej występujących tego rodzaju powikłań wogóle nie dochodzi do piśmiennictwa. *T. Zawodziński.*

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Zapobieganie kile. (Prophylaxie de la syphilis). L. Fournier. *Paris Médical — Nr. 2, 1930.*

Autor, wychodząc z założenia, że kiła jest zaraźliwą tylko w ciągu pierwszych 3-ch do 4-ch lat po zakażeniu, zwraca szczególną uwagę na ten okres schorzenia. Oprócz akcji społecznej, tyczącej się zapobiegania kile, ważnem jest również zapobieganie przy pomocy środków chemicznych. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że stosując takie preparaty lecznicze, jak rtęciowy i bizmutowy, możemy doprowadzić ustrój do tego stanu, że nie będziemy go mogli zakazić krętkami. Osiągniemy to wtedy, kiedy ustrój będzie do pewnego stopnia nasycony środkiem leczniczym, kiedy pewna ilość ściśle określona metalu impregnować będzie 1 gram wysuszonej substancji nerkowej zwierzęcia, stosując tylko pewne preparaty, gdyż zawolno wsysane i za szybko wydalane nie pozwolą nam nigdy osiągnąć tego minimum nasycenia.

Co się tyczy zapobiegania miejscowego, to powszechnie stosowanem środkiem przed stosunkiem płciowym u mężczyzn jest maść kalomelowa, po stosunku obmywania roztworem Hg. oxycyanatum. U kobiet ze względu na rozległość powierzchni, z której mogą się resorbować stosowane środki, można zalecić tylko przepłukiwania 1‰ roztworem Hg. oxycyan.

Szereg doświadczeń na ludziach i zwierzętach, jak również liczne obserwacje kliniczne wykazały duże znaczenie zapobiegawcze preparatów novarsenobenzolowych i stovarsolu. Znane są przypadki, że już jednorazowy zastrzyk novarsenob. 0,6 zapobiegał zakażeniu organizmu ludzkiego krętkami, które wszczepiono sztucznie lub zakażeniu drogą naturalną. Podawanie stovarsolu w przypadkach przypuszczalnego zakażenia kiłą ma duże znaczenie w zapobieganiu, zwłaszcza u ciężarnych. W końcu poleca autor energiczne leczenie kiły jaknajwcześniej, jako jeden z najważniejszych sposobów uczynienia kiły niezaraźliwą.

Nietypowa łuszczyca i łuszczycowate parakeratozy. (Psoriasis atypique et parakeratoses psoriasiformes). H. Gougerot, P. Blum. *Paris Médical 1930, Nr. 3.*

Autor zalicza parakeratotyczne zmiany łuszczycowate do t. zw. nietypowych postaci łuszczycy, a swoje zapatrywania popiera następującemi spostrzeżeniami.

1. Łuszczycowate zmiany parakeratotyczne na skórze, utrzymujące się niekiedy miesiące i lata przekształcają się czasem nagle w typowe wykwity łuszczycowe.

2. Często spotyka się u tych samych chorych pojedyńcze stare tarczki łuszczycy np. na łokciach i kolanach i świeży wybuch uogólnionych wykwitów parakeratotycznych.

3. Niekiedy pojedyńcze z licznych wykwitów parakeratotycznych przekształcają się w typowe wykwity łuszczycy.

4. Zdarza się również, że w miejscu wykwitów łuszczycy, po prawie zupełnym ich ustąpieniu powstają zmiany parakeratotyczne.

Autor przytacza opis kliniczny dwuch przypadków. W pierwszym obok starych tarczek łuszczycowych na kończynach dolnych, istniały świeże wykwity parakeratotyczne na całym ciele. W drugim uogólnione wykwity parakeratotyczne, po trzymiesięcznym trwaniu przekształciły się na kolanach i biodrach w typowe wykwity łuszczycowe.

Liszaj płaski w jamie ustnej. (Le lichen plan buccal). Pierre Fernet. *Paris Médic. 1930 Nr, 3.*

Wykwity liszaja płaskiego w jamie ustnej spotyka się prawie w połowie przypadków tego schorzenia na skórze. Zmiany te bywają bardzo często rozpoznawane jako kiłowe i zdarza się niejednokrotnie, że leczy się je lekami specyficznemi, przeciwkiłowemi.

Najczęściej umiejscawiają się wykwity liszaja na wewnętrznych powierzchniach policzków, dalej na języku, zwłaszcza na jego grzbiecie, rzadko spotyka się na dziąsłach i migdałkach. Często wykwity są symetryczne. Rozróżnia się trzy postacie liszaja

płaskiego w jamie ustnej; siatkowatą, plackowatą i obrączkową. Dla wszystkich tych trzech postaci znamienne jest białawe wejrzenie, nieznaczna wyniosłość wykwitow i delikatne, zaledwie widoczne drzewkowate wypustki. Postać wrzodziejąca jest nadzwyczajnie rzadka i zawsze obok owrzodzeń znajdują się wykwity typowe, nie owrzodziałe. Rozpoznanie różniczkowe liszaja i kiły jest łatwe, jeżeli weźmiemy pod uwagę okrągławy kształt, wejrzenie szarawe, łatwe krwawienie, głębsze naciecze-nie, bolesność i większy odczyn zapalny wykwitów kiłowych. Leucokeratosis odróżnia sie znaczną twardością wykwitów, wyraźniejszą białą barwą, połyskiem, ponadto zwykle istnieją inne zmiany kiłowe w jamie ustnej. Lupus erythematosus, o ile pojawia się na śluzówkach jamy ustnej, wykazuje zawsze obecność miejsc zanikowych, otoczki zapalnej i sprawia dolegliwość.

Rozpoznanie liszaja płaskiego w jamie ustnej ułatwia znacznie rozpoznanie wczesnych okresów liszaja na skórze, co jest nieraz bardzo trudne, gdyż liszaj płaski na skórzę przybiera czasem w swoich okresach początkowych wejrzenie zwykłej tarczki parakeratotycznej lub nawet łuszczycowej. Nakoniec należy zwrócić uwagę na niejednokrotne pojawienie się liszaja płaskiego w przebiegu leczenia kiły preparatami arszenikowemi. Leczenie polega na częstem płukaniu jamy ustnej słabemi roczynami kal. hyperm. lub naturalnemi wodami zasadowemi (*Soint-Christan*). Stosowanie środków żrących pogarsza stan chorobowy, radioterapja jest zwykle bezskuteczna i trudna do zastosowania, *Hudelo* i *Rabut* stosowali w tych przypadkach cryoterapję i uzyskali kilka dobrych wyników, jakkolwiek należy zauważyć, że ten zabieg bolesny w takich razach stosuje sie w schorzeniu dobrotliwym, nie sprawiającym żadnych dolegliwości i zwykle mało rozległym. Leczenie novarsenobenzolem, acetylarsanem jest wskazane w przypadkach, w których istnieją równocześnie zmiany na skórze, chociaż, jak już wspomniano, leki te mogą niekiedy ułatwić wybuch wykwitów.

Dysidrosis (Les Dysidroses) G. Garnier. (*Paris Medicol, 1930 Nr. 3*).

Dysidrosis nie jest jednostką chorobową, jest tylko objawem w przebiegn wielorakich spraw i można wyróżnić następujące grupy przypadków, przebiegające z dysidrozą. Nazwa pochodzi stąd, że początkowo przypuszczano istnienie potu w pęcherzykach. Tego jednak nie udowodniono,

1. Dysidrosis simplex: schorzenie spotykane przeważnie u osobników młodych wybitnie swędzące, nasila się lub wyłącznie pojawia sie w gorącej porze roku, polega na występowaniu licznych drobnych pęcherzyków w głebokich warstwach naskórka, wypełnionych płynem przezroczystym. Najczęściej dotknięte są boczne powierzchnie palców rąk, potem dłonie, czasem grzbiety rąk. Schorzenie zajmuje niekiedy i stopy. Zwykle pęcherzyki zasychają szybko, nie pękając. Ze względu na przebieg kliniczny rozróżnia się: postać zlewającą się, suchą, recydywującą. Etjologja do dzisiaj nie jest zupełnie jasna. Podejrzewa się istnienie w tej grupie 3-ch odmian w zależności od etjologji. a) *Dysidrosis parasitaria*, odmiana przypuszczalnie najczęstsza. W łuskach i w płynie z pęcherzyków znajdowano nitki grzybni z grupy epidermophyton, niektórzy znajdowali trichophyton, inni drożdże. W tej odmianie należałoby stosować leczenie przeciwpasorzytnicze, co się też najczęściej robi, o ile nie można znaleźć innej pewnej przyczyny. c) *Kiła*, najczęściej wrodzona, pomiędzy wieloma dystrofi cznymi stygmatami może również wywołać dysidrosis. Zgodnie z tym przypuszczeniem znane są przypadki wyleczenia przy pomocy leków specyficznych przeciwkiłowych. Kiła nabyta rzadziej wywołuje dysidrosis. c) Istnienienie dysidrosis medicamentosa, jak niektórzy przypuszczają, jest rzeczą wogóle wątpliwą. Jedyny dowód istnienia takiego schorzenia, mianowicie zaostrzenie objawów po zastosowaniu niektórych leków, nie jest dostateczny.

2. Drugą grupę stanowi *dysidrosis secundaria infectiosa*. Obraz kliniczny tego schorzenia różni się niekiedy tylko odmiennym wejrzeniem płynu w pęcherzykach, nieco mętniejszym, żółtawym. Czasem współistnieją typowe krosty, a zwykle można wykazać obecność ropienia na dłoniach. Czynnikiem chorobotwórczym jest w tych przypadkach paciorkowiec, łatwo dajacy się wyhodować z płynu, często towarzyszy mu gronkowiec. Obok pęcherzyków i krost w tym schorzeniu często znajdujemy obrzękowe rumienie i łuszczenie.

3. Trzecią grupę stanowi *eczema dysidrosiformis*. Jest to tylko jedna z wielu postaci wyprysku. Pęcherzyki są różnej wielkości, umiejscowienie nie tak typowe, na dalszych częściach kończyn i na tułowiu często znajdują się zmiany wypryskowate.

Leczenie; w dysidrosis parasitaria polega na codziennem stosowaniu rozcienczonej (1%) jodyny lub roztworu 1% acid. chryzophan. w chloroformie. Ten drugi środek barwi paznokcie i drażni spojówki. Stopy poleca autor ponadto kąpać w słabym roztworze kal. hyperm. Po kilku dniach takiego leczenia dobrze jest zastosować maść woskową z dodatkiem 5% ichtyolu. Schorzenie jest wysoce uporczywe i skłonne do nawrotów. Jako ostateczny środek stosuje się zwykle radjoterapję. Dysidrosis infektiosa wymaga leczenia, jak w ropnych schorzeniach skóry; okłady pod ceratką z wody Alibour'a (30%) lub pędzlowanie 0.25% roztworem alkoholowem gentian-violet i methyl-vert w równych częściach, później 5% maść hydrarg. pr. flav. W eczema dysidrosiform, leczenie jak w wypryskach; w okresie ostrym unikać należy wszelkich środków drażniących, w okresie przewlekłym stosować; arg. nitr. i pastę ichtyolową (20%).

Początek zgorzeli skóry. (Le bacille de la gangrène cutanée) G. Milian. *Paris mèd. 1930 Nr 3).*

Bacilllus gangrenae cutis wykazuje morfologiczną budowę podobną do prątka *Ducrey'a*, w środku jasny, na końcach silnie barwiący się, krótki lub dłuższy, czasem nawet nitkowaty, Gram-ujemny, barwi się łatwo barwikami zasadowemi. Rośnie łatwo na wszystkich pożywkach, hemolizy nie wywołuje. Często towarzyszy mu paciorkowiec. który mu toruje drogę. Drobnoustrój ten wywołuie następujące kliniczne postacie zgorzeli. 1. *Piorunująca zgorzel* organów płciowych zewnętrznych zdarza się tak u mężczyzn, jak i u kobiet, jest typem zgorzeli czysto skórnej, prawie nigdy nie drąży głębiej, z reguły kończy się wyleczeniem. Objawy ogólne w postaci podniesienia ciepłoty, przyśpieszenia tętna zwykle w tej postaci są nieznaczne. 2. *Zgorzel skóry* w przebiegu niektórych schorzeń skórnych zwłaszcza w przebiegu morbus *Dubring* (autor podaje opis własnego przypadku tego typu) 3. Zgorzel skóry towarzyszy niekiedy wrzodom podudzia a może spowodować także zgorzelinowy rozpad blizny po wrzodzie goleni. 4. Purpura gangrenosa, schorzenie towarzyszące niekiedy zwykłym zmianom zgorzelinowym na skórze, może się

także następowo rozwinąć w przypadku każdej wysypki wybroczynowej.

Bac. gangrenae cutis z łatwością przedostaje się do krwiobiegu, wywołując podniesienie ciepłoty (około 38°), zamroczenie, obfite biegunki, suchość języka, dalej drżenie mięśni. niedomogę zwieraczy, krwiomocz, objawy myosis, jak w uremji, niepokój. Zejście zwykle jest śmiertelne. Autor usiłował uzyskać surowicę specyficzną przeciwzgorzelinową i po szeregu doświadczeń na królikach udało mu się uzyskać surowicę chroniącą króliki, zakażone prątkiem zgorzeli od zejścia śmiertelnego.

Niekorzystny wpływ środków czyszczących w wypryskach. (Les mefaits des purgatifs au cours de l'eczema). J. Morkianos. (*Revue fr. de Derm. et de Véner. 1929 Nr. 7—8*).

Autor przestrzega przed podawaniem środków przeczyszczających w wszelkiego rodzaju chorobach skórnych, zwłaszcza w wypryskach, jak to bywa powszechnie stosowane przez lekarzy praktyków, zwłaszcza nie dermatologów. Autor podaje opis 5 przypadków wyprysku w różnych postaciach, w których istniały zaburzenia w przewodzie pokarmowym i w których podanie środków przeczyszczających wywołało świeży wybuch schorzenia lub pogorszenie się stanu chorobowego. Purgantia zwykle pogorszają zaburzenia jelitowe, a czasem wystarczy zastosować djetę bezwęglowodanową lub tylko odjąć cukier, aby uzyskać poprawę stanu jelit i skóry.

W sprawie przewlekłych schorzeń skórnych paciorkowcowych (Sur les dermatoses chroniques streptococciques). R. Sabouraud. (*Presse Méd. 1930 Nr. 5*).

Tak, jak gronkowce mają specjalną skłonność do atakowania mieszków włosowych, tak ziarnkowce najczęściej atakują wilgotne fałdy skóry, nigdy natomiast nie usadawiają się w mieszkach włosowych. Spotyka się je dlatego najczęściej we wszelkiego rodzaju wyprzeniach, w fałdach poza uszami, nosowo-policzkowych, w zajadach, w fałdach pośladkowych i t. p. Ziarenkowce nigdy nie przyłączają się do pierwotnego zakażenia gronkowcowego, odwrotnie dzieje się bardzo często. Ziarenkowce odgrywają istotną rolę czynnika wywołującego szereg schorzeń skórnych przewlekłych. Liszajec, impetigo jest najczęstszym schorzeniem paciorkowcowym a obejmuje przypadki zarówno typowe, częste, przebiegające z tworzeniem się grubych strupów miodowych na twarzy i owłosionej skórze głowy, zwłaszcza u dzieci, jak i przypadki mniej charakterystyczne, przebiegające w postaci suchych łuskowatych strupów na głowie t. zw, „teigne amiantacée d'Alibert". Do rzadziej spotykanych schorzeń skóry paciorkowcowych należą: osutka plamista, barwy blado różowej pojawiająca się niekiedy u ciężarnych lub karmiących na owłosionej skórze głowy, na szyji i klatce piersiowej, pokrywająca się szybko łuskami i strupkami, ograniczone, łupieżowato łuszczące się plamy, częste u dzieci szkolnych na twarzy t. zw. pitiriasis alba faciei lub impetigo sicca. Należą tu dalej wszystkie stany zapalne skóry wychodzące z fałdów skornych i z ropnych, niekiedy bardzo nieznacznych, zmian na kończynach, a rozszerzające sie szybko na otoczenie. W końcu paciorkowiec odgrywa ważną rolę w przewlekłych, suchych zmianach skórnych t. zw. neurodermitis i w uporczywym długotrwałem swędzeniu odbytu. Autor daleki jest od twierdzenia, jakoby paciorkowiec był jedynym czynnikiem. wywołującym powyższe schorzenia i przypuszcza istnienie szczególnego, miejscowego usposobienia skóry do pewnego rodzaju drobnoustrojów. Leczenie zakażeń paciorkowcowych w okresie sączenia polega na okładach z wody Alibour'a w ciągu dnia, stosowanie 10% maści dziegciowej na noc. Po okresie sączenia należy stosować pędzlowanie 1% nalewką jodową i pasty cynkowe. Nawroty są częste, dlatego też leczenie powinno trwać jeszcze pewien okres czasu poza istnieniem zmian, dających się klinicznie zauważyć.

W sprawie przebiegu powtórnego zakażenia kiła osobników z kiłą nabytą i wrodzoną. (Gravidité de superinfection chez les syphilitiques acquis Benignité habituelle de la superinfection chez les heredosyphilitiques). Gougerot. (*Presse Méd. 1930. Nr. 18*).

Autor omawia przebieg kliniczny reinfekcji (zakażenie powtórne osobników całkiem wyleczonych) i superinfekcji (zakażenie powtórne osobników nie zupełnie wyleczonych) kiłowej razem, gdyż nie mamy do dzisiaj dostatecznych kryterjów wyleczenia, nie można więc nigdy wiedzieć, czy ma się do czynienia z reinfekcją czy z superinfektem. Autor podaje opisy kliniczne kilku przypadków powtórnego zakażenia kiłą osobników, którzy cierpieli uprzednio na kiłę nabytą. Z przebiegu klinicznego tych przypadków można wysnuć wniosek, że powtórne zakażenie w tych razach przebiega zwykle ciężko. Okres wylęgania jest krótki, częste są schorzenia paraluetyczne, zmiany w tętnicy głównej, angina pectoris,

Szlam Ług Borowina

Ciechocińskie

Najlepsze krajowe lecznicze środki kąpielowe umożliwiają przeprowadzenie skutecznych kuracji domowych chorym

NA:

WADLIWĄ PRZEMIANĘ MATERJI.
CHOROBY UKŁADU NERWÓW.
ARTRETYZM. REUMATYZM. i t. p.
świetne w leczeniu
PRZEWLEKŁYCH I ZAPALNYCH CHORÓB KOBIECYCH.

Uwaga: Najskuteczniejsze są kąpiele ze szlamu i z ługu

Najprzyjemniejsza djetetyczna,
radjoczynna gazowana CIECHOCIŃSKA
STOŁOWA WODA DO PICIA Nr. 8.
DO NABYCIA WE WSZYSTKICH APTEKACH I SKŁADACH APTECZNYCH.
Wyłączna reprezentacja.
Towarzystwo Handlowo - Przemysłowe
„REAL"
Warszawa, Widok 24. — Tel. 85.30 i 513-05.

kilaki. Z licznych obserwacji innych autorów widać, że przeciwnie przebieg powtórnego zakażenia kiłą u osobników z kiłą wrodzoną jest zwykle dobrotliwy, co tłómaczy autor obecnością odporności, jaka pozostaje po przebyciu kiły wrodzonej. Odporność tą może widocznie zdobyć tylko organizm zakażony bardzo wcześnie, w okresie embrjonalnym, lub jako noworodek. Zakażenie późniejsze nie jest w możności uodpornić organizmu. Odporność ta jest tego typu, co nabyta po stosowaniu szczepionek. Wyjątek stanowią kiłowi, źle leczeni w czasie pierwszego zakażenia kiłą. U tych przebieg powtórnego zakażenia często, przynajmniej w pierwszych latach, jest dobrotliwy.

Kiła wrodzona jednak zdaje się sprowadzać pewien stan mniejszej odporności komórek nerwowych, czego wynikiem jest specjalny neurotropizm krętków u osobników powtórnie zakażonych, częste zajęcie systemu nerwowego. Z powyższych spostrzeżeń wynika sam przez się szereg wskazówek terapeutycznych i prognostycznych.

Dr. Zofja Jastrzębska.

KRONIKA

Z Rodziny Lekarskiej. W dniu 23 marca 1930 roku odbyło się Doroczne Walne Zebranie Członków Rodziny Lekarskiej w Lokalu Związku Lekarzy Państwa Polskiego. Po zagajeniu posiedzenia przez Prezesa Rodziny Lekarskiej Generała D-ra Rogalskiego, na przewodniczącego wybrano D-ra Klimaszewskiego. Po uczczeniu pamięci Zmarłych Członków przez powstanie, Dr. Kozłowski odczytał sprawozdanie z działalności Rodziny Lekarskiej za rok 1929. Ze sprawozdania wynika, że Rodzina Lekarska zaczęła sią rozwijać w szybkim tempie. dowodem czego jest znaczny przyrost liczby Członków. Liczba członków wzrosła z 207 w 1928 r. do 657 w 1929 r. Obrót z 8.287 zł. 81 gr. 1928 r. wzrósł do 19.903 zł. 89 gr. (1929 r.). Ostatniemi czasy zaczęła się interesować wiecej Rodziną Lekarską prowincja. Zakres działalności Rodziny Lekarskiej zaczyna zataczać coraz szersze kręgi. Udzielono 17 zapomóg jednorazowych od 20 do 300 zł. Na gwiazdke 12 osob otrzymało po 20 złotych, w 1 wypadkach udzielono zapomogi na koszta pogrzebu, udzielono 12 osobom pożyczek bezprocentowych, 5 osób korzystało z bezpłatnej kuracji w szpitalach, 3 osoby otrzymały emerytury państwowe, pomagano w ukończeniu kursów położniczych, kształceniu dzieci, w wyjeździe na kolonje letnie, w umieszczeniu w przytułkach, w wyszukiwaniu posad, wyjednywano bezpłatny pobyt w miejscowościach kuracyjnych, i t. d. i t. d. W poszukiwaniu źródeł dochodów zwracano się po ofiary do lekarzy i instytucji bedących w ścisłym kontakcie z lekarzami. Z ofiar wpłynęło w 1929 r. 6.806 zł. 70 gr.

Ze składek członkowskich 7.431 zł. 45 groszy. Najwyższą sięgającą sumy 1.279 zł. ofiarę złożyło Zrzeszenie Lekarzy Kasy Chorych. Najwyższa ofiara z instytucji związanych ze stanem lekarskim wpłynęła od Polskich Zakładów Siemens i od Pabjanickiego Tow. Akc, Przemysłu Chemicznego po 200 zł.

Sprawozdanie Kasowe z funduszu zbieranego na Budowę Schroniska dla wdów i sierot po lekarzach zamknięto w porównaniu z rokiem 1928 (1768 złotych) sumą przeszło czterokrotną bo 7.860 złotych. Zebrani dziękowali w serdecznych słowach za wydajną pracę obecnemu Zarządowi i uchwalili jednogłośnie wręczyć Prezesowi Rodziny Lekarskiej D-rowi Generałowi Rogalskiemu, Drowi Natansonowi i Drowej Brühowej w uznaniu ich rzeczywistych zasług Dyplomy Honorowe.

Zaś członków Doc. dra Leona Karwackiego, dra Jana Pieniążka, dra Stanisława Porydzaja, Michała Przyrębla z Warszawy, drową Aleksandrową Sawicką z Ciechocinka oraz Izbę Lekarską Łódzką i Izbę Lekarską Krakowska mianować członkami Dożywotnemi.

Na miejsce ustępującej 1/3 Zarządu, (3 członków) i 2 członków, którzy zrzekli się mandatów powołano w głosowaniu tajnem: Dra Eberhardta Maksymiljana Nacz. Wydz. Zdr. Kom. Rządu na m. st. Warszawę, Dra Przyborowskiego Adama. Dra Rylkę Marjana, Dra Szumlańskiego Witolda i Drową Zienkiewiczową Reginę.

Generał Dr. Rogalski w swem krótkiem, żołnierskiem, lecz od duszy idącem przemówieniu, dziękował za wyrazy uznania dla Zarządu Rodziny Lekarskiej i nadmienił, że jest pełen nadziei, że tak konieczna i może zbyt mało spopularyzowana instytucja jaką jest Rodzina Lekarska, rozwinie się w potężną organizację, która zabezpieczy byt i da w razie nieszczęścia dach nad głową wdowom i sierotom po zmarłych lekarzach.

Aby nadzieje lekarzy nie były płonnemi i aby wszyscy koledzy dopomogli w szlachetnych pełnych energji i dobrych chęci poczynaniach Zarządu Rodziny Lekarskiej.

Niech nikogo nie zbraknie w Rodzinie Lekarskiej.

Wpisowe wynosi 5 złotych. Składka członkowska 1 zł. miesięcznie.

Konto Czekowe P.K.O. Rodziny Lekarskiej Nr. 15.922.

Konto Czekowe P.K.O. Budowy Schroniska Nr. 18,235.

Międzynarodowa naukowa wycieczka lekarzy do Turcji i Małej-Azji. Dzięki inicjatywie Dr. *Fryderyka Baracha,* Wiedeń, wybierają się lekarze austryjaccy 20 sierpnia 1930 r. do Konstantynopola. Uczestnicy zobaczą Bukarest, Giurgiu, Konstanzę, Konstantynopol (z okolicą) i zwiedzą tamtejsze zakłady lecznicze, między innemi także stację termalną Kura, miejscowość znaną już w starożytności (Pythia), Z Konstantynopola nastąpi wyjazd do Małej-Azji. Uczestnicy zamierzają dotrzeć do Angory.

Koledzy (z e w s z y s t k i c h k r a j ó w), którzy pragną przyłączyć się do tej wycieczki, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen Wiedeń (Wien Austrja) I. Biberstrasse 11, I. St. albo Medizinisch-Pharmazeutische Rundschau Wien I. Heiligenkreuzerhof.

* * *

Na zaproszenie Medyków Czechosłowackich w dniu 24.IV wyjechała do Czechosłowacji i do Wiednia wycieczka naukowo-reprezentacyjna Medyków Warszawskich pod łaskawem przewodnictwem p. Prof. Dra Fr. Czubalskiego.

W programie wycieczki zwiedzanie uzdrojowisk: Podebrad, Karlowe-Vary, Jachymowo, Trenczynskie-Teplice, prócz tego Praga-Czeska i Wiedeń.

W wycieczce bierze udział 50 medyków oraz grono lekarzy warszawskich.

BIBLJOGRAFJA

G. Jeanneney i M. Rosset-Bertrand. Formulaire gynecologique du praticien. *G. Doin Paris 1930. 200 str. Cena 32 fr.*

Jak tytuł wskazuje chodziło autorom o danie lekarzowi praktykowi zwięzłych wskazówek terapeutycznych w zakresie chorób kobiecych. Cel ten został osiągnięty; pomimo szczuplych rozmiarów książeczka powyższa zawiera wszystko, co winien wiedzieć niespecjalista, aby przeprowadzić badanie, a nawet i leczenie chorej ginekologicznej. Przejrzystość i zwięzłość tekstu wyróżnia powyższą książkę z pośród podobnych wydawnictw. Jedynie wskazówki balneologiczne są, rzecz zrozumiała, bez większego znaczenia dla lekarza niefrancuza.

Endocrinologie et les etats endocrinosympathiques. A. Guillaume Część trzecia. *G. Doin. Paris 1930. 600 stron. Cena 45 fr. fr.*

Poprzednie części tego wydawnictwa były swego czasu omawiane na łamach „Wiedzy"; część trzecia i ostatnia poświęcona jest ogólnym zaburzeniom wywoływanym przez schorzenia gruczołów dokrewnych: odchylenia konstytucjonalne, sprawy stawowe, zaburzenia płciowe, starzenie się, zaburzenia krążenia, przemiany materji i t. p. Jak i w poprzednich częściach autor grupuje swój materjał nie podług poszczególnych gruczołów, lecz wielkiemi zespolami objawów klinicznych, co jednocześnie chroni od zbędnych powtarzań i czyni dzieło to bliższem i zrozumialszem dla lekarza nie zajmującego się specjalnie sprawami zaburzeń gruczołów dokrewnych. Jak zwykle, sprawa leczenia jest uwzględniona bardzo wyczerpująco; i naogół dziełko to zawiera niemniej pożytecznych wskazówek, niż wielkie rozwlekłe kilkotomowe dzieła, traktujące ten sam temat.

J. Montpellier i P. Witas. La pratique de l'autopsie. *G. Doin. Paris 325 stron, 1930. Cena 40 fr. fr.*

Podręcznik ten przeznaczony do użytku studentów i lekarzy praktyków zaznajamia ze sposobem wykonywania sekcji naukowych, przyjętym we Francji. Szczególnie cennem jest dołączenie dość dużego działu poświęconego sekcjom sądowym, oraz omawiającego pokrótce badania sądowe (krew, sperma, etc.). Rysunki, acz w nie wielkiej liczbie, są dość dobre. Dziełko powyższe można polecić każdemu, kto, nie posiadając odpowiedniej wprawy, bywa od czasu do czasu zmuszony do wykonywania badania zwłok.

C. Lian. L'année medicale pratique. *Lépine. Paris. 1928, 651 stron.*

Znane wydawnictwo w tym siódmym swym roczniku zawiera zestawienie najwybitniejszych ze stanowiska lekarza praktyka prac przeważnie z piśmiennictwa francuskiego, lecz z uwzględnieniem i innych źródeł z roku ubiegłego, Od podobnych zestawień odróżnia się ten rocznik przedewszystkiem tem, że prace streszczone są, jak wspomnieliśmy, o charakterze praktycznym, a sam sposób streszczenia jest na tyle szczegółowy, iż pozwala na zastosowanie tego lub innego pomysłu lub sposobu leczenia bez uciekania się do czytania pracy w oryginale. W ten sposób rocznik ten podobnie jak ubiegłe spełnia swój cel — danie możności lekarzowi łatwiejszego ogarnięcia i wykorzystania zdobyczy i postępu nauki lekarskiej.

P. Ravaut i R. Boulin. Le Rhumatisme blenorrhagique. *G, Doin. Paris 1930. 34 strony. Cena 8 fr. fr.* **A. Marfan. Le rachitisme**. *Jak wyżej 50 stron. Cena 15 fr. fr.*

G. Doin zapoczątkował bardzo potrzebną i poparcia godną postać wydawniczą — są to krótkie monografje pisane przez koryfeuszów danego przedmiotu i ujmujące całość zagadnienia zgodnie z współczesnemi poglądami zwięźle; wyczepująco, ale bez zbędnego balastu cytat z piśmiennictwa i przeżytych już zapatrywań. Strona leczniczo-kliniczna jest szczególnie pieczołowicie opracowana. Graficznie stoją te monografje na bardzo wysokim poziomie, cena jest wobec tego wprost śmiesznie niska, co umożliwi każdemu kompletowanie tego wydawnictwa, ukazującego się pod wspólnym tytułem „La pratique médicale illustrée" i utworzenie sobie w ten sposób z czasem czegoś w rodzaju kompletnej encyklopedji lekarskiej.

R. Weissenbach i R. Françon. Causes et traitements des rhumatismes chroniques. *G. Doin. Paris 1928. 342 strony. Cena 32 fr. fr.*

Obecnie, gdy temat gośćca jest więcej niż kiedyindziej na czasie, dzieło to jest szczególnie cenne, pozwala bowiem w sposób przystępny i łatwy opanować dziedzinę może najmniej uporządkowaną w całej medycynie. Książka ta skierowana jest przedewszystkiem do lekarzy praktyków i o ich potrzebach myśląc unikali autorzy nadmiaru teorji, nacisk kładąc na stronę kliniczną, a zwłaszcza na leczenie i zapobieganie. Książka ta winna się znaleźć u każdego lekarza, mającego do czynienia z chorymi gośćcowymi.

W. Vignal. Les rayons ultra-violets et infra-rouges. *G. Doin. Paris. 1930. 240 stron. Cena 30 fr. fr.*

W dobie obecnej ogólnego rozpowszechnienia i, powiedzmy otwarcie częstego nadużywania stosowania promieni pozafjołkowych i pozaczerwonych. książkę powyższą powitać należy jaknajgoręcej. Znajdzie w niej lekarz krótkie i jasne wyłożenia działania promieni, technikę ich stosowania, wskazania i przeciwwskazania— słowem wszystko co jest potrzebne do wyrobienia należytego poglądu na wartość istotną tego sposobu leczenia. Trzeba mieć nadzieję, że książka ta znajdzie szersze rozpowszechnienie i ukróci choć częściowo zamęt panujący w sprawach światłolecznictwa.

G. Luys. Maladies des vésicules sèminales. *G. Doin. 1930. 300 stron, 113 rycin. Cena 50 fr. fr.*

Monografję powyższą niezawodnie powitają chirurdzy, a przedewszystkiem urolodzy i wenerolodzy, z wysokiem zadowoleniem, przedstawia ona bowiem całokształt schorzeń pęcherzyków nasiennych i ich leczenia, czyli dział zazwyczaj zaniedbywany przez większość lekarzy i niedoceniany, a przecież tak bardzo ważny. Na szczególne wyróżnienie zasługuje nader udatne przedstawienie stosunków anatomicznych i fizjologji pęcherzyków, uwagi godne jest również udatne ujęcie schorzeń przewlekłych niegonokokkowych oraz gruźlicy. Książkę tę uzupełnia ponadto dział operacyjny, napisany przez *Pauchet'a*, co jeszcze zwiększa i tak niepowszednią jej wartość.

Lecène. Chirurgie des os et articulations des membres. *Masson et Cie Paris, 1929. 592 strony, 437 rycin. Cena 140 fr. fr.*

Dzieło nawskroś oryginalne. Nie mówiąc już o tem, że zgodnie z tytułem zajmuje się ono tylko chirurgją kostną (i to nie całą, bo tylko kończyn), pomijając prawie całkowicie etjologję, rozpoznawanie, różniczkowanie i t. d. ześrodkowuje się na leczeniu operacyjnem. I tu, należy to odrazu podnieść, stoi ono o wiele wyżej, niż inne podobne podręczniki. Książka ta bowiem wyszła z kliniki i przesiąknięta jest jakby atmosferą kliniczną. W stopniu gdzieindziej nienapotykanym uwzględnia ona potrzeby kliniczne, potrzeby chorego. Opisując zabiegi i sposoby ich wykonywania, wskazania i przeciwwskazania, czyni to nie ze stanowjska oderwanej teorji, „zasadniczo" lecz mając ciągle na uwadze potrzeby życiowe. Szczególną wartość przedstawia nader szczegółowo ujęte postępowanie pooperacyjne, które, jak wiadomo, właśnie w operacjach kostnych jest dla wyniku ostatecznego czynnikiem rozstrzygającego znaczenia. Żałować jedynie należy, że autor w swem dziele uwzględnił jedynie zabiegi stosowane we Francji, ale i pomimo tych zastrzeżeń książka powyższa jest nieodzowna dla każdego chirurga, znajdzie on w niej bowiem o wiele więcej niż w wielkich wszechstronnych dziełach — znajdzie w niej odzwierciadlenie wysoce stojącej szkoły, znajdzie zespół zabiegów nie teoretycznie możliwych, ale wypróbowanych i krytycznie przez autora wybranych. Strona graficzna bez zarzutu, rysunki dość liczne i dobre.

E. Forgue i A. Basset. La rachianesthesie. *Masson et Cie Paris. 1930. 222 strony, 23 ryciny. Cena 30 fr. fr.*

Znieczulenie lędźwiowe znalazło w osobach *Forgue'a i Basset'a* gorących zwolenników i umiejętnych propagatorów. Dzieło powyższe stanowi owoc doświadczenia na podstawie przeszło 4000 przypadków. Autorzy po wstępie historycznym omawiają szczegółowo stosunki anatomiczne, fizjologję, sposób działania znieczulenia, a przedewszystkiem technikę jego wykonania. Wskazania, przeciwwskazania, powikłania podczas znieczulenia i później występujące są również wyczerpująco omówione, wreszcie obfite zestawienie piśmiennictwa zakańcza całość, która tworzy w ten sposób nieocenione źródło informacji dla każdego, interesującego się sprawą znieczulenia lędźwiowego.

* * *

La pratique medicale illustrée, zbiór krótkich monografji wydawany pod redakcją profesora Sergent'a, o którym to zbiorze już powyżej była wzmianka, wkrótce wzbogaci się o nowe trzy zeszyty, mianowicie:

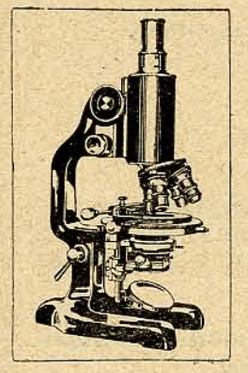
A. Sezary i A. Barre. Współczesne lecznictwo porażenia postępującego (8 fr. fr.)

Autorzy podają dwie metody, jedną chemiczną (arszenik wielowartościowy) i drugą biologiczną (malarja), które to metody umożliwiły przesunięcie porażenia postępującego z kategorji chorób nieuleczalnych do rzędu uleczalnych cierpień.

Sprawę ciągłej nieustannej tachykardji omawiają *C. Lian, A. Blondel i O. Viau.* (14 fr. fr.) Zagadnienie to niewątpliwie interesuje większość internistów.

Tak aktualną dziś sprawę leczenia chirurgicznego i wewnętrznego gruźliczych wysięków opłócnej (16 fr. fr.) poruszają *F. Dumarest, M. Guilleminet i F. Rougy* w trzecim ze wspomnianych zeszytów. Po wyczerpującem omówieniu tematu autorzy przychodzą do wniosku, że minęły czasy przeciwstawiania leczeniu zachowawczemu leczenia chirurgicznego, lecz że obecnie należy postępować wybiórczo, zależnie od warunków przypadku, dając pierwszeństwo to jednej, to drugiej metodzie.

Jak zawiadamia wydawca, w roku bieżącym ukaże się jeszcze około 30 zeszytów; najbliższe będą poświęcone: Przetaczaniu krwi *R. Benda*), Wrzodowi miękkiemu (*C. Milian*), Zapaleniom wsierdzia (*Lemierre*).



MIKROSKOPY

NAJLEPSZYCH FABRYK ZAGRANICZNYCH

LUPY, TERMO- i BAROMETRY

BINOKLE i OKULARY zwykłe i ochronne

POLECA MAGAZYN OPTYCZNO-TECHNICZNY

G. GERLACH-WARSZAWA

Ossolińskich, 4. Telefon 49-77

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Orzechowska 4. Tel. 420-90.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

Ogłoszenia:		cała str.	1/2 str.	1/4 str.
zewnętrzna strona okładki	zł.	450.—	250.—	135.—
bezpośrednio przed tekstem	„	350.—	200.—	120.—
2-ga i 3-cia strona okładki	„			
pozostałe	„	300.—	170.—	95.—

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

DO UŻYTKU ZEWNĘTRZNEGO

CRYPTARGOL LUMIÈRE

OVULES-SOLUTION

SIARCZAN SODOWY TIOGLICERYDU SREBROWEGO

Idealny pod każdym względem przetwór srebrowy do użytku w GINEKOLOGJI, UROLOGJI, WENEROLOGJI I CHIRURGJI.

ZALETY:

1. Wysoka zawartość **srebra metalicznego (35%)**,
2. Nader silne działanie **bakterjobójcze,**
3. Wybitne działanie **kieratoplastyczne i zmiejszające przekrwienie.**
4. Zupełny **brak toksyczności,**
5. **Nie wywołuje podrażnienia** błon śluzowych i skóry.
6. **Nie powoduje,** nawet przy długiem stosowaniu, **srebrzycy.**
7. **Nie psuje się** pod wpływem powietrza i światła.
8. **Nie plami** skóry, ani bielizny.

A) **CRYPTARGOL OVULES** gałki z ustalonej gliceryny do pochwy (0,25 cryptargol'u w jednej g ałce).

Działanie wybitnie przeciwgnilne, kieratoplastyczne i anemizujące, nie plamią ani skóry, ani bielizny.

WSKAZANIA:

Nadżerki pochwy, szyjki macicy. Zapalenie macicy, jajowodów, jajników. Owrzodzenia (rak, gruźlica). Upławy (fluor albus).

Co 2—3 dni po 1 gałce.

B) **CRYPTARGOL SOLUTION 10%** stężony rozczyn podstawowy **do przemywań**

w GINEKOLOGJI, UROLOGJI i CHIRURGJI.

WSKAZANIA:

1. Do **przemywań pochwy** rozczyn 1:1000 do 5:1000.
2. W **ostrych zapaleniach pęcherza** moczowego wkraplanie 20 — 30 kropel rozczynu 1:100:
3. Dla przemywań pęcherza rozczyn 1:1000 do 5:1000 w ilości 500 ccm. do 1000 ccm.,
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 utrzymać przez 5 minut).
5. Do przemywania ran i owrzodzeń w **CHIRURGJI i DERMATOLOGJI** rozczyn 1:1000 5:1000.

ANTIPYRETICVM
ANALGETICVM

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

Żadnych ubocznych działań.



I

NAJŁAGODNIEJSZE i NAJPEWNIEJSZE DZIAŁANIE

przeciwgorączkowe

SZCZEGÓLNIE W

gruźlicy.

DAWKOWANIE: *DOROŚLI* 1,0—2,5 grm. „PRO DIE".
DZIECI: ZALEŻNIE OD WIEKU.

II

NAJSKUTECZNIEJSZY ŚRODEK

przeciwbólowy

W DAWKACH WIĘKSZYCH 2,0 — 3,0 DZIENNIE

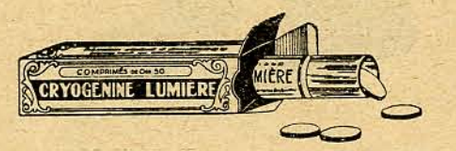
(w DNIE, POSTRZALE, NERWOBÓLACH, MIGRENIE i t. p).

POSTACI

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

Comprimés { **Cryogénine** à 0,50 grm. / **Cryogénine** „ 0,25 „

W rurce 10 tabletek.



Cachets { **Cryogénine** à 0,50 grm. / **Cryogénine** „ 0,25 grm.

W rurce 10 opłatków.

PERSODINE Lumière

SWOISTE LECZENIE

BRAKU ŁAKNIENIA

NADSIARCZANAMI.

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

$$\boxed{M_2}\ S_2\ O_8 + H_2\ O = \boxed{M_2}\ S\ O_4 + H_2\ S\ O_4 + O$$

ANALOGJA Z DZIAŁANIEM **KLIMATU GÓRSKIEGO.**

Przywraca łaknienie nawet w najuporczywszych przypadkach

REKONWALESCENCJI,
BLEDNICY,
NIEDOKRWISTOŚCI,
GRUŹLICY,
NEURASTENJI,
SCHORZENIACH ŻOŁĄDKOWYCH

również u dzieci.



SPOSÓB UŻYCIA:

PERSODINE podaje się raz dziennie, na kwadrans przed obiadem:

Dorosłym — 3 tabletki

Dzieciom od 8 — 14 lat — 2 tabletki

Dzieciom od 2 — 7 lat — 1 tabletka.

Należy rozpuścić tabletki w $^1/_4$ szklanki wody

Przedstawicielstwo L. NASIEROWSKI

Warszawa, Piękna 62. Tel. 124-39, 30-42.

PRÓBY I LITERATURA NA ŻĄDANIE W. W. P. LEKARZY.

ROK IV WARSZAWA 1930 CZERWIEC ZESZYT VI

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

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

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

O nowoczesnych poglądach na patogenezę zaburzeń wyrównania.

PODAŁĄ

ELEONORA REICHER

Wykonane w ciągu ostatnich lat badania chorych z cierpieniami narządu krążenia wykazały, że w przypadkach zaburzeń wyrównania poza mechanicznemi zaburzeniami krążenia, które są bezpośrednią przyczyną tych zmian, występują w ustroju zaburzenia natury bardziej ogólnej, mogące również wpływać na stan krążenia.

Badania *Dautrebanda*, a także *Daviesa* i *Meakinsa* wykazały, że u chorych z niedomogą krążenia występują zmiany równowagi kwasowo zasadowej. Naogół pod pojęciem zakwaszenia rozumie się ogólne zwiększenie kwasowości, zmniejszenie Ph jednakowe we krwi żylnej i tętniczej. Jednakże *Dautrebande* dowodzi, że mogą nastąpić odmienne zaburzenia w równowadze kwasowo zasadowej, to jest, że może równocześnie, ale w różnych dziedzinach wystąpić acidoza i alkaloza.

We krwi zależnie od zachowania się stosunku kwasu węglowego do węglanów występuje zakwaszenie albo zalkalizowanie. Jeżeli pierwotnie zwiększa się ilość kwasu węglowego, jak np. przy odychaniu kwasem węglowym, powstaje acidoza gazowa, jeżeli kwas węglowy nie zwiększa się pierwotnie, ale zostaje wypchnięty ze swych połączeń przez inne produkty kwaśne np, kwasy tłuszczowe w cukrzycy lub kwas mlekowy, powstający przy ciężkich wysiłkach fizycznych, wtedy zakwaszenie jest wtórne niegazowe. Natomiast jeżeli zmniejsza się ilość wydzielanego kwasu węglowego np. z powodu wzmożonego oddychania powstaje alkaloza gazowa; alkaloza niegazowa zaś tworzy się wtedy, gdy poziom węglanów osocza podnosi się np. z powodu wprowadzenia do ustroju większej ilości węglanów.

Ustrój utrzymuje stałość stosunku węglanów do wytwarzania kwasu węglowego w sposób niezmiernie uporczywy i przy wahaniach w górę lub w dół jednego z tych składników, drugi porusza się w tym samym kierunku.

Węglany są najważniejszym tłumikiem,

utrzymującym Ph krwi na stałym niezmiennym poziomie, koniecznym dla życia ludzkiego. Obok węglanów rolę tłumików spełniają jeszcze fosforany, alkaliproteiny, hemoglobina. Duże znaczenie w roli tłumików posiadają także chlorki krwi, gdyż przy znaczniejszym powiększeniu produktów kwaśnych służą one do zwiększania ilości węglanów, gdyż kation Na wiąże kwas węglowy, zaś anion Cl przechodzi do czerwonych ciałek krwi. Utrzymanie Ph krwi na stałym poziomie odbywa się za bezpośrednią pomocą najważniejszego tłumika, to jest węglanów. Z chwilą wytworzenia się większej ilości produktów kwaśnych część zasadowa węglanów oswobadza się, wiążąc te produkty kwaśne, zaś kwas węglowy zostaje wydzielony przez płuca. Ta praca nad utrzymaniem równowagi kwasowo - zasadowej ustroju odbywa się przy ścisłym współudziale płuc i nerek. Czynności płuc związane są ściśle ze stopniem kwasowości krwi; przy obniżaniu Ph występuje zwiększenie wentylacji płucnej z równoczesnem większym wydzielaniem kwasu węglowego. Nerki wydzielają kwasy w stanie wolnym i związanym, zaoszczędzając zasób zasad ustroju.

Otóż badania *Dautrebanda* i wspomnianych autorów wykazują, że przedewszystkiem w zastoinie miejscowej, wywołanej doświadczalnie, powstaje zakwaszenie krwi żylnej. To zakwaszenie jest następstwem zastoju i powiększenia się z tego powodu ciśnienia kwasu węglowego, co wtórnie pociąga za sobą wzbogacenie się ilości węglanów osocza, gdyż chlorki krwi wiążą swą zasadę z kwasem węglowym, a Cl przechodzi do krwinek. Równocześnie badania krwi na zawartość hemoglobiny wykazały, iż zwiększa się jej koncentracja, z czego wnioskuje *Dautrebande*, że woda przechodzi do tkanek, pociągając za sobą węglany. W ten sposób powstaje, dowiedziona przez zmniejszenie się zasobu zasad krwi żylnej, acidoza żylna nie gazowa. Otóż podobne warunki mają powstać u chorych z wadami serca, u których krążenie jest zwolnione; w okresie zaburzeń wyrównania ma występować u nich zakwaszenie żylne, stwierdzone przez *Dautrebanda* u chorych ze zwężeniem lewego ujścia żylnego. Stan ten, który prowadzi do przeładowania krwi kwasem węglowym i do zubożenia jej zasobu zasad obniża Ph krwi. *Meakins*, *Dautrebande* i *Petter* znaleźli w przypadkach zwężenia lewego ujścia żylnego we krwi tętniczej prawidłowe nasycenie tlenem, ale ilość kwasu węglowego była we krwi tętniczej zmniejszona, choć zdolność wiązania go przez krew tętniczą pozostała prawidłową. Podobny stan rzeczy powstać może tylko dzięki podrażnieniu ośrodka oddechowego, które prowadzi do wzmożonego oddychania, większego wydalania kwasu węglowego przez płuca i jego zubożenia we krwi tętniczej, wpływając jeszcze na powiększenie odległości między Ph żylnem a tętniczem. Z badań tych, wykonanych w przypadkach zastoiny miejscowej i u chorych ze zwężeniem lewego ujścia żylnego wynika, że „zgęszczenie krwi i większa koncentracja hemoglobiny, równoległa do podniesienia ciśnienia wolnego kwasu węglowego obniża zasób zasad przez przejście do tkanek wody i soli, a więc i węglanów". Jest to mechanizm, który według wspomnianych autorów tłómaczy nietylko zakwaszenie krwi żylnej chorych sercowych, ale i mającą powstawać następczo alkalozę.

Dalsze badania *Dautrebanda*, nad działaniem ciepła i zimna na równowagę kwasowo zasadową i na stan krążenia mogą mieć znaczenie i zastosowanie w leczeniu chorych sercowych. *Dautrebande* znalazł, że miejscowe kąpiele zimne, polegające na zanurzeniu ręki lub nogi w zimnej wodzie mają podobne działanie jak miejscowa zastoina. We krwi żylnej ma występować zmniejszenie Ph, zmniejszenie zasobu zasad i powiększenie kwasu węglowego oraz większa koncentracja hemoglobiny, Wszystkie to objawy stwierdzono i w ramieniu drugiej połowy ciała, które pozostawało w wodzie, choć w mniejszym stopniu. Działanie gorących miejscowych kąpieli badali *Haldane*, *Meakins* i *Davies*. W przypadkach zwężenia lewego ujścia żylnego *Dautrebande*, *Fetter* i *Meakins* stwierdzili, że pod działaniem miejscowych kąpieli ciepłych powiększa się zasób zasad i Ph krwi. Jeżeli u ludzi zdrowych moczyć dość długo rękę w gorącej wodzie nietylko przyśpiesza się tętno, ale rozszerzają się żyły ręki niepozostającej w wodzie i we krwi żylnej tej ręki zwiększa się sposób zasad, a zmniejsza kwas węglowy. U chorych z zaburzeniami krążenia po ciepłych kąpielach miejscowych wzrasta wentylacja płucna, podnosi się ciśnienie skurczowe i wskaźnik oscylometryczny i to nietylko po stronie zanurzonej w wodzie, ale i po stronie przeciwnej, powiększa się także bardzo znacznie rzut skurczowy krwi czyli występuje działanie podobne

do działania naparstnicy, a równocześnie odległość między Ph krwi żylnej i tętniczej się zmniejsza. Wobec tego pożytecznego działania miejscowych kąpieli ciepłych, które zaznacza się również w korzystnem działaniu okładów ciepłych na okolicę wątroby u chorych z objawami niedomogi, leczył *Dautrebande* ciepłymi miejscowemi kąpielami pewne objawy niedomogi serca u chorych, którzy znosili źle naparstnicę, Chorym tym pogrążano codziennie na 30—45 minut dobrze nawazelinowaną rękę lub nogę w gorącej wodzie. U pewnych chorych mają się po tym zabiegu zmniejszać obrzęki, duszność i sinica, zmniejszać ma się również zastój w płucach. W innych przypadkach ma jednak występować reakcja niekorzystna, ma się zjawiać bicie serca wzmożone oddychanie etc , co wskazuje, że z leczniczem stosowaniem miejscowego ciepła należy być ostrożnym.

Znaczenie czynnika obwodowego dla stanu krążenia, na które wskazują badania wspomianych autorów w ostatnich latach, rozszerzył, choć idąc w innym kierunku *Eppinger* ze swoimi współpracownikami. W monografji *Eppingera*, *Kischa* i *Schwarza* wykazują ci autorzy, że u chorych sercowych podstawowa przemiana materji jest wyższa jak u ludzi zdrowych, że przy tej samej pracy, którą wykonują ludzie zdrowi, chorzy sercowi zużywają większą ilość tlenu i że wreszcie często u chorych sercowych stwierdza się hyperwentylację. Wzmożone oddychanie chorych sercowych nastąpić może nawet wtedy, gdy oddychają oni czystym tlenem, brak więc tlenu nie może wytłómaczyć ich duszności tembardziej, że i stopień utlenienia ich krwi często bywa najzupełniej wystarczający, szczególniej wtedy, gdy niema zmian w płucach. W dalszych swych badaniach *Eppinger* określał napięcie kwasu węglowego w powietrzu pęcherzykowem u ludzi zdrowych i u chorych sercowych. Badania te wykazały, że chorzy sercowi mają mniejsze napięcie kwasu węglowego w powietrzu pęcherzykowem, jak ludzie zdrowi i że po pracy zmniejszenie napięcia kwasu węglowego, występujące i u zdrowych jako wyraz pewnej dość szybko przemijającej alkalozy, u chorych sercowych trwa znacznie dłużej. Według *Eppingera* już z tego można wnioskować o pewnem zakwaszeniu krwi chorych sercowych.

Jak widać z przytoczonych badań autorzy w szerokiej mierze posługiwali się pracą fizyczną do zbadania zmian głębszych i ogólniejszych, które przy większym obarczeniu występują w ustroju chorych sercowych. Żeby te zmiany należycie ocenić trzeba sobie dokładnie uprzytomnić procesy chemiczne, zachodzące w ustroju pod wpływem pracy fizycznej.

Jak wiadomo źródłem pracy mięśniowej są węglowodany, w szczególności glikogen. Wiadomem jest także, że odczyn mięśnia pracującego, czy też zmęczonego, staje się kwaśnym i że w czasie pracy mięśniowej zmniejsza się ilość glikogenu mięśniowego przy równoczesnem powiększeniu się kwasu mlekowego. Wnioskowano więc z tego, że glikogen jest właśnie tym źródłem, z którego wytwarza się kwas mlekowy. Lecz dawniej przypuszczano, że kwas mlekowy powstaje z glikogenu jako produkt spalania, obecnie jednak wiadomo, że tak nie jest, że tworzenie się kwasu mlekowego z glikogenu czy z cukru jest reakcją, która się odbywa bez współdziałania tlenu. Jest to rozszczepienie cukru, przy którem z jednej drobiny cukru tworzą się dwie drobiny kwasu mlekowego. Z licznych badań *Fletchera*, *Hopkinsa*, *Hilla*, *Meyerhofa*, *Verzara*, pokazało się, że praca mięśniowa odbywać się może zupełnie bez współdziałania tlenu, którego zużycie przypada na chwilę odpoczynku, służąc do zniszczenia powstałego w czasie pracy anaerobowo kwasu mlekowego. Wynikło to ze spostrzeżeń, które wykazały, że zużycie tlenu mięśnia pracującego jest nieco spóźnione w stosunku do pracy i że ciepło wytwarza się nie tyle w okresie pracy, ile w chwili odpoczynku. Ilość tlenu zużyta w chwili wypoczynku i ilość wytwarzającego się wtedy ciepła są jednak znacznie mniejsze w stosunku do znikającego kwasu mlekowego. Zużyta ilość tlenu wystarczyłaby zaledwie na spalenie $^1/_5$ części kwasu mlekowego, wytworzonego w czasie pracy. Powstało wobec tego przypuszczenie, że pozostałe $^4/_5$ niespalonego kwasu mlekowego zamieniają się znowu na cukier lub na glikogen, energji zaś do tej syntezy dostarcza częściowe spalanie kwasu mlekowego.

W warunkach normalnych u ludzi zdrowych ilość kwasu mlekowegowe krwi wynosi od 6 — 22 mgr %. Ruch mięśniowy, szczególniej ruch silniejszy, bardzo znacznie zwiększa te ilości kwasu mlekowego we krwi, naogół jednakże u ludzi zdrowych znaczniejsze zwiększenie kwasu mlekowego we krwi wystę-

puje tylko po wysiłkach bardzo ciężkich, ale i wtedy największe ilości kwasu mlekowego we krwi znajdują się dopiero w okresie spoczynkowym, następującym po wysiłku. Stan taki wytwarza się dlatego, że przy uciążliwszej pracy powstający w mięśniu kwas mlekowy nie spala się od razu, ale nagromadza się w mięśniach i stąd powoli przechodzi do krwi, przesuwając jej reakcję w kierunku strony kwaśnej. U ludzi zdrowych to przesunięcie występuje jedynie po wysiłkach bardzo ciężkich. Ponieważ zmęczenie mięśnia zależy od ilości kwasu mlekowego, który się w nim wytwarza, wypoczynek będzie zależeć wprost odwrotnie od ilości i od szybkości z jaką tlen zostanie do mięśnia doprowadzony, czyli od krążenia krwi w samym mięśniu. Jest to tem ważniejsze, że stan krążenia w mięśniu pozostaje pod działaniem stężenia w nim jonów wodorowych. Nieznaczne zmniejszenie Ph rozszerza naczynia włosowate i wywołuje lepsze krążenie, tak iż w razie pracy niezbyt uciążliwej sam mięsień wytwarzając pewną kwasicę lokalną, reguluje korzystnie warunki swej pracy. Jednakże przy bardzo wytężonej pracy fizycznej, gdy się znacznie powiększy gromadzący się w mięśniu kwas mlekowy i Ph mięśnia wybitnie się przesunie w kierunku strony kwaśnej, wtedy zamiast rozszerzenia naczyń włosowatych mięśnia wystąpić może ich zwężenie. Krążenie w mięśniu się wtedy pogarsza, co sprzyja jeszcze większemu nagromadzeniu kwasu mlekowego i powiększa i tak już zbyt dużą kwasicę miejscową. Wytwarza się w tych warunkach pewne błędne koło, które doprowadzając mięsień do zmęczenia, zmusza tym samym do przerwania pracy i dopiero w okresie wypoczynkowym spala się wtedy pozostała po pracy reszta kwasu mlekowego. Spalenie pozostałości kwasu mlekowego wywołuje w okresie wypoczynkowym po pracy zależnie od wielkości tej resztki większe zużycie tlenu i tworzy tak zwany dług tlenowy, podczas kiedy całkowita ilość tlenu zużyta w czasie samej pracy, przy której spala się, wytwarzający się stale podczas skurczu mięśni kwas mlekowy łącznie z ilością tlenu zużytą w okresie wypoczynkowym tworzy t. zw. requierment. U normalnego zdrowego człowieka zużycie tlenu po pracy przeciętnej wraca do normy po 5—7 minutach. Oczywiście im człowiek jest bardziej do danej pracy przyzwyczajony, tem mniejsze będzie zużycie tlenu dla tej samej pracy i tym mniejszy będzie dług tlenowy. *Eppinger* twierdzi, iż z długu tlenowego można do pewnego stopnia wnioskować o ilości spalonego kwasu mlekowego (1 litr długu tlenowego ma odpowiadać 7 g. kwasu mlekowego), a więc i o tem, jaka ilość tego kwasu została odciągnięta od resyntezy glikogenu.

Zgodnie z badaniami poprzednich autorów u ludzi zdrowych *Eppinger* i jego współpracownicy nie znaleźli po pracy przesunięcia Ph krwi w kierunku strony kwaśnej. Natomiast u chorych sercowych już w spokoju stwierdzano przesunięcie alkalicznej reakcji krwi w kierunku strony kwaśnej, jak przypuszcza *Eppinger*, z powodu obecności we krwi kwaśnych produktów pracy mięśniowej. Po pracy to przesunięcie oddziaływania krwi w kierunku strony kwaśnej występuje u chorych sercowych jeszcze w znaczniejszym stopniu i dług tlenowy ma być u chorych sercowych większy, jak u ludzi zdrowych. Autorzy ci przypuszczają, że łatwość z jaką u tych chorych występuje zakwaszenie krwi jest wywołana zmniejszeniem ciał tłumikowych. Oznaczali oni po pracy we krwi chorych sercowych kwas mlekowy i znaleźli, że niewielka praca, która u ludzi zdrowych nie podnosi jeszcze poziomu kwasu mlekowego we krwi, u chorych sercowych działa na wzrost tego poziomu bardzo znacznie. W moczu chorych sercowych mają się również znajdować większe ilości kwasu mlekowego, wreszcie w płynie obrzękowym wykazał również *Eppinger* obecność kwasu mlekowego. *Eppinger* i jego współpracownicy przypuszczają również, że większe ilości kwasu mlekowego we krwi chorych sercowych można wytłomaczyć niedostatecznem spalaniem tego kwasu. Na potwierdzenie tego przywodzą oni swe doświadczenia, w których podawali ludziom zdrowym i chorym sercowym natrium lacticum śródżylnie. Połączenie to znika mniej szybko ze krwi chorych sercowych, jak ze krwi ludzi zdrowych lub chorych sercowych z krążeniem wyrównanem. Ma to doświadczenie przemawiać za tem, że ustrój chorych sercowych zatracił zdolność szybkiego niszczenia, krążącego we krwi kwasu mlekowego.

W związku z badaniami poprzednimi, które wykazały nietylko większe zużycie tlenu przez chorych sercowych przy pracy, ale i większy jak u ludzi zdrowych dług tlenowy, budują *Eppinger* i jego współpracownicy swoją teorję niedomogi krążenia. Powiększenie podstawowej przemiany chorych sercowych ma powstawać na tle zmian w przemianie kwasu mlekowego, najprawdopodobniej z powodu gorszej jego resyntezy na glikogen. Miarą zaś tej gorszej resyntezy, to jest ilości kwasu mlekowego odciągniętego od resyntezy na glikogen, ma być ilość, zużytego w czasie odpoczynku po pracy tlenu, czyli tak zwany dług tlenowy. Według tego pojęcia człowiek z zaburzeniami wyrównania jest to człowiek chory na przemianę materji. Miejsce schorzenia znajdować ma się tam, gdzie w warunkach prawidłowych odbywa się ekonomiczna przemiana kwasu mlekowego na glikogen, to jest w mięśniach.

Obwodowe zaburzenia przemiany materji według tej teorji mają być jednym z najważniejszych czynników powstawania niedomogi krążenia, zaś istotnym ich sprawcą ma być niedostateczne wyzyskanie tlenu przez obwód i niedostateczne spalanie z tej przyczyny kwasu mlekowego.

Warunki, które szczególniej po pracy sprzyjają lepszemu doprowadzeniu tlenu do tkanek, są liczne i różnorodne. Sam mechanizm krążenia czyni, że przy pracy zwiększa się skurczowy rzut krwi i minutowa objętość serca, podnosi się ciśnienie skurczowe, zwiększa się szybkość obiegu krwi i częstość tętna, równocześnie zwiększa się wentylacja płucna. Tym wszystkim mechanizmom, mającym na celu lepsze doprowadzenie tlenu do pracujących mięśni, szczególnie sprzyja przystosowanie się do pracy obwodu, które czyni, iż w pracującym mięśniu wyzyskanie tlenu jest lepsze, tem lepsze im bardziej osobnik jest do pracy, którą wykonuje przyzwyczajony, zaprawiony. Z tego też względu ludzie wytrenowani pokonywują większą pracę z mniejszym wysiłkiem, z mniejszem przyśpieszeniem czynności serca, jak ludzie niewytrenowani.

Mechanizm, który ułatwia lepsze zużycie tlenu w czasie pracy jest również złożony. Sprzyja temu rozszerzenie i otwieranie nowych naczyń włosowatych w pracujących mięśniach, przez co powiększa się niezmiernie powierzchnia zetknięcia między krwią i tkankami, a zwolnienie obiegu krwi wywołane rozszerzeniem łożyska ten kontakt jeszcze przedłuża. Oprócz tych mechanicznych czynników działają jeszcze i czynniki natury fizykochemicznej, które z powodu zjawienia się kwaśnych produktów pracy w mięśniach sprzyjają rozpadowi oksyhemoglobiny, do czego przyczynia się jeszcze i wzmożenie ciepłoty ciała w czasie pracy. Ostateczna sprawność tych wszystkich złożonych mechanizmów, które w rezultacie końcowym zmierzają do jednego celu, mianowicie zaopatrzenia pracujących tkanek w odpowiednie w stosunku do ich potrzeb ilości tlenu, zależy w swej istocie od czynności naczyń włosowatych. Według prac *Eppingera* i jego współpracowników u chorych z wadami serca, wykazujących zaburzenia wyrównania, wyzyskanie tlenu na obwodzie jest złe, to znaczy, że musi przez ten obwód w stosunku do warunków normalnych przepłynąć większa ilość krwi po to, by tkanki otrzymały określoną ilość tlenu. Pierwszym następstwem takiego stanu rzeczy jest szybszy przebieg krwi z części żylnej do części tętniczej krążenia. Ponieważ wyzyskanie tlenu na obwodzie jest niedostateczne, musi wogóle krążenie krwi stać się szybszem po to, żeby obwodowi dostarczyć koniecznej dla jego potrzeb ilości tlenu; szybko krążąca krew wraca prędzej do serca, przyspiesza się akcja serca. Bezpośrednim więc rezultatem gorszego wyzyskania tlenu na obwodzie jest znaczniejsze obciążenie serca, ale istotną przyczyną wszystkich tych zaburzeń jest upośledzenie sprawności naczyń obwodowych, których czynność w myśl tych poglądów jest podwójna. Mają one dostarczyć tkankom należyte w stosunku do ich potrzeb ilości tlenu i mają być ochroną mechaniczną serca. Przy uszkodzeniu obwodu traci on swą sprawność jako tama dla serca, które się wypełnia większą ilością krwi i dlatego w pewnych przypadkach zaburzeń wyrównania objętość skurczowej fali może być zwiększona.

Zmiany te występują u chorych z zaburzeniami wyrównania już w spokoju, w warunkach pracy stają się wyraźniejsze i dłużej trwałe, to znaczy że powiększenie skurczowej fali nietylko ma być po pracy jeszcze większe, jakw warunkach prawidłowych, ale pozostaje jeszcze pewien czas po pracy i również zużycie tlenu jeszcze pewien czas po pracy jest wzmożone. Można więc na podstawie tych wywodów powiedzieć, że organizm chorych sercowych szczególnie

tych którzy mają zaburzenia wyrównania, pracuje nieekonomicznie, nietylko zużywa większą ilość tlenu na swą gospodarkę w zupełnym spokoju, ale potrzebuje większej ilości tlenu dla wykonania tej pracy, którą człowiek zdrowy pokrywa mniejszą ilością tlenu; nieekonomicznie pracuje także i samo serce, które obarczone jest większą ilością napływającej krwi, a pracuje ponadto w warunkach niekorzystnych, gdyż odżywiane jest krwią zakwaszoną, na którą jest szczególnie wrażliwe. Wszystkie te zmiany powstawać więc mają z powodu złego wyzyskania tlenu na obwodzie, którego przyczyna jednak zupełnie wyjaśniona nie jest.

Poglądy te, które mogą mieć znaczenie dla lecznictwa przez oględne zastosowanie fizykalnych metod leczniczych np. lekkiego masażu dla zwalczania zaburzeń wyrównania nie przez wszystkich autorów są przyjęte, a w szczególności nie przez wszystkich jednakowo interpretowane. Bez wątpienia jednakże dużą zasługę *Eppingera* i jego szkoły jest zwrócenie uwagi na zmiany przemiany materji, zmiany ogólniejszej natury, występujące u chorych z zaburzeniami wyrównania.

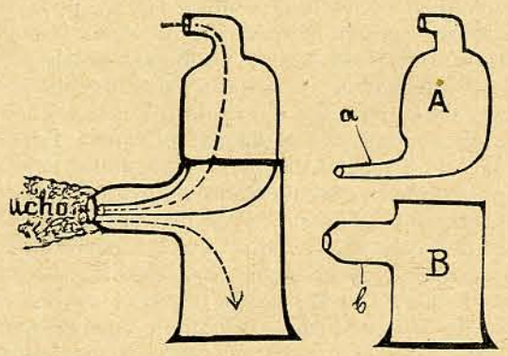
DR. LEON ZAMENHOF

Przyrząd automatyczny do przepłukiwania ucha w ropotokach.

Wielorakość i niezgodność metod, dotyczących leczenia ropotoków usznych zależne są w dużym stopniu od niekorzystnych warunków topograficznych, utrudniających dostęp do zródła choroby. Zasadniczy postulat oczyszczenia ucha z ropy przed wprowadzeniem doń lekarstwa był dotychczas trudno wykonalny, gdyż głębokie manipulowanie w uchu czy to za pomocą wacików, czy też strzykawek jest ze względu na możliwość urazu przeciwwskazane. Metoda wkraplań lekarstw do ucha wypełnionego ropą, dziś najwięcej rozpowszechniona, jest najlepszem dowodem, że w tej dziedzinie jesteśmy skazani na terapję „*ut aliquid fiat*". O ile w sprawach ostrych często nawet bez zabiegów otrzymujemy wyleczenie, o tyle w sprawach przewlekłych metoda ta, oczywiście, chybia zupełnie celu.

Szukając wyjścia z tego trudnego położenia, skonstruowałem przyrząd, który zadanie to w praktyce rozwiązuje całkowicie. [1])

Składa się on z dwuch oddzielnych naczyń, górnego *A* i dolnego *B*. Do naczynia *A* wlewa się przez górny otwór lekarstwo, mogące służyć jednocześnie jako płyn do przepłukiwania ucha (nprz. H_2O_2, rozczyn Rivanolu lub t p) i zamyka się je szczelnie korkiem. Następnie wstawia się je do naczynia *B* według załączonego rysunku i ująwszy w ten sposób zestawiony przyrząd jedną ręką, wprowadza się go



zakończeniem *b* do przewodu usznego. Po usunięciu korka płyn automatycznie płynie do ucha, po przepłukaniu którego odpływa do naczynia *B*.

Zalety tego przyrządu dadzą się streścić w następujących uwagach.

1. Daje on możność przepłukania ucha pod nieszkodliwem ciśnieniem.
2. Jako przyrząd, działający automatycznie, czyni zbędną wszelką pomoc obcą, gdyż może być łatwo zastosowany przez samego chorego i to w różnych pozycjach, co ma niezmiernie ważne znaczenie w przypadkach obłożnych.
3. Jako cały ze szkła jest on zupełnie aseptyczny; może być zastosowany do wszystkich płynów.
4. Pod względem technicznym upraszcza do minimum dotychczasową skomplikowaną terapję ropotoków usznych.

Dotychczasowe próby z tym przyrządem potwierdziły w zupełności jego celowość, z pośród licznych opinji przytaczam następujące.

Prof. *G, Alexander* z Wiednia pisze:

„Wypróbowałem go z dobrym rezultatem na licznym materjale klinicznym, częściowo własnoręcznie, częściowo przez chorych samych. Przedstawia on bardzo doniosły nabytek dla techniki leczenia ropotoków usznych. Duże korzyści dał mi on zwłaszcza w przypadkach pooperacyjnych...

Wyrażam powinszowanie z powodu doskonałej konstrukcji przyrządu.

Prof. *J. Szmurło* z Wilna uważa przyrząd za bardzo dobry, gdyż daje on prąd wody, wyłączający wszelkie niebezpieczeństwo dla ucha. Ponieważ daje się on łatwo wyjałowić i również z łatwością zastosować w ręku chorego, zasługuje on na rozpowszechnienie, *Dr. L. Lubliner*, ordynator oddziału otolaryngologicznego w Warszawie, dochodząc do tych samych wniosków, zaznacza, że przyrząd ten dzięki swej niezwykle pomysłowej i prostej konstrukcji stanie się niezbędnym w leczeniu wszystkich ropotoków usznych, gdyż ułatwia on terapję nietylko chorym lecz i lekarzom, zwłaszcza niespecjalistom na prowincji.

Prócz swego przeznaczenia terapeutycznego przyrząd ten w rękach lekarza ma wartość djagnostyczną, gdyż nadaje się znakomicie do badań błędnika za pomocą małych podniet według metody prof. *Kobraka*.

[1]) Do nabycia w składzie instrumentów chirurgicznych H. Ambera, Warszawa, Marszałkowska 139.

Założony w 1888 roku

INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY

D-ra TADEUSZA STĘPNIEWSKIEGO

Warszawa, Zielna 11. **Telefon 37-65, Konto P.K.O. 22.378.**

SZCZEPIENIE NA MIEJSCU DZIEŃ CAŁY. ŚWIADECTWA DO SZKÓŁ.

INSTYTUT WYRABIA KROWIANKĘ
W ZAWIERALNIKACH 1°, 5° i 10°, SZCZEPIENNYCH.

Szczepionkę wysyła się na prowincję za zaliczeniem pocztowem lub też w celu zmniejszenia porta po otrzymaniu należności przez P. K. O.

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

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Podciśnienie tętnicze i stany z nim związane.

Zespół podciśnienia tętniczego. (Le syndrome hypo ension artérielle). C. L i a n i A. B l o n d e l. *Le Journ. Med, francais. Nr. 12. r. 1929.*

Do ostatnich czasów mało zwracano uwagi na stałe lub czasowe obniżenie ciśnienia tętniczego, uważając je jedynie za objaw, względnie powikłanie rozmaitych stanów chorobowych. Dopiero przed paru laty *Ferrannini, Martinet, Roberto, Friedlaender, Barach, Fossier* (czterej ostatni z Ameryki): *Stewards, De Dally* (z Anglji): *Martini i Pierach* (z Niemiec); *Luisada* (z Italji); oraz *Lian, Dumas, Giraud* i inni (z Francji) zajęli się szczegółowo sprawą podciśnienia tętniczego, ujmując je jako zespół, który nie jest tylko objawem lub skutkiem, czy powikłaniem pewnych chorób, ale któremu należy przypisać właściwość wywołania pewnych objawów chorobowych, tak np. zmęczenie, skłonność do omdleń a nawet zapaści, akrocyanozę i inne.

I. P o d c i ś n i e n i e t ę t n i c z e. Autorowie uważają obniżenie ciśnienia tętniczego. skurczowego poniżej 12 cm Hg, a ciśnienia rozkurczowego poniżej 7 cm Hg, za wyraz podciśnienia tętniczego. Do pomiarów używają metody osłuchowej (t. zw. metoda Korotkowa), mankietu szerokości 12 cm, przyczem dane odnoszą się do człowieka dorosłego, w pozycji leżącej.

Autorowie zwracają dużą uwagę na wzajemny stosunek między ciśnieniem skurczowem a rozkurczowem, podnosząc, że mała różnica między tymi dwoma ciśnieniami (np. mx 11, mn 8) świadczy o niedomodze serca, podczas gdy większa różnica (np. mx 11, mn 4) dowodzi dobrej czynności serca a nawet zwiększonej jego pobudliwości. Autorowie zgadzają się też z *Luisadą*, który zwraca uwagę na mięśniówkę tętnic, której osłabienie może wywoływać podobny skutek co czynność serca. Przy użyciu przyrządu Pachon'a należy zwrócić uwagę na wskaźnik oscylometryczny, który jest mniejszy przy osłabionej czynności mięśnia sercowego, większy zaś przy hypotonji tętniczej, jaka sprzyja tętnieniu tętniczemu. Naogół zarówno różnice ciśnienia skurczowego, jak i wskaźnik oscylometryczny, ze względu na powikłaną naturę przyczyn, zachowują się rozmaicie w przypadkach podciśnienia tętniczego.

II. A k r o c y a n o z a Bezpośrednim skutkiem obniżenia się ciśnienia tętniczego jest obniżenie się ciepłoty skóry a zwłaszcza kończyn, co odczuwają chorzy szczególnie zimą. W niektórych przypadkach także i uszy, koniec nosa, usta, broda wykazują mniejszą ciepłotę niż inne okolice skóry. Do ochłodzenia się skóry dołącza się nieraz zmiana jej zabarwienia tak, że skóra staje się różową a często sino-fjoletową. Tego rodzaju sinawe plamy, nieraz lekko nacieczone, o obniżonej ciepłocie opisywano w okolicach ponad stawem skokowym i to pod różnemi nazwami. Do objawów akrocyanozy niekiedy dołączają się i skurcze naczyniowe, zwłaszcza w palcach, znane pod nazwą „doigts morts". Do tych objawów przedmiotowych dołącza się czasami uczucie marznięcia. Chorzy tacy skarżą się na zimno przenikające aż do kości, a jedna chora obserwowana przez autorów dla uniknięcia tego przykrego uczucia zmuszona była używać gorących kąpieli.

III. S k ł o n n o ś ć d o z m ę c z e n i a towarzyszy prawie stale zespołowi podciśnienia tętniczego. W przypadkach o średniem natężeniu choroby, chorzy w czasie nawet lekkiej pracy fizycznej są zmuszeni do siadaniu lub kładzenia się dla odpoczynku. Pozycja stojąca lub dreptanie na miejscu jest szczególnie męczące dla omawianych chorych. Wskutek tej wzmożonej skłonności do męczenia się występuje potrzeba długiego snu. Ośm, dziesięć godzin jest mniej więcej normą dla takich chorych, a wszelkie niedosypianie odbija się przez długi przeciąg czasu; nadto niezbędną także jest konieczność sypiania i po południu. Mimo tej skłonności do zmęczenia, chorzy na podciśnienie tętnicze mogą prowadzić i prowadzą nieraz życie bardzo czynne, dzięki odpowiedniemu trybowi życia. W przypadkach bardzo znacznego podciśnienia chorzy są zmuszeni przez większą część dnia leżeć. Najczęściej jednak skłonność do zmęczenia jest lekkiego stopnia tak, że dopiero dokładne wywiady wydobywają ją na jaw. Autorowie przypisują tę skłonność do męczenia się nie tyle samemu podciśnieniu, ile pewnym zmianom w układzie współczulnobłędnym, jak i w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, których rola w powstawaniu zespołu podciśnienia wydaje się być pewną. Niezależnie od stałego podciśnienia u takich chorych spotyka się też prawdziwe napady, w których podciśnienie spada do szczególnie nizkiego poziomu, na przeciąg kilku godzin lub dni, wśród ciężkich objawów chorobowych. W tych przypadkach chodzi niewątpliwie o niedokrwienie mózgu.

IV. N i e d o k r w i e n i e m ó z g u. Znaczne zwolnienie lub znaczne przyspieszenie pracy serca doprowadza do zwolnienia krążenia krwi w mózgu, podobnie też znaczne obniżenie ciśnienia krwi tętniczego jest przyczyną niedostatecznego zaopatrzenia mózgu w krew. W obu przypadkach powstające niedokrwienie mózgu powoduje powstanie omdleń, niekiedy objawów podobnych do napadu padaczki, zapaści i t. p. Stałe podciśnienie tętnicze jest polem szczególnie podatnem dla powstawania powyższych objawów i dlatego należy do zespołu podciśnienia. W przypadkach lekkich chory traci równowagę na kilka sekund lub minut, poczem natychmiast przychodzi do siebie. W przypadkach cięższych chory blednie, odczuwa pustkę w głowie i musi się położyć aby nie stracić przytomności tętno przytem zwalnia się, ciśnienie krwi spada, a po kilku minutach, niekiedy do godziny, leżenia chory przychodzi do siebie. W przypadkach jeszcze cięższych chory staje się prawie nieczuły, słyszy jednak i rozumie co się dzieje koło niego. Znaczne natężenie i długotrwałość powyższego stanu są już cechami zapaści, którą spotykamy w ciężkich postaciach rozmaitych chorób, np. w durze brzusznym. Obok zapaści i wyżej opisanych cech omdlenia, spotykamy też i prawdziwe zemdlenia, w których chory traci całkowicie przytomność i zdolność odczuwania, twarz staje się śmiertelnie blada, tętno niewyczuwalne. Na kilka sekund, czasem dłużej, (1 do 2 minut) osłuchowo nie stwierdzamy uderzeń serca, znikają też oddechy. Zemdlenie rzadko jest śmiertelne, najczęściej tętno powraca, aczkolwiek bardzo słabo napięte i wolne, twarz odzyskuje normalne zabarwienie i chory powraca do przytomności. Zemdleniu wyjątkowo mogą towarzyszyć napady podobne do napadów padaczki, albo do napadów apoplektycznych.

Inne objawy mózgowe, jak coma cardiale u chorych na cukrzycę, którym towarzyszy obniżenie ciśnienie tętniczego, nie należą, ściśle biorąc, do zespołu podciśnienia, gdyż te objawy są wywołane i przez inne przyczyny niż tylko niedokrwienie mózgu.

V. Z a b u r z e n i a z e s t r o n y i n n y c h n a r z ą d o w spotyka się nierzadko w przypadkach podciśnienia. Autorowie jednak występują zdecydowanie przeciwko przyczynowemu łączeniu powyższych objawów z podciśnieniem. Ze strony przewodu pokarmowego nierzadko spotykamy aerogastrokolję, zaparcie stolca i opuszczenie trzew. W napadach znacznego podciśnienia mogą występować bóle w brzuchu, czasem w połączeniu z wymiotami, lub biegunki. Te zaburzenia są wywołane przejściowemi zmianami w splocie słonecznym, którego rola w powstawaniu podciśnienia jest niewątpliwa. Nie należy jednak zapominać, że podobne zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego widujemy też w nadciśnieniu tętniczem.

Niektóre zaburzenia nerwowe, zwłaszcza depresja psychiczna, występują w podciśnieniu, z którem jednak nie łączą się przyczynowo, podobnie jak nie należy też identyfikować zespołu podciśnienia z neurastenją lub psychastenją. Autorowie podobnie jak i *Stewards* podkreślają, że u ludzi cierpiących na podciśnienie spotyka się często wielką moralną energję, zapomocą której zwalczają oni swą skłonność do zmęczenia, łącząc tem samem znaczną hipotonję układu naczyniowo-sercowego z wybitnem napięciem układu nerwowego. Objawy depresji umysłowej i psychicznej u tego rodzaju chorych są przejściowej natury i zależą wyłącznie od przejściowych omdleń, względnie zemdleń.

Dość rzadko spotykamy w podciśnieniu białkomocz czynnościowy. Jeszcze rzadziej zmniejszone wydzielanie moczu, które według autorów nie zależy zupełnie od osłabionej pracy mięśnia sercowego, lecz raczej łączy się z niedostatecznem ukrwieniem z powodu podciśnienia. Osłabienie mięśnia sercowego, względnie wprost niedomoga mięśnia sercowego, spotykana u chorych na podciśnienie, bezwarunkowo nie należy do zespołu podciśnienia i tworzy jedynie jego powikłanie. Wielkość serca jest normalna lub zmniejszona, tony serca są czyste, niekiedy zaakcentowane wskutek wzmożonej pobudliwości serca. Częstość tętna zachowuje się rozmaicie.

VI. W n i o s k i. Autorowie na podstawie własnych badań oraz dyskusji przeprowadzonej na kongresie w Montpellier nad podciśnieniem dochodzą do następujących wniosków: obok zespołu nadciśnienia tętniczego istnieje zespół podciśnienia tętniczego, który posiada cztery zasadnicze cech : 1) podciśnienie tętnicze, 2) obniżenie ciepłoty kończyn (akrocyanoza), lub ogólne obniżenie ciepłoty ciała, 3) łatwość do męczenia się, 4) skłonność do napadów niedokrwienia mózgu (zawroty głowy, omdlenia, zemdlenia).

Stałe samoistne podciśnienie tętnicze. (L'hypotension arterielle permanente d'allure idiopathique). C. L i a n i A. B l o n d e l. *Le Journ. Med. Francais. Nr. 12, r. 1929.*

W niniejszej pracy autorowie opisują zespół podciśnienia tętniczego, który utrzymuje się stale ze wszystkiemi, opisanemi w poprzedniej pracy, cechami (obniżenie ciśnienia tętniczego skurczowego i rozkurczowego, łatwość męczenia się, skłonności do omdlewań i zemdleń, obniżenie ciepłoty kończyn), w którym to jednak zespole nie spotykamy żadnych chorób ani zmian chorobowych, jakie mogłyby być przyczyną powyższego stanu.

Ten zespół spotyka się może nieco częściej u kobiet niż u mężczyzn, przyczem obserwacje autorów odnoszą się tylko do ludzi dorosłych. Skargi chorych zgłaszających się o porade odnosiły się do trzech ostatnich cech zespołu, o rozmaitym jednak stopniu natężenia.

B a d a n i e f i z y k a l n e wykazywało w odniesieniu do serca brak jakichkolwiek poważnych zmian, niekiedy tylko można było stwierdzić lekkie rozdwojenie pierwszego tonu serca, (co może być objawem fizjologicznym), wzmożoną wrażliwość serca wyrażającą się zaakcentowaniem tonów, w rzadkich tylko przypadkach rozpoczynającej się niedomogi serca stwierdzano przyspieszenie tętna a niekiedy skurcze dodatkowe (extra-systole). Prześwietlenie promieniami *Roentgena* wykazywało zazwyczaj małe serce, wiszące. Tylko w przypadkach towarzyszącej niedomogi mięśnia sercowego, serce było nieco powiększone a nadto autorowie mogli potwierdzić spostrzeżenie *Mentla* z Pragi, który zwrócił uwagę, że w tych przypadkach amplituda skurczów serca jest zmniejszona. *J. Diaz* z Madrytu wykazał, że takie serca w czasie doświadczenia Valsalvy silniej zwiększają swoją objętość aniżeli serca zdrowe. Elektrokardiografja nie wykazała żadnych odchyleń od stanu prawidłowego Co się tyczy tętnic, to na plan pierwszy wybijają się zmiany ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, opisane w poprzedniej pracy. Jedynie badania oscylometryczne poszczególnych odcinków ramienia wskazują na zwiększone rozszerzenie się naczyń, zbliżonych do obwodu.

P o s t a c i k l i n i c z n e można odróżniać zależnie od przewagi, którejś z cech zasadniczych podciśnienia tętniczego. A więc postać z przewagą astenji lub ze skłonnością do zemdleń, albo wreszcie ze szczególnie wybitną akrocyanozą. Z postaci nieprawidłowych należy zwrócić uwagę na postać nerkową (ze zmniejszoną ilością oddawanego moczu lub z białkomoczem), lub postać cechującą się opuszczeniem trzew albo zaburzeniami przewodu pokarmowego. Istnieje też ukryta postać podciśnienia tętniczego, w której oprócz przedmiotowego objawu obniżonego ciśnienia nie stwierdzamy żadnych innych zmian chorobowych, Najważniejszą postacią jednak

jest postać postępowego podciśnienia, w której występują napady coraz silniejszego nagłego obniżenia ciśnienia, z omdleniami, zemdleniami, uczuciem znacznego zmęczenia i akrocyanozą.

Z powikłań autorowie obserwowali lekką niedomogę serca, z duszn ością po wysiłkach i z objawami opisanymi wyżej ze strony serca. Co się tyczy skłonności tych chorych do ulegania wstrząsom w przebiegu operacji, znieczulenia ogólnego, porodu i t. p., to autorowie zwracają uwagę na zmniejszoną wrażliwość naczynioruchową u chorych z podciśnieniem tętniczem, wobec czego sądzą, że podnieta do wstrząsów nie musi tu być silniejsza aniżeli u innych chorych.

Autorowie sądzą, że na patogenezę podciśnienia tętniczego samoistnego należy się zapatrywać z tego samego punktu widzenia, jak na samoistne nadciśnienie tętnicze, t. zn. przyczyn podciśnienia tętniczego należy szukać w schorzeniu i zmienionej czynności układu wegetatywnego oraz w zaburzeniach natury humoralnej. Według badań autorów z zaburzeń w układzie wegetatywnym należy podnieść wyraźnie zmniejszoną pobudliwość nerwów współczulnych, naczyniowych. We krwi autorowie stwierdzali zwiększenie się ilości potasu, podczas gdy podstawowa przemiana materji i zasób zasad krwi nie wykazuje zmian u tych chorych. Ponieważ badania, zwłaszcza *Kylin'a*, wskazywały na podobne zmiany w układzie wegetatywnym w przebiegu podciśnienia i nadciśnienia tętniczego, przeto autorowie wyraźnie wskazują na błąd, jaki się czyni przy badaniu odruchu oczno-sercowego i w badaniach typu farmakologicznego, jeżeli z wyników tych badań chce się wyprowadzać wnioski dotyczące całego układu wegetatywnego. W badaniach dotyczących napięcia układu wegetatywnego należy zwrócić uwagę, według autorów, na odczyn każdego poszczególnego narządu, wówczas okaże się, że wprawdzie serce wykazuje zupełnie analogiczny odczyn zarówno w podciśnieniu jak i w nadciśnieniu, to jednak naczynia przy zastosowaniu metody pletysmograficznej wykazują zmniejszoną pobudliwość nerwu współczulnego, naczyniowego w podciśnieniu tętniczem, podczas gdy w nadciśnieniu pobudliwość ta jest znacznie zwiększona. Dalsze badania wykazują, że w podciśnieniu czynność serca ulega lekkiemu zmniejszeniu. W dalszym ciągu pracy autorowie przeprowadzają porównanie patogenezy podciśnienia i nadciśnienia tętniczego i dochodzą do wniosku, że w nadciśnieniu tętniczem gra dominującą rolę zwiększona pobudliwość nerwów współczulnych, zaopatrujących naczynia, podczas gdy w podciśnieniu tętniczem ta pobudliwość jest wyraźnie zmniejszona. Rola narządów o wewnętrznem wydzielaniu w powstawaniu podciśnienia tętniczego wydaje się autorom niezaprzeczalną, zwłaszcza w sensie niedomogi nadnerczy (wiele cech podciśnienia tętniczego spotykamy w chorobie *Addisona*) jajników i jąder, a być może i trzustki.

Rola podciśnienia tętniczego w powstawaniu innych cech zespołu daje się łatwo wytłómaczyć. W powstawaniu objawów zależnych od niedokrwienia mózgu, t. j. w omdleniach i zemdleniach, spotykamy dwa czynniki znaczne zwolnienie akcji serca (rzadziej znaczne przyspieszenie) oraz ostre i znaczne rozszerzenie naczyń krwionośnych, zwłaszcza brzusznych. Każdy z tych czynników z osobna, a szczególnie razem, muszą doprowadzić do niedokrwienia mózgu i zależnych od tego objawów, jasnem jest przeto, że chorzy ze stałem podciśnieniem tętniczem będą szczególnie skłonni do omdleń i zemdleń. Zwolnione krążenie krwi, rozszerzenie naczyń tętniczych a najprawdopodobniej i żylnych musi doprowadzić do objawów akrocyanozy. Co się tyczy łatwości ulegania zmęczeniu, można wyrazić dwa przypuszczenia. Być może, że chodzi tu o niedostateczne ukrwienie i odżywienie komórek i tkanek, z powodu zaburzeń krążenia wywołanych podciśnieniem, lub, też można przypuszczać, że ten sam wpływ hamujący czynność mięśniówki serca i naczyń zaznacza się, aczkolwiek w słabszym stopniu, także i w mięśniach szkieletowych, a być może i w całym ustroju. Aczkolwiek w myśl powyższych rozważań można dojść do dalszego uogólnienia oraz łączenia także i innych objawów spotykanych w podciśnieniu, w bezpośredni związek z zespołem podciśnienia (np, opadnięcie trzew, objawy psychastheniczne i t. p.), t. j. autorowie przestrzegają przed tak daleko idącem uogólnieniem, dowodząc, że wówczas zbyt nieograniczone pojęcie podciśnienia nie pozwoli na uważanie samoistnego podciśnienia tętniczego za jednostkę chorobową a, co zatem idzie, może nastąpić pomieszanie pojęcia podciśnienia tętniczego z neurastenją, psychastenją i t. p. Wreszcie autorowie raz jeszcze podkreślają, że chociaż zespół podciśnienia stawia sercu wyższe wymagania, to jednak w zasadzie nie doprowadza nigdy, sam dla siebie, do wyraźnej niedomogi serca.

Etjologja samoistnego podciśnienia tętniczego nie jest znana. Niektórzy autorowie skłonni są uważać powyższy zespół za wadę konstytucji, gdyż spotykano całe rodziny dotknięte tem cierpieniem. Być może, że niektóre przebyte cierpienia, zwłaszcza gruźlica i kiła są w pewnych przypadkach przyczyną powstania omawianego zespołu. Także i klimat można wciągnąć w zakres rozważań nad powstawaniem podciśnienia samoistnego, gdyż jest dowiedzionem, że ludzie zdrowi wyjeżdżający z Europy do krajów tropikalnych wykazują tamże obniżenie ciśnienia krwi, które powraca następnie do normy, skoro osobnicy ci powrócą do kraju rodzinnego. Niektórzy autorowie spotykali podciśnienie u sportowcow i atletów, inni jak *Richard*, sądzą, że objawy podciśnienia występują u atletów dopiero wówczas, gdy kończy się okres pełnej ich aktywności.

Rozpoznanie samoistnego podciśnienia tętniczego nie napotyka na trudności, często takiego chorego uważa się za chorego nerwowo, lub za gruźliczego, lub wreszcie za hipochondryka. Należy zwrócić szczególną uwagę na zwężenie ujścia żylnego lewego serca, które może dawać podobne objawy chorobowe, nie mniej jednak ta wada przy odpowiedniej obserwacji daje się wyłączyć. Obniżenie ciśnienia tętniczego w tętnicy ramieniowej można też spotkać w procesach zwężających światło tętnicy podobojczykowej, wówczas jednak przy osłuchiwaniu tej tętnicy słyszy się wyraźny szmer skurczowy a nadto, w razie jednostronności procesu chorobowego, można stwierdzić znaczne różnice przy mierzeniu ciśnienia w obu tętnicach ramieniowych.

Przebieg omawianego zespołu wykazuje następujące cechy: w młodym wieku przeważa akrocyanoza, u dorosłych między 20 a 40 lat życia, zespół ten jest najwyraźniejszy, a zwłaszcza na plan pierwszy wybija się łatwość męczenia się, w wieku późniejszym uderza obniżenie ciśnienia tętniczego, szczególnie rażące w stosunku do wieku.

Rokowanie co do życia jest dobre, Statystyki towarzystw ubezpieczeniowych wykazują, że

ludzie z podciśnieniem tętniczem żyją dłużej niż ludzie z ciśnieniem prawidłowem. Naogół dobrotliwość podciśnienia tętniczego przeciwstawia się ciężkości przebiegu stałego nadciśnienia tętniczego.

Podciśnienie ostre i podostre w przebiegu chorób zakaźnych. (Les hypotensions aigues et subaigues au cours des maladies infectieuses). A. Dumas. *Le Journ. Méd. francais. Nr. 12, r. 1929.*

W znacznej liczbie chorób zakaźnych, zarówno w przebiegu jak i w okresie zdrowienia spotykamy podciśnienie tętnicze.

W przebiegu duru brzusznego autor stwierdził w okresie arastania gorączki nieznaczne wzmożenie się ciśnienia skurczowego a obniżenie się ciśnienia rozkurczowego, a po kilku dniach powolny spadek ciśnienia skurczowego i dalszy spadek ciśnienia rozkurczowego. Najniższy spadek obu ciśnień stwierdza się zazwyczaj dopiero w okresie opadania gorączki a zatem krzywa ciśnienia wykazuje pewne opóźnienie w stosunku do krzywej ciepłoty i krzywej częstotliwości tętna. W dalszym przebiegu duru i w okresie zdrowienia ciśnienie tętnicze zarówno skurczowe, jak i rozkurczowe jest obniżone, mimo że ciepłota i częstotliwość tętna powróciły już do normy. Dopiero w późnym okresie rekonwalescencji ciśnienie wraca do stanu prawidłowego. W związku z podciśnieniem spotykamy także dwubitność tętna oraz tętno galopujące, dla tego też autor nie przypisuje tętnu galopującemu innego znaczenia, jak to, że jest ono wskaźniktem znacznego obniżenia ciśnienia. Wskaźnik oscylometryczny (oznaczony zapomocą przyrządu *Pachona*), w początku choroby jest nieco zwiększony, niebawem zmniejsza się zazwyczaj z równoczesnem przyspieszeniem tętna. Często też w późniejszych okresach duru brzusznego można stwiedzić chwiejność w zachowaniu się ciśnienia tętniczego a także i nierówność tętna, które różni się od tętna naprzemiennego tem, iż poszczególne zmniejszenie się wielkości fali tętna występuje nieregularnie. Ostatnio opisane objawy spotyka się wprawdzie w cięższym przebiegu duru brzusznego, nie dają one jednak same dla siebie złego rokowania.

W przebiegn duru brzusznego spotyka się nieraz ostre i znaczne obniżenie ciśnienia tętniczego z sinicą twarzy i innemi objawami zapaści. Tego rodzaju objawy bardzo często zależą od stanu i czynności serca, osobliwie zaś od rozpoczynającego się zapalenia mięśnia sercowego. W wielu przypadkach te objawy są wywołane nie tyle niedomogą mięśnia sercowego, ile nagłym spadkiem ciśnienia wskutek rozszerzenia się naczyń krwionośnych, wywołanego może niedomogą nadnerczy.

Samo obniżenie ciśnienia w omawianej chorobie należy do obrazu chorobowego i nie daje złego rokowania, większe znaczenie należy przypisać zachowaniu się wskaźnika oscylometrycznego, którego zmniejszenie się świadczy o podupadającej czynności serca. Autor zwraca też uwagę na obserwacje *Pic'a*, który w ciężkich przypadkach chorób zakaźnych a zwłaszcza duru brzusznego stwierdził obniżenie, a nawet zniesienie odruchów ścięgnistych; ten objaw daje złe rokowanie. Autor łączy powyższy objaw z obniżeniem ciśnienia tętniczego, jako wyraz obniżonego napięcia układu nerwowego i poleca w tych przypadkach stosowanie strychniny lub adrenaliny, które mogą tu lepiej zadziałać aniżeli nawet naparstnica. Dodatnie znaczenie przypisuje też stosowaniu chłodnych kąpieli.

W przebiegu zapalenia płuc u ludzi poprzednio zdrowych w początkach choroby stwierdza się nieznaczne podwyższenie ciśnienia, które niebawem opada a w okresie przełomu osiąga swój najniższy punkt, nieraz wśród burzliwych objawów, jak zapaść — poczem w okresie zdrowienia ciśnienie wraca do stanu prawidłowego, przyczem dopiero całkowity powrót ciśnienia do normy świadczy o zakończeniu się czasu rekonwalescencji.

W przebiegu zapalenia płuc u starców, u których ciśnienie krwi przed chorobą jest zawsze podwyższone — widzimy również powolne opadanie ciśnienia tętniczego. Bardzo znaczne i szybkie opadanie ciśnienia tętniczego daje bardzo złe rokowanie. U 8-miu chorych, którzy zmarli z powodu zapalenia płuc autor stwierdził spadek ciśnienia w ciągu czterech dni choroby od 20 do 80 mm Hg przeciętnie 52 mm Hg. U innych chorych spadek ciśnienia był niższy i chorzy ci wyzdrowieli. W tej grupie 14-tu chorych spadek ciśnienia wynosił od 0 do 30 mm Hg, przeciętnie 20 mm Hg.

Zapalenie płuc u chorych ze stałem nadciśnieniem wywołuje również spadek ciśnienia, przyczem spadek ten, choć w mniejszym stopniu, utrzymuje się przez czas dłuższy i po wyleczeniu. Należy tu zaznaczyć, że znaczny spadek ciśnienia u tego rodzaju chorych wywołuje nieraz ciężkie objawy, a nawet śpiączkę, która mija z chwilą gdy ciśnienie znowu się podnosi. Aczkolwiek spadek ten bywa znaczny, to jednak nie dochodzi do liczb bardzo niskich, jak o tem świadczy obserwowany przez autora przypadek, który przed chorobą wykazywał ciśnienio mx 270 mm Hg, mn 130 mm Hg — podczas choroby, gdy ciśnienie opadło do mx 140mm Hg, mn 70 mm Hg pojawiła się śpiączka, znaczny białkomocz, afazja i inne objawy.

W innych chorobach zakaźnych zachowanie się ciśnienia tętniczego jest podobne.

W rekonwalescencji utrzymywanie się podciśnienia tętniczego może świadczyć albo o cierpieniu mięśnia sercowego, albo też o niedomodze nadnerczy. Myocarditis postinfectiosa zdradza się przyspieszonem stale tętnem zwłaszcza w spoczynku oraz występowaniem przerw w skurczach komórki zmniejszenie się wskaźnika oscyleometrycznego. O ile powyższych objawów niema a natomiast na pierwszy plan występują objawy podciśnienia, wówczas należy przypuszczać, że w grę wchodzi obniżona czynność nadnerczy.

Podciśnienie tętnicze i układ sercowo-naczyniowy w objawach wstrząsu. (L'hypotension artérielle et l'appareil cardio-vasculaire dans les phénoménes de shock). A. Luisada. *Le Journ. Méd. francais. Nr. 12 r. 1929.*

W niniejszej pracy autor szczegółowo omawia zachowanie się ciśnienia w poszczególnych, ważniejszych naczyniach ustroju rozmaitych zwierząt w przebiegu wstrząsu anafilaktycznego oraz wstrząsu, wywołanego rozmaitymi środkami, jak np. histaminą. Następnie autor omawia obniżenie ciśnienia we wstrząsie anafilaktycznym u ludzi, wywołanym przez powtórne, pozajelitowe wprowadzenie białka. Wreszcie zajmuje się wstrząsem anafilaktoidalnym u ludzi, wywołanym przez rozmaite czynniki. W zestawieniu autor podkreśla, że w objawach anafilaktycznych obniżenie ciśnienia krwi występuje stale i jest wywołane przez zmniejszoną pracę serca oraz zmniejszony dopływ krwi do serca. Znaczna część krwi jest wyłączona z obiegu lub

też krąży wolniej, zwłaszcza w naczyniach jamy brzusznej, wskutek blokady naczyń żylnych wątroby; do powyższych objawów dołącza się zwolnienie w krwiobiegu małym (płucnym), co wpływa na pracę obu komór serca.

W leczeniu objawów wstrząsu i złączonego z nim podciśnienia tetniczego należy stosować przedewszystkiem adrenalinę i efetoninę. Digitalina i kofeina rozszerzają naczynia wątroby. Także i azotany mogłyby mieć skuteczny wpływ, gdyż wpływają na powierzchniowe napięcie surowicy krwi, jak to wykazywał *Kopaczewski*. Leki narkotyczne w małych dawkach działają przeciwwstrząsowo i przez swój wpływ na układ nerwowy mogą się okazać skutecznemi. Zapobiegawczo można stosować chlorek wapnia.

Ogólne znaczenie podciśnienia tętniczego w przebiegu chorób przewlekłych. (Signification générale de l'hypotension artérielle dans les maladies chroniques). G. Giraud. *Le Journ. Med. français: Nr. 12, r. 1929.*

Ze względu na to, że podciśnienie tętnicze spotyka się w całym szeregu chorób przewlekłych, autor podzielił omawiany materjał na dwie grupy.

Pierwsza grupa obejmuje choroby, w których występuje wyraźne uszkodzenie jednego lub więcej narządów, wywierających wpływ na ciśnienie tętnicze.

Do narządów bezpośrednio wpływających na ciśnienie tętnicze należy przedewszystkiem serce, którego zaburzona czynność obniża ciśnienie krwi: tu należy znaczne zwolnienie tętna, jakie doprowadza przedewszystkiem do zmniejszenia się ciśnienia rozkurczowego; następnie znaczne przyspieszenie akcji serca, które samo przez się wprawdzie doprowadza do wzmożenia ciśnienia krwi, ze względu jedak na s ojarzenia z innymi czynnikami prowadzi do obniżenia ciśnienia; wreszcie niemiarowość pracy serca, która wywołuje oscylacje w ciśnieniu tętniczem. Obok zaburzeń w czynnosci serca, wady zastawkowe, jak wiadomo, doprowadzają do obniżenia ciśnienia tętniczego bądźto skurczowego, bądź też rozkurczowego, albo też obu równocześnie. Tu należy wymienić zwężenie ujścia tętniczego lewego oraz zwężenie ujścia żylnego lewego. Niedomykalność zastawek aorty prowadzi do znacznego obniżenia ciśnienia rozkurczowego. Wreszcie niedomoga mięśnia sercowego, w jakiejkolwiek postaci może być przyczyną powstania podciśnienia.

Obok serca, stan naczyń również wpływa na ciśnienie tętnicze. Na plan pierwszy wysuwa sie tu znaczne rozszerzenie naczyń jamy brzusznej. Należy tu też ogólna hipotonja naczyniowa, która gra rolę w powstaniu samoistnego podciśnienia tętniczego, opisanego w poprzedniej pracy. Uszkodzenie ścian naczyń, a zwłaszcza rozsiana miażdżyca tętnic, obok podwyższenia się ciśnienia skurczowego, powinna prowadzić także do obniżenia się ciśnienia rozkurczowego, co jednak nie zawsze ma miejsce. Miejscowe uszkodzenie ścian naczyń, wywołujące zwężenie światła naczyń, prowadzi do ograniczonego obniżenia się ciśnienia tętniczego w odcinku, leżącym obwodowo od miejsca chorobowego. Podobnie też wpływa na ciśnienie aneurysma arterio-venosum.

Jako trzeci czynnik należy wymienić zachowanie się ilości krwi krążącej, a więc obniżenie ciśnienia z powodu znacznego upływu krwi.

O ile wyżej wymienione trzy czynniki wpływają na obniżenie ciśnienia krwi, o tyle rozmaite odczyny wyrównawcze ze strony ustroju starają się wyrównać to obniżenie ciśnienia, jak to spotykamy w znacznej liczbie zmian zastawkowych serca. Jako wyraz wyrównawczej zdolności ustroju można tu wymienić przerost serca oraz wspomagającą krążenie czynność naczyń.

Obok wyżej wymienionych narządów, które bezpośrednio wpływają na ciśnienie tętnicze, także stan chorobowy i innych narządów, aczkolwiek drogą pośrednią, może wywołać podciśnienie.

I tak uszkodzenia układu nerwowego, jak zespół *Parkinsona*, połowicze porażenie i t. p. mogą wywołać obniżenie ciśnienia. Obok układu nerwowego gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu, a zwłaszcza nadnercza oraz układ chromochłonny, wpływają na ciśnienie krwi. Niedomoga tego układu, ktorego najwybitniejszym wyrazem jest choroba *Addisona*, wywołuje podciśnienie. Prawdopodobnie uszkodzenia i innych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu pojedyńczych lub mnogich wywołać mogą podciśnienie.

Druga grupa obejmuje uszkodzenie w całości układu, utrzymującego ciśnienie na prawidłowym poziomie. I tak stwierdzano obniżenie ciśnienia w okresach depresji nerwowej i w stanach wagotonicznych. Schorzenia wątroby, a zwłaszcza marskość wątroby typu *Laennec'a* przebiega z podciśnieniem, które towarzyszy też nieraz niedomodze wątroby. Ze schorzeń nerek, cierpienia typu nefrotycznego (z obrzękami) oraz skrobiawica nerek przebiega z podciśnieniem. U chorych na dychawicę oskrzelową spotykamy podciśnienie, jakie niektórzy autorowie przypisują anoksemji (niedostatecznemu utlenieniu krwi). Z zakażeń przewlekłych należy wymienić przedewszystkiem gruźlicę i kiłę, jako cierpienia wpływające na obniżenie ciśnienia. Nowotwory złośliwe, prowadzące do charłactwa oraz niektóre przewlekłe zatrucia i schorzenia przemiany materji, sprowadzającewynędznienie, mogą być również przyczyną wystąpienia podciśnienia.

Ściśle tłumaczenie mechanizmu powstania podciśnienia jest dziś jeszcze niemożliwe, przynajmniej w większości wymienionych wyżej chorób. Autor podnosi prawdopodobieństwo istnienia zmian humoralnych pod wpływem tych cierpień, jako przyczynę powstawania podciśnienia.

Podciśnienie tętnicze wywołane zmianami w gruczołach dokrewnych. (Les hypotensions endocriniennes en clinique humaine). R. Turpin i Monnerot-Dumaine. *Le Journ. Med. francais. Nr. 12 r. 1929*

I. Podciśnienie wywołane zmianami w nadnerczach o przebiegu ostrym. Jako cechy charakterystyczne należy tu wymienić: bezsilność mięśniowa, bóle w jamie brzusznej, nudności, wymioty, biegunka, pragnienie, obniżenie cieploty ciała, znaczne obniżenie ciśnienia, rozsiane na powłokach plamy bronzowe, wybroczyny w jamie ustnej. Przebieg trwa od paru dni do kilku godzin. W przypadkach nietypowych mogą wystąpić i inne jeszcze objawy, jak drgawki, znaczne przyspieszenie tętna i t-p. W postaci samoistnej na sekcji stwierdza się całkowite zserowacenie gruźlicze obu nadnerczy.

W przebiegu duru brzusznego, grypy, szkarlatyny, zimnicy, duru plamistego, spotykamy również ostrą niedomogę nadnerczy, przebiegającą ze znacznem obniżeniem ciepłoty ciała i astenją, przyczem

ten zespoł daje się niejednokrotnię zwalczyć zapomocą wprowadzenia adrenaliny. Jako przyczynę powstania tego rodzaju objawów należy wymienić utajoną gruźlicę nadnerczy lub krwotok do nadnerczy.

Ostrą niedomogę nadnerczy mogą wywołać zatrucia gazami wojennymi, lub uśpienie zapomocą chloroformu, nadto urazy w okolicę nadnerczy mogą być również przyczyną powstania tego zespołu.

II. Podciśnienie wywołane zmianami w nadnerczach o przebiegu podostrym. Tu należą podciśnienia w przebiegu niektórych rekonwalescencji po chorobach zakaźnych oraz niedomoga nadnerczy o przebiegu podostrym bez charakterystycznego zabarwienia skóry u chorych na gruźlicę. Następnie obniżenie ciśnienia i uporczywe wymioty u ciężarnych, wreszcie choroba *Addison'a* o ostrym przebiegu.

III. Podciśnienie wywołane zmianami w nadnerczach o przebiegu przewlekłym. Tu należy prawdziwa choroba *Addisona*, zespoły podobne do choroby *Addison'a* o przebiegu bardzo przewlekłym, występujące zwłaszcza u chorych na gruźlicę, wreszcie zespoły niedomogi nadnercza o charakterze bardzo łagodnym, bez zmian skórnych, odznaczające się przedewszystkiem skłonnością do zmęczenia, przyczem siła mięśni jest zachowana, zawrotami głowy i t. p.

IV. Podciśnienie w przebiegu zaburzeń czynności innych gruczołów dokrewnych. Podciśnienie tętnicze spotykamy w niedomodze tarczycy (myxoedema), z charakterystycznem zwolnieniem akcji serca. Często też podciśnienie występuje w dystrophia adiposogenitalis oraz w niektórych cierpieniach przysadki mózgowej.

V. Z licznych badań fizjologów i klinicystów, wiadomo, że wydzielina nadnerczy t. j. adrenalina wpływa na podniesienie ciśnienia krwi drogą podrażnienia układu nerwu współczulnego. Badania nad tarczycą wykazują, że zwierzęta pozbawione tarczycy mają ciśnienie krwi zmniejszone, choć wyciągi tarczycy nie wpływają bezpośrednio na ciśnienie krwi. Wydzielina z tylnej części przysadki mózgowej wpływa na obniżenie ciśnienia krwi, podczas gdy badania nad wyciągami z grasicy dały wyniki rozbieżne. Ostatnio podnoszą, że niektore wyciągi z trzustki posiadają również zdolność obniżania ciśnienia krwi.

VI. Leczenie podciśnienia wywołanego niedomogą nadnerczy. Jako najlepszy sposób leczenia autorowie uważają codzienne spożywanie 2 do 3 gr, świeżego gruczołu nadnerczy, pochodzącego z wołu lub barana. Ze względu na trudności powyższego sposobu leczenia można polecić podawanie wyciągu z nadnerczy w dawce 20 do 75 ctgr. dziennie. Niestety nie wszystkie preparaty nadnerczy są równie czynne. Postępowanie powyższe nadaje się do leczenia przewlekłych schorzeń nadnercz, natomiast w ostrej lub podostrej niedomodze nadnerczy należy wstrzykiwać adrenalinę, w odpowiedniej dawce, stosując także i środki nasercowe, ewentualnie strychninę lub efedrynę.

Leczenie podciśnienia tętniczego. (Traiment de l'hypotension arterielle). G. Lian i A. Blondel. *Le Journ. Med. francais. Nr. 12. r. 1929.*

I. Leczenie stałego samoistnego podciśnienia tętniczego. Ze środków stosowanych w powyższem leczeniu należy wymienić przedewszystkiem strychninę, ktorą autorowie podają doustnie, w następujący sposób: 2 dni po 20 kropli trzy razy dziennie, 2 dni po 22 krople trzy razy dziennie. W ten sposób podnosząc dzienną dawkę o 2 krople dochodzą do 30 kropli, poczem w podobny sposób obniżają tę dawkę aż do dawki początkowej. 20 kropli zawiera 1 mlgr. strychniny. To leczenie wpływa korzystniej na skłonność do zmęczenia, aniżeli na samo podciśnieuie.

Niektórzy autorowie stosują w tych przypadkach podskórne wstrzykiwania tlenu w dawkach wzrastających od 50 do 500, ccm. przyczem leczenie to trwa od czterech do 6 tygodni w przebiegu serji 12,tu wstrzyknięć. Wyniki bywają korzystne, najmniej jednak w odniesieniu do ciśnienia.

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.

Ze względu na niepewnośc stosowania adrenaliny drogą doustną, autorowie podawali efedrynę lub efetoninę a później sanedrynę (fabr. Rhone-Poulenc) Ten ostatni preparat znajduje się w pastylkach po 2,5 ctgr.; w leczeniu podciśnienia należy podawać po pół pastylki trzy razy dziennie przed jedzeniem przez 10 do 12 dni, dawka ta może być później powoli zwiększana. Po przerwie 5—6 dni lek ten należy podawać dalej. Wyniki są podobne, jak przy podskórnem stosowaniu tlenu.

Leone radzi podawać adrenalinę drogą doodbytniczą, natomiast *Necker* podaje 1/4 do 1/2 mlgr. adrenaliny na cukrze lub pod postacią granulki, którą należy powoli rozpuszczać w ustach, gdyż wówczas adrenalina wchłania się przez błonę śluzową. Z podawaniem adrenaliny należy być bardzo ostrożnym, gdyż wrażliwość chorych na adrenalinę jest bardzo rozmaita.

Z innych sposobów leczenia należy wymienić elektroterapję, promienie pozafiołkowe oraz masaż, zwłaszcza okolicy splotu słonecznego, serca i bocznych okolic kręgosłupa.

II. Leczenie ostrych napadów podciśnienia. W przypadkach omdleń i zemdleń, obok domowych sposobów cucenia, oraz wstrzykiwania kamfory, sparteiny, kofeiny itp. należy stosować przedewszystkiem adrenalinę. Tę ostatnią należy wstrzykiwać raczej domięśniowo (zwracając pilnie uwagę, by nie wstrzykać jej do żyły), gdyż wstrzyknięcia podskórne mogą wywołać martwicę. Co do dawek trzeba być bardzo ostrożnym i nie wstrzykiwać naraz więcej, jak 0.5 mtgr. O ile ten sposób leczenia nie daje wyniku, można wstrzykiwać adrenalinę dożylnie, rozpuszczając 0,25 mlgr w 20 ccm płynu fizjologicznego i wstrzykując niemiernie powoli, by w razie niepożądanych objawów móc natychmiast przerwać dalsze wprowadzanie adrenaliny. W przypadkach rozpaczliwych, gdy praca serca ustała i oddechy się zatrzymały, można wstrzyknąć adrenalinę dosercowo. W tych przypadkach wstrzykuje się 1 mlgr. adrenaliny, przyczem wyniki bywają korzystne, o ile od chwili wstrzymania się akcji serca nie upłynęło więcej niż 6 minut.

III. Leczenie napadów podciśnienia w przebiegu ostrych chorób zakaźnych. W tych przypadkach stosujemy obok kamfory i strychniny, także digitalinę i adrenalinę. Digitalinę podają autorowie 10 kropli dziennie roztworu 1/1000 przez 7 lub 10 dni. Adrenalinę stosują pół do 1 mlgr. trzy razy dziennie, bądźto drogą doustną, bądź też dożylnie. Zamiast adrenaliny podają efedrynę w dawkach do 2,5 ctg. W ciężkich przypadkach autorowie stosują dożylne wstrzykiwania 0,25 mlgr ouabainy.

Z. Gorecki

CHIRURGJA.

Przyczynek do obrazu klinicznego i leczenia „Thrombo - arteriitis Buergera" (Syndrome d'obliteration artériel du membre inferieur droit, apparu au cours d'une phlébite superficielle et profonde avec embolies pulmonaires. Effet thérapeutique de l'acetylcholine). Tremolières i Véran. *Le Bull. Méd. Nr. 44, październik 1929.*

Autorowie podają opis spostrzeganego przez siebie i leczonego wstrzykiwaniami acetylcholiny przypadku, w którym stwierdzono objawy choroby *Buergera* (Thrombo-arteriitis obliterans) ze strony kończyny dolnej, w połączeniu z zapaleniem jej żył powierzchownych i głębokich i zatorami płucnemi.

U mężczyzny 50-letniego, cierpiącego od 2 miesięcy na zapalenie zakrzepowe żył jednej z kończyn dolnych, powikłane powtarzającemi się zatorami płucnemi, nagle wystąpiły objawy niedokrwienia całej tej kończyny, z gwałtownemi bólami, zasinieniem i ochłodzeniem skóry, rozlanem obrzmieniem, zupełnem zniesieniem czucia i ograniczeniem ruchów czynnych, ale bez zmian odżywczych. Kilę i cukrzycę wyłączono. Zaczęto wstrzykiwać codziennie 0,2 acetylcholiny. Po pierwszem wstrzyknięciu bóle zaczęły się zmniejszać, po trzeciem — ustąpiły prawie zupełnie, jednocześnie i inne objawy zaczęły ustępować. Po czterech miesiącach chory opuścił szpital jako wyleczony. W przypadku tym miał miejsce zespół objawów tętniczych, żylnych i współczulnych (skurcz naczyniowy); zaś w obrazie klinicznym na plan pierwszy wysunęły się: ostre niedokrwienie kończyny i znaczne jej obrzmienie. Przyczyną niedokrwienia była mechaniczna niedrożność tętnicy biodrowej zewnętrznej (zakrzep), przyczem czynnik skurczowy grał tutaj rolę niemałą; dowodzi tego wybitny wynik leczniczy acetylcholiny. Obraz ten najbardziej przypomina, zdaniem autora, „Thrombo-arteriitis" typu *Buergera*, ewentualnie mógłby stanowić przejście od tej ostatniej do „Endarteriitis praesenilis". Bez względu na tło tego schorzenia, dotyczącego i tętnic i żył, rokowanie tutaj jest poważne, gdyż zawsze pozostaje możliwość powstawania nowych zatorów i nowych ognisk niedokrwienia.

Acetylcholina w lecznictwie (L'emploi de l'acetylcholine en clinique et en therapeutique). Villaret *Monde Méd. Nr. 746 1929 r.*

Działanie farmakologiczne acetylcholiny polega na rozszerzeniu tętnic i tętniczek i następowym spadku ciśnienia krwi — w przeciwieństwie do histaminy, która powoduje również spadek ciśnienia krwi, ale dzięki rozszerzeniu włośniczek (z równoczesnem zwężeniem tętniczek). A więc stosowanie lecznicze acetylcholiny będzie wskazane we wszystkich tych przypadkach, w których objawy chorobowe zależą całkowicie (choroba *Raynaud*) lub chociażby częściowo (endarteriitis obliterans) od skurczu tętnic i tętniczek.

Środek ów wprowadza sie do ustroju w roztworze wodnym, przygotowanym na poczekaniu, w postaci wstrzykiwań podskórnych, lub lepiej, domięśniowych. Dawka dzienna wynosi od 0,02 — 0,03 (poty u gruźlików) do 0,40 (Endarteriitis obliterans) i więcej (kolka ołowiowa). Maksymalna dawka jednorazowa wynosi 0,2 grama.

Zespoły objawowe ze strony tętnic i tętniczek obwodowych. W chorobie *Raynaud* wstrzykuje się codziennie 0,10 acetylcholiny przez czas dłuższy, dopóki nie ustąpią objawy odżywcze; później wstrzykuje się serjami, 1 — 2 tygodnie w miesiącu, aż do ostatecznej poprawy w stanie chorego. Podobnie należy postępować w sklerodermji i w zaburzeniach odżywczych ze strony kikutów poamputacyjnych. Stosowanie acetylcholiny jest wskazane również we wszelkich rodzajach „endateriitis obliterans", ale w dawkach znacznie silniejszych — 2 razy dziennie po 0,20;

będzie ono tutaj leczeniem tylko objawowem, mającem na celu usunięcie wtórnego skurczu tętniczek, wikłającego zasadnicze organiczne zwężenie światła tętniczego.

Zespoły ze strony tętnic i tętniczek trzewnych. Dodatnie wyniki po stosowaniu acetylcholiny osiągnięto w przypadkach nadmiernego ciśnienia tętniczego, w skurczu tętnicy siatkówkowej (w okulistyce) i w przebiegu udaru mózgowego.

Zaburzenia w zakresie układu nerwowego roślinnego. Acetylcholina działa drażniąco na układ przywspółczulny (parasympatyczny), wzmaga napięcie mięśni gładkich i ma własności przeciwanafilaktyczne, Dlatego też stosuje się ją z powodzeniem w przypadku nadmiernych potów, zwłaszcza u gruźlików (tylko dawki małe, 0,02 — 0,05 grama, które działają wprost odwrotnie niż dawki duże), następnie w przypadkach niedomogi wydzielniczej żołądka i trzustki i w zatruciu ołowiem (dawki bardzo duże — 0,15 g. co 5 — 10 minut).

Leczenie ran tchawicy (Traitement des plaies de la trachée). Remy-Neris. *Le Journ. Méd. Francais, Nr. 1, styczeń 1930.*

Linję postępowania w przypadkach zranienia tchawicy wyznaczają te zaburzenia oddechowe, które wystąpiły zaraz po urazie lub które z reguły grożą chorym powyższym w przyszłości.

W przypadkach ran niewielkich (kłutych), kiedy objawów duszności niema prawie wcale, wystarczy zabezpieczyć choremu spokój, pozycje siedzącą z lekko zgiętą do przodu głową, zabronić mówienia i zwalczać kaszel wstrzyknięciem morfiny. W razie wystąpienia jakichkolwiek poważniejszych zaburzeń w oddychaniu należy przystąpić zaraz do wykonania tracheotomji.

W przypadkach ran głębokich i rozległych tchawicy, grożących każdej chwili ciężką zamartwicą (asphyxia), pierwszym rękoczynem lekarza powinno być wprowadzenie rurki tracheotomijnej poprzez ranę, ewentualnie — wykonanie tracheotomji (dolnej), którą zasadniczo zawsze lepiej jest wykouać z cięcia w zdrowych tkankach, poza raną, która zwykle jest zakażona i uspasabia przeto do odpowiednich powikłań. Dopiero po opanowaniu niebezpieczeństwa zamartwicy można przystąpić do opatrzenia i ewentualnego szycia samej rany.

W przypadkach średnio-ciężkich wskazania do tracheotomji są bardziej ograniczone; a mianowicie: rany postrzałowe od kul większego kalibru (szrapnele), poczynająca się duszność, szybkie nasilanie się odmy podskórnej i wreszcie — rany brudne, zatokowate i z wyraźnym odczynem zapalnym (ze strony naczyń chłonnych otoczenia). Po zabezpieczeniu się ze strony ewentualnych zaburzeń w oddychaniu chirurg przystępuje do zeszycia otworu w tchawicy. Szyć ściany tchawicy nie należy w przypadkach ran brudnych i zatokowatych, w których lepsze wyniki daje szew wtórny, później,szy (po wygojeniu się rany) i u osobników starszych, ze zwapniałemi chrząstkami, u których zeszycie tchawicy może wywołać obumarcie pierścieni. We wszystkich pozostałych przypadkach należy zeszyć ranę w tchawicy i to możliwie wcześnie, szwami strunowemi węzełkowemi, nie przebijającemi śluzówki, zaś brzegi tchawicy trzeba dopasować jak najdokładniej—dla uchronienia od odmy podskórnej.

U chorych, u których w następstwie zagojonej rany tchawicy powstało jej większe lub mniejsze zwężenie z odpowiedniemi zaburzeniami w oddychaniu, wskazanem będzie wtórne wycięcie odcinka zwężonego Tam zaś. gdzie wskutek urazu powstał duży ubytek ściany tchawicy, trzeba się uciec do zabiegu plastycznego — wytworzenia brakującej części ściany z odpowiednio dobranych uszypułowanych płatów skórnych i skórno-okostnowych.

Jakie są ścisłe wskazania do operacji zespolenia pęcherza żółciowego z żołądkiem (Les indications légitimes de la cholécystogastrostomie). Berard i Mallet-Guy. *Lyon Chirurg. XXVII, Nr. 1, styczeń-luty 1930.*

Zanim się odpowie na to pytanie, należy uprzednio rozważyć, co uskutecznia pod względem czynnościowym zespolenie pęcherza żółciowego z żołądkiem (cholecysto-gastro-stomia), jaką jest definicja izjologiczna tego zabiegu?

A więc, przedewszystkiem — odprowadzenie żółci z wątroby do jelit z pominięciem przewodu żółciowego wspólnego. Osiąga się to w zupełności i w warunkach wysoce fizjologicznych, gdyż żółć wylewa sie poprzez przetoke do żołądka tylko okresowo, z przerwami, nie wywołując w nim żadnych zaburzeń wtórnych — ani chemicznych, ani czynnościowych; a pomimo przechodzenia treści żołądkowej poprzez przetokę do pęcherza, niebezpieczeństwo jego zakażenia — ze względu na jałowość tej treści — jest niewielka. Cel ten osiąga wyżej omówiony zabieg pod następujacemi warunkami: przewód pęcherzykowy i pęcherz jest drożny i o ścianie naogół niezmienionej (obecność kamieni nie stanowi tu zasadniczo przeciwwskazania), zachowanie drożności przewodów żółciowych wątrobowych i odźwiernika.

Inaczej się rzecz przedstawia. jeśli się chce osiągnąć na drodze zespolenia pęcherza z żołądkiem sączkowanie zakażonych przewodów żółciowych; gdyż przy zwykłych rozmiarach otworu zespoleniowego sączkowanie to jest bezwzględnie niedostateczne (żółć wylewa się z przerwami), a jeśli otwór ten zrobić bardzo duży, to wówczas treść żołądkowa przechodzi swobodnie do pęcherza i ewentualność jego zakażenia wzrasta. Pierwszeństwo oddać należy w tych razach wytworzeniu zwykłej przetoki pęcherzowej nazewnątrz (cholecystostomia).

To samo powiedzieć można o próbach trwałego obniżenia kwasoty żołądka, w przypadkach wrzodu żołądka i dwunastnicy, zapomocą zespolenia pęcherzowo-żołądkowego; próby te zawiodły całkowicie, chemizm żołądka nie ulegał tu żadnym poważniejszym, a tembardziej żadnym stałym, zmianom.

Z rozważań powyższych widać, że jedynem słusznem wskazaniem do zabiegu omawianego będzie trwała nieusuwalna niedrożność mechaniczna przewodu żółciowego wspólnego w jakimkolwiek jego punkcie. Przyczyną tej niedrożności bywa najczęściej rak trzustki, rzadziej — zbliznowacenie głowy trzustki (pancreatitis chronica), lub guz złośliwy przewodu żółciowego wspólnego.

Przyczynek do rozpoznawania i leczenia pęknięcia śledziony, powikłanego pęknięciem nerki lewej (Contribution à l'étude des ruptures de la rate et en particulier des ruptures associées de la rate et du rein gauche). Desjacques. *Lyon Chirurg. XXVII — Nr. 1, styczeń — luty 1930.*

Autor spostrzegał i leczył w ciągu ostatnich kilku miesięcy trzy przypadki pęknięcia pourazowego śledziony i jeden przypadek stłuczenia brzucha z krwotokiem wewnętrznym niewyjaśnionego pochodzenia.

I. W pierwszym przypadku dziewczynka 7-letnia spadła z wysokości I piętra i uległa rozległemu pęknięciu śledziony i nerki lewej. W czasie operacji wycięto jej śledzionę i nerkę—z cięcia brzucha pośrodkowego, przedłużonego w lewo w kierunku X żebra; chora wyzdrowiała. Naogół pęknięcia jednoczesne śledziony i nerki lewej zdarzają się nierzadko, jednakże w większość z nich chorzy tacy umierają przed zabiegiem — z powodu współistniejących ciężkich obrażeń innych narządów wewnętrznych. W tych przypadkach, które dostają się na stół operacyjny, niezawsze zachodzi konieczność wycięcia — obok śledziony — i nerki uszkodzonej (np. drobne pęknięcia), jednakże zawsze należy w tych razach skontrolować stan tych narządów, gdyż niedopatrzenie w tym kierunku może spowodować w następstwie dla chorego zejście śmiertelne.

II. Drugi przypadek dotyczył młodzieńca 18-letniego, który w następstwie upadku z wo u uległ pęknięciu śledziony. Objawów krwotoku wewnętrznego nie było. Przy operacji znaleziono duży krwiak wewnątrz torebki śledziony, szybko narastający, torebka — na pęknięciu. Śledzionę wycięto. Chory wyzdrowiał.

III. W trzecim przypadku chodziło o młodzieńca 20-letniego, który po upadku z motocykla został przywieziony do szpitala, wśród objawów szybko nasilającego się krwotoku wewnętrznego; ściana brzuszna miękka i podatna na całej przestrzeni. Operacja polegała na wycięciu pękniętej śledziony. Chory wyzdrowiał.

IV. Wreszcie w ostatnim przypadku — mężczyzna 17-letni, przejechany przez samochód — przed operacją stwierdzono objawy krwotoku wewnętrznego z napięciem powłok brzusznych w lewem podżebrzu, po otwarciu brzucha znaleziono tylko dużą ilość wolnej krwi, ale źródła tego krwawienia nie udało się odnaleźć (śledziona, nerki, wątroba, żołądek, krezka — bez zmian wyraźnych). Chory wyzdrowiał.

W związku z powyższemi przypadkami nasuwają sie autorowi pewne uwagi techniczne. Ze względu na trudność ustalenia dokładnego rozpoznania przed zabiegiem, należy wybierać w czasie operacji takie ciecie, które umożliwi dokładne obejrzenie całej jamy brzusznej. Bardzo dogodnem jest tu cięcie pośrodkowe, z ewentualnem przedłużeniem poprzecznem w lewo (śledziona) lub w prawo (wątroba). W przypadku jednoczesnego uszkodzenia śledziony i nerki lewej droga przezotrzewnowa jest najdogodniejszą dla wycięcia obu tych narządów, jest znacznie wygodniejszą od cięcia lędźwiowego.

Przypadek zatoru paradoksalnego tętnicy biodrowej zewnętrznej, usuniętego operacyjnie. (Embolie paradoxale de l'artère iliaque externe gauche. Embolectomie), Dahl Iversen. *Lyon Chirurg. XXVII—Nr. 1. styczeń — luty 1930.*

O ile operacje wyjęcia powodującej zator skrzepliny (embolectomia) z tętnicy płucnej—ze względu na trudności rozpoznawcze i szybko następujące zejście śmiertelne — zdarzają się bardzo rzadko, o tyle takież zabiegi operacyjne na tętnicach kończyn są zadaniem bardzo wdzięcznem i niezbyt trudnem, tak pod względem rozpoznawczym, jak i technicznym. Te ostatnie operacje z roku na rok są wykonywane coraz częściej (zwłaszcza w Szwecji).

Autor spostrzegał przed rokiem chorą 53-letnią, cierpiącą na żylaki obu goleni w stanie zapalnym, która pewnego dnia nagle, wkrótce po oddaniu stolca, poczuła zdretwienie kończyny dolnej lewej od połowy uda w dół, zdrętwienie to wkrótce przeszło w gwałtowny ból kłujący. Przedmiotowo stwierdzono zblednięcie i ochłodzenie kończyny od kolana w dół, a pozatem zniesienie ruchów czynnych w tymże zakresie i osłabienie czucia. Tętnienie tętnicy udowej wyczuwało się dopiero tuż poniżej więzadła Pouparta, ku dołowi od tego miejsca nigdzie tętnienia nie stwierdzono.

W pięć godzin od chwili wystąpienia objawów zaczopowania tętnicy chora została poddana operacji. W znieczuleniu lędźwiowem obnażono tętnicę udową w górnej jej części na przestrzeni 10—12 cm; tętnica nie tętniała i była pusta, wobec czego przedłużono cięcie ku górze i znaleziono korek zatorowy (embolus) długości 10 cm, sięgający swym dolnym końcem tuż poniżej więzadła pachwinowego. Nacięto tu tętnicę na przestrzeni 2 cm, wyjęto bez trudności skrzeplinę i ścianę tętnicy zeszyto szwem jedwabnym ciągłym (jedwab parafinowany). Ranę zaszyto doszczętnie.

Zaraz po operacji bóle ustąpiły zupełnie, wróciło prawidłowe zabarwienie kończyny i jej ciepłota. Chora została wypisana ze szpitala jako wyleczona.

Badanie drobnowidzowe skrzepliny wykazało typowe utkanie zakrzepu żylnego. Mechanizm powstania tego zatoru każe myśleć o zachowaniu drożności otworu owalnego w sercu (foramen orale apertum), co nie jest bynajmniej rzadkością, gdyż na stole sekcyjnym znajduje się je u 33% wszystkich zwłok.

Zespół objawów mocznicowych z obniżeniem zawartości chlorku sodu we krwi. (Azotèmie chloropènique). Dias. *La Presse Méd. Nr. 30 kwiecień 1930.*

Do niedawna jeszcze uważano, że mocznica bywa wyłącznie następstwem zapalenia nerek z ich niedomogą. Dzisiaj wiemy już niewątpliwie, że istnieje cały szereg stanów chorobowych, w których przyczyna wzrostu zawartości mocznika we krwi jest całkowicie poza nerkami. Zwykle chodzi tu o chorobliwie wzmożony rozpad białka w ustroju, którego przyczyny zresztą, mogą być różne, ale mechanizm jest jeszcze całkowicie ciemny. Ustrój, zwalczając ów rozpad białek, przyciąga ze krwi do tkanek zwiększone ilości chlorku sodu, które działają tutaj poniekąd ochraniająco. Stąd — spadek zawartości chlorku sodu we krwi, tak często spotykany w tego rodzaju

stanach; przyczem ów spadek jest nie przyczyną zatrucia ustroju, a jego następstwem. Zrozumiałem jest teraz, że ustrój, znajdujący się w podobnych okolicznościach, będzie wykazywał zwiększone zapotrzebowanie na chlorek sodu, a jego doprowadzenie w postaci wstrzykiwań dożylnych stężonych roztworów ułatwi ustrojowi zwalczenie tego zatrucia. Charakterystycznem jest, że nie chodzi tu o jony chloru czy też sodu wogóle, a o chlorek sodu jako taki. Coś podobnego ma miejsce przy przeprowadzeniu leczenia bromkami u chorych na padaczkę: leczenie to skutkuje o wiele szybciej, o ile chorzy tacy zachowują dietę bezsolną lub małosolną — tkanka mózgowa jakby się broniła przy pomocy chlorku sodu przed zatruciem bromkami. Przyczynami mocznicy z obniżeniem zawartości chlorku sodu we krwi, jako wyrazu wzmożonego rozpadu białka w ustroju, bywają: ciężka cukrzyca, stany odwodnienia ustroju, wyniszczenie, jednostronna dieta, krwotoczne zapalenie trzustki, niedrożność jelit (zwłaszcza typu dwunastniczego), zwężenie odźwiernika i niektóre choroby zakaźne. Stanom powyższym towarzyszą dość często — wzrost zawartości cukru we krwi i zwiększenie się jej zasobu zasad, to ostatnie równoległe naogół do spadku zawartości we krwi chlorku sodu. Zaznaczyć należy jeszcze raz, że ów wybitny wpływ leczniczy wstrzykiwań stężonych roztworów chlorku sodu nie dotyczy innych chlorków, np. potasu, amonu. Chlorek sodu działa tu do pewnego stopnia swoiście.

Przyczynek do rozpoznawania zapalenia wyrostka robaczkowego (L'inversion des signes dans l'appendicite). Okinczyc. *La Presse Méd. Nr. 33, kwiecień 1930.*

Można się jeszcze spotkać ze zdaniem, że bóle w przebiegu napadu wyrostkowego z początku są rozlane po całym brzuchu, a dopiero po pewnym czasie umiejscowiają się na prawym talerzu biodrowym. Jest to trochę nieścisłe, gdyż bóle te początkowo są umiejscowione w nadbrzuszu, w okolicy zwoju słonecznego (ganglion coeliacum), zczasem przechodząc na prawy talerz biodrowy. Przyczem należy tu podkreślić pewną rozbieżność, bardzo charakterystyczną dla początkowego okresu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, — rozbieżność między umiejscowieniem bólu samoistnego i wywołanego. Ból samoistny chory odczuwa w nadbrzuszu, które samo na ucisk jest niewrażliwe; z drugiej strony, stwierdza się jednocześnie żywą bolesność uciskową na prawym talerzu, przy braku bólów samoistnych w tej okolicy.

Ta rozbieżność między umiejscowieniem bólu samoistnego i bolesności uciskowej ma miejsce również w zapaleniu wyrostka o przewlekłym przebiegu klinicznym. Rozbieżność objawów bólowych, ale w znaczeniu odwrotnem, miewa często miejsce w ostrych schorzeniach żołądka i dwunastnicy (przedziurawienie), a mianowicie: bole samoistne w prawym dole biodrowym i bolesność uciskowa w nadbrzuszu. Może to mieć pewne znaczenie w rozpoznawaniu różniczkowem.

Umiejscowienie bólów samoistnych w przebiegu zapalenia wyrostka w okolicy nadbrzusza tłumaczy się miejscowemi stosunkami anatomiczno-fizjologicznemi. Znajduje się tu zwój słoneczny, w którym podniety bólowe, wychodzące z trzew (wyrostek), przechodzą z włókien nerwowych współczulnych — nie mających własności umiejscowienia bólu — na włókna rdzeniowe. Zwój ten gra rolę „centrali bólowej", w której umiejscowiają się czucia bólowe, wychodzące z różnych trzew, i która umożliwia powstawanie różnych odruchów bezpośrednich, jak np. odruchu z chorego wyrostka na żołądek (tak zwany „nieżyt żołądka" w przebiegu zapalenia wyrostka).

Leczenie rozległych nawrotów nabłoniaków skórnych twarzy, powstałych po stosowaniu naświetlań leczniczych. (Traitement des grands épithéliomas cutanés de la face après échec des méthodes radiothérapiques). Bérard i Creyssel. *Paris, Méd. Nr. 11, marzec 1939.*

Autor omawia tutaj te przypadki nabłoniaków twarzy, u których po zastosowaniu leczenia promieniami miał miejsce nawrót cierpienia — i to zwykle już w postaci bardzo rozległej i przerastającej daleko w głąb. Przyczyną nawrotów bywa najczęściej wadliwa technika naświetlań radowych lub rentgenowskich — zastosowanie dawki zbyt słabej, zbyt mocnej, nie obejmującej nowotworu w całej jego rozległości powierzchniowej; rzadziej chodzi tu o nabłoniaki zasadniczo „oporne" na naświetlania. Przypadki tego rodzaju uważa się naogół za nienadające się już do leczenia operacyjnego, a to z następujących względów: 1) po usunięciu roz-

Szlam Ług Borowina
Ciechocińskie
Najlepsze krajowe lecznicze środki kąpielowe umożliwiają przeprowadzenie skutecznych kuracji domowych chorym
NA:
WADLIWĄ PRZEMIANĘ MATERJI. CHOROBY UKŁADU NERWÓW. ARTRETYZM. REUMATYZM. i t. p.
świetne w leczeniu
PRZEWLEKŁYCH I ZAPALNYCH CHORÓB KOBIECYCH.
Uwaga: Najskuteczniej sze są kąpiele ze szlamu i z ługu
Najprzyjemniejsza djetetyczna, radjoczynna gazowana CIECHOCIŃSKA STOŁOWA WODA DO PICIA Nr. 8
DO NABYCIA WE WSZYSTKICH APTEKACH I SKŁADACH APTECZNYCH.
Wyłączna reprezentacja.
Towarzystwo Handlowo - Przemysłowe
„REAL"
Warszawa Widok 24. — Tel. 85.30 i 513-05.

ległego nowotworu powstałby zbyt duży i szpecący ubytek na twarzy, tem bardziej, że nabłoniaki takie przerastają zwykle do wnętrza poszczególnych jam kostnych; 2) tkanki okoliczne posiadają, w następstwie przebytych naświetlań, zmniejszoną żywotność i są bardzo wrażliwe na zakażenie pooperacyjne; 3) osobniki dane są zwykle wyniszczone i w stanie charłactwa.

Jednakże ze względu na to, że nabłoniaki te przez czas długi pozostają schorzeniem umiejscowionem, bez tendencji do dawania przerzutów do gruczołów chłonnych, a tem mniej do narządów wewnętrznych, autor jest za tem, żeby nawet w tych pozornie beznadziejnych przypadkach próbować jeszcze leczenia operacyjnego. Tembardziej, że chorzy ci, ze względu na ich wyniszczenie i niedokrwistość, nawet bardzo obrażający zabieg zniosą lepiej, niż leczenie naświetlaniami. Naturalnie ów zabieg często musi być naprawdę bardzo rozległy i pozostawiający ubytek w tkankach, który zwykle już tylko protezą można wypełnić. Po operacji takiej pozostaje rozległy i głęboki ubytek, który narazie wypełnia się sączkami gazowemi, zwilżonemi płynem przeciwgnilnym (surowicą przeciwgorzelinową, szczepionką *Delbeta*), prawie bez nakładania szwów; po 8 — 15 dniach, kiedy ubytek pokryje się już ziarniną, wprowadza się doń odpowiednią dawkę radu. Dopiero po tem można myśleć o częściowem wypełnieniu ubytku zapomocą plastyki. Autor leczył w ten sposób 21 przypadków nawrotów nabłoniaka twarzy, z nich 12 — spostrzegał następowo conajmniej w przeciągu 18 miesięcy. W 55% otrzymał wyleczenie kliniczne, co ze względu na beznadziejność danych przypadków uważać należy za wynik bardzo pomyślny.

Rozpoznawanie i leczenie raków pierwotnych sterczu. (Les canceres épithéliaux de la prostate. Diagnostic, traitement). Wolfromm. *Paris Méd. Nr. 12, marzec 1930.*

Wszystkich chorych na raka pierwotnego sterczu można podzielić — ze względu na zmiany anatomiczne i rokowanie — na zasadnicze cztery grupy.

I. Chory zostaje zoperowany z powodu tak zwanego przerostu sterczu; po przecięciu wyłuszczonego guza chirurg znajduje mniej lub więcej niespodziewanie w środku małe ognisko rakowate. Jest to postać, dająca najlepsze rokowanie, i zwykle po wyłuszczeniu sterczu następuje wyleczenie zupełne.

U chorego z typowemi objawami tak zw. przerostu sterczu, przy obmacywaniu guza palcem przez odbytnicę stwierdza się naogół jego dokładne odgraniczenie i powierzchnię gładką, jedynie tylko w jednem miejscu wyczuwa się twardy guzek, zagłębiony w jednostajnie elastycznej masie guza dobrotliwego. Przypadki te dają rokowanie o wiele gorsze, jakkolwiek można jeszcze uzyskać wyleczenie na drodze operacyjnej.

III. U chorego, cierpiącego na zaburzenia w oddawaniu moczu i na bóle dopiero od paru miesięcy, znajduje sie przy badaniu przez odbytnicę stercz niezbyt duży, nieprawidłowego kształtu i niejednolitej spoistości, o niewyraźnych granicach. Tutaj rokowanie jest bardzo niepewne i liczyć na wyleczenie jest trudno.

IV. Wreszcie w przypadkach, długi czas nie rozpoznawanych jako takie, z różnemi bólami neuralgicznemi (przerzuty kostne), leczonych mylnie na gościec, gruźlicę kręgosłupa, krwawnice — rokowanie jest zupełnie złe.

Objawy kliniczne. Do najczęstszych należą zaburzenia w oddawaniu moczu, które w przypadkach raka występują naogół później (nowotwór bierze początek zwykle z tylnej części sterczu, zdala od cewki moczowej), szybko się nasilają, rzadko doprowadzają do znacznego zalegania; towarzyszą im dokuczliwe bóle, utrzymujące się prawie stale. Krwiomocz występuje naogół częściej w przebiegu guza dobrotliwego sterczu, niż złośliwego. Stan ogólny długi czas jest zupełnie dobry, charłactwo występuje późno; wcześniej odeń zaznaczają się objawy niedomogi nerek, wskutek ucisku moczowodów. Okoliczne gruczoły chłonne zostają zajęte naogół wcześniej; przerzuty kostne — nie tak zresztą częste, jak się ogólnie uważa — dotyczą przedewszystkiem kości udowej. Śluzówkę odbytnicy rak przerasta rzadko, owrzodzeń nie bywa.

Leczenie. Chory na raka sterczu, nie leczony, umiera średnio po 6 — 18 miesiącach; przyczyną śmierci bywają powikłania płucne lub niedomoga nerek. Leczenie operacyjne daje wyniki naogół średnie, czy to operując z cięcia brzucha, czy też od strony krocza. Wyjątek stanowią wczesne przypadki raka, wzrastającego wgłębi guza dobrotliwego sterczu; dlatego też wszystkich chorych z tak zwanym przerostem sterczu należałoby operować nie zwlekając, ze względu na możliwość powstania w nich ognisk rakowatych.

Leczenie promieniami daje również bardzo niewielką odsetkę wyleczenia; względnie najlepsze wyniki ma się po naświetlaniach rentgenowskich, jakkolwiek są i zwolennicy wyłącznego stosowania radu. Do schorzeń wikłających leczenie promieniami należą: zatrucie ustroju wskutek szybkiego rozpadu guza, niedokrwistość, niedomoga nerek, owrzodzenia odbytnicy, przetoki odbytniczopęcherzowe, zakrzepy żył miednicy małej, szybkie rozsianie się nowotworu po całym organiźmie i inne.

To też nic dziwnego, że niektórzy wybitni chirurdzy jak *Leguen i Catbelin* zarzucili w przypadkach raka sterczu całkowicie doszczętne leczenie operacyjne i leczenie promieniami, ograniczając się wyłącznie do zgłębnikowania pęcherza, jego nacięcia w celu wytworzenia przetoki i wreszcie — podawania morfiny.

Mięśnie pochyłe szyji — torakoplastyka w przypadkach gruźlicy płuc. (Les scalènes et la thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire). Grégoire. *Paris Méd. Nr 12, marzec 1930.*

Wycięcie częściowe żeber, stanowiące istotę tak zwanej torakoplastyki w przebiegu gruźlicy płuca, jest wtedy tylko celowe, kiedy dotyczy wszystkich żeber po danej stronie, od pierwszego do dwunastego.

Jednak żeby uzyskać możliwie zupełne unieruchomienie i spadnięcie się chorego płuca, samo przecięcie żeber nie wystarcza; trzeba je uzupełnić unieruchomieniem operacyjnem wszystkich czynnych przy prawidłowym oddechu (nie nasilonym) mięśni oddechowych. Należą tu: mięśnie międzyżebrowe — jeśli chodzi o żebra od III do XII, mięśnie pochyłe szyi — dla dwu pierwszych żeber, i przepona.

Wycięcie odpowiedniej długości kawałków ze wszystkich żeber poraża jednocześnie, w związku z ich przebiegiem anatomicznym, odpowiednie mięśnie międzyżebrowe. Inaczej jest z mięśniami pochyłemi szyi — tutaj samo przecięcie dwu pierwszych żeber nie wystarcza, gdyż mięśnie pochyłe, pociągając za kikuty żeber i zrośnięte z niemi sklepienie opłucnej, będą uruchomiały niepotrzebnie chore płuco. Dlatego też przecięcie żeber uzupełnić tutaj należy przecięciem wszystkich trzech mięśni pochyłych.

Zabieg operacyjny będzie się składał w ten sposób z wycięcia częściowego wszystkich żeber wycięcia częściowego wszystkich trzech mięśni pochyłych szyi i wyrwania nerwu przeponowego.

I tempo — Wycięcie w sposób typowy pięciu dolnych żeber (VIII—XII).

II tempo (po kilku dniach) — wycięcie w ten że sposób dalszych pięciu żeber (III — VII).

III tempo — wycięcie pierwszego i drugiego żebra, wycięcie trzech mięśni pochyłych i wyrwanie nerwu przeponowego; zabieg ten można wykonać w znieczuleniu miejscowem, z cięcia skórnego, zaczynającego się na palec powyżej obojczyka tuż u zewnętrznego brzegu mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego, następnie przebiegającego poziomo i równolegle do obojczyka, na wysokości stawu barkowo-obojczykowego zaginającego się do tyłu i kończącego się przy przecięciu z linją pionową, przechodzącą przez szczyty szyjnych wyrostków poprzecznych.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Świąd sromu. (Prurit vulvaire). Pouey H. *La Gynècologie, t. 28, z. 12.*

W długim artykule, opartym na 300 przypadkach obserwowanych w ciągu 30 lat autor omawia etjologję, objawy, rokowanie i leczenie świądu sromu (pruritus vulvae).

A więc przedewszystkiem, jeśli chodzi o stosunek do układu nerwowego, to podnieść należy, że wchodzą tu w grę te same zakończenia nerwowe, które biorą udział w wywoływaniu orgasmus sexualis: łechtaczka, wargi mniejsze, okolica okołoodbytnicza. Podobnie jak w przeżyciach płciowych, świąd sromu występuje napadowo, dając w czasie swego trwania pobudzenie psychiczne, z następowym okresem zmęczenia. W wielu przypadkach świądu sromu wykryć można schorzenia nerwowe, a mianowicie: hypochondrję, osłabienie psychiczne. hallucynacje, niepokój psychiczny, neurastenję, hysterję, bezsenność, chorobę *Parkinsona*, dyspareunję, pochwicę (vaginismus), oziębłość płciową, padaczkę i t. d.

Poza wspomnianem wyżej umiejscowieniem w łechtaczce, wargach małych i okolicy okołoodbytniczej, świąd sromu dotyka stosunkowo często przedsionek pochwy, bruzdy pachwinowe, spojenia łonowe i pochwę. Znane są również przypadki umiejscowienia na jakiejś niewielkiej przestrzeni wargi większej (autor spostrzegał taki przypadek w trzech pokoleniach tej samej rodziny), jak również najrozmaitsze umiejscowienia zastępcze lub współczesne (ogólny świąd całego ciała o słabym nasileniu, następnie napad świądu nosa i grzbietu stopy, i to raz na miesiąc przed miesiączką). Naogół biorąc długotrwała obserwacja wykazuje, że umiejscowienie świądu bynajmniej nie jest stałe u tej samej pacjentki. Świąd występuje zazwyczaj napadowo, w niektórych tylko przypadkach trwa on przez kilka, do kilkunastu godzin, albo nawet stale. Ten ostatni typ zazwyczaj pod wpływem leczenia przechodzi w typ przerywany, napadowy. Natężenie choroby bywa naogół bardzo znaczne, doprowadzające niekiedy do rozpaczy i myśli samobójczych. Częstość występowania napadów bywa rozmaita; niekiedy występują one w okresie miesiączkowym, niekiedy znowu nawet w okresie przekwitania napady przychodzą w terminach miesięcznych ściśle określonych.

Zmiany anatomiczne miejscowe występują zaledwie w 1/3 przypadków.

Wyleczenie niektórych z nich daje w skutku również poprawę lub wyleczenie świądu (wchodzą tu w grę upławy, zapalenie szyjki macicy, zapalenie dróg moczowych i t. d.).

Kliniczna dłuższa obserwacja wykazuje, że jeśli świąd trwa długo, to nie jest on nigdy stały; okresy zupełnego uspokojenia dłuższe lub krótsze są zawsze; w czasie trwania swej choroby chore prawie zawsze trafiają na jakiś środek, który pomaga im objawowo. Zresztą choroba ustąpić może nagle i samoistnie, o czem pamiętać należy przy ocenie wpływu środków leczniczych.

Wracając do etjologji świądu autor przechodzi w krótkiem zestawieniu następujące stany chorobowe związane, względnie współistniejące ze świądem:

1) menstruacja, połączona z zachwianiem równowagi hormonalnej,
2) w 16% przypadków autor stwierdził zaburzenia w wydzielaniu wewnętrznem poza okresem menstruacji;
3) ciąża bezwątpienia bywa czynnikiem wywołującym, ewentualnie pogarszającym świąd;
4) cukrzyca może dawać, jakkolwiek nie zawsze, świąd jako objaw;
5) w 5% przypadków autor miał do czynienia z kobietami oziębłemi płciowo; niekiedy z oziębłością łączyły się w tych przypadkach zmazy nocne;
6) zmiany w narządzie moczowym, czy to anatomiczne w postaci wypadnięcia części rodnych i zaułka pęcherza, czy to czynnościowe, jak parcie nerwowe na mocz — zmiany te w 13 przypadkach występowały równocześnie ze świądem.

Anatomicznie dość często (w 34 przypad.) łączył się świąd sromu z jego leukoplakją; leczenie operacyjne całkowitego wycięcia sromu daje wyniki dobre we wszystkich przypadkach, pomaga jednak również niekiedy też leczenie zachowawcze.

Stosowanie radu powoduje niekiedy w następstwie świąd sromu, niekiedy zaś, odwrotnie, znika on po zastosowaniu wspomnianej wyżej actinoterapji.

Rokowanie w omawianem schorzeniu jest prawie niemożliwe do postawienia; każdy przypadek przebiega inaczej i to niezależnie od początkowej ciężkości.

Leczenie, zdaniem autora, winno przebiegać jak następuje:

1) badanie kliniczne, jako najdokładniejsze;
2) badanie moczu na białko i cukier;

3) zmiany miejscowe na sromie wymagają zastosowania: a) wysmarowania 2% rozczynem wodnym lapisu, b) maść z hydrargyrum praecipitatum rubrum lub flavum;
4) leczenie zmian w pochwie, narządzie moczowym i szyjce macicy;
5) objawowo: a) przy napadach nocnych lawatywka z 4 łyżkami letniego rozczynu 1 gr. Natrium bromatum i 1 gr. antypiryny z opium; b) jeśli napady świądu występują w dzień polecić należy taką samą lawatywkę bez opium, lub też lawatywkę z 0,1 kokainy lub novocainy.

Podczas leczenia szpitalnego podać można płyn znieczulający we wlewaniach dopęcherzowych, zamiast w lawatywkach.

Nie należy również zapominać o psychoterapji, gdyż zazwyczaj chore należą do osób wybitnie nerwowych,

Oto niektóre z recept:

Do zmaczania sromu: woda utleniona· woda słona, rozczyny siarki, sublimat 1:1000 lub bardziej rozcieńczony, gwajakol 10%-owy w glicerynie; kwas karbolowy 2%. lapis 2%; chlorek wapnia, wodzian chloralu, rozczyny węglanu wapnia, dwuwęglan sodu; spirytus rektyfikowany, sok cytrynowy; rozczyn kokainy; woda migdałowa, jodyna; waselina, oliwa z gomenolem.

Do smarowania: pomady i pudry: Zincum oxydatum, hydrargyrum praecipitatum rubrum; kwas karbolowy. Mydła kreolinowe, orthoformowe i inne. Talk z kokainą, jałowa glinka.

Do irygacji: 0,5% kwas karbolowy; siarczan miedzi 1/2%; sublimat 1:10.000; płyn Carrela, dwuwęglan sodu, węglan wapnia.

Czopki pochwowe: Z kokainą, z belladoną, z natrium boricum.

Lawatywki: Z 1% lapisem z dodatkiem soli, bizmutu.

Wlewanie do pęcherza: 10 cm.³ buteliny w 1% rozczynie, kokainy, novocainy, lapisu.

Leczenie injekcjami podskórnemi: Szczepionki, autohemoterapia, proteinoterapia.

Leczenie lekami podawanemi doustnie: Węgiel zwierzęcy, uraseptina; uspakajające: belladona, walerjana, benzoate de benzyle. Dieta jarska lub jarsko-mleczna.

Promienie Roentgena.

Operacyjne usunięcie kawałka skóry; w razie zmian zbielenia sromu (leukoplakia) należy wyciąć cały srom.

Przyczynek do badań nad przyczyną wystąpienia czynności porodowej. (Contribution a l'étude des causes du declanchement du travail de l'accouchement) Fontes J. (*La Gynecologie T, 28. Z. X.*

Autor wykonał szereg badań doświadczalnych nad macicą świnki morskiej, w celu wyjaśnienia etjologji porodu.

W pierwszej serji wprowadzał do jednego rogu macicy (róg wycięty, w płynie Ringera, temp. 38—39⁰ C. stałe przepuszczanie przezeń tlenu) kawałek ebonitu aby wypróbować działanie rozpychania od wewnątrz. Skurcze mięśni tego rogu były bez porównania silniejsze, niż rogu pustego. Potwierdzać to ma przypuszczenie, że jednym z czynników wyzwalających czynność porodową jest rozpychające działanie jaja płodowego.

Druga serja doświadczeń polegała na wprowadzeniu do naczyń, w których znajdowały się przyżyciowo utrzymane rogi macicy świnki morskiej odwłóknionej krwi kobiet rodzących. Mierzenie skurczów tego rogu i porównanie ich amplitudy z amplitudą skurczów drugiego rogu tej samej świnki morskiej, poddanego działaniu odwłóknionej krwi męskiej — wykazało, że krew kobiet rodzących wywoływała znaczne silniejsze skurcze mięśni.

Wniosek: musi istnieć we krwi kobiet rodzących jakaś substancja (zaczyn) wywołująca skurcze mięśnia macicy.

Cztery porody prawidłowe u kobiety. która przeszła rozcięcie pochwowe przedniej ściany szyji macicy (hysterotomia vaginalis anterior) (Accouchements normaux a quatre reprises chez une femme ayant subi auparavant une hysterotomie vaginale anterieure) Chatillon F. (*La Gynecologie T. 28. Z. 11.*

Z powodu rzucawki porodowej wykonano u omawianej pacjentki t. zw. cięcie cesarskie pochwowe (*Dührssena*) z dobrym wynikiem.

Po tej operacji pacjentka cztery razy urodziła samoistnie i szczęśliwie. przyczem, co ciekawe, nie było żadnych trudności w rozwieraniu się szyji.

Skręt zdrowych przydatków (Le volvulus des annexes saines) Michon L. (*Gynecol et Obstetr. T. XXI. L. 2.*

Autor przytacza opis 5-iu obserwowanych przez się przypadków skrętu zdrowych (kontrola mikroskopowa w każdym przypadku), przydatków, najczęściej samej trąbki.

Zaznaczyć należy, że stwierdzenie zdrowia jajowodu nie zawsze da się uskutecznić na zasadzie badania histologicznego, gdyż skręt sam wywołać może zmiany mikroskopowe, wyglądem przypominające zmiany zapalne. Toteż dane kliniczne i dokładne rozpatrzenie przypadku dać nam tylko może odpowiedź zadawalającą.

Za czynniki etjologiczne uważać należy: 1) wrodzoną, nadmierną długość jajowodów, 2) zrosty ograniczone do niewielkiej przestrzeni. naprz. w okolicy brzusznego końca jajowodu, 3) skurcze i ruchy trąbki o typie peristaltyki, czy antyperistaltyki.

Za jedyny typ leczenia uważa autor usunięcie na drodze operacyjnej skręconych przydatków.

Rozpoznanie kliniczne jest bardzo trudne, zazwyczaj nie udaje się postawić go przed zabiegiem operacyjnym,

Ropień przestrzeni Retziusza u ciężarnej dotkniętej dusznicą (asthma bronchiale). (Abces de la cavitè de Retzius chez une femme gravide atteinte d'asthme) Chatillon F. (*La Gynècologie T.28 L.11*)

Autor obserwował przypadek ropnia przestrzeni *Retziusza* z przejściem na tkankę łączną okołopęcherzową, następnie na wargę większą. Etjologja tego schorzenia była w omawianym przypadku niejasna, jedynie można by przypuścić związek przyczynowy z przebytem odoskrzelowem zapaleniem płuc, wikłającem asthma bronchiale, występującą podczas ciąży. Badania bakterjologiczne nie wykazały obecności drobnoustroji, co tembardziej uniemożliwiało wyjaśnienie etjologji schorzenia.

Ciekawy jest w tym przypadku stosunek asthma bronchiale do ciąży. Występowała ona natychmiast po zajściu w ciążę i utrzymywała się aż do chwili porodu. W kilkanaście godzin po nim wszystko znikało i więcej napady nie występowały.

Jak wiadomo stosunek omawianego schorzenia do ciąży jest bardzo rozmaity. Znane są przypadki odwrotne, a mianowicie poprawa zupełna asthma bronchiale na czas ciąży i nawrót choroby po porodzie.

Endometrioma okolicy pachwinowej. (Endometriome de la region crurale). Laroyenne, Martin, Michon, Meyssonnier. (*Gynecol. et. Obetètr. T. XXI Z.2*).

Autorzy opisują przypadek, w którym u kobiety 41-letniej stwierdzono guz wielkości jaja gołębiego w okolicy pachwiny, powiększający się w czasie menstruacji. Wycięto go i poddano badaniu mikroskopowemu, przyczem stwierdzono, iż wśród podłoża łączno-tkankowego znajdują się wolne przestrzenie, wysłane nabłonkiem walcowatym rzęskowym, takim samym, jaki wyścieła gruczoły macicy. Rozpoznano endometrioma.

Zastanawiając się nad pochodzeniem omawianego guza autorowie przypominają wypowiedziane dotychczas w tej sprawie zapatrywania i na drodze wykluczenia dochodzą do wniosku, że w ich przypadku, w myśl teorji *Roberta Meyera*, miało miejsce dobrotliwe zapalne przetworzenie się (heterotopia) natury nabłonkowej.

Nabłonkiem przetwarzającym się mógł być w danym przypadku nabłonek otrzewnej.

T. Zawodziński.

CHOROBY UCHA, GARDŁA I NOSA.

Porażenie chorda tympani izolowane w przebiegu zapalenia ropnego ucha środkowego przewlekłego. (Paralysie isolée de la corde du tympan dans l'otite moyenne suppurée chronique). R. Rendu. *Revue de laryngologie, T. 50. Nr. 9, maj 1929.*

Porażenie to z natury rzeczy wedle przebiegu chorda t. musi być b. czułe. lecz przeważnie pozostaje niespostrzeżone, a lekarz o niem nie myśli. W niektórych wszakże razach dołączają się do nieznacznych symptomów także bolesne parestezje, a gdy pacjent skłania się do autoobserwacji, naprowadza też i lekarza na djagnozę. Badając wówczas stwierdza się różne zaburzenia czuciowe i smakowe zwłaszcza dla płynów gorzkich. na równostronnej krawędzi przedniej części języka, a nadto zaburzenia czuciowe małżowiny na ograniczonym odcinku poprzed tragus. Autor przypomina szczegóły metodologii badania smaku.

Rozważania nad ropniami mózgowemi pochodzenia usznego lub zatokowego. (Considèrations sur les abscès encephaliques d'origine otique ou sinusienne). H. Faucher. *jw. Nr. 12—14. czerwiec — lipiec.*

Autor, analizując kilkanaście własnych i wiele innych ropni mózgowych pochodzenia usznego dochodzi do wniosku, że otolog ma obowiązek, nie czekając na późne i klasyczne objawy ropnia mózgowego, przystąpić jak najwcześniej do systematycznych nakłuć próbnych mózgu w każdym przypadku w którym pojawią się choćby najmniejsze objawy mózgowe i zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym. których nie uzasadnia przebieg zabiegu lub które po tym zabiegu nie cofają się. Stanowisko to jest tem bardziej uzasadnione, że 1) mózg znosi, zdaniem autora, bardzo dobrze nakłucia próbne, przeprowadzone prawidłowo i bez nacinania opony twardej, 2) rokowanie poprawia się proporcjonalnie do wczesności rozpoznania ropnia mózgowego i 3) inne schorzenia, z któremi możnaby różniczkować przy rzeczonych objawach, dają przeważnie rokowanie śmiertelne, tak, iż mylne poszukiwanie za ropniem nie może chorego na szkodę narazić.

Rozległy przerost dziąseł przeszkadzający odżywieniu. (Volumineuse hyperthrophie des gencives entravant l'alimentation). J. Lancelot. *jw. Nr. 13—16, sierpień 1929.*

Pacjentka o złem uzębieniu traci w ciągu lat jeden ząb za drugim drogą ekstrakcji. Po każdej z nich pojawiają się—szczególnie na górnym wyrostku zębowym, niekiedy w trakcie ropienia następującego po ekstrakcji — obrzmienia i przerosty tkankowe znacznego stopnia w okolicy dokonanej ekstrakcji. Przerosty te niebolesne i nie wrzodzieją, dość twarde, ostatecznie uniemożliwiają wszelkie żucie.

Podobny przypadek opisują też *Portmann* i *Martinaud*. Autor za poradą *Moure'a* usunął wszystkie te zgrubienia, nasuwające przypuszczenie dobrotliwych nowotworów — w znieczuleniu miejscowem, dając pierwsze cięcie od strony przedsionka jamy ustnej. Przerosty wykazały drobnowidowe cechy czysto zapalne bez śladu zmian nowotworowych, krwawienie podczas zabiegu było minimalne, a wyleczenie zupełne. W miesiąc po zabiegu usunięto drobny miejscowy nawrót drogą diathermokoagulacji, która, zdaniem autora, nadaje się wogóle do leczenia tej rzadkiej zmiany.

Ból głowy a ropień mózgowy i móżdżkowy pochodzenia usznego. (La cèphalée dans l'abcès cerebral et cerebelleux d'origine otique). Portmann-Retrouvey. *jw, Nr. 17—18, wrzesień 1929.*

Na zasadzie 10 spostrzeganych przypadków autorowie wypowiadają następujące wnioski: Ropniom extraduralnym właściwą jest łagodna równostronna hemikrania, raczej w rodzaju ciężkości w głowie, umiejscowiona w skroni lub ciemieniu. Ból głowy w rozlanej meningitis zaczyna się nagle i intensywnie, jest nieustanny z nieznacznemi remisjami, światło i hałas potęgują go, umiejscowienie jest przeważnie homolateralne, lecz bardziej rozlane. Ból głowy w meningitis serosa niekiedy jest podobny jak w ropniu mózgowym. W tym ostatnim razie (t. j. w ropniu) ból głowy występuje z początku łagodnie (signe de bandeau) w formie rodzaju ucisku i stopniowo potęguje się do uczucia ściśnięcia głowy w kleszcze o nieznośnej intensywności, zmuszającej do jęków i krzyku. Pozycja chorego ma w pewnych granicach wpływ na stopień bólu. Leki są niemal bezskuteczne. Umiejscowienie przy ropniu płata skroniowego jest częściej skroniowe lub ciemieniowe, przy ropniu móżdżką. częściej potyliczne, zwykle homolateralne, wyjąt-

kowo skrzyżowane. W każdymbądź razie ból głowy jest, zdaniem wszystkich autorów, „najwcześniejszym i najstalszym objawem ropni mózgowych."

A. Schwarzbart.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Leczenie wyprysków, schorzeń z uczulenia. (Le traitement des eczèmas, maladies de sensibilisation). H Jousion, P. Cot, R Sohier. *(Bull et Mém. de la Soc. Méd. des Hopitaux de Paris 1929 Nr. 32).*

Wszystkie wypryski są dowodami wrażliwości powłok zewnętrznych na jedną lub kilka substancji szkodliwych zwanych antygenami. Wrażliwość ta początkowo zwykle wybiórcza staje się po pewnym czasie trwania choroby uogólnioną. Wiele jest podstaw do przypuszczenia, że układ neuro-wegetatywny pośredniczy w powstawaniu i rozprzestrzenianiu się tej wrażliwści Niektóre z substancji szkodliwych (antygenów) pochodzą z zewnątrz, inne z zewnątrz organizmu. To określenie wypysku tłómaczy jego wielopostaciowość, która jest z jednej strony zależna od podłoża (konstytucji dermopatycznej), z drugiej strony od różnych antygenów.

Leczenie wyprysków polega na zasadach, wynikających z powyższych danych. U osesków odczulenie mleczne w postaci podskórnych wstrzykiwań (1/2 do 2 cm.³ mleka matki co 5 dni) daje dobre wyniki. Sześć przypadków uogólnionego, podostrego wyprysku, u 20-stokilkodniowych ose-sków wyleczył autor tym sposobem (około 4 wstrzyknięć). Metoda ta uprzednio już oddawała autorowi znaczne usługi w leczeniu zaburzeń jelitowych u dzieci. Można stosować również roztwór wodny 3% peptonu mlekowego. U osobników młodych naogół najczęstsze są wypryski monoantygenowe. Z wiekiem stopniowo przybywa antygenów, na które ustrój uczula się. W leczeniu wyprysków zawodowych odczulenie antygenem zastosowanym według wywiadów daje dobre wyniki. Jeżeli antygen szkodliwy rozpuszcza się w wodzie, do wodnego, na zimno sporządzonego roztworu, po przefiltrowaniu należy dodać fenolu lub formolu w ilości 1 kropli na 1 cm³ i wstrzykiwać podskórnie, w dawkach zależnych od tolerancji chorego. Antygeny rozpuszczalne w innych płynach (eter, chloroform, alkohol) należy stosować w bardzo małych dawkach. Ulegają one trudniej wessaniu. W wypryskach pokarmowych u dorosłych stosowano odpowiedni pepton w 3% roztworze wodnym, 1/2—5cm³ co 5 dni.

Powyższe sposoby odczulenia specyficznego w praktyce mają nie częste zastosowanie. O wiele częściej z powodu nieznajomości antygenu szkodliwego lub z powodu wrażliwości układu vago-sympatycznego, skutkiem której ustrój odczulony na jeden antygen z łatwością uczula się na inny, zachodzi potrzeba zastosowania odczulenia ogólnego, co powoduje obniżenie wrażliwości układu vago-sympatycznego. Pośrednią niejako metodą pomiędzy odczuleniem wybiórczym, a ogólnym jest autouroterapja. Autor stosował ją w przypadkach wyprysków przypuszczalnie endo-antygenowych (skazach). Podejrzewając, że substancje szkodliwe wydalane są z moczem w dostatecznym stężeniu, autor wstrzykiwał podskórnie mocz z dodatkiem phenosalylu. Ten sposób leczenia daje dobre wyniki w przypadkach wyprysków, zwłaszcza sączących (u diabetyków, dnawych i w wypryskach rąk u kobiet zatrudnionych w gospodarstwie domowem).

Z licznych środków ogólnie odczulających poleca autor te, które wywołują jaknajsłabsze odczyny organizmu, mianowicie: Calc. chlor. 0,75, Na Br 0,5, Na hyposulf, 2,0, aq. dest. 10.0 (dożylnie) lub odczulenie per os przez stosowanie 2 — 4 pastylek dziennie o następującym składzie: Na hyposulf. crist, 1,0, Campha Br. Na silic. à. 0,5. Autohemoterapja oddawała autorowi również znaczne usługi. W końcu stosowano często naprzemian z autohem. środki t. zw. vagototropiczne, zwłaszcza neopancarpinę, którą stosował autor dożylnie w połączeniu z Na. hyposulf. (Na hyposulf. 5,0, pilocarp. chlorhydrat. lub nitrat. 0,005 aq. dest 20.0 na 1 wstrzyk.). Wstrzyknięcia wykonywał co 2 lub 3 dni w ilości do 20-stu.

Wypryski bakteryjne są zdaniem licznych dermatologów również schorzeniem uczuleniowem na toksyny drobnoustrojów. Dlatego też w tych przypadkach stosował autor lyzaty szczepionek (stocklyso-vaccins, szczepionki staphylo-strepto-pyococ). Ponadto w przypadkach mnogiej czyraczności dobre i prędkie wyniki otrzymywano, przez zastosowanie wstrzykiwań insuliny po 15 jednostek. W przypadkach wyprysków świetlnych powszechnie stosuje się środki odczulające na światło, resorcini 0,25 per os. naczczo (środek ten jest źle znoszony przez przewód pokarmowy) lub pyrokatech. 5 mgr. w 1 cm³ dożylnie. W tych przypadkach autor poleca specjalnie przygotowane szczepionki (claso-vaccin). Stosowane podskórnie w dawkach wzrastających 1/2 — 3 cm³, co 3—5 dni dają bardzo dobre wyniki. Szczepionki te stosował autor pozatem we wszystkich wypryskach parakeratotycznych, pochodzących z uczulenia na różnego rodzaju mycelia i ich produkty i posiada w swojej obserwacji 29 przypadków doskonałych wyników.

W sprawie przewlekłych paciorkowcowych schorzeń skóry. (Sur les dermatoses chroniques, streptococciques) R. Sabouraud) *Presse Med. 1930 r. Nr 5.*

Gronkowcowe i paciorkowcowe schorzenia skóry mają wybitnie różny przebieg kliniczny, zależny od skłonności tych lub owych bakterji do atakowania pewnych części skóry. Gronkowce wykazują szczególną skłonność do zajmowania mieszków włosowych, paciorkowce natomiast nigdy mieszków nie zajmują a atakują fałdy skóry, zwłaszcza wilgotne. Gronkowce wywołują szybko ropienie, wysięk zaś skutkiem zakażenia paciorkowcami jest pierwotnie przejrzysty, mętnieje później a w ropny zamienia się najczęściej wtenczas, gdy do zakażenia paciorkowcowego przyłączają się gronkowce. Dzieje się to bardzo często; nigdy natomiast do zakażenia pierwotnie gronkowcowego nie przyłączają się wtórnie paciorkowce. Stąd też pierwszym klinicznym objawem zakażenia gronkowcowego skóry jest okołomieszkowa krosta, objawem zaś zakażenia paciorkowcowego jest przejrzysty pęcherzyk lub obrzęk, zaczerwienienie i surowiczy wysięk w fałdach naturalnych skóry (poza uszami, wyprzenia it.p.)

W następujących schorzeniach skóry paciorkowiec odgrywa główną rolę jako czynnik etjologiczny: Impetigo — liszajec pospolity, częsty zwłaszcza u dzieci w postaci grubych miodowych strupów na twarzy. Schorzenie to może zajmować

i owłosioną skórę głowy, gdzie strupy bywają podobne, choć zwykle nieco bardziej szare i fałdy skóry, zwłaszcza poza uszami. Liszajec jest schorzeniem ostrem, może jednak przejść w stan przewlekły zwłaszcza, jeżeli zajmie okolice małżowin usznych i owłosioną skórę głowy. Przewlekłym paciorkowcowem zakażeniem owłosionej skóry głowy jest również t. zw. teigne amiantacée d'Alibert, schorzenie spostrzegane u dorosłych, początkowo uważane za grzybicę, polegające na powstawaniu ognisk suchych, rozsypujących się łuskowatych strupów. U ciężarnych lub karmiących niekiedy nagle pojawia się, ę na głowie, na szyji i na górnej części klatki piersiowej osutka, w postaci różowych. nieznacznie wyniosłych plam, które szybko pokrywają się delikatnym łuskowatym strupkiem. W tych wykwitach badanie i hodowla wykazują obecność paciorkowców. U dzieci szkolnych częste białawe plamy na twarzy skutkiem łupieżowatego łuszczenia się tych miejsc (pityriasis alba) są niejako poronną postacią liszajca, przez niektórych nazwane impetigo sicca. Zakażenie paciorkowcowe, wychodzące z fałdów skórnych, zwłaszcza skłonnych do wyprzenia, objąć może stopniowo całe powłoki skórne, dając wielorakie obrazy kliniczne aż do rzeczywistej paciorkowcowej erytrodermji. Wybitnie przewlekłym schorzeniem, w którego etjologji odgrywa paciorkowiec również ważną rolę, jest neurodermitis. W końcu przewlekły świąd odbytu, o ile wykluczone inne są przyczyny, należy także odnieść do zakażenia paciorkowcowego, nie dającego wyraźnych objawów objektywnych.

Nie wszystkie organizmy ulegają równie łatwo zakażeniu paciorkowcowemu skóry. U niektórych skóra jest szczególnie skłonna do tego zakażenia, skłonność ta jednak nie jest ogólną, lecz czysto miejscową.

Leczenie paciorkowcowych schorzeń sączących polega na stosowaniu okładów z wody *Alibour'a* i maści dziegciowych. W wyprzeniach pędzlowania 1% nalewka jodowa naprzemian z maścią cynkową dają dobre wyniki. Leczenie należy prowadzić długo po ustąpieniu zmian klinicznych, gdyż schorzenia te są wielce skłonne do nawrotów.

Wyłysienie głowy i ich rozpoznanie różniczkowe z pseudo-pelade Brocq'a (Les alopecies du cuir chevelu et leur diagnostic differentiel avec la pseudo-pelade de Brocq) Panagiotis B. Photinos *Presse Méd. 1930. Nr. 27.*

Schorzenie zwane pseudo-pelade Brocqa zaczyna się od występowauia małych plamek zupełnie pozbawionych włosów na owłosionej skórze głowy. Plamki te są okrągłe, białawe, o wejrzeniu bliznowatem, jakby palcem wgniecione, gładkie, o charakterystycznym połysku, o wyraźnych zarysach. Plamki te zlewają się z sobą, tworząc większe łysinki o konturach policyklicznych. Obok tak powstałych większych plam, powstają świeże drobne plamki (jak satelity). Włosy z łatwością wyrwane z najbliższego sąsiedztwa plamek, makroskopowo niezmienione, posiadają wyraźną, białawą, błyszczącą torebkę i różnią się wybitnie od włosów wyrwanych z sąsiedztwa zwykłej łysiny (łojotokowej), które pod mikroskopem, skutkiem zaniku części opuszkowej, przypominają pisarskie znaki, wykrzykniki. W otoczeniu plamek można niekiedy zauważyć zaledwie widoczną różową obwódkę.

Wyraźnych zmian zapalnych ani ropienia nigdy się nie spostrzega. Schorzenie jest wybitnie przewlekłe, postępuje przez przeciąg kilku do kilkudziesięciu lat, nie sprawia żadnych dolegliwości subjektywnych, może się samoistnie zatrzymać w rozwoju. W miejscach wyłysiałych nigdy włosy nie wyrastają.

Różnicować należy pseudo-pelade B. z następującemi schorzeniami: acne decalvans (w ostrym okresie obecność wyraźnych zmian zapalnych, brak skłonności do zlewania się blizenek w większe łysinki), sycosis lupoides (wyraźne zmiany zapalne w skórze), favus (zmiany we włosach), lupus erythemat, (nadmierne rogowacenie naskórka, zaczerwienienie, nieregularny kształt ognisk i brak drobnych plamek w sąsiedztwie dużych), sclerodermia (kształt wst gi) alopecia infectiosa (pojawia sie od 70-go dnia po dłuższym okresie gorączkowym, jest rozlana, poza uszami włosy dają się łatwo wyrwać) alopecia syphilitica (rozlana lub przecinkowa, obok niej inne objawy kiłowe).

Jakkolwiek pseudo-pelade B. nigdy nie cofa się, należy jednak w każdym przypadku przeprowadzić leczenie, które często powstrzymuje dalszy rozwój schorzenia. Stosować należy pomady z dodatkiem siarki, rezorcyny i częste zmywania głowy. Autor zwraca uwagę na istniejącą w tym schorzeniu skłonność do podrażnienia skóry skutkiem leczenia. W razie najmniejszych objawów podrażnienia należy zaprzestać stosowania pomad a zastosować tylko zmywania głowy środkami jaknajłagodniejszymi (żółtka z jaj).

W sprawie kiły novarseno-odpornej. (Les syphilis novarseno-resistantes) J. Nicolas, Lacassagne, R. Froment. *Presse Méd. 1930, Nr. 31.*

Przypadki kiły odpornej na leczenie salvarsanem znane są już od dawna, jednakże nie można zaprzeczyć, że obecnie są one o wiele częstsze niż dawniej. Kiła może być odporna na arsenobenzole w różnym stopniu. Autor wyróżnia następujące grupy przypadków kiły novarseno-odp.

I. Arseno-recydywy: dla lekarza praktyka i dla chorego najważniejsza jest znajomość przypadków, przedstawiających najsłabszy niejako stopień novarseno-odporności. Istnieją przypadki kiły, w których neosalvars. wystarczy jedynie do tego, aby utrzymać chorego jakiś czas (zwykle krótki) w stanie bezobjawowym, lecz nie jest w możności powstrzymać rozwoju choroby. Lekarz, upierając się w tych przypadkach przy stosowaniu neosalv. oszukuje sam siebie, chorego i traci bardzo cenny okres czasu, zamiast przejść szybko do stosowania innego środka leczniczego. Z licznych tego rodzaju przypadków, znanych autorowi, przytacza opis dwuch. W pierwszym (sclerosis init. na palcu ręki) chory otrzymał 5,7 gr. neosalv. (z tego 4 wstrzyknięcia po 0,9), owrzodzenie szybko zagoiło się, pomimo to zgłosił się w 2 miesiące później z objawami czynnej kiły (roseola, periostitis luet. arthralgia). Po 12 wstrzyknięciach bizmutu (muthanol) objawy kiłowe nie pojawiały się. W drugim przypadku z powodu owrzodzenia pierwotnego na genit. zastosowano w krótkiem przeciągu czasu 10 gr. neosalv. Chory zgłosił się w 12 dni potem z osutką kiłową na całem ciele i ze zmianami na śluzówce jamy ustnej.

II. Arseno-odporność właściwa: Tu należą przypadki, w których zwykłe dawki neosalv.

są zupełnie bez wpływu na objawy i przebieg choroby. Ten rodzaj odporności na neosalv. jest zwykle nabyty, niejako wtórny. Zdarza się u chorych, u których zmiana pierwotna została szybko usunięta energicznem leczeniem neosalv., a u których w krótkim czasie potem pojawiły się objawy kiły drugorzędnej i na te neosalv. nie wywiera już żadnego wpływu. Rzadziej spotyka się w tej grupie przypadki pierwotnie odporne na neosalv (l'arseno-resistance d'emblée), w których nawet znaczne dawki neosalv. nie są w stanie zagoić zmiany pierwotnej.

III. Arseno-aktywacja. Przejściowe objawy reaktywacji kiły po wstrzyknięciu neosalv. (zwykle tylko po pierwszym) znane są pod nazwą objawu Herxheimera. Zdarza się jednak, że po każdym wstrzyknięciu neosalv. reaguje chory ponownym, trwałym zaostrzeniem się objawów kiłowych tak, że neosalv. zdaje się przyśpieszać naturalny rozwój kiły. Znane są również przypadki kiły dawnej, utajonej, dawno nie leczonej, w których pod koniec kuracji neosalv. t. zw. kuracji asekurującej, zakażenie kiłowe zaczyna się z całą energją ujawniać i postępować. Autor przytacza szereg opisów klinicznych, ilustrujących wszystkie te typy novarseno-odporności.

Autor zastanawia się nad przyczyną coraz częstszego pojawienia się jej.

Przyczyna istnienia novarseno-odporn. nie może tkwić w istocie samego leku, który w przeważnej ilości przypadków kiły jest dzielnym środkiem leczniczym. Obwiniać należy tu podłoże (organizm), niezdolne zamienić krążący w organizmie neosalv. na środek krętkobójczy i odporność samych krętków, za brakiem winy w istocie samego leku przemawia także istnienie przypadków odpornych na neosalv. i równocześnie na rtęć, lub odpornych na neosalv. i bizmut (te przypadki są bardzo rzadkie), a wyjątkowo zdarzają się przypadki kiły odpornej na wszystkie te 3 rodzaje leków. Przypadki zakażenia kiłą 2 osób, pochodzącego z jednego źródła, z których jedna jest novarseno-odporna, a druga nie, przemawiają oczywiście za winą, tkwiącą w samym organizmie, gdyż szczep krętków zakażających jest jeden i ten sam. O ile natomiast osobnik kiłowy stał się skutkiem leczenia neosalv. wtórnie novarseno-odporny i wtedy dopiero zakaził osobę drugą, u której kiła odrazu okazała się novarseno-odporną, to oczywistą jest rzeczą, że obwiniać o odporność należy tu rodzaj samego krętka. Tak więc, opierając się na spostrzeżeniach klinicznych, można o novarseno-odporność obwiniać jużto sam organizm, jużto rodzaj krętka.

Przyczyną natomiast coraz czestszego pojawiania się kiły neo-odporn. jest niewątpliwie uodpornienie samych krętków na neosalv., czego możliwość wykazano i doświadczalnie, a ponadto coraz mniejsza toksyczność preparatów neosalv. Producenci, starając się dostarczyć lekarzowi środków, wywołujących jaknajmniejsze odczyny organizmu czyli, jak je nazwał *Ehrlich*, środków jaknajmniej organotropicznych, dostarczają tem samem środków coraz mniej treponemotropicznych. Tu należy zauważyć, że właściwie preparaty neosalv. nie zmieniły się co do stopnia skuteczności, bo i dziś tak, jak dawniej, działają doskonale w przeważnej ilości przypadków, lecz zmieniła się ich stałość (pewność) skutecznego działania. Autor wyklucza istnienie winy w t. zw. złych serjach neosalv. i w stosowaniu, jak niektórzy twierdzą, za małych dawek.

Wskazówki praktyczne, wynikające z powyższego są następujące: Należy pilnie śledzić bieg leczenia kiły i w razie, gdy zastosowany lek okazuje się nieskutecznym, lub nawet tylko wątpliwie skutecznym, należy natychmiast zmienić lek. Mało kto rzyści otrzymuje się, podnosząc dawki leku, a zupełnie jest niewskazane, przeciwnie przynosi szkodę choremu, stosowanie dawek maksymalnych, które również zwykle w tych przypadkach nie są skuteczne, ze względów teoretycznie ciekawych należy skrzętnie śledzić przebieg i leczenie przypadków kiły, pochodzących z jednego źródła zakażenia. Ważnem jest również pewne rozpoznania kiły, aby objawów niekiłowych nie brać za kiłowe novarseno odporne. Istnienie objawów kiły novars.-odporn. wzmaga szanse rozpowszechniania kiły.

Nowy sposób wczesnego rozpoznania utajonej kiły wrodzonej. (Nouveaux moyens de diagnostic precoce de l'hérédo—syphilis occulte). G. Alarcon. *Arch. de méd. des enfants 1929. Nr. 10.*

Obecność jednego lub dwuch stygmatów nie upoważnia jeszcze do stawiania rozpoznania kiły wrodzonej, sprowadzającego tak poważne następstwa. Autor opisał, pod nazwą przejściowej dyspepsji osesków, schorzenie przebiegające przed 90-tym dniem życia, zależne od szczególnych zmian fizjologicznych spiralnych w pierwszych okresach dzieciństwa. Schorzenie to zależne jest od fizjologicznej niedomogi piramidalnej, właściwej noworodkom. Od trzeciego do dziewiątego tygodnia życia po odbijaniach i czkawce pojawia się wzdęcie brzucha, wymioty, napady kolki, następnie biegunka. Autor opisuje 3 fazy tego schorzenia i dodaje: „każdy osesek, który przechodzi to schorzenie przedwcześnie, w gwałtownym stopniu lub cierpi długo na powyższe objawy, jest prawdopodobnie obarczony kiłą wrodzoną.“ 1° Przedwczesność tej dyspepsji, którą usuwa jedynie leczenie specyficzne (le signe de Sisto), 2° wybitne nasilenie i gwałtowność objawów przed 21-szym dniem życia, 3° długotrwałość poza 90-ty dzień życia, oto 3 dane, które o ile pojawią się w połączeniu ze sobą dają prawie pewność zakażenia kiłowego. Wyjątkowo podobny zespół daje malarja.

W sprawie powtórnego zakażenia kiłowego. Les réinoculations syphilitiques). L. Lortat-Jacob, . Roberti, Poumeau-Delille. *Annales de Derm. et de Syph. 1930. Nr. 1.*

Wyniki licznych dotychczasowych doświadczeń nad powtórnem zakażeniem kiłowem dadzą sie streścić w następujący sposób: W okresie inkubacji i kiły pierwszorzednej powtórne zakażenie kiłą jest możliwe. W okresie kiły drugorzędnej odporność jest prawie całkowita, szczepienie powtórne kiły nie udaje się, można jedynie uzyskać powstanie nietypowych grudek (vagues papules). W okresie kiły trzeciorzędnej powtórne szczepienie udaje się, odporność znika. Zdaniem niektórych autorów powtórne zakażenie kiłowe zawsze się udaje a ustrój reaguje na nie wykwitem, odpowiadającym okresowi, w którem znajduje się pierwsze zakażenie. Możliwość powtórnego zakażenia kiłą ludzi udowodnił *Hashimoto*, który na 27 przypadków powtórnego szczepienia kiły otrzymał tylko 8 wyników ujemnych.

Od przypadków właściwego zakażenia powtórnego odróżnić należy przypadki t. zw. chancze redux, w których w miejscu owrzodzenia pierwotnego po jego zagojeniu się, krętki niejako przyczajone mogą w pewnej chwili spowodować powstanie powtórnego owrzodzenia, ponadto odróżnić należy przypadki trzeciorzednych zmian kiłowych, przebiegających pod postacią owrzodzenia, w których brak zmian w gruczołach chłonnych i wyjątkowo tylko można stwierdzić obecność krętków bladych.

Przypadki powtórnego zakażenia kiłowego u całkowicie wyleczonych z pierwszej kiły (reinfectio) i u niezupełnie wyleczonych (superinfectio) teoretycznie tylko można odróżniać, w praktyce wszystkie kryterja wyleczenia zawodzą. Nawet taki dane, jak płodzenie dzieci zdrowych, donoszonych po przebyciu zakażenia kiłowego nie są dostatecznym kryterjum wyleczenia kiły, gdyż wiadomo, że kiła wrodzona może się ujawnić poraz piewszy i w wieku późniejszym.

Częstość i rokowanie powtórnych zakażeń kiłowych nie są do dzisiaj dostatecznie uzgodnione. Autor podaje opis własnych 7 przypadków powtórnego zakażenia kiłą w różnych okresach czasu od zakażenia pierwszego, przeważnie po dłuższym okresie nieleczenia, w których powtórne zakażenie wystąpiło pod postacią owrzodzenia mniej lub więcej typowego, z obecnością krętków bladych, ze zmianami w gruczołach chłonnych.

Z. Jastrzębska.

CHOROBY OCZU.

Acetylcholina (acecoline) w chorobach ocznych. Grelault C. *La Consultation 1929.*

Autor przypomina przypadek własny obustronnego zatoru tętnic siatkówki, w którym wstrzyknięcie acecholiny nie pomogło, jednak wspomina, że mnożą się doniesienia o przypadkach podobnych wyleczonych tym lekiem, tem bardziej, że (zgodnie, zresztą, z memi własnemi spostrzeżeniami w r. 1925) w większości swej przypadki te są pochodzenia skurczowego. Pozatem na zasadzie własnych obserwacji poleca autor stosowanie acecholiny, w przypadkach pozagałkowego zapalenia n. wzrokowego, w zatruciu tytuniem, w stwardnieniu rozsianem, gdzie serja zastrzyków podskórnych 0,1 acecholiny dawała czasem poprawę ostrości wzroku do 0,8.

Według autora, lek ten znacznie sprawniej. i pewniej działa od amylum nitrosum oraz od zastrzykiwania pozagałkowego atropiny.

W. H. M.

Przypadek skurczu tętnicy środkowej siatkówki. Bailliart S. *Bull. de la Soc d'Oph. de Paris. 1928, str. 245.*

Przypadek dotyczył 14 letniej dziewczynki, która nagle rano zauważyła znaczne upośledzenie wzroku oka prawego, słabego poczucia światła. Stan taki utrzymywał się w ciągu czterech dni, badanie wziernikiem wykazało nitkowatość tętnic siatkówki. Wdychanie amyli nitrosi nie pomogło. Badanie ogólne wykazało jednoczesne objawy skurczowe naczyń kończyn dolnych z wyraźną akrocjanozą. Dopiero po dwuch wstrzyknięciach podskórnych acecholiny w ilości po 0,1 w przerwie 15 min. dało się uzyskać znaczne rozszerzenie naczyń siatkówki i poprawę wzroku do 0,1. *W. H. M.*

Postępujące obustronne schorzenie okolicy plamki żółtej u młodych (choroba stargardta). M. Schiff-Wertheimer & M. H. Tillé. *Ann. d'Ocul. 1930, str. 1—14.*

Stargardt (1909) cierpienie to uważa za rodzinne i podaje przypadki tego cierpienia z zaburzeniami psychicznemi oraz bez tych zaburzeń. Schorzenia w okolicy plamkowej są postępujące i zdarzają się u osób młodych. Schorzenie to odróżnia od opisanego przez *Tay'a* chorioiditis guttata, i chorioiditis, opisanej przez *Doyne*. Cierpienie to autor uważa za pokrewne chorobie *Tay-Sachsa* oraz postępującym zwyrodnieniom okolicy plamkowej u starców.

Cierpienie opisane *Nettleship* (1909) uzależniał od pokrewieństwa rodziców. *Treacher Collins* chorobę *Stargardta* uważa za postać barwikowego zwyrodnienia siatkówki. Inni autorowie wiążą to cierpienie z przebytą kiłą.

Opisane przez *Stargardta* cierpienie dotyczy przeważnie osób w wieku od 8 do 15 lat, charakteryzuje się stopniowem upośledzeniem wzroku i przerwą środkową z wyraźnemi zmianami w okolicy plamkowej zrazu pod postacią żółtawych plamek, a czasem i wyraźnych ognisk barwikowych.

Autorowie opisują dwa przypadki obserwowane osobiście. Jeden dotyczył 17-letniego chłopca z obustronnem upośledzeniem wzroku do 0,2 wskutek przerw środkowych względnych. Cierpienie zaczęło się 6 lat temu lekkiem ściemnieniem okolic plamkowych. Ogólny stan był dobry. Badania w kierunku kiły wypadły ujemnie.

W drugim przypadku, u 19-letniej dziewczyny upośledzenie wzroku wystąpiło od 9 lat i doszło do 1/3 w oku prawem i 1/6 w lewem; w obrazie wziernikowym zmiany zaznaczyły się żółtawemi plamami, i tu odczyn *Wassermana* był ujemny, a leczenie swoiste dało poprawę do 1/2 tylko w oku prawem.

W. H. M.

Otrzymaliśmy następującą odezwę:

O dawnych i obecnych zwierzyńcach

Zbierając dla celów naukowych materjał o dawnych i obecnych zwierzyńcach w Polsce, upraszam jak najgoręcej wszystkie osoby, którym jest wiadome, że ktoś z obywateli ziemskich ma lub miał przed dawnemi laty zwierzyniec, o łaskawe dokładne podanie mi, gdzie był ten zwierzyniec, oraz wszelkich innych bliższych szczegółów.

Proszę też o podanie połaci lasów, leśniczówek, zaścianków zwanych „zwierzyńcem“, wreszcie miast, gdzie są ulice zwierzynieckie i t. p.

Za wszelkie bliższe dane o tem, oraz za wskazanie dzieł, w których znaleźć można choćby najdrobniejsze wzmianki o dawnych zwierzyńcach, będę mocno zobowiązany, dając wyraz mej wdzięczności w przedmowie pracy, którą przygotowuję.

Na razie za łaskawą życzliwość i cenną pomoc składam zgóry w imię dobra nauki szczerą podziękę.

Józef Władysław Kobylański,
kapitan
Przemyśl, ul. Katedralna 3.

K R O N I K A

Międzynarodowa naukowa wycieczka lekarzy do Turcji i Małej-Azji. Dzięki inicjatywie prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha, Wiedeń, wybierają się lekarze austryjaccy 17 sierpnia 1930 do Konstantynopola. Uczęstnicy zobaczą Bukareszt, Giurgiu, Konstanzę, Konstantynopol (z okolicą) i zwiedzą tamtejsze zakłady lecznicze, między innemi także stację termalną Kura, która to miejscowość znana już była w starożytności (Pythia). Z Konstantynopola nastąpi wyjazd do Małej-Azji. Uczestnicy zamierzają dotrzeć do Angory.

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien, Austria) I. Biberstrausse 11, I. St. albo Medizinisch-Pharmazeutische Rundschau Wien I. Heiligenkreuzerhof.

* * *

Jak się dowiadujemy z obszernego sprawozdania z wycieczki do Hiszpanji pod kierownictwem d-ra Baracha uczęstnicy tejże powrócili wielce zadowoleni i syci wrażeń. W Barcelonie w imieniu wycieczki przemawiał Dr. Bociański, a w Madrycie Dr. Sienicki. W drodze powrotnej z Hiszpanji zwiedzono częściowo uzdrowiska Francji i francuskiej Szwajcarji. W przyszłym numerze „Wiedzy" ukażą się wrażenia z tej wycieczki pióra d-ra Sienickiego.

B I B L J O G R A F J A

A. Dognon. Précis de physico-chimie biologique et médicale. *Masson et Cie. Paris 1929, 310 stron. Cena 36 fr. fr.*

Od chwili rozpoczynającego się zmierzchu patologji komórkowej zaznacza się coraz to rosnący wpływ chemji na rozwój i poglądy medycyny i bez przesady powiedzieć można, że cały gmach współczesnej wiedzy lekarskiej spoczywa przeważnie na fundamentach chemji fizykalnej. Żaden też z myślących lekarzy nie może też obejść się bez ciągłego uzupełniania swych wiadomości w tej dziedzinie. Nie jest to jednak łatwe ze względu na szybkie postępy chemji fizykalnej, a zwłaszcza z tego powodu, że odnośne zagadnienia poruszane i roztrząsane bywają przedewszystkiem w pismach specjalnych, mało i trudno dostępnych lekarzowi praktykowi. Z tem większem zadowoleniem weźmie on do ręki książeczkę Dognona, w której znajdzie wykład bardzo przystępny, naogół jednak wystarczający dla potrzeb życia codziennego, spraw tak obecnie aktualnych jak zachowanie się PH w ustroju, równowaga katjonów i anjonów, chemji fizykalnej koloidów i sporo innych zagadnień nie mniej ważnych. Technika badań najważniejszych dla lekarza również została uwzględniona.

L. Lattes. L'individualité du sang. *Masson et Cie. Paris 1930. 320 stron. Cena 50 fr. fr.*

Po ukazaniu się oryginału włoskiego i wydania niemieckiego wydana została znana monografja Lattesa po francusku. Osobnicze różnice krwi, różnice w oddziaływaniu osocza, tak interesujące współczesną serologję a jednocześnie klinikę (przetaczanie) i medycynę sądową (stwierdzanie tożsamości, ojcostwa i t. d.) znalazły w tem dziele wszechstronne uwzględnienie. Zagadnienia te dla nas Polaków mają jeszcze i to znaczenie, że lwią część rozbudowy tych tak ciekawych a złożonych spraw wykonała nauka polska w osobie prof. *Hirszfelda* i jego współpracowników. Przypomnieć może warto, że tą drogą udało się wytworzyć zupełnie nowe pojęcia dotyczące pokrewieństwa ras ludzkich, powstania człowieka na ziemi i t. d. Nie są to coprawda sprawy czysto lekarskie, ale jednakże o tak ogólnem znaczeniu, że dość wyczerpujące ich omówienie w dziele *Lattesa* jest zupełnie na miejscu. Z wyżej wyłuszczonych powodów książkę powyższą z chęcią weźmie do ręki nie tylko hematolog, lecz wogóle każdy lekarz interesujący się szerszemi widnokręgami biologicznemi. Nadzwyczaj staranne i kompletne zestawienie piśmiennictwa (w tem rzędzie i polskiego) podnosi jeszcze bardziej wartość książki.

E. Brumpt i M. Neveu-Lemaire. Travaux pratiques de parasitologie. *Masson et Cie. Paris 1929. 302 strony. 30 fr. fr.*

Krótkie i zwięzłe przedstawienie pasożytów, wywołujących zmiany chorobowe, wraz z krótkim zarysem ich bytowania oraz sposobów ich wykrywania we krwi, kale i t. d. niewystarczające dla parazytologa lecz zupełnie uwzględniające potrzeby praktyka, który tylko dorywczo styka się ze schorzeniami pasożytniczemi.

Sir Humphry Rolleston. L'age, la vie et la maladie. *G. Doin. Paris 1930. 352 str. Cena 40 fr. fr.*

Tłomaczenie francuskie zbioru artykułów na najróżniejsze tematy znanego angielskiego klinicysty. W sposób lekki, niekiedy wprost feljetonowy, a jednak głęboki i elegancki porusza autor rozliczne tematy żywo interesujące nie tylko lekarzy, ale wogóle każdego kulturalnego człowieka. Znajdziemy w zbiorze tym rozważania o starości i starzeniu się, o istocie choroby, o zmianach w obliczu i przebiegu chorób w wielowiekowych okresach, o lekarzach i znachorach, o nałogach, o poezji i medycynie i wiele innych, których nie możemy wyliczać tutaj dla braku miejsca. Nadzwyczaj piękny styl (niestety nieco zniekształcony tłumaczeniem), głęboka erudycja oraz zakres poruszanych tematów czyni z tej książki idealną lekturę wakacyjną dla lekarza i osób interesujących się medycyną i biologją.

P O K Ł O S I E T E R A P E U T Y C Z N E.

Leczenie nadżerek śluzówki odbytu zapomocą forsownego rozciągnięcia zwieracza dosyć szybko i pewnie prowadzi do wyleczenia, jednak wymaga uśpienia chorego i czasami pociąga za sobą trwajace przez czas dłuższy nietrzymanie gazów i częściowo stolca. Dlatego też, w poszukiwaniu innego sposobu leczenia zaproponowano tu wstrzykiwanie podwójnego chlorowodorku chininy i mocznika w roztworze 5%. Środek ten ma silne działanie znieczulające, a jednocześnie, przez wytworzenie warstewki ziarniny pod owrzodzeniem, sprzyja jego wygojeniu się.

Chory jest w pozycji à la vache, oparty na łokciach i kolanach. Po dokładnem umiejscowieniu nadżerki, powodującej zawsze silny ból przy ucisku palcem w jednym punkcie (zwykle w okolicy spoidła tylnego), wstrzykuje się u jej zewnętrznego końca podśluzówkowo i popod samo owrzodzenie $^1/_4$ cm^3 omawianego roztworu cienką igłą. Samo wstrzyknięcie jest bardzo bolesne, ale ból ten trwa krótko. Zwykle do wygojenia się nadżerki potrzeba 2 do 6 wstrzyknięć, wykonywanych w odstępaeh 3—4 dniowych. Bóle w miejscu owrzodzenia ustępują całkowicie już po pierwszem wstrzyknięciu (La Presse Med. Nr. 36, maj 1930).

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechwski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Orzechowska 4. Tel. 420-90.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

		cała 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 . . . . . „			
	pozostałe . . . . . „	300.—	170.—	95.—

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

PERSODINE Lumière

SWOISTE LECZENIE

BRAKU ŁAKNIENIA

NADSIARCZANAMI.

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

$$\boxed{M_2}\ S_2\ O_8 + H_2\ O = \boxed{M_2}\ S\ O_4 + H_2\ S\ O_4 + O$$

ANALOGJA Z DZIAŁANIEM **KLIMATU GÓRSKIEGO.**

Przywraca łaknienie nawet w najuporczywszych przypadkach

REKONWALESCENCJI,
BLEDNICY,
NIEDOKRWISTOŚCI,
GRUŹLICY,
NEURASTENJI,
SCHORZENIACH ŻOŁĄDKOWYCH

również u dzieci.



SPOSÓB UŻYCIA:

PERSODINE podaje się raz dziennie, na kwadrans przed obiadem:

Dorosłym — 3 tabletki

Dzieciom od 8 — 14 lat — 2 tabletki

Dzieciom od 2 — 7 lat — 1 tabletka.

Należy rozpuścić tabletki w 1/4 szklanki wody

Przedstawicielstwo L. NASIEROWSKI
Warszawa, Kaliska 9. Tel. 124-39, 30-42,
PRÓBY I LITERATURA NA ŻĄDANIE W. W. P. LEKARZY.

ROK IV WARSZAWA 1930 LIPIEC ZESZYT VII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

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

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Oxalemja i oxalurja

PODAŁ

Dr. med. ALFRED GALEWSKI (Warszawa)

Przemiana kwasu szczawiowego w ustroju ludzkim łączy się ściśle z jednej strony z przemianą białkową, a z drugiej z węglowodanową, jest ona jakby produktem pośrednim obu tych przemian. We krwi znajduje się bardzo mało kwasu szczawiowego w postaci szczawianu sodu, potasu i amonu około 10 mg ‰, z moczem ustrój wydala na dobę od 2 — 20 mg.

Kwas szczawiowy powstaje w ustroju drogą egzogenną wraz z przyjętymi pokarmami, najwięcej zawierają pokarmy następujące: szpinak, szparagi, rabarbar, szczaw, owoce, herbata i klej do 3 g ‰, podanie więc tych pokarmów zwiększa poziom kwasu szczawiowego we krwi i w moczu, powstaje on w ustroju przy obfitem odżywianiu mięsem i tłuszczami (mięso, wątroba, grasica zawierają średnio 10—25 mg‰ kwasu szczawiowego).

Endogennie zaś powstaje kwas szczawiowy prawdopodobnie jako produkt pośredni przemiany węglowodanowei (*Lûthjé*). Szkoła francuska, utleniając cukier wodą utlenioną, otrzymała kwas mrówkowy i glikolowy, które są produktami zbliżonemi do kwasu szczawiowego. Inni szukają źródeł powstawania kwasu szczawiowego w białku, mianowicie w nukleoalbuminach, niektórych aminokwasach, zasadach purynowych i kreatyninie. Po podaniu glikokolu, kwasu asparaginowego i glutaminowego wzrasta ilość kwasu szczawiowego w wydzielinach; przypuszczalne pochodzenie kwasu szczawiowego z nuklein tworzy pewien związek pomiędzy powstawaniem kwasu szczawiowego i moczowego, mianowicie *Cippolina* znalazł, że narządy: śledziona, wątroba i mięśnie wytwarzają kwas moczowy z kwasu szczawiowego, zaś *Montomi'emu* udało się przez podawanie większej ilości kwasu szczawiowego wydalić z ustroju duże ilości kwasu moczowego.

Streszczając powyższe należy stwierdzić, że kwas szczawiowy może powstać 1) z aminokwasów

wskutek dezamidacji, 2) przy syntezie białka, 3) przy utlenianiu cukrów, przyczem produktami pośredniemi obok kwasu szczawiowego mogą być kwasy glukonowy, cukrowy i glukuronowy.

Miejscem wytwarzania się kwasu szczawiowego według autorów ma być jelito. *De Sandro* znalazł bakterje w jelitach, które, działając na kartofle, wytwarzały in vitro kwas szczawiowy, niektórzy są zdania, że pierwotną sprawą jest katar kiszek, który stanowi dodatnie podłoże do tworzenia się kwasu szczawiowego. *Lombardi* przypuszcza istnienie specjalnych bakterji w jelitach (bac. oxaligenes), które mają przeistaczać kwas moczowy w szczawiowy, ten że autor podawał faeces oxalików zwierzętom zdrowym, które zapadały na oxalemię. Pozatem oddawna już stwierdzono, że niektóre pleśnie, jak aspergillus niger, saccharomycetes Hanseni mają zdolności wytwarzania kwasu szczawiowego; wreszcie niektóre szczepy b. okrężnicy mają również zdolność wytwarzania kwasu szczawiowego. Wydalanie dużej ilości kwasu szczawiowego u gruźlików z olbrzymiemi jamami przypisują autorzy obecności w tych jamach pleśni, zdolnych do wydzielania kwasu szczawiowego.

Wysoki poziom kwasu szczawiowego we krwi spotyka się w rozmaitych jednostkach chorobowych, zwłaszcza tam, gdzie jest upośledzone utlenianie np. w cukrzycy, niezmiernie interesujący jest fakt, że pod wpływem insuliny obniża się poziom kwasu szczawiowego tak u ludzi zdrowych, jak u cukrzycowych, równolegle z poziomem cukru. Adrenalina podnosi nietylko poziom cukru we krwi, lecz również ilość kwasu szczawiowego, ale jedynie podana w dawkach średnich, oxalemja więc bardziej jest zależna od trzustki, niż od nerek (*Furbinger*, *Senator*, *Cantani*). W cukrzycy spotyka się często oxalemję, zwłaszcza, gdy znika cukier z moczu (*Naunyn*). Kwas szczawiowy jest tam jednym z niedostatecznie utlenionych produktów cukrowych podobnie, jak kwas glukoronowy.

W cukrzycy florydzynowej także spotyka się zwiększone wydalanie kwasu szczawiowego (*De Lukra*).

Duża ilość kwasu szczawiowego spotyka się w mocznicy, równolegle z dużą ilością mocznika i oksykwasów aromatycznych (*Phouri*).

Pozatem oxalemja znajduje się w niedokrwistości, w stanach upośledzenia przemiany materji, przy początku gruźlicy i w głodzie.

Dużej ilości kwasu szczawiowego we krwi zawsze towarzyszy hypercholesterynemja, która może dochodzić do 300% (*Laroche*, *Grigaul*).

Kwas szczawiowy, wprowadzony w bardzo dużej ilości do ustroju, wywołuje zatrucie objawiające się drżeniem, sztywnością karku, podrażnieniem nerek i jelit (*Rost*). Wprowadzony doustnie zostaje rozłożony w jelitach, a tylko $^1/_5$ część jego zostaje wydalona z ustroju; wprowadzony zaś podskórnie, a więc z ominięciem jelit, wydala się całkowicie z ustroju. Z moczem wydala się w ilości 20 mg. na dobę, w postaci charakterystycznych kopert (szczawiany wapnia), jeżeli ustrój zaalkalizować to wydala się bardzo mało szczawianów z moczem, w achylji podany doustnie kwas szczawiowy (szpinak) nie przechodzi do moczu, o ile nie dodać kwasu solnego (*Rosenfeld*). Djeta węglowodanowa i tłuszczowa jest bez wpływu na wydalanie kwasu szczawiowego. Wzmożone wydalanie kwasu szczawiowego spotyka się często u ludzi nerwowych.

Warunki, wśród których powstaje krystalizacja szczawianów wapnia, nie są dokładnie znane, możliwe, że tu pewną rolę odgrywa ilość zawartego w moczu wapnia, w każdym razie nie jest ona zależna bezwzględnie od nadkwaśności jonowej moczu, jak to się dzieje przy tworzeniu się kryształów wolnego kwasu moczowego; kryształy kwasu szczawiowego mogą występować równocześnie obok kryształów kwasu moczowego, zarówno z osadem fosforanów, a nawet w moczu amoniakalnym. Z powodu zaburzeń fizykochemicznych płynów ustrojowych (zmiany w ochronnych koloidach), małe ilości kwasu szczawiowego, które znajdują się w płynach ustrojowych, mogą stać się źródłem złogów np. nerkowych.

Wedle statystyki *Ultzmanna* na 545 kamieni jądro składało się w 41 przypadkach ze szczawianów wapnia.

Niezmiernie interesującym jest fakt że kwas szczawiowy w ustroju ludzkim nie spala się, pod tym względem zbliża on się jako kwas organiczny do kwasów nieorganicznych.

W roku 1913 *Wieland* stworzył teorję, że wszelkie spalania w ustroju ludzkim polegają na odwodorowaniu jednej cząsteczki wodoru która znajduje się tuż przy węglu i połączeniu jej z tlenem, w celu utworzenia jednej cząsteczki wody. Zrozumiałem jest więc, że te kwasy tłuszczowe będą się spalały, które właśnie posiadają grupę CH_2, kwas szczawiowy COOH . COOH zaś zawiera węgiel, nie w postaci grupy CH_2, jak jemu pokrewne malonowy, bursztynowy, które dlatego ulegają spalaniu, lecz w połączeniu z tlenem, a więc siłą rzeczy nie może być spalony; jest to więc jedyny kwas, podobnie, jak wszystkie kwasy nieganiczne, które w ustroju nie mogą być spalone i wydalają się z moczem w postaci szczawianów wapnia.

Całkowita przemiana kwasu szczawiowego w ustroju dziś nie jest jeszcze dokładnie poznana, niema nawet bardziej ścisłych metod, pozwalających określić stężenie jego we krwi i innych płynach ustrojowych, badania w przyszłości winny pogłębić jego znaczenie dla przemiany materji.

Wrażenia z międzynarodowej wycieczki do Hiszpanji.

PODAŁ

Dr. med. FRANCISZEK SIENICKI

Lekarz Rejonowy w Czyżewie.

Wycieczkę do Hiszpanji zorganizował prym. Dr Barach z Wiednia. Brali w niej udział Polacy, Austrjacy, Niemcy, Węgrzy i Czesi. Na ogólną ilość 36 osób, biorących udział w wycieczce, było 13 osób z obywatelstwem polskiem. Z Wiednia wyjechaliśmy 18-go kwietnia b. r. i tegoż dnia wieczorem przybyliśmy do Wenecji. Podróż ta między pasmami górskiemi, szczególnie za Klagenfurtem w okolicy jeziora Wörthersee i miejscowości kuracyjnej Pörtschah, nad nim położonej, aż do Velden należy do jednej z najpiękniejszych.

Zlewające się szczyty górskie, pokryte śniegami, z identyczną barwą chmur, nad niemi zawieszonych, u podnóża prześliczne jezioro, grające barwami odźwierciadlonych w nim skał, szczególnie ładne w promieniach zachodzącego słońca; wszystko to składa się na malowniczy widok. Po zwiedzeniu Wenecji udaliśmy się w dalszą podróż przez Weronę, Medjolan (pobyt 2-u godzinny), Genuę do San Remo, dokąd przybyliśmy w Wielką Sobotę wieczorem.

Tu w pierwszy dzień Wielkiej Nocy poznaliśmy cały urok Riviery włoskiej. W toni palm, kwiatów i zieleni mieliśmy sposobność obserwować morze spokojne o niebieskim odcieniu lazurowego nieba. Jest to jedna z miejscowości kuracyjnych, gdzie naprawdę można wypocząć. Niema zgiełku, szumu, dużego ruchu nad brzegiem morza, jak to jest na Rivierze francuskiej.

Z San-Remo udaliśmy się autokarami w drugi dzień Wielkiej Nocy wzdłuż Riviery w kierunku Nicei.

Przejechaliśmy Bordigherę i dotarliśmy do zamku Chateau Grimaldi prof. *S. Woronoff'a*.

Tam powitali nas brat profesora Dr *A. Woronoff* i asystent Dr *Alexandrescu*. Po oprowadzeniu nas po ciekawych laboratorjach i zapoznaniu z dotychczasowemi wynikami doświadczeń nad kwestją odmładzania, macierzyństwa, etjologji gośćca stawowego, powiększenia sztucznego sierści u królików, zdrady „małżeńskiej" wśród małp, zwiedziliśmy prywatne apartamenty na zamku pp. *Woronoff*, gdzie podjęto nas winem. W imieniu uczętników wycieczki podziękował za gościnne przyjęcie Dr *Berdach* (Wiedeń), poczem wzniesiono toast na cześć pp. *Woronoff*. Przed opuszczeniem zamku nastąpiła wspólna fotografja.

Stąd przez kwitnące miejscowości kuracyjne: Mentonę, Monte-Carlo (zwiedzenie kasyna i parku), malowniczy Jardin souspendu, dojechaliśmy do Nicei — królowej Riviery francuskiej. W Nicei zostaliśmy zaproszeni na five o'clock tea do jednego z najwspanialszych Kasyn (Casino de la Societé Mediterranée) przez prezydenta miasta Dra *M. Faure'a* — przyjaciela Polski.

Za miłe przyjęcie, jakiego doznaliśmy w Nicei w wesołym i beztroskim nastroju

niezliczonych par tańczących przy dźwiękach 3-ch orkiestr, podziękował gorąco Dr *Singer* (Berlin). W skwarnem słońcu na Promenade des Anglais panował ruch nieoczekiwany. Na plaży kamienistej, niestety, tylko jednostki używały kąpieli słonecznych. Wieczorem, jak zresztą na całej Rivierze, było dość chłodno.

W Nicei czekał wagon dla nas zarezerwowany, który opuściliśmy w San-Remo i stąd pociągiem udaliśmy się do Barcelony. Tu staraniem konsulatu austrjackiego objęli przewodnictwo wycieczki: Lekarz Konsulatu Dr *O. Sigall*, prof. Dr. *O. Nägele* i senator h. c. Dr med. *Kaupp*.

W pierwszym dniu pobytu zwiedziliśmy wystawę międzynarodową, imponującą wieczorem swoją wspaniałą i kunsztowną iluminacją jak i bogactwem techniki współczesnej. W dniu następnym przyjął nas Dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Barcelonie Dr *Pi Suner*, który oprowadził nas po całym gmachu Hospital Clinico, mieszczącym w sobie laboratorja fizjologji, chemji fizjologicznej, muzeum anatomiczne, jak również kliniki chirurgiczną oczną i zakład Roentgena. Takim rozkładem sal jak również niezbyt pedantyczną czystością na salach operacyjnych nie byliśmy zachwyceni.

Po zwiedzeniu Hospital Clinico, udaliśmy się do wspaniałego gmachu, jakim jest Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Jest to szpital, składający się z kilku gmachów, pobudowany kosztem 13 milj. peset[1]) i ogromnych prywatnych dotacyj. Nie jest on jeszcze całkowicie czynny, brak bowiem w niektórych salach pełnych urządzeń szpitalnych. Z pracą w tym szpitalu zapoznał nas prof. *F. Gallart* (choroby przewodu pokarmowego). Szpital ten ma również oddział dla rekonwalescentów, będący pod odrębną administracją. Prof. *Gallart* udowodnił nam, że dorobek Hiszpanji w dziedzinie medycyny jest b. pokaźny, mimo naogół złego położenia stanu lekarskiego w Hiszpanji. (Prof. Uniwersytetu ma pensji miesięcznej około 300 peset, ordynator szpitala 250 — 300 peset, reszta lekarzy praktykuje w szpitalu bezpłatnie. W Barcelonie na około 1½ milj. mieszkańców przypada przeszło 3.000 lekarzy). Spotkaliśmy się tu z niewspółmiernemi wydatkami na koszta budowy olbrzymich szpitali i uposażeniem lekarzy.

[1]) Peseta = 1,10 zł.

Hiszpanja przeżywa obecnie również kryzys ekonomiczny. To, co już dawniej pobudowano, musi pozostać, chcąc jednak wykończyć i urządzić szpitale, obniża się lub nie płaci wcale pensji lekarzowi, na czem cierpi chory. Lekarze bezpłatni pracują w szpitalu zaledwie 3 godziny; od godz. 13-ej pozostaje 1 — 2-ch lekarzy na cały szpital. Frekwencja chorych w szpitalach jest b. mała.

Barcelona jest miastem b. ruchliwem o dość ładnym porcie. Po Paryżu nie widziałem tak ruchliwego miasta, mimo, że nie jest stolicą Hiszpanji. Prócz wystawy zwiedziliśmy katedrę, kilka kościołów z zabytkami, między innemi kościół o niebosiężnych wieżach Sagrada Familia, będący w okresie odbudowy. Mieliśmy możność zobaczyć również arcydzieło sztuki tegoż budowniczego, obecnie już nieżyjącego, który prowadził odbudowę kościoła Sagrada Familia, posiadłość książęcą prezydenta miasta Barcelony o oryginalnej budowie, podarowaną miastu: kapliczka, sala filarowa, na niej ogródek, wodotryski, schody, ogrodzenie — wszystko z potłuczonych, różnokolorowych odłamków kafli, artystycznie ułożonych w różne figury geometryczne.

Z Barcelony udaliśmy się na jednodniową wycieczkę autokarami na górę Montserrat, położoną w odległości 50 klm. od Barcelony. Wyjeżdżając z miasta ujrzeliśmy malowniczy widok górski Tibidabo.

Montserrat jest może jedynym szczytem górskim na świecie, gdzie natura jak najlepszy rzeźbiarz, wyrzeźbiła u szczytu góry cały szereg walców, kopulasto lub stożkowato ściętych, skąd nazwa „montserrat" — góry potrzaskanej; na szczyt sam można się dostać kolejką zębatą lub z pomocą powietrznego połączenia linowego. Znajduje się tam klasztor, do którego przybywają pielgrzymki, kaplica b. bogata, olbrzymi garaż, restauracje, kawiarnie. Dojazd do miejsc, w którym znajdują się garaże, trwa od podnóża góry około godziny i przedstawia malowniczy, ale i groźny zarazem widok; jedzie się wciąż b. wąską asfaltowaną szosą nad przepaścią, okrążając wężowym ruchem całą górę. Jedna chwila nieuwagi i niezatrąbienia szofera może spowodować zderzenie się dwóch naprzeciw idących samochodów i niechybną katastrofę ze spadnięciem w przepaść. Po powrocie z góry

Montserrat i poznaniu innych szczegółów Barcelony, wyjechaliśmy do Madrytu.

Tu zwiedziliśmy szpital Czerwonego Krzyża — Hospital de la Cruz Roja

Dyrektor tego szpitala Dr. *Victor Manuell'y Nogueras*, człowiek niezmiernie uprzejmy, nie szczędził trudu, ażeby nam pokazać urządzenia tego z przepychem nowocześnie urządzonego szpitala.

Podczas zwiedzania towarzyszyli nam i udzielali informacji, prócz dyrektora: Dr. *Fr. Luque'y Betran* zastępca dyrektora, Dr. *Fernan Perez* — redaktor pisma „Medicina ibera" i inni. Szpital ów posiada szereg przychodni, planowo rozmieszczonych, w rodzaju polikliniki, z najnowszemi zdobyczami naukowo-technicznemi: pyeloskopja, radjoskopja, elektrokardiografja, oftalmoskopja, mechanoterapja, kamera prądów o wysokiej częstotliwości, elektrokoagulacja, elektrodiagnostyka. emanatorjum, aparaty Roentgena do prześwietlań i naświetlań w różnych pozycjach, gabinet okulistyczny z salą operacyjną, urządzoną przez firmę Zeissa, sztuczna plaża dla dzieci, gdzie z góry padają promienie z lamp kwarcowych. na dole olbrzymi basen do kąpieli kwasowęglowych i powietrznych; naokoło basenu plaża z piasku, podgrzewanego od dołu do pożądanej temperatury; w sąsiedztwie sala dla matek, dzieci, kąpiąc się, mogą przez duże okno widzieć swoje matki, co im dodaje otuchy i zwiększa chęć do przebywania w wodzie — i cały szereg innych interesujących urządzeń, nad czem dłużej nie będę się rozwodził.

Jest to, ogólnie biorąc, szpital, którego żadna europejska stolica nie powstydziłaby się posiadać.

Następnie zwiedziliśmy będące w budowie miasto uniwersyteckie „Ciudad Universtitaria".

Informacji b. szczegółowych udzielił nam lekarz nadworny, członek komitetu budowy miasta uniwersyteckiego Dr. *Vizconde de Casa Aguilar*.

Po zwiedzeniu gmachów już pobudowanych, zaproszono nas na bankiet, wydany staraniem Konsula austrjackiego *Taub'a* przez Uniwersytet w Madrycie. W imieniu lekarzy hiszpańskich przemawiał Dr. *Pulido*, z ramienia zaś Uniwersytetu Dr. *Aguilar* powitał serdecznie uczestników wycieczki.

W odpowiedzi za tak przyjazne i wzruszające przyjęcie podziękowali w również serdeczny sposób Dr *Barach* (Austrja), Dr *Singer* (Niemcy) i autor niniejszego w imieniu grupy lekarzy polskich, poczem Dr *Aguilar* w krótkim końcowym przemówieniu, żywo przypomniał miłe przyjęcie, jakiego doznał podczas pobytu swego w Warszawie, przed paru laty i wzniósł okrzyk na cześć Austrji i Polski.

W Madrycie mieliśmy sposobność zobaczenia walki z bykami w olbrzymim cyrku (toreos), które, choć dziwnem się to wydaje, mimo swego barbarzyństwa, przetrwały do czasów dzisiejszych.

Po jednodniowej wycieczce do Toledo, gdzio zwiedziliśmy katedrę, kilka klasztorów (bogate zakrystje) i innych zabytków i powrocie do Madrytu wyruszyliśmy przez San Sebastjan do Biarritz.

W imieniu Komisji Zdrojowej powitał nas dyrektor Dr *André Claisse*, który zapoznał nas w krótkim przemówieniu z osobliwościami zdrojowiska i pokazał urządzenia w Domu zdrojowym, mówiąc w nawiasie, daleko gorsze niż u nas w Ciechocinku, lub Krynicy.

Zakład zdrojowy w Biarritz zasila naturalnemi solankami źródło Briscous za pośrednictwem kanalizacji. Woda źródła Briscous jest silną solanką o c. wł. 0,0242, zawierającą w litrze 307,79 gr. soli mineralnych, z czego 295 gr. przypada na NaCl, 0,167 gr. na bromki i ślady jodu. Jest 11 razy więcej słona niż woda morska. Po zwiedzeniu zakładu zaproszono nas do ratusza, gdzie powitał nas burmistrz w obecności przedstawicieli rady miejskiej i podjął winem, a panie ponadto kwiatami. Plaża w Biarritz należy do pierwszorzędnych, tak co do jakości, jak i przestrzeni.

Widok na spienione fale Atlantyku, dodaje większego uroku. Nic dziwnego, że cieszy się tak dużym powodzeniem i rozgłosem w Europie.

Z Biarritz wycieczka wyruszyła w drogę powrotną do Wiednia przez środkową Szwajcarję. Ja zaś udałem się do Paryża, gdzie się zatrzymałem na 5½ dni, w ciągu których zwiedziłem kilka klinik i szpital St. Louis, a potem Louvre, Pantheon, Notre Dame, Salon des artistes, Wersal i t. d., poczem po 2-dniowym pobycie w Berlinie wróciłem 9-go maja do Warszawy.

Przed wyjazdem z wycieczką zwiedziłem w towarzystwie kol. *B. Edelmana* z Krynicy Wiedeń: między innemi gmachy klinik uniwersyteckich i ładny szpital fundacji amerykańskiej pod kiero-

wnictwem Dr *Edelmana*. Streszczając się muszę zaznaczyć, że wycieczka do Hiszpanji była dobrze przemyślana i zorganizowana. Są to zasługi D-ra *Baracha*.

Nastrój był miły, stosunki ogromnie serdeczne. Pozostawiła ona niewątpliwie na zawsze uczestnikom niezapomniane nigdy wrażenia.

Dr. JULJUSZ IRRGANG — Przemyśl.

Z teki lekarza.

Zdawałoby się, że zawezwanie lekarza do chorego jest rzeczą najzwyklejszą w świecie, ale jeżeli zrobimy próbę, to jesteśmy tak często rozczarowani, że warto jest nad przyczyną się zastanowić!

Niezadowolone są często obie strony: pacjent i lekarz. Pacjent wymaga przybycia lekarza „natychmiast". Potrzebuje tego lekarza nietylko podczas nagłego, życiu zagrażającego wypadku, ale także i wówczas, kiedy ma dolegliwości już od trzech dni i od rana do wieczora się zastanawia, czy ma przecież zawołać, aż wreszcie posyła po niego o 1/2 9 wieczorem. Woła lekarza do „natychmiastowej" pomocy wówczas, kiedy choruje latami na chorobę żołądkową, albo jeżeli się uderzył w palec przy wbijaniu gwoździa! Jeżeliby nawet oburzyła lekarza ta niecierpliwość, to ze stanowiska pacjenta jest ona psychologicznie zrozumiała.

Od chwili, kiedy chory wogóle się zdecydował zawołać lekarza, to czeka na niego z tęsknotą; nie znosi tej przerwy, skoro już raz przezwyciężył siebie, by swoją osobę zaufać komu innemu. Po ordynacji lekarza czuje się chory pewniejszym.

Jeżeli nawet zrozumiemy życzenie „natychmiastowej" pomocy u chorego, to przecież z drugiej strony lekarz nietylko danemu choremu stoi do dyspozycji, bo i inni również pragną „natychmiastowej" pomocy; nie mówiąc już o tem, że lekarz także i dla siebie mieć musi niektóre godziny, bo tak jak i chorzy nie może on skreślić ze swego życia jedzenia, spania i wypoczynku.

Sposób, w jaki się woła lekarza, może mu pracę ułatwić lub utrudnić; czasem uniemożliwić szybkie zjawienie się, lub odwrotnie pomóc do szybkiej orjentacji.

Nie wiele potrzebuje lekarz dla swej orjentacji. Wołający lekarza powinien sobie zapisać już w domu na kartce — bo lekarz może być chwilowo nieobecny, a kto inny przyjmuje zamówienie — nazwisko, naprawdę dokładny adres, no i kilka uwag co do rodzaju choroby n. p. ból w brzuchu, wymioty, gorączka, ból ucha u dziecka. Laik nie wie, jak ważne są dwa lub trzy takie słowa dla lekarza i pacjenta. Jak często się zdarza, że lekarz wyjeżdża do chorego, — aby się na miejscu dopiero dowiedzieć, że chodzi o poronienie lub inną chorobę, wymagającą jakiegoś zabiegu i musi wracać po narzędzia, bo przecież nie może wozić zawsze ze sobą całego instrumentarjum.

Skoro zawiadomiono już raz lekarza, to trzeba czekać cierpliwie. Nie przyśpieszy przybycia lekarza, raczej odwrotnie, jeżeli co pięć minut i coraz natarczywiej go się wzywa. Tylko w wyjątkowym wypadku, jeżeli naprawdę wyczekiwanie lekarza trwa nadspodziewanie długo, można jeszcze raz się dowiedzieć — ostatecznie może i lekarz lub służba zapomnieć o zamówieniu.

Dalszą przyczyną, dlaczego lekarz się spóźnia do chorego jest przyzwyczajenie wielu pacjentów nie trzymania się ściśle oznaczonej godziny. To irytuje lekarza, stara się spóźnionych jak najprędzej się pozbyć, bo poza domem czekają na niego niecierpliwie inni chorzy. Przekonałem się, że wielu pacjentów rozmyślnie później się zjawia u lekarza, spodziewając się dłużej i bez przeszkód z nim porozmawiać. Osiągają w ten sposób skutek wręcz przeciwny, bo lekarz zniecierpliwiony jest myśląc o chorym, któremu wyznaczył swą wizytę. Jeżeli ktoś chce dłużej kiedyś i bez przeszkód porozmawiać z lekarzem o swojej chorobie, to we własnym interesie powinien przedtem poprosić o wyznaczenie mu godziny. Lekarz jest zawsze wdzięczny, jeżeli w swym ciężkim zawodzie znajduje zrozumienie i wzgląd u pacjenta i chętniej odwiedzi najpierw takiego, aniżeli innych. Oprócz tego ma on nie tylko prawo, ale i obowiązek wyżej otaksować „natychmiastową" wizytę, aniżeli zwykłą.

Najprędzej więc dostanie się lekarza, jeśli się uwzględni jego potrzeby i potrzeby innych pacjentów.

Najlepiej wychodzi na tem — rzecz naturalna ten, kto wedle starej mody ma swego domowego lekarza, bo przyjacielski stosunek, jaki panuje między domowym lekarzem, a jego klijentelą, zawsze pociągnie prędzej lekarza do swego stałego pacjenta.

Przemyśl, dnia 9 czerwca 1930

[1]) Zobacz „*Wiedza Lekaroka*": 1929, zeszyt VII, XI, — 1930, zeszyt III. Dr. *Irrgang*: „*Z teki lekarza*..

Résumé.

Alfred Galewski. Oxalemie et Oxalurie.

Dans ce travail nous trouvons les opinions contemporaines sur la transformation de l'acide oxalique dans l'organisme et sur le rôle qu'il joue. L'auteur décrit l'acide (de oxalique provenance exogène et endogène, touche la question de l'oxalemie et oxalurie en attirant l'attention spéciale sur les états pathologiques dans lesquels la quantité de l'acide oxalique augmente.

François Sienicki.

Impressions de l'excursions internationale des médecins en Espagne. L'auteur donne une déscription colorée de l'excursion des médecins en Espagne sous la direction du *Dr Barach* (Vienne). Outre les impressions concernant l'excursion proprement dite-nous y trouvons des données très interessantes sur les installations médicales et les conditions du travail des médecins en Espagne — ainsi que la déscription de certaines stations thermales en FRANCE et en SUISSE, que l'excursion a eu l'occasion de visiter.

Jules Irrgang.

Réfléxions sur l'état psychique du malade, faisant venir le médecin, les indications pratiques et désideratas, adressès à tous ceux, qui ont bésoin du service médical (dans le but de faciliter la tâche du médecin et de s'assurer le secours médical convenable).

Założony w 1888 roku

INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY

D-ra TADEUSZA STĘPNIEWSKIEGO

Warszawa, Zielna 11. **Telefon 37-65, Konto P.K.O. 22.378.**

SZCZEPIENIE NA MIEJSCU DZIEŃ CAŁY. ŚWIADECTWA DO SZKÓŁ.

INSTYTUT WYRABIA KROWIANKĘ
W ZAWIERALNIKACH 1°, 5° i 10°, SZCZEPIENNYCH.

Szczepionkę wysyła się na prowincję za zaliczeniem pocztowem lub też w celu zmniejszenia porta po otrzymaniu należności przez P. K. O.

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

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Opuszczenie trzew.

Odżywianie wieczorne, jako metoda lecznicza w bólach żołądka u chorych z opadnięciem trzew. (La clino-digestion nocturne dans les gastralgies des ptosiques). P. Carnot. *Journ. méd. francais. nr. 11. 1929.*

Istnieją dwie postaci chorych z opadnięciem trzew: jedni przedstawiają typ osób otyłych raczej, jak np — kobiety. które przechodziły liczne porody, cierpiące na opadnięcie macicy, przepuklinę i żylaki, podczas gdy inni chorzy na opadnięcie trzew przedstawiają typ zgoła odmienny. Są to najczęściej kobiety, bardzo szczupłe, o delikatnej budowie ciała i zapadniętym brzuchu. Ci chorzy skarżą się stale na bóle w brzuchu, szczególnie po przyjęciu pokarmów a zwykłe pasy lecznicze, które w pierwszej grupie chorych oddają znakomite usługi, u tych chorych raczej powodują wystąpienie bólu wskutek ucisku,

U osób szczupłych, cierpiących na opadnięcie trzew, leżenie w pozycji na wznak zmniejsza lub nawet znosi bóle żołądka tak, że skoro bóle te trwają nadal w pozycji leżącej, wówczas podejrzewać należy powikłanie w postaci wrzodu żołądka lub dwunastnicy, co niestety spotyka się często u chorych z opadnięciem trzew.

Bóle, występujące u omawianych chorych po przyjęciu pokarmów, dają się łatwo wytłomaczyć wyciągnięciem ścian żołądka i nerwów, zwłaszcza układu współczulnego. a bywają one tak znaczne, że chorzy odżywiają się coraz gorzej, a występujące wyniszczenie wpływa ujemnie na układ nerwowy, przez co powstaje błędne koło. W dalszym przebiegu występuje zanik zupełny podściółki tłuszczowej, więzadeł i mięśniówki, zwłaszcza przewodu pokarmowego.

Leczenie tego rodzaju ciężko chorych polega na: odosobnieniu chorych, leżeniu w łóżku i odpowiedniem odżywianiu.

Odosobnienie wpływa kojąco na układ nerwowy, leżenie w łóżku posiada podobne znaczenie, a nadto pozycja leżąca znakomicie ułatwia przesuwanie się pokarmu z żołądka do dalszych odcinków przewodu pokarmowego bez bólów i innych sensacyj.

Odpowiednie odżywianie polega na podawaniu małych lecz częstych dawek mleka, którego ilość łatwo jest miareczkować (1 litr dostarcza 700 kaloryj). Dla uniknięcia ścinania się mleka w żołądku zaleca się dodawanie cytrynianu sodu w ilości ½ łyżeczki od kawy na 1 filiżankę mleka. Skoro powyższy sposób leczenia doprowadzi do podwyższenia wagi chorego, należy dodawać zwolna lekkie przetarte potrawy, kompoty i t. p. Chorzy w ten sposób leczeni z łatwością przybywają na wadze a trudności lecznicze powstają wówczas dopiero gdy chorzy zaczynają wstawać z łóżka.

Dalsze leczenie takich chorych pokrywa się z leczeniem lżej chorych, którym z różnych względów (ludzie pracujący. hypochondrycy i t. p.) nie należy zalecać leżenia w łóżku, a tem nie mniej chorzy ci powinni zachować pozycję leżącą po przyjęciu pokarmów przez cały czas trawienia w żołądku, które jak wiadomo trwa 6 — 7 godzin po posiłku, nieco tylko obfitszym.

Dla uzyskania powyższego celu autor zaleca podawanie głównego posiłku wieczorem, poczem chory powinien natychmiast położyć się do łóżka. Posiłek taki powinien składać się z zupy zawierającej tłuszcz, z potrawy mącznej lub przetartej, zielonych jarzyn, potrawy słodkiej i owoców. Należy unikać podawania kawy, wina a nawet mięsa, wreszcie ograniczyć ilość płynów. W razie potrzeby przed jedzeniem podać można kwas solny.

Poza głównym posiłkiem podawać należy rano, w południe i o godzinie 4-tej popoł. małe posiłki, które łatwo opuszczają żołądek: letnie płyny, nie zawierające pokarmów stałych, tłuszczu i kwasów. Tu należą; białko kurze rozpuszczone w wodzie, letni buljon, mleko zbierane z dodatkiem cytrynianu sodu, chudy rosół, galaretki owocowe, i płyny zawierające cukier. Po takich posiłkach nawet krótki odpoczynek w pozycji leżącej wystarczy, by pokarm opuścił żołądek, poczem chorzy mogą wrócić do swoich codziennych zajęć,

Powyższy, ambulatoryjny sposób leczenia chorych z opuszczeniem trzew oddał autorowi znakomite usługi.

Opuszczenie trzew i zespół zaburzonej równowagi statycznej narządów jamy brzusznej. (Les ptoses et le syndrome de mauvaise contention des organes de l'abdomen). P. Jacquet. *Journ. méd. francais nr. 11. 1929.*

Jak wiadomo, trzewa posiadają tylko ograniczoną wrażliwość na ból przy zabiegach operacyjnych w miejscowem znieczuleniu powłok, natomiast przy pociąganiu ich więzadeł (krezki) występuje nietylko ból, ale i gwałtowne kolki a nawet zapaść. Dlatego pod wpływem wypełnienia przewodu pokarmowego i pozycji stojącej przy opuszczeniu trzew powstaje ból miejscowy lub promieniujący (do nadbrzusza, do krzyżów) lub inne zaburzenia, jak np. zawroty głowy, ogólne osłabienie i aerofagja, Wszystkie te objawy zależą od pozycji stojącej ciała i ustępują przy zmianie pozycji. Przy dłuższem trwaniu powyższego stanu występują stałe stany neuralgiczne ze strony splotu słonecznego, zaburzenia w opróżnianiu jelit i t. p.

Powyższe objawy mogą występować nietylko przy typowem opuszczeniu trzew, stwierdzonem radjologicznie, ale też u osobników, wolnych od powyższych zmian, u których jednak równowaga statyczna narządów jamy brzusznej uległa zaburzeniu, co najczęściej ma miejsce, jako skutek wychudnięcia. Z drugiej strony należy podkreślić, że dolegliwości wyżej opisane niekiedy nie występują mimo, że istnieje istotne, typowe opuszczenie trzew.

Patogeneza:

Jako przyczynę powstania opadnięcia trzew i zespołu zaburzonej równowagi statycznej narządów jamy brzusznej wymienić należy przedewszystkiem wychudnięcie. Ponieważ powyższe zespoły chorobowe wywołują zaburzenia w trawieniu, przeto w wywiadach należy ściśle określić chronologiczny porządek wystąpienia wychudnięcia i zaburzeń w trawieniu. Przy zwróceniu uwagi chorego nieraz uda się stwierdzić, że wychudnięcie poprzedziło zaburzenia w trawieniu, co jest charakterystycznem dla omawianych zespołów. U chorych takich podniesienie wagi ciała (wskutek odpowiedniego odżywiania i postępowania) usuwa zarazem i zaburzenia w trawieniu.

Drugą przyczyną zaburzenia równowagi statycznej narządów jamy brzusznej jest zwiotczenie powłok brzusznych, w szczególności zaś mięśni brzusznych. W warunkach prawidłowych napięte mięśnie powłok brzusznych przyciskają narządy jamy brzusznej do tylnej ściany, utrwalonej przez kręgosłup i tą drogą przyczyniają się poważnie do zachowania równowagi statycznej narządów umocowanych do tylnej (i górnej) ściany brzucha zapomocą więzadeł. Zwiotczenia mięśni brzucha bez względu na przyczynę chorobową lub fizjologiczną (liczne ciąże, siedzący tryb życia w wielkich miastach i t. p.) wywołują z koleji wspomniane wyżej zaburzenia w równowadze narządów oraz dalsze skutki.

Autor zwraca uwagę, że opadnięcie trzew spotyka się u osobników o różnej konstytucji i trudno jest mówić o typus ptoticus. Jedni chorzy na opuszczenie trzew przedstawiają typ szeroki w barkach i biodrach, inni, przeciwnie, wyszczególniają się wąską budową ciała. Także i typ brzucha u osobników, cierpiących na omawiane cierpienie, jest różny i należy zaprzestać, według autora, używania określenia: duży brzuch chorych na opuszczenie trzew, gdyż cierpienie to spotyka się i u osobników z brzuchem zapadniętym.

Szczególną uwagę zwrócić należy może na wiszący. duży brzuch u ludzi t. zw. pełnokrwistych, u których sama waga brzucha może być przyczyną wystąpienia dolegliwości, niezależnie od ewentualnie istniejącego opadnięcia trzew.

Bóle zależne od pozycji ciała występują tylko w pozycji stojącej (patrz wyżej) jako bóle w krzyżach, niekiedy o słabem tylko nasileniu, raczej jako zmęczenie mięśni krzyżów. Bóle typowe mogą promieniować pod łopatki, w linję pachową lub nawet wysoko, pod m. trapezius (możliwe pomyłki rozpoznawcze z lumbago, lub nawet torticollis). Ból w okolicy żołądka może wystąpić zarówno, jako skutek bezpośredni opadnięcia, lub też pośrednio, wskutek zaburzeń ruchowych, wydzielniczych, zmian w splocie słonecznym (patrz niżej). Ból w żołądku występuje przedewszystkiem po jego wypełnieniu (i w pozycji stojącej) i wskutek tego chorzy uszczuplają swe odżywianie. wywołując błędne koło.

Astenja występuje szczególnie często u chorych na opadnięcie trzew. Charakterystyczne jest osłabienie ogólne występujące dopiero popołudniu, po przyjęciu większej ilości pokarmów, w okresie trawienia. Na czczo, rano chorzy ci czują się względnie dobrze w odróżnieniu od chorych na chorobę Addisona i t. p., którzy skarżą się na osłabienie występujące od wczesnego ranka. Obok ogólnego osłabienia występuje też zmęczenie i łatwość zmęczenia się, a nadto i podciśnienie tętnicze.

Zawroty głowy i aerofagja należą do najczęstszych objawów omawianego zespołu chorobowego.

Zaburzenia ze strony splotu słonecznego są przyczyną występowania bólów nad pępkiem i skoro zaburzenia te występują przy opadnięciu trzew wówczas bóle trwają niezależnie od pozycji ciała, t. j. nie ustępują w pozycji leżącej. To powikłanie opadnięcia trzew zdradza się przedewszystkiem niemożnością zniesienia najmniejszego ucisku, a więc także i pasa ortopedycznego, zwłaszcza zachodzącego dość wysoko. Następnie występuje tętnienie w okolicy nadpępcza. niekiedy słabo wyczuwalne, niekiedy zaś tak znaczne, że przypomina rozszerzenie tętnicy brzusznej, lub choroby Basedowa, zwłaszcza wobec stanu nerwowego tych chorych. Według autora, opuszczenie trzew wywołuje zmiany ze strony splotu słonecznego w 50% niemal. Charakterystycznem jest, że zaburzenia te ustępują przy odpowiedniem leczeniu t. j. leżenie w łóżku, odpowiednie odżywianie, podczas, gdy na zaburzenia ze strony splotu słonecznego. występujące z innych przyczyn, leczenie powyższe niema wpływu. Tylko bardzo zastarzałe i bardzo silne zaburzenia są oporne na leczenie przeciw opadnięciu trzew, przez nie wywołane.

Silne bóle żołądkowe wywołane bywają też aerofagją. Jako szczególny zespół objawowy podaje autor bóle, występujące wskutek czynnościowego zwężenia trzeciej części dwunastnicy. Bóle te występują późno po przyjęciu pokarmów i wywołane są, jak pouczają prześwietlenia prom. Roentgena, skurczami antiperystaltycznymi wspomnianej części dwunastnicy. Bóle te nie ustępują przy położeniu się chorego na wznak, lub na bok prawy, jak przy opadnięciu trzew natomiast znikają przy położeniu się płasko na brzuchu lub na boku lewym. Naogół bóle te dają się leczyć drogą odżywiania, jak przy opadnięciu jelit. Niekiedy spotykają się typowe crises gastriques (należy wyłączyć inne przyczyny).

Objawy ze strony jelit są częste. Najczęściej występują zaparcia stolca, niekiedy jednak występują rozwolnienia. przyczem stolce są śluzowe; noszenie pasa ortopedycznego działa nieraz korzystnie. Przy opuszczeniu trzew spotyka się też nocne napady bólów jelitowych o bardzo silnem natężeniu; bóle te występują po północy, gdy zawartość żołądka przeleje się już do jelit. Bólom towarzyszą często wymioty żółciowe. Umiejscowienie bólów jest w podżebrzu prawem i promieniują one w stronę lewą; o ile wystąpią śluzowe stolce rozpoznanie jest ułatwione, w przeciwnym razie omyłka z napadem kamicy żółciowej jest możliwa.

Niektóre zapatrywania, mało uwzględniane w opadnięciu trzew. (Quelques points de vue trop peu envisagés des ptoses digestives). L. Chauvois. *Journ. méd. français nr. 11, 1929.*

Autor zwraca uwagę na te przypadki, w których mimo stwierdzonego rentgenologicznie opadnięcie trzew, opróżnienie żołądka i jelit odbywa się w prawidłowym okresie czasu. Ta prawidłowa czynność motoryczna przewodu pokarmowego, mimo zmian w położeniu anatomicznem, skłania niektorych badaczów do uważania tych przypadków za fizjologicznie normalne. Autor zwalcza te przekonania i wskazuje na to, że ustrój chorych takich zużytkowuje znacznie więcej pracy i wysiłków dla dokonania pracy opróżnienia przewodu pokarmowego w prawidłowym czasie, a nadto żołądek tych chorych ucieka się do pomocy aerofagji, co jest już wprost objawem patologicznym. Wypełnienie żołądka, pełnego pokarmów, pewną ilością powietrza, wywołuje w końcu odruch ze strony atonicznej mięśniówki żołądka, co jednak doprowadza do jeszcze większego rozdęcia i opuszczenia tego narządu.

Nadto autor zwraca uwagę na niskie położenie, spłaszczenie i upośledzoną czynność przepony u chorych z opuszczeniem jelit. Chorzy ci oddychają znacznie gorzej, gdyż czynność przepony nie znajduje dostatecznego oparcia, wskutek zwiotczenia mięśni brzucha w opadnięciu trzew. Dlatego to odpowiednio zastosowany ucisk brzucha zapomocą ortopedycznego pasa wywołuje znaczną ulgę w oddychaniu. Fakt gorszego samopoczucia tych chorych wskutek wychudnięcia wskazuje, według autora, też i na to, że odpowiednia podściółka tłuszczowa jest też niezbędna dla sprawnego funkcjonowania nietylko przewodu pokarmowego, ale i narządu oddechowego.

Powyższe spostrzeżenia wskazują na wielorakość zgubnych skutków, jakie pociąga opuszczenie trzew. Dlatego zwrócić należy szczególną uwagę na leczenie, które obok wzmacniania mięśni brzucha, uzyskanie odpowiedniej wagi ciała, i tp. polega na stosowaniu pasa ortopedycznego. Dobór odpowiedniego pasa odbywać powinien się według autora, pod ekranem, gdyż tylko kontrola promieniami Roentgena jest tu miarodajna, a źle dobrany pas przynosi więcej szkody, niż obywanie się bez niego. Co do samego pasa, to winien on być podatny i elastyczny, a nadto autor stosuje rodzaj poduszeczki, wydymanej powietrzem, którą umieszcza się na nad spojeniem łonowem, Elastyczny pas i wydymana powietrzem poduszeczka spełniają nietylko rolę podtrzymującą opadające narządy, ale wykonują zarazem masaż wibracyjny (jelit w pracy niniejszej autor podaje szczegółowy opis odnośnego pasa). Kontrola pasa pod promieniami Rentgena powinna wykazać, że pas włożony w pozycji leżącej nie zmienia poprawionego położenia jelit przy wstawaniu, chodzeniu i tp.

Autor zwraca też uwagę na szczegół, mało dotychczas uwzględniany, a mianowicie, że duże rozmiary narządów przewodu pokarmowego spotyka się u ludzi szczupłych, natomiast u ludzi tęgich z dużym brzuchem spotykamy często małe rozmiary żołądka, krótką okrężnicę. Autor sądzi, że odwrotny stosunek masy tłuszczu do wielkości przewodu pokarmowego, należy tłomaczyć nie przerostem tkanki tłuszczowej, jako sprawę pierwotną, lecz odwrotnie autor mniema, że konstytucjonalny niedorozwój, względnie wolny rozwój przewodu pokarmowego daje miejsce wtórnemu, wzmożonemu rozwojowi tkanki tłuszczowej. Do powyższych zapatrywań skłaniają autora liczne prześwietlenia prom. Roentgena przewodów pokarmowych dzieci, których rodzice cierpią na zaburzenia równowagi statycznej narządów jamy brzusznej (opadnięcie trzew). Prześwietlenia te wykazują niewielkie odchylenia, które mogą już dawać dolegliwości, a które znikają przy odpowiedniem leczeniu.

Opadnięcia trzew małego stopnia. (Petites ptoses). H. Godlewski. *Journ. méd. francais nr. 11, 1929.*

Opadnięcia trzew małego stopnia, którego nie można stwierdzić rentgenologicznie, spotyka się bardzo często, bez względu na płeć, podczas gdy typowe opadnięcie, morbus *Glénardi*, stwierdza się przedewszystkiem u kobiet (80%). Przyczyną powstania tego cierpienia jest wychudnięcie w krótkim czasie, przyczem chodzić tu może o chorego, który przejściowo ważył ponad swą normą, a następnie schudł do swej normalnej wagi. Albowiem we wszystkich przypadkach wychudnięcia, mechanizm powstawania opadnięcia trzew jest ten sam: zmniejsza się zawartość jamy brzusznej wskutek zniknięcia tkanki tłuszczowej, podczas gdy objętość jamy brzusznej pozostaje ta sama. W przypadkach omawianych przez autora chodzi oczywiście o zmiany względnie nieznaczne, które wywołują jednak dolegliwości. Zasadniczą skargą tych chorych jest uczucie zmęczenia, wzmagające się w ciągu dnia, a zwłaszcza pod wieczór, co u wielu chorych wywołuje też zmianę usposobienia, brak apetytu i dalsze wychudnięcie, a w następstwie prowadzić może do typowego opadnięcia trzew. Obok zmęczenia występuje też ból w krzyżach i to jest również częstą skargą tych chorych. Obie dolegliwości występują tylko w pozycji stojącej, a znikają w leżącej.

Rozpoznanie opadnięcia trzew małego stopnia łacznie ułatwia sposób badania podany przez *Glénard'a*: chory w pozycji stojącej odwraca się tyłem do lekarza, który obiema rękami obejmuje (od tyłu) brzuch chorego pod pępkiem, tuż nad spojeniem łonowem. Następnie choremu zaleca się wykonywanie wolnych, lecz głębokich oddechów; podczas wydechu należy łagodnie unosić brzuch chorego ku górze i ku krzyżom, podczas wdechu brzuch utrzymuje się elastycznie w poprzednim położeniu. Po 5—7 oddechach brzuch jest odpowiednio uniesiony i podczas dalszych paru oddechów utrzymuje się go na tym samym poziomie. Przeważna część chorych na opadnięcie trzew zwróci uwagę na ulgę, jakiej doznaje; dla przekonania się należy szybko usunąć ręce, podtrzymujące brzuch i zapytać chorego, która pozycja jest dla niego dogodniejsza. W razie stwierdzenia istnienia omawianego cierpienia, należy przeprowadzić odpowiednie leczenie, a przedewszystkiem należy zalecić noszenie odpowiedniego pasa. W lekkich przypadkach niewielkie podtrzymanie brzucha, jakie uzyskać można zapomocą zwykłego paska, a nawet sznurka (!) — daje poważną ulgę; podtrzymujący pasek musi jednak bezwarunkowo leżeć poniżej najbardziej wystającej (z profilu) części brzucha. U osobników szczupłych zastosować należy odpowiednie pelotki (poduszeczki) pneumatyczne lub, elastyczne (w rodzaju np. gumowej gąbki).

Autor zwraca nastepnie uwagę na zaburzenia w czynności nerek opadających, polegające na małej ilości oddawanego moczu i białkomoczu. Oba te zaburzenia powstają tylko w pozycji stojącej (ortostatyczna oliguria i albuminuria). Zastosowanie pasa z pelotkami; podtrzymującemi nerki wystarcza zupełnie do zniesienia powyższych objawów, bez stosowania djety i leków, z wyjątkiem postępowania otłuszczającego.

Wreszcie autor podaje prosty sposób odprowadzania opadającej macicy (o ile chodzi o przypadki lekkie), co nieraz wystarcza na dłuższy przeciąg czasu, a nawet na stałe.

Postępowanie chirurgiczne a opuszczenie żołądka. (La ptose gastrique et son traitement chirurgical). R. Solmon. *Journ. méd. francais, nr. 11, 1929.*

Przed ewentualnym zabiegiem chirurgicznym w opuszczeniu żołądka stwierdzić należy przedewszystkiem, czy opuszczenie jest utrwalone, t. j. czy odpowiednio zastosowany pas ortopedyczny nie potrafi unieść żołądka ku górze; następnie należy stwierdzić położenie dwunastnicy. W jednych przypadkach stwierdzamy przy opuszczeniu żołądka ustalony genu superius dwunastnicy z ewentualnem wyciągnięciem opuszki dwunastnicy, w innych zaś przypadkach prawie cała dwunastnica ulega też opuszczeniu. W przypadku pierwszym klinicznie występują zaburzenia charakterystyczne dla zwężenia bez znacznych bólów, w drugim przypadku występują bóle bardzo znaczne wskutek pociągania nerwów małej sieci i splotu słonecznego, Wreszcie stwierdzić należy, czy niema powikłań, jak perivisceritis, opuszczenia innych narządów i t. p.

Po wyjaśnieniu powyższego stanu rzeczy należy zbadać ogólny stan chorego, a zwłaszcza jego układ nerwowy, który tak często wykazuje poważne zmiany: neurasthenia; psychastenja a nawet patologiczne stany psychiczne.

Niektórzy autorowie, jak np. *Liek*, uważają postępowanie chirurgiczne w opuszczeniu żołądka, wogóle za niewskazane, gdyż opuszczony żołądek jest tylko jednym z objawów wadliwej konstytucji i predyspozycji. Inni autorowie zalecają operowanie, lecz wyłączają chorych na neurastenję.

Co do metod operacyjnych autor wspomina o sposobie *Perthésa*, polegającym na zastosowaniu okrągłego wiązadła wątroby do podtrzymania żołądka, oraz o sposobie *Lambreta*, który do tego celu posługuje się wycinkiem z powięzi mięśnia prostego brzucha. Wyniki tej ostatniej metody mają być dobre a niebezpieczeństwo zabiegu nikłe.

W praktyce autor zaleca przedewszystkiem leczenie w zakresie medycyny wewnętrznej — zabieg operacyjny względnie rzadko wchodzi w rachubę i to dopiero po wyczerpaniu innych sposobów leczniczych. *Z. Gorecki,*

CHIRURGJA

Zapalne zwężenia odbytnicy (Les rectites sténosantes). Hartmann. *Paris Med. Nr. 14, kwiecień 1930.*

Etjologja schorzenia jest niejednolita, Autor na 120 spostrzeganych przez siebie i leczonych tego rodzaju zwężeń w 40% przypadków stwierdził tło kiłowe; poza tem znajdywał jako przyczynę schorzenia: gruźlicę, rzeżączkę i wrzód weneryczny odbytu i odbytnicy, pederastję bierną, czerwonkę, naświetlania radowe w przebiegu raka szyjki macicznej. Płeć nie odgrywa tu większej roli; najczęstszy wiek — 30 do 47 lat.

Jednakże, bez względu na tło schorzenia, w późniejszym okresie rozwoju przedstawia ono obraz dosyć typowy. Samo zwężenie jest umiejscowione zwykle nisko, na 2 do 6 cm. powyżej odbytu, i ma kształt najczęściej walcowaty, ku dołowi rozszerzający się lejkowato. Śluzówka powyżej i poniżej zwężenia jest znacznie zmieniona zapalnie, pokryta owrzodzeniami i guzami zapalnemi (ziarnina) dookoła odbytu widać często otwory przetok sięgających swym początkiem zwykle do miejsca poniżej zwężenia odbytnicy. Objawy kliniczne z początku mogą być bardzo nieznaczne; są to zwykle objawy przewlekłego nieżytu ropnego śluzówki odbytnicy, do których z czasem przyłączają się zaparcia stolca na zmianę z biegunkami (często rzekomemi), wzdęcia i bóle brzucha, objawy ogólnego zatrucia kałowego, wychudzenie charłactwo. Okresowo może występować obraz ostrej, zupełnej niedrożności jelitowej.

W rozpoznawaniu różniczkowem uwzględniać należy: stare blizny pasmowate ściany odbytnicy, zwężenia wrodzone w kształcie zastawek i błon, rak odbytnicy, zwykłe zaparcie nawykowe. Wyjaśnia tu wszelkie wątpliwości badanie palcem, a w zwężeniach wysoko położonych—prześwietlenie rentgenowskie. Rokowanie jest poważne — ze względu na mogące wystąpić powikłania miejscowe (ropowice) i ogólne (charłactwo, gruźlica płuc) i ze względu na trudności lecznicze.

Leczenie jest wyłącznie chirurgiczne i polega albo na mechanicznem stopniowem rozszerzaniu miejsca zwężonego (sztywne rozszerzadła Hegara, kauczukowe) — co daje naogół wyniki nieświetne, lub też na wycięciu operacyjnem okolicy zwężenia drogą przez krocze, z cięcia okrężnego na granicy skóry i śluzówki odbytu (jak przy operacji Whiteheada) idąc ku górze wewnątrz pierścienia zwieraczy. Pomyślny wynik operacji zależy częściowo od tego, czy usunięto całą zmienioną chorobowo część śluzówki odbytnicy.

Autor operował w ten sposób 31 przypadków, z których w trzech rozwinęło się zwężenie z powrotem, w ośmiu — wystąpiła znaczna poprawa, pozostałych 20 zostało wyleczonych trwale.

Ropnie, wywołane sztucznie w celach leczniczych (Données pratiques sur l'abscès de fixation). Pic i Delore. *Le Journ. de Médécine de Lyon, Nn. 2, kwiecień 1930.*

Już oddawna zwracano uwagę na fakt ten, że w przebiegu ciężkich zakażeń ogólnych występowała nieraz szybka i niespodziewana poprawa — z chwilą wytworzenia się jakiegokolwiek ogniska ropnego w ustroju, choćby to był przypadkowy ropień, powstały w następstwie podskórnego wstrzyknięcia lekarstwa. W związku z tem zaczęto rozmyślnie wywoływać powstanie ropni w celach leczniczych, z początku — w przypadkach zakażeń połogowych, później — pod wpływem otrzymywanych na tej drodze zachęcających wyników—i w innych postaciach zakażeń ogólnych, chirurgicznych i durowych.

Sposób działania leczniczego tych sztucznie wywołanych ropni jest dosyć złożony, grają tutaj rolę: unieruchomienie drobnoustrojów i jadów, działanie odciągające. wzmożenie produkcji ciałek białych i zmiany chemiczno-biologiczne w składzie płynów tkankowych — w związku z rozpadem leukocytów i ewent. wstrząsem koloidoklastycznym. Wstrzy-

kuje się zwykle w tym celu 1 lub 2 cm (zależnie od stopnia zakażenia) terpentyny (Ol. Terebinth) — ściśle do tkanki podskórnej, ani głębiej, ani płyciej, gdyż to przoduje silne bóle i może wywołać obumarcie np. skóry lub powięzi. Najdogodniejsza okolica ciała — to boczne części brzucha.

W kilka godzin po wstrzyknięciu chory zaczyna odczuwać miejscowo ból, który stopniowo nasila się, jednocześnie występują objawy nacieku zapalnego; w miarę wytwarzania się zbiorowiska ropy (po 48 godzinach) bóle zmniejszają się. Ropień uważa się za dojrzały koło 8—12 dnia i wówczas należy go naciąć; wystarcza cięcie niewielkie. Nie należy nacinać ściany ropnia zbyt wcześnie, gdyż wówczas nie zdąży on osiągnąć całego swego celu leczniczego. Większej gorączki w czasie rozwijania się ropnia nie bywa. W niektórych przypadkach trzeba się uciec do parokrotnego wstrzyknięcia terpentyny, aby wreszcie wywołać powstanie ropnia. Objawów ubocznych, niepożądanych nie bywa. Przeciwskazaniem do stosowania tego leczenia są obrzęki i cukromocz; wiek nie stanowi przeciwskazania.

Bóle piętowe (talalgia) pochodzenia rzeżączkowego. (La talalgie blennorragique). Baudet. *La Presse Méd. Nr 36, maj 1930.*

Obecnie, tak zwaną talalgję uważa się już wyłącznie tylko za pewne powikłanie rzeżączki, powikłanie o umiejscowieniu, zresztą, dosyć dziwnem. Dotyczy ono tkanek miękkich w okolicy kaletki maziowej kości piętowej, lub okostnej tylnej i dolnej powierzchni kości piętowej, częściowo i samej kości. W przypadku zajęcia przez proces chorobowy okostnej przychodzi do wytworzenia wyrośli kostnych w postaci blaszek i kolców różnej wielkości, odchodzących od tylno-dolnej powierzchni kości i widocznych dobrze na zdjęciach rentgenowskich. Zmiany te dotyczą często obu kości piętowych. Owe wyrośla kostne znajduje się prawie we wszystkich przypadkach bólów piętowych pochodzenia rzeżączkowego; tam zaś, gdzie ich obecności się nie stwierdza, ma się do czynienia z okresem wczesnym, kiedy proces chorobowy jeszcze nie zdążył doprowadzić do powstania tych wyrośli.

Omawiane schorzenie cechuje się bólami, występującemi wyłącznie po mniej lub więcej długiem chodzeniu. Przedmiotowo—poza wynikiem zdjęcia rentgenowskiego — stwierdza się niewielkie zgrubienie części miękkich w okolicy pięty i wyraźną bolesność uciskową w pewnych punktach, odpowiadających umiejscowieniem owych wyrośłom kostnym.

W rozpoznawaniu różniczkowem uwzględniać należy; rzeżączkowe zapalenie szpiku kostnego kości piętowej, zapalenie stawu skokowego, stopę płaską, wreszcie — kiłę i gruźlicę kości piętowej (naogół rzadkie).

Co do leczenia, to wyniku pomyślnego po stosowaniu szczepionek swoistych można się spodziewać tylko w tych przypadkach, w których nie doszło do wytworzeuia wyrośli kostnych. W tym drugim razie — tylko dokładne usunięcie operacyjne wyrośli będzie w stanie sprowadzić wyleczenie.

Stany niedomogi nerek (stany mocznicowe) w przebiegu zwężeń cewki moczowej (L'azotémie chez les rétrécis), Thévénot i Verriére. *Journ, d. Urologie XXIX — Nr. 3 marzec 1930*

Chorych, cierpiących na zwężenie cewki moczowej, można zrównać całkowicie — co do przebiegu cierpienia, zaburzeń w wydalaniu moczu i rokowania — z chorymi na tak zwany przerost sterczu. W jednym i drugim przypadku ma się do czynienia z osobnikami zatrutemi, o zmniejszonej odporności, u których zawsze na pierwszem miejscu uwzględniać należy zdolność wydalania moczu i sprawność nerek, pozostawiając nieraz na uboczu leczenie samego zwężenia.

Autorowie, spostrzegając i lecząc 22 przypadki zwężeń cewki moczowej, stwierdzili, że u wielu z nich zawartość mocznika (ściśle mówiąc — azotu bezbiałkowego) we krwi była wzmożona. Azotemja ta jest w prostym stosunku do stopnia zalegania moczu w pęcherzu i długotrwałości cierpienia, a po za tem—do stopnia zwężenia, wieku chorego i obecności zaburzeń chorobowych w innych narządach. Stężenie mocznika we krwi u tego rodzaju chorych nie tylko wpływa na rokowanie, ale decyduje nawet często o rodzaju leczenia. Przy zawartości mocznika do 0,5 g. na litr krwi rokowanie jest dobre, chorzy tacy łatwo znoszą wszelkie zabiegi lecznicze i nietrudno jest uzyskać u nich poprawę. Są te przypadki najczęstsze.

Przy zawartości mocznika we krwi od 0,5 g do 1,0 g, należy być już bardzo ostrożnym w rokowaniu i w stosowaniu zabiegów, gdyż po zbyt forsownem rozszerzeniu miejsca zwężonego może wystąpić nagłe pogorszenie, a nawet i śmierć.

Wreszcie u osobników, mających mocznika we prwi powyżej 1 grama na litr, należy się zająć krzedewszystkiem ich niedomogą nerkową i wypływającem z niej zatruciem. Wskazanem tu będzie wytworzenie przetoki pęcherzowej, lub też nacięcie cewki moczowej odzewnątrz (uretrotomia externa); to ostatnie będzie bardziej celowem, warunkującem dokładniejsze opróżnianie pęcherza, jakkolwiek trudniejszem technicznie.

Dopiero po znacznem obniżeniu stężenia mocznika we krwi (możliwie do normy) można się zająć leczeniem samego zwężenia.

O niedomodze nerek i jej rozpoznawaniu (Diagnostic de l'insuffisance rênale) temat programowy IX Zjazdu Urologów Niemieckich. **— Necker.** *Journ. d'Urologie XXIX Nr. 3, marzec 1930.*

Rozróżniamy dwa rodzaje niedomogi nerek w przebiegu schorzeń chirurgicznych. jedna jest następstwem pierwotnego zniszczenia na pewnej przestrzeni miąższu nerkowego—jest to niedomoga istotnie wydzielnicza, druga zaś jest wywołana pierwotnym zastojem moczu. Przykładem, a właściwie odpowiednikiem w medycynie wewnetrznej tej pierwszej jest przewlekłe zapalenie nerek.

Niedomoga nerek, wywołana zastojem moczu ma charakter względnie dobrotliwy — szybko ustępuje i bardzo późno doprowadza do cięższych powikłań. Polega ona głównie na zaburzeniach w wydzielaniu wody, soli i innych mniej znanych substancji, a w znacznie mniejszym stopniu — na zaburzeniach w wydzielaniu azotu.

Do określenia stopnia niedomogi nerek służą: określenie stężenia mocznika we krwi, próba czynnościowa nerek wdg. *Vollbarda* i próba z podaniem mocznika wdg. *Mc Lean'a* i *Weedelow'a*. Jednak najbardziej charakterystycznem dla niedomogi nerek, zwłaszcza postaci cięższych (ze zniszczeniem miąższu nerkowego), jest zwiększenie stężenia indykanu we krwi, który jest wykładnikiem zawartości we krwi aminokwasów. Dodatni wynik próby ksantoproteinowej poprzedza bezpośrednio nadejście mocznicy (uraemia) i jest bezwzględnem przeciwskazaniem do jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego. Podobne znaczenie ma stwierdzenie kwasicy.

Należy tu zaznaczyć jeszcze z naciskiem, że niedomoga nerek może się rozwijać przy braku jakichkolwiek objawów klinicznych i przy zupełnie dobrym, pozornie, stanie ogólnym chorego.

Ostre zapalenie szpiku kostnego wyrostka sutkowego kości skroniowej, występujące obustronnie u osesków (L'osteomyelite mastoidienne bilaterale chez les enfants du premier age). Aloin. *Le Journ. de Medecine de Lyon. Nr. 246, kwiecień 1930,*

Zapalenie wyrostka sutkowego u osesków przebiega zupełnie odrębnie, w porównaniu z przebiegiem tegoż u starszych dzieci, i cechuje się: swą obustronnością, słabem zaznaczeniem objawów miejscowych i burzliwością objawów ogólnych — co w sumie przypomina raczej ostre zapalenie szpiku kostnego kości długich. Rozpoznanie bywa trudne, rokowanie—poważne. Duża liczba osesków ginie z powodu nierozpoznania cierpienia i niezastosowania odpowiedniego leczenia.

Mechanizm chorobotwórczy polega najprawdopodobniej na ogólnem zakażeniu ustroju oseska, z punktem wyjścia z jamy nosowogardłowej, i następowem zajęciem jednocześnie i jamy bębenkowej i wyrostka sutkowego.

Objawy kliniczne z początku przypominają grypę, z katarem nosa i lekkiem niedomaganiem, po paru dniach objawy się nasilają, gorączka podnosi się do 38—39, dziecko podnosi rączkę do ucha, wskazując w ten sposób na źródło bólów — jest to okres nieżytowego zapalenia jamy bębenkowej. Ale wkrótce gorączka wzrasta do 40°, wszelkie poruszanie dziecka staje się bardzo bolesne, samo dziecko jest senne, odurzone, występują objawy nieżytu oskrzeli, czasami — biegunki, wreszcie chory traci przytomność. Objawy te są następstwem wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego wskutek zapalenia wyrostków sutkowych i, częściowo, opon. Jeśli wykonać w tym czasie nacięcie błony bębenkowej, to wydzielinę otrzyma się bardzo skąpą, o charakterze surowiczo-krwawym.

Naogół biorąc, w obrazie klinicznym tego cierpienia mogą przeważać albo objawy płucne, albo jelitowe, albo wreszcie — nerwowe, jako porażenie nerwu twarzowego, podrażnienie błędnika lub zapalenie opon mózgowych. Przyczyną choroby bywa najczęściej zakażenie łańcuszkowcem, a poza tem—gronkowcem i dwoinkami zapalenia płuc.

Leczenie polega na dostatecznie szybkiem wykonaniu operacji otwarcia jam wyrostków sutkowych, do czego wystarcza w zupełności łyżeczka ostra. Rana goi się 2 — 6 tygodni. Zabieg ten można wykonać najczęściej całkowicie bez narkozy i bez znieczulenia.

Objawy chorobowe ze strony okrężnicy w przebiegu zapalenia pęcherza żółciowego (Réactions coliques au cours des cholécystites). Foucaud. *Le Journ. Méd. Franc. Nr. 3, marzec 1930.*

Wpływ zapalenia pęcherza żółciowego na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka znanym jest ogólnie, mniej się zwraca uwagi na wpływ tegoż na stan czynnościowy okrężnicy. Odnośne zaburzenia polegaja tutaj na: 1) skurczu poszczególnych jej odcinków, 2) porażeniu, 3) bólach, 4) zaparciu stolca na skutek zalegania w okrężnicy, 5) biegunkach i wreszcie 6) objawach t. zw. Colitis muco-membranacea. Skurcze odcinkowe okrężnicy w przebiegu zapalenia pęcherza żółciowego są analogiczne co do mechanizmu chorobotwórczego do takichże skurczów w zakresie żołądka, okolicy odźwiernikowo-dwunastniczej, przełyku i serca. Ich zwykłe umiejscowienie to — kątnica, zagięcie wątrobowe i zagięcie śledzionowe. Nasilenie skurczu i towarzyszącego mu bólu zależy w dużym stopniu od pobudliwości układu nerwowego roślinnego danego osobnika.

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.

Porażenie okrężnicy pochodzenia pęcherzykowego zbliżone jest bardzo do porażenia w przebiegu zapalenia otrzewnej (ileus paralyticus), ale stan ogólny nie ulega tutaj zakłóceniu w stopniu większym.

Bóle pochodzenia okrężnicowego w przebiegu zapalenia pęcherza mogą wysunąć się na plan pierwszy, przed bólami pęcherzykowemi, a ze względu na ich umiejscowienie w okolicy kątnicy i wyrostka, zgięcia wątrobowego, zgięcia śledzionowego—mogą prowadzić do odpowiednich pomyłek rozpoznawczych.

Zaparcia stolca występują w stanach tych bardzo często; rzadziej mają miejsca biegunki — jako biegunki t. zw. ranne, biegunki zaraz (w 15—20 minut) po spożyciu pokarmów (obiad), lub biegunki przemijające, napadowe, towarzyszące napadom kolki żółciowej.

Wszystkie te objawy ze strony okrężnicy ulegają zaostrzeniom i złagodzeniu równolegle do wahań cierpienia zasadniczego. Po wycięciu pęcherza żółciowego zwykle przechodzą bez śladu.

Bezpośrednią przyczyną owych zaburzeń okrężnicowych bywa: odruch z pęcherza żółciowego (zależny od stopnia pobudliwości układu nerwowego roślinnego), zaburzenia w wydzielaniu żółci (hypercholia), odruchowe zaburzenia w chemiźmie żołądka i trzustki z następowemi odpowiedniemi zaburzeniami w trawieniu (zwłaszcza tłuszczów), wreszcie— zrosty otrzewnowe i zakażenie okrężnicy bezpośrednio z pęcherza żółciowego. Leczenie tych zaburzeń ze strony okrężnicy polega na leczeniu cierpienia zasadniczego to jest zapalenia pęcherza żółciowego. Objawowo, przy zaparciach stosuje się belladonnę, przy biegunkach — kodeinę.

Zmodyfikowana technika wykonania operacji Wertheima i ogólne wyniki po niej. (Technique de l'hysterectomie élargie dans le cancer du col uterin). Villard.

Lyon Chirurg. XXVII—Nr. 2, marzec—kwiecień 1930.

Duża śmiertelność po operacji wycięcia macicy według Wertheima, zależna przeważnie od zakażenia pooperacyjnego, odstraszała wielu chirurgów od stosowania tego zabiegu na korzyść leczenia energją promienistą. Punktem wyjścia zakażenia bywa śluzówka pochwy, skąd drobnoustroje przenikają do otwartego szeroko przymacicza i jamy otrzewnowej.

Autor wykonał tę operację w 70 przypadkach raka szyi macicznej; śmiertelność wyniosła tylko 7 proc., przyczem ani w jednym przypadku przyczyną śmierci nie było zakażenie. W związku z tą względnie niewielką śmiertelnością pooperacyjną, autor jest zwolennikiem wykonania z reguły wycięcia całkowitego macicy, ograniczając stosowanie naświetlań leczniczych wyłącznie do przypadków nieoperacyjnych.

Wykonanie zabiegu z modyfikacjami autora przedstawia się następująco. Uśpienie ogólne. Do pochwy wprowadza się aspirator Villarda, który znajdzie swoje zastosowanie przy końcu operacji. Chora leży w ułożeniu Trendelenburga. Cięcie powłok w linji środkowej od pępka do spojenia. Osłoniecie dokładne trzew brzusznych serwetami i odsunięcie ich ku górze. Obejrzenie i obmacanie macicy i więzadeł szerokich.

Uchwycenie prawego więzadła szerokiego kleszczykami przy samej ścianie miednicy i jego przecięcie między kleszczykami; zaciśnięcie i przecięcie więzadła obłego. Następnie więzadło szerokie odcina się w dalszym ciągu aż do okolicy brzegu macicy, poczem przecina się poprzecznie otrzewną na granicy pęcherza i trzonu macicy i zsuwa sie ją do przodu, odsłaniając pecherz. Podobnie przecina się otrzewną poza macicą i odciąga jej tylny brzeg do tyłu dla uwidocznienia więzadeł krzyżowo-macicznych, moczowodu prawego i tętnicy macicznej prawej. Moczowód wyosabnia się od góry ku dołowi aż do miejsca skrzyżowania z naczyniami macicznemi i dalej do pęcherza; te ostatnie podwiązuje sie jak najdalej od macicy, poczem—idąc od ściany miednicy kuwewnątrz — wypreparowuje sie i odsuwa ku macicy wszystkie znajdujące sie tutaj gruczoły chłonne z luźną tkanką łączną.

W ten sam sposób przecina sie więzadło szerokie i obłe, podwiązuje naczynia, odsłania moczowód i wypreparowuje gruczoły chłonne — po stronie lewej.

Wówczas oddziela sie od pęcherza ścianę przednią pochwy jak najniżej i odcina jak najdalej od macicy tylną blaszkę więzadła szerokiego i więzadła szerokiego i więzadła krzyżowo-maciczne, co umożliwi odrazu wydatne podciągnięcie macicy ku górze i oddzielenie ściany pochwy ze wszystkich stron do miejsca poniżej najniższego punktu części pochwowej. Po dokładnem zatamowaniu krwawienia puszcza się w ruch aspirator, umieszczony w pochwie, który spowoduje spadnięcie się jej ścian. Wtenczas między zaciskadłami przecina się pochwę, odrzuca jej odcinek górny wraz z macicą, przypala żegadłem jej odcinek obwodowy, zdejmuje zaciskadło dolne, brzegi pochwy chwyta się w kleszczyki Museux i do jej światła wprowadza się gruby sączek gazowy, którego koniec górny rozpościera się w małej miednicy. Jednoczośnie usuwa się z pochwy aspirator jako już niepotrzebny. Zaraz po tem układa się na sączku esicę i przyszywa jej brzeg do ściany miednicy małej i otrzewnej pęcherzowej, oddzielając w ten sposób szczelnie górną jamę otrzewnową od pola operacyjnego.

Ścianę brzucha zaszywa sie doszczętnie szwem 3-piętrowym. Zabieg powyżej opisany cechują: zredukowanie do minimum niebezpieczeństwa zakażenia z pochwy, niepodwiązywanie tętnic podbrzusznych i niezakładanie worka Mikulicza.

Postaci ambulatoryjne ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego (La forme ambulatoire de l'appendicite aigue). Oudard.

La Presse Méd Nr. 43, czerwiec 1930.

Przypadki krótkotrwałych, parogodzinnych napadów zapalenia wyrostka robaczkowego o tak nikłych objawach klinicznych, że chorzy często nawet nie przerywają swych zwykłych zajęć, są naogół częste i znane ogólnie. Rzadszemi są bez porównania, jakkolwiek nierównię ważniejszemi, te postaci ostrego zapalenia wyrostka, które pomimo skrytego przebiegu klinicznego, doprowadzają w krótkim czasie do ciężkich powikłań tak, że chorzy tacy zgłaszają się do lekarza (ambulatoryjnie) często już z ropniem przywyrostkowym lub rozlanem zapaleniem otrzewnej. Autor spostrzegał i operował 7 tego rodzaju przypadków; w czterech — przy operacji stwierdzono obecność guza zapalnego, złożonego z wyrostka, sieci, kątnicy i dolnego odcinka krętnicy, lub ropnia przywyrostkowego, w trzech zaś pozostałych — rozlane zapalenie otrzewnej z dużą ilością cuchnącej ropy.

Przypadki te należą do grupy zapalenia wyrostka o objawach poronnych, które ograniczają się tutaj do lekkich bólów i umiarkowanej bolesności uciskowej w okolicy prawego talerza biodrowego i niewielkich mdłości; przyczem może nie być tu ani napięcia mięśniowego powłok brzusznych, ani większej gorączki, ani jakichkolwiek innych objawów zapalenia otrzewnej. U chorych tych znajdywano czasami obrzmienie zapalne gruczołów chłonnych w pachwinie, a w wywiadach — wzmiankę o biegunkach, które towarzyszyły początkowym objawom choroby. Objawy te jeszcze bardziej zaciemniały właściwe rozpoznanie w tego rodzaju przypadkach.

To niereagowanie chorych tych objawami klinicznemi na daleko posunięte zmiany anatomiczne w wyrostku możnaby tłumaczyć ich niewrażliwością na jad prątków okrężnicy i ewentualnie drobnoustrojów gnilnych, tak jak są osobniki niewrażliwe np. na alkohol. Przypadki wyżej omówione są analogiczne do tych przypadków duru brzusznego, w których pierwszym objawem klinicznym bywa przedziurawienie jelita lub krwotok kiszkowy.

Nowoczesne leczenie zakażeń ogólnych (Letraitement moderne des septicémies). Mignot.

La Presse Méd. Nr. 38, maj 1930.

Arsenał środków, jakiemi rozporządza lekarz w walce z zakażeniem ogólnem ustroju, jest pozornie bardzo bogaty. W rzeczywistości jednak są to środki naogół niepewne w swem działaniu, o mechaniźmie leczniczym często zupełnie nieznanym. Ich stosowanie lecznicze jest często oparte wyłącznie na doświadczeniu klinicznem, bez odpowiedniego uzasadnieuia teoretycznego.

Autor robi przegląd całego szeregu ogólnie stosowanych tego rodzaju środków farmakologicznych, określając dla każdego z nich wskazania i wyniki lecznicze.

Zaznaczywszy na wstępie konieczność opanowania pierwotnego ogniska zakażenia (dobre wyniki po stosowaniu miejscowem przesączów Besredki), przechodzi zaraz do leczenia ogólnego.

1. Środki, wzmagające produkcję ciałek białych krwi: ropień sztucznie wywołany przez wstrzyknięcie podskórne (boczna powierzchnia uda) 1 — 2 cm³ terpentyny (Ol. Terebinthinae) lub ropy jałowej z wywołanego w ten sam sposób ropnia sztucznego u konia; wstrzykiwania podskórne nukleinianu litu czyli t. zw. fizjosteniny (physiosthenine) w ilości 20 cm³ na dawkę; wreszcie — wstrzykiwania dożylne mieszaniny wyciągu z igieł jodłowych, kamfory, balsamu peruwiańskiego, tymolu i innych środków (według *Jentzera*). Najwięcej zwolenników ma metoda wywoływania sztucznych ropni jałowych, która ma poza tem pewne znaczenie prognostyczne— przypadki, w których udało się wytworzyć dobrze sformowany ropień, dają rokowanie bezwzględnie dobre, tam zaś, gdzie ropień nie powstał, rokowanie jest złe.

2. W celu wywołania leczniczego wstrząsu koloidoklastycznego wprowadza sie dożylnie względnie domięśniowo: metale koloidalne (srebro, złoto, rodan), obce białko (surowicę zwierzęcą, krew ludzką z cytrynianem sodu, mleko krowie, roztwór kazeiny lub peptonu), wreszcie — roztwory niektórych krystaloidów. Jest to środek heroiczny i winien być stosowany wyłącznie w przypadkach ciężkich, w których wszelkie próby ratowania chorego będą wskazane. Przeciwskazany jest w przypadkach zapalenia wsierdzia.

W ten sam sposób, tylko łagodniej, działa autohemoterapja — wstrzyknięcie domięśniowo 10 cm³ własnej krwi chorego w tej chwili po jej pobraniu.

3. Leczenie bakterjologiczne polega w pierwszym rzędzie na wprowadzaniu dożylnem, domięśniowem, podskórnem, dordzeniowem i miejscowo surowicy swoistej w dostatecznie dużej dawce; najmniej pewnie działa surowica przeciwpaciorkowcowa i przeciw dwoinkom zapalenia płuc. Leczenie szczepionkami (stock - vaccin, przesącze Besredki) w przypadkach zakażenia ogólnego daje mniej pewne wyniki.

Podobne działanie ma przetaczanie krwi wogóle, ewentualnie—krwi osobnika, uodpornionego przeciw danym drobnoustrojom.

4. Wreszcie pozostał jeszcze obszerny dział środków chemicznych, mających działać bakterjobójczo, stosowanych przez różnych lekarzy z różnem powodzeniem. Są to: salicylan sodu (dożylnie), septisemina (połączenie forminy z jodem — stosowana z powodzeniem w zakażeniach połogowych), 4% roztwór siarczanu amoniakalnego miedzi, kakodylan sodu, nowarsenobenzol (zakażenia połogowe) błękit metylenowy, merkurochrom 220 (zakażenia gronkowcowe i prątkiem okrężnicy) trypaflawina czyli gonakryna (endocarditis lenta, dur brzuszny, rzeżączka), optochinon (przeciwko dwoinkom zapalenia płuc), jatren i inne.

Leczenie zachowawcze gruźlicy chirurgicznej sposobem Finikoffa. (Le traitement des tuberculoses chirurgicales par la méthode de Finikoff). Zalewski (Lwów).

La Presse Méd. Nr. 46, czerwiec 1930

Myślą przewodnią tego sposobu leczenia jest wzmocnienie ustroju w jego walce z zakażeniem gruźliczem, przez zwiększenie własności lipolitycznych krwi, i proteolitycznych— białych ciałek wielojądrzastych. Osiąga sie to na drodze wstrzykiwań domięśniowych mieszaniny oliwy i nalewki jodowej, przygotowanej na poczekaniu. Finikoff leczył tym sposobem 100 przypadków gruźlicy chirurgicznej i tylko w 6% nie uzyskał wyraźnej poprawy.

Autor pracy niniejszej zastosował metodę *Finikoffa* w 16 przypadkach gruźlicy kostno-stawowej, gruczołów chłonnych i najądrzy u osobników młodych. U wszystkich bez wyjątku wyniki ostateczne były bardzo dobre, jakkolwiek z początku czasami nasilało się ropienie z przetok i odnawiały się niektóre ogniska nieczynne. Całkowity okres leczenia wynosił 5 — 10 miesięcy. Autor wstrzykiwał domięśniowo w przerwach tygodniowych 5 — 20 cm³ mieszaniny oliwy z jodyną, przygotowanej na poczekaniu, stosując dawkę do stanu ogólnego chorych i rozległości zmian chorobowych. Wstrzykiwania te uzupełniał podawaniem doustnem 6—8 g. chlorku wapnia dziennie. Objawów ubocznych, miejscowych ani ogólnych, nie miewał nigdy.

Leczenie to cechuje się prostotą wykonania, względną krótkotrwałością i doskonałemi wynikami ostatecznemi; poza tem pozbawione jest ryzyka

łożenia kleszczy, najczęściej niskich z powodu przedłużania się porodu lub ze względu na grożące obumarcie płodu.

Grupa II. Zawiera 67 kobiet (34%) u których główka ustaliła się dopiero w ciągu ostatnich 8 dni przed porodem, kleszcze zastosowano w 8 przypadkach co stanowi 12%.

Grupa III. Składała się z 15 rodzących, u których ustalenie się główki miało miejsce pomiędzy 15 — 7 dniem przad porodem. Operację kleszczową zastosowano zaledwie raz, co stanowi około 6%.

Wreszcie grupa IV. zawierająca osoby z główkami ustalonemi już na 15 dni przed porodem, czyli w pierwszej połowie X mies. księżycowego składała się zaledwie z 10 kobiet, co stanowi 5%.

Jak widać z powyższego typ ustalania się główki, uznawany do niedawna za klasyczny, jest raczej wyjątkowy, natomiast więcej jak w połowie z obserwowanych przez autorów przypadków do ustalenia się główki dochodziło dopiero w czasie porodu.

Stąd wniosek, że nie można objawowi temu nadawać znaczenie signi mali ominis jedynie liczyć się trzeba z większym prawdopodobieństwem wyczerpania macicy i co za tem idzie — z ewentualną koniecznością zastosowania kleszczy.

Cięcie cesarskie w dolnym odcinku w leczeniu krwawień z powodu łożyska przodującego. Studjum kliniczne oparte na 48 obserwowanych przypadkach. (La place de la cesarienne basse dans la therapeutique des hemorragies du placenta praevia. Etude clinique d'après 48 observations en serie continue). *Rev. Franc. de Gynec. et d'Obstétr. I, 25, nr. 2, 1930 r.*

Pomysł zastosowania cięcia cesarskiego w leczeniu krwawień, wynikających z przodowania łożyska, powoli znajdował swe zastosowanie we Francji głównie, z powodu rozpowszechnienia się cięcia cesarskiego w trzonie, a nie w dolnym odcinku. Dopiero od czasu kiedy ta ostatnia metoda operacyjna zyskała sobie powszechne prawo obywatelstwa — dopiero wtedy stosować poczęto na szerszą skalę cięcie cesarskie w leczeniu krwawień z łożyska przodującego.

Materjał autora składa się z 48 przypadków, dzielących się na dwie nierówne grupy. W pierwszej znajdowało się 36 kobiet (23 przed r. 1927, 13 po 1927 r.) leczonych metodami położniczemi przez drogi naturalne (per vias naturales). Rok 1927 był datą przełomową, gdyż do tego czasu stosowano w klinice w Bordeaux wyłącznie metody klasyczne, zaś od r. 1927 postępowano wybiórczo, przeznaczając do powyższej metody przypadki lżejsze, cięższe zaś rozwiązywano cięciem cesarskiem w dolnym odcinku.

Tych ostatnich było 12 i one to stanowią grupę drugą. Porównanie wyników obydwu grup przemawia bezwzględnie na korzyść grupy drugiej.

A więc w I gr. śmiertelność matek wyniosła 16,66% (6 przyp.), a śmiertelność płodów en bloc 69% (25 przyp.) po odjęciu zaś płodów niezdolnych do życia, lub zmarłych z przyczyn z porodem niezwiązanych, pozostaje 18 martwych dzieci, co stanowi dokładnie 50% śmiertelności związanej z samą metodą leczniczą. Wysoką śmiertelność tak matek, jak płodów przypisać należy ciężkości przypadków, gdyż ze statystyki a priori usunięto przypadki niskiego usadowienia łożyska, pozostawiając tylko bezwzględnie przypadki łożyska przodującego. Ciekawą jest rzeczą, że zmarłe kobiety wszystkie były wieloródkami, wbrew twierdzeniu klasycznemu, jakoby łożysko przodujące miało być komplikacją szczególnie groźną dla pierwiastek.

Autor tłomaczy sobie wspomniane wyżej spostrzeżenie tak ogólną mniejszą wytrzymałością wieloródek na anemję ostrą czy podostrą w porównaniu do pierwiastek, jak budową mięśniową szyji i dolnego odcinka. Mianowicie u wieloródki, jak to wykazał *Fieux*, elementy mięśniowe w dolnym odcinku i szyji są mniej elastyczne, mniej liczne, mniej kurczliwe. Stąd z jednej strony kusząca podatność ujścia, która zachęca położnika do zabiegu, do śmiałego szybkiego otwarcia ujścia macicy, z drugiej zaś strony skłonność do rozłażenia się tkanki nadrywania się w wielu miejscach, potem krwawiących, zamiast jednego pęknięcia szyji pierwiastki, elastycznej, muskularnej, która kurczy się znakomicie i przestaje krwawić jak tylko odtworzymy operacyjnie jej dawną ciągłość.

Oczywista czynnik zakaźny odgrywa w śmiertelności kobiet z placenta praevia dużą rolę, a związany on jest niewątpliwie z licznemi badaniami wewnętrznemi i manipulacjami, jakie wykonać trzeba przy rozwiązywaniu rodzącej, czy ciężarnej per vias naturales.

Wyniki drugiej grupy przedstawiają się wyśmienicie, skoro na 12 kobiet nie zmarła ani jedna. Prawda, że z 12 dzieci wydobyto 9 żywych, troje martwych, ale zmarły one przed porodem Położ przebiegał po cięciu cesarskiem znacznie lepiej niż po rozwiązaniu klasycznem położniczem, Reasumując, dodać należy, że na 12 kobiet II gr. śmiertelność matek wynosiła 0, wtedy, kiedy na 13 kobiet rozwiązywanych w tym samym czasie (po 1927 r.) per vias naturales — zmarło 2. Postępując według autorów, to znaczy wybierając jedne przypadki do cięcia cesarskiego, inne do metod klasycznych położniczych natrafia się na wielką trudność: brak kryterjum do oceniania ciężkości przypadków. Po przejrzeniu rozmaitych danych w tej sprawie autorowie zwracają przedewszystkiem uwagę na czynność układu krążenia, jego zdolność adoptacyjną do zmienionych warunków ostrej niedokrwistości. Badania oscylometryczne (Pachon) oddają w tym kierunku niezaprzeczone usługi. Dalej należy zdaniem autorów przebić pęcherz płodowy w tych przypadkach, gdzie się to uda, aby w ten sposób ocenić; czy przypadek nie ma tendencji do rozwiązania się samoistnego, oczywista po ustaniu krwawienia, na skutek uciśnięcia łożyska przez część przodującą płodu. Wynik ujemny powyższej próby zmusza nas do wykonania cięcia cesarskiego, gdyż poród per vias naturales zapowiada się bardzo ciężko. Oczywista odnosi się to do przypadków, w których płód jest zdolny do życia; poniżej 7½ mies. ciąży należy iść raczej przez drogi naturalne, gdyż i na płodzie nam nie zależy, i wielkość jego rokuje lepsze nadzieje przeprowadzenia szczęśliwego porodu bez uszkodzenia miękkich części matki.

Accouchement forcé ze znieczuleniem lędźwiowem (*Delmas*) stosować nie należy z powodu kruchości dolnego odcinka: natomiast można użyć tego znieczulenia przy cięciu cesarskiem z wyłączeniem jednak osób bardzo wykrwawionych, u których podniesienie ciśnienia mogłoby się fatalnie odbić na krwawieniu i co zatem idzie — stanie ogólnym chorej.

Reasumując autor dochodzi do wniosku, że przy ciąży donoszonej ze zdolnym do życia płodem, albo poród winien odbyć się samoistnie, albo należy zrobić cięcie cesarskie. Przebicie pęcherza płodowego służy jako zabieg próbny, określający konieczność operacji.

Zachowanie się w przypadkach przedwczesnego odklejenia się łożyska. (Conduite a tenir en presence d'une hemorragie retroplacentaire). Balard P. Mahon R. *Rev. Franç. Gyn. Obstetr, T. 25 N. 2 1930.*

Analizując 32 przypadki przedwczesnego odklejenia łożyska, normalnie usadowionego, obserwowane w klinice położniczej w Bordeaux od r. 1900 i polemizując głównie z pracą *Couvelaire'a* i *Portes'a* autorowie dochodzą do następujących wniosków:

Przedewszystkiem nie należy wydzielać z grupy przedwczesnego odklejenia łożyska t. zw. apoplexia placentae. Ta ostatnia polegać ma na przenikaniu krwi z krwiaka poza-łożyskowego do mięśnia macicy, niekiedy aż do surowicówki. Stan ten anatomicznie stwierdzić można jedynie w przypadkach operowanych lub zakończonych zejściem śmiertelnym, główną cechą kliniczną ma być brak kurczliwości macicy po porodzie.

Autorowie nie zgadzają się z istnieniem różnic wyżej wymienionych, a w każdym razie nie mają one praktycznego znaczenia.

W leczeniu omawianego stanu chorobowego stopniować należy powagę i radykalność zabiegu w zależności od ciężkości przypadku, a także biorąc pod uwagę czy płód jeszcze żyje.

W przypadkach niezbyt ciężkich, przy dobrym stanie ogólnym rodzącej, wyprobować należy zdolność macicy do kurczenia się zapomocą przebicia pęcherza płodowego. W pewnej liczbie przypadków zabieg ten ma wpływ wprost znakomity, napięcie macicy znika, następują regularne i energiczne skurcze i wkrótce następuje samoistny i dość gwałtowtowny poród. W przypadkach tych praktycznie nie ma powodu obawiać się o niedowład macicy po porodzie, gdyż dobre bóle porodowe łączą się zazwyczaj z prawidłowem obkurczeniem się macicy po porodzie. O ile jednak przebicie pęcherza płodowego zawodzi, należy poniechać wszelkich prób rozwiązania rodzącej per vias naturales, gdyż jest to bardzo niebezpieczne, należy natomiast natychmiast przystąpić do rozwiązania cięciem cesarskim z pozostawieniem macicy tylko wtedy, jeżeli już przy otwartym brzuchu kurczy się ona prawidłowo.

W ciężkich przypadkach należy odrazu przystąpić do wycięcia macicy per laparatomiam. Podobnie postąpić należy, jeżeli macica nie kurczy się po porodzie i walczyć musimy z ciężkim krwotokiem. Bezwzględnym wskazaniem do cięcia cesarskiego jest stwierdzenie, że płód żyje jeszcze, pomimo częściowego, prawdopodobnie przedwczesnego, odklejenia się łożyska. Jak widać z powyższego w zasadzie wszystkie przypadki omawianego powikłania winny być załatwiane w klinikach, lub zakładach leczniczych.

Krwawienie z ciałka żółtego. (Les hemorragies du corps jaune). Guyot J., Villar J. *Rev. Franc. de Gynec. et d'Obstétr. T. 25, Nr. 2.*

Z powodu dwu obserwowanych przez się przypadków podają autorzy dokładny przegląd obecnego stanu poglądów na krwawienie z jajnika, ściśle mówiąc z ciałka żółtego.

Omawiając te tylko postacie, w których przychodzi do znacznego wylewu krwi do otrzewnej, autorowie zwracają główną uwagę na rozpoznanie różniczkowe w stosunku do ciąży pozamacicznej. O krwawieniach z ciałka żółtego pamiętać należy, skoro mamy do czynienia z choremi dziewicami, z bardzo młodemi dziewczętami.

Objawem zwracającym naszą uwagę w kierunku krwawień z ciałka żółtego jest stwierdzenie już przebytych w przeszłości paru napadów podobnych do obecnego. Odróżnia to w sposób zdecydowany sprawę tą od ciąży pozamacicznej. Nie brak dalej krwawień miesięcznych. Miesiączka nie wypada, jak w ciąży pozamacicznej, zazwyczaj jest ona tylko nieregularna.

Krwawienie występujące w graviditas extrauterina zazwyczaj w okresie miesiączkowym, tu przychodzi albo na 10—12, albo na 20—22 dzień po miesiączce. Zmiany przedmiotowe, stwierdzone badaniem przedmiotowym, zazwyczaj nie odpowiadają terminowi przypuszczalnej ciąży pozamacicznej, są one mniejsze niż by przupuszczać należało.

Natomiast sam trzon macicy powiększa się w przypadkach krwawień z ciałka żółtego o tyle, że budzi niekiedy poderzenie, co do ciąży wewnątrz macicznej.

Leczenie polega na operacyjnem usunięciu krwawiącego jajnika, albo jego części i na odpowiedniem zaopatrzeniu.

Oczywista, odnosi się to tylko do przypadków, w których krwawienie do jamy otrzewnej jest znaczne.

Baczną uwagę zwracać należy na drugi jajnik, gdyż dość często zmiany omawiane mogą być dwustronne.

Wczesne lub różniczkowe rozpoznanie ciąży za pomocą test'u na myszkach (Le diagnostic précoce ou différentiel de la grossesse par le test-souris). Kreis J. *Rev. Franc. Gynec. Obstétr. T. 25. Z. 3.*

Próba rozpoznawcza ciąży na myszkach według *Zondeka i Aschheima* daje dobre wyniki i jest dość łatwa w przeprowadzeniu, wymagając jedynie licznej hodowli myszek, pozwalającej na uzyskanie w potrzebnej chwili dostatecznej ilości niedojrzałych myszek-samic.

Autor zastosował omawianą próbę w następujących przypadkach:

z wynikiem dodatnim:

1) torbiel jajnika i stwierdzona ciąża,
2) ciąża 6-io tygodniowa, początkowo wątpliwa, stwierdzona następnym rozwojem prawidłowym.
3) ciąża w rogu, imitująca mięśniak, stwierdzona przez dalszą obserwację,
4) liczne mięśniaki macicy i 5-io miesięczna ciąża.
5) ciąża trąbkowa dwumiesięczna, stwierdzona za pomocą laparatomji,
6) przypadek, jak poprzedni,
7) ciąża 6—7 tygodniowa i gruźlica płuc, dalszej obserwacji brak;
8) ciąża 2 — 3 miesięczna; dalsza obserwacja potwierdziła w zupełności rozpoznanie;
9) ciąża 6 — 8 tygodniowa, dalszej obserwacji narazie brak.

Z wynikiem ujemnym:

1) Macica powiększona, guzy przydatków obu-

stronne, brak krwawień miesięcznych. Obserwacja 3-ymiesięczna wykazała zmniejszenie się guzów, a laparatomja zaprzeczyła podejrzeniu ciąży.

2) Macica powiększona, dwumiesięczna przerwa w miesiączkowaniu, które jednak powróciło, a macica przy dalszej obserwacji nie wzrosła więcej.

3) Siedmiomiesięczna ciąża z obumarciem płodu, potwierdzonem podczas rozwiązywania ciężarnej.

Jak widać z powyższego, próba *Zondek-Aschheima* dała autorowi wyniki zgodne z obserwacją kliniczną, co potwierdza znaną ogólnie wartość rozpoznawczą metody. Oczywista, zastosowanie praktyczne będzie zawsze ograniczone trudnościami natury technicznej, tem nie mniej znaczenie ogólno biologicznie jest już teraz niezaprzeczalne, niestety, jak dotychczas, trudne do ścisłego wyjaśnienia teoretycznego.

Rozpoznanie pękniętej ciąży pozamacicznej i sposób postępowania w tych przypadkach. (Diagnostic de la rupture de la grossesse extra-utérine et conduite a tenir). Begouin. *Rev. Franc. Gynec. et Obstétr. T. 25. Z. 2.*

Nie wnosząc do piśmiennictwa nic nowego autor omawia w żywej i zajmującej pracy objawy i leczenie pękniętej ciąży pozamacicznej.

Z objawów zwraca uwagę na bladość z odcieniem lekko żółtaczkowym, na anamnezę, z której dowiadujemy się o zatrzymaniu się miesiączki z następowem krwawieniem nieregularnem, o nagłym bólu w dole brzucha z jednoczesnem zemdleniem. Rozpoznanie różniczkowe często waha się pomiędzy ciążą pozamaciczną, a podostrym zapaleniem przydatków; pomocnem bywa w trudnych przypadkach rozpoznawcze nakłucie zatoki Douglasa przez tylne sklepienie pochwy. Z metod laboratoryjnych przedewszystkiem pamiętać należy o badaniu morfologicznem krwi, które jednak niekiedy tylko daje wynik typowy, a tym będzie wybitna leukocytoza przy małej ilości czerwonych krwinek i przy braku wysokiej ciepłoty ciała.

Leczenie polegać winno na natychmiastowej operacji i to tak w przypadkach ostrej niedokrwistości, jak również tam, gdzie pierwszy wylew krwi do jamy brzusznej nie był bardzo znaczny; pamiętać należy, że zwłaszcza w terminach miesiączkowych przyjść może do nowego krwawienia, tym azem śmiertelnego.

Groźne objawy w przypadkach pęknięcia ciąży pozamacicznej nie są współmierne z krwotokiem. (Le cataclysme dans la rupture de la grossesse extra uterine n'est pas function de l'hemorragie). Joanneney G., Rosset—Bressand. *Rev. Franc. Gynec. et Obstetr. T. 25 Nr 2, 1930.*

Przytaczając dla przykładu dwa obserwowane przez się przypadki, autorzy zwracają uwagę, że groźne objawy w przypadkach pękniętej ciąży poza macicznej, jak to: omdlenie, wymioty, tętno nitkowate, duszność, podrażnienie otrzewnej, są skutkiem przedewszystkiem zaburzeń natury nerwowej, nie zaś niedostatecznego wypełnienia naczyń krwionośnych i są one najzupełniej niewspółmierne z ilością krwi, bezwzględną, czy względną (w stosunku do całej ilości krwi danego osobnika) wylaną do jaym otrzewnowej. Wysunąć należy w tłomaczeniu tych objawów na plan pierwszy shok otrzewnowy, pochodzenia odruchowego, i o charakterze nerwowym, a nie krążeniowym, Nic więc dziwnego, że zdarzają się niewielkie, krwotoki brzuszne dające groźne objawy, ale i odwrotnie — znaczne wylewy krwawe, przebiegające przy b. dyskretnych objawach klinicznych. Pamiętać o tem należy zawsze wtedy, kiedy wskazania do operacji wydają się na zasadzie stanu ogólnego wątpliwe, a rozpoznanie ciąży pozamacicznej zdaje się być dobrze ugruntowane.

Fotografje macicy i jajowodów z wprowadzeniem lipiodolu; nie zauważone przebicie jajowodu, wycięcie macicy, sprawdzenie radiograficzne stanu wyciętych narządów po operacji. (Lipiodol intra — utérin, perforation tubaire méconnue; hysterectomie, verification radiographique utero-tubaire post opératoire). Villar J. *Rev. Franc. Gynec. et Obstetr. T. 25 Nr 2, 1930.*

Ostrożnie wykonana (bez manometru) hysterosalpingografia spowodowała, zdaniem autora, pęknięcie jajowodu z otworem grubości światła igły do injekcji, przez który przesączał się lipiodol, dając na kliszy rentgenowskiej obraz jakby jeziorka, wylanego tuż przy rogu macicy. Pacjentka odczuła ostry ból. Pomimo to nierozpoznano istotnego stanu ani przed, ani w czasie operacji wycięcia macicy dokonanego z innych przyczyn (zmiany zapalne przydatków). Dopiero radjografja preparatu wyciętej macicy wraz z trąbkami wykazała omawiane wyżej pęknięcie.

Wnioski wyciąga autor z tej operacji następujące: 1) dobrze jest napełniać macicę pod kontrolą manometru, aby mieć potem pewny liczbowo stwierdzony wymiar siły zużytej przy histerografji. 2) unikać należy omawianego badania w przypadkach choćby nieco zakażonych. 3) zwrocić uwagę przy badaniach teoretycznych na pobudzenie elektryczne odcinków mięśnia macicy nastrzykiwanej.

(Pęknięcie jajowodu nie jest dość pewnie udowodnione. przyp. refer.)

Badanie statystyczne i porównawcze w sprawie wycięcia mięśniaków. (Etude statistique et comparative sur la myomectomie). Keller R., Bohler E. *Rev. Franç Gynec et d'Obstétr T, 25 Z. 3.*

Na zasadzie 60.000 przypadków operowanych tak radykalnie, (wycięcie macicy lub jej nadpochwowe odcięcie), jak zachowawczo, (wyłuszczenie sposobem Martin'a) autorowie dochodzą do następujących wniosków, ujętych w formie możliwie jak najkrótszej:

1) Wyniki bezpośrednie:

śmiertelność po nadpochwowem odcięciu macicy	2%
śmiertelność po całkowitem wycięciu macicy	3—4%
śmiertelność po wyłuszczeniu mięśniaków poniżej	2%
śmiertelność po pochwowem wycięciu macicy	3%
śmiertelność po pochwowem wyłuszczeniu mięśniaków	2—3%

2) Różne następstwa:

A. Po zabiegach radykalnych:

a) usunięcie dolegliwości prawie we wszystkich przypadkach (ponad 90%).

b) całkowita zdolność do pracy w 90 — 98% przypadków,

c) nawroty nie są znane.

B. Operacje zachowawcze;

a) wielka częstość nawrotów. Średnio zdarzają się one w 10% przypadków; najlepsze statystyki wykazują 1 przypadek na 200, gorsze około 30%.

b) Dolegliwości pierwotne pozostają nadal w przeszło 30% przypadków. Występują ponadto niekiedy nowe dolegliwości.

c) Krwawienia utrzymują się nadal w bardzo rozmaitym odsetku przypadków, wskazać tu można na dwie krańcowo różne w wynikach statystyki, a mianowicie, *Bonney'a* który krwawień po operacji nie widywał, nigdy, i *Serdjukoff'a*, który je stwierdzał zawsze. Pozostali autorowie wykazują krwawienia po operacyjnem wyłuszczeniu mięśniaków mniej więcej w 30% przypadków.

d) zajście w ciążę po zabiegu zdarza się w 5 — 30% przyp., średnio w 10%. Znaczna ilość operowanych nie cierpiała bynajmniej na bezpłodność przed operacją.

e) Wyłuszczenie mięśniaków macicy w czasie ciąży daje około 2,5% śmiertelności. Ciąża ulega przerwaniu zaledwie w 20%. 50% operowanych donosiło ciążę i urodziło jak wykazano w statystykach. Pęknięcie macicy w czasie porodu po wyłuszczeniu mięśniaków jest b. rzadkie.

T. Zawodziński.

CHOROBY UCHA, GARDŁA I NOSA.

O śmierci nagłej osesków po bronchoskopji (De la mort rapide des nourissons après bronchoscopie). Moreau. *Revue de laryngologie, d'otol., t. 50, nr. 19. 1929.*

Autor i inni opisali już szereg przypadków nagłej śmierci osesków wśród objawów ostrej hyperpyrezy do 42° po zabiegach — nawet najbanalniejszych np. po nakłuciu ropnia w miejscowem znieczuleniu. Wszelakie próby wyjaśnienia tych wypadków są dotąd niezadowalające. Do tej serji dołącza autor wypadek śmierci w 12 godzin po bronchoskopji górnej i dolnej (tj. z rozcięciem tchawicy i usunięciem ziarna kawy zaaspirowanego do początku lewego oskrzela. Sekcja wykazała w tym przypadku w obu nadnerczach w częściach rdzeniowych zwłaszcza w lewej nekrozę niemal całej tkanki komórkowej. Mogłoby wtedy rozchodzić się zdaniem autora o upośledzenie w wytwórczości adrenaliny, tem bardziej, że pod każdym innym względem wynik sekcji był ujemny. Jakkolwiek fakt ten nie tłomaczyłby jeszcze mechanizmu zejścia śmiertelnego, zasługujej jednak na uwagę. Inne przypuszczenia jak ostra acetonemia, podłoże gruźlicze i t. d. nie wytrzymują krytyki. Naogół etiologia tej grupy zgonów pozostaje nadal ciemną. Przy tej sposobności wskazuje autor na sposoby fizykalne umiejscowienia strony ciała wzgl. drzewa oskrzelowego, po której znajduje się ciało obce i na zawodność, a nawet niekiedy paradoksalność wyników prześwietlenia rentgenologicznego.

Surowicze zapalenie opon pochodzenia usznego występujące pod obrazem ropnia móżdżkowego. (De la meningite séreuse otogène simulant l'abscès cérébelleux). Ferreri. *Jw. nr. 21, 1929.*

Autor wykazuje na przypadku leczonym i operowanym w 1927 roku, jak przy pomocy subtelnej analizy objawów wchodzącej w zakres metodologji otiatrycznej można było zachwiać rozpoznanie czysto neurologiczne ropnia móżdżkowego, a uprawdopodobnić rozpoznanie surowiczego zapalenia opon. Zabiegi potwierdziły rozpoznanie otoneurologiczne, a pacjent definitywnie, — ze względu na dobrotliwość tej formy schorzenia opon, z zachowaniem nieznacznych objawów, jak zawroty wyzdrowiał po przebyciu 1) antrotomji, potem 2) operacji doszczętnej ucha, a wreszcie — właśnie w okresie podejrzenia na ropień móżdżkowy — 3) dekompresji ze zwykłem nacięciem opon twardych móżdżku połączonej. Po tym zabiegu, po odpływie znacznych mas płynu surowiczego i czasowym setonażu podoponowym, stopniowo wszystkie objawy się cofnęły. Opis szczegółów metodologji badania różniczkowego przekracza ramy referatu.

Wyłuszczenie migdałków w niektórych cierpieniach ostrych migdałkowych. (L'extirpation totale des amygdales dans quelques — uns de leurs processus aigus). G. Basavilbaso *jw. nr. 22, 1929.*

Jako dyrektor kliniki w Buenos-Ayres spostrzegał autor szereg ostrych spraw migdałkowych, które szczegółowo opisuje i w których czuł się uprawnionym do wyłuszczenia migdałków w okresie ostrego azpalenia. Autor rozróżnia dwa rodzaje wskazań. Pierwszem jest ostre zapalenie migdałków ekscesywnie powiększonych, tak iż, stykając się w linji środkowej powodują groźny stan duszności. W tym wypadku, w dylemacie między tracheotomją, a wyłuszczeniem, autor wybierał to ostatnie, ze skutkiem znakomitym i natychmiastowym. W niektórych wypadkach z bardzo znacznym przerostem adenoidów (u dzieci) usuwał równocześnie trzeci migdałek. Drugą grupę stanowią ostre zapalenia migdałków wypełnionych licznymi małymi ropniami. Autor podkreśla, że do wskazania jest warunkiem, że peritonsilia są wolne od zmian, ograniczających się wyłącznie do miąższu samych migdałków. Zdaniem ref. tylko pierwsza grupa wskazań nie podlega żadnej dyskusji. Druga, obejmująca w kazuistyce autora zaledwie jeden przypadek, musiałaby być jeszcze rozważoną i potwierdzoną. Ciekawszem, aniżeli samo wskazanie, zachodzące w naszym materjale bardzo rzadko, jest doświadczenie kliniczne iż wyłuszczenia takie w wypadkach autora (było ich 4) nie powodowały ani krwawienia nadmiernego (raczej mniejsze niż na zimno), ani żadnych powikłań zakaźnych i gładko się goiły. Autor przeprowadzał zabiegi w znieczuleniu miejscowem nowokainą, wychodząc z założenia, że tkanka okołomigdałkowa, w którą wstrzykiwał jest wolną od zakażenia. Szczegółowej techniki nie podaje. Z przeciwwskazań wylicza autor zmiany peritonsilarne, dyfterję, szkarlatynę, różę gardła i wreszcie infekcje streptokokowe. Podczas gdy wyliczone przeciwwskazania bez ostatniego są zupełnie jasne, to po uwzględnieniu ostatniego nasuwają się dwa pytania. Pierwsze, czy przeciwwskazanie to nie zacieśnia wskazań niemal do zera?. A drugie, czy w tak nagłych

wskazaniach, gdzie myślimy o tracheotomji, będziemy często mieli sposobność i czas do przeprowadzenia ścisłego bakterjologicznego badania?

Dr. *A. Schwarzbart* (Kraków).

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Rozpuszczalne w lipoidach preparaty bizmutu w leczeniu kiły (Les bismuths liposolubles dans le traitement de la syphilis) Clement Simon et J. Bralez. *Annales de Derm. et de Syphil, 1930 Nr. 1.)*

Powszechnie stosowane w leczeniu kiły nierozpuszczalne sole bizmutu przedstawiają pewne strony ujemne. Zawiesiny ich w oliwie wykazują skłonność do odkładania się złogów w mięśniach, powodują często stwardnienia w miejscach wstrzyknięcia i aseptyczne ropnie. Zawiesiny wodne soli bizmutu, o ile są skuteczne w leczeniu, to wywołują łatwo objawy zatrucia, a ich działanie jest krótkotrwałe. W ostatnich czasach zwrócono szczególniejszą uwagę na sole bizmutu, rozpuszczalne w lipoidach i przekonano się, że nie posiadają one powyższych stron ujemnych. We Francji istnieją cztery preparaty tego rodzaju: 1. campho-carbonate de bismuthyle czyli Solmuth (Lecoq et Ferrand) 2. camphocarbonate de bismuth (Picon), 3. preparat fabr. Girard i 4. cynamonowa pochodna bizmutu (*Azan Schwartz*). Wszystkie te preparaty rozpuszczone są w oliwie. Autorzy stosowali Solmuth, roztwór zawierający w 1 cm³ 0,04 bizmutu metal. Bolesność przy wstrzykiwaniu tego środka jest bardzo mała, czasem żadna. powstawania guzów prawie się nie spostrzega, a największą zaletą tych preparatów jest brak tworzenia się ich złogów w mięśniach. Wydalanie ich z moczem rozpoczyna się już w 3 godziny po wstrzyknięciu a trwa 1½ do 2 miesięcy. Ślady bizmutu w nerkach utrzymują się około 40 dni po wstrzyknięciu. Preparaty te ulegają resorbcji w sposób szczególny, jak twierdzi *Levaditi* resorbcja odbywa się w dwuch fazach; w pierwszej sole bizmutu ulegają szybko wchłonięciu jużto przez krążenie krwi, jużto przez fagocytozę. Resorbcja ta jest szybsza od resorbcji oliwy, w której się znajduje zawiesina tak, że można do 24 godzin po wstrzyknięciu obserwowac stałą dyffuzję soli bizmntu w oliwie. Druga faza resorbcji polega na uwolnieniu się bizmutu pod postacią inną, do dzisiaj jeszcze nieznaną i na ponownej jego adsorbcji tym razem o wiele powolniejszej. Te dane oparte na doświadczeniach tłómaczą w zupełności lecznicze działanie tych środków, szybkie, zależne od pierwszej fazy i długotrwałe, a mało toksyczne. zależne od drugiej fazy. Autorzy stosowali Solmuth w około 400 przypad. w różnych okresach i różnych rodzajach schorzeń kiłowych, obserwując wpływ tego leku na odczyny *Wasserm. Hecht'a i Verneo'a*, na znikanie krętków, na cofanie się objawów klinicznych i na stan ogólny chorych i przyszli do przekonania, że wyniki leczenia solami bizm. rozpuszczalnemi w lipoidach są conajmniej tak dobre, jak po stosowaniu soli nierozpuszczalnych, a niekiedy nie ustępują wcale wynikom neosalwarsanu. W końcu autorzy podają 59 wykresów ilustrujących szybki i trwały spadek zmętnienia w odczynie *Verneo'a* podczas stosowania 20 wstrzyknięć „Solmuthu". 2 razy tygodniowo w ilości 1 cm³ (0,04 bizm, metal.).

W sprawie odczynu Herxheimera (Sur la réaction de Herxheimer) Bizzozero *(Annales de Derm. et de Syph. 1930 Nr. 1).*

Autor wymienia liczne teorje tłómaczące powstanie t. zw. odczynu H., z których jedne mają więcej, inne mniej zwolenników i podaje opis własnych doświadczeń, wykonywanych na osobnikach kiłowych i niekiłowych, z których wynika, że odczyn H. po zastosowaniu rtęci (właściwy odczyn H.- polega na działaniu tego leku wprost na krętki. Czy działanie to jest pobudzające, czy niszczące krętki, trudno narazie rozstrzygnąć. Autor przypuszcza, że oba to wpływy mają kolejno miejsce w odczynie H.

Podobny odczyn po zastosowaniu wstrzyknięcia neosalwarsanu polega, sądząc z wyników doświadczeń, na działaniu tego leku wprost na krętki i na jego działaniu jako vasodilatatora. Tem tłómaczy się silniejszy zwykle odczyn H. po wstrzyknięciu neosalvarsanu.

W sprawie t. zw. „fausse teigne amiantacèe d'Alibert" (De la fausse teigne amiantacèe d'Alibett) W. Dubreuilh *Annales de Derm. et de Syph. 1930 Nr. 1)*

Krótka ta praca poświęcona jest rozpoznaniu różniczkowemu powyższego schorzenia i łuszczycy. Obie te sprawy na owłosionej skórze głowy dają podobne obrazy. Jednakże w przypadkach t. zw. „fausse teigne A." wyrywanie włosów zlepionych łuskami powoduje rozsypywanie się łusek; razem z włosem zwykle wyrywa się mniejsza lub większa ich ilość, otulając włos jakby pancerzem. Włos taki, oglądany pod mikroskopem, wykazuje w części przyskórnej obecność pancerza niejednolitego; wytworzonego z łusek, lecz niejako podzielonego na segmenty, Segmenty te mają kształt stożków, zwróconych szerszą podstawą ku wolnemu końcowi włosa, których wspólną oś stanowi włos. Są to odlewy ujścia mieszków włosowych, W łuszczycy najczęściej wyrywanie włosów nie powoduje rozsypywania się łusek, włosy wyrwane są czyste, gdyż nie są one zlepione łuskami, a tylko przebijają warstwy łusek. Wyjątek stanowi tylko rzadka odmiana łuszczycy, t. zw. psoriasis follicularis, która, na owłosionej skórze głowy może dać obraz zupełnie podobny do t. zw, „fausse teigne A."

Leczenie wrzodów goleni acecoliną. (Le traitement des ulcères variqueux par l'acétylcholine). I. Dainow. (*Annales de Derm. et de Syph. 1930 Nr. 3*).

Niezadawalniające wyniki miejscowego leczenia wrzodów goleni skłoniły szereg dermatologów do szukania nowych sposobów leczenia, między innemi podano dwa sposoby zmiany podłoża, na którem rozwijają się wrzody goleni. 1. Leczenie insuliną, które zapoczątkowali *Ambard i Paulrier*, polega na stosowaniu podskórnych wstrzyknięć i równocześnie miejscowo okładów z insuliny lub, co niejednokrotnie z dobrym wynikiem stosował autor, na zasypywaniu owrzodzenia zasypką z laktozy, siarczanu sodu i insuliny. Późniejsze doświadczenia wykazały. że leczenie to nie zależy od polepszenia przemiany materji w organizmie, a w szczególności od lepszego zużywania węglowodanów przez tkanki, jak to niektórzy tłómaczyli, lecz że działanie insuliny jest tylko miejscowe, zależne od

pewnego stężenia jonów wodoru. 2. Częściowa sympathectomia wpływa na rozszerzenie naczyń we wszystkich kończynach, a przedewszystkiem w kończynie operowanej, co sprzyja szybszemu gojeniu się i zabliźnieniu owrzodzenia. W ten sposób otrzymane rozszerzenie naczyń utrzymuje się 2 — 3 tyg. Jest to okres czasu w połowie przypadków zakrótki do zagojenia się owrzodzenia, ponadto po 6 mies. zwykle następuje (96%) nawrót owrzodzenia. Powyższe wyniki skłoniły autora do zastosowania w leczeniu wrzodów goleni środka rozszerzającego naczynia, acecoliny. Acecolina rozszerza duże tętnice, a częściowo i tętniczki kończyn. Stosować ją należy w dawkach nie mniejszych jak 5 centgr. pro die w postaci wstrzyknięć podskórnych. Przeciwwskazań do stosowania tego leku niema. Autor stosował acetylchol. hydrochlor (acecoline Roche) w 5% roztworze, zrazu po 5, potem (w razie małego efektu) po 10 centgr, dziennie Wstrzyknięcia są nie bolesne, dobrze znoszone. Miejscowo stosowano równocześnie zwykłe leczenie, okłady i maści. Autor podaje opis 18 przypadków wrzodów goleni, leczonych acecoliną. z których 17 zdołał wyleczyć. W żadnym przypadku czas leczenia nie przekraczał 6 tygodni. Autor uważa ten sposób leczenia za najlepszy z dotychczasowych.

Kilka uwag w sprawie owrzodzeń miękkich. (Quelques considerations à propos du chancre mou). W. E, Coutts. (*Annales de Derm nt de Syph. 1930 Nr. 4*).

Zestawienie przypadków wrzodów miękkich u mężczyzn i u kobiet z roku 1928 i 29 w Santjago, z którego wynika, że stopniowy i znaczny wzrost ilości schorzeń u mężczyzn nie stoi w żadnym związku z ilością zachorzeń u kobiet, u których przyrost tych przypadków jest bardzo nieznaczny. Ponieważ kobiety cierpiące na wrzody miękkie wyjątkowo tylko zakażają (z powodu bólów przy stos. płciowym), autor więc przypuszcza, że kobiety zdrowe mogą być nosicielkami prątków *Ducrey'a*. Prątki te z powodu kwaśności wydzieliny w pochwie nie rozwijają się, a dopiero po przejściu na organy płciowe męskie odzyskują pierwotną zjadliwość.

Dwa przypadki wyłysienia leczone pobudzającemi dawkami mleka. (Deux cas de pelade traités par les doses excitantes de lait). Miloche Djotritch. (*Annales de Derm. et de Syph. 1930 Nr. 4).*

Opis 2 przypadków wyłysienia plackowatego. Pierwszy u 45-letniego mężczyzny, u którego wyłączono kiłę; leczony bez skutku zewnętrznie stosowanemi miejscowo środkami (maści i płyny drażniące) wykazywał stałe rozszerzanie się dawnych i powstawanie nowych ognisk; drugi u 18-letniej dziewczyny w postaci dwuch dużych ognisk w okolicy potylicy. Autor wstrzykiwał śródskórnie, w środek ogniska wyłysiałego ¼ do ½ (większe dawki w większe ogniska) aolanu jednorazowo i w niedługim czasie później (26 tyg.) obserwował porost włosów na łysinie. Zabieg ten jest cokolwiek bolesny zwłaszcza, jeżeli po jednorazowym przekłuciu skóry wstrzykuje sie w różnych miejscach po kropli płynu. Największe jednak ogniska nie wymagają więcej, jak dwuch ukłuć. Odczyn miejscowy jest nieznaczny; zwykle mały rumień nieco naciekły znika w kilka dni. Zabiegu tego nie należy wykonywać, dopóki istnieje jakiekolwiek podrażnienie skóry skutkiem uprzednio zewnętrznie stosowanych środków.

Sarco - lupus pernio rozpadający się i śmiertelny. (Sarco-lupus pernio mutilant et mortel). L. Chatellier. *Ann. de Derm. et de Syph. 1929 Nr. 11.*

Lupus pernio jest schorzeniem, dającym powierzchowne owrzodzenia, zawsze dobrotliwem, dającym się wyleczyć. Wbrew tej opinji, uznanej przez wszystkich dermatologów, autor podaje opis przypadku wybitnie złośliwego, który doprowadził do zejścia śmiertelnego. Mężczyzna lat 29, naogół zdrowy i silny zgłosił się do leczenia z powodu zgrubienia i zniekształcenia nosa, trwającego kilka miesięcy, a poprzedzonego okresem śluzowo-ropnego wycieku z nosa. Zgrubienie nosa, jego sine zabarwienie, porozszerzane drobne naczynia w skórze, twardy rozlany naciek, wszystkie te objawy dawały typowy obraz kliniczny lupus pernio. Stan ogólny początkowo był dobry. W kilka dni po zgłoszeniu sie chorego pojawiła się wysypka na twarzy i klatce piersiowej typu grudkowo-nekrotycznych tuberkulidów i owrzodzenie na nosie. Zmiany te po kilku tygodniach ustąpiły, stan utrzymywał sie jednak stale taki, jak przy zgłoszeniu się chorego, a po 5 miesiącach pobytu w szpitalu, pomimo leczenia, zmiany chorobowe poczęły szerzyć się na czoło, powieki i wargę górną. Owrzodzenie, ktore tym razem pojawiło się, było głębsze, o charakterze zgorzelinowym, powiększało się szybko, powodując zniszczenie całej wargi górnej części miękich nosa, powiek i przylegających części skóry czoła. Na tułowiu pojawiła się uogólniona wysypka grudkowo-krostkowa. Stan ogólny z dnia na dzień ulegał pogorszeniu, ciepłota dochodziła 40°, chory zmarł w 11 miesięcy od czasu zgłoszenia się wśród objawów znacznego wyniszczenia. Badanie histologiczne wyciętych skrawków skóry wykazało obecność gruźliczych nacieków. Sekcja nie wykazała zmian gruźliczych w narządach wewnętrznych. Leczenie polegało na naświetlaniu promieniami pozafjołkowemi, na stosowaniu wstrzyknięć antygenu methyl. Bocquet-Negre'a. Autor zwraca wkońcu uwagę na pokrewieństwo lupus pernio i sarkoidów pod względem zmian histologicznych i dlatego nia daje temu schorzeniu nazwę sarco-lupus pern o i łączy je z gruźlicą.

W sprawie leczenia twardziny skóry przy pomocy hemocrinoterapji. (Contribution au traitement de la sclérodermie par l'hémocrinothérapie). Freduman. (*Bull et Mém. de la Soc. de méd. de Paris 1929 Nr. 12.*

Autor opisuje przypadek typowy sclerodermia cutis u kobiety 34-roletniej, od 4 lat chorej. Była ona leczona naprzemian promieniami X i pozafjołkowemi. Po tym leczeniu nastąpiła nieznaczna poprawa. Ponieważ chora wykazywała objawy niedomogi jajnikowej, autor zastosował wstrzykiwania krwi własnej z dodatkiem odpowiednich wyciągów jajnikowych. Po 28 takich wstrzyknięciach stan chorej znacznie się poprawił, skóra zmiękła o tyle, że wykonywanie ruchów było możliwe.

W sprawie zmian dystroficznych zębów ich znaczenie rozpoznawcze. (Dystrophies dentaires. Leur valeur diagnostique) Ch. Ruppe (*Gazette des Hôpitaux 1929 n 74.*)

Zmiany dystroficznę i erozje zębów mlecznych są rzadkie, kierują one zawsze myśl ku schorzeniom matki, zwłaszcza ku kile. Patognomoniczne jednak

dla kiły wrodzonej są przedewszystkiem zmiany dystroficzne typu *Hutchinsona* siekaczy środkowych stałych i pierwszego zęba trzonowego, gdyż punkty zarodkowe tych zębów wapnieją pod koniec ciąży i w pierwszych dniach życia dziecka, czyli właśnie w okresie, odpowiadającym znacznej wirulencji kiły wrodzonej. Zmiany H. polegają na półksiężycowatym wyżarciu wolnego brzegu górnych środkowych siekaczy, emalja na tych zębach jest nierówna, brunatnawa, kształt tych zębów szerszy przy szyjce zęba niż na brzegu wolnym, grubszy i węższy niż normalnie, zęby te ułożone są cokolwiek skośnie w stosunku do osi pionowej. Wszystkie te cechy rzadko występują równocześnie. Zęby u dziecka do lat sześciu mogą wykazywać podobne zmiany; szersze przy szyjce, o powierzchni tnącej węższej, cztery wzgórki mogą być niejako odsznurowane rowkiem opasującym ząb. Przeciwnie obecność wzgórka *Cazabellego* (dodatkowy wzgórek na zębach trzonowych) jako odosobnionej zmiany zdaje się nie mieć żadnego znaczenia patognomonicznego dla kiły wrodzonej; równocześnie ze zmianami wyżej opisanemi może przemawiać za kiłą. Co się tyczy zmian innych zębów mogą one zależeć od innych schorzeń dziecięcych, np. wszystkie schorzenia toxi-infekcyjne mogą takie zmiany wywołać.

Przypadek choroby Raynaud'a (Un cas de maladie de Maurice Raynaud) J. Martinez *Annal de Malad. Vener. 1929 Nr. 9).*

Przypadek kiły u 34-letniego mężczyzny, zakażonego przed 16 laty, leczonego nieregularnie wcierkami rtęci. Chory zgłosił się z silnemi zawrotami głowy, bólami w palcach rąk i nóg, uczuciem drętwienia, zimna z sinicą, pęcherzami i owrzodzeniami na palcach. Leczenie salvarsanem i natr. salic. nie dało żadnych wyników. Chory został wyleczony w przeciągu 2-ch miesięcy dużemi dawkami cyanku rtęci i jodku potasu.

Brodawczaki, przebiegające ze zmianami w gruczołach chłonnych, o utkaniu przypominającem nabłoniaki. (Les verrucomes avec adénites et à structure épitheliomateuse, curables par le 914) H. Gougerot et P. Blum. (*Bull. Medic. 1929 Nr. 55).*

Pod nazwą verrucoma opisał autor zmiany zapalne, o nieznanej dotychczas patogenezie, o wejrzeniu brodawkowatem, wrzodziejące, z równoczesnem obrzmieniem najbliższych gruczołów chłonnych Budowa histologiczna tych zmian jest zbliżona do budowy nabłoniaków, lecz kliniczny ich przebieg wybitnie różni się od przebiegu nabłoniaków. Zmiany te są dobrotliwe, leczą się całkowicie pod wpływem wlewań novarsenobenzolowych, pomimo, że kiła niema nic wspólnego z etjologją tej sprawy. Autor podaje opis 3 przypadków powyższego schorzenia.

Leczenie świetlne w łuszczycy. (Actinothérapie du psoriaris). J. Meyer. (*Bull. Medic. 1929 Nr. 55).*

Promieniami pozafjołkowemi możemy wyleczyć pewną ilość przypadków łuszczycy. Wypróbowania tego prostego i szybkiego sposobu leczenia nie należy zaniedbywać w żadnym przypadku, jednak sposób naświetlania powinien być ujęty w pewien system. Obecnie jedni są zwolennikami naświetlań ogólnych, większość woli naświetlania miejscowe silnemi dawkami. Przed rozpoczęciem naświetlań należy wypróbować wrażliwość skóry na promienie (le test sensito-metrique de Saidman). Jeżeli wrażliwość jest znaczna, można łatwo uzyskać przy pomocy naświetlań powstanie pęcherzy na skórze i w ten sposób szybko usunąć wykwity. O ile wrażliwość skóry jest mała, to zwykle pomimo wielokrotnych naświetlań wyniki leczenia są bardzo nikłe. Można wtedy starać się uczulić skórę na światło przy pomocy gonakryny lub eozyny, lub połączyć leczenie świetlne z leczeniem przy pomocy maści.

Przypadek łuszczycy, wywołanej nowarsenobenzolem. (Psoriasis vrai provoqué par le novarsénobenzol) L. M. Bonnet (*Lyon Méd. 1929 Nr. 48*).

Mężczyzna lat 18 leczony był wstrzykiwaniami nowarsenobenzolu z powodu owrzodzenia kiłowego. Nie leczony następnie przez 3 mies. zgłosił się z drugorzędnemi kiłowemi wykwitami na kończynie dolnej. Po pierwszym wstrzyknięciu z tej drugiej serji nastąpił wybuch typowych wykwitów łuszczycowych. Autor nie jest w stanie rozstrzygnąć pytania, czy mamy w tym przypadku do czynienia ze skutkami toksyczności leku, czy z biotropizmem, czy z wpływem samej kiły.

Psycho-wazo-motoryczna teorja powstawania brodawek i kłykcin kończystych. (Theorie psycho-vasomotrice des verrues et des condylomes acuminés). J. Bonjour. *Annales de Derm. et de Syph. 1930 Nr. 2).*

W powstawaniu brodawek i kłykcin kończy, stych skóry dwa czynniki odgrywają rolę. Pierwszy psychiczny, o czem świadczą liczne spostrzeżenia wyleczenia jedynie sugestją. Drugi wazomotoryczny, którego rolę wykazał autor już w poprzedniej swojej pracy (Presse med. 1928). Zwykle u osobników dotkniętych tym schorzeniem spostrzegamy podniesienie ciśnienia minimalnego krwi. Są to organizmy o systemie naczynioruchowym wysoce pobudliwym. Równocześnie ze spadkiem ciśnienia minimalnego znikają także brodawki i kłykciny. Ciśnienie należy mierzyć na kończynach górnych i dolnych w różnych miejscach i pozycjach. Autor podaje opisy kilku przypadków brodawek i kłykcin wyleczonych sugestją. Czasem wystarczał jeden seans, czasem co 5—6 tyg. należało seans powtarzać. Leczenie polegało na zawiązaniu oczu choremu i dotykaniu kłykcin i brodawek pałeczką szklanną, następnie na wmówieniu choremu, że po 4 — 5 tyg. brodawki znikną i że nie należy zwracać na nie uwagi i dotykać ich. W kilka lub kilkanaście dni po seansie ciśnienie minimalne obniżało, się a równocześnie cofały się brodawki. W przypadkach znacznego podniesienia ciśnienia autor podawał 3 razy dziennie codeiną 0,005. Patogeneza brodawek jest następująca. Zwykła obawa i odraza do tego rodzaju schorzeń powoduje na drodze odruchu podniesienie ciśnienia, czego następstwem jest pewien stan przekrwienia warstwy brodawkowej skóry, Jeśli po pewnym czasie po przejściu afektu minie i podniesienie ciśnienia, brodawki nie powstają. O ile to wzmożone ciśnienie utrzymuje się, to lepsze ukrwienie skóry powoduje przerost niektórych jej warstw. To zapatrywanie tłómaczy do pewnego stopnia, dlaczego brodawki powstają tylko w miejscach dostępnych dla wzroku chorego, w miejscach na których chory specjalnie skupia swą uwagę. Samo podniesienie ciśnienia, bez czynnika psychicznego nie jest widocznie jedynym warunkiem powstania brodawek, bo byłyby one najczęstsze pomiędzy 40 a 60 rokiem życia.

Trądzik wielopostaciowy i jego nowoczesne leczenie. (L'acné polymorphe et son traitement moderne). A. E. Marcoglou. (*Annales de Derm. et de Syph. 1930. nr. 3*).

Pierwotnym wykwitem trądzika jest wągier, czop zrogowaciałych komórek naskórka, zatykający ujście mieszka włosowo-łojowego na twarzy. Wtórnie przyłącza się zakażenie, czego następstwem jest zapalny odczyn w otoczeniu mieszka w postaci okołomieszkowej żywo-różowej grudki (acne papulosa). Grudka może się zamienić w krostę (acne pustulosa), a proces zapalny może posuwać sie wgłąb skóry i może dojść do wytworzenia się ropni skórnych lub podskórnych. Po dłuższym czasie trwania tych zmian zwykle powstają blizny zniekształcające i zgrubienia w skórze (acne indurata). Najczęściej mamy do czynienia z przypadkami, w których można wykazać obecność wykwitów w tych wszystkich okresach rozwoju (acne polymorph). Schorzenie rozwija się na podłożu specjalnie do tego skłonnym, gdyż mikroby odgrywające pewną rolę w trądziku znajdują się na każdej skórze i nie są zawsze patogenetyczne. Jako przyczyny usposabiające podają zaburzenia w przewodzie pokarmowym, zaparcie, chlorosis, schorzenia narządów płciowych i gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu. Leczenie zwykle stosowanemi miejscowo środkami jest długotrwałe i często nie prowadzi do celu. Szkoła amerykańska stosuje od kilku lat z dobrym skutkiem naświetlania promieniami Roent. Sposób ten obecnie jest powszechnie stosowany, jako specyficzyn dla trądzika. Odpowiednio stosowany jest w możności wyleczyć najcięższe przypadki w przeciągu około 3 mies. Równocześnie nie należy pomijać ogólnych przepisów higjeny i dietetyki. Technika polega na powierzchownych naświetlaniach bez filtrów. Ogólnie stosowaną obecnie w Ameryce jednostką jest ta ilość promieni, która u dorosłego wywołuje na przedramieniu po stronie zginaczy po 10 — 20 dniach rumień blady, lub u dziecka na głowie przemijającą epilację. Jednostkę tą określono doświadczalnie (2 mili, 100 kw. 20 cm. odległości anticatody od skóry, 3 minuty czasu naświetl). W leczeniu trądzika stosuje się i dobrze są znoszone co 7 dni 13 do 14 naświetlań, $^1/_2$ jednostki, bez filtrów. Tylko wyjątkowo w przypadkach, gdzie skóra jest biało-różowa, cienka, delikatna należy zmniejszyć dawki. W każdym razie wskazane jest uprzednio zbadać wrażliwość skóry, naświetlając przedramię dawkami $^1/_4$, $^1/_3$, $^3/_4$ i 1 jedn. Najsłabszy rumień, który zwykle najpierw pojawia się około ust est wskazaniem do przerwania tego leczenia. Czasem po naświetlaniu występuje niepożądana pigmentacja na twarzy, która utrzymuje się kilka tygodni lub miesięcy. W przypadkach tym sposobem leczonych występują w 10 — 20% recydywy, które, naświetlane ponownie po rocznej przerwie, łatwo znikają. Najlepsze wyniki można uzyskać w przyp. acne indurata, najmniej nadają się do tego leczenia przypadki trądzika, w których na pierwszy plan wysuwają się silne objawy zapalne. Dobre wyniki lecznicze tłómaczy autor zahamowaniem czynności gruczołów łojowych.

Rzadka postać wilka rumieniowatego na skórze owłosionej głowy (. ur une forme particulière de lupus erythèmateux du cuir chevelu). R. Sabouraud. *Annales de Derm, et de Syph. 1920, nr. 4.*

U 50-cioletniej kobiety jako pierwszy objaw wystąpiło obfite wypadanie włosów. Skóra wydawała się prawidłową, jednakże po dokładnem jej obejrzeniu spostrzeżono około 10 drobnych ognisk wyłysiałych, w których brakło po kilka lub kilkadziesiąt włosów. Ujścia mieszków pozbawionych włosów były znacznie rozszerzone, zatkane stożkowatym, twardym, szarym czopem rogowym. Brak było w tym okresie jakiegokolwiek zaczerwienienia skóry lub zaników. Drapanie a nawet dotykanie ognisk było cokolwiek bolesne i ten właśnie objaw (signe de Besnier) jakoteż niemożność postawienia innego rozpoznania skłoniły myśl autora w kierunku lupus eryth. Leczono chorą kilkakrotnym wymrażaniem ognisk. W 3 lata później chora zgłosiła się ponownie z dużym owalnym ogniskiem na skórze owłosionej głowy typowym dla lupus eryth. Zastosowano znowu wymrażanie dwutlenkiem węgla.

Autor zwraca szczególną uwagę na to, że lupus eryth. na głowie może początkowo dawać takie właśnie wykwity, bez zaników, bez blizn i rumieni, drobne łysinki z zatkaniem ujść mieszków włosowych przez czopy zrogowaciałego naskórka.

Dermatozy zależne od pracy z węglem kamiennym. (Dermatose due au travail de la houille). Kistiakowski). (*Annales de Derm. et de Syph. 1930, Nr. 1).*

U robotników zajętych w fabrykach asfaltu przy suchej destylacji węgla, już w kilka dni po rozpoczęciu pracy pojawiają się zmiany na skórze. Jako objaw pierwotny występuje zaczerwienienie i obrzęk skóry na twarzy, który może niekiedy doprowadzić do powstania pęcherzy. Spojówki powiek, gałek a czasem i rogówka zostają też objęte procesem zapalnym Po kilku dniach skóra na twarzy się łuszczy, poczem pojawiają się liczne plamy barwikowe. Stan skóry pogarsza się znacznie skutkiem narażania jej na promienie słoneczne i pocenie się. Stopniowo inne części skóry ulegają takim samym zmianom (odkryte części kończyn górnych, szyji, tułowia). Obok tych zmian rozlanych zjawiają się coraz liczniejsze czarne czopy, zatykające ujścia mieszków włosów, (wągry) a wokoło nich zapalne obwódki, w końcu ropne pęcherzyki w ujściach mieszków. Zmiany te również sadowią się głównie na częściach odkrytych skóry a także na zewnętrznych powierzchniach ud i na pośladkach. Około skrzydełek nosa często pojawiają się brodawkowate wegetacje.

Po 2—3 miesięcznym pobycie w fabryce skóry u wszystkich robotników przybiera w ten sposób charakterystyczny wygląd. U osobników młodych i u kobiet zmiany są silniej wyrażone. Prócz tego ich nasilenie zależy od ilości pyłu w powietrzu, od ilości pary dziegciu, osiadającej na skórze, od siła naświetlania słonecznego, od czasu pracy i czystości. Po przerwaniu pracy w fabryce zmiany rumieniowo-obrzękowe ustępują powoli, trądzikowe utrzymują się nieraz i przez cały rok.

Mechanizm powstania tych zmian jest skomplikowany. Najważniejszym czynnikiem działającym szkodliwie jest uczulające działanie substancji fotodynamicznych i fluoryzujących (akrydyna, anthracen, phenanthren), które z powietrzem i śliną przechodzą do krwiobiegu przez płuca i żołądek. Nie jest wyłączone, że minimalna ich ilość wchłania się przez skórę i śluzówki. Substancje te nie działają przez bezpośrednie zetknięcie się ze skórą, gdyż najwcześniej i najsilniej nie bywa zajęta skóra rąk, najbardziej na kontakt z tymi substancjami narażona, a zawsze skóra na twarzy. Stan zapalny skóry jest więc wynikiem działania różnych czynników drażniących, głównie promieni słonecznych na skórę uczuloną wyżej wymienionemi substancjami, krą

żącemi w krwi. Pigmentacja jest zwykłym następstwem stanu zapalnego. . Następnym czynnikiem szkodliwie działającym są płynne i lotne smoły i oleje, które padając na spojówki i skórę, zatykają ujścia mieszków włosowych i gruczołów łojowych dając początek zmian trądzikowych. Brodawkowate wegetacje, które z czasem mogą pojawić się na twarzy, są skutkiem dłuższego działania drażniącego i uczulającego. Obraz chorobowy okresowo nasila się i słabnie, naogół ma charakter schorzenia podostrego. Zmiany, zwłaszcza brodawkowate, mogą z czasem uledz zwyrodnieniu złośliwemu i dać obraz typowy nabłoniaka. Z objawów ogólnych, towarzyszących tym zmianom skórnym, najważniejsze są: podniesienie ciepłoty, osłabienie, niekiedy nieżyt oskrzeli. W pewnych warunkach mogą pojawić się objawy ostrego zatrucia smołą; utrata przytomności ślinotok, adynamia i t. d.

W celach zapobiegawczych stosuje się jaknajmniej przepuszczalną i jaknajwięcej okrywającą skórę odzież (rękawiczki, maski), podawanie środków odczulających na światło (rezorcyna), zastosowanie w fabrykach oświetlenia promieniami czerwonemi, codzienne obowiązkowe kąpiele parowe z mydłem, urządzenie szatni celem umożliwienia zmiany odzieży przed pracą i po pracy, pokrywanie skóry tłustemi miksturami i pastami w celu jej osłonięcia, ochronę przed słońcem, zwłaszcza w lecie, dobre wentylacje, skrócenie czasu pracy i uświadomienie robotników o szkodliwem działaniu wyżej podanych czynników.

Leczenie świerzby w Rosji. (Un traitement russe de la gale). R. Huerre. *Annales de Derm. et de Syph. 1930, Nr. 1),*

W okolicach Charkowa 6—10% ludości dotkniętych jest świerzbą. Oto sposób leczenia, który się tam stosuje z dobrym skutkiem. Chorzy przez 6 dni nacierają się co wieczór roztworem wodnym 66% natrium hyposulfur, a co rano roztworem 2,5% kwasu solnego. W tym celu jeden chory zużywa w ciągu 6-ciu dni 500 gr. roztworu natr. hyp. i 400 gr. roztworu kwasu solnego. Ilości te po przeliczeniu na poszczególne dzienne dawki wykazują: 1° że ilość kwasu solnego jest wielokrotnie zamała w stosunku do ilości natr. hyposulf., aby z tej mięszaniny wywiązała się wszystka siarka w stanie wolnym. Ilość kwasu solnego możnaby pięciokrotnie nawet zwiększyć bez obawy, aby jego resztki drażniły skórę. 2° Ilość siarki w ten sposób wywiązanej jest znikoma, w porównaniu do ilości stosowanej w maściach, a pomimo to wystarcza do zabicia pasożytów.

Nabłoniaki zawodowe (Les épithéliomas professionnels) P. Blum, J. Blalez *Paris Medic, 1930 Nr. 6.*

Nabłoniaki zawodowe interesują lekarza ze względu na patogenezę i etiologję i ze względów społeczno prawnych. Do zawodowych nabłoniaków narządów wewnętrznych zalicza się raka płuc, schorzenie spostrzegane u górników, narażonych na stałe wdechanie pyłu kobaltowych połączeń arsenu. Nie stwierdzono do dzisiaj, aby inne pyły sprzyjały powstaniu nabłoniaka płuc. Rak pęcherza moczowego lub dróg moczowych spotyka się niekiedy u stykających się ze związkami anilinowemi. Wdechanie par aniliny sprzyja przedewszystkiem powstaniu mięsaków dróg moczowych a tylko w $^1/_4$ ilości przypadków spotyka się nabłoniaki. Opisano również kilka przypadków raka pęcherza u stykających się z naphtolem.

Raki skóry znane są u kominiarzy i stykających się z sadzą i węglem, pojawiają one niekiedy w kilkanaście lub więcej lat po okresie pracy w tym zawodzie, przedewszystkiem na skórze worka moszнowego, ponadto na dłoniach, stopach lub uszach. Częste są także nabłoniaki u mających do czynienia z oliwą, asfaltem, parafiną, Te są najczęściej wrzeciono-komórkowe, powstają przez zwyrodnienie tworów brodawkowatych i hyperkeratotycznych na przedramionach, rzadko na kończynach dolnych. U pracujących przy dziegciu raki są bardzo częste U tkaczy bawełny znane są nabłoniaki moszny. W rafinerjach nafty nabłoniaki nie są częste, natomiast opisano liczne dobrotliwe twory brodawkowate. U zatrudnionych przy olejach skalnych znane są niekiedy nawet po 25-ciu latach pojawiające sie nabłoniaki obok innych zmian na skórze (acne, keratosis, teleangiectasiae) Przewlekłe zatrucie arsenem w niektórych zawodach lub w celach leczniczych usposabia również do powstania nabłoniaków które umiejscawiają się często na twarzy lub na skórze tułowia. W końcu obok innych zawodów usposabiających do powstania nabłon. wymienia autor wpływ promieni X i radu. Pod względem klinicznym rozróżnia się dwie postacie: przewlekłą, której typ stanowi nabł. u kominiarzy, rozwijającą się w kilkanaście lub więcej lat, niekiedy skutkiem złośliwego zwyrodnienia banalnych brodawkowatych zmian i postać ostro przebiegającą, spotykaną zwykle u pracujących przy dziegciu, rozwijającą się często jako następstwo urazu mechanicznego, chemicznego lub termicznego. Szereg doświadczeń na myszach i szczurach wykazał wpływ wyżej wymienionych substancyj na powstanie nabłoniaków, zwłaszcza liczne doświadczenia z dziegciem wykazały, że dziegieć stosowany na skórę lub per os wywołuje u zwierząt powstanie nabłoniaka na odległych nieraz częściach skóry. Autor zwraca uwagę na częste umiejscowienie zawodowych nabłoniaków, na mosznie i przypuszcza, że odgrywają w tem pewną rolę liczne w tym miejscu gruczoły łojowe. Pod względem anatom.-patolog. najczęstsze są epitheliomata spino-cell. rzadsze baso-cell. Leczenie można stosować następujące: chirurgiczne, promieniami X, lub radem, wreszcie elektrokoagulacja.

Kiła w r. 1930. (La syphilis en 1930). G. Milian, L. Brodier. (*Paris Medic. 1930 Nr. 9.*

W swej obszernej pracy podają autorzy obecny stan zapatrywań tyczących się kiły i jej leczenia.

Co się tyczy etjologji, to zagadnienie dwoistości krętka bladego (neurotrop, dermotrop), po dziś dnia jest kwestją sporną. Natomiast możliwość reinfekcji kiłowej (powtórne zakażenie kiłowego osobnika wyleczonego lub niewyleczonego), zdaje się być obecnie uznawane przez wszystkich autorów. Również stwierdzono możliwość istnienia t. zw. syphilis d'emblée, kiły bez owrzodzenia pierwotnego. Częste są zwłaszcza przypadki, w których jako pierwszy objaw kiły pojawia się stan zapalny gruczołów chłonnych i dodatni odczyn Wass. Kiłę można przeszczepić również drogą krwi (transfusio).

Okres pierwszorzędny może oprócz typowego co do umiejscowienia i wyglądu owrzodzenia, pojawić się także pod postacią owrzodzenia extragenitalnego lub owrzodzenie może być mieszane, przyczem zakażenie krętkiem bywa zwykle pierwotne a zakażenie prętkami *Ducrey'a* wtórne. Wyjątkowo tylko rzecz ma się odwrotnie. Z objawów ogólnych w okresie I kiły, jednym z najwcześniejszych jest

powiększenie śledziony, następnym zmiany w gruczołach chłonnych.

Okres II i III przebiega pod następującemi postaciami: wysypka plamista lub grudkowa (roseola), krostkowa (l. pustulosa), trądzikowa (syph. acneiformis), łuszczykowata (syph. psoriasiformis), wykwity przypominające ospę (syph. varioli et varicelliformis), wykwity barwikowe (syph. nigricans), zaniki skóry różnego rodzaju (atrophia cutis, cutis laxa syphilit.), zgorzel (gangr. syph.). Niektórzy łączą również i bielactwo (vitiligo) z kiłą. Wykwity ulegające łatwo wczesnemu rozpadowi zalicza się do t. zw. kiły złośliwej (syph. maligna). Z licznych odczynów serologicznych wymienia autor obok odczynu *Bordet-Wass.* odczyn *Kahna* i *Meinicke'go,* zwraca jednak uwagę, że znane są przypadki czynnej kiły, przebiegające z odczynem serologicznym ujemnym. Zdarza się to w przyp. kiły świeżej lub w przyp. nawrotów kiły uprzednio leczonej. Zwykle wtedy odcz. serologiczny w czasie leczenia staje się dodatni. Ponadto w niektórych stanach chemicznych serol. odczyny mogą być dodatnie, pomimo braku zakażeuia kiłowego. Wkońcu istnieją odczyny serologiczne stale dodatnie u kiłowych, którzy dobrze leczeni, bez żadnych objawów chorobowych mogą być uważani za wyleczonych.

Leczenie: w calach zapobiegawczych za najlepszy obecnie środek uważane są połączenia rtęci rozpuszczalne w lipoidach (Hg liposolubil). Najdzielniejszym środkiem w leczeniu kiły objawowej są pochodne arsenu. Pamiętać jednak należy o istnieniu przyp. kiły arsenó-odpornej i o częstych objawach nietolerancji na te leki (crises nitritoïdes, przejściowa myopia, żółtaczki poarsenowe, ostra azotemja, różnego rodzaju krwawienia, rumienie i wysypki poarsenowe). Przetwory bizmutu, stosowane obecnie również w kile objawowej wypierają z terapji kiły przetwory rtęciowe. Coraz częstsze są w użyciu sole bizmutu rozpuszczalne w lipoidach. Z niepożądanych następstw po zastrzykach bizmutu najczęstsze są embolje i krwiaki, rzadko rumienie i wysypki. Wkońcu pracy omawia autor pokrótce objawy kiły wrodzonej.

K R O N I K A

Zjednoczenie Lekarzy byłych Studentów Uniwersytetu Warszawskiego po 1915 roku.

W dn. 21/3.1930 r. na Walnem Zgromadzeniu Lekarzy byłych studentów U.W. odbytem w Zakładzie Fizjologji U.W. uchwalono jednogłośnie stworzenie organizacji pod nazwą „Zjednoczenie Lekarzy byłych studentów Uniwersytetu Warszawskiego po 1915 r." Do Zarządu zostali powołani: Prezes: *D-r Pietrasiewicz Adam,* Vice-prezes: *D-r D-r Paprocki Kazimierz i Wszelaki Stanisław,* Sekretarz: *D-r D-r Hrom Stanisław i Niepokoyczycka Urszula.* Skarbnik: *Dr Zaborski Edward* oraz 4 członków Zarządu: *D-r D-r Chodkowski Karol, Goldman Jan, Roguski Jan, Rytel Aleksander.* Zaznajomienie władz Zjednoczenia ze światem lekarskim odbyło się w dn. 29 maja na herbatce urządzonej w Polskiem Tow. Łowieckiem; gdzie zaszczycili swoją obecnością przedstawiciele świata lekarskiego Un. Warsz., społeczno-lekarskiego oraz wojskowo-lekarskiego. Prezes Zjednoczenia witał zebranych zapoznając ich z hasłami Zjednoczenia, których celami są: sprawy samopomocowo-lekarskie, społeczno-lekarskie oraz towarzyskie. Ze strony zaproszonych gości były wygłoszone liczne przemówienia, podkreślające doniosłość tej nowozorganizowanej instytucji, jej szlachetne ideały, które niejednokrotnie dawały wyraz w okresie powstawania Rzeczpospolitej w walkach o niepodległość. Gorącemi i serdecznemi życzeniami pomyślnego rozwoju tej placówki zakończono uroczystą herbatkę. Sekretarjat Zjednoczenia mieści się w Pol. Tow. Eugenicznem Nowy Świat N l. Dyżury w środy i piątki od 20 do 21.

B I B L J O G R A F J A

C. Lian- A. Blondel- O. Viau. Tachycardies permanentes reguliè-rès. *Doin et Cie. Paris. 1930. 48 str. 14 fr. fr*

W książeczce tej omawiają autorzy w sposób jasny i przejrzysty częstoskurcz serca charakteru stałego. Wyodrębniony przez autorów obraz chorobowy polega na przyspieszeniu częstości akcji serca, przy której tętno pozostaje miarowem i waha się najczęściej, między 100—120 uderzeniami na minutę. Czasami do tego obrazu częstoskurczu zwykłego dołączać się mogą okresy jeszcze znaczniej szego przyspieszenia tętna, dochodzące do 180, a nawet, co zresztą jest rzadkością, do 200 uderzeń na minutę. Chorzy często nie odczuwają przy tem żadnych określonych dolegliwości, tak, że nie rzadko stan chorobowy może być odkryty przypadkowo w czasie badania przez lekarza; czasami mają uczucie bicia serca, lub też występuje lekka duszność przy ruchach lub pracy fizycznej. Częstoskurcze te dzielą autorzy na dwie wielkie grupy. W grupie pierwszej bodźce dla skurczów serca powstają w miejscu prawidłowem, w węźle Keith-Flacka i drogą prawidłową przenoszą się na komory, w tych przypadkach krzywa elektrokardiograficzna ma kształt prawidłowy. W grupie drugiej bodźce dla skurczów serca albo nie powstają w miejscu fizjologicznem, albo też, jeżeli powstają fizjologicznie, rozprzestrzeniają się drogą nieprawidłową w pozostałych częściach serca. Najczęstszą przyczyną stałego miarowego częstoskurczu serca ma być przyspieszenie powstawania bodźców w węźle zatokowym. znacznie rzadziej jest ten obraz spowodowo

wany zaburzeniami w powstawaniu bodźców, a wtedy jego przyczyną jest prawie zawsze trzepotanie przedsionków.

Przyczyny częstoskurczu pochodzenia zatokowego są bardzo różnorodne, gdyż mogą one być objawem jakiegoś innego cierpienia, którego przebieg czasami ukryty zdradza się tylko częstoskurczem, albo też przyczyna częstoskurczu, który panuje nad całym obrazem chorobowym, jest niejasna. Wtedy powstaje obraz chorobowy, w którym bicie serca w spokoju, silniejsze po pracy, duszność po pracy, ogólna większa pobudliwość, bez żadnych zmian przedmiotowych klinicznych, składa się na całość, która została opisana w czasie ostatniej wojny jako t. zw. serce pobudliwe „coeur irritable". Częstoskurcz zatokowy można więc podzielić na 2 grupy: częstoskurczu objawowego i serca pobudliwego. W pierwszym przypadku jawną lub ukrytą przyczyną częstoskurczu może być niedomoga serca, podciśnienie tętnicze, nadciśnienie, różne stopnie nadczynności tarczycy, zaburzenia w wydzielaniu wewnętrznem, organiczne cierpienia nerwowe, przewlekłe zatrucia, (nikotyna, kofeina) i wreszcie gruźlica.

Obraz serca pobudliwego, na który autorzy zwracaja uwagę, jest szczególniej ważny, gdyż często bywa przyczyną omyłek rozpoznawczych. Szmery przypadkowe, szczególniej lekkie nadciśnienie, które niejednokrotnie towarzyszy sercu pobudliwemu, bywają mylnie brane za podstawę cierpienia, którego istotną przyczyną jest nadmierna pobudliwość i nadczynność okolicy węzła zatokowego, wywołana czysto nadmierną pobudliwością układu współczulnego pochodzenia nieznanego, lub też pochodzenia tarczycowego, albo wreszcie toksycznem, czy nerwowem podrażnieniem komórek w okolicy węzła zatokowego. W każdym razie należy pamiętać, że przy sercu pobudliwem częstoskurcz jest większy od nadciśnienia, które nie przekracza 150 — 170 mm. Hg.

W leczeniu częstoskurczu pochodzenia zatokowego autorzy kładą szczególny i słuszny nacisk na hygieniczny tryb życia, unormowanie stosunku między pracą i wypoczynkiem, uspokojenie układu nerwowego. Z preparatów leczniczych zalecają szczególniej preparaty bromowe, walerianę, eserynę (0,5 mg) gardenal, chinidynę.

W przypadkach częstoskurczu, wywołanego trzepotaniem przedsionków, autorzy zwracają uwagę, że częstoskurcz ten nietylko może mieć charakter stały, trwać miesiące a nawet lata, ale że tętno może pozostać również zupełnie miarowem. Obraz ten występuje u ludzi po 40 roku życia, najczęściej między 50—60 rokiem. Często chorzy nie mogą podać dokładnie, kiedy zaczęły się ich dolegliwości, skarżą się na uczucie bicia serca, lekką duszność po pracy etc. Częstoskurcz jest w tych przypadkach dość znaczny: 130, 140, 150 na minutę, krzywa elektrokardiograficzna wykazuje zwykle w tych przypadkach 2 wzniesienia przedsionkowe na każdy skurcz komorowy. Odróżnienie w tych warunkach częstoskurczu pochodzenia zatokowego od częstoskurczu przez trzepotanie przedsionków może być trudne, jednakże autorzy zwracają uwagę, że częstoskurcz pochodzenia zatokowego wykazuje zwykle tętno wolniejsze, wahające się około 100 — 120 wykazujące od czasu do czasu przyspieszenia, a szczególniej częstość tętna jest zmienna i zależna od wzruszeń, wysiłków etc. W częstoskurczu przez trzepotanie przedsionków częstość tętna jest większa, waha się około 140-150 i ma charakter bardziej stały, a więc np. nie zmienia się pod wpływem wysiłków, pozostaje często bez zmiany w położeniu leżącem i stojącem, nie ulega zmianie pod wpływem wzruszenia.

W końcu broszury autorzy podają swe metody leczenia częstoskurczu przez trzepotanie przedsionków, zalecając w pierwszej linji naparstnicę w wysokich dawkach, w drugiej linji chinidynę. *E. R.*

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

Ogłoszenia:

	cała str.	1/2 str.	1/4 str.
zewnętrzna strona okładki	zł. 450.—	250.—	135.—
bezpośrednio przed tekstem	„ 350.—	200.—	120.—
2-ga i 3-cia strona okładki	„		
pozostałe	„ 300.—	170.—	95.—

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

ROK IV WARSZAWA 1930 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

O sercu sportowców.

PODAŁA
ELEONORA REICHER.

W miarę wzrastania w latach ostatnich zainteresowania ćwiczeniami cielesnemi, jako metodą nietylko wychowawczą, ale w wysokim stopniu kształtującą rozwój fizyczny jednostki, obudziło się i zainteresowanie sfer lekarskich w stosunku do działania pracy fizycznej na ustrój ludzki. Ćwiczenia cielesne, które w większości przypadków są także pracą fizyczną, wchodzą w dziedzinę badań fizjopatologicznych, mających na celu dociekanie, jaką drogą ustrój przystosowuje się do wzmożonych wymagań pracy i jakie są zmiany fizjologiczne i patologiczne, które pod jej działaniem powstają.

Badania działania pracy na ustrój można podzielić na dwie wielkie grupy badań, mających na celu określanie działania pracy zawodowej, których na tem miejscu poruszać nie będę, i badań których dziedziną są ćwiczenia cielesne czyli, jak się wyrażano, także praca, ale w szacie radości.

Działanie pracy zastosowanej w formie ćwiczeń cielesnych może być jednak bardzo różne zależnie od tego jakie ćwiczenia będą stosowane. Stopień oddziaływania ćwiczeń cielesnych zależy przedewszystkiem od ilości pracy i od wydatku siły jakiej ona wymaga, niezależnie od szczegółów i trudności wykonania. Z tego założenia wychodząc niejedno pozornie trudne ćwiczenie gimnastyczne może mniej oddziaływać na ustrój niż ćwiczenie pozornie proste i wymagające na pierwszy rzut oka mniejszego wydatku siły. Jeżeli porównać pracę dziewczynki, skaczącej przez skakankę np. 60 razy na minutę, to jeżeli za każdym skokiem unosi się ona tylko na 10 cm. praca jej będzie się równała pracy atlety, wspinającego się w ciągu minuty na 6 metrów wysokości. I dziewczynka i atleta wznoszą w tym samym czasie ciężar swego ciała na tą samą wysokość, jednakowoż dziewczynka wykonuje w tym samym czasie pracę pozornie lekką. W istocie wyczyn jej jest w tym tempie ciężkim wyczynem szybko-

ściowym. W przykładzie tym podanym przez *Lagranga* spotykamy drugi czynnik warunkujący rodzaj i działanie ćwiczenia, to jest czas w jakim ono zostaje wykonane.

Poza temi dwoma pierwszorzędnemi czynnikami, określającemi rodzaj pracy, mianowicie poza siłą i czasem, niezmiernie ważny jest mechanizm samej pracy. Nie jest obojętnem po pierwsze, czy praca odbywa się w warunkach, wymagających znacznego wysiłku, co prowadzi do powstania wzmożonego parcia wewnątrz klatki piersiowej (warunki doświadczenia *Valsalvy*) i pociąga za sobą jak wiadomo zmiany warunków krążenia wywołując znaczne obciążenie serca i t.d., po drugie nie jest obojętne, czy ruchy konieczne do wykonania ćwiczeń są złożone, wymagające wielkiego napięcia uwagi, wreszcie po trzecie nie jest także obojętne, jakie części ciała wykonywują ruchy. Zależnie od tych wszystkich czynników, a właściwie od tego, jakie czynniki w danem ćwiczeniu przeważają, odróżnia się następujące rodzaje ćwiczeń:

1. Ćwiczenia siły
2. „ szybkości
3. „ trwałe
4. „ zręczności

W przeważającej ilości ćwiczeń łączą się jednakże te poszczególne cechy, charakteryzujące poszczególne ćwiczenia, i charakter ćwiczeń zależy od sposobu w jaki ćwiczenie zostaje zastosowane. Jedno ćwiczenie np. wiosłowanie lub bieg, może być ćwiczeniem siły i szybkości lub ćwiczeniem trwałem, zależnie od tego czy będzie uprawiane jako wiosłowanie turystyczne czy regatowe, jako bieg krótkodystansowy czy bieg długo dystansowy.

Ćwiczenia siły, których typowym przedstawicielem jest podnoszenie ciężarów i walka francuska, obarczają liczne mięśnie pracą bardzo intensywną. Dobrze rozwinięta masa mięśniowa jest w tych ćwiczeniach warunkiem dobrych wyników i zwycięztwa. Równocześnie ćwiczenia te jak żadne inne wpływają na rozwój mięśni. Skurcze mięśni są przy tych ćwiczeniach raczej wolne, czasami wielkie napięcie siły występuje przy zupełnym bezruchu, dość wspomnieć na pewne momenty walki francuskiej. Dobre ukrwienie pracujących mięśni wywołuje u ludzi uprawiających ten rodzaj ćwiczeń przerost muskulatury, przyczem mięśnie przybierają kształt raczej gruby a krótki.

Przy pracy tego rodzaju odpływ krwi do serca jest utrudniony w czasie pracy, natomiast po ustaniu pracy napływa krew do serca we większej ilości. Powstają więc w czasie wykonywania tych ćwiczeń warunki podobne do warunków doświadczenia *Valsalv'y* t. j. wytwarza się wzmożone ciśnienie wewnątrz klatki piersiowej. Dodatnią stroną ćwiczeń siły jest, że stosunkowo mało oddziaływują na ośrodkowy system nerwowy i u przedstawicieli tego rodzaju sportów raczej rzadko spotyka się ową nadmierną pobudliwość nerwową z jej częstemi, przykremi objawami, szybkiem męczeniem się, brakiem apetytu, nadmierną pobudliwością nerwową, tak często stwierdzaną u przedstawicieli następnej grupy wyczynów szybkościowych. Przy ćwiczeniach szybkościowych, praca zależy od czasu w jakim zostaje wykonana. Zależnie od tego odróżnia się ćwiczenia szybkościowe, wykonane z możliwie dużą szybkością w krótkim przeciągu czasu np. bieg na sto metrów i ćwiczenia trwałe, w których pewien wysiłek wykonywany jest przez dłuższy przeciąg czasu. Przy ćwiczeniach szybkościowych właściwych t. j. takich, w których ruch wykonany jest w możliwie krótkim czasie np. w biegu na 100 lub 400 m., ruchy mięśniowe występują szybko po sobie. Suma pracy przy ćwiczeniach szybkości może być tą samą co przy ćwiczeniach siły z tą różnicą, że przy ćwiczeniach szybkości poszczególny ruch nie wymaga wielkiego wysiłku, natomiast występuje pewna kumulacja pracy w jednostce czasu. Z tego też względu wyczyny szybkościowe np. bieg na 100 m., a w szczególności bieg na 400 m, należą do najcięższych wysiłków, które, podobnie jak i wyczyny wymagające głównie siły, pobudzają najważniejsze czynności ustrojowe, krążenie i oddychanie. W przeciwieństwie do wyczynów, wymagających głównie siły, warunki doświadczenia *Valsalvy* występują w znacznie mniejszym stopniu przy wyczynach szybkościowych, natomiast te ostatnie stawiają większe wymagania do woli i wytrzymałości ćwiczącego. Sam charakter tych ćwiczeń, wymagających szybkiej reakcji, szybkiej odpowiedzi mięśnia na podrażnienie czyni, że nie nadają się one dla wszystkich. Naogół już z natury swej ludzie uprawiający ćwiczenia szybkościowe są to ludzie nerwowi, pobudliwi, reagujący szybko na bodźce u których czas stracony mięśnia jest możliwie mały. U tych ludzi nerwowych samo ćwiczenie pobudza wrodzoną wrażliwość nerwową i zwiększa wydatkowanie energji nerwowej w czasie ćwiczenia. W czasie spoczynku, który jest podwójnie potrzebny, gdyż sprinterzy wydatkują energję nerwową i fizyczną, procesy reperacyjne są często niewystarczające, gdyż wzmożona pobudliwość nerwowa zdradza się to brakiem snu, to znowu brakiem apetytu, zaburzeniami które upośledzają stan odżywienia ustroju. Dlatego też ludzie uprawiający ćwiczenia szybkościowe to ludzie szczupli, nerwowi, którzy wymagają szczególnej opieki.

Ćwiczenia trwałe nie wymagają w jednostce czasu zbyt wielkiego wysiłku, to też mięśnie ludzi uprawiających ćwiczenia trwałe są smukłe i wiotkie. Jak twierdzi *Lagrange* w ćwiczeniach siły występuje nagromadzenie pracy, ponieważ każdy wysiłek jest bardzo ciężki, w ćwiczeniach szybkości pomnożenie pracy, ponieważ wysiłek powtarza się z wielką szybkością, natomiast w ćwiczeniach trwałych występuje rozdrobnienie pracy, ponieważ poszczególny wysiłek w jednostce czasu nie jest bardzo ciężki i nie przekracza sił jednostki, a intensywność jego zależy jedynie od czasu w jakim się powtarza i zostaje wykonany. Z tego też względu ćwiczenia stałe można zastosowywać i u osób wątłych. Korzystną cechą ćwiczeń trwałych jest, że nie doprowadzają one do powstania warunków doświadczenia *Valsalvy*. Zależnie jednak od sposobu zastosowania mogą ćwiczenia trwałe być równocześnie ćwiczeniami siły np. wiosłowanie turystyczne jest ćwiczeniem trwałem, wiosłowanie regatowe ćwiczeniem siły i szybkości, spacer zwykły jest ćwiczeniem trwałem, spacer pod górę ćwiczeniem siły. Widać z tego, że charakter różnych ćwiczeń jest najczęściej złożony, że przy jednym i tym samym ćwiczeniu może być wymagana siła i zręczność jak np. przy rzucie dyskiem i kulą, przy innych znowu zręczność, szybkość i siła, jak przy biegach krótkodystansowych. Oczywiście, że ćwiczenie będzie tem trudniejsze, im bardziej złożonych właściwości wymaga od ustroju ćwiczącego. Ćwiczenia zręczności nie wymagają siły, ale dzięki temu, że przy ich wykonywaniu niezbędne jest zupełne opanowanie ruchu i gestu oraz, że praca musi być opanowana i ekonomiczna, co się daje osiągnąć tylko przez opanowanie ruchów mimowolnych, są one doskonałym środkiem wyszkolenia układu nerwowego, nie wywierają jednak żadnego specjalnego wpływu na narząd krążenia i oddychania.

Przy wszystkich ćwiczeniach, które mają głównie charakter statyczny, a więc przy pewnych formach gimnastyki na przyrządach, (np. zwisy) przy podnoszeniu ciężarów, przy pewnych momentach w turystyce wysokogórskiej, tak podobnych do podnoszenia ciężarów i do zwisów, gdy wisząc na rękach podnosi się ciężar ciała w górę i t. d. w chwili największego wysiłku występują pewne zmiany oddychania, które zaznaczają się bardzo wyraźnie na krążeniu.

W czasie tych ćwiczeń, w których obarczone są głównie mięśnie ramion i tułowia w chwili największego natężenia pracy mięśniowej występuje głęboki wdech i zamyka się głośnia. W tym momencie klatka piersiowa jest uwypuklona, żebra wzniesione, równocześnie jednak występuje skurcz mięśni brzusznych, skurcz wydechowych mięśni klatki piersiowej, przepona podnosi się. Klatka piersiowa rozszerza się w całości i wypełnia się powietrzem, które z powodu zamknięcia głośni nie znajduje ujścia na zewnątrz, pomimo iż pozostaje pod większem ciśnieniem wewnątrz klatki piersiowej, działającem także i na serce i na wielkie pnie naczyniowe. Skutek tych skojarzonych skurczów mięśniowych jest taki, iż przeciwdziałająca sobie siła mięśni wdechowych i wydechowych przy równoczesnem zamknięciu głośni utrwala w miejscu klatkę piersiową, która staje się w ten sposób stałym punktem oparcia dla ramion. Ponieważ większość mięśni ramion umocowana jest na łopatce, przy pracy koniecznym się staje znalezienie stałego punktu oparcia dla pasa barkowego. Staje się to z powodu skurczu mięśni równoległobocznych i zębatych, które przyciągają łopatkę w sposób już opisany. W tych warunkach powstaje wewnątrz klatki piersiowej wzmożone ciśnienie, które można zmierzyć, jeżeli się podczas wysiłku nie zamknie głośni, ale będzie wydychać do manometru. Czasami manometr wykazuje w takich chwilach bardzo wysokie ciśnienie i im większy jest wysiłek pracy, tem większe może być ciśnienie w manometrze. Stan

taki działa w znacznym stopniu na duże i małe krążenie. W chwili rozpoczęcia wysiłku, to jest w chwili wdechu, występuje większy dopływ krwi do krążenia płucnego, zwiększyć się także może dopływ krwi do lewego serca oraz ciśnienie krwi.

Natomiast w następnym okresie wzmożonego ciśnienia wewnątrz klatki piersiowej zahamowany jest odpływ krwi z wielkich pni żylnych do prawego serca, dopływ krwi do lewej komory jest zmniejszony. Krążenie obwodowe opaść może z tej przyczyny tak znacznie, iż nietylko zmniejszyć się może znacznie ciśnienie krwi, ale z powodu anemizacji mózgu wystąpić mogą objawy zapaści. Badania *Burgera* wykazały, że u ludzi zdrowych w chwili wzmożonego ciśnienia śródpiersiowego występuje nieznaczny spadek ciśnienia skurczowego, u osób o budowie astenicznej, szczególniej mających serce małe, spadek ten jest bardzo wybitny i dojść może do 70—80 mm Hg. W przypadkach tych tętno staje się ledwo macalne. U osób, których serce jest przerośnięte obniżenie ciśnienia jest nieznaczne. We własnych badaniach nad działaniem warunków doświadczenia *Valsalvy* na wielkość fali tętna i na pracę tętna również wykazałam, że u dość dużej ilości badanych osób objętość fali tętna zmniejsza się znacznie jako wyraz zmniejszonego dopływu krwi do lewego serca i że nawet w następstwie tego stanu rzeczy wystąpić mogą objawy zaburzeń krążenia w postaci drgawek klonicznych. Ważnem jest także spostrzeżenie uczynione również zapomocą metody bolometrycznej, iż z chwilą powrotu do prawidłowego sposobu oddychania powiększa się fala tętna, co jest znowu wyrazem wzmożonego dopływu krwi do serca, krwi, która poprzednio przy powiększonem ciśnieniu śródpiersiowem zatrzymana była w wielkich pniach żylnych. Spostrzeżenie to tłomaczy pewne zmiany stałe serca, w szczególności powiększenia prawej komory, które można spostrzegać u osób uprawiających często i z zamiłowaniem ćwiczenia cielesne, połączone z występowaniem wzmożonego ciśnienia śródpiersiowego, jak np. gimnastyka na przyrządach, pływanie i inne. W ostatnich latach zastosowano warunki doświadczenia *Valsalvy* do badania czynnościowego serca, badania, które miało wykazać, czy stwierdzone powiększenie serca wywołane jest przerostem czy rozszerzeniem. Serce powiększone głównie z powodu przerostu pod wzmożonem ciśnieniem śródpiersiowem nie zmienia swego kształtu, natomiast serce głównie rozszerzone wyraźnie się zmniejsza, również ma się zmniejszać w tych warunkach serce małe i wiotkie. Z badań własnych zdaje się jednak wynikać, iż nie można określić pewnej typu reakcji serca dużego lub małego na doświadczenie *Valsalvy*. Oddziaływanie to jest wielkością indywidualną zależną nietylko od wielkości i od kształtu, ale i od stopnia napięcia i od siły mięśnia sercowego, przyczem jest zrozumiałem, że naogół serca małe, a także serca o ścianach wiotkich gorzej muszą reagować na wzmożone ciśnienie śródpiersiowe.

Znaczenie badania reakcji serca na obciążenie próbą parcia lub inaczej mówiąc próbą *Valsalvy* jest znaczne. Nie mówiąc już o ćwiczeniach statycznych i wiele innych ćwiczeń odbywa się w tych warunkach. Należą do tego krótkie biegi, odbywające się często w okresie jednego wdechu, rzuty kulą i dyskiem, skoki o tyczce i t.d. We wszystkich tych ćwiczeniach moment największego wydatkowania siły, a więc chwila wyrzutu kuli lub dyska, chwila skoku odbywa się w warunkach doświadczenia *Valsalvy* przy utrwalonej klatce piersiowej. Zła reakcja serca na wzmożone ciśnienie wewnątrz klatki piersiowej może wywołać omdlenie czy zamroczenie, które w tych warunkach może mieć ciężkie, nie dające się obliczyć następstwa. Jeżeli zamroczenie świadomości wystąpi w chwili wykonywania ćwiczenia, np. w chwili skoku o tyczce, w chwili wspinania się w górę, może ono być przyczyną kalectwa, a nawet śmierci. Przypuszczają także, że wiele przypadków niewytłumaczonej nagłej śmierci podczas pływania lub nurkowania stoi w zależności od złej reakcji serca na wzmożone ciśnienie śródpiersiowe, które powstać może przy ruchach pływackich, szczególnie jeżeli pływak niedostatecznie nad swemi ruchami panuje. Oczywiście, iż lepiej jest stwierdzić zachowanie się serca przy wzmożonem ciśnieniu śródpiersiowem w czasie badania w pracowni, nawet jeżeli przy tem badany będzie miał niemiłe odczucia, a nawet jeżeli wystąpi zapaść, niż narazić go na podobną reakcję lecz w stokrotnie cięższych i niebezpieczniejszych warunkach w czasie wykonywania ćwiczenia.

Jak widać z tego same warunki mechaniczne w jakich ćwiczenie jest wykonywane wpływa w dużym stopniu na sposób oddziaływania ćwiczeń w stosunku do narządu krążenia, w szczególności w stosunku do serca. Bezporównania większe jest jednak ich oddziaływanie dzięki temu, że ćwiczenia cielesne, jak każda praca fizyczna, są bodźcem pobudzającym najpotężniej procesy oksydacyjne ustroju. Każdy choćby nieznaczny ruch fizyczny powiększa niezmierne zużycie tlenu i wydzielanie kwasu węglowego, równocześnie zwiększa się wentylacja płucna i szybkość obiegu krwi. Liczne wykonane w tym kierunku badania przez *Zuntza, Lövy'ego Mullera, Caspariego, Liljestranda, Stenströma, Lindharda, Duriga* i wielu innych wykazały znaczne wzmożenie procesów oksydacyjnych w czasie uprawiania ćwiczeń sportowych. Badania te wykazały między innemi, że pływanie, biegi narciarskie, wiosłowanie etc są ćwiczeniami najenergiczniej pobudzającemi wymianę gazową ustroju, Równocześnie jednakże stwierdzono i działanie przystosowania się ustroju do uprawianych ćwiczeń, gdyż, w miarę tego jak przy uprawianiu tego samego ćwiczenia zjawia się większa zręczność przez ograniczenie ruchów mięśniowych i wyłączenie ruchów niepotrzebnych, zmniejsza się zużycie tlenu i powstaje stan zaprawy. Jest to okres w którym ustrój doprowadzony jest do najwyższej wydajności pracy przy minimalnym zużyciu tlenu. Dlatego też przy wyczynach sportowych najmniejsze zużycie tlenu przy ćwiczeniach jest wyrazem najwyższej formy.

Większe zużycie tlenu przez pracujący ustrój jest ostateczną przyczyną wielkiego obarczenia serca przy pracy fizycznej. Nadmiar zapotrzebowania tlenu przez pracujące mięśnie jest pokryty większą pracą oddechową, ale serce jest motorem centralnym, któremu przypada w udziale pokrycie deficytu tlenowego w tkankach przez szybsze dostarczenie im większej ilości krwi, która ten deficyt tlenowy pokrywa. Od działania serca zależy także usuwanie powstałych w czasie pracy szkodliwych i zbędnych produktów wzmożonej przemiany materji. Większe obarczenie serca w czasie pracy fizycznej wyraża się większą szybkością obiegu krwi, większą częstością tętna, wyższym ciśnieniem krwi i wreszcie większą minutową objętością serca czyli większą ilością krwi, którą serce w ciągu minuty wyrzuca do krążenia. Przyczyny tych wszystkich zmian, w których współdziałają ze sobą złożone mechanizmy nerwowe, humoralne, fizyczne i fizykochemiczne, są złożone i ich istota jeszcze nie jest całkowicie wyświetlona. Same przyczyny przyspieszenia częstości tętna przy pracy nie są jednolite. Na początku pracy mają działać podniety pochodzące z kory mózgowej, które hamują nerw błędny, a podrażniają nerw współczulny. Wiekse napięcie nerwu współczulnego drogą nadnerczy prowadzi do większego wytrząsania adrenaliny do krwi, równocześnie na podwyższenie częstości tętna działa i wyższa w czasie pracy temperatura ciała.

Przyczyny podwyższenia ciśnienia krwi są również złożone. Działa tu przedewszystkiem wzmożony opór z powodu skurczu naczyń, tak żył jak i tętnic w dziedzinie nerwów trzewnych, występujący przy pracy mięśniowej, przyczynia się podniesienie minutowej objętości serca, a także może i zwiększone wydzielanie adrenaliny do krwi. Możliwe jest również, że duże znaczenie posiadają i czynniki nerwowe, często bowiem u osób, u których stwierdza się w zupełnym spokoju nizkie skurczowe ciśnienie przy podrażnieniu nerwowem się ono podnosi, np. u sportowców przed zawodami. Jak dalece podnosi się minutowa objętość serca po ćwiczeniu wykazują badania *Krogha, Lindharda, Liljestranda, Colletta, Hendersona, Haggarda* i wielu innych, którzy wykazali, że po intensywnych ćwiczeniach występuje bardzo znaczne powiększenie minutowej objętości serca, która może się stać wielokrotnie większą jak w spokoju. Przy tem ponieważ minutowa objętość podnosi się znacznie więcej jak częstość tętna, zwiększyć się może również znacznie i objętość poszczególnej fali. W szczególności przy pływaniu i przy wiosłowaniu stwierdzili *Liljestrand i Lindhard* większą minutową objętość serca, jak przy innych ćwiczeniach. Ponieważ oba te sporty należą do sportów ciężkich, które najbardziej pobudzają przemianę gazową, już z tego widać jak dalece stopień napięcia pracy i większej przemiany gazowej obarcza czynności serca. Ale tak samo jak przystosowanie się ustroju do pracy zmniejsza przemianę gazową, tak samo i przy odpowiedniej zaprawie zmniejsza się minutowa objętość serca przy wykonywaniu tego samego ćwiczenia. Natomiast w spokoju u ludzi

trenujących minutowa objętość serca jest stale powiększona jako wyraz przystosowania się krążenia do większych wysiłków.

Wzmożone krążenie nie mogłoby pokryć potrzeb ustroju w czasie pracy, gdyby mu nie sprzyjały mechanizmy obwodowe. Duże znaczenie posiada w tym kierunku lepsze wyzyskanie tlenu przez ustrój pracujący. U usób wytrenowanych to lepsze wyzyskanie tlenu przy pracy jest objawem stałym, utrzymującym się i po wysiłku i dlatego prawdopodobnie ludzie wytrenowani pokonywują większą pracę z mniejszym wysiłkiem, z mniejszem przyspieszeniem częstości tętna i z mniejszem powiększeniem minutowej objętości serca, niż ludzie niewytrenowani. Mechanizmy ułatwiające lepsze zużycie tlenu są również bardzo złożone. Dużą rolę odgrywa powiększenie się powierzchni oddającej tlen, gdyż jak wykazał *Krogh* w pracujących mięśniach nietylko się rozszerzają naczynia włosowate, ale i otwierają się nowe, normalnie zamknięte, naczynia włosowate. Ogromne powiększenie powierzchni oddającej tlen sprzyja lepszemu zużytkowaniu tlenu nietylko przez powiększenie powierzchni kontaktu między krwią a tkankami, ale także i przez to, że dzięki rozszerzeniu łożyska zwalnia się krążenie, co przedłuża kontakt między krwią a tkankami. Oprócz tego mechanicznego czynnika, ułatwiającego lepsze oddawanie tlenu, działają także i czynniki natury fizykochemicznej. Uciążliwa praca wywołuje pewne przesunięcie oddziaływania krwi w kierunku strony kwaśnej. Zmiany te powstające w czasie pracy, dające pewną przewagę jonom wodorowym, przyspieszają rozpad drobiny oksyhemoglobiny, co szczególne może mieć znaczenie dla pracującego mięśnia, w którym powstaje kwas mlekowy i kwas węglowy. Pozatem na łatwiejszą dyssocjację oksyhemoglobiny wpływa i większa ciepłota ciała, gdyż nawet nieznaczne podwyższenie ciepłoty zmniejsza zdolność wiązania tlenu przez krew.

Różnorodność zmian, które w czasie pracy wpływają na krążenie i zdolność przystosowania się krążenia do tych nowych i coraz to zmiennych warunków życia, jest może jedną z najbardziej zdumiewających właściwości ustroju ludzkiego. Pierwszym siedliskiem tych zmian jest centralny narząd krążenia — serce. Liczni badacze dawno już zwracali uwagę na kształt i wielkość serca nietylko u ludzi pracujących ciężko fizycznie, ale i u zwierząt. W końcu 18 wieku znaleziono, że serca zwierząt żyjących dziko, a więc używających więcej ruchu są cięższe od serc zwierząt oswojonych. Najcięższe serce wśród ssaków ma sarna, zwierzę najbardziej płochliwe a wogóle wśród kręgowców najcięższe serca mają mieć ptaki, a między nimi te, które najlepiej fruwają i najpiękniej śpiewają. Wynika z tego, że rozwój masy serca idzie równolegle w stosunku do tych właściwości, które wymagają rozwoju muskulatury. Dlatego też i u ludzi waga ciała ma o tyle wpływać na wagę serca, o ile rozwinięte są mięśnie. Przy jednakowej wadze ciała serce muskularnego mężczyzny ma więcej ważyć od serca kobiety ze słabo rozwiniętemi mięśniami; rzeźnicy, kowale, atleci mają mieć cięższe serca, niż ludzie z zawodów, nie wymagających ciężkiej pracy fizycznej.

Właściwość serca, która pozwala mu powiększać się w stosunku do ogólnego powiększania się masy mięśniowej wynika z kardynalnej życiowej właściwości mięśnia sercowego, ze zdolności przystosowania się. To przystosowanie jest ciągłe, zależne od zmiennych warunków życia i dlatego właściwie kształt i wielkość serca nie są wartościami stałemi lecz zmiennemi, które wykazują wahania zależnie od wypełnienia serca przedewszystkiem, ale na które wpływa również i położenie ciała. Zrozumiałem jest wobec tego, że i praca wpływa bezpośrednio na wielkość serca. Wprawdzie działanie pracy na wielkość serca w okresie samej pracy nie jest dokładnie stwierdzone, gdyż wykonane w tym kierunku badania dały wyniki niejednolite, natomiast wyraźniejsze i dokładniej zbadane są zmiany wielkości serca po pracy. Naogół w badaniach tych stwierdzono zmniejszanie się serca bezpośrednio po wysiłkach krótkich, po dłuższych i cięższych wysiłkach ma występować rozszerzenie serca. Im lepsza jest sprawność czynnościowa serca, tem silniej kurczy się ono przy obarczaniu pracą i dlatego zmniejszanie się serca po pracy jest dowodem jego wydolności. Jest to zresztą objaw częsty, który należałoby zaliczyć do sprawdzianów prawidłowej czynności serca. Natomiast występujące przy dłuższej pracy rozszerzenie serca można tylko tłomaczyć jego znużeniem.

W ostatnich czasach wielkiego rozwoju sportu szczególnie aktualne stało się zagadnienie oddziaływania poszczególnych sportów na wielkość serca. Zagadnienie to wywołało gorącą dyskusję w której jedni twierdzą, że ćwiczenia sportowe, jak każda praca fizyczna, muszą wywołać drogą fizjologiczną wyraźne powiększenie serca, inni natomiast znajdują, że każde wyraźniejsze powiększenie serca jest wyrazem jego rozszerzenia, wywołanego czy to zmęczeniem mięśnia sercowego, jego osłabieniem czy też zmianami natury patologicznej, tkwiącemi w samem mięśniu sercowym, a będącemi pozostałościami przebytych spraw infekcyjnych czy też wpływów natury toksycznej. Bardzo liczne badania zostały wykonane przez licznych badaczów w celu stwierdzenia działania poszczególnych sportów na wielkość serca u ludzi zupełnie zdrowych. Największe znaczenie posiadały tutaj przedewszystkiem te badania, w których wielkość serca oznaczono na licznym i dobranym materjale sportowców, uprawiających od dłuższego czasu ćwiczenia sportowe i uchodzących za wybitne jednostki w swej dziedzinie. Wyniki tych badań zdają się przemawiać za tem, że istotnie pod wpływem ćwiczeń sportowych występuje powiększenie serca. Jeżeli chodzi o działanie poszczególnych ćwiczeń to najznaczniejsze powiększenie serca stwierdzono u narciarzy, dalej szli w kolejnym porządku wioślarze, kolarze, pływacy, atleci, i turyści. Względnie nieznaczne powiększenie serca mieli lekkoatleci, gracze w piłkę nożną, ciężko atleci, prawie niezmienione miały być serca bokserów. W badaniach własnych, których wyniki ogłoszone są w Polskim Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, wykazałam również, że serca ludzi wytrenowanych, tak mężczyzn jak i kobiet, są naogół nieco, choć niezbyt znacznie, powiększone w stosunku do serc osób niewytrenowanych. Za wyraźnym działaniem intensywnie uprawianych ćwiczeń na wielkość serca przemawia dalej i następne spostrzeżenie, które wykazuje, że u rekordzistów, tak kobiet jak i mężczyzn, a więc u osób, które wyłącznie z dużym nakładem czasu uprawiają pewne określone ćwiczenia sportowe, wymiary serca są większe, jak w grupach osób nieuprawiających wcale ćwiczeń cielesnych i w grupie osób wytrenowanych. Badania te wykazały również, że serca polaków i polek w zależności od wagi są nieco większe od podawanych zwykle jako liczby normalne wyników autorów niemieckich (*Haudek, Deutsch i Kauf, Otten*), co może mieć pewne znaczenie praktyczne przy ocenie prawidłowej wielkości serca. Jeżeli porównać wielkość serca w stosunku do wagi ciała, do wieku, do wzrostu, i do obwodu klatki piersiowej, to na wielkość serca zdaje się najwyraźniej wpływać waga ciała i objętość klatki piersiowej, albo mówiąc innemi słowy, wymiar poprzeczny serca wzrasta w stosunku do wzrastającej wagi ciała i do wzrastającego obwodu klatki piersiowej. Jednakże te powiększenia serca, które można uważać jako fizjologiczny wynik intensywnego ćwiczenia cielesnego nie są nigdy, jak wynika z tych wszystkich badań, bardzo znaczne. W stosunku do liczb, uznanych jako prawidłowe nie przekraczają one mniej więcej 1 cm. Według innych autorów powiększenie serca, o ile się je uważa jako fizjologiczne, przystosowanie, są jeszcze mniejsze i nie dochodzą do jednego centymetra, znaczniejsze powiększenia mają być wyrazem zmiany patologicznej. Wiadomą jest jednak rzeczą, że u sportowców spotyka się często znaczniejsze powiększenia serca i że niejednokrotnie przebiegają one z przykremi objawami, które wymagają pomocy lekarskiej. W tych przypadkach właśnie trudne, ale równocześnie ważne jest orzeczenie czy stwierdzone powiększenie serca jest objawem fizjologicznego powiększenia i przystosowania się serca do większego wysiłku, czy też powiększenie jest wynikiem rozszerzenia się serca z powodu jego osłabienia. Ocena wielkości serca w tych przypadkach nie jest łatwa, gdyż warunki, w których występuje powiększenie serca z powodu pracy są złożone i stoją ściśle w związku z przemianą materji ustroju w czasie pracy.

Wiadomo, że w czasie pracy wytwarza się w pracujących mięśniach kwas mlekowy, wytwarza się w tem większej ilości, im większa jest praca. Przy pracy lekkiej zostaje on spalony w miejscu swego powstania, jednakże jeżeli praca jest cięższa i więcej kwasu mlekowego się wytwarza, wtedy przedostaje się on do krwi i we krwi podnosi się jego poziom nieraz bardzo znacznie, przesuwając przy ciężkich wysiłkach reakcję krwi w kierunku strony kwaśnej. Wiadomo jest również, że większa część powstałego w czasie pracy kwasu mlekowego zamienia się znowu na glikogen, energji zaś do tej resyntezy dostarcza częściowe spalanie kwasu mlekowego. Naogół krótki, a ciężki wysiłek prowadzi do znaczniejszego powiększenia

*) Polskie Arch. Med. Wewn. T. VIII. Z. 2. W cyklu artykułów drukowanych w Polskim Arch. Med. Wewn. p. t. „O działaniu ćwiczeń cielesnych na ustrój ludzi zdrowych i chorych" jest to samo zagadnienie szerzej omówione oraz podana odnośna literatura.

kwasu mlekowego we krwi, jak wysiłek dłuższy a mniej uciążliwy. Do najwyższego swego poziomu we krwi dochodzi kwas mlekowy dopiero około 8 minut po wysiłkach krótkoterminowych. Innemi słowy największe ilości kwasu mlekowego we krwi spotyka się w okresie spoczynkowym, następującym po wysiłku W tym też okresie spala się pozostała po pracy reszta kwasu mlekowego i powstaje t. zw. dług tlenowy. Długiem tlenowym nazywa się większe zużycie tlenu po pracy, wywołane koniecznością spalania resztującego kwasu mlekowego, podczas kiedy ilość tlenu zużyta w czasie samej pracy, przy której spala się, wytwarzający się stale w czasie pracy kwas mlekowy, łącznie z ilością tlenu zużytą w czasie wypoczynku określa się jako t. zw. requierment. Na jedno i na drugie wpływa znacznie je zmniejszając dobra zaprawa badanego. W związku z temi zmianami przemiany materji, powstającemi przy pracy, posiada dla czynności serca duże znaczenie, iż zasób zasad, który spada w czasie pracy, stając się o tyle mniejszym, o ile wytwarza się więcej kwasu mlekowego, w spokoju u osób wytrenowanych jest stale powiększony. Objaw ten jest wyrazem zmienionej koudycji, czyli przystosowania się ustroju do warunków, w których jest zmuszony do częstego zobojętniania produktów kwaśnych, powstających w czasie pracy. Jako dalsze następstwo pracy mięśniowej stwierdza się ponadto powiększenie potasu we krwi Powiększenie to ma być przejściowe przy pracy, jednakże u osób wytrenowanych poziom potasu we krwi ma być i w spokoju znacznie większy, niż u osób niewytrenowanych. W świetle badań współczesnych nad działaniem jonów Ca i K na układ współczulny i układ nerwu błędnego tłomaczy to wiele objawów spotykanych u sportowców, w szczególności ich nerwowość oraz spotykane tak często objawy wzmożonej pobudliwości nerwu błędnego, które nie pozostają bez wpływu i na czynność serca. Wyrazem np. większego napięcia nerwu błędnego są tak często spotykane u sportowców objawy, jak wzmożony dermografizm, skurcze naczyniowe, często sine, zimne nogi i ręce, łatwość pocenia się, zaparcia skurczowe, nadkwaśność żołądka, skurcze oddźwiernika etc. Obok tych objawów uderza niejednokrotnie wolna akcja serca i nizkie ciśnienie krwi.

Serce t. zw. nerwu błędnego jest duże, wiotkie, leżące, o wiotkich i słabych skurczach. Dzięki tej wiotkości ścian poddaje się ono łatwo wzmożonemu ciśnieniu wewnątrz klatki piersiowej. Tony serca są w tych warunkach ciche i głuche, gdyż siła skurczu jest słabsza, wytwarzanie bodźców dla skurczów serca w węźle zatokowym jest rzadsze i dlatego powstaje wolniejsza akcja serca, wreszcie wszystkie te czynniki prowadzą do niższenia ciśnienia krwi. Wpływ powiększenia ilości potasu we krwi na serce najlepiej jest ilustrowany działaniem wapnia i potasu na serce izolowane. Wapń przedłuża skurcz serca, powiększa siłę skurczu, zwiększa tonus mięśnia sercowego i opóźnia wystąpienie rozkurczu. Pobudzające działanie wapnia na serce zostaje zniesione przez działanie potasu, który przedłuża okres rozkurczu, a więc sprzyja lepszemu wypełnieniu serca i wolniejszej jego czynności. Zmiany warunków przemiany materji w czasie pracy sprzyjają rozszerzeniu serca, gdyż i zakwaszenie występujące przy pracy, nadmiar kwasu węglowego we krwi, niedostateczny dopływ tlenu i wzruszenia psychiczne działają w tym samym kierunku, a przyczyniają się do tego także i mechaniczne warunki pracy serca. Jak wiadomo z fizjologji mięśnia szkieletowego energja jego skurczu jest tem większa, im mięsień jest dłuższy. To samo prawo odnosi się do serca. Według *Starlinga* energja z jaką włókno sercowe się kurczy zależy również od jego długości, czyli inaczej mówiąc, od stopnia rozszerzenia serca. Serce wydolne a obarczone pracą opróżnia się według *Starlinga* całkowicie i wtedy, gdy przypływ krwi do niego jest większy, a nawet gdy wzrośnie opór, który ono musi przezwyciężyć. Oczywiście jeżeli opór, jaki spotyka skurcz zdrowego serca jest zbyt duży, albo też kurczliwość serca jest uszkodzona, wtedy po skurczu pozostaje w nim pewna zaległość, która jest przyczyną rozszerzenia serca i wydłużenia jego włókien. Rozszerzenie i większy dopływ krwi pozwalają utrzymać skurczowy rzut krwi na odpowiednim poziomie, jednakże z pewnem uszczupleniem siły zapasowej serca. W tych warunkach serce przerasta z powodu rozszerzenia i lepszego wypełnienia krwią, co równocześnie jest przyczyną jego większej pracy, silniejszego skurczu i związanych z tem procesów większej przemiany. Serce zdrowe i silne zachowuje się w tych warunkach podobnie do serca słabego, różnica między nimi będzie tylko ta, że serce zdrowe a nadmiernie obarczone pracą znacznie później zwiększy swą objętość, a więc później nadszarpnie swą siłę zapasową niż serce słabe, czyli, że serce zdrowe i silne znacznie później przerośnie niż serce słabe. Rozszerzenie bowiem serca jest miarą jego zmęczenia, a serce słabe znajduje się w położeniu serca zmęczonego. Posiada to duże znaczenie dla należytej oceny serca wybitnie ćwiczących sportowców, gdyż znaczniejsze powiększenie serca nawet wtedy, gdy pozostaje ono zupełnie wydolnem daje do myślenia, iż czerpie ono ze swej siły zapasowej i że przystosowanie nie jest tylko fizjologiczną reakcją. Z pewną więc rezerwą należy się zawsze odnosić do znaczniejszego powiększenia serca u osób uprawiających ćwiczenia sportowe, gdyż jak widać z poprzedzających wywodów tego rodzaju powiększenie jest wywołane nietylko przerostem więcej pracującego narządu, ale jest połączone z rozszerzeniem, będącem jakby wyrazem nadszarpnięcia siły zapasowej serca. Jednakże nawet powiększenie serca, nie wychodzące poza granice fizjologicznego przystosowania się do większej pracy, nie zawsze dowodzi, że serce takie jest bardziej wartościowe.

Klinika odnosi się z wielką nieufnością do wszelkich postaci przerostu serca i u wielu badaczy przeważa zdanie, że serce przerośnięte jest to zawsze serce upośledzone i pomimo doskonałego przystosowania ograniczone w swej wydolności. Przyczyny tego upośledzenia serca przerośniętego są bardzo różne. Stosunek powierzchni do masy w sercu przerośniętem jest niekorzystny, serce takie jest gorzej odżywiane, tem bardziej, że rozwój naczyń w sercu przerośniętem nie idzie równolegle do rozwoju mięśnia sercowego. Posiada to szczególne znaczenie jeżeli się uwzględni, że serce przerośnięte jest szczególniej wrażliwe na wszelkie zaburzenia w jego odżywianiu. Badania anatomiczne wykazały również, że wzrost układu nerwowego serca, szczególniej układu przedsionkowo komorowego, również nie idzie współmiernie z przerostem serca, co tłomaczy zaburzenia rytmu szczególniej występowanie skurczów dodatkowych, tak częste w przypadkach przerostu serca. Liczne są więc przyczyny, które mogą wywołać objawy patologiczne w sercach przerośniętych. Pomnąc na te zaburzenia nie można zapominać, że przerost serca powstaje szczególnie łatwo w wieku młodzieńczym i dlatego też w tym wieku koniecznem jest szczególnie ostrożne dawkowanie ćwiczeń cielesnych. Ostrożność ta jest wskazana głównie w tych przypadkach gdzie przerost serca był stwierdzony u innych osób tej samej rodziny, gdzie istnieje więc już pewna dyspozycja do powstania przerostu.

Rozszerzenia serca powstałe z powodu nadmiernego uprawiania ćwiczeń cielesnych cofają się dość szybko po odpowiednim wypoczynku. W tych też przypadkach, gdzie stwierdza się u sportowców objawy chorobowe ze strony narządu krążenia najlepszym środkiem leczniczym jest zastosowanie odpowiednich przerw wypoczynkowych ze szczególnem uwzględnieniem ogólnej hygieny życia. Właściwa trudność stanowi jednak stwierdzenie chwili, w której stan dobrego wytrenowania, zaprawy, i przystosowania się ustroju do wysiłku przechodzi w stan zmęczenia.

Do lekarza zwracają się często dwa typy sportowców. Jedni to ludzie nerwowi, pobudliwi choć o dobrze rozwiniętych mięśniach. Już w spokoju stwierdza się u nich znaczne przyspieszenie częstości tętna, ciśnienie skurczowe mają podwyższone. Po pracy przyspieszenie częstości tętna jest znacznie większe jak być powinno, ciśnienie krwi również podnosi się zbyt wysoko, po przerwaniu ćwiczenia tętno uspakaja się powoli. Jak wiadomo prawidłowa reakcja tętna i ciśnienia krwi po ćwiczeniu próbnem stosowanem dla badania wydolności narządu krążenia (15 przysiadów wykonanych w ciągu 15 — 20 sek) wykazuje powrót częstości tętna do normy, stwierdzonej przed ćwiczeniem, w ciągu 1 do 3 minut, nieznaczne podwyższenie ciśnienia krwi nie przekraczające 10 — 20 mm Hg, czasami obniżenie ciśnienia rozkurczowego. Często osoby te mają najprzeróżniejsze dolegliwości wśród których przeważają skargi na kołatanie serca, uczucie bólu w okolicy serca, duszność, szybkie męczenie się przy ćwiczeniu, czasami brak apetytu, bezsenność, spadek wagi. Badanie kliniczne w tych przypadkach najczęściej poza wzmożoną pobudliwością nerwową, przyspieszoną,

gwałtowną akcją i głośnemi tonami serca żadnych zmian patologicznych nie wykazuje, czasami stwierdza się u podstawy serca szmery skurczowe o charakterze szmerów przypadkowych, w innych przypadkach występuje w pozycji leżącej szmer skurczowy nad zastawką dwudzielną i wzmocnienie drugiego tonu nad tętnicą płucną jako wyraz czynnościowej niedomykalności zastawki dwudzielnej na tle osłabienia mięśni brodawkowatych. Są to najczęściej osoby, które uprawiały ćwiczenia sportowe w sposób niewspółmierny do swoich sił, najczęściej bez odpowiedniego i umiejętnego kierownictwa sportowego, bez odpowiedniej hygjeny życiowej, należytego wypoczynku i odżywiania, i u których na tle zmęczenia wystąpiły objawy chorobowe. W tych przypadkach konieczne jest przedewszystkiem zwrócenie uwagi na hygienę życia, unormowanie godzin snu, wypoczynku, zwrócenie uwagi na odżywianie i wreszcie co najważniejsza, po odpowiedniej przerwie wypoczynkowej w ćwiczeniach, udzielenie odpowiednich wskazówek co do rodzaju i sposobu w jaki należy ćwiczenia uprawiać. Nie wszystkie ćwiczenia i nie wszystkie sporty się dla wszystkich nadają, w szczególności jednakże, jeżeli chodzi o należyte wyzyskanie czynników zdrowotnie dodatnich, które łączą się z racjonalnie uprawianemi ćwiczeniami, konieczna jest ścisła współpraca lekarza z kierownictwem ćwiczeń cielesnych i sportowych. Świadczy to o dziwnem niezrozumieniu działania ćwiczeń sportowych jeżeli, jak to się dość często widzi, osoby wątłe i słabe, nerwowe, o słabo rozwiniętej klatce piersiowej, zostają włączane do osad regatowych albo uprawiają sporty ciężkie, które szczególnie przy niesprzyjających warunkach życia, jeszcze bardziej tą konstytucjonalną słabość ustroju uwydatnią. W tych warunkach fałszywe stosowanie i nieodpowiedni dobór rodzaju ćwiczeń i sportów w stosunku do potrzeb jednostki mogą przynieść tylko szkodę, podczas kiedy umiejętne zastosowanie ćwiczenia w tych samych warunkach może mieć działanie zbawienne przez to, że podniesie kondycję ustroju naturalnie słabego. Umiejętne stosowanie ćwiczeń sportowych musi być jednakże poprzedzone gruntownem klinicznem zbadaniem każdego ćwiczącego, musi się opierać na dokładnej anamnezie jego życia dotychczasowego ze szczególnem klinicznem uwzględnieniem przebytych chorób zakaźnych i musi się opierać na równie dokładnej znajomości właściwości i oddziaływania poszczególnych ćwiczeń cielesnych. Szczególnie karygodną wprost rzeczą jest lekceważenie przebytych chorób zakaźnych. Największe znaczenie z pośród chorób zakaźnych posiadają oczywiście takie cierpienia jak ostry gościec stawowy, szkarlatyna, błonica, angina. Jednakże nie można lekceważyć i pozornie banalnych infekcji, lekko przebiegających stanów gorączkowych o których u każdego ćwiczącego powinien wiedzieć lekarz klubowy i kierownik ćwiczeń w celu wskazania w tych przypadkach odpowiednich przerw w ćwiczeniach Ta ścisła kontrola lekarska jest równie potrzebna u osób stojących na wysokim poziomie zaprawy sportowej. Należą oni do drugiej kategorji sportowców szukających porady lekarskiej.

I u tych często atletycznie zbudowanych ludzi występują dolegliwości przedewszystkiem natury ogólnej Zjawia się uczucie szybkiego zmęczenia po ćwiczeniu, często występuje spadek wagi, znika apetyt i sen staje się gorszy, wreszcie występują tak jak w poprzednim przypadku dolegliwości ze strony serca. Czasami zjawiają się bóle w okolicy serca, czasami przykre uczucia przerw w czynności serca, chwilami występuje uczucie duszności. Towarzyszy temu stanowi niejednokrotnie przewlekłe zaparcia stolca, dolegliwości ze strony żołądka, jednakże objawem dominującym są dolegliwości sercowe. Badanie kliniczne wykazuje niejednokrotnie w tych przypadkach przy doskonałej budowie i wspaniale rozwiniętych mięśniach, świetnie rozwiniętej i ruchomej klatce piersiowej, mniejsze lub większe powiększenie serca. Często jednakże serce wyraźnie powiększone nie jest, ale uderzenie koniuszkowe jest podnoszące, zaokrąglone co mówi o przeroście serca, tony serca bywają głuche i ciche, drugi ton nad aortą jest często wyraźnie zaakcentowany, czasami metaliczny. W pewnych przypadkach stwierdza się stwardnienie tętnic obwodowych. Akcja serca jest powolna, nierzadkie są przypadki w których częstość tętna na minutę wynosi 44—50 uderzeń, ciśnienie krwi jest nizkie, liczba oddechów na minutę również jest zwolniona. Czasami osoby takie pocą się silnie, mają ręce i nogi zimne i sine, wreszcie pomimo doskonałej budowy są bardzo nerwowe.

Badanie czynnościowe tak jak w poprzednim przypadku wykazuje znaczniejsze niż należy przyśpieszenie tętna i znaczniejszy wzrost skurczowego ciśnienia krwi, szczególnie, jeżeli się uwzględni, że w spokoju i jedno i drugie jest mniejsze w stosunku do normy. W tych przypadkach dolegliwości chorobowe powstały na tle przystosowania się ustroju do wielkich wysiłków, przystosowania które jednak wykracza już poza granicę zmian fizjologicznych i wchodzi w dziedzinę patologji. I tutaj tak jak w poprzednim przypadku najodpowiedniejszym środkiem leczniczym pod którego działaniem znikają objawy chorobowe jest zastosowanie koniecznego wypoczynku, którego trwanie musi być o tyle dłuższe, o ile stwierdzone zmiany są poważniejsze. Po usunięciu przyczyny, która doprowadziła do zmian ogólnych i, zmian krążenia znika po krótszym czy dłuższym czasie, którego oczywiście szematycznie oznaczyć nie można, zwolnienie tętna a często i nadmierne obniżenie ciśnienia krwi, znikają subjektywne dolegliwości, a reakcja czynnościowa serca po ćwiczeniu staje się prawidłową. Zniknąć może także albo się przynajmniej zmniejszyć powiększenie serca jeżeli wywołane było rozszerzeniem z powodu zmęczenia. Bywa jednak i tak, że i po zastosowaniu należytego odpoczynku pozostaje powiększenie serca, a oczywiście pozostają i zmiany naczyniowe o ile były poprzednio stwierdzone. W tych przypadkach zmiany chorobowe ustroju, powstałe bezpośrednio pod działaniem ćwiczeń cielesnych, ale mając może swe głębsze podłoże we właściwościach konstytucyjnych, dziedzicznych i innych, wymagają, jeżeli chodzi o ćwiczenia cielesne, stosowania tego rodzaju ćwiczeń i sportów, któreby nietylko nie pogarszały, ale przeciwdziałały dalszemu rozwojowi objawów chorobowych. Wchodzi to już w dziedzinę leczniczego oddziaływania ćwiczeń cielesnych.

Résumé.

Eleonore Reicher. **Coeur des sportsmans.**

Dans ce travail - Doctoresse *Reicher* discute d'une manière détaillée le sujet d'un grand interêt actuel. D'abord elle prend en considération l'influence du sport en général sur le coeur, ensuite l'effet de ses divers genres en particulier. Elle pose la question, si les exercices sportives provoquent la dilatation seulement ou la vraie hypertrophie du coeur. L'auteur s' arrête plus longtemps sur cette question et nous donne le tableau clinique des altérations cardiaques dues aux sports.

Ensuite — Dr. *Reicher* récommande un contrôle médical continuel des sportsmans et exige qu'ils soient soumis à un examen qualificatif habile, minutieux et faisant l'attention spéciale sur l'anamnèze (maladies infectieuses). L'auteur exige aussi que l'opinion du médecin soit décisive en ce qui concerne le genre des exercices sportives, permises à un sujet donné.

Pour terminer, Dr *Reicher*-décrit les grandes lignes du traitement des altérations cardiaques ches les sportsmans.

Założony w 1888 roku

INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY

D-ra TADEUSZA STĘPNIEWSKIEGO

Warszawa, Zielna 11. **Telefon 37-65, Konto P.K.O. 22.378.**

SZCZEPIENIE NA MIEJSCU DZIEŃ CAŁY. ŚWIADECTWA DO SZKÓŁ.

INSTYTUT WYRABIA KROWIANKĘ
W ZAWIERALNIKACH 1° ,5° i 10°. SZCZEPIENNYCH.

Szczepionkę wysyła się na prowincję za zaliczeniem pocztowem lub też w celu zmniejszenia porta po otrzymaniu należności przez P. K. O.

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

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Podstawy leczenia dyspepsyj. (Les bases de la thérapeutique des dyspepsies). P. Savy. *Le Journ. de méd. de Lyon. Nr. 242 1930.*

Autor omawia tylko te postaci zaburzeń żołądkowych pod nazwą dyspepsji, gdzie nie ma ani raka, ani wrzodu żołądka, bez względu na to, czy dane zaburzenia powstają na tle zapalenia błony śluzowej żołądka, czy też chodzi tu jedynie o zmiany czynnościowe. Autor podejmuje powiedzenie *Lasègue'a*, że dyspepsja ma miejsce tam, gdzie chory cierpi i skarży się. Istnieją dwa typy skarg w dyspepsji: 1) skargi na uczucie pełności, gniecenia w żołądku i 2) ból ostry, pieczenia, „uczucie kwasów w żołądku". Mylne jest, według autora, zapatrywanie, że typ pierwszy odpowiada brakowi kwasu solnego w żołądku i niedowładowi (atonji) żołądka, podczas gdy typ drugi odpowiada nadkwaśności i hyperkinezji żołądka. Sprawa ta jest bardziej powikłana a odpowiednie leczenie nie powinno się opierać na przypuszczalnych, a nawet stwierdzonych, zaburzeniach ruchowych i wydzielniczych żołądka, lecz na stwierdzeniu przyczyn tych zaburzeń. Przyczyny te bardzo często leżą poza żołądkiem. Przy stwierdzeniu braku tych przyczyn leczenie zaburzeń żołądkowych opierać się winno przedewszystkiem na leczeniu uspokajającem, które złagodzi podrażnienie splotu słonecznego, ono bowiem jest winą powstania cierpień chorego.

Autor sądzi, że nowoczesne metody badania chemizmu żołądka odwróciły uwagę lekarzy od ścisłej obserwacji klinicznej, do której należy powrócić, by leczenie dyspepsji oprzeć na leczeniu przyczynowem, a nie objawowem. I tak np. według autora zespół bólowy późny nie jest skutkiem nadkwaśności żołądka nawet tam, gdzie nadkwaśność istnieje. Ból ten towarzyszy skurczowi mięśniówki żołądka, a zwłaszcza odzwiernika (*Soupault*), wskutek nadwrażliwości wtórnej lub pierwotnej śluzówki żołądka; zmiany w wydzielaniu (ewentualna nadkwaśność) pojawia się później i jest tylko wtórnem zjawiskiem. Zespół senzacyj, jak uczucie pełności, wzdęcia lub ucisku w żołądku również nie powstaje na tle niedokwaśności lub rozszerzenia żołądka, ani też toksycznych fermentacji w żołądku (co ma miejsce tylko w organicznych zwężeniach odźwiernika), ale zespół ten, podobnie jak i inne towarzyszące mu objawy, obłożenie języka, bóle i zawroty głowy i t. p. — odnieść należy przedewszystkiem do zaburzeń w czynności wątroby. Co się tyczy wreszcie t. zw. dyspepsji nerwowej, to autor przestrzega przed nadużywaniem tego rozpoznania, gdyż wielu bardzo postaciom dyspepsji towarzyszą zaburzenia natury nerwowej. O dyspepsji nerwowej mówić można wówczas dopiero, gdy wykluczono z całą pewnością wszystkie te cierpienia, które wtórnie mogą wywołać zaburzenia żołądkowe. Wreszcie autor omawia poszczególne dyspepsje według następującego podziału:

A. Dyspepsje wywołane błędem djetetycznym.

Przyczyny polegają według autora na nadużywaniu chleba, zbyt szybkiem połykaniu pokarmów, niedostatecznie pożutych, nieregularnem przyjmowaniu pokarmów, nieodpowiedniej jakości pokarmów (przyrządzenie potraw), nadużyciu alkoholu, tytoniu, leków i t. p. — Leczenie polega na usunięciu błędów powyżej wymienionych.

B. Dyspepsje wtórne.

Przyczyny są rozmaite: 1. Schorzenia dróg żółciowych, są bardzo często przyczyną dyspepsji zwłaszcza należy zwrócić uwagę na utajoną postać tych schorzeń, które mogą być maskowane przez inne cierpienie, w tym przypadku niekoniecznie wywołujące zespół bólowy żołądka, jak np. opuszczenie żołądka. Pod utajoną postacią przebiegają często zapalenia przewlekłe woreczka żółciowego bez kamieni. W tych przypadkach leczenie skierować należy przeciw zaburzeniom dróg żółciowych (nawet zabieg chirurgiczny), a nie przeciw dyspepsji, jako takiej.

2. Podobnie i inne schorzenia wątroby, a zwłaszcza niedomoga wątroby i anafilaksja pokarmowa są przyczyną dyspepsji wtórnej. Dyspepsja ta objawia się najczęściej wzdęciem żołądka po przyjęciu pokarmów, bólem głowy (zwłaszcza potylicy) nudnościami, zaburzeniami, wynikającemi z chwiejności układu wegetatywnego. Chorzy ci cierpią często na pokrzywkę, swędzenie skóry, dychawicę i t. p. Przyczyną tych stanów jest szczególnie często nadwrażliwość na mleko, jaja i inne ciała białkowe. Leczenie polega na usunięciu pokarmów szkodliwych, względnie na metodzie odczulania przez podawanie małych dawek peptonu doustnie, w połączeniu z magnezją, na 1 godzinę przed przyjęciem posiłku.

3. Marskość wątroby w okresie początkowym, zwłaszcza u alkoholików, jest również niekiedy przyczyną dyspepsji wtórnej, objawiającej się wzdęciem brzucha, brakiem apetytu, a nawet poważnem wychudnięciem, co każe niekiedy przypuszczać istnienie nowotworu żołądka. Brak innych cech marskości utrudnia rozpoznanie. Znaczenie rozpoznawcze przypisać należy pojawianiu się lekkich obrzęków na stopach, lekkiemu zażółceniu powłok i białkówek, krwawieniu z dziąseł, podwyższonemu współczynnikowi *Maillard'a*. Leczenie; jak w marskości wątroby, rokowanie poważne.

4. Zapalenia wyrostka robaczkowego, zwłaszcza utajone, są bardzo często przyczyną dyspepsji. Tu należy zwrócić uwagę przedewszystkiem na wywiady, przyczem poszukiwać należy objawów słabych podrażnień wyrostka, które mogły ujść uwadze chorego. Sama tkliwość lub bolesność punktu *Mc-Burneya* nie wystarcza, aby rozpoznać przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego. Badanie bolesności pod ekranem jest szczególnie wskazane. Leczenie hygieniczne odpowiednie (djeta, gorące okłady i t. d.) niekiedy nie wystarcza, wówczas doradzać można zabieg operacyjny.

5. Przewlekłe, wytwórcze zapalenie otrzewnej. (Peritonitis plastica, chronica) umiejscowione nawet daleko poza żołądkiem bywa przyczyną dyspepsji wtórnej. Leczenie polega przedewszystkiem na naświetlaniu słońcem, gdyż natura tego cierpienia jest najczęściej gruźlicza. Autor nie przypisuje wielkiego znaczenia przewlekłemu zaparciu stolca, jako przyczynie powstania dyspepsji; sądzi raczej, że zaparcie stolca i dyspepsja mają tę samą przyczynę. To samo odnosi się do niektórych zaburzeń jelitowych np. — entero-colitis muco-membranacea. Wreszcie i przepuklina w linji białej (hernia epigastrica) jest, według autora, nie tyle przyczyną powstania dyspepsji, ile niewinnem cierpieniem, anomalją, towarzyszącą tylko przypadkowo dyspepsji. Natomiast obecność pasorzytów jelitowych może być przyczyną powstania dyspepsji; leczenie klasyczne.

6. Niektóre dyspepsje powstają wtórnie na tle schorzeń nerek, dróg moczowych i narządów kobiecych. Leczenie powinno być przyczynowe. Tu autor podkreśla, że opuszczeniu nerki nie przypisuje wielkiego znaczenia w powstawaniu dyspepsji, wbrew dotychczasowemu mniemaniu. Natomiast zwrócić należy uwagę na utajoną postać kamicy nerkowej, wodonercze, zapalenie miedniczek nerkowych.

7. Istnieją wreszcie wtórne dyspepsje towarzyszące cierpieniom narządów klatki piersiowej, rozmaitym zakażeniom, i intoksykacjom zewnątrz i wewnątrz pochodnym. Tu należą dyspepsje gruźlików, chorych na choroby serca (zastoina), mocznicę, chorobę *Addisona*, *Basedowa*, niedokrewność, cukrzycę i t. p. jakoteż dyspepsje ludzi otłuszczonych i chorych na dnę, co jednak częściej jest wynikiem błędów djetetycznych. Leczenie powinno być i przyczynowe i objawowe.

C. Dyspepsje nerwowe

Współistnienie zaburzeń nerwowych i dyspepsji nie usprawiedliwia jeszcze rozpoznania dyspepsji nerwowej. Nerwową dyspepsję rozpoznawać można tam jedynie, gdzie spotykamy dyspepsję przy braku jakichkolwiek zmian w żołądku i w tych narządach wewnętrznych, które mogą być przyczyną powstania dyspepsji wtórnej (patrz wyżej), przy współistnieniu natomiast zaburzeń nerwowych, począwszy od prostej wrażliwości nerwowej, aż do ciężkich stanów neurastenicznych, a nawet psychicznych. Punkty wyjścia dla powstania dyspepsji nerwowej są rozmaite, autor podkreśla, że niejednokrotnie wina leży po stronie lekarzy i otoczenia, wskutek mylnego rozpoznania opuszczenia żołądka i t. p. co jest przyczyną ustawicznego leczenia, często niedostatecznego odżywiania, przyjmowania nadmiaru rozmaitych leków i t. d. Stan takich chorych szybko pogarsza się. Nieraz chodzi tu o pewne konstytucyjne zaburzenia lub też zaburzenia w czynności gruczołów dokrewnych. Odpowiedniem leczeniem jest psychoterapja, zmiana trybu życia, ewentualnie nawet odosobnienie chorego.

D. Opuszczenie żołądka.

Autor omawia tu mianownictwo: przemieszczenie poprzeczne, wydłużenie, rozszerzenie, opuszczenie żołądka, poczem dochodzi do wniosku, że najczęściej chodzi raczej o współistnienie opuszczenia żołądka i dyspepsji z powodu tej samej przyczyny, lub też dyspepsja powstaje wskutek nadwrażliwości zwoju słonecznego, a nie opóźnienia opróżniania się żołądka, lub w końcu dyspepsja wywołana jest inną przyczyną (dyspepsja wtórna) przy istniejącem opuszczeniu żołądka.

E. Powikłania etjologiczne.

Ponieważ mogą istnieć rozmaite przyczyny dyspepsji, autor zaleca następujące wskazówki: 1. Nie poprzestawać na stwierdzeniu jako przyczyny dyspepsji schorzenia oczywistego jak np. nerka ruchoma, zapalenie przydatków i t. p., lecz poszukiwać schorzeń utajonych, zwłaszcza wątrobowych, wyrostka robaczkowego i t. p. 2. Nie przeceniać znaczenia opuszczenia żołądka, gdyż często chodzi tu o utajone cierpienie dróg żółciowych, zwłaszcza u kobiet. 3. Natomiast należy zwrócić szczególną uwagę na ewentualne istnienie anafilaksji pokarmowej. 4. Należy strzec się przed zbyt pochopnem rozpoznawaniem dyspepsji nerwowej, i rozpoznawać ją tylko po dłuższej obserwacji i dokładnem badaniu chorego we wszystkich kierunkach.

Leczenie dyspepsji powinno być przedewszystkiem przyczynowe. Dopiero do takiego leczenia dołączyć należy leczenie uspakajające, skierowane przeciw nadwrażliwości zwoju słonecznego: odpowiednia, lekkostrawna djeta, spokój, gorące okłady na nadbrzusze, podawanie leków jak: zasady, bismuth, belladonna i t. p.

Zapalenie tętnic pochodzące z zapaleń żył (Arterites à point de départ veineux) M. Labbé, J. Heitz i Gilbert-Dreyfus. *Arch. des mal. du coeur etc. Nr 5, 1930.*

Zapalenia naczyń kończyn opanowują zwykle bądźto układ tętniczy, bądźteż żylny, np. zapalenie tętnic pochodzenia kiłowego lub cukrzycowego przebiegają bez zmian w układzie żylnym, natomiast zapalenie żył pochodzenia zakaźnego nie dotyka tętnic. Zasada ta jednak posiada wyjątki. I tak np. w zapaleniu tętnic u osobników młodych, na co zwrócił uwagę *L Bürger*, wykazać też można zmiany w układzie żylnym. *Gallavardin i Devic* wykazują od roku 1920, że zmiany żylne w przebiegu zapalenia tętnic nie należą do rzadkości. Podobne przypadki spostrzegali też autorowie, na dowód czego przytaczają odpowiednie historje choroby.

U kobiety lat 68 wystąpiły objawy chromania przestankowego, a następnie silne bóle w kończynie, na której stwierdzić można było daleko posunięte objawy zapalenia żył, pochodzące ze sprawy chorobowej, przebytej przed kilkudziesięciu laty (hysterectomia z powodu włókniaków macicy). Kończynę amputowano, a badanie anatomo-patologiczne i drobnowidowe kończyny wykazało względnie świeże zmiany w tętnicy udowej (zaczopowanie) oraz ska

nalizowany blok włóknisty na miejscu towarzyszącej żyły. Pozostałe zmiany pozwalają na potwierdzenie przypuszczenia, że zapalenie tętnicy powstało na tle zmian żylnych. (Obszerna historja choroby i opis zmian chorobowych podane są w pracy).

Autorowie przytaczają w krótkości jeszcze dwa podobne przypadki i zwracają uwagę na konieczność badań oscylometrycznych u osobników chorych na zapalenie żył. Badanie takie pozwala na wczesne rozpoznanie zmian w tętnicach i odpowiednie leczenie, które w sprawach początkowych daje dobre wyniki: podawanie cytrynianu sodu, leczenie insuliną, angioxylem, acetylcholiną, fizjoterapją, wreszcie postępowanie chirurgiczne: sympathectomia perifemoralis.

Radjoterapja choroby Hodgkina (La radiothèrapie de la maladie de Hodgkin) Ch. Aubertin, P. Thoger-Rozatet Robert-Lévy. *Arch. des maladies de coeur etc. Nr. 5, 1930.*

Choroba Hodgkina (lymphogranulomatosis maligna) rozpoczyna się zazwyczaj obrzękiem gruczołów (najczęściej karku), lub objawami ze strony śródpiersia, lub opłucnej. Omawiany zespół chorobowy posiada 5 cech: powiększenie gruczołów powierzchownych i głębokich, powiększenie śledziony, objawy skórne (swędzenie, ślady podrapań, a nawet nacieki, małe, charakterystyczne guzki), gorączka typu stałego przez 15 dni poczem ciepłota opada do 37 lub 38°C na przeciąg 2 do 3 tygodni, by znowu się podnieść; (typu przerywanego, podobna do gorączki hektycznej; znacznie rzadziej gorączka stała), zmiany we krwi (leukocytoza obojętnochłonna z eozynofilją). Choroba Hodgkina nie leczona prowadzi bezwarunkowo do śmierci, bądźto wskutek powikłań, bądźteż z powodu charłactwa. Czas trwania choroby wynosi od jednego do sześciu lat. Zmiany drobnowidowe w gruczołach wykazują znaczną wielopostaciowość komórek i obecność tzw. komórek Sternberga.

Leczenie.

Autorowie zwracają uwagę na konieczność mierzenia ciepłoty przed i podczas naświetlania, nawet u osobników niegorączkujących. W razie istnienia gorączki należy bardzo ostrożnie naświetlać, lub nawet przerwać leczenie. Gorączka pojawiająca się po każdem naświetlaniu pogarsza rokowanie. Niezbędne jest również kontrolowanie obrazu krwi, gdyż pod wpływem naświetlania zmniejsza się leukocytoza, a nawet dojść może do leukopenji, wówczas leczenie należy przerwać. Pod wpływem naświetlań pojawić się może także niedokrewność, którą należy zwalczać środkami pomocniczymi. Wreszcie należy zwrócić uwagę na konieczność częstego badania moczu, gdyż podczas leczenia wydziela się znaczna ilość produktów, pochodzących z rozpadu tkanek, co może wpłynąć niekorzystnie na nerki. Z tego też względu zaleca się dbałość o obfitą diurezę.

1. Naświetlanie prom. Rentgena. Po opisie filtrowania promieni i pól naświetlań autorowie radzą naświetlać energicznie (dawka skórna 2,000 do 3,000 R na gruczoły powierzchowne i 4,000 do 6,000 R na gruczoły głębokie) w ciągu 15 do 30 dni. Po upływie 2 — 3 miesięcy, nawet w razie braku nawrotu, należy naświetlać dalej połową pierwszej dawki, w razie nawrotu lepiej jest powtórzyć pierwszą dawkę. Wreszcie należy dalej prowadzić leczenie co 6 miesięcy w przeciągu conajmniej dwu lat połową pierwszej dawki. Wrazie trudności należy naświetlać raz na rok przez parę lat. W razie naświetlań należy zwrócić uwagę na nawroty choroby w innych miejscach, zwłaszcza w kościach, (zmiany te leczą się bardzo dobrze) na skórze, w układzie nerwowym i w narządach wewnętrznych.

2. Curieterapja. Leczenie naświetlaniem zapomocą radu mniej jest rozpowszechnione, a wskazania ograniczają się do przypadków odpornych na działanie promieni Roentgena, lub też do przypadków niezdolnych do transportu. Autorowie opisują szczegółowo sposób przeprowadzania naświetlań radem.

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.

3. Leczenie zapomocą torium X, dostępne dla każdego lekarza, posiada szczególne znaczenie. Leczenie to nadaje się dla chorych niezdolnych do transportu, w czasie przerw między naświetlaniem prom. Rentgena, dla chorych gorączkujących lub wynędzniałych. Leczenie polega na cotygodniowem wstrzykiwaniu wzrastających dawek torium. Dawka początkowa wynosi 150 — 200 mikrogramów. Serja składa się z 4 do 6 wstrzykiwań. Leczenie powyższe wpływa bardzo korzystnie, szczególnie na swędzenie skóry oraz na spadek leukocytozy.

Wyniki radioterapji.

Leczenie naświetlaniem wywołuje rozpad komórek gruczołów, przyczem wynik ten jest tem szybszy, tem bardziej zupełny, im komórka jest młodsza, a zatem w początkach choroby. Gruczoł naświetlany zamienia się w zbitą tkankę łączną. W okresie choroby dalej posuniętej, gdy ogólny stan chorego jest już upośledzony i znaczna liczba gruczołów chorobowo zajęta — leczenie daje mniej dobre wyniki. Lecz i tu można otrzymać pewną poprawę, wyrażającą się w zwolnieniu tempa przebiegu i opóźnieniem zejścia śmiertelnego. Jedynie przypadki wysoko gorączkujące dają złe rokowanie, gdyż przebieg cierpienia jest tu ostry.

Należy podkreślić, że w leczeniu choroby *Hodgkina* jedynie radioterapja dać może poprawe stanu, opóźnienie zejścia śmiertelnego, a nawet wyleczenie, ponieważ zaś wynik tego leczenia zależy od okresu choroby, przeto należy dążyć do możliwie wczesnego ustalenia rozpoznania i możliwie rychłego rozpoczęcia leczenia naświetlaniami w sposób energiczny odpowiedni.

Zmiany chorobowe wątroby i gruźlica. (Hépatisme et tuberculose). J. Paviot i P. Croizat. *Le Journal de Méd. de Lyon, Nr. 241, 1930.*

W ostatnich czasach zwrócono szczególną uwagę na zachowanie się wątroby w przebiegu gruźlicy płuc, stosując rozmaite metody badania. Już dawniej jednak wielu autorów, jak np. *d'Andral, de Louis, de Cruveilbier* i inni podnosili istnienie stłuszczenia wątroby w przebiegu gruźlicy. *Monnisset i Bonnamour* stwierdzili w 89% zmiany w wątrobie na stole sekcyjnym, które były rozmaitego stopnia. Ciż sami autorowie zaznaczają, że obok wyraźnych za życia zmian wątrobowych, które są przyczyną wielu skarg ze strony chorych, istnieją też postaci utajone cierpień wątroby: chodzi tu o dużą, miękką wątrobę, tkliwą przy ucisku, której istnienie daje złe rokowanie w gruźlicy.

Praca *Aubertina*, oparta na licznych i żmudnych badaniach laboratoryjnych czynności wątroby w przebiegu gruźlicy płuc (badanie czynności glukogenetycznej, glukuronowej, mocznikowej, wydzielanie błękitu metylenowego, doświadczenie na urobilinurję, wydzielanie żółci, hemoklazję pokarmową, wskaźnik *Maillarda*, odczyn *Hey'a* itp.) wykazuje rozmaite zaburzenia ze strony wątroby. Autor ten skłania się do przyjęcia tezy o anergji wątrobowej w gruźlicy zwłaszcza, że w przebiegu zapalenia przewlekłego wątroby z płynem w jamie brzusznej i z żółtaczką u ludzi dorosłych wykazać można ujemny wynik odczynu skórnego z tuberkuliną w 60%, słabo dodatni w 30%, wyraźnie dodatni w 10%.

Obok powyższych badań należy zwrócić uwagę na zespół chorobowy, zwany przez *Bazina* artretyzmem, następnie na herpetyzm *Lancereaux'a*, oraz na diathesis congestiva, które to stany chorobowe od bardzo dawna zestawiano z gruźlicą. Jedni autorowie przypisywali gruźlicy o typie artretycznym przebieg ostry (*Portal*), inni — łagodny (*Morton* i *Musgrave*), mówiąc nawet wprost o antagoniźmie między gruźlicą a artretyzmem (*Herard, Cornil i Hanot*). Później jednak zaczęto winić gruźlicę, jako zakażenie, o zdolność tworzenia stanów artretycznych (*Poncet, Leon Bernard* i inni). *Poncet, Teissier i Roque* sądzą nawet, że 50% przypadków przewlekłych zmian stawowych rozwija się na tle gruźlicy. *Sabourin* sądzi, że przeważna liczba przypadków gruźlicy o typie artretycznym ze skłonnościami do krwotoków i krwioplucia jest wyrazem istnienia pełnokrwistości (plethora) powstałej wskutek nadmiernego odżywiania się chorych. *Sabourin* daje przykłady na poparcie swej tezy. *Dumarest* sądzi, że skłonność do krwotoków i krwioplucia spotyka się u chorych na gruźlicę typu włóknistego o łagodnym przebiegu, na tle szczególnej wrażliwośc naczyniowo-ruchowej u neuro-artretyków, to samo tłomaczenie przyjmują ostatnio *Besançon i Jacquelin*.

Ostatni kongres w Vittel skłonił się do przyjęcia tezy *Mouricanda*, że t. zw. artretyzm dziecięcy jest właściwie wyrazem zaburzenia w czynności wątroby, dalsze badania zdają się też zmierzać do uważania całego, szeroko pojętego, zespołu „artretyzmu," za zaburzenia rozmaitej natury, ze szczególnem uwzględnieniem zaburzeń w czynności wątroby, anafilaksji i układu wegetatywnego.

Autorowie przytaczają pracę *Oliviera*, który w swej tezie (z kliniki prof. Paviota) podał wyniki badań nad stanem wątroby u kobiet, chorych na gruźlicę postępującą i na gruźlice łagodnie przebiegającą. W grupie pierwszej (gruźlica postępująca) na 7 przypadków stwierdzono tylko 2 razy nieznaczne skargi na zaburzenia natury „artretycznej:" egzema na ręce, pokrzywka. Natomiast wszystkie chore posiadały dużą wątrobę, wrażliwą na ucisk. W grupie drugiej (gruźlica łagodna) stwierdzono we wszystkich przypadkach takie objawy, jak migrena, pokrzywka, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, napadowe bóle w okolicy wątroby, chwiejność naczyniowo-ruchową (krwioplucia), i tp,. Badania laboratoryjne dotyczące czynności wątroby u tych chorych nie dały jednobrzmiących wyników, wątroba była powiększona.

Autorowie podkreślają ostrość i gwałtowność występowania objawów chorobowych wynikających z hepatyzmu u chorych na łagodną gruźlicę, przy braku zmian podmiotowych ze strony wątroby oraz wątpliwych wyników badań laboratoryjnych. Autorowie tłómaczą te objawy ich naturą anafilaktyczną, przyczem okresowo zmienny stan wątroby gra rolę raz uczulającą, innym razem rolę wyzwalającą objawy uczulenia.

Częstość występowania omawianych objawów natury „artretycznej," a właściwie wywołanych zmianami w wątrobie, w szczególności zaś występowanie krwotoków lub krwioplucia u chorych na łagodną, włóknistego typu, gruźlicę skłania autorów do zwrócenia uwagi na mylne rozpoznanie gruźlicy tam, gdzie jej niema. Podtym względem *Lancereaux* podaje liczne przykłady krwotoków lub krwioplucia natury durowej, które nieraz uważane były za krwioplucia gruźlicze, zwłaszcza, że nad płucem, w miejscu krwioplucia, stwierdzić można było rzężenia

a na ekranie przesłonięcie ograniczone. Przypadki te w czasie dalszej obserwacji wykazywały swą prawdziwą naturę,: dnę, a chorzy dożyli późnego wieku bez okazywania jakiegokolwiek objawu gruźlicy. Autorowie skłaniają się do zdania *Lancereaux'a*.

Z powyższych przykładków i rozważań wynika: rozmaite objawy hepatyzmu mogą towarzyszyć gruźlicy o łagodnym przebiegu, lub też, w pewnych przypadkach, mogą maskować swą naturę i sprowadzać rozpoznanie na mylne tory gruźlicy nieistniejącej. Pod względem rokowania, istnienie zmian, ujętych nazwą hepatyzmu, wskazuje raczej na dobrotliwy przebieg gruźlicy, gdyż w gruźlicy postępującej szybko stwierdzamy brak objawów hepatyzmu, a natomiast istnieje poważne schorzenie wątroby, charakteryzujące się dużą, gładką, miękką wątrobą, tkliwą na ucisk, oraz pozorne zaburzenia wątroby, które wykazać można różnymi metodami badań laboratoryjnych. Należy też podkreślić, że objawy hepatyzmu są względnie łatwo podatne odpowiedniemu leczeniu: jak podawanie belladonny, hydrastis, środków żółciopędnych, leczenie odczulające itp.

Encephalitis typhosa. (L'encéphalite typhique). J. Chalier i R. Froment. *Le Journ. de med. de Lyon- Nr. 230. 1930.*

Autorowie podają, że mimo stosowania nakłucia lędźwiowego (zastosowanego poraz pierwszy przez *Quincke'go* (1890) długi czas historja zapalenia mózgu była złączona z historją ropniaka mózgu. Teza *Chartriera* inspirowana przez *Comby'ego*, głosząca o istnieniu zapalenia mózgu ostrego, lecz nie ropnego, nie znalazła zwolenników. Dopiero w czasie wojny zajęto się pilnie obrazem nagminnego zapalenia mózgu (encephalitis epidemica) i poznano różnorodność objawów tej choroby. Autorowie nie znaleźli w literaturze francuskiej wzmianki o ostrem zapaleniu mózgu, wywołanem przez laseczkę *Ebertha*.

Obserwacja autorów dotyczy dziewczyny 22 letniej, która cierpiała na typowy dur brzuszny. Po dwu-tygodniowej wysokiej gorączce. w czasie której cierpiała na bezsenność, ciepłota spadła do stanu podgorączkowego (38°C). Wówczas wystąpiły majaczenia i niepokój tak znaczny, że chorą musiano związać. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało brak zmian chorobowych (2 ciałka białe w komorze *Nageotte'a*, cukru 0,70‰, białka 0,35‰). Następnego dnia objawy chorobowe jeszcze się wzmogły, bez zmian przedmiotowych ze strony układu nerwowego, z wyjątkiem zaznaczonego obj. *Kerniga* i lekkiej sztywności karku, natomiast w płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzono 500 ciałek białych, cukru 0,80‰, białka 0,20‰, osad wykazał obecność 90% kom. wielojądrzastych obojętnochłonnych, 10% limfocytów. Posiew płynu pozostał jałowy; świnki morskie zmian nie wykazały, odczyn Wass. w pierwszym płynie dodatni, w drugim — ujemny. — Objawy chorobowe ustępowały niebawem a kilkakrotne badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazały również znikanie komórek aż do stanu prawidłowego.

Autorowie podkreślają, że powyższe zmiany w płynie mózgowordzeniowym, zmieniające się nieraz z dnia na dzień, są charakterystyczne dla zapalenia mózgu, gdyż dowodzą one istnienia stanu zapalnego oponowego aseptycznego (état méningé puriforme aseptique—*Widal*) pod czem ukrywa się w głębi zapalenie mózgu. Autorowie nadmieniają, że niepokój psychiczny majaczenie i t. p. nie dają się wytłomaczyć gorączką (stan zaledwo podgorączkowy), intoksykacją i t. p.

W dalszej części pracy swej autorowie podają w skróceniu historje chorób z piśmiennictwa francuskiego, w których występowały objawy, przemawiające za durowem zapaleniem mózgu, choć autorowie tych ogłoszonych przypadków nie rozpoznawali zapalenia mózgu. Na podstawie tych przypadków można odróżnić różne postaci zapalenia mózgu w durze brzusznym.

1. Postać oczno-psychiczna: przypadek *Delabet'a i Marcandier'a*. Chora podczas duru skarżyła się na podwójne widzenie, często zasypiała podczas jedzenia. Niebawem wystąpiła lekka ptoza, coraz bardziej się zwiększająca, strabismus, nystagmus, znaczny niepokój ogólny. Płyn mózgo-rdzeniowy: bez zmian (raz badany). W drugim przypadku *Lemierre'a, Chay'a i Colled'a*, wystąpiły majaczenia, niepokój i porażenie nerwów ruchowych oka prawego. Płyn mózgo-rdzeniowy bez zmian. Autorowie zaznaczają, że takie porażenia mogą mieć inne podłoże, tu jednak chodziło o zapalenie mózgu.

2. Postać psychiczna, przypadek *Courtris-Suffet'a i Garnier'a* wykazywał majaczenia i halucynacje wzrokowe i słuchowe oraz ogólny niepokój. Autorowie uważają za podejrzane o zapalenie mózgu te przypadki, w których objawy psychiczne występują późno lub w okresie zdrowienia. Niekiedy po wyzdrowieniu mogą pozostać trwałe stany psychiczne z utratą pamięci, manją i t. p.

3. Porażenia połowicze i objawowa afazja może powstać w durze brzusznym też z powodu zmian w tętnicach mózgowych, chorób nerek, zapaleń wsierdzia i t. p. Część jednak ogłoszonych przypadków odnieść można do zapalenia mózgu na tle durowem, jak np. przypadek *Barie'go* i *Lian'a*, w którym dokonano nakłucia lędźwiowego i stwierdzono obecność 1 — 2 komórek na polu widzenia, w parę dni później liczba komórek wzrosła do 10 na polu widzenia. Objawy chorobowe ustąpiły niebawem.

4) Padaczka objawowa i jako pozostałość po zapaleniu mózgu durowem. Przypadek autorów ogłoszony w r. 1911. Obok padaczki objawowej wywołanej intoksykacją istnieje padaczka wywołana zmianami w mózgu natury zapalnej.

5) Zespół móżdżkowo-spastyczny jest bardziej znany, gdyż objawy te zbliżają się do objawów myelitis typhosa (ostra niezborność—ataksja). Chodzi tu o drżenie, nystagmus, asynergję, obok czego występują też objawy spastyczne. Stany te znikają po paru tygodniach lub miesiącach, niekiedy jednak nie ustępują. Przytem wystąpić mogą zaburzenia psychiczne.

6) Postaci utajone i poronne durowego zapalenia mózgu. Tu należą typhopsychozy tj. postaci psychiczne, które odnieść należy do zapalenia mózgu na tle duru brzusznego, przy całkowitym prawie braku innych objawów klinicznych duru. W celach rozpoznawczych należy wykonać posiew krwi, w przypadkach śmiertelnych. sekcję. Przypadki te uważać można za cerebro-tyfus i na nie powinni zwrócić uwagę przedewszystkiem psychiatrzy. Do tej grupy autorowie zaliczają też stany oponowe na tle duru, w których płyn mózgowo-rdzeniowy wykazuje liczne komórki i brak jakichkolwiek drobnoustrojów. Wreszcie autorowie zastanawiają się nad istotą odurzenia (typhus), któremu towarzyszą wyżej opisane właściwości płynu mózgowo rdzeniowego, przyczem wypowiadają przypuszczenie, że i tu chodzić może o słaby stopień zapalenia mózgu na tle duru brzusznego.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA

Leczenie operacyjne wgłobienia jelit u dorosłych, polegające na wycięciu odcinka wgłobionego poprzez naciętą ścianę odcinka wgłobiającego. (Au sujet du traitement de l'invagination intestinale chez l'adulte. De la resection du boudin à travers la gaine). Delore i De Girardier. *Journ. de Chirurgie XXXV — Nr. 5, maj r. 1930.*

Wybór tego czy innego sposobu operacyjnego w przypadkach wgłobienia samoistnego jelit u dorosłych, ostrego lub też przewlekłego, zależy prawie wyłącznie od zmian anatomicznych, jakie znajduje chirurg po otwarciu brzucha.

Metodą z wyboru, dającą najmniejszą śmiertelność pooperacyjną, jest odgłobienie jelita wgłobionego; jednakże sposób ten znajduje swoje zastosowanie tylko w tych przypadkach, w których to odgłobienie udaje się wykonać bez żadnych trudności. W przeciwnym razie uciec się trzeba do jednego z następujących zabiegów.

Jeśli odcinek wgłabiający wykazuje cechy zgorzeli lub też miejsca chociażby tylko podejrzane w tym kierunku, należy wykonać wycięcie całego chorego odcinka jelita (wgłobionego i wgłabiającego) ewentualnie — jeśli stan chorego nie pozwala na wycięcie — można wyłonić cały ten odcinek nazewnątrz i wtórnie wykonać przetokę kałową. Wycięcie, w przypadkach wgłobienia do kątnicy i okrężnicy, daje dużą naogół śmiertelność pooperacyjną.

Wreszcie tam, gdzie odcinek wgłabiający jest mało zmieniony, bez śladów obumarcia, autorowie wykonują wycięcie tylko odcinka wgłobionego. Wykonanie tego zabiegu jest następujące.

Cięcie brzucha zwykle pośrodkowe, Po osłonięciu bardzo dokładnem pola operacyjnego serwetami od pozostałej części jamy otrzewnowej, nacina się podłużnie ścianę odcinka wgłabiającego, zaczynając na 1 — 2 palce poprzeczne od pierścienia wgłobienia i idąc w kierunku szczytu odcinka wgłobionego — na przestrzeni 5 — 6 cm. Przez otwór ten wyciąga się nazewnątrz cały odcinek wgłobiony, zaciska go u podstawy dwoma kleszczykami *Doyena*, a powyżej odcina i odrzuca. Następnie, podwiązuje się przeciętą krezkę, zawartą w kikucie odcinka wgłobionego, zdejmuje się zaciskadła *Doyena*, zeszywa się kilkoma szwami węzełkowemi obie współśrodkowo ułożone ściany kikuta odcinka wgłobionego ze sobą (tak, żeby przylegały do siebie swą powierzchnią otrzewnową) i. wreszcie, zamyka się szwem 3-piętrowym ranę w odcinku wgłabiającym. Poczem, paroma szwami węzełkowemi ustala się kiszkę w pierścieniu wgłabiającym i brzuch zaszywa się doszczętnie.

Autorowie operowali w ten sposób pięć przypadków wgłobienia krętniczo-kątniczo-okrążnicowego i we wszystkich otrzymali wyleczenie zupełne i trwałe ,bez nawrotu pomimo wieloletniej obserwacji.

Objawy kliniczne i leczenie wzdęcia samoistnego gazami poszczególnych odcinków kiszki grubej. (Les douleurs segmentaires de l'aérocolie). Le Clerc. *La Presse Méd. Nr. 48, czerwiec 1930.*

Nadmierne wypełnienie kiszki grubej gazami jest naogół schorzeniem częstem, które dotyczy w pierwszym rzędzie mieszkańców miast o siedzącym trybie życia i podkładzie neuropatycznym. Łączy się ono zwykle z nadmierną zawartością gazów w żołądku i z tak zwaną aerofagją. Obraz kliniczny tego cierpienia, na który składają się bóle i wzdęcia brzucha, mdłości, odbijania, brak apetytu, zaparcia, rozwolnienia, wreszcie — bóle przeponowe i duszność przy wysiłkach fizycznych, jest dobrze znany,

Autor pracy niniejszej zwraca uwagę na te jednak postacie powyższego schorzenia, w których wzdęcie gazami uległy tylko poszczególne odcinki kiszki grubej, np. kątnica z wyrostkiem, zagięcie wątrobowe, zagięcie śledzionowe. Te przypadki bywają nieraz źródłem pomyłek rozpoznawczych i dlatego zasługują na specjalne omówienie.

Wzdęcie kątnicy daje bóle podobne do wyrostkowych, ale w zapaleniu wyrostka bóle są częstsze, zwłaszcza po chodzeniu, mamy bolesność uciskową na prawym talerzu biodrowym i inne objawy.

Wzdęcie gazami okolicy zagięcia wątrobowego okrężnicy powoduje bolesność prawej okolicy lędźwiowej i bóle II i III kręgu lędźwiowego, szerzące się czasami do pępka, do pachwiny prawej i nawet do moszny.

Wzdęcie okolicy zagięcia śledzionowego daje objawy analogiczne (bóle lewej okolicy ledźwiowej), tylko słabiej zaznaczone.

Charakterystycznem dla powyższych objawów bólowych jest to, że ucisk danej okolicy nie tylko nie nasila bólów, ale nawet czasami je łagodzi, a bóle ustępują nagle wśród charakterystycznego burczenia i następowego ewentualnego odejścia gazów nazewnątrz. Stan ogólny bywa zupełnie dobry— w przeciwieństwie do wzdęcia gazami na tle zmian organicznych (zrosty, załamania kiszek). U chorych takich spotyka się nierzadko umiarkowanego stopnia opuszczenie trzew.

Leczenie powyższych stanów polega na unormowaniu diety (niepaleniu tytoniu, powolnem i dokładnem przeżuwaniu pokarmów, ograniczeniu pokarmów mącznych, zwłaszcza zup mącznych, sosów i pokarmów tłustych), na zwalczaniu nerwowości, ćwiczeniach fizycznych, natryskach zimnych i ciepłych, ewentualnie — podawaniu węgla, belladonny i ciepłych okładach na brzuch. Podawanie środków czyszczących jest w tych razach raczej szkodliwe.

Arterjografja kończyn, wykonana przy pomocy wstrzyknięcia do odpowiedniej tętnicy jodku sodu. (Artériographie des membres avec l'iodure de sodium — sa valeur dans les artérites et gangrènes). Charbonnel i Massé. *Bordeaux Chirurg. Nr, 1, kwiecień 1930.*

Autorowie wykonali to badanie w 21 przypadkach zgorzeli i zakrzepowego zapalenia tętnic kończyn i otrzymali przytem cały szereg bardzo efektownych, wyraźnych obrazów pnia tętniczego wraz ze wszystkiemi jego nawet najdrobniejszemi rozgałęzieniami (naturalnie, przy zachowaniu ich drożności). Przy zastosowaniu innych środków, np.

lipjodolu, obraz ten nie jest tak wyraźny, gdyż drobne gałązki tętnicze nie zostają tu — ze względu na właściwości fizykalne lipjodolu — tak dokładnie uwidocznione.

Arterjografja pozwala na wyciąganie zupełnie pewnych wniosków co do drożności tętnic i tętniczek danej kończyny, w przeciwieństwie np. do oscillometrji, która zawodzi tam, gdzie tętnice są sztywne i niepodatne. Zaznaczyć tu jednakże należy, że dane, osiągnięte zapomocą arterjografji, mówią jedynie o stanie anatomicznym tętnic i tętniczek, tak jak wyniki oscillometrji mówią tylko o ich stanie dynamicznym, właściwie statycznym.

Arterjografja oddaje duże usługi przy ustalaniu rozpoznania cierpienia i przy wyborze odpowiedniego leczenia, np. zachowawczego, czy też operacyjnego (amputacja); pozwala również na określenie w sposób zupełnie dokładny poziomu, na jakim należy wykonać amputację.

Przeciwskazaniem do wykonania arterjografji jest zgorzel wilgotna i zgorzel ze znacznem zakażeniem otoczenia (zapaleniem naczyń chłonnych), jak to bywa np. w przypadkach cukrzycy.

Wykonanie zabiegu jest bardzo proste, wstrzykuje się jodek sodu do tętnicy, wypreparowanej w znieczuleniu miejscowem, lub wprost poprzez skórę. Powikłań nie bywa nigdy, najlepsze wyniki osiągnięto, wstrzykując jodek sodu w roztworze 25%.

Udoskonalone zastosowanie bakterjofaga w chirurgicznych zakażeniach skóry i tkanki podskórnej (Anesthésie locale et bactériophagie). Jacquemaire. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie Nr. 21, czerwiec 1930.*

Autor stosuje leczenie bakterjofagiem ropni, czyraków, czyraków mnogich i zastrzałów (panaritium) — od wielu lat z wynikiem bardzo dobrym, gdyż wyleczenie otrzymywał zwykle w 1 — 6 dni i to bez pozostawiania widocznej blizny. Nacisk kładzie na używanie do tego celu bakterjofaga świeżego 48-godzinnego. Jedyną wadą tej metody leczniczej była jej wielka bolesność, uwarunkowana wstrzykiwaniem leku do tkanek zmienionych zapalnie i napiętych. Dlatego też obecnie autor poprzedza wprowadzenie bakterjofaga do tkanek wstrzyknięciem odpowiedniej ilości 5% tutokainy, która, z jednej strony nie traci swego działania znieczulającego w tkankach zapalnych, z drugiej, nie oddziaływuje szkodliwie na samego bakterjofaga i nie hamuje procesu bakterjofagji,

Technika zabiegu. W przypadku ropnia podskornego lub ropnia sutka wprowadza się igłę poprzez skórę zdrową do jamy ropnia i wstrzykuje się kilka kropel 10% tutokainy; po 15—30 sekundach (znieczulenie nastąpiło znpełne) wypuszcza się ropę i wprowadza na jej miejsce odpowiednią ilość bakterjofaga, którą wkrótce również się wypuszcza możliwie całkowicie (pozostaje tylko cienka warstwa leku na ścianach ropnia).

W przypadkach czyraka pojedyńczego lub mnogiego nastrzykuje się samo ognisko chorobowe i najbliższe jego otoczenie 5% tutukainą, stopniowo posuwając się od powierzchni wgłąb i pozostawiając w każdem miejscu po parę kropel środka znieczulającego. Zaraz potem wprowadza się w te same miejsca bakterjofaga. Już na drugi dzień zwykle wydziela sie nieco większa ilość ropy i następnie wstrzyknięcia leku bywają prawie bezbolesne tak, że znieczulenie uprzednie tutokainą staje się zbędne. Jeśli chodzi o zastrzały, to można stosować albo sposób podany wyżej dla czyraków, albo też znieczulić ognisko chorobowe przez wstrzyknięcie tutokainy w sposób zwykły okrężnie u podstawy palca; bakterjofaga wprowadza się zawsze po możliwie dokładnem opróżnieniu ogniska chorobowego z ropy.

Szlam Ług Borowina

Ciechocińskie

Najlepsze krajowe lecznicze środki kąpielowe umożliwiają przeprowadzenie skutecznych kuracji domowych chorym

NA:

WADLIWĄ PRZEMIANĘ MATERJI. CHOROBY UKŁADU NERWÓW. ARTRETYZM. REUMATYZM. i t. p.

świetne w leczeniu

PRZEWLEKŁYCH I ZAPALNYCH CHORÓB KOBIECYCH.

Uwaga: Najskuteczniejsze są kąpiele ze szlamu i z ługu

Najprzyjemniejsza djetetyczna, radjoczynna gazowana CIECHOCIŃSKA STOŁOWA WODA DO PICIA Nr. 8

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH APTEKACH I SKŁADACH APTECZNYCH.

Wyłączna reprezentacja.

Towarzystwo Handlowo - Przemysłowe

„REAL"

Warszawa Widok 24. — Tel. 85.30 i 513-05.

Uwagi w sprawie wstrzykiwań dożylnych stężonych roztworów chlorku sodu w przebiegu ostrej niedrożności jelit. (A propos des récentes discussions sur le role du chlorure de sodium hypertonique dans l'occlusion intestinale. Essai d'interprétation). Denis. *La Presse Méd. Nr. 54, lipiec 1930.*

Panuje, zdaniem autora, pewne pomieszanie pojęć w sprawie tłumaczenia działania leczniczego stężonych roztworów chlorku sodu w ostrej niedrożności jelit i w związku z tem, niedość dokładne określenie wskazań do stosowania tego leku.

Przyczyną śmierci wskutek ostrej niedrożności jelitowej bywają dwa czynniki: a) jeden — to tak zwana sterkoremja, czyli zatrucie ustroju treścią jelitową, która zostaje wchłonięta przez zmieniony drobnowidzowo nabłonek śluzówki; nabłonek ten w warunkach prawidłowych jest dla treści jelitowej, w jej postaci trującej, nieprzepuszczalny.

Sterkoremja w ostrej niedrożności jest prostą funkcją stopnia uszkodzenia tego nabłonka; b) drugi czynnik — to spadek stężenia chlorków we krwi, właściwy niedrożnościom, umiejscowionym wysoko, w przebiegu których ustrój traci nadmiernie chlorki w następstwie obfitych wymiotów i zalegania treści jelitowej powyżej przeszkody.

Oba te czynniki składają się na zejście śmiertelne w różnym stopniu, zależnie od umiejscowienia i charakteru przeszkody w kiszkach. Zaznaczyć tu jeszcze należy, że chlorek sodu — poza jego właściwością utrzymania pewnej równowagi fizykochemicznej płynów tkankowych — ma własności ogólne antytoksyczne, ułatwiające ustrojowi zwalczanie różnych jadów i trucizn (np. KJ, kokaina Na Br), co zostało już wielokrotnie potwierdzone klinicznie i doświadczalnie. Pewną ilość trucizny, czy też jadów, ustroj znosi znacznie łatwiej, kiedy jest podana z odpowiednią dawką chlorku sodu, niż bez niej. A więc i sterkoremja jest mniej groźna dla ustroju, kiedy ten ostatni ma do swej dyspozycji dostateczne zapasy chlorku sodu, niż kiedy te zapasy są na wyczerpaniu (spadek stężenia chlorków we krwi).

W przypadkach niedrożności umiejscowionej nisko, na pierwszy plan w obrazie klinicznym występują objawy sterkoremji; stężenie chlorków we krwi bywa tutaj naogół prawidłowe. Wstrzyknięcie w tych razach stężonego roztworu chlorku sodu może dać poprawę stanu ogólnego chorych ze względu na jego działanie ogólno-antytoksyczne, pobudzające ruch robaczkowy jelit, moczopędne i zakwaszające.

Inaczej jest w przypadkach niedrożności wysokiej, w których ciężki stan chorych jest uzależniony w pierwszym rzędzie od spadku zawartości chlorku sodu we krwi. Tutaj wstrzyknięcie stężonego roztworu chlorku sodu da natychmiastową i pewną poprawę.

Po uwzględnieniu powyższego jasnem się staje, że nie w każdym przypadku ostrej niedrożności jelit owe wstrzyknięcie chlorku sodu okaże się skutecznem, gdyż możemy mieć do czynienia z choremi z tak daleko posuniętą sterkoremją, że wogóle już niema dla nich ratunku.

Uwagi w sprawie stosowania terapji fizykalnej — diatermji, naświetlań pozaczerwonych i ultrafioletowych. (Observations cliniques et notes critiques de physiothérapie). Thièlemans: *Brunxelles - Médical, Nr. 30, maj 1930.*

I. Diatermja wywołuje w tkankach, jak wiadomo, silne przekrwienie i rozpulchnienie, będące następstwem ich przegrzania. Efekt leczniczy powyższego jest następujący: ujścia gruczołów i uchyłków rozszerzają się i ich zawartość łatwo zostaje wydalona nazewnątrz (np. w przewlekłych zapaleniach cewki moczowej i sterczu), a zawarte w tkankach produkty chorobowe ulegają szybszemu wchłonięciu do krwiobiegu (przewlekłe zapalenia stawów, zrosty powyrostkowe, przewlekłe zapalenia macicy i przydatków, zrosty oplucnowe, zapalenia nerwów). Próby stosowania diatermji w celach bakterjobójczych u chorych na rzeżączkę czynną (przy obecności dwoinek w wydzielinie z cewki) zawiodły, a stan tych chorych ulegał z reguły raczej pogorszeniu, w przeciwieństwie do przypadków przewlekłych, w których obecności dwoinek w wydzielinie nie stwierdzono.

Dodatnie wyniki osiągano również po zastosowaniu diatermo-koagulacji w przypadkach czyraków pojedyńczych i mnogich. Usuwano w ten sposób odrazu tak dokuczliwy dla chorych ból, pomijając już to, że przecinając tkanki nacieczone nożem diatermicznym, unika się otwierania szczelin i naczyń chłonnych, któremi zakażenie mogłoby się szerzyć dalej.

Działanie naświetlań promieniami pozaczerwonemi jest wyłącznie powierzchowne i dlatego ich stosowanie na ogniska chorobowe, głębiej położone, jest bezcelowe. Autor wzmacniał działanie diatermji naświetleniami pozaczerwonemi przy pomocy lampy Sollux z filtrem manganowym i otrzymywał dobre wyniki w przypadkach dużych krwiaków, stłuczeń bolesnych, rwy kulszowej, lumbago.

Stosując naświetlania (zwłaszcza ogólne) promieniami ultrafioletowemi, należy zawsze uprzednio określić wrażliwość na nie danego chorego, która może być krańcowo różna — od zupełnej prawie niewrażliwości do bardzo dużej. Działanie lecznicze tych naświetlań jest powolne, wynik leczniczy staje się widocznym zwykle dopiero po dłuższym czasie od ukończenia całej kuracji.

Choroba Addisona stanowi przeciwskazanie do naświetlań ultrafioletowych, gdyż można tu otrzymać szybkie pogorszenie aż do zejścia niepomyślnego włącznie.

Przyczynek do leczenia operacyjnego raka tarczycy. (Cancer de la thyroïde. Thyroïdectomie totale). Pauchet i Hirchberg. *Bull. et Mem de la Soc des Chirurgiens de Paris Nr. 10, czerwiec 1930.*

Autorowie spostrzegali chorą lat 52, u której wole, datujące się od wielu lat, w ostatnich miesiącach zaczęło się wyraźnie powiększać i twardnieć. Rozpoznano raka i w znieczuleniu miejscowem wycięto prawie całą tarczycę. Przebieg pooperacyjny bez większych powikłań. Zaraz po operacji zaczęto podawać chorej chlorek wapnia i wyciąg tarczycowy. Chora opuściła klinikę jako wyleczona.

Rak tarczycy powstaje zawsze z istniejącego uprzednio gruczolaka (adenoma), który w 4% ulega zwyrodnieniu rakowemu. Rozpoznanie histologiczne raka bywa tutaj czasami niesłychanie trudne, często dopiero stwierdzenie nacieczenia nowotworowego pochewki gruczołu albo przenikania komórek gruczołowych do światła naczyń umożliwi stwierdzenie złośliwości wola. Rokowanie w raku tarczycy jest zawsze poważne, gdyż zwykle operuje się zbyt późno. Jednakże w przypadkach wczesnych, na drodze możliwie doszczętnego wycięcia całej tarczycy można zachować chorą przy życiu na długie lata. Naturalnie chora taka musi stale otrzymywać do końca preparaty tarczycowe. Jeśli przestrzegać doszczętności zabiegu, to nawroty zdarzają się rzadko (nawet jesli przy operacji pozostawiono na miejscu drobne cząstki gruczołu).

W przypadkach nienadających się już do operacji, albo tam, gdzie nie wykonano całkowitego wycięcia tarczycy, można jeszcze liczyć na poprawę po naświetlaniach radowych. Ale rad należy stosować naogół bardzo ostrożnie i po bezwzględnie pewnem stwierdzeniu histologicznem złośliwego charakteru wola, gdyż w przypadkach wola z objawami nadczynności tarczycy można po naświetleniu radem spowodować szybkie nasilenie się tej nadczynności i nawet śmierć chorego.

Stłuczenie worka przepuklinowego, powikłane pęknięciem kiszki. (Deux cas de contusion herniaire avec éclatement d'une anse grêle. Laparotomie. Une mort. Une guérison). Chabrut. *Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chirurgie, Nr. 22, lipiec 1930.*

Mechanizm chorobotwórczy tego schorzenia nie jest zupełnie jasny. Według zdania jednych, chodzi tu o zmiażdżenie kiszek miedzy przedmiotem, powodującym uraz, a poziomą gałęzią kości łonowej (wszystkie ogłoszone przypadki wyżej omawianego schorzenia dotyczyły przepukliny pachwinowej).

Według innych — bezpośrednią przyczyną pęknięcia kiszki jest jest nagły wzrost. pod wpływem urazu, ciśnienia zawartych w niej gazów. Każdy człowiek w chwili otrzymania urazu brzuchu napina odruchowo jego ścianę, chroniąc do pewnego stopnia przed tym urazem trzewa brzuszne; odruch ten jednakże staje się szkodliwym, jeśli uraz dotyczy worka przepuklinowego, gdyż wówczas trzewa zostają nagle wtłoczone pod dużem ciśnieniem do worka i siła urazu w ten sposób pośrednio wzrasta (analogja do torby papierowej, nadmuchanej powietrzem, która pęka przy lekkim nawet uderzeniu ręką).

Obraz kliniczny tego cierpienia odpowiada albo uwięźnięciu przepukliny, o ile pętla uszkodzona pozostała w worku, albotez — rozlanemu zapaleniu otrzewnej o bardzo ostrym przebiegu, jeśli pęknięta pętla cofnęła się do jamy otrzewnowej ewentualnie została tam wtłoczona (!) przez lekarza. Dlatego też w każdym przypadku przepukliny uwięzłej w nastepstwie urazu, nie należy próbować odprowadzenia, tylko odrazu przystąpić do operacji.

Operacja. W przypadkach, w których miejscowe objawy kliniczne są ograniczone przeważnie do worka przepuklinowego, zabieg wykonuje się z cięcia przepuklinowego (tak zwana hernio-laparomia). Tam zaś, gdzie punkt ciężkości objawów przeniósł sie jamy brzusznej, można się wahać w wyborze cięcia między tem ostatniem a otwarciem brzucha w linji pośodkowej.

Wyniki leczenia operacyjnego w ostrem zapaleniu otrzewnej, wywołanem przez dwoinki zapalenia płuc. (L'intervention chirurgicale précoce dans les péritonites aiguës á pneumococques et ses résultats). Mathieu i Marchand. *Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chirurgie Nr. 22, lipiec 1930.*

Rozpoznanie ostrego zapalenia otrzewnej pneumokokowego przed operacją jest rzeczą trudną, zwłaszcza u dzieci. u których zwykle w tych razach rozpoznaje się mylnie ostre zapalenie wyrostka. Jakkolwiek bez porównania mniejszym błędem będzie wykonanie operacji w przypadku zapalenia otrzewnej pneumokokowego, niż jej zaniechanie w ostrem zapaleniu wyrostka, tem nie mniej unikać należy za wszelką cenę operowania wczesnego (w ciągu pierwszych 48 godzin) chorych z zapaleniem otrzewnej na tle dwoinek zapalenia płuc, szczególniej dzieci. gdyż daje ono naogół wyniki niepomyślne — ropienie i gorączka utrzymują sie jeszcze przez czas długi, mogą wystąpić objawy zapalenia ropnego innych błon surowiczych jak osierdzia i opłucnych, a przytem bezpośrednia śmiertelność pooperacyjna jest duża. Operacja, wykonana w okresie późniejszym, daje o wiele lepsze wyniki.

W rozpoznaniu różniczkowem za zapaleniem otrzewnej pochodzenia pneumokokowego przemawiają: wiek dziecięcy (od 2 do 10 roku życia), płeć żeńska, ostry początek z wczesnem wystąpieniem wysokiej gorączki, częste wymioty i wczesna biegunka (10 — 20 stolców dziennie). We krwi tego rodzaju chorych można wykryć obecność dwoinek zapalenia płuc, co jest zupełnie zrozumiałe, gdyż przyczyną zapalenia otrzewnej jest tutaj ogólne zakażenie ustroju dwoinkami, które to ogólne zakażenie jest punktem wyjścia ciężkiego stanu odnośnych chorych i niepomyślnych wyników pooperacyjnych.

W czasie operacji wskazanem jest dokładne sączkowanie jamy otrzewnowej dla odprowadzania wysięku ropnego (sączek gumowy do jamy Douglasa).

M. Czyżewski.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Zmiany skórne w związku ze schorzeniami narządów wewnętrznych. (Les manifestations cutanées révélatrices des maladies viscérales). Gaté. *Le Journal de Médec. de Lyon. 1930, Nr. 2.*

Zdarza się niekiedy, że najszczegółowsze badanie narządów wewnętrznych nie jest w możności wykryć schorzenia, na które dopiero zwraca uwagę dermatolog, opierając się na obecności pewnych objawów na skórze. Świąd skóry uporczywy, samoistny, bez współistnienia innych zmian na skórze i bez udziału pasorzytów może być przejawem zaburzeń w przemianie materji u otyłych, dnawych, djabetyków, lecz może być również skutkiem bardzo nieznacznej retencji żółci i może napć badai-rowadz nie w kierunku stanu przedmarskościowego wątroby lub początkowego okresu choroby nerek. Świąd spotyka się również w niektórych przypadkach wiądu rdzenia i porażenia postępowego jako objaw prodromalny. W końcu świąd jest b. często pochodzenia hematogennego. Szczegółowe i dokładne badania wykazują wtedy dyskretne zmiany w gruczołach limfatycznych, nieznaczne podwyższenie ciepłoty, powiększenie ilości ciałek białych krwi, polinukleozę, eozynofilję i szereg innych zmian (w śledzionie, wątrobie i t. d.), które mogą nas naprowadzić na różnego rodzaju schorzenia krwi.

Rumienie są jednym z głównych objawów chorób zakaźnych wysypkowych, pozatem jednak szereg rumieni zaliczany do schorzeń skórnych wskazuje na zaburzenia w narządach wewnętrznych. Acne rosacea, schorzenie które w początkowym okresie objawia się znikającym niekiedy rumieniem na nosie i policzkach, wskazuje na zaburzenia w przewodzie pokarmowym, a jeszcze częściej łączy się u kobiet z okresem przekwitania. Częste u młodych dziewcząt i kobiet czerwienienie się brody wraz z współistniejącym zwykle trądzikiem wskazuje na zaburzenia w organach płciowych (retroversio, dysmennorrhea). Typowym rumieniem, pochodzącym z t. zw. awitaminozy, jest pellagra i niejednokrotnie w porannej postaci tego schorzenia rumień jest tym objawem, który wskazuje na jego obecność. Rumienie t. zw. acro-asfiktyczne, przejściowe sinicze rumienie na kończynach (livedo, odmroziny) są stygmatem zaburzeń w endokrynach, a być może wskazują na starą skrofulozę. Rumienie czynne, tętnicze, występujące pod wpływem czynników psychicznych,

mogą wskazywać na zaburzenta w wydzielaniu tarczycy lub na schorzenia wątroby. W końcu nie należy zapominać o rumieniach występujących jako objaw poprzedzający tak ciężkie schorzenia jak: mycosis fung. i leucemia. Tym rumieniom wyraźnie odgraniczonym towarzyszy silny świąd i zwykle już zmiany w gruczołach. Pokrzywka powszechnie uznana jest za schorzenie związane ściśle ze schorzeniem narządów wewnętrznych zwłaszcza wątroby, pozatem jednak występuje w przebiegu leukemji i echinokokozie, nieraz tak bardzo trudnej do wykrycia.

Wybroczyny, poza ostro przebiegającemi ogólnie znanemi w sprawach infekcyjnych, występują w charakterze podostrych i przewlekłych i wtedy zwracają uwagę w kierunku narządów krwiotwórczych, zwłaszcza wątroby. a znane są też wyjątkowo w przebiegu gruźlicy płuc.

Wyprysk, czyli, jak w obecnym pojęciu uważa się, zdolność do reagowania na nieznane czynniki tworzeniem pęcherzyka naskórkowego i sączeniem, łączą różne teorje z różnymi sprawami, a więc: ze stanami anafilaktycznemi, z zaburzeniami w endokrynach, w systemie neurowegetatywnym, ze schorzeniami przewodu pokarmowego. z gruźlicą, wreszcie z kiłą wrodzoną.

Kiła trzeciorzędna, zwłaszcza przebiegająca z dyskretnymi objawami na skórze, jest zawsze wskazaniem do szczegółowego badania narządów wewnętrznych, które zwykle ujawnia szereg poważnych schorzeń, czy to w systemie krążenia, czy też w wątrobie, endokrynach i t. d. Zgorzel często wskazuje na obecność cukrzycy, melanodermia — na gruźlicze zmiany w nadnerczach lub jelitach, na cukrzycę lub malarję i w tych wypadkach objawy skórne bywają często pierwszymi. Gruźlica skóry jest zawsze podejrzana o współistnienie z ogniskami gruźliczemi w narządach wewnętrznych. W końcu zwraca jeszcze autor uwagę na szereg schorzeń skórnych łączących się ze schorzeniami narządów wewnętrznych jak: trąd, nowotwory, acanthosis nigricans Darier'a w łączności z nowotworem przewodu pokarmowego, leukemidy — w łączności ze schorzeniem krwi, ponadto zwraca uwagę na dokładne badanie błon śluzowych i organów płciowych.

Ostatnie zdobycze w sprawie choroby Paget'a (Les acquisitions récentes sur la question de la maladie de Paget du mamelon). Massia, Rousset. *Le Journal de Méd. de Lyon. 1930. Nr. 2.*

Choroba *Paget'a* pojawiająca się na sutkach jest obecnie klinicznie i anatomicznie uznana za odrębną jednostkę chorobową. Schorzenie dotyczy pierwotnie brodawki sutka i jej obwódki. Polega na tworzeniu się w tym miejscu wyniosłej tarczki rumieniowej, łuszczącej sie, o zarysach policyklicznych, o powierzchni ziarnistej, wrzodziejącej. Powoduje wciągnięcie brodawki. Rozwija się u kobiet po 40-tym roku życia, wyjątkowo w innej części tułowia. W rozwoju tego schorzenia rozróżnia się powszechnie kilka okresów: 1. Okres wypr ysku, w którym głównym objawem jest zaczerwienienie i łuszczenie. 2. Okres nadżerek i owrzodzeń. W tych 2-ch okresach gruczoły limfatyczne sąsiednie nie są jeszcze zajęte, lecz dopiero w okresie trzecim. Wtedy też mogą pojawić się przerzuty, a zmiany na sutku mogą rozwinąć się w typowy obraz nabłoniaka. Zdania, tyczące się patologji tego schorzenia, są do dzisiaj podzielone: jedni uważają je za dyskeratosis preepiteliomatosa, mogącą przez zwyrodnienie dać początek nowotworowi, inni — za nowotwór o specjalnej skłonności do atakowania naskórka tylko (epidermotrop.). Obserwacja 5-ciu przypadków autora, badania normalnych sutków kobiet starych i zmian dyskeratotycznych przedrakowatych okolic skóry — skłoniły autora do uważania choroby *Paget'a* za nowotwór.

Hemokrinoterapja wyprysku i opryszczki nawrotowej. (L'hémocrinothérapie dans l'eczema rebelle et dans l'herpès récidivant). Filderman. *Bull. de la Soc. Méd. de Paris 1929, Nr. 18.*

Opis 2 przypadków: jednego opryszczki nawrotowej na czole i na twarzy, wyleczonego bez stosowania leczenia miejscowego jedynie tylko przy pomocy wstrzykiwań krwi własnej z dodatkiem wyciągu z wątroby. Przypadek drugi dotyczył zmian wypryskowych na tle żylaków i został wyleczony wstrzykiwaniami krwi w połączeniu ze złożonym wyciągiem nadnerczy i jajników.

Erytrodermja wywołana przez crysalbinę (Erythodermie provoquée par la crysalbine). G. Milian. *Bull fr. de Dermat et de Vener. 1930, Nr. 1.*

Przypadek liszaja rumieniowego został prawie wyleczony przez zastosowanie kilku wstrzyknięć crysalbiny w dawkach 0,05 do 0,25. W czasie leczenia jednak wystąpiła żywa erytrodermja, która bardzo szybko przeszła w okres obrzęków. Te wtórne zmiany skórne utrzymywały się przez przeciąg kilku tygodni.

Agranulocytoza w przebiegu leczenia przeciw-kiłowego. (L'agranulocytose au cours du traitement anti-syphilitique). Ch. Aubertin, R. Lévy. *Annales de Méd. 1930, Nr. 2.*

Autor jest zdania, że należy rozszerzyć pojęcie agranulocytozy i zaliczyć do tej grupy schorzenia, które charakteryzują się nie tylko brakiem ciałek ziarnistych w krwi, lecz i innemi zmianami, jak niedokrwistość i stany hemoragiczne. Te różne objawy występują dosyć często wspólnie po stosowaniu leczenia arsenobenzolem. Autor zebrał 28 przypadków agranulocytozy poarsenobenzolowej dotyczących w równej mierze obie płci. Schorzenie ujawnia się zwykle w 3-ciej lnb 4-tej kuracji, pomiędzy 4-tym a 8-ym wstrzyknięciem. W 1/4 ilości tych przypadków schorzenie poprzedzały dyskretne objawy nietolerancji na arsenobenzol. Rolę patogenetyczną odgrywa tu, zdaniem autora, zatrucie lekowe.

W sprawie niepowodzeń leczenia rzeżączki akrydyną. (A propos des échecs de l'acridinothérapie dans le traitement de la blennorragie). G. Luys. *Bull. et Mem. de la Soc de med de Paris. 1930, Nr. 2.*

Wszyscy autorzy zgadzają się, że akrydynoterapja jest metodą, oddającą duże usługi w leczeniu rzeżączki ostrej. Równocześnie jednak wszyscy, którzy ten sposób leczenia stosowali, zgodnie twierdzą, że nie nadaje się on do leczenia wszystkich przypadków rzeżączki przewlekłej i że daje częste powikłania.

Dwoinki *Neisseera* bardzo szybko dostają się do głębszych warstw nabłonka i wszystkie sposoby, czy to drogą wprowadzenia leków dożylnie, czy też stosowanie szczepionek nie są w stanie ich zniszczyć. Należy wtedy zawsze uciekać się do energicznego leczenia miejscowego, Akrydynoterapja może więc oddać w początkowych okresach rzeżączki duże usługi, w dalszych bywa bezużyteczną.

Rzeżaczkowe zapalenie stawu. Szybkie wyleczenie przy pomocy surowicy przeciwgonokokowej. (Arthrite gonococcique. Sérum intraveineux. Guèrison rapide). Goyet, Naussac. *Lyon Méd 1930, p. 180.*

Opis przypadku ciężkiego wiewiórowego zapalenia prawego stawu kolanowego u 32-letniej kobiety. Zastosowano dożylne wlewanie surowicy przeciwgonokokowej (metoda Ravaut). Po wstrzyknięciu wystąpiły gwałtowne objawy wstrząsu, od następnego dnia jednak stan chorej poprawiał się. Chora nie zgodziła się na wykonanie dalszych wstrzyknięć, pomimo to w 18 dni po pierwszem wstrzyknięciu mogła podnieść się i chodzić.

Autor nie zaprzecza specyficzności działania tej surowicy, sądzi jednak, że nie odgrywa ona w tym wypadku najważniejszej roli.

Ziarniniak grzybiasty, reticulo-endotheliosis cutis. (Le mycosis fongoïde: une réticulo-endothéliose de la peau). L. Berger, A. Valleé. *Presse Méd 1930, Nr 11.*

Autorzy zbadali szczegółowo pod względem histopatologicznym 4 przypadki, odpowiadające klinicznym przebiegiem mycosis fungoides i doszli do wniosku, że jednostce klinicznej tego schorzenia nie odpowiadają jednolite zmiany histopatologiczne. Pod tą nazwą kliniczną przebiegają schorzenia takie, jak n.p. lymphosarcomatosis, a może być, że i inne.

W 3 przypadkach zbadanych przez autorów zmiany polegały na bujaniu systemu reticulo-endothelialnego, przyczem obrazy histologiczne w tych 3 przyp. były identyczne. Autorzy sądzą, że właściwie tylko tego rodzaju przypadkom należy się nazwa mycosis fungoides, które to schorzenie określają jako reticulo-endotheliosis skóry.

Odporność przeciwkiłowa. (L'immunité antisyphilitique). G Ichok. *Presse Méd. 1930, Nr. 17.*

Doświadczenia na zwierzętach i obserwacje kliniczne dotychczas nie wykazały istnienia odporności po przebytem zakażeniu kiłowem. Jeżeli nawet w pewnych warunkach nie udaje się u zwierząt wywołać powstania owrzodzenia kiłowego, to jednakże krętki do tego organizmu zakażonego dostają się i w nim żyją. W przypadkach niezakażania się ludzi powtórną kiłą pamiętać należy, że wydalanie arsenobenzolu odbywa się w tempie bardzo powolnym i obecność resztek tych właśnie leków w organizmie przeszkadza rozwojowi krętków.

Niepłodność kiłowa (La stérilité syphilitique). E. Bertin, E. Schulmann. *Presse Méd 1930 Nr 35*

Większośc syfilidologów przyznaje, że kiła wrodzona lub nabyta może czasem w sposób niewytłómaczony sprowadzić bezpłodność w małżeństwach. Autor obserwował 110 małżeństw kiłowych, z tych 54 było bezpłodnych; 10 bezpłodnych z własnej woli, 5 z powodu zmian patologicznych (orchitis-hysterectomia i t.d.), a 39 było niepłodnych jedynie z powodu kiły (28 z kiłą wrodzoną, 21 z kiłą nabytą).

Niepłodność mężczyzny może być spowodowana dającemi się rozpoznać zmianami kiłowemi organów rodnych: wtórne zapalenie najądrzy (schorzenie bardzo rzadkie) i o wiele częstsze trzeciorzędne zmiany kiłowe w jądrach, prowadzące do zaniku jąder. Kiła może jednak nie dawać żadnych klinicznie rozpoznawalnych objawów w organach płciowych u mężczyzn niepłodnych. W tych przypadkach znajdowano niekiedy oligospermję, azoospermję, niekiedy jednak plemniki nie różniły się od normalnych ani ilością, ani ruchliwością, znajdowano natomiast między nimi formy nieprawidłowe, różnej wielkości, o kilku główkach, barwiące się odmiennie. Krętków w ejakulacie autor nie znajdował. Bezpłodność kobiety może być skutkiem zmian kiłowych w jajnikach lub skutkiem kiłowych zmian zapalnych dalszych organów płciowych, sprowadzających ich wtórną niedrożność. Kobieta kiłowa może być również niepłodną bez istnienia jakichkolwiek klinicznych zmian w organach rodnych.

Wszystkie wyżej wymienione schorzenia gruczołów płciowych dotyczą ich patologicznego wydzielania na zewnątrz. Ponadto jednak kiła, zwłaszcza wrodzona, może uszkodzić jedynie tylko czynności wydzielania wewnętrznego tych gruczołów. Wiadomo, że od prawidłdwej wewnętrznej sekrecji gruczołów płciowych zależy też ich prawidłowe wydzielanie na zewnątrz. Tak więc chorobowo zmieniona czynność wydzielania wewnętrznego, utrzymująca się czas dłuższy, tłómaczy zdaniem autora cały szereg przypadkow niepłodności bez widocznych zmian klinicznych w organach płciowych.

Rokowanie nigdy nie jest pewne. W tej dziedzinie trudno przewidzieć, czy leczenie da pożądany skutek, czy nie. Najcięższe rokowanie bywa w przypadkach kiły t. zw. wielogruczołowej, gdy obok gruczołów płciowych schorzałe są i inne endokriny.

Leczenie powinno być oczywiście w pierwszym rzędzie przeciwkiłowe. Na 25 kiłowych, bezpłodnych małżeństw uzyskał autor przez leczenie tylko w trzech małżeństwach pojawienie się płodności. Aby leczenie mogło dać dobre wyniki, powinno dotyczyć obu małżonków, byc dostatecznie energiczne, regularne i prowadzone przez dłuższy czas (kilka lat). Aby poprawić wewnętrzne wydzielanie schorzałych gruczołów płciowych, o co zawsze należy podejrzewać przypadki kiły wrodzonej i kiły nabytej, przebiegającej bez widocznych zmian kiłowych w organach płciowych, należy kurację specyficzną połączyć z podawaniem wyciągów z tarczycy i gruczołów płciowych.

Wyłysienie, ukryty hyperthyreoidismus i bezsenność. Stosowanie hemato-ethyroidyny jako hypnoticum. (Sur la pelade, l'hyperthyroïdisme latent, les insomnies et sur l'hémato-éthyroïdine employée comme hypnotique). R. Sabouraud. *Presse Méd. 1930, Nr. 45.*

Wyłysienie pojawia się w chorobię Basedowa prawie równie często, jak trzy charakterystyczne dla tego schorzenia objawy: „duże oczy, duża szyja duże serce" i jak drżenie. Wiadomo zresztą, że w stanie określonym nazwą bazedowizmu może jednego z tych objawów braknąć. We wszystkich natomiast przypadkach choroby Bas. istnieją pewne objawy psychiczne i nerwowe, które nadają tym chorym charakterystyczne piętno. Głównym z tych objawów jest stały niepokój i obawa, dalej stałe zajmowanie się z upodobaniem własną osobą a szczególnie własnemi dolegliwościami. Te objawy powodują powstanie stanu wzmożonego napięcia nerwowego, który, rzecz zrozumiała, nocą ulega znacznemu pogorszeniu, a zatem idzie bezsenność. Te psychiczne i nerwowe objawy, powszechnie znane w przypadkach choroby Bas. można często w mniejszym nasileniu wykazać w pewnej grupie osób, cierpiących na wyłysienie, bez innych syptomatów, któreby mogły wskazywac na chorobę Bas. Trudno jest rozstrzygnąc, o ile wyłysienie w tych przypadkach jest bezpośrednim skutkiem zaburzeń w endokrinach, co niektórzy autorzy przyjmują za jedyną i wyłączną przyczynę wyłysienia, a o ile wpływ na wyłysienie ma właśnie to słabe napięcie systemu nerwowego i bezsenność. Autor stosował w przypadkach wyłysienia u osobników o cechach hyperthyreozy hemato-ethyroidynę i zauważył, że w przypadkach hyperthyr. z wolem, z wytrzeszczem gałek ocznych nie mógł osiągnąć żadnych dobrych wyników, u osobników natomiast bez wola z nieznacznemi objawami hyperthr. szybko powracał dobry sen, a za tem szło ogólne uspokojenie nerwowe. Autor stosował następnie powyższy środek z dobrym wynikiem we wszystkich przypadkach bezsenności i podniecenia nerwowego tak, że w obecnej swojej praktyce nie stosuje nigdy poza hemato-ethyroidyną (jedna pastylka po wieczornym posiłku) innych środków nasennych.

Nowy sposób leczenia liszaja rumieniowatego. (Sur un nouveau traitement du lupus érythémateux). M. Bordier. *Paris Médic. Nr. 12, 1930.*

Autor stosował w przypadkach lupus eryth. polecany w ostatatnich czasach przez wielu lekarzy muthanol, w postaci wstrzyknięć domięśniowych z d'Arsonvalizacją.

D'Arsonvalizację wykonywał, stosując specjalnie obmyśloną do tego celu elektrodę kwarcową, której szczegółowy opis podaje. Elektroda ta ma tą wyższość, że oprócz zwykłego działania, działa jako źródło promieni pozafijołkowych. Mając szereg dobrych wyników po stosowaniu tego podwójnego leczenia, autor rozpoczął stosować d'Arsonvalizację powyższą elektrodą z równoczesnem stosowaniem na ogniska chorobowe tamponów napojonych tartaro-bismutem sodowym („tartro-bi Roche"). Ta w wodzie rozpuszczalna sól bismutu zostaje w postaci drobin zresorbowana w miejscu drobnych nadżerek, tworzących się podczas wykonywania zabiegu. Tym nowym sposobem autor uzyskał wyleczenie wszystkich przypadków, które pozostawały w jego obserwacji.

Muszyca skórna. (Creeping Disease). Th. Photinos. *Rev. Franc. de Dermat. et de Vénér. 1929. Nr. 11.*

Przegląd schorzeń skóry skutkiem obecności wędrujących larw w skórze. Cierpienie trwa 2 do kilku tygodni, polega na pojawieniu się w skórze swędzących, zaczerwienionych, linijnych wyniosłości. Wykwit taki wydłuża się z któregokolwiek końca z szybkością do 30 centymetrów na dobę w kierunku krętym, nieregularnym, nigdy nie rozdwaja się. Anatomicznie jest to galerja, jaką sobie drąży larwa w naskórku, a czasem w skórze właściwej. Larwa nigdy nie cofa się, sposób w jaki dostaje się w skórę nie jest dostatecznie wyjaśnionym. Schorzenie to ustępuje spontanicznie, próby jego leczenia polegają na usiłowaniu zabicia pasorzyta w miejscu podejrzanem o jego obecność w danej chwili lotnemi środkami jak eter, chloroform, xylol.

W sprawie nagłego zgonu osesków w przebiegu wyprysku. (A propos de la mort rapide des nourrissons au cours de l'eczéma. Documents histopathologiques recueillis dans un cas récent). Gaté, Dechaume, Croizat et Michel. *Lyon Médic. 1929, t. CXLIV, str. 604.*

U oseska 6 ½ miesięcznego cierpiącego na zmiany wypryskowe na twarzy po nagłym zgonie wykonana sekcja nie wykazała żadnych zmian pozytywnych, badanie histologiczne natomiast wykazało dyskretne zmiany głównie w jądrach szarych podstawy mózgu. Obraz kliniczny odpowiadał obrazowi wstrząsu anafilaktycznego, co w świetle teorji anafilaktycznej wyprysku tłumaczyło by poniekąd nagłe zejście oseska.

Ogólna nietoleracja lekowa u kiłowych. (La polyintolérance médicamenteuse chez les syphilitiques), B. Photinos. *Annales des Malad. Vener. 1930, Nr. 2.*

Opis przypadku kiły u chorego, który wykazywał nietolerancję na wszystkie 3 rodzaje leków (arsenobenzol, rtęć i bizmut). Ta nietolerancja objawiała się krwotokami po każdym zastrzyku. Badanie krwi oprócz następowej niedokrwistości nic szczególnego nie wykazało. W takich razach radzi autor obniżyć początkowe dawki i bardzo powoli je podnosić, próbować na godzinę przed zastrzykiem dawki normalnej stosować uodparniające drobne dawki, podawać środki przeciwtoksyczne i przeciwwstrząsowe. Ze środków specyficznych należy próbować, czy przypadkiem pokrewne nie są lepiej znoszone.

Kiła bez owrzodzenia pierwotnego. (Syphilis sans chancre). G. Milian. *Paris Médic. 1930, Nr. 17.*

Istnienie przypadków kiły bez owrzodzenia pierwotnego jest dzisiaj rzeczą doświadczalnie i klinicznie stwierdzoną, mogą one przebiegać pod następującemi postaciami klinicznemi:

1. Kiła, która przenosi się wraz ze spermą, z mężczyzny wprost do dalszych części płciowych kobiety. W tym wypadku osobnik zakażający nie przedstawia żadnych objawów kiłowych na zewnętrznych częściach płciowych. U kobiety zakażonej również nie pojawia się owrzodzenie pierwotne na zewnętrznych genitaljach, dopiero po kilku tygodniach występują objawy kiły drugorzędnej.

2. Kiła wrodzona, udzielona z krwi matki przez łożysko.

3. Kiła zaszczepiona w skórę lub śluzówki bez owrzodzenia w miejscu zaszczepienia, dająca dopiero jako pierwszy objaw — wysypkę, zmiany w gruczołach i naczyniach limfatycznych i dodatni odczyn Wassermanna.

4. Kiła przeniesiona razem z krwią (przy przetaczaniu).

Z powyższego zestawienia widać, że kiła bez owrzodzenia pierwotnego powstaje skutkiem jej zaszczepienia drogą naczyń krwionośnych, przez żyłę lub tętnicę, lub przez zaszczepienie jej w skórę, lub śluzówki. Przebieg kliniczny tych przypadków nie różni się niczem od przebiegu kiły z owrzodzeniem pierwotnem.

Przyczyną niepowstania owrzodzenia po zaszczepieniu kiły w skórę może być zbyt mała ilość wprowadzonych krętków (osobnik kiłowy już leczony często zakaża w ten sposób niedużą ilością krętków), lub obronny odczyn organizmu zakażonego na skutek leczenia przeciwkiłowego, lub już uprzednio przebytego zakażenia kiłowego.

Rola kiły w zanikach skóry. (Le rôle de la syphilis dans les atrophies cutanées) Hudelo, Rabut. (*Paris Médc. 1930 Nr. 9*).

Pojęcie zaniku pierwotnego niektórych elementów skóry należy, zdaniem autora całkowicie wykluczyć. Wydaje się rzeczą nieprawdopodobną, aby mógł powstać zanik skóry bez jakichkolwiek innych procesów patologicznych toczących się uprzednio w skórze. Niewątpliwie zawsze zanik poprzedzony jest jakimś innym procesem patologicznym, chociaż proces ten nie daje się zwykle spostrzedz. To zapatrywanie jakkolwiek odrzuca możliwość istnienia zaników pierwotnych, a wszystkie uważa za wtórne, nie wyjaśnia jednak wcale etjologji zaniku. Jedną z licznych jego przyczyn może być kiła. I tutaj rozróżnia autor dwie grupy: 1. zaniki, które są następstwem widocznych procesów kiłowych, toczących się uprzednio w tym samym miejscu i 2. zaniki u osobników kiłowych bez widocznych procesów kiłowych, toczących się uprzednio w miejscu zaniku.

Do grupy I zalicza autor; a) zaniki, które są skutkiem procesu kiłowego destrukcyjnego, rozpadu, są to właściwie blizny zanikowe. Blizny zanikowe mogą powstać, jako następstwo po owrzodzeniu pierwotnem, po wykwitach kiły drugorzędnej t. zw. syphilides atrophiantes. Spotyka się je w okresie II jako następstwo wysypek plamistych i grudkowych długotrwałych, a zwłaszcza nawrotowych, głównie na tułowiu, rzadziej na innych częściach skory. Są to rozsiane, różnej wielkości, okrągłe lub owalne, białawe, zapadnięte plamki o wyglądzie pomiętej bibułki. W okresie III. zaniki właściwe bez równoczesnej sclerodermji są o wiele rzadsze, występują grupami, są większe, zlewające się niekiedy w duże zanikowe pola o zarysach policyklicznych. Przyczyną powstania powyższych zaników nie jest specjalna skłonność krętka bladego do niszczenia elementów elastycznych skóry, jak sądzą niektórzy. Przyczyny należy szukać w warunkach miejscowych i ogólnych. Miejscowo długotrwałość zmian zapalnych i naciekowych powoduje jużto mechanicznie, jużto skutkiem zaburzeń w odżywianiu, zniszczenie łączno-elastycznych elementów skóry. Ogólne warunki, wrodzona lub nabyta mała odporność elementów elastycznych, odgrywa tu też pewną rolę. Inne przyczyny, jak zaburzenia w endokrinach, w przemianie wapnia, mało wydają się możliwe.

Do grupy 2. zaliczone zaniki są dosyć licznie opisane w literaturze, najczęściej jako zaniki t. zw. białe. I tutaj przypuścic należy istnienie procesu zapalnego, poprzedzającego zanik, a niedającego się zauważyć. Czy kiła jest ich bezpośrednią przyczyną, trudno z całą pewnością twierdzić, wydaje się to jednak możliwe i o tej przyczynie należy zawsze pamiętać. Szereg autorów obwinia ponadto kiłę o wywołanie innych zaników. *Milian* opisuje zanik pyd nazwą „la peau citreine", zanik miękki, barwą podobny do cytryny. *Hufnagel* pod nazwą dermolipodystrophia żółtawy zanik skóry i tkanki tłuszczowej podskórnej górnej połowy ciała, *Balzer* pseudoxanthoma elasticum i cutis laxa jako zaniki kiłowe.

Ważne wskazówki, tyczące się leczenia kiły (Les données actuelles du traitement de la syphilis). G. Milian (*Paris Médic. 1930. Nr. 9.*

Szereg praktycznych wskazówek tyczących się wyboru leków i ich dawkowania w terapji kiły, 1°. Kiłę należy leczyć nie jednym rodzajem preparatów lecz kilkoma, a nawet wszystkiemi znanemi lekami (przetwory arsenowe, bizmutowe, rtęciowe, jodowe i t. d.). Dawki powinny być duże, stosowane regularnie przez dłuższy czas. 2° Należy pamiętać, że zbyt małe dawki są dla organizmu kiłowego niebezpieczne, gdyż zamiast leczyć mogą z jednej strony reaktywować kiłę, z drugiej uodpornić krętki na dany lek. 3° Jest rzeczą konieczną stosować w leczeniu kiły te leki, na które krętki nie wykazują żadnej odporności, a więc środki w danym przypadku najenergiczniej działające. Zwłaszcza pamiętać trzeba o możliwości istnienia przypadków kiły arseno-odpornej.

Dr Zofja Jastrzęboka

CHOROBY NERWOWE.

O odruchu czaszkowo-szyjnym. (Sur le réflexe céphale-cervical). Benedek i Kulcsar. *Revue neurologique T. 1 Nr. 1 1930.*

Autorzy stwierdzili odruch powyższy u chorego z jamistością rdzenia. Przy uderzeniu młotkiem w kość potyliczną (w okolicy protuberantia occipitalis externa) przychodzi do skurczu odruchowego obu mm. sternocleidomastoidei. Jest to odruch niewyczerpujący się łatwo i nie stwierdzalny u osób zdrowych lub cierpiących na inne schorzenia układu nerwowego.

Naskutek obustronnego skurczu mięśni (widzialnego i macalnego) głowa zostaje uniesiona nieco ku przodowi i występuje pewnego rodzaju tic Salaam. Ze względu na obustronność i symetryczność skurczu nie zaznacza się funkcja rotacji, zasadnicza cecha tych mięśni. Klinicznie wydaje się być ruchem okostnowym, aczkolwiek mechanizm i lokalizacja wymaga jeszcze wielu dodatkowych obserwacyj. Strefa refleksogenna jest bardzo wielka, a odruch jest wywołalny z całego periostium czaszki (czoło, łuk jarzmowy, wyrostek sutkowy, kręgi szyjne, 1, 2, 3, 4). Jednak optimum znajduje się tylko w okolicy protuberantia occipitalis externa.

Wnioski wysnuli autorzy z obserwacji jednego przypadku.

Skurcze napadowe obustronne mięśni twarzowych. (Paraspasme facial bilatéral). Haguenau i Dreyfus. *Revue neurologique. T. 1 Nr. 1, 1930.*

Rzadkie przypadki napadowych skurczów obustronnych mięśni twarzowych u dwóch osobników, którzy pozatem nie wykazywali żadnych zmian ze strony układu nerwowego, żadnego momentu etjologicznego (kiła itd.).

Napady występują z przerwami krótkiemi o charakterze z początku tonicznym, później klonicznym powiek, oślepiając chorego swoją brutalnością i nagłym wystąpieniem, przyczem synergicznie przychodzi do skurczu mięśni czołowych i do niesymetrycznie i chaotycznie występujących ruchów mięśni twarzy, (warg, brody itd). Skurcze ustają w pozycji poziomej. Nie podlegają działaniu woli. Etjologja nieznana. Wchodzi w rachubę jedynie ewentualnie encephalitis epidemica. Terapeutycznie bez efektu było nawet wycięcie nerwu twarzowego.

Uwagi nad patogenicznością kiły układu nerwowego i jej stosunku do biologji krętka bladego. (Considerations sur la pathogénie de la neuro-syphylis et ses rapports avec la biologie de la spirochaeta pallida) G. Marinesco, Jager i Grigoresco. *Revue neurologique. T. 1. Nr. 1 1930 r.*

W 54 przypadkach z rozpoznaniem neurolues badali autorzy elektrometrycznie koncentrację jonów wodorowych w płynach mózgordzeniowych. i znaleźli w ciężkich przypadkach paraliżu postepującego wzmożoną koncentracje (7.59) a w płynach chorych, leczonych zimnicą stosunki wyrównane, zbliżone do normy, podczas gdy w płynach chorych niepoprawionych klinicznie utrzymał się identyczny stopień koncentracji jak przed leczeniem. W każdym razie malarja wywołuje bardziej wybitne zmiany, niż inne substancje pyretogenne. Kwasota płynu mózgo-rdzeniowego i prawdopodobnie też tkanek spowodowana brakiem tlenu na skutek następowej anemji po malarji, zmniejsza widocznie żywotność krętków, tak przez modyfikację środowiska surowiczego, jak i przez brak utlenienia.
Krętki blade są mniej ruchliwe w płynie mózgo-rdzeniowym normalnym, niż w płynie chorych na paraliż postępujący.

Autorzy przykładają pierwszorzędną wagę do soków ustrojowych (podłoże surowicze) dla patogeniczności paraliżu postępującego i wyciągają następujące wnioski. Zasadowość płynu mózgo-rdzeniowego jest wzmożoną w paraliżu postępującym, a leczenie zimnicą może sprowadzić do normy pH płynu. Żywotność krętków jest większa w środowisku koncentracji zasadowej niż odwrotnie. pH tkanek ma znaczenie bardzo wielkie dla zakażenia miejscowego krętkowego, a więc neurotropizm krętków zależny byłby od zmienionego środowiska surowiczego (milieu humoral) a nie na skutek różnic gatunkowych krętków. *Dr. L Wander.*

Badania doświadczalne nad fizjologją móżdżka. G. G. J. Rademaker. *Rev. Neur. 1930, T. 1. Nr. 3, str. 327.*

Autor usuwał u psów najprzód jedną półkulę mózgową, później drugą, wreszcie móżdżek. Udało się utrzymać przy życiu 2 psy po takich trzech zabiegach. Po ostatniej operacji jeden z nich żył 5 tygodni, drugi — 6. Okazało się, że większość funkcji, których brak bezpośrednio po usunieciu móżdżka, wraca bez współudziału mózgu, zwłaszcza wracają funkcje równowagi. Następujące anomalje występowały u zwierząt pozbawionych móżdżka: 1) wskutek ucisku na podeszwy powierzchni, po której chodzi zwierzę, występują nadmierne skurcze mięśni dolnych kończyn, 2) hypermetrja ruchów, 3) pewne odczyny spóźniają się, 4) występowanie nagłe i niehamowane ruchów synergicznych, 5) zmniejszenie hamującego wpływu pozycji na plecach lub na jednym z boków.

Fizjologiczna rola pęczka piramidowego nieskrzyżowanego. J. Bard. *Rev. Neur. 1930. T. 1, Nr. 2, str. 268.*

Z anatomji wiadomo, że pęczek piramidowy t. zw. przedni, t. j. nie skrzyżowany kończy się przy komórkach rogów przednich tej samej strony. Włókna z reguły nie przechodzą na stronę przeciwną, jeżeli wogóle odbywa się skrzyżowanie, to tylko częściowo przez spoidło szare. Dane anatomiczne wskazują, że rola pęczka piramidowego przedniego zasadza się na przenoszeniu pobudzeń od kory mózgowej do mięśni tej samej strony. Jako przykłady takich ruchów, idących od półkuli tej samej strony, autor analizuje: 1) ruchy zwracania głowy i oczu, 2) t. zw. opozycję dodatkową *Hoowera.* *Z. M.*

K R O N I K A

Dorocznym zwyczajem odbędzie się w Ciechocinku 31.VIII — 2.IX 1930 III Lekarski Kurs Dokształający dla Lekarzy.

Program Kursu.

Sobota 30.VIII

Zjazd. Biuro kwaterunkowe na dworcu.

Godz. 21 min. 30 zebranie zapoznawcze w restauracji Hotelu Milera.

Niedziela 31.IV.

9—9,45 Min Dr. *W. Chodźko* (Warszawa)—Zdrojowiska polskie wobec postulatów higjeny społecznej.
10—10,45 Prof. Dr. *Borowiecki* (Poznań)—Rozwój pojęcia sugestji.
11—11,45 Prof. Dr. *Jasiński* (Wilno) — O konstytucji i skazach u dzieci.
12—12,45 Prof. Dr. *K. Jonscher* (Poznań) — Znaczenie stanów podgorączkowych u dzieci.
Zwiedzanie odżeleziacza, filtrów Ciechocińskich na Kuczku połączone z wycieczką i atrakcjami na miejscu.
Godzina 20-ta teatr.

Poniedziałek 1.IX.

9—9,45 Dr. *Cz Wroczyński* (Warszawa) Współczesne prądy i dążenia medycyny społecznej.
10—10,45 Doc. Dr. *W Czarnocki* (Warszawa) — Zmiany zapalne i niezapalne mięśnia sercowego.
11—11,45 Doc. Dr. *Z Monsiorski* (Warszawa) — Z patologji miesiączkowania kobiet, przyczyny, leczenie.
12—12,45 Dr. *R. Bernhardt* (Warszawa)—Djagnostyka pryszczycy (eczema).
Zwiedzenie urządzeń balneologicznych Ciechocinka. Godzina 21-sza Bankiet.

Wtorek 2.IX.

9—9,45 Pułk. Dr. *Wł Osmoloski* (Warszawa) — Biologiczne znaczenie ćwiczeń fizycznych.
10—10,45 Doc Dr. *A. Elektorowicz* (Warszawa) — Znaczenie kliniczne cholecystografji.
11—11,45 Prof. Dr. *Z. Radliński* (Warszawa) — Temat zastrzeżony.
12—12,45 Pułk. *Latkowski* (Warszawa)—Wczesne rozpoznanie i leczenie gruźlicy kostnej.
Zamknięcie Kursu.
Wycieczki: I Do Bydgoszczy. II Do Zamku w Gołubiu.

Informacji w sprawie Kursu udziela sekretarz Komitet Dr. *Cz. Hoppe* Ciechocinek dworek „Ortos".

Uczestnicy mają zapewnione bezpłatne mieszkanie i 50% ulgi w drodze powrotnej koleją.

Opłata od uczestnika 30 zł. od osoby towarzyszącej 20 zł.

Podczas kursu odbędzie się wystawa środków lekarskich.

Za komitet

Prezes:
Prof. Dr. E. Lotb
Vice Prezes:
Doc. Dr. L. Lorentowicz
Vice Prezes:
Dr. P. Rudzki
Sekretarz:
Dr. Cz. Hoppe.

W Paryżu w szpitalu Broussais, 96 rue de Didot (14e) odbędzie się od 13X do 25X kurs dokształcający poświęcony schorzeniom serca i naczyń pod kierownictwem d-ra *Laubry*. Kurs obejmuje całokształt powyższych schorzeń, również i z praktycznego stanowiska. Oprócz wykładów odbędą się badania chorych i demonstracje przyrządów. Cena kursu 150 fr. fr. Zwracać się należy do d-ra *Mevel* w szpitalu Broussais.

* * *

W Bordeaux w klinice chirurgji wieku dziecięcego i ortopedycznej profesora *Rocber'a* odbędzie się 13—18X kurs dokształcający poświęcony ortopedji i chirurgji narządów ruchu. Cena 200 fr. fr. Redakcja „Wiedzy" chętnie służy bliższemi szczegółami.

BIBLJOGRAFJA

A. Sezary et Barbé. Les traitements modèrnes de la paralysie générale. La pratique médicale illustrée. *G. Doin. Paris 1930. str. 40.* **(Nowe sposoby leczenia porażenia postępującego).**

Rozdział pierwszy poświęcony jest leczeniu p. p. zapomocą preparatów chemicznych, 606, 609, sulfarsenol, eparseno okazały się bezsilnymi. Tożsamo należy rzec o bizmucie i kombinacji arszeniku z bizmutem. Nie dało również wyników stosowanie leczenia przeciwkiłowego równocześnie z podawaniem leków, mających powinowactwo do tkanki nerwowej, mianowicie kamfory, gardenalu, tlenku cynku, pyramidonu. Wreszcie zawiodły próby stosowania leczenia specyficznego przy równoczesnem wywoływaniu napadów gorączkowych.

Tkanka nerwowa posiada wybitne własności redukujące, co przeszkadza krętkobójczemu działaniu 606 i 914, występującemu dopiero po utlenieniu. Wobec tego spróbowano działać pięciozasobnemi preparatami arszenikowymi. Odrzuciwszy arsacetinę z powodu jej zabójczego wpływu na nerw wzrokowy, i preparat 240 Fourneau, jako słabo działający, autorowie zatrzymali się na soli sodowej stowarsolu (kwasu acetyl-oxy-amino-phenylarsinowego). Obecnie autorowie stosują wstrzykiwania podskórne po 1 gramie, rozpuszczonym w 10 cm^2 wody przekroplonej, trzy razy na tydzień. Serja wstrzyknięć składa się co najmniej z 21. O ile poprawa stanu chorego występuje dopiero pod koniec serji, wstrzykują 30,0 stowarsolu, a nawet więcej. Jako zwykłą dawkę należy przyjąć 21,0. Po 1 miesięcznej przerwie należy powtórzyć taką samą serję wstrzyknięć. Wstrzykiwania podskórne mają być dobrze znoszone*), nie wywołują zaburzeń wzrokowych, mogą być stosowane ambulatoryjnie. Przeciwskazaniem są ciężkie schorzenia wątroby i nerek. Poprawa stanu chorego następuje przy końcu serji I-ej wstrzykiwań, najpóźniej w czasie stosowania serji II-ej. Po otrzymaniu dobrego wyniku bezwzględnie należy wzmocnić go kilkoma jeszcze podobnemi serjami wstrzyknięć, stosując przerwy 2 lub 3 miesięczne. Najlepsze wyniki dało leczenie stowarsolem w przypadkach z pobudzeniem (68%), słabiej reagują chorzy z osłabieniem umysłowem (58,5%) najgorsze wyniki dają chorzy z otępieniem (26.4%). Równocześnie z poprawą psychiki występuje poprawa w stanie płynu m.-rdz. Najczęściej (34%) odczyn B.—W. staje się ujemny, poprawa ta jednak nie idzie równolegle z poprawą stanu umysłowego. Rzadziej znika pleocytoza, a jeszcze rzadziej hyperalbuminoza. W wielu przypadkach znacznej poprawy stanu umysłowego odczyn W. we krwi pozostawał dodatni.

Rozdział drugi jest poświęcony sprawie leczenia p. p. malarją. Po wstępie historycznym następuje omówienie wskazań i przeciwwskazań. Pierwszorzędną rolę odgrywa wczesne rozpoznanie. Leczenie zimnicą wpływa przedewszystkiem na postacie manjakalne, otępieniowe i wiądowe. Wiek chorego nie odgrywa wielkiej roli, natomiast stan ogólny chorego winien być na tyle dobry, by chory mógł znieść zakażenie zimnicze. O ile gruźlica nie stanowi absolutnego przeciwskazania, o tyle za takowe należy uważać zapalenie nerek, niezrównoważone wady serca i choroby wątroby. Przebyty niedawno napad udarowy wymaga ostrożności. Szczepić należy plasmodium vivax, a nie plasmodium falciparum lub malaria quartana. Istnieją szczepy plasmodium vivax o różnej zjadliwości; należałoby stosować szczep już dobrze wypróbowany. Szczepienie wykonywane bywa podskórnie lub dożylnie. Okres wylęgania trwa 5 do 25 dni w razie szczepienia podskórnego, przy szczepieniu dożylnem trwa 6 do 8 dni. Napadów powinno być 8 do 15 zależnie od stanu ogólnego chorego. Przerywanie zimnicy odbywa się zapomocą podawania po 1 gramie siarczanu chininy, wyjątkowo po 2 gramy w ciągu 3—4 dni. W czasie leczenia zimnicą koniecznem jest prowadzenie krzywej ciepłoty, tętna i ilości moczu. Nieumotywowane ciepłotą ciała przyspieszenie tętna pozwala oczekiwać grożącego osłabienia mięśnia sercowego, a wybitna i długo utrzymująca się oligurja budzi uzasadnione obawy co do niewydolności nerek i zmusza do przerwania zimnicy. Najniebezpieczniejszą komplikacją jest zapaść, również często kończą się śmiercią zapalenia płuc odoskrzelowe. Autorowie podkreślają, że leczenie zimnicą nie należy uważać za zabieg zupełnie niewinny, bo może skończyć się katastrofą pomimo wszelkich przedsięwziętych ostrożności.

*) Według mego doświadczenia są nadzwyczaj bolesne.

Wielu kombinuje leczenie zimnicą z leczeniem specyficznem. *Dujardin i Targowla* radzą stosować przed zimnicą leczenie arszenikowo-bizmutowe w ciągu 3 tygodni, *Rademaecker i Arias* podają arszenik lub rtęć w czasie zimnicy, większość jednak z *Wagnerem* na czele stosują arszenikowe leczenie dopiero po przebytej zimnicy.

Najlepsze wyniki leczenia zimnicą dają postacie ostre z pobudzeniem, manją wielkości, daleko rzadziej poprawiają się postacie otępieniowe. Zmiany w płynie m.-rdz. niekoniecznie idą równolegle z poprawą psychiki. Stale zmniejsza się hyperalbuminoza i ilość ciałek, odczyn B.-W. powoli staje się ujemnym. Badania mózgów chorych zmarłych po leczeniu zimnicą dały ciekawe wyniki. W przypadkach o wynikach dobrych *Wilson* rozróżnia trzy okresy. Początkowo występuje okres pogorszenia, okres odczynu miejscowego w korze mózgowej, w której znajdujemy wybitne zapalne zmiany, w oponach nacieki limfocytarne, plazmatyczne i składające się z wielkich komórek żernych, wybitne nacieki okołonaczyniowe, silne bujanie gleju: odczyn wybitny układu siateczkowo-śródbłonkowego. W okresie drugim nasilenie stanu zapalnego zmniejsza się, a krętki znikają. Wreszcie w okresie trzecim obraz histologiczny wykazuje powrót do normy: cytoarchitektonika uległa rekonstrukcji, tu i owdzie pozostały nieznaczne nacieki okołonaczyniowe, bujania gleju nie stwierdza się, lekkie zgrubienie i zwłóknienie opon miękkich.

Trzeci rozdział książki zawiera porównanie leczenia stovarsolem z leczeniem zimnicą. Leczenie stovarsolem co do skuteczności nie ustępuje leczeniu zimnicą, a może być stosowane ambulatoryjnie i nie przedstawia tych niebezpieczeństw, co leczenie zimnicą. O ile chodzi o skombinowanie tych dwóch metod, to należy zacząć od stovarsolu; gdyby po dwóch serjach wstrzyknięć wynik okazał się niedostateczny, to możnaby próbować zimnicę.

Wreszcie w rozdziale czwartym znajdujemy próbę tłómaczenia działania stovarsolu lub zimnicy. Pod wpływem zimnicy mózg ma tracić wrażliwość na krętki, pomimo, że w organiźmie pozostaje jad kiłowy. Podobnie działa arszenik pięciowartościowy — stovarsol. *Z. Messing.*

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE

Leczenie owrzodzeń goleni pochodzenia żylakowego zapomocą wstrzykiwań acetylcholiny. (*La Presse Méd. Nr. 50, czerwiec 1930*).

Zabiegi lecznicze, wywołujące czasowe rozszerzenie naczyń tętniczych chorej kończyny — jak np. operacja odnerwienia odpowiedniej tętnicy (sympathicectomia periarterialis) — okazują naogół wpływ bardzo pomyślny na gojenie się owrzodzeń goleni pochodzenia żylakowego. Jednakże wpływ odnerwienia tętnicy na rozszerzenie odpowiednich naczyń okazał się zbyt krótkotrwały, aby spowodować zagojenie się owrzodzeń w każdym przypadku. A do tego, sam zabieg nie jest zbyt bezpieczny, gdyż grozi czasami poważnem uszkodzeniem ściany tętnicy lub powstaniem zakrzepu. Dlatego też, w przypadkach powyższych zaczęto stosować w ostatnich

czasach z powodzeniem zamiast operacji wstrzykiwania podskórne chlorowodorku acetylcholiny (acekolina), który wywołuje, jak wiadomo, rozszerzenie czasowe tętnic i tętniczek kończyn, powodując przez to lepsze ukrwienie chorej kończyny.

Wystarczy do tego celu wstrzykiwanie dwa razy dziennie po 0,1 chlorowodorku acetylcholiny, bez konieczności następowego powiększania dawek, bez niebezpieczeństwa jakichkolwiek powikłań i przy braku przeciwskazań. Same owrzodzenia goją się szybko, w ciągu paru tygodni i tylko w 5% nie udało się osiągnąć zagojenia, podczas kiedy przy stosowaniu wyłącznie miejscowego leczenia farmakologicznego (maści) odsetka niepowodzeń wynosi powyżej 30%

Nowsze sposoby leczenia trądzika (acne vulgaris). (*La Presse Méd. Nr. 53, lipiec 1930*).

Stosowane dotychczas leczenie trądzika polegało w pierwszym rzędzie na przestrzeganiu pewnych ogólnych zaleceń higieniczno—dietetycznych, uwzględnianiu ewentualnych schorzeń współistniejących jak zaparcie nawykowe, cukrzyca, dna — wreszcie, na leczeniu szczepionkami i wyciągami z gruczołów dokrewnych (tarczyca, jajniki). W ostatnich latach zaczęto tu stosować z powodzeniem cały szereg nowych sposobów.

I Zamrażanie. Przygotowuje się rodzaj pasty z acetonu, siarki i skroplonego kwasu węglowego (w postaci śniegu), którą to pastę zakłada się na kawałek waty hygroskopijnej i naciera się nim skórę chorą, nie wywierając ucisku i nie pozostawiając waty tej dłużej na jednem miejscu. Skóra pokrywa się cieniutką warstewką siarki, którą zmywa się po 30 minutach. Zabieg ten powtarza się co tydzień (Giraudeau — Soc. Franc. de Dermat., 15 lipca 1929).

II. Leczenie bakterjofagiem. Nakłuwa się cieniutką igiełką każdy pęcherzyk ropny, wyciska się lekko jego zawartość i wprowadza do jego wnętrza parę kropel bakterjofaga wieloważnego (przedewszystkiem gronkowcowego). Tam, gdzie pęcherzyki są bardzo małe, zdrapuje się ich powierzchowne warstwy i zwilża się skórę bakterjofagiem. Sposób ten jest szczególnie wskazany w postaciach silnie zakaźnych.

III. Leczenie promieniami pozafiołkowemi (kwarcówka) — w dawkach dużych (od 10 — 12 minut począwszy) dających odrazu silne zaczerwienienie, lub w powtarzanych przez czas dłuższy dawkach małych (od 2 minut — codziennie lub co 2 dni); w tym ostatnim przypadku leczenie trwa od 4 do 6 tygodni. Leczenie promieniami pozafiołkowemi jest wskazane zwłaszcza w przypadkach ze znacznem zaczerwienieniem skóry.

IV. Stosowanie naświetlań rentgenowskich ma tutaj na celu wykorzystanie ich własności przeciwzapalnych i złuszczających. Stosuje się najwięcej naświetlania powierzchowne, bez filtru. W 60% przypadków otrzymuje się wyleczenie po 2 — 3 miesięcznej kuracji; najlepsze wyniki osiągnięto w postaciach wielokształtnych ze zbliznowaceniem (acne indurata). W Stanach Zjednoczonych Am. Półn. sposób ten uważa się za metodę z wyboru w leczeniu trądzika.

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

Ogłoszenia:

	cała str.	1/2 str.	1/4 str.
zewnętrzna strona okładki	zł. 450.—	250.—	135.—
bezpośrednio przed tekstem	„ 350.—	200.—	120.—
2-ga i 3-cia strona okładki	„ 350.—	200.—	120.—
pozostałe	„ 300.—	170.—	95.—

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

ROK IV WARSZAWA 1930 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

AUGUSTE LUMIERE i R. H. GRANGE.

Sztucznie wywołana leukocytoza.

Zagadnienie sztucznej leukocytozy nie jest nowe, jak to wykażemy dalej w krótkim rzucie historycznym na tę sprawę, jednakże jej znaczenie zostało naprawdę uznane z chwilą odkrycia fagocytozy przez *Miecznikowa*.

Obecnie nie ulega już najmniejszej kwestji, że makrofagi grają pierwszorzędną rolą w walce ustroju z infekcją i że jest rzeczą racjonalną szukanie takich środków, które mogą bądź zwiększyć ilość leukocytów, bądź podnieść ich zdolność żerności w ustrojach zakażonych.

W tym celu zalecano rozliczne środki, których odkrycie w większości wypadków zawdzięcza się raczej przypadkowym obserwacjom, poczynionym w czasie różnorodnych doświadczeń, aniżeli systematycznym poszukiwaniom, robionym specjalnie w celu wywołania leukogenezy.

Znaczenie fagocytozy widziano dotąd głównie w możności niszczenia bakteryj chorobotwórczych, lecz zjawisko to bierze wielki udział jeszcze w innym procesie biologicznym, mianowicie w wytwarzaniu stanów anafilaktycznych, a co za tem idzie, w uodparnianiu organizmu. Jeżeli wskutek przesycenia ustroju zwierzęcego antygenami lub toksynami, jego ciecze ustrojowe nabywają zdolności do strącania takowych — dzieje się to zapewne dzięki leukocytom. Jak się zdaje, właśnie białe ciałka krwi są wytwórcami antytoksyn.

Przypuszczenie to potwierdziły ciekawe ostatnie obserwacje *Ramona*, poczynione podczas przygotowania surowicy w laboratorjach Instytutu *Pasteur'a*. Autor ten zauważył, że kiedy uodparnia się konie zapomocą toksyny — daje się niekiedy zauważyć, że własności antytoksyczne surowicy u niektórych koni nagle zwiększają się, a nawet podwajają, chociaż zwierzęta te, u których objawy te występują, znajdowały się w tych samych zupełnie warunkach, jak i inne. Badając przyczynę tego zjawiska, *Ramon* spostrzegł, że występuje ono u osobników, które miały

owrzodzenia w miejscu wstrzyknięcia. U tych, przypadkowo zakażonych zwierząt, nastąpiła dzięki temu wzmożona leukocytoza, której słusznie przypisać należy silniejsze uodpornienie.

Naszem zdaniem, białe ciałka krwi spełniają jeszcze inną, niezmiernie ważną czynność w ustroju, na którą dotychczas biologowie zwracali mało uwagi: mianowicie od nich przedewszystkiem zależy stan humoralny zwierząt.

Koloidy obiegowe i śródmiąższowe są bezwarunkowo pochodzenia komórkowego; wszystkie komórki ustroju podczas swej przemiany materji wlewają do tkanek i naczyń związki białkowe, tworzące płyny ustrojowe. Z pomiędzy tych komórek najbardziej obdarzonemi tą zdolnością wydzielniczą są bezwarunkowo leukocyty, które chwytają najróżnorodniejsze ciała, przenikające do organizmu, aby je strawić wewnątrzkomórkowo, lub usunąć „per diapedesin".

Te właśnie produkty trawienia zmieniają ustawicznie własności koloidów ustrojowych i stwarzają stany różnorodnego uczulenia, prowadzące do zachwiania równowagi humoralnej, która w/g teorji jednego z nas jest przyczyną wielu chorób przewlekłych. Jeżeli więc chcemy wprowadzić zmiany w tych koloidach cieczy ustrojowych, jeżeli zamierzamy nadać większą stałość — cel ten możemy osiągnąć najskuteczniej za pośrednictwem leukocytów. Łatwo zrozumieć można teraz, jak wielkie znaczenie może mieć wywołanie leukogenezy przy zrealizowaniu tego nowego programu leczniczego.

Uważamy więc, że sztuczna leukocytoza ma zalety, przejawiające się w trzech kierunkach zasadniczych:

1) Wzmaga fagocytyzę, przez co wzmacnia środki obronne ustroju przeciwko zakażeniu bakteryjnemu;

2) Wzmaga uodpornienie ustroju;

3) Pozwala wpływać na chorobliwe stany humoralne, przeciwdziałając ich chwiejności.

Te różnorodne wpływy są niezmiernie ważne i dlatego też usiłowaliśmy metodycznie zbadać wartość środków, mogących wzbudzić leukocytozę.

Zanim podamy nasze osobiste doświadczenia, chcemy przypomnieć najpierw dawniejsze zdobycze, dotyczące tego zagadnienia.

Zarys historyczny.

Pewna liczba autorów uważała za możliwe wywołanie sztucznej leukocytozy zapomocą czynników fizycznych. Tak np. *Winternitz*, *Swenzon* i *Łapiński*, *Berker*, *Arnet* zauważyli słabe i przemijające zwiększenie ilości białych ciałek wskutek zimnej kąpieli.

Według *Hunerfauf'a*, *Lyon*, *Morel'a* — leukocytoza u człowieka zwiększa się po upuście krwi, *Stassano i Billon*, *Jolly i Stini* zauważyli to samo zjawisko u zwierząt.

Inne spostrzeżenia stwierdzają, że operacje wpływają tak samo w sensie wzmożenia leukocytozy. *Mezincezcu* zauważył to zjawisko po wyjęciu gruczołu tarczowego, *Dopter i Gouraud* po wyjęciu nerki, wielu chirurgów po laparatomji. *Morel* po wypaleniach żegadłem lub elektrycznością i t. d.

Podług *Manoukhine'a* śledziona jest narządem niszczącym białe ciałka krwi, gdyż wycięciu jej towarzyszy zazwyczaj istotnie silna leukocytoza (*Crede-Penkert*) trwająca kilka tygodni. *Nicolas i Dumoulin* dowiedli, że ilość białych ciałek krwi osiąga liczbę prawidłową dopiero w kilka miesięcy po wycięciu śledziony.

Większość tych spostrzeżeń oparta jest na zbadaniu kropli krwi wziętej z naczyń włoskowatych powierzchownych. Ta technika nie pozwala na ustalenie, czy mamy istotnie do czynienia ze wzmożoną leukocytozą. Rzeczywiście, każdy objaw naczynio-ruchowy może zmienić rozmieszczenie leukocytów w poszczególnych częściach układu krwionośnego i dlatego zmiany zauważone we wzorze i numeracji leukocytarnej i liczbie ich mogą tu być zależne jedynie od chwilowego przemieszczenia białych ciałek, spowodowanego zmianą światła naczyń i różnicą w szybkości prądu krwi.

Objaw taki daje się zauważyć we wstrząsach, widzimy wtedy zmniejszenie się ilości leukocytów w naczyniach włoskowatych powłok któremu niekiedy odpowiada zwiększenie się liczby białych ciałek krwi w dużych naczyniach. Ogólna liczba leukocytów w rzeczywistości nie ulega zmianie — zostały one tylko inaczej rozmieszczone—czyli podział ich stał się nierównomierny. Duże białe ciałka krwi nie są już równomiernie przemieszczane przez prąd krwi, w miejscach, gdzie szybkość jego została zmniejszona.

Goldscheider i Jacob, *Bruger*, *Ewing* wykazali zresztą również, że zmniejszenie się ilości lekocytów jest często tylko pozorne i zależne od przyczyn wyżej wymienionych. *Silverman* z drugiej strony wykazał, że można niedopuścić w czasie wstrząsów do fazy leukopenji przez jednoczesne wstrzyknięcie azotynu sodu, powodującego rozszerzenie naczyń, wyrównywujące zwolnienie krążenia krwi w naczyniach włoskowatych.

Uwagi te każą nam przypuszczać, że czynniki fizyczne, którym przypisywano zdolność powiększania ilości białych ciałek krwi są wogóle bez znaczenia dla zmian ilościowych leukocytów, a powodują tylko zmiany w ich rozmieszczeniu w zależności od zmian naczynio-ruchowych, wywołanych temi czynnikami.

Jednakże nie ulega wątpliwości, że leukocytoza rzeczywista zjawia się na skutek takich operacji szczególniej, którym towarzyszy infekcja lub subinfekcja. Jednakże w tych wypadkach nie sama operacja jest powodem leukocytozy, lecz towarzyszący jej stan zakaźny.

Oczywiście, że operacja powoduje wstrząs lub zaczątek wstrząsu, spowodowany kłaczkowaceniem, jako nieuniknionym wynikiem zmieszania się koloidów, nieodłącznie towarzyszącym wszelkiemu zranieniu i urazowi; wstrząsy te objawiają się zaburzeniami naczynio-ruchowemi i zmianami w rozmieszczeniu leukocytów, objawy te są zresztą tylko chwilowe i powrót do stanu prawidłowego odbywa się w ciągu kilku minut lub kilku godzin.

Przypisywano również związkom chemicznym i ciałom białkowym wszelkiego rodzaju własności leukogenetyczne mniej lub więcej wybitne; oto spis głównych substancji, proponowanych w tym celu, zaczynając od najprostszych i najbardziej znanych, kończąc na najbardziej złożonych ciałach białkowych:

Woda destylowana lub roztwór dwuwęglanu sodu 1‰, (250-300 cc) (*Gilbert i Herscher*) jod (*Labbé i Lortat-Jacob*); jodek potasu (*Bidault*); sztuczna surowica w dużych dawkach (*Claude*); eter (*Meyer*); kamfora (*Binz*); kwas cynamonowy (*Landerer*); cynamonian sodu (*Richter i Spiro*, *Bulloch. Batty Shaw*); nukleina (*Horbaczewski*); nukleinian sodu (*Vergnoux*, *Hahn*); hetol, pilokarpina (*Mougeot*); lecytyna (*Stassano i Billon*); spermina (*Tarchanoff*); esencja z mirry (*Hirt*); esencja terpeno-ozonowa (*Billon i Stassano*); hemi-albuminoza (*Bruce*;) pepton (*Löwitz*); hemoglobina (*Hahn*); buljon (*Issaef*); pepsyna (*Witte*); żółć (*Gilbert i Herscher*); ptomainy (*Grawitz*); putrescyna (*Behring*); kadaweryna; (*Libert*); maleina (*Bidault*); szpik królika (*Nicolas i Bancel*); fibrino-ferment (*Hofman*); wreszcie obce surowice głównie podgrzana do 58° surowica końska, która była przedmiotem wybitnych badań *Raymond'a Petit* i t. d.

Goldscheider i Jakob przypisywali również takie same własności wyciągom z organów, wyciągom ze śledziony, ze szpiku kostnego, z grasicy, działającym po okresie zmniejszonej leukocytozy i wyciągom z gruczołu tarczowego, trzustki i wątroby, wywołującym leukocytozę wzmożoną bez uprzedniego jej spadku.

Jeżeli niektóre z tych substancji nie mają większego działania niż czynniki fizyczne i jeżeli tak samo omyłkowo zostały zaliczone do środków leukocytotwórczych wówczas, gdy powodują jedynie zwykłe i chwilowe zmiany w rozmieszczeniu białych ciałek krwi na skutek zmian naczynioruchowych, tem nie mniej niektóre z nich zasługują na uwagę. Mają bowiem istotne działanie i są w stanie w ciągu dni kilku utrzymać leukocyty w ilości zwiększonej zarówno w naczyniach powierzchownych, jak i w głębszych pniach tętniczych.

Tak ma się rzecz z niektóremi ciałami białkowemi, a mianowicie z różnorodnemi surowicami, nukleinami i nukleinatami.

Działanie ich było zresztą kwestjonowane, może dlatego, że nie są to ciała ściśle określone, — nie posiadają zawsze identycznego składu i że nie były stosowane w jednakowych warunkach czystości i dozowania, a podawane były różnemi drogami. Dlatego też *Hamburger* i *Reuss* nie potwierdzili wyników badań *Batelli'ego* i *Mioni'ego* i mieli wypadki śmierci przy wstrzykiwaniu obcych surowic; tak samo *Mayer* z Pragi, *Horfbauer*. z Wiednia i *Hahn* z Monachjum osiągnęli u człowieka zwiększenie się leukocytów o 75% po wstrzyknięciu nukleiny, a *Mikulicz* stwierdził w tych samych warunkach (z nukleiną), że ilość białych ciałek zwiększyła się czterokrotnie, podczas gdy *French*, robiąc staranne doświadczenia na samym sobie—

otrzymał jedynie wyniki ujemne — zarówno stosując kwas cynamonowy, jak i nukleinaty.

Kierunek badań.

W każdym razie uznaliśmy za nieodpowiednie robienie doświadczeń w zakresie leukocytozy z takiemi ciałami, a szczególniej z proteinami, których skład i własności są w każdej próbie inne, a nawet zmieniają się z każdą chwilą dla tej samej próbki, wobec czego osiągnięte z nimi wyniki są sprzeczne i niepewne.

Z drugiej strony ciała białkowe, wprowadzone do ustroju, mogą powodować nietylko zaburzenia patologiczne wczesne, jak wstrząs, lub późniejsze, jak chorobę surowiczą, lecz również wywołują stany uczulenia anafilaktycznego, wpływające ujemnie na równowagę cieczy ustroju.

W opisanych niżej doświadczeniach usunęliśmy zatem z zasady wszelkie ciała białkowe.

Jakiemiż zatem związkami powinniśmy byli posługiwać się dla wywołania wzrostu ilości leukocytów? Znaleźliśmy nasze wytyczne w następujących spostrzeżeniach. rzucających pewne światło na tą sprawę.

Działalność leukocytów występuje z chwilą przeniknięcia do krwi i tkanek lub utworzenia się tam stałych cząsteczek nierozpuszczalnych zupełnie, lub bardzo mało. Wystarczy wstrzyknąć zwierzęciu jakiś osad, strąt, albo ciało, które nie zlewa się z danem środowiskiem i nie miesza natychmiast — aby leukocyty zgromadziły się w tem miejscu w znacznej ilości. Rozwijają one wtedy energiczną działalność i wydało się nam słusznem, że te podrażnienie ich stanowi bodziec do zwiększenia ich liczby, czem można byłoby wytłumaczyć przypuszczalny mechanizm powstawania leukocytozy.

Zapotrzebowanie ustroju na białe ciałka wzrasta dzięki obecności strątów, procesy życiowe dążą prawdopodobnie do zaspokojenia tych wymagań organizmu przez zwiększenie ilości pożytecznych czynników.

Obok tej roli pobudzającej straty używane, powinny a priori odpowiadać warunkom następującym: trzeba aby organizm mógł je przyswoić t. j. aby leukocyty mogły je łatwo strawić bez szkody dla siebie, czyli, że ciała te nie powinny wytwarzać trujących produktów rozpadu, nie powinny zawierać związków chemicznych czynnych, mogących posiadać chemotaksję ujemną; zatem węg'owodory — nie dające się strawić, związki zawierające grupy fenolowe, aminowe, kwasowe, zasadowe, ketonowe, aldehydowe i t. d. winny być z zasady wyłączone.

Naodwrót, węglowodany nierozpuszczalne wydały się nam odpowiednie do spełnienia roli, jaką nasze rozumowanie dla nich wyznaczało Przy pomocy więc ciał tego rodzaju przeprowadziliśmy nasze badania.

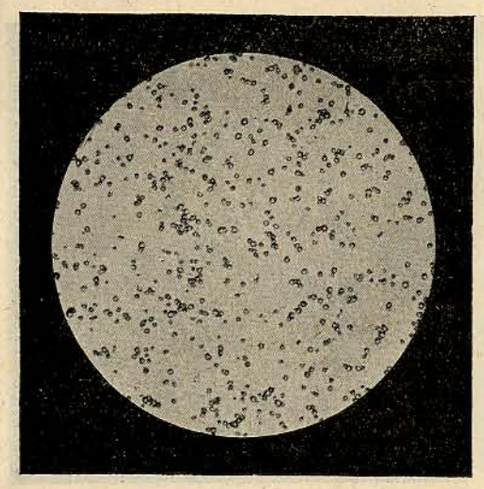
Doświadczenia.

a) Ciała poddane badaniom. Na skutek obserwacji *Ramona*, dotyczącej siły antytoksycznej surowicy u koni zakażonych podczas ich uodparniania — niektórzy autorzy używali wstrzykiwań tapioki dla wywołania zwiększonej leukocytozy bez uciekania się do mikrobów chorobotwórczych. Tapioka, składająca się z ziarenek krochmalu manioki, zawartych w fazie ich częściowej hydrolizy—dawała możność robienia ciekawych spostrzeżeń w zależności od wstrzykiwania bądź samych ziarenek krochmalu, bądź produktów hydrolizy. W ten sposób można było obserwować względną wartość różnych rodzajów mączki, określając wpływ wielkości ziarenek krochmalu, ich pochodzenia i produktów ich rozkładu, z pomiędzy innych połączeń nierozpuszczalnych,a przy swajalnych, oleje wydały się nam odpowiednie dla naszych doświadczeń w tym samym celu.

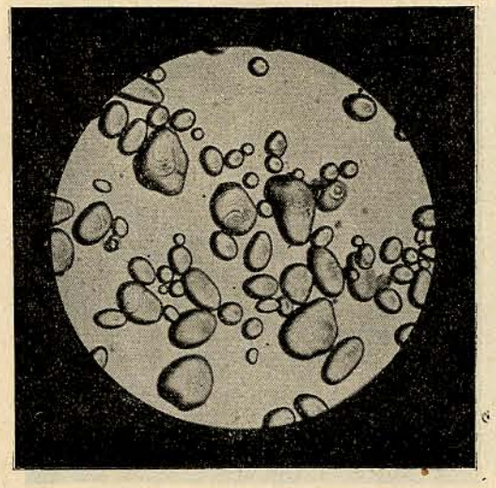
Zatem robiliśmy z początku badania z następującymi rodzajami substancji: Różne krochmale, ich pochodne, oleje. Wobec określonych wyników, jakie otrzymaliśmy z temi materjałami umieściliśmy jeszcze inne wyniki, otrzymane z innemi strątami i koloidami, jak zawiesiny żywicowe, koloidy metaliczne, etc. Wyniki, otrzymane przy zastosowaniu wszystkich tych substancji, stanowią treść niniejszej pracy. W następstwie mamy zamiar rozszerzyć tę pracę na szereg innych ciał, odpowiadających szczególniej warunkom nierozpuszczalności, przyswajalności i niejadowitości i porównać ich siłę w kierunku wzmożenia leukocytozy z siłą olejów i skrobi.

b) Technika doświadczeń.

Próby były robione na psach, którym pod skórę wstrzykiwano ciała, podlegające



Rys. 1. Skrobia ryżowa.
Powiększenie 150.



Rys. 2. Skrobia kartoflana.
Powiększenie 150.

badaniu, o jednej i tej samej porze, przed rannym (pierwszym) posiłkiem; pobieranie krwi miało miejsce również o jednej porze naczczo zapomocą nakłucia żyły nożnej zewnętrznej. W niektórych przypadkach pobieraliśmy jednocześnie i tym samym sposobem krew żylną z żyły nożnej i krew tętniczą z tętnicy udowej.

Ponieważ pobranie krwi odbywało się nazajutrz po wstrzyknięciu jak i dni następnych w warunkach, w których żaden wstrząs, ani znaczniejsze zjawiska naczynio-ruchowe nie mogły spowodować poważniejszych zaburzeń w rozmieszczeniu leukocytów w krwiobiegu, obliczenia białych ciałek równoległe w obydwuch próbach krwi: tętniczej i żylnej—nie powinny były zasadniczo dać większej rozbieżności; fakt ten stwierdziliśmy i dlatego podwójne nakłucia stosowaliśmy tylko w niektórych przypadkach.

Obliczenie i określanie wzorów leukocytarnych podawane jest według metod klasycznych.

A) Ziarenka krochmalu.

We wszystkich niżej przytoczonych przypadkach wstrzykiwano pod skórę ze strony zewnętrznej uda psa 1 gram substancji w zawiesinie 20 cc — płynu fizjologicznego.

Ziarenka były uprzednio wymyte w wodzie destylowanej i sterylizowane zapomocą eteru.

1. krochmal ryżowy (marka Rémy) ziarenka bardzo drobne, wymiaru 0,005 m/m (fig. 1)

a) Suka wagi 8.500 kg.

Przed wstrzyknięciem	5.500	leukocytów	
24 godziny potem	9.100	„	P. 66 — L. 1 — M. 22 — E. 1 *)
72 „ „	6.200	„	P. 84 — L. 1 — M. 14 — E. 1

a) Pies wagi 20 kg.

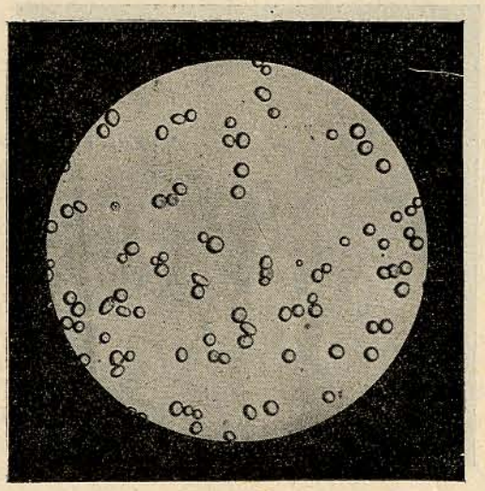
Przed wstrzyknięciem	6.000	„	P. 80 — L. 14 — M. 6 — E. 0
24 godziny potem	6.500	„	P. 82 — L. 10 — M. 7 — E. 2
48 „ „	6.500	„	P. 83 — L. 9 — M. 5 — E. 3

Krochmal ryżowy spowodował więc słabą leukocytozę i to tylko w pierwszym przypadku.

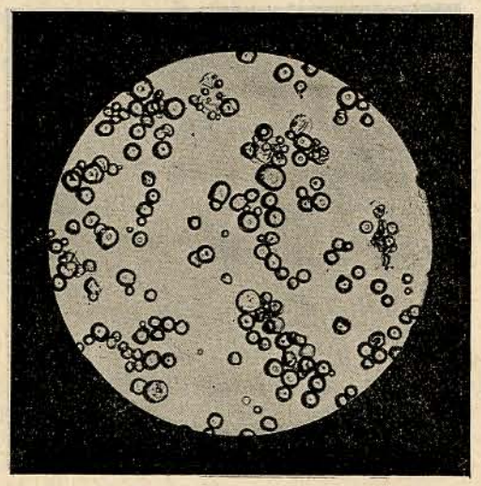
2. Krochmal kartoflany.

Mączka ta ma wymiary ziarenek bardzo różne, od 0 055 m/m do 0,00 5 m m (fig. 2

*) P wielojądrzaste obojętnochłonne, L limfocyty, M mononukleary, E eozynochłonne.



Rys. 3. Skrobia kartoflana selekcjonowana.
Powiększenie 150.



Rys. 4. Manioka.
Powiększenie 150.

Ażeby przekonać się, czy wielkość ziarenek ma wpływ na intensywność leukocytozy, zrobiliśmy selekcję ziarenek na podstawie różnicy ciężaru gatunkowego i zapomocą prądu wody — oddzielając ziarenka o wymiarze 0.01 m/m (fig. 3) i porównaliśmy wyniki otrzymane przy pomocy tych ziarenek i mączki całkowitej.

Mączka całkowita.

Pies 20 kg. 500

Przed wstrzyknięciem	5.600 leukocytów		
W 6 godzin potem	6.000 „	P. 69 — L. 13 — M. 17 — E. 1	
W 24 „ „	6.700 „	P. 69 — L. 15 — M. 14 — E. 1	
W 48 „ „	6.200		

a) Pies 8 kg. 500

Przed wstrzyknięciem	6.000 leukocytów	
W 24 g. później	7.200 „	P. 79 — L. 7 — M. 14
W 48 g. „	7.600 „	P. 77 — L. 4 — M. 18
W 72 g. „	5.800 „	P. 55 — L. 28 — M. 16 — E. 1
W 96 g. „	7.200 „	P. 73 — L. 14 — M. 13
W 120 g. „	5.800 „	

b) Pies 18 kg.

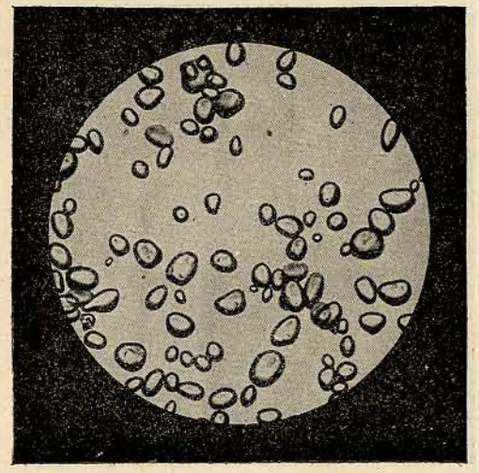
Przed wstrzyknięciem	5.900 leukocytów	
W 6 godzin potem	11.300 „	w okresie trawienia
W 24 „ „	7.700 „	P. 71 — L. 13 — M. 15 — E. 1
W 48 „ „	6.500 „	P. 68 — L. 13 — M. 18 — E. 1
W 72 „ „	6.400 „	P. 68 — L. 15 — M. 18 — E. 1

Utworzenie się ropnia w miejscu wstrzyknięcia

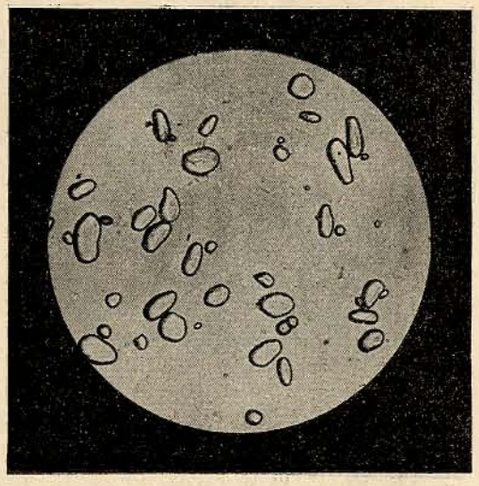
W 96 godzin potem	9.400 leukocytów	P. 74 — L. 13 — M. 12 — E. 1
W 120 „ „	17.600 „	P. 72 — L. 12 — M. 15 — E. 1
W 168 „ „	9.500 „	P. 80 — L. 9 — M. 8 — E. 2

Stosunkowo wysoka leukocytoza u tego ostatniego zwierzęcia musi być przypisana przypadkowemu zakażeniu.

W wyniku ogólnym krochmal kartoflany selekcjonowany, lub nie, powoduje tylko słabe zwiększenie się ilości leukocytów.



Rys. 5. Arrow — Root.
Powiększenie 150.



Rys. 6. Mączka bananowa.
Powiększenie 150.

3. Mączka manioki.

Ziarenka o niejednakowej wielkości, wahającej się pomiędzy 0,0166 m/m do 0,0066 m/m (fig. 4).

a) Pies 19 kg.

Przed wstrzyknięciem	6.000 leukocytów		
W 6 godzin później	6.200 „	P. 80 — L. 12 — M. 8	
W 24 „ „	6.900 „	P. 79 — L. 13 — M. 8	
W 48 „ „	7.400 „	P. 86 — L. 3 — M. 11	
W 72 „ „	5.600 „	P. 76 — L. 14 — M. 10	

Pies 17 kg.

Przed wstrzyknięciem	6.000 leuk.	P. 66 — L. 23 — M. 10 — E. 1
W 24 godziny potem	14.800 „	P. 77 — L. 19 — M. 4
	14.700 „	P. 78 — L. 7 — M. 13 — E. 2

Słaba infekcja miejscowa

W 72 g.	6.900 „	P. 71 — L. 13 — M 13 — E. 3

Jak i w poprzednim przypadku znaczna leukocytoza powstała tylko z powodu podinfekcji miejscowej.

4. Skrobia kruchlana. (Arrow root).

Ziarnka nierówne od 0,02 m/m do 0,033 (fig. 5).

Pies 18 kg.

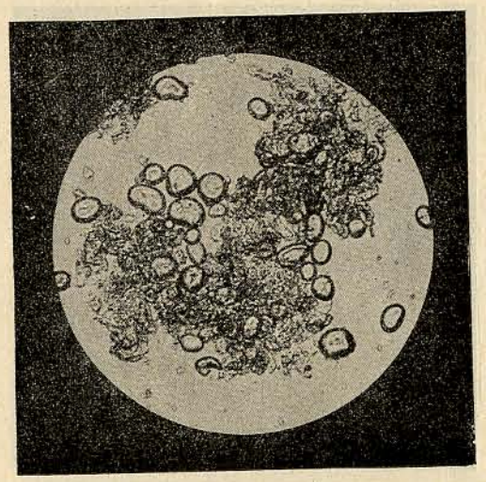
Przed wstrzyknięciem	6.100 leukocytów	
W 6 godzin później	8.000 „	P. 84 — L. 3 — M. 13 — E. 1
W 24 „ „	7.400 „	P. 81 — L. 6 — M. 13
W 48 „ „	6.900 „	P. 73 — L. 12 — M. 14 — E. 1

5. Mączka bananowa.

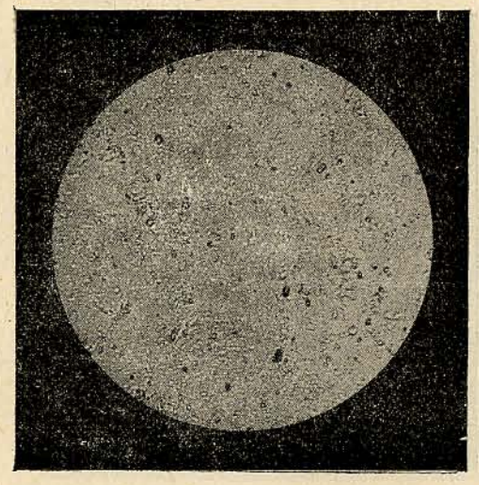
Ziarenka eliptyczne — średni stosunek osi około $^1/_2$; wymiary 0,013 do 0,04 m/m. (fig. 6)

Pies 20 kg. 200

Przed wstrzyknięciem	5.900 leukocytów	
W 6 godzin potem	7.500 „	
24 „ „	8.500 „	P. 71 — L. 13 — M. 15.
48 „ „	10.200 „	P. 72 — L. 14 — M. 13 — E. 1
72 „ „	9.600 „	P. 69 — L. 15 — M. 15 — E. 1
96 „ „	6.600 „	P. 71 — L. 15 — M. 13 — E. 1



Rys. 7. Mączka białej fasoli. Powiększenie 150.



Rys. 8. Tapioka sproszkowana. Powiększenie 150.

6. Mączka białej fasoli. Zawiera ona ziarenka krochmalu średnio od 0,3 do 0,4 m/m; pewna ich liczba zlewa się w masy nierozpuszczalne bezpostaciowe (fig. 7)

Pies 26 kg.

Przed wstrzyknięciem	5.500 leuk.	P. 67 — L. 13 — M. 19 — E. 1
W 6 godz. potem	9.500 „	P. 61 — L. 17 — M. 21 — E. 1
24 „ „	11.200 „	P. 67 — L. 14 — M. 18 — E. 1
48 „ „	13.200 „	P. 83 — L. 7 — M. 8 — E. 2
72 „ „	11.800 „	P. 79 — L. 11 — M. 9 — E. 1
96 „ „	8.400 „	P. 80 — L. 8 — M. 10 — E. 2

7. Tapioka sproszkowana pod postacią ziarenek nieprawidłowych bardzo drobnych (fig. 8).

Pies 19 kg 800

Przed wstrzyknięciem 7.200 leukocytów

W 6 godz. potem	8.300	„	P. 79 — L. 4 — M. 15 — E. 2
24 „ „	12.800	„	P. 90 — L. 5 — M. 3 — E. 2
48 „ „	10.000	„	P. 77 — L. 13 — M. 9 — F. 1

8. Preparat do wstrzykiwania z tapioki, specyfik farmaceutyczny.

Preparat ten jest w postaci dużych mas, zawierających ziarenka skrobi manjoki.

Pies 17 kg.

Przed wstrzyknięciem	5.900 lekocytów	
W 6 godz. potem	6.000	„	P. 58 — L. 28 — M. 14
24 „ „	6.000	„	P. 57 — L. 22 — M. 21
48 „ „	6.000	„	P. 70 — L. 19 — M. 9

Możemy wnioskować z tego, że o ile ziarenka krochmalu są wolne od wszelkich ciał obcych, jak to ma miejsce w mączce ryżowej, bardzo czystej i kiedy wstrzyknięcie jest dokonane aseptycznie — wywołana sztucznie leukocytoza jest bardzo słaba i praktycznie biorąc — bez znaczenia.

Słaba infekcja, która zdarzyła się przypadkowo przy wstrzykiwaniu tych preparatów, wchłaniających się powoli—spowodowała znaczną leukocytozę wielojądrzastą i zjawienie się kilku białych ciałek eozynochłonnych.

Naodwrót z mączkami, zawierającemi resztki roślinne poza ziarenkami krochmalu,

jak to ma miejsce z tapioką drobno sproszkowaną — daje się zauważyć zwiększenie ilości białych ciałek, która prawie podwaja się w ciągu 1 — 3 dni po wstrzyknięciu.

Doświadczenia te nie miały najmniejszego wpływu ujemnego na stan ogólny. W miejscu wstrzyknięcia wchłonięcie masy wstrzykniętej jest powolne, opuchlina trwa kilka godzin i pozostawia po sobie stwardnienie na przeciąg kilku dni.

Wybitnie zwiększające leukocytozę działanie tapioki drobno sproszkowanej, zawierającej produkty hydrolizy krochmalu—zachęciły nas do przeprowadzenia doświadczeń z klejami i dekstrynami.

B) Kleje krochmalowe.

1. Klej ryżowy.

a) Pies 26 kg.

Przed wstrzyknięciem	7.900	leukocytów	P. 75 — L. 7 — M. 18
24 g. potem	9.800	„	P. 78 — L. 6 — „ 16
48 „ „	6.900	„	P. 68 — L. 4 — „ 28

b) Pies 22 kg.

Przed wstrzyknięciem	5.500	leukocytów	P. 67 — L. 6 — M. 27
24 g. potem	10.500	„	P. 87 — L. 3 — M. 10
48 „ „	9.200	„	P. 78 — L. 8 — M. 14

2. Klej z mączki białej fasoli.

Pies 12 kg. 500.

Przed wstrzyknięciem	5.400	leukocytów	P. 66 — L. 11 — M. 21
24 g. potem	14.400	„	P. 79 — L. 6 — M. 15
48 „ „	10.200	„	P. 77 — L. 8 — M. 13
72 „ „	8.100	„	P. 76 — L. 9 — M. 13

Te kleje były przygotowane zapomocą ogrzewania do wrzenia 5 gr. krochmalu lub mączki w 150 cc. płynu fizjologicznego. Wstrzykiwano w każdem doświadczeniu 20 cc. tych koloidów pod skórę uda.

Chociaż ilość wstrzykiwanego krochmalu w postaci kleju była o wiele mniejsza, aniżeli w poprzednich doświadczeniach z ziarenkami krochmalu niezmienionego — leukocytoza, spowodowana przez kleje, jest znacznie wybitniejsza.

C) Dekstryny.

1. Dekstryna oczyszczona. Pseudoroztwór 10%.

a) Pies 5 kg. 500.

Przed wstrzyknięciem	6.200	leukocytów	P. 68 — L. 10 — M. 22
24 g. potem	14.900	„	P. 76 — L. 13 — M. 10
48 „ „	11.900	„	P. 82 — L. 10 — M. 8
72 „ „	14.900	„	P. 73 — L. 5 — M. 22
96 „ „	8.200	„	P. 77 — L. 4 — M. 19

b) Pies 26 kg.

Przed wstrzyknięciem	6.600	leukocytów	P. 80 — L. 3 — M. 17
24 g. potem	14.800	„	P. 90 — L. 2 — M. 8
48 „ „	17.800	„	P. 82 — L. 12 — M. 6
82 „ „	12.600	„	P. 75 — L. 15 — M. 10
96 „ „	8.300	„	P. 76 — L. 5 — M. 18 — E. 1

2. Dekstryny białe znajdujące się w handlu.

a) Pies 21 kg., już w stanie zwiększonej leukocytozy.

Przed wstrzyknięciem	11.100	leukocytów	P. 74 — L. 16 — M. 3 — E. 1
24 g. potem	14.100	„	P. 76 — L. 13 — M. 11
48 „ „	14.200	„	P. 77 — L. 10 — M. 13

b) Pies 26 kg.

Przed wstrzyknięciem	6.200	leukocytów	P. 68 — L. 9 — M. 24
24 g potem	8.100	„	P. 69 — L. 9 — M. 22
48 „ „	8.000	„	P. 68 — L. 6 — M. 26

3. Dekstryna biała (gomelina)

Pies 8 kg. 500.

Przed wstrzyknięciem	7.400	leukocytów	P. 68 — L. 4 — M. 28
24 g. potem	10.400	„	P. 74 — L. 4 — M. 22
48 „ „	16.900	„	P. 78 — L. 8 — M. 14
72 „ „	12.400	„	P. 85 — L. 5 — M. 10
96 „ „	13.500	„	P. 81 — L. 5 — M. 14

4. Dekstryna jasna.

a) Pies 16 kg.

Przed wstrzyknięciem	5.200	P. 70 — L. 13 — M. 16 — E. 1
24 g. potem	16.300	P. 81 — L. 10 — M. 8 — E. 1
48 „ „	11.100	P. 69 — L. 15 — M. 15 — E. 1

b) ten sam pies w 8 dni później.

Przed wstrzyknięciem	7.100	P. 80 — L. 8 — M. 12
24 g. potem	12.100	P. 75 — L. 10 — M. 15
48 „ „	9.900	P. 80 — L. 7 — M. 13
72 „ „	6.600	P. 66 — L 10 — M. 22

c) Pies 18 kg.

Przed wstrzyknięciem	7.200	P. 68. — L. 8 — M. 24
24 g. potem	15.400	Krew tętnicza
„ „ „	15.200	„ żylna
48 „ „	11.000	krew tętnicza
„ „ „	11.100	„ żylna

Różne dekstryny, jak się okazuje, wywoływały bardzo wyraźną leukocytozę, trwającą 3 lub 4 dni, o wiele znaczniejszą, aniżeli leukocytoza wywołana zapomocą skrobi nie hydrolizowanych.

D) Różne substancje klejowate-roślinne.

Wywar z nasion pigwy.

Pies 21 kg.

Przed wstrzyknięciem	6.100	P. 68 — L. 4 — M. 28
24 g. potem	8.800	P. 75 — L. 6 — M. 19
48 „ „	10.000	P. 78 — L. 8 — M. 14

Guma tragankowa. (Adragant),

Pies 20 kg. 500.

Przed wstrzyknięciem	7.500	leukocytów	P. 68 — L. 8 — M. 24
24 g. potem	14.400	„	P. 78 — L. 6 — M. 18
48 „ „	13.200	„	P. 76 — L. 8 — M. 16

Substancje te miały wybitnie to samo działanie, jak dekstryny. Zwiększenie leukocytozy objawia się zawsze przez zwiększenie ilości leukocytów wielojądrzastych.

E) Oleje.

1. Oliwa.

Pies 21 kg.

Przed wstrzyknięciem	7.800	
24 g. potem	14.500	P. 72 — L. 21 — M. 7
48 „ „	11.800	P. 76 — L. 16 — M. 8
72 „ „	9.500	P. 75 — L. 22 — M. 3

2. Olej kamforowy.

Pies 11 kg. 500,

Przed wstrzyknięciem	6.800	
24 g. potem	13.600	
48 „ „	15.200	P. 72 — L. 26 — M. 2
72 „ „	11.200	

3. Olej gwoździkowy.

Pies 12 kg. 500.

Przed wstrzyknięciem	8.200	
24 g. potem	13.300	
48 „ „	19.300	
72 „ „	16.800	P. 74 — L. 26 — M. 2
96 „ „	11.000	

4. Olej lniany.

Pies 20 kg.

Przed wstrzyknięciem	7.600	leuk.	P. 68 — L. 12 — M. 20
24 g. potem	9.600	„	P. 84 — L. 7 — M. 9
48 „ „	11.600	„	P. 83 — L. 15 — M. 2
72 „ „	16.600	„	P. 85 — L. 13 — M. 2

5. Olej orzechowy.

Pies 11 kg. 500.

Przed wstrzyknięciem	9.500	leukocytów	P. 68 — L. 18 — M. 14
24 g. potem	9.800	„	P. 83 — L. 16 — M. 1
48 „ „	12.600	„	P. 76 — L. 16 — M. 8
72 „ „	6.700	„	P. 72 — L. 20 — M. 8

6) Olej z kopyt wołowych.

Pies 11 kg. 2000.

Przed wstrzyknięciem	8.200	P. 70 — L. 12 — M. 18
24 g. potem	14.600	P. 94 — L. 5 — M. 2
48 „ „	15.000	P. 87 — L. 12 — M. 1
72 „ „	11.300	P. 88 — L. 11 — M. 1

Źle wchłaniany — naciek i strup w miejscu wstrzyknięcia.

7. Tran.

Przed wstrzyknięciem	7.800	leuk.	P. 70 — L. 15 — M. 15
24 g. potem	9.600	„	P. 76 — L. 23 — M. 1
48 „ „	11.900	„	P. 65 — L. 31 — M. 1
72 „ „	12.200	„	P. 69 — L. 26 — M. 5

8. Olej rącznikowy.

Przed wstrzyknięciem	8.200	. P. 87 — L. 8 — M. 5
24 g. potem	30.200	. P. 95 — L. 4 — M. 1
48 „ „	31.500	. P. 92 — L. 8 — M. 1
72 „ „	13.500	. P. 71 — L. 10 — M. 19

Nacieczenie w miejscu wstrzyknięcia. Olej ten nie wchłania się dobrze.

9. Olej z orzecha ziemnego.

Pies 21 kg.

Przed wstrzyknięciem	6 800	P. 72 — L. 23 — M. 5
24 g. potem	12.700	P. 82 — L. 6 — M. 12
48 „ „	10.200	P. 81 — L. 15 — M. 6
72 „ „	10.000	P. 87 — L. 9 — M. 4

10. Olej sezamowy.

Pies 11 kg. 300.

Przed wstrzyknięciem	6.600	P. 68 — L. 14 — M. 18
24 g. potem	13.500	P. 86 — L. 12 — M. 2
48 „ „	8.000	P. 84 — L. 14 — M. 2
72 „ „	6.500	P. 82 — L. 18 — M. 2

11. Olej rzepakowy.
Młody pies 16 kg.

Przed wstrzyknięciem	6.100	P. 64	L. 26	M. 10
24 g. potem	12.000	P. 81	L. 17	M. 2
48 „ „	10.600	P. 71	L. 27	M. 2
72 „ „	6.000	P. 70	L. 20	M. 10

12. Olej ze słodkich migdałów.
Pies 20 kg.

Przed wstrzyknięciem	10.300 leuk.	P. 70	L. 12	M. 18
24 g. potem	13.700 „	P. 68	L. 30	M. 2
48 „ „	11.800 „	P. 60	L. 38	M. 2
72 „ „	6.900 „	P. 62	L. 35	M. 3

13. Olej pestkowy.
Pies 15 500.

Przed wstrzyknięciem	6.200	P. 68	L. 22	M. 10
24 g. potem	12.200	P. 74	L. 13	M. 13
48 „ „	15.300	P. 86	L. 8	M. 6
71 „ „	11.200	P. 52	L. 44	M. 4

Źle wchłania się — ropień septyczny w miejscu wstrzyknięcia.

14. Olej konopny.
a) Pies 11, kg. 400.

Przed wstrzyknięciem	8.200			
24 g. potem	25.800	P. 88	L. 10	M. 2
48 „ „	9.900	P. 78	L. 12	M. 2

b) Pies 12 kg. 500.

Przed wstrzyknięciem	7.000 leukocytów			
24 g. potem	26.600 „	P. 90	L. 8	M. 2
48 „ „	17.900 „	P. 95	L. 5	M. 2
72 „ „	10.900 „	P. 68	L. 32	M. 2

Wszystkie te oleje przy doświadczeniach zwiększyły liczbę białych ciałek krwi; niektóre z nich są źle wchłaniane i dlatego nie mogłyby być stosowane.

Zpośród tych, których wchłanianie jest zupełnie zadawalniające, olej konopny zdaje się nam być najbardzej wskazanym z powodu potężnego wzmożenia leukocytozy i zupełnej nieszkodliwości.

* * *

Przed wyciągnięciem wniosków z powyższych doświadczeń uważaliśmy za potrzebne porównać takowe z wynikami, osiąganemi przy stosowaniu w tym samym celu koloidów metalicznych i surowicy końskiej. Stosowanie tej ostatniej było przedmiotem ciekawej pracy Dr. *Raymond Petit'a.*

Porównanie to było zrobione w identycznych warunkach doświadczalnych.

Próbowaliśmy również działania gumy indyjskiej (gomme laque) w boraksie, która w zetknięciu z płynami ustroju daje straty nierozpuszczalne, mogące pobudzić leukocytozę.

Koloidy metaliczne.

Złoto koloidalne.
Pies 12 kg.

Przed wstrzyknięciem	7.700 leukocytów	P. 77	L. 5	M. 18
W 24 g. potem.	8.800 „	P. 86	L. 8	M. 6
48 „ „	10.100 „	P. 88	L. 10	M. 2

Srebro koloidalne.
Pies 26 kg.

Przed wstrzyknięciem	6.500 leukocytów	P. 68	L. 4	M. 28
44 g. potem	13.300 „	P. 83	L. 4	M. 13
48 „ „	12.400 „	P. 75	L. 8	M. 17

Rod koloidalny.
Pies 21 kg.

Przed wstrzyknięciem	9.100 leukocytów	P. 74	L. 6	M. 20
24 g. potem	11.100 „	P. 82	L. 7	M. 11
48 „ „	8.900 „	P. 89	L. 3	M. 6

Surowica końska ogrzana do 56° — 10 cc.
Pies 12 kg.
Przed wstrzyknięciem 5.800 leukocytów
24 g. potem:
Krew tętnicza 12.200 leukoc. Krew żylna 12.400, P. 68 — L. 16 — M. 16
48 g. Krew tętnicza 11.300 leukoc. Krew żylna 11.200, P. 68—L. 15 — M. 17

Roztwór gumy indyjskiej w boraksie (0,5 gr. gumy).
Pies 8.500.
Przed wstrzyknięciem 8.800 leukocytów.
W 24 g. potem:
Krew tętnicza 12.300 leukocytów.

Krew żylna	12.500 „	P. 78	L. 12	M. 10
W 48 g. potem	17.200 „	P. 90	L. 3	M. 7

Zle wchłaniana, nacieki i strupy.

Wnioski:

1. Wielka liczba węglowodorów z serji tłustej, wstrzykniętych podskórnie lub domięśniowo, może być wchłonięta i strawiona przez leukocyty, pobudzając jednocześnie leukocytozę.

2. Hyperleukocytoza polega przeważnie na zwiększeniu liczby ciałek wielojądrzastych, których liczba nie zmniejsza się z chwilą powracania ogólnego poziomu białych ciałek do stosunków prawidłowych, a trwa jeszcze jakiś czas dłużej;

3. Działanie leukogenetyczne trwa przez dwa, trzy lub cztery dni po wstrzyknięciu, a na drugi dzień osiąga najwyższy poziom.

4. Z pomiędzy wypróbowanych ciał nierozpuszczalnych najlepsze wyniki dały oleje, a szczególniej olej konopny, przy pomocy którego stwierdzono u psa czterokrotne zwiększenie się ilości leukocytów w 24 godziny po wstrzyknięciu.

5. Ciała te, jak się wydaje, nietylko pomagają ustrojowi w walce z zakażeniem, lecz ułatwiają uodpornienie i powodują korzystne zmiany w stanach chwiejności humoralnej, będących powodem pewnych chorób przewlekłych.

Zastosowanie i już poczynione próby, jakie w dalszym ciągu przeprowadzamy, potwierdzają nasze zapatrywania. Wyniki dalszych doświadczeń będą przedmiotem późniejszych doniesień.

Piśmiennictwo.

Arloing et Malartre. C. R. Société de Biologie, 1927, p. 1551.
Arnet. Zeitschr. klin. Med., T. LVII.
Batteli et Mioni. C. R. Société de Biologie, 1904, p. 760.
Bally-Shaw. Journ, of pathol. and bacteriol. 1902.
Becker. Zeitschr. f. diät. med. physik. Therapie, 1889.
Bélin. C. R. Société de Biologie, janvier 1927, p. 1685.
Bidault. Arch. exper. de méd. mai 1904.
Billon et Stassano. C. R. Société de Biologie, février et avril 1903.
Bulloch. Zentralbl, für Bakter. und Parasit., 1ena 1901.
Cara. Zeitschr. für Immunitätsf., 1924, p. 383.
Chantemesse et Kahn. Bull. Acad. de Med., juin. 1907.
Danysz. Presse médicale, juillet 1924, p. 609.
Dopter et Gouraud. C. R. Société de Biologie, janvier 1903.
Duran Reynals. C. R. Société de Biologie, juin. 1928.
Faucon. Thèse de Lille. 1906.
French. Med. press and circular, mai 1904.
Grasset. C. R. Société de Biologie, 1926, p. 260.
Hahn. Arch. für Hygiene, 1896.
Hoglund. C. R. Société de Biologie, octobre 1927.
Horbaczewski. Allgem. Wien. Med. Zeitung, 1892.
Huchard et Mougeot. Journ. des praticiens, juillet 1904.
Hunerfaulb. Wirchow's Arch., 1874.
Issaeff. Zeitschr. f. Hygiene und Infect., 1894, p. 287.
Jolly et Slini. C. R. Société de Biologie, juilet 1905.
Labbe et Lorlat Jacob. C. R. Soc. de Biologie, 1903.
J. Lépine. Presse médicale, janvier 1910.
Lian. Concours médical, mai 1924.
A. Lumière. La vie. la maladie et la mort. Paris. Masson, 1928.
Manquat. Traité de thérapeutique, Paris, 1911. t. I, p. 237.
Manoukhine. Arch. des maladies du coeur et des vaisseaux. 1912-1913

Meyer. Münch. med. Woch., septembre 1903.
Mikulicz. Deutsch, med. Woch., 1904.
Mougeot. Arch. générales de médicine, 1906.
Nicolas et Bancel. C. R. Soc. de Biologie, juin. 1905.
Raymond Petit. Les phagocytes en chirurgie, Masson, Paris, 1915.
Pico. C. R. Société de Biologie. novembre 1924.
G. Ramon. C. R. Académie des Sciences. juillet 1925, p. 157.
Ramon et Descombey. C. R. Société de Biologie, octobre 1925.
G. Ramon. Presse médicale, fevrier 1904.
Remburger et Bailly. C. R. Société de Biologie, juin 1927, p. 236.
Salvatore Diez et Campora. Gazetta osp. et cliniche, nº 57, 1907.
Senator. Deutsch. med. Woch., 1895,
Sicard, Paraf et Walich. C. R. Société de Biologie. juin 1927, et Bull. Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, juillet 1927. p. 1086.
Silvermann. University of Pensylvania Med. Bull., mars 1904.
Staosano et Billon. C. R. Soc. de Biol.. avril 1902.
Swenzon et Lapinski. Arch. russes de Pathol., 1885.
Touzel. Thèse de Lyon, 1903.
Vergnoux. Thèse de Paris, 1904.
Walbum et Morch. Annales de l'Institut Pasteur, avril 1923, p. 396.
Waren Crowe. British. med. Journ.. juin 1923.
Zoeller et Ramon. Bull. Soc. méd, des Hôpitaux de Paris, août 1926, p. 1370.

DR LEON ZAMENHOF.

Kto był istotnym twórcą antyseptyki?[1]

Ignaz Philipp Semmelweiss (1818—1865),

Jeżeli współcześni często nie umieją zdobyć się na uznanie doniosłości jakiegoś odkrycia — jest to zjawisko zupełnie naturalne. Wielkie ideje zazwyczaj wyprzedzają ludzkość o całe pokolenia. Lecz jeżeli nie umie tego ocenić a posteriori historja, staje się to karygodnem niedopatrzeniem. Takich skrzywdzonych jednostek, które długi czas czekały na uznanie ze strony objektywnej historji, jest, bodaj najwięcej w dziedzinie medycyny.

Nazwisko *Semmelweisa* jest w dziejach popularnej medycyny mało znane. Zeszedł on z tego świata skromnie, jak niegdyś *Vesal, Serveto, Harvey* i inni — wśród obojętności i nawet szyderstwa swoich współczesnych. A przecież był on nietylko wybitnym genjuszem w sztuce lekarskiej, lecz również jednym z najbardziej zasłużonych ludzkości dobroczyńców, gdyż on był istotnym ojcem antyseptyki w najbardziej zaniedbanej w tym kierunku dziedzinie — sprawach połogowych.

Jakie opłakane stosunki panowały w położnictwie za czasów *Semmelweissa* najlepiej świadczyć może następująca anegdota, bardzo popularna wśród ówczesnych ginekologów. Pewien profesor posłał do porodu swego asystenta. Po dwuch dniach asystent wraca i składa następujący raport: „Niestety, poród zakończył się bardzo nieszczęśliwie, gdyż dziecko wypadło. wydobyć kawałkami, matka na skutek dużego upływu krwi zmarła, a ojciec ze zmartwienia odebrał sobie życie". Gdy po kilku dniach ten sam asystent powrócił od innego porodu, doniósł profesorowi z radością, że na ten raz wynik był znacznie lepszy, „gdyż ojciec pozostał przy życiu".

Będąc asystentem w pierwszej klinice położniczej powszechnego szpitala wiedeńskiego, wzruszony śmiercią prof. *Kollotschka* z powodu ropnicy, która zupełnie przypominała swym przebiegiem gorączkę połogową, *Semmelweiss* zaczął starannie poszukiwać przyczyny jego zgonu i doszedł do wniosku, że gorączka połogowa nie jest bynajmniej chorobą epidemiczną, jak sądzono wówczas, lecz zakażeniem, zaszczepionem bądź przez jad trupi, bądź też na skutek zanieczyszczenia. Wniosek swój *S.* poparł spostrzeżeniem, że w klinikach, uczęszczanych przez studentów, liczba zakażeń była większa, niż na oddziałach, do których miały dostęp tylko położne.

[1]) Wkrótce tego samego autora ukażą się „Dzieje medycyny w życiorysach, aforyzmach i anegdotach". Będą one zawierały chronologiczny opis historji sztuki lekarskiej od czasów starożytnych do nowoczesnych. Podane w postaci feljetonowej, zabarwione wyborem anegdot i aforyzmów dadzą one każdemu lekarzowi lekturę nietylko pouczającą, lecz również przyjemną i ciekawą. Celem unormowania nakładu uprasza się o wczesne zamówienie pod adresem autora (Marszałkowska 125). Dziełko ukaże się we wrześniu. Cena 5 złotych.

Wychodząc z tego założenia *Semmelweiss* zapoczątkował w klinice dezynfekcję rąk i materjału opatrunkowego. Było to wszystko w okresie przedbakterjologicznym! Pomimo znakomitych rezultatów, osiągniętych przez *S*,, które wykazały już w r 1848 spadek śmiertelności z 9,9% na 1,2%, ogłoszona przez niego praca „Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers", niestety, nie znalazła uznania wśród współczesnych, przeciwnie wywołała nawet burzę protestów. Jednym z najgorętszych przeciwników *Semmelweissa* był prof. położnictwa w Würzburgu *Scanzoni von Lichtenfels. Semmelweiss* podrażniony tem negatywnem stanowiskiem powagi naukowej, która nie chciała uznać nawet faktów, uległ ekscytacji i w liście swym do *Scanzoniego* nazwał go ignorantem, szerzycielem zarazy, mordercą, który w historji zdobędzie sobie sławę Nerona w medycynie".

Ostry ten styl polemiki popsuł w dużym stoniu sprawę *Semmelweissa*. Skorzystali z tego jego przeciwnicy, okrzyczawszy go obłąkańcem. Niestety, los chciał, że *Semmelweiss* istotnie wkrótce popadł w psychozę. Nad epokowem odkryciem *S.* historja prędko przeszła do porządku dziennego. Przypomniano sobie je tylko wówczas, gdy już inni zwycięsko głosili zasady antyseptyki. W podręcznikach medycyny o *Semmelweissie* jeszcze i dzisiaj wspomina się bardzo mało.

Alfred Freiherr von Berger przytacza następujący bardzo wzruszający epizod, czy też anegdotę z życia *Semmelweissa* z okresu jego choroby. Było to podczas podróży statkiem do Wiednia w towarzystwie *Bergera*. Statek w pobliżu Pesztu osiadł na mieliźnie. Wypadło długo czekać na dalsze wyruszenie w drogę. Podróżni skracali sobie czas różnemi rozrywkami. Jakiś chłopczyna bawił się blisko nóg pogrążonego w zadumę *Semmelweissa*. Nagle, spostrzegłszy go, S. podnosi ociężałe powieki, przywołuje go do siebie i zwraca się do doglądającej go osoby: „Czy pani jest jego matką?"

— Jestem jego ciotką, matka jego nie żyje.

— Tak! a kiedy umarła? — zapytuje *Semmelweiss*, przypominając sobie swoją rolę lekarza.

— Podczas połogu.

— Jakto? — dziwi się S. — z jakiego powodu i na jaką chorobę?

Tu nieszczęśliwy z trudem zaczął sobie przypominać nazwę tej choroby, której poświęcił tyle pracy i życia.

Po bezowocnym wysiłku zwrócił się do przyjaciela i otoczenia ze słowami:

— Czy nie jest to dziwne, że ludzie jeszcze umierają na chorobę, której wcale niema, której nazwy nawet zapomniałem, jakkolwiek jestem przecież uczonym lekarzem! Głupie kobiety, które wciąż jeszcze umierają na tę chorobę!

Dziwnem zrządzeniem losu *Semmelweiss* zmarł w szpitalu dla obłąkanych nie z powodu choroby mózgowej, lecz na skutek zakażenia, przeciwko któremu walczył całe życie.

Założony w 1888 roku

INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY

D-ra TADEUSZA STĘPNIEWSKIEGO

Warszawa, Zielna 11. **Telefon 37-65, Konto P.K.O. 22.378.**

SZCZEPIENIE NA MIEJSCU DZIEŃ CAŁY. ŚWIADECTWA DO SZKÓŁ.

INSTYTUT WYRABIA KROWIANKĘ
W ZAWIERALNIKACH 1º ,5º i 10º, SZCZEPIENNYCH.

Szczepionkę wysyła się na prowincję za zaliczeniem pocztowem lub też w celu zmniejszenia porta po otrzymaniu należności przez P. K. O.

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

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Pneumobacillus Friedländera przyczyną zakażenia wątrobowo - żółciowego. (Infections hèpato-biliaires à bacille de Friedländer). P. Carnot, J. Dupont i E. Liebert. *Paris médical Nr. 21, 1930.*

Pierwszy przypadek angiocholitis na tle pneumobacilus *Friedländera* opisał *Netter* w roku 1890; od tego czasu ogłaszano pojedyńcze tylko przypadki analogiczne, co skłania autorów do ogłoszenia dwu własnych spostrzeżeń.

Przypadek I dotyczy mężczyzny lat 44, który od stycznia 1929 r. ulega napadom wysokiej gorączki o charakterze zimniczym, dopiero po paru napadach pojawiły się bóle w podżebrzu prawem i wymioty żółcią. Wywiady i badania w kierunku zimnicy dają wynik ujemny, natomiast lekkie zabarwienie żółte białkówek i skóry kierują rozpoznanie ku zakażeniu dróg żółciowych. Chory ten przed paru laty miał odjęty wyrostek robaczkowy a niebawem i woreczek żółciowy, w którym obok zmian zapalnych nie znaleziono kamieni. Ostatnią operację wykonano w roku 1925 z powodu napadów bólu w podżebrzu prawem z żółtaczką. Napady dreszczów i gorączki, z powodu których chory zgłasza się do szpitala, miały miejsce od 3 lat; w przerwach istniał stan podgorączkowy.

Z chwilą stwierdzenia zakażenia dróg żółciowych choremu podano atofan, a po paru dniach chory, jakoby uleczony, opuścił szpital. Po 10-iu miesiącach zgłasza się ponownie z dawnemi objawemi (dreszcze, gorączka) i otrzymuje dożylne wstrzykiwania hexamethylentetramin. Po 3-ch miesiącach chory wskutek gwałtownych bólów w prawm podżebrzu, wysokiej gorączki i żółtaczki, zgłasza się ponownie. Tym razem obok powyższego stanu stwierdzono też znaczne powiększenie wątroby. W tym czasie stwierdzono we krwi obecność pneumobacilus *Friedländera*. Gorączka, która chwilowo opadła, podnosiła się znowu, zastosowano wakcynę swoistą (z wyhodowanego szczepu), atofan oraz codzienne zgłębnikowanie dwunastnicy. Chory po szeregu dni opuścił szpital z ciepłotą podgorączkową, na własne żądanie. Po paru dniach powrócił z objawami zapaści i w kilka godzin po przybyciu do szpitala zmarł. Badania sekcyjnego nie można było wykonać.

Autorowie opisują szczegółowo badania laboratoryjne, z czego wynika, że w styczniu 1929 roku badanie krwi wykazało jej jałowość. W 10 miesięcy później wyhodowano pneumobacilus *Friedl.* w żółci wydobytej zapomocą zgłębnika dwunastniczego, a w 3 miesiące później wyhodowano ten sam drobnoustrój we krwi chorego. Drobnoustrój ten wykazywał pewne odchylenia od typowej pałeczki *Friedländera*. Treść wydobyta zapomocą zgłębnika dwunastniczego wykazywała liczne krwinki, kryształki cholesteryny oraz brak większej liczby ciałek białych, co przemawia przeciwko angiocholitis suppurativa. W moczu niekiedy uzyskać można było obecność pałeczki *Friedl*, hodowle pozostały jednak jałowe. Badanie krwi wykazało leukocytozę neutrofilną.

W powyższym przypadku autorowie mieli do czynienia z ogniskami zapalnemi w drogach żółciowych samej wątroby na tle pałeczki *Friedl.*, skąd, od czasu do czasu, dochodziło do przedostawania się drobnoustrojów do krwiobiegu.

Przypadek II dotyczył 23 letniej kobiety, która zgłosiła się do szpitala w stanie bezgorączkowym, z wybitną żółtaczką zastoinową. Badanie przedmiotowe wykryło tylko lekkie powiększenie śledziony i bolesność w okolicy woreczka żółciowego. Wątroba nie była powiększona. Badanie treści dwunastnicy wydobytej zapomocą zgłębnika dało czystą hodowlę pałeczki *Friedländera*. Jako rzecz szczególną należy podkreślić, że pałeczka ta wykazywała te same odchylenia (anomalje), jak drobnoustrój, wyodrębniony w pierwszym przypadku.

Autorowie podkreślają znaczenie zgłębnikowania dwunastnicy i stosowanie hodowli z wydobytej treści dla rozpoznania omawianych stanów i odpowiedniego swoistego leczenia.

Hepatitis icterogenes i kamica żółciowa (Hépatite ictérigène et lithiase). H. Bernard i J. Caroli. *Paris medical, nr 21, 1930.*

Jest rzeczą dobrze znaną, że nieraz zabieg chirurgiczny dokonany u chorego na kamicę żółciową z przewlekłą żółtaczką, nie wykrywa obecności kamienia w przewodzie żółciowym. W tych przypadkach żółtaczka wywołana jest albo przez zapalne zmiany przewodu żółciowego, lub też przez ucisk tegoż wskutek przewlekłego zapalenia trzustki. Spostrzeżenie autorów, zgodne z spostrzeżeniami prof, *Carnot'a* wykazuje, że przyczyną tej żółtaczki mogą być też zmiany w miąższu samej wątroby.

Przypadek autorów dotyczy kobiety 31 letniej, która od wielu lat cierpiała na bóle w podżebrzu prawem, promieniujące ku krzyżom i występujące co parę dni, późno w nocy. Chora po jednym z takich napadów dostała silnej żółtaczki z odbarwieniem stolców i znacznem swędzeniem skóry. Po dalszych 3 tygodniach żółtaczka nietylko nie zmniejszyła się, ale nawet wzmogła; ciepłota ciała od początku choroby była niepodwyższona. Badania zapomocą zgłębnika dwunastniczego nie udało się dokonać. Prześwietlenie prom. *Rentgena* nie wykazało wprawdzie obecności kamieni, lecz górna część opuszki dwunastnicy była zniekształcona. Badanie krwi na czas krwawienia, czas krzepnienia i kurczliwości skrzepu nie wykazały odchyleń od stanu prawidłowego. Na podstawie doświadczenia prof. *Carnota* autorowie sprzeciwiali się wykonaniu zabiegu chirurgicznego, mimo dwumiesięcznego trwania żółtaczki; wobec nalegania chorej i lekarzy otoczenia dokonano jednak otwarcia jamy brzusznej

i woreczka żółciowego, przyczem wydobyto kamienie i zdrenowano woreczek żółciowy. Chirurg odroczył zabieg na przewodzie żółciowym wspólnym do czasu ustąpienia żółtaczki. Mimo krótkotrwałości zabiegu w znieczuleniu miejscowem, mimo względnie dobrego stanu ogólnego chorej przed zabiegiem, chora w 48 godzin po zabiegu zmarła wśród objawów wysokiej gorączki i duszności toksycznej.

Badanie pośmiertne (częściowe) wykazało nieobecność kamienia w przewodzie żółciowym, sam przewód był drożny a ściany jego blade wskazywały, że dawno żółć nim nie płynęła. Trzustka bez zmian. Wątroba natomiast była powiększona i wykazywała zmiany właściwe hepatitis, które autorowie szerzej opisują i ilustrują; brak było objawów drobnowidowych świadczących za zwyrodnieniem tłuszczowem lub za marskością wątroby.

Wobec powyższych wyników badania drobnowidowego autorowie podkreślają względnie dobry stan ogólny chorej przy zmianach poważnych w wątrobie; niedomoga wątroby była w tym przypadku utajona i dopiero zabieg chirurgiczny nawet stosunkowo lekki wydobył ją na jaw. Zastanawiając się nad przyczyną zmian chorobowych wątroby, autorowie wyrażają hipotezę o żółtaczce prostej, która wystąpiła u chorej z kamicą żółciową. Nadto wobec zmian anatomo - patologicznych myśleć można też o hepatitis icterogenes, wywołaną przez spirochaete ictero-haemorrhagica, choć nie dokonano badań serologicznych i mikrobiologicznych w tym kierunku, gdyż za życia chorej nie było danych do podobnego przypuszczenia. Przedewszystkiem jednak autorowie zwracają uwagę na dwa przypadki *Carnota*, niemal analogiczne, w których również dokonano zabiegu operacyjnego, poczem nastąpiła śmierć chorych. Wszystkie te przypadki przebiegają bądźto bez gorączki, bądźto ze stanem lekko podgorączkowym.

Należy zatem mieć na uwadze wobec chorych z kamicą żółciową i znaczną żółtaczką, o przebiegu bezgorączkowym, że chodzić tu może o zastój żółci wywołany nietylko zaczopowaniem przewodu żółciowego przez kamień, nowotwór, zmianę w przewodzie żółciowym wspólnym lub zmiany w trzustce, ale też, że zastój żółci może być skutkiem zmian chorobowych w samej wątrobie. W takich przypadkach, nawet lekki zabieg chirurgiczny, prowadzi do śmierci wskutek ujawnienia niedomogi wątroby.

Priapismus, jako pierwszy objaw białaczki szpikowej. (Priapisme révélateur d'une leucémie myéloide). Ch. Achard. *Paris médical. nr. 24, 1930.*

Początek białaczki szpikowej zazwyczaj jest utajony i choroba ujawnia się wówczas, gdy uszkodzenie narządów krwiotwórczych jest daleko posunięte. Niekiedy jednak spostrzegamy we wczesnym, przedklinicznym okresie białaczki objaw, który może rozpoznanie ułatwić. Objawem tym jest priapismus. Autor podaje historję choroby jednego przypadku priapismus w takim wczesnym okresie białaczki. Podobnych przypadków ogłoszono w piśmiennictwie około 50.

Chory lat 50, zostaje przeniesiony na oddział wewnętrzny z oddziału chirurgicznego, gdzie przebywał parę dni. Do tego czasu był zdrów. Od miesiąca dopiero doznawał erekcji nocnych, długotrwałych, które ustępowały po wstaniu chorego z łóżka. Przed paru dniami erekcja nocna nie ustąpiła i utrzymywała się cały dzień. Stosunek płciowy nie przyniósł ulgi, wobec czego chory zgłosił się do lekarza, który wstrzyknął jakiś lek u nasady prącia i następnie polecił postawienie tamże dwuch pijawek. Skoro i to nie pomogło, chory zgłosił się na oddział chirurgiczny, gdzie dokonano wstrzyknięcia nowokainy drogą epiduralną, a po paru dniach, wobec braku poprawy, skierowano chorego na oddział wewnętrzny.

W chwili przyjęcia chorego, jego stan ogólny był bardzo dobry, prącie w stanie erekcji, ale tylko w zakresie corpora cavernosa. Oddawanie moczu prawidłowe. W przypadku tym chodziło o priapismus a nie o satyriasis, gdyż erekcji nie towarzyszło pożądanie płciowe. Pierwszego dnia wykonane badanie krwi wykazało białaczkę szpikową, krwinek: 5,000,000, Hb=100, ciałek białych: 280,000, w tem: kom. wielojądrzastych obojętnochłonnych: 54%, eozynochłonnych: 1%, zasadochłonnych 1%, komórek jednojądrzastych 2%, limfocytów 3%, myelocytów obojętnochłonnych 34%, myeloc. eozynochłonnych 3%, myeloc. zasadochłonnych 1%. Śledziona wykazywała stłumienie zaledwo 3 — 4 palców, gruczoły chłonne niepowiększone, ciepłota niepowiększona, tętno 70 na min. Chorego poddano naświetlaniom prom. *Rentgena*, w szczególności naświetlano: perineum, os sacrum, śledzionę i kości długie. Pod wpływem naświetlań obraz krwi poprawiał się, erekcja utrzymywała się, lecz w coraz słabszym stopniu. Dopiero po upływie miesiąca erekcja ustąpiła; mimo to naświetlania przeprowadzano nadal, przy końcu ambulatoryjnie. Po 2 miesiącach naświetlań (chory otrzymał 22 naświetlań) obraz krwi wykazywał: krwinek 5,800,000, Hb = 100, ciałek białych 15,600, w tem kom. wielojądrzastych obojętnochłonnych 65%, eozynochłonnych 5%, zasadochłonnych 8%, kom. jednojądrzastych średnich 10%, monocytów, 9%, myelocytów 2%. Kontrola krwi po miesiącu dała podobny wynik.

Priapismus białaczkowy pojawia się przeważnie w przebiegu białaczki szpikowej; tylko *Gardner* widział ten objaw w białaczce limfatycznej; występuje przeważnie ostro i nagle. Priapismus omawiany może być zarówno objawem wczesnym (jak w przypadku autora), może jednak pojawiać się w dalszym przebiegu białaczki, lub też jako objaw końcowy. *Rub i Warthin* spostrzegali priapismus w białaczce, utrzymujący się po śmierci chorego. Priapismus omawiany jest zazwyczaj uporczywy, trwać może parę miesięcy. Bliższe cechy priapismus są zazwyczaj takie, jak w powyższym przypadku t. j. dotyczy tylko corpora carernosa; nieleczony—może ustąpić samoistnie. Prawie zawsze po ustąpieniu priapismu pozostaje impotencja. Patogeneza priapismu nie jest całkowicie wyjaśniona, Naogół odrzuca się hipotezę *Kunota*, który objaw ten odnosił do przyczyn nerwowych, podobnie i hypoteza mówiąca o ucisku na nervus erectorius przez krwiak nie znalazła zwolenników. Autor skłania się do przyjęcia teorji o zaczopowaniu żył w corpora cavernosa. Skrzepy żylne spostrzega się często w przebiegu białaczki, przyczem chodzić tu może zarówno o skrzepy złożone z włóknika i leukocytów, jak i skrzepy leukocytarne wywołane zastojem. U chorego opisanego powyżej liczba płytek Bizzozerro była znacznie powiększona i wynosiła 970,000 w mm^3.

W leczeniu priapismus białaczkowego próbowano stosować zabieg chirurgiczny polegający na nacięciu i wydobyciu skrzepu. Często jednak po zabiegu wywiązywało się długotrwałe ropienie; raz opisywano ogólne zakażenie bac. coli. (*Goebel*). *Lewis* uleczył przypadek priapismu podwiązaniem

art. dorsalis penis. Autor skłania się do stosowania naświetlań promieniami Rentgena w podobnych przypadkach.

Pierwotne zapalenie opon i mózgu na tle nagminnego zapalenia przyusznic. (La méningo — encéphalite ourlienne primitive). R. J. Weissenbach, G. Basch i M. Basch. *Paris médical. Nr. 25, 1930.*

Odczyny i powikłania ze strony mózgu lub opon mózgowych w czasie trwania nagminnego zapalenia przyusznic (parotitis epidemica) są dziś już dobrze znane; mniej znane są natomiast powyższe objawy, o ile występują na parę dni przed obrzękiem przyusznic lub gruczołów.

Autorowie dzielą objawy ze strony opon i mózgu na powyższem tle na 3 grupy.

Grupa pierwsza obejmuje objawy czysto oponowe, bez objawów mózgowych. Przebieg kliniczny jest następujący: chory nagle ulega wśród objawów: wymioty, objaw *Kerniga*, sztywność karku, gorączka, a nawet drgawki. Płyn mózgordzeniowy wykazuje zmiany cytologiczne przy braku drobnoustrojów Dopiero 3—6 dni później występuje obrzęk przyusznic, zazwyczaj jednostronny. Niekiedy zamiast przyuszniçy ulegają obrzękowi inne gruczoły: gruczoł podjęzykowy, podszczękowy. Po tygodniu stan chorobowy mija.

Grupa druga obejmuje przypadki z objawami ze strony mózgu i wówczas przed wystąpieniem obrzęku gruczołów pojawiają się; przejściowa hemipareza, zaburzenia czuciowe i lekka afazja, albo objawy móżdżkowe, albo porażenia oczne, myoklonja, porażenie n. twarzowego i t. p.

Grupa trzecia obejmuje przypadki śpiączki, nie znajdującej wytłomaczenia aż do czasu pojawienia się obrzęku przyusznic lub gruczołów, co ma miejsce mniej więcej czwartego dnia choroby.

Poza powyższemi trzema grupami autorowie opisują przypadki zapaleń oponowo-mózgowych bez następowego obrzęku przyusznic lub gruczołów. Chodzi tu o przypadki z charakterystycznemi objawami, które ulegają wyleczeniu w przeciągu około tygodnia. Za ich naturą identyczną z nagminnem zapaleniu przyusznic przemawia fakt pojawiania się w czasie epidemji parotitis epidemica, odpowiedni czas wylęgania, odporność tych chorych na parotitis epidemica w czasie odnośnej epidemji, wreszcie wyniki badania płynu mózgo-rdzeniowego.

Płyn mózgo-rdzeniowy. Autorowie nie znaleźli wprawdzie cech swoistych płynu właściwych dla omawianej natury cierpienia, sądzą jednak, że wszechstronne badanie płynu pozwala na wykluczenie innej etjologji cierpienia (meningitis tbc., syphilitica, meningococcica i t. p.) i w ten sposob pozwala na rozpoznanie właściwe.

Właściwości fizyczne: wodojasny w 90%, nie zawiera strąconego włóknika (skrzepu), wypływa przeważnie pod wzmożonem ciśnieniem. Chemicznie: ilość białka zwiększona (0.5—1.0 gr. — prawidłowo 0.15 — 0.20‰), ilość cukru nieznacznie się waha (prawidłowo 0.45 — 0,58‰), ilość chlorków nieco obniżona (normalnie 7.25 do 7.40‰. Cytologja: przy wczesnem nakłuciu liczba ciałek białych znacznie powiększona, szybko jednak opada, tak, że nakłucie wykonane między 10 a 20 dniem choroby wykazuje liczbę ciałek niższą, od 50 w mm³. Jakościowo chodzi przeważnie tylko o limfocyty; tylko w *1* przypadku odsetek leukocytów (dobrze zachowanych) dochodził do 50%., stale brak krwinek. Bakterjologicznie płyny te są zawsze jałowe. Właściwości fizyko-chemiczne: Odczyn Was. zawsze ujemny. Odczyn *Pandy'ego i Nonne-Apella* wypadają zmiennie.

Rozpoznanie bywa z początku bardzo trudne. Klinicznie należy zwrócić baczną uwagę na zachowanie się przyusznic i innych gruczołów (podjęzykowe, podszczękowe), na ujście przewodu *Stenona*, a przedewszystkiem w wywiadach należy stwierdzić, czy chory nie miał styczności z chorymi na parotitis epidemica. Badanie płynu mózgo-rdzeniowego jest bardzo pomocne. W odróżnieniu od meningitis tbc należy pamiętać, że płyn w meningitis tbc. zawiera skrzepy włóknika, więcej białka (1—2‰), ilość chlorków zmniejszona, nieraz znacznie (niżej 6‰), również zmniejszona ilość cukru, wreszcie wchodzi w grę badanie bakterjologiczne. Płyn mózgo-rdzeniowy w menigitis luetica przy podobnych objawach klinicznych wykazuje większy odsetek komórek obojętnochłonnych, częścią uszkodzonych, następnie obecność komórek mononuklearnych i plasmatycznych. Także ilość białka jest zazwyczaj wyższa, a wreszcie decydujące znaczenie posiadają odczyny serologiczne (Wa-i td.), W chorobie Heine-Medina płyn zawiera komórki obojętnochłonne częścią uszkodzone. Odróżnienie tych dwu schorzeń jest trudne; należy uwzględnić warunki epidemjologiczne. Pewne postacie encephalitis epidemica mogą również sprawiać trudność rozpoznawczą, różnice w charakterze płynów są zbyt nikłe (obecność komórek obojętnochłonnych także uszkodzonych) dla rozpoznania. W postaciach oponowych na tle zakażenia Spirochaete icterigenes płyn zawiera przeważającą liczbę ciałek wielojądrzastych (80—90%). Płyn mózgo-rdzeniowy w meningitis epidemica lub na tle innych drobnoustrojów, jak: pneumokokki, streptokokki i t. p. posiada swój odrębny wyraz nawet gdy jest przejrzysty (znaczna ilość białka, znaczna ilość włóknika, uszkodzone komórki, badanie bakterjologiczne).

Rokowanie jest naogół bardzo korzystne; po gwałtownych a nieraz burzliwych objawach następuje całkowite wyleczenie. W rzadkich jednak przypadkach notowano pewne pozostałości: jak bóle głowy, a nawet pojawianie się nowych objawów po paru tygodniach, jak np. wzmożona wrażliwość, lekkie napady podobne do padaczki — bradykardja.

Na zakończenie autorowie nawołują do zwrócenia uwagi na opisaną postać zapalenia opon i mózgu zwłaszcza w okresie grasującej epidemji nagminnego zapalenia przyusznic. Wreszcie podnoszą objawy nerwowe i mózgowe tak różnorodne i częste w przebiegu parotitis epidemica wyprowadzając wniosek o właściwości zarazka nagminnego zapalenia przyusznic, który napada nie tylko gruczoły, ale i tkankę nerwową.

Monocytoza i wstrząs. (Monocytose et choc). P. L. Drouet i P. Florentin. *Paris médical Nr. 24, 1930.*

Badania nad monocytozą we krwi wzmogły się w ostatnich czasach, gdy coraz bardziej przyjmuje się zapatrywanie, że monocyty pochodzą z układu śródbłonkowo-siateczkowego. Monocytoza w przebiegu niektórych schorzeń oddawna była znana. I tak spotykamy ją w durze brzusznym, w zakaźnem zapaleniu wsierdzia, w ospie. w zimnicy, w nagminnem zapaleniu przyusznic, w kala-azar, leishmaniosis i t. d.

Autorowie przeprowadzili swe badania w rozmaitych chorobach skóry, w chorobie posurowiczej, anafilaksji i t. p. i doszli do następujących wniosków:

1. W chorobach, w których uczulenie gra rolę (egzema, pokrzywka, wysypka płonicza) istnieje monocytoza.
2. Monocytoza pojawia sie w czasie wstrząsu wywołanego białkiem (mleko) lub metalami w stanie kolloidowym (sole złota).
3. Monocytoza występuje też w chorobie posurowiczej i w objawach wstrząsowych występujących po wprowadzeniu surowic. O ile brak objawów klinicznych, wówczas niema też i monocytozy.

W stanach uczuleniowych bardziej charakterystyczną jest monocytoza, aniżeli eozynofilja. Związek monocytozy z układem siateczkowo-śródbłonkowym jest niezaprzeczony. *Z. Gorecki.*

CHIRURGJA.

Wskazania i wyniki operacyjne w kamicy nerkowej zakażonej. (Traitement chirurgical actuel de la lithiase rénale infectée). Fredet. *Bruxelles — Médical Nr. 52, czerwiec 1930 r.*

Operacje, wykonywane w przebiegu zakażonej kamicy nerkowej, polegają na: 1) nacięciu miedniczki, 2) nacięciu samego miąższu nerkowego, ewentualnie w połączeniu z nacięciem miedniczki, 3) nefrostomji i 4) wycięciu nerki.

Dwa ostatnie zabiegi stosuje się tylko wyjątkowo, jeśli wymagają tego szczególne warunki. Wskazaniem do wycięcia nerki są: zupełne zniszczenie anatomiczne nerki przy braku podejrzenia co do kamicy po stronie przeciwnej, ciężki stan ogólny chorego (a druga nerka — wydolna), ropniak nerki chorej, grożący ogólnem zakażeniem. Śmiertelność pooperacyjna wynosi 8 — 9% i jest mniejsza, niż po nacięciu miąższu nerkowego. Dalszy przebieg pooperacyjny mogą wikłać — powstanie przetoki ropnej lub moczowej i kamica drugiej nerki. Nefrostomja polega na zespoleniu nerki z powłokami zewnętrznemi. Wskazaniami do niej są: zakażona kamica nerki jedynej (przy braku wrodzonym lub nabytym nerki drugiej), kamica obustronna nawrotowa przy zmniejszonej wydolności obu nerek i, wreszcie, konieczność długotrwałego sączkowania nerki ciężko zakażonej. Śmiertelność pooperacyjna jest większa niż po wycięciu nerki.

Operacjami z wyboru w przypadkach kamicy nerkowej zakażonej są: nacięcie miedniczki i nacięcie samej nerki.

Wstrząs pooperacyjny, niebezpieczeństwo wtórnych krwotoków i ogólnego zakażenia po nacięciu miedniczki są znacznie mniej groźne niż po nacięciu miąższu nerkowego; po tym ostatnim zabiegu krwotoki są następstwem powstawania zawałów w nerce, wtórnie ulegających zakażeniu i rozpadowi, i czasami dają wskazania do natychmiastowego wyjęcia nerki. Śmiertelność pooperacyjna po nacięciu miedniczki wynosi 6%, po nacięciu samej nerki — 17%. Niebezpieczeństwo powstania przetoki moczowej lub nawrotu kamicy jest takie samo po nacięciu miedniczki, jak i po nacięciu nerki.

Operacja nacięcia miedniczki (z następowem jeszczyciem lub nie, co zresztą jest bez większego znaczenia) daje większą pewność co do następowego zachowania wydolności nerki, niż nacięcie samego miąższu.

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.

Jak widać z powyższego, przewaga korzyści po stronie nacięcia miedniczki jest wyraźna. Jednakże, do wykonania tej operacji potrzeba pewnych warunków koniecznych, jak: a) możność wyłonienia nerki nazewnątrz, aby można było naciąć tylną ścianę miedniczki pod kontrolą oka, b) dokładne wiadomości co do liczby i umiejscowienia kamieni, c) kamienie niezbyt dużych rozmiarów, d) brak dalej posuniętego zakażenia nerki. Zaś w przypadkach, w których nerki nie udaje się wyłonić nazewnątrz, kamienie są duże lub zaklinowane w miąższu, lub wreszcie ciężkie zakażenie nerki wymaga jej rozległego sączkowania — uciec się trzeba do operacji nacięcia miąższu nerkowego.

Przygotowanie chorych na zakażoną kamicę nerkową do operacji polega na założeniu na

stałe cewnika moczowodowego na przeciąg kilku dni (do 32 dni) z codziennem przemywaniem miedniczki roztw. Hydrarg. oxycyanat. 1:5000 (rano) i roztw, azotanu srebra (wieczorem) 1:500, 1:300, 1:100. Założenie cewnika moczowodowego poprzedza, w razie potrzeby zastosowanie na stałe cewnika do pęcherza i przemywanie go roztw. Hydrarg. oxycyanat. 1:5000 i roztw. lapisu 1:2000.

Przemywanie miedniczki należy kontynuować i po operacji w ciągu jeszcze paru miesięcy — a to żeby ustrzec chorego od ewentualnego nawrotu cierpienia.

Rwa kulszowa, będąca następstwem zapalenia stawów międzykręgowych. (Les sciatiques vertébrales). Putti. *Bruxelles Medical Nr. 34, czerwiec 1930 r.*

Pomijając przypadki rwy kulszowej objawowej, powstałej na tle różnych schorzeń anatomicznych kręgosłupa jak gruźlica, kiła, nowotwory, złamania, zwichnięcia — olbrzymia większość przypadków tak zwanej rwy kulszowej pierwotnej, samoistnej czyli gośćcowej (reumatycznej) ma swoją przyczyną chorobotwórczą w zapaleniu stawów międzykręgowych lędźwiowo-krzyżowej części kręgosłupa. Przyczem chodzi tutaj o zapalenie podostre lub przewlekłe, ograniczone do powierzchni i torebek stawowych międzykręgowych wyrostków stawowych, a nie dotyczące zupełnie trzonów, krążków i więzadeł międzykręgowych i nie mające nic wspólnego z tak zwanym gośćcem zniekształcającym kręgosłupa (spondylarthritis deformans ankylopoetica). Owe zapalenie stawów międzykręgowych może być wywołane z kolei albo pewnemi wrodzonemi zaburzeniami statyki wyrostków stawowych kręgów, albo — co ma miejsce bez porównania częściej — działaniem czynników zakaźnych, toksycznych, zwyrodnieniowych, urazowych, gośćcowych, wreszcie skazami różnemi. Zmiany zapalne w stawach międzykręgowych pociągają za sobą odpowiednie zmiany kształtu i wymiarów dziur i kanałów międzykręgowych i, w związku z tem, objawy uciskowe ze strony odpowiednich nerwów. Umiejscowienie tych zmian najczęściej w zakresie IV i V kręgu lędźwiowego i I krzyżowego tłumaczy w zupełności występowanie bólów właśnie w zakresie nerwu kulszowego.

Autor na podstawie spostrzeganych przez siebie 345 odnośnych chorych przychodzi do wniosku, że tak zwane „lumbago“ nie jest niczem innem, jak właśnie zapaleniem stawów lędźwiowo-krzyżowej części kręgosłupa, przyczem w ogromnej większości chorych tych obok objawów, własnych „lumbago“ występowały wyraźnie i objawy rwy kulszowej, która to ostatnie z czasem wysuwała się na pierwszy plan całego obrazu klinicznego, maskując do pewnego stopnia objawy lumbago.

Rozpoznanie stanów powyższych opiera się na stwierdzeniu: 1) bólów odnośnych, 2) sztywności odruchowej w lędźwiowo-krzyżowej części kręgosłupa i 3) odpowiedniego obrazu rentgenowskiego wyrostków stawowych kręgów — rozrzedzenie końców stawowych z zageszczeniem brzegów wolnych, ubytki i inne zniekształcenia powierzchni stawowych, zwężenie, ewentualnie zanik, szpary stawowej i wreszcie, zaniki i przerosty różnych wyrostków stawowych kręgów.

Leczenie, według autora, polega w okresie ostrym na zupełnym spokoju (leżenie w łóżku) i stosowaniem miejscowem ciepła — najlepiej pod postacią termoforu alkoholowego wdg. *Biera* (diatermja daje gorsze wyniki), z następowem miesieniem całego ciała. Po przejściu ostrego okresu bólów nakłada się choremu na miednicę i lędźwiową część kręgosłupa gorset ortopedyczny (narazie gipsowy, z czasem — celuloidowy), do którego noszenia chory przyzwyczaja sie powoli tak, żeby po tygodniu mógł go już nosić na stałe — i to w przeciągu roku. W przypadkach nie poddających się leczeniu powyższemu, autor wykonał wycięcie stawów między kręgiem lędźwiowym IV, V i kością krzyżową— z wynikiem bardzo dobrym.

Nakłuwanie w celach rozpoznawczych dołu Douglasa (Sur la ponction du Douglas). Henrotay. *Bruxelles Médical Nr. 34, czerwiec 1930.*

Zbyt rzadko się stosuje ten zupełnie bezpieczny i pewnie prowadzący do celu zabieg rozpoznawczy jakim jest nakłucie dołu *Douglasa* poprzez tylne sklepienie pochwy — prawdopodobnie dlatego, że się o nim nie pamięta. Jednakże sposób ten oddaje nieocenione usługi, jeśli trzeba rozstrzygnąć rozpoznanie między ostrem zapaleniem wyrostka robaczkowego, ciążą pozamaciczną z krwotokiem wewnętrznym, lub ciążą maciczną w okresie poronienia. Zwłaszcza, jeśli chodzi o ustalenie wskazań do natychmiastowego zabiegu operacyjnego.

Wykonanie samego nakłucia jest bardzo proste Posługujemy się w tym celu igłą typu używanego do nakłuć żylnych, niezbyt cienką. długości 6 cm. Tylną wargę szyi macicznej chwyta się kulociągiem i unosi ku górze, poczem wbija się igłę, nasadzoną na strzykawkę *Recorda*, w sklepienie tylne tuż poza częścią pochwową, równolegle do osi szyi macicznej i jakby stycznie do tej szyi. Po ewentualnem wydobyciu zawartego w dole *Douglasa* płynu (ropa, krew), wyciągą się igłę, przyczem z pozostałego w sklepieniu otworka sączy się zwykle dosyć długo i obficie krew, mało wykazująca tendencji do krzepnięcia; dlatego też lepiej jest ucisnąć na jakiś czas to miejsce gazą.

Uwagi w sprawie lecznictwa operacyjnego wrzodziejącej postaci gruźlicy jelit. (Considérations sur le traitement chirurgical de la tuberculose intestinale, survenant au cours de la tuberculose pulmonaire). Bérard i Heitz. *Lyon Chirurg XXVII — Nr. 5, maj—czerwiec 1930.*

Autorowie pomijają tutaj zupełnie w rozważaniach swych te postacie gruźlicy jelit — jak postać przerostowa okolicy krętniczo-kątniczej lub zwężenia w jelitach cienkich — które pod względem wskazań operacyjnych nie nasuwają żadnych wątpliwości. Zajmują się zaś wyłącznie postacią wrzodziejącą, która jest jednocześnie najczęstszą postacią gruźlicy jelit u osobników z gruźlicą płuc.

Schorzenie to występuje naogół często, na podstawie materjału sekcyjnego częstość występowania tych zmian określono na 50 — 80% wszystkich zmarłych na gruźlicę płuc. Jego rozpoznanie — przynajmniej w początkowych okresach choroby — jest naogół trudne. Na obraz kliniczny składają się: brak apetytu, odbijania, mdłości, zaparcia na zmianę z biegunkami (te ostatnie stają się z czasem bardzo uporczywe), bóle brzucha — przeważnie w okolicy prawego talerza biodrowego (bolesność uciskowa w temże miejscu), krwawienia kiszkowe i szybkie

upośledzenie stanu ogólnego. Jednakże pod względem rozpoznawczym największą wartość przedstawia wynik prześwietlenia rentgenowskiego, które umożliwia dokładne umiejscowienie owrzodzeń i określenie ich rozległości. Pierwszym objawem klinicznym, który powinien obudzić podejrzenie lekarza w kierunku gruźlicy jelit, bywa: a) szybkie upośledzenie stanu ogólnego, b) odruchowe objawy ze strony żołądka, c) bole brzucha, d) krwawienia kiszkowe, e) biegunka.

Schorzenie powyższe, nieleczone, szybko prowadzi do śmierci. Metodą leczniczą z wyboru jest zabieg operacyjny — doszczętny lub połowiczy. Jedynem przeciwskazaniem do zabiegu jest zbyt upośledzony stan ogólny chorego. Operacja doszczętna polega na wycięciu chorego odcinka kiszki, które zabezpiecza zupełnie pewnie przed nawrotem cierpienia. Operacje połowicze polegają na: laparotomji wywiadowczej, zespoleniu jelitowem, lub też na zespoleniu z wyłączeniem jedno lub obustronnem odcinka chorego (wszycie obu końców w powłoki zewnętrzne). Zabiegi te sprowadzają w większości przypadków znaczną poprawę, o ile tylko zostały wykonane we wczesnym okresie choroby. Stosowanie leczenia fizykalnego (promienie ultra-fioletowe i Roentgena) i objawowego ogranicza sie do przypadków nieoperacyjnych, względnie uważa się je za czynnik wspomagający leczenie chirurgiczne.

Współczesne leczenie raka ślinianki przyusznej (Le traitement actuel du cancer de la parotide). Bérard, Cressel i Colson. *Lyon chirug. XXVII — Nr. 5 maj—czerwiec 1930.*

Rak przyusznicy jest naogół schorzeniem rzadkiem, przynajmniej w porównaniu z rakiem twarzy, warg i jamy ustnej. Rozwija się on albo na podłożu ślinianki dotychczas zdrowej, albo też na tle guza mieszanego przyusznicy. Szerzy się głównie per continguitatem przechodząc na skórę i najbliższe naczynia i gruczoły chłonne; przerzuty daje względnie późno, jak również późno przechodzi na kości sąsiednie (żuchwę, podstawę czaszki).

Wbrew panującym dawniej poglądom, rak przyusznicy daje się zupełnie dobrze leczyć operacyjnie i operację doszczętnego wycięcia przyusznicy należy uważać za metodę z wyboru w leczeniu tego schorzenia.

Poszczególne etapy wyżej wymienionej operacji: 1) cięcie skóry pionowe, tuż przed małżowiną uszną, rozpoczynające się powyżej łuku jarzmowego i schodzące w dół, wzdłuż głębokich gruczołów chłonnych, aż do obojczyka; drugie cięcie odchodzi poziomo od poprzedniego do przodu i tuż poniżej dolnego brzegu żuchwy; 2) podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej (powyżej odejścia tętnicy tarczycowej górnej) i wyłuszczenie gruczołów chłonnych podżuchwowych i wzdłuż dużych naczyń szyi; 3) separowanie przyusznicy od tyłu do przodu i przecięcie pnia nerwu twarzowego, czasowe przecięcie mięśnia mostkowo - obojczykowo - sutkowego i przewodu słuchowego zewnętrznego, 4) oddzielenie części ślinianki, drążących ku wewnątrz, do dołu pozażuchwowego, i do przodu i odrzucenie guza w całości z gruczołami chłonnemi; 5) zatamowanie krwawienia i szew z pozostawieniem sączka.

Autorowie operowali w ten sposób 31 chorych, po operacji stosowano z reguły rad w dużej dawce, w 33% otrzymano wyleczenie powyżej 3 lat. Można stwierdzić z całą pewnością, że leczenie raka przyusznicy wyłącznie naświetlaniami (rad. Roentgen) daje wyniki bezwzględnie gorsze.

Ostre rozlane zapalenis otrzewnej, wychodzące z dróg żółciowych, ale bez ich przedziurawienia (Les peritonites aigues generalisées par propagstion dans la lithiase biliaire). Desjacques. *Lyon Chirurg XXVII Nr. 3 maj-czerwiec 1930,*

Mechanizm powstania rozlanego zapalenia otrzewnej w przebiegu zapalenia dróg żółciowych może być trojaki: 1) zapalenie otrzewnej jest następstwem przedziurawienia pęcherza lub przewodów żółciowych — wysięk w otrzewnej zawiera wówczas dużą domieszkę żółci a chorzy tacy giną zwykle w krótkim czasie, 2) zapalenie otrzewnej jest następstwem powstania pewnych zmian w ścianie pęcherza żółciowego (jej „porowatości“, obrzęku w następstwie znacznego wzrostu ciśnienia żółci), równoznacznych z jej fizjologicznem przedziurawieniem, wysięk w otrzewnej jest podbarwiony żółcią, ale żadnych śladów przedziurawienia anatomicznego nie znajduje się, 3) wreszcie bywają przypadki rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej, bez domieszki żółci, mające punkt wyjścia niewątpliwie z pęcherza żółciowego, ale bez jakichkolwiek śladów jego przedziurawienia.

W tym ostatnim przypadku mechanizm chorobotwórczy jest następujący: ściana pęcherza, w miarę trwania procesu zapalnego, ulega znacznemu zgrubieniu, dochodząc do 2—3 cm, w ścianie tej mogą powstawać ropnie, narazie całkowicie zamknięte, które w następstwie ich przerwania się do wolnej jamy otrzewnowej, mogą spowodować rozlane ropne zapalenie otrzewnej, jednakże bez całkowitego przedziurawienia ściany pęcherza. Ewentualnie i bez pośrednictwa ropni śródściennych proces zapalno-zakaźny może przewędrować całą grubość ściany pęcherza i per continuitatem dać rozlane zapalenie otrzewnej.

Leczenie w tego rodzaju przypadkach polega na wycięciu pęcherza i sączkowaniu nazewnątrz przewodu pęcherzykowego. W przypadkach cięższych lepiej jest ograniczyć się do zespolenia pęcherza żółciowego (cholecystostomia), osłonięcia go sączkami gazowemi i wprowadzenie sączka gumowego do zatoki Douglasa.

Uwagi w sprawie leczenia i rozpoznania bąblowca płuc (Kystes hydatiques du poumon). Bonniot. *Lyon Chirurg. XXVII Nr. 3 maj-czerwiec 1930.*

Rozpoznawanie bąblowca płuc oprzeć należy w pierwszym rzędzie na wynikach zdjęcia rentgenowskiego, gdyż inne objawy kliniczne, jak wydalanie z plwociną części pasorzyta (objaw naogół późny i z tego względu pozbawiony większej wartości), różne próby biologiczne, zmiany we krwi (eozynofilja) — nie są pewne, a nakłucie próbne płuca jako zasadniczo szkodliwe należy zdecydowanie zarzucić.

Obraz rentgenowski płuca chorego zawiera następujące cechy charakterystyczne: cień, odpowiadający bąblowcowi, jest kształtu kulistego i odcina się ostro na tle prawidłowej tkanki płucnej, nasilenie cienia jest na całej przestrzeni jednostajne, poza tem — brak jest powiększenia gruczołów wnękowych. Anatomo-patologicznie bąblowiec płuca cechuje się brakiem otoczki włóknistej i brakiem ja-

kiegokolwiek wyraźniejszego odczynu ze strony sąsiednich części tkanki płucnej. Wśród chirurgów współczesnych panuje obecnie tendencja ograniczania wskazań do operacyjnego leczenia schorzenia powyższego do minimum. Autor hołduje poglądom odmiennym, uważając, że bąblowiec płuca należy zasadniczo leczyć operacyjnie, ograniczając stosowanie leczenia farmakologicznego jedynie do przypadków niewielkich torbieli, umiejscowionych głęboko, w pobliżu wnęki, gdyż dostęp do nich staje się — ze względu na sąsiedztwo dużych naczyń — bardzo utrudniony, z drugiej zaś strony, torbiele te względnie łatwo mogą się opróżnić do oskrzela (w 90%) i spowodować w ten sposób wyleczenie. Zaś torbiele bąblowcowe podopłucnowe, otwarte lub zamknięte i wszelkie torbiele, przewyższające rozmiarami wielkość pomarańczy, winny być bezwzględnie operowane. Operuje się zasadniczo dwuczasowo; za pierwszym razem, po dokładnem umiejscowieniu torbieli, wycina się żebra na odpowiedniej przestrzeni i obnażoną i pojodynowaną opłucnę ścienną wciska się w kierunku płuca tamponem z gazy, aby wywołać tu przyrost płuca do opłucnej, po 10—12 dniach nacina się ścianę torbieli, opróżnia się ją z błon i sączkuje.

Sztuczna odma piersiowa znajduje zastosowanie jedynie w tych przypadkach, kiedy torbiel, położona w pobliżu wnęki płuca i komunikująca się z oskrzelem, opróżnia się niedostatecznie.

Wyniki leczenia raka prącia naświetlaniami radowemi. (Cancer de la verge traité par la curiethérapie. Resultat au bout de 4 ans). Fruchaud. *Lyon Chirurg. XXVII. Nr. 3, maj — czerwiec 1930.*

Autor spostrzegał przypadek raka prącia, leczonego wyłuszczeniem operacyjnem gruczołów chłonnych w pachwinach i naświetlaniem guza promieniami radowemi; zastosowano 8 igieł (po 1 mg. radu), zatopionych w wosku na przeciąg 6 dni. Odczyn zapalny po naświetlaniach był bardzo umiarkowany, owrzodzenie zagoiło się szybko, pozostawiając bliznę miękką i prawidłową, bez następowych zaburzeń czynnościowych. W ciągu czterech lat nie stwierdzono nawrotu cierpienia, stan ogólny chorego był zupełnie dobry.

W związku z przypadkiem tym autor zwraca uwagę na dużą podatność raków prącia na działanie promieni radu, która to podatność pozwala, w przypadkach niezbyt późnych, na oszczędzenie choremu operacji okaleczającej w dużym stopniu, aką jest odjęcie prącia.

Następnie, obrzmienie gruczołów chłonnych w pachwinach w przypadkach raka prącia bywa przeważnie natury zapalnej, nie nowotworowaj, jak tego dowodzą i badania histologiczne w przypadku autora. Jednakże nie należy zaniedbywać nigdy wyłuszczenia tych gruczołów, gdyż, jak pokazują liczne spostrzeżenia, chorzy tacy giną z czasem nie z powodu nawrotu raka w miejscu pierwotnem, a w następstwie przerzutów.

Wczesne rozpoznanie raka na podstawie enzymoreakcji. (Le diagnostic précoce du cancer par l'enzymoréaction). Rebaudi. *Leo Néoplasmes XI. Nr. 2, marzec — kwiecień 1930 r.*

Zbędnem byłoby przypominać, jak duże znaczenie ma w walce z rakiem możność wczesnego jego rozpoznawania. Dlatego też usiłowano zadośćuczynić tej potrzebie przez podanie całego szeregu różnych prób biologiczno-chemicznych, mających umożliwić to wczesne rozpoznanie raka; jednakże próby te nie usprawiedliwiły pokładanych w nich nadziei.

Autor proponuje tu nową próbę, próbę „enzymoreakcji." Oparta jest ona na tem założeniu, że surowica krwi chorych na raka posiada własności trawiące, rozkładające wyciągi białkowe z komórek rakowych. Jednakże zaczyny odnośne są zbyt słabe na to, żeby strawić białko rakowe jako takie. Dlatego też do prób powyższych używa się wyciągów rakowych już rozłożonych do stanu tak zwanych ultrapeptonów, blizkich polipeptydom; wprowadzenie nawet niewielkich ilości surowicy chorego na raka do przygotowanego w sposób powyższy wyciągu rozłoży owe ultrapeptony w ciągu 24 godzin aż do aminokwasów, które można wykryć bardzo łatwo zapomocą barwnego odczynu z ninhydryną. Surowica rakowatych zawiera owe swoiste zaczyny trawiące tylko we wczesnym okresie choroby, gdyż później, w miarę rozrastania sie raka i nasilania się charłactwa zaczyny te giną. Własności podobne do wyciągów rakowych posiadają i inne antygeny, jak wyciągi z bakteryj, narządów różnych, białek pokarmów, różnych innych nowotworów.

Jeśli chodzi o różniczkowanie np. między rakiem, mięśniakiem, gruźlicą i kiłą, to może zajść taka ewentualność, że surowica badana da odczyn enzymowy dodatni ze wszystkiemi czterema antygenami; wówczas należy ją rozcieńczać dotąd, dopóki nie da wyraźnie dodatniego odczynu z jednym z nich w tem rozcieńczeniu, w którem z innemi próba wypadnie całkowicie ujemnie.

Próba enzymoreakcji pewnością i stałością swych wyników góruje między innemi i nad próbą *Botelho*, gdyż w 81—84% przypadków potwierdza się badaniem histologicznem w czasie operacji lub na sekcji.

Wycięcie nerki, w przypadkach roponercza dużych rozmiarów, z przedniego cięcia brzusznego, przezotrzewnowo. (A propos des deux néphrectomies transpéritonéales pour lésions suppurées du rein). Perrin. *Lyon Chirurgic. XXVII. Nr. 3, maj — czerwiec 1930.*

Naogół panuje zgoda poglądów co do tego, że duże guzy nerki lepiej jest wyjmować z cięcia przedniego, przezotrzewnowo. Jednakże duża liczba chirurgów ma zastrzeżenia co do operowania w ten sposób przypadków roponercza, a to ze względu na obawę zakażenia otrzewnej.

Autor uważa zastrzeżenia te za niesłuszne. I przypadki roponercza dużych rozmiarów należy również operować od strony jamy brzusznej, gdyż zabieg staje się wówczas o wiele łatwiejszy, mniej obrażający tkanki, a otrzewna znosi go bardzo dobrze, zwłaszcza jeśli się pokryło otrzewną łożysko wyciętej nerki, albo się wszyło brzegi pokrywającej guz otrzewnej w otwór rany operacyjnej (marsupialisatio).

Operowanie od strony jamy brzusznej, ale pozaotrzewnowo, to jest drążąc między mięśnie boczne ściany brzusznej i pokrywającą je odwewnątrz otrzewnę, jest również mniej wskazane, gdyż w przypadkach guzów zapalnych nerki dużych rozmiarów odłuszczanie otrzewnej bywa czasami bardzo utrudnione, a dostęp do wnęki nerkowej jest dużo gorszy. A ponieważ, jak już zaznaczono wyżej, otrzewna wykazuje tutaj dużą odporność na zakażenie, więc przez to samo odpada jedyny argument, przemawiający za tym sposobem operowania.

Autor operował 2 przypadki roponercza dużych rozmiarów — oba od strony jamy brzusznej, przezotrzewnowo, i z wynikiem dobrym, bez powikłań.

M. Czyżewski.

CHOROBY NERWOWE.

Układ neuro-wegetatywny w stanach wzruszeniowych i lękowych. (Le système neuro-végétatif dans les états émotifs et anxieux). E. Larrive et Dancenis. *Le Journal de Médecine de Lyon Nr. 251/30*

Psychjatrja szuka obecnie wytłumaczenia i przyczyn psychicznych w zaburzeniach organicznych. Największe braki w tym kierunku wykazuje anatomja patologiczna i biologja. I dopiero zwrócenie uwagi na układ wegetatywny stworzyło nowe możliwości badawcze.

W symptomatologji stanu lękowego spotykamy zaburzenia ruchowe (drżenie, brak skojarzenia, upośledzenie mowy, zawroty głowy) zaburzenia krążenia (zmiany naczynio-ruchowe, dusznicę sercową, skurcze), zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (nagłe biegunki), zaburzenia w wydzielaniu (polyurja, ślinotok lub suchość jamy ustnej, wzmożone pocenie się miejscowe lub ogólne), zaburzenia w sferze uczuć i intelektu.

Dotychczasowe wyniki badań były często sprzeczne, znajdując raz przewagę układu sympatycznego, to znów wagotonję.

Autorzy stosowali w swoich badaniach specjalnie obserwację odruchów oculo card., solar., palato-card., nosowo-twarzowego.

Ze względu na niezmierną wrażliwość chorych i zmienność nastrojów trudności badania są wielkie i też rezultat jest niejednolity. Spostrzegano tak wagotoników jak i sympatykotoników. Również amfotoników (*Danielopu*). W podmieceniu, gdy lęk był ogromny, stwierdzono stan pobudzenia układu sympatycznego, a przeciwnie, gdy chory był spokojny następowało przesunięcie w kierunku wagotonji.

Jest to w każdym razie wielki krok naprzód w badaniach nad genezą stanów lękowych i wzruszeniowych, których przyczyna pierwotna jest bez wątpienia natury psychicznej. Jednak u osobników prawidłowych te przyczyny psychiczne wywołałyby jedynie reakcję lekką i przejściową, podczas gdy przy wytworzeniu się stanów lękowych prawdziwych konieczną jest obecność predyspozycji wrodzonej lub nabytej. Ta dyspozycja ma tło organiczne, charakteryzujące się brakiem równowagi układu neuro-wegetatywnego.

Zapalenie mózgu poszczepienne i jego leczenie. (L'encephalite postvscciuale et son traitment). M. Hekman. *La Presse medicale Nr. 42. 1930. Academie de medecine.*

Sądzono dotąd, że zapalenie mózgu występujące u osób świeżo szczepionych nie jest spowodowane zarazkiem zaszczepionym, lecz na skutek zarazka innego, utajonego, który został uczynniony w przebiegu szczepienia. Autor miał jednak świetne wyniki (14 wyleczonych na 16) wstrzykując dożylnie pacjentom surowicę ich rodziców zaszczepionych w tym samym czasie co ich dzieci i tą samą szczepionką. W jednym też przypadku użyto z wynikiem zupełnie dodatnim (injekcją domięśniową) krwi ojca który chorował przed 4 laty.

Wydaje się więc bardzo prawdopodobnem, że przyczyną zapalenia mózgu jest szczepienie samo.

Niewiadomo czemu przypisać, że szczepionka ostatnio stała się bardziej patogenna.

Zapalenie mózgu epidemiczne poronne. L'encephalite épidèmique fruste). Marcel Nathan. *La Presse medicule Nr. 42 1930.*

Może najbardziej ze wszystkich chorób zakaźnych zawiera zapalenie mózgu nagminne w swoich ramach mnóstwo postaci atypowych i poronnych. Jak często prawie jedynym objawem jest podwójne widzenie (diplopia), gdzie mamy do czynienia ze schorzeniem centralnem jąder nerwów czaszkowych. Leczenie od samego początku musi być energiczne i stałe. Autor uważa za bezwzględnie konieczne z początku wlewania dożylne natrii salicylici 0,55o, glukozy 10%5,0 przy równoczesnem podawaniu choremu pigułek daturae stramonii à 0,05 po 5 pigułek dziennie.

Mimo poprawy należy obawiać się nawrotu i dlatego koniecznem jest obserwowanie dalsze chorego i leczenie. 2 serje injekcji dożylnych w roku natrii salicylici, przez cały czas należy podawać też datura stramonii. Tolerancja jest w tym wypadku bardzo indywidualna. Wchodzą ponadto w rachubę duboisine, kakodylaty, urotropina.

O okuliście w wypadku diplopji nigdy nie wolno zapominać (sprawność mięśni, dno oczu).

Szlam Ług Borowina

Ciechocińskie

Najlepsze krajowe lecznicze środki kąpielowe umożliwiają przeprowadzenie skutecznych kuracji domowych chorym

NA:

WADLIWĄ PRZEMIANĘ MATERJI. CHOROBY UKŁADU NERWÓW. ARTRETYZM. REUMATYZM. i t. p.

świetne w leczeniu

PRZEWLEKŁYCH I ZAPALNYCH CHORÓB KOBIECYCH.

Uwaga: Najskuteczniejsze są kąpiele ze szlamu i z ługu

Najprzyjemniejsza djetetyczna, radjoczynna gazowana CIECHOCIŃSKA STOŁOWA WODA DO PICIA Nr. 8

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH APTEKACH I SKŁADACH APTECZNYCH.

Wyłączna reprezentacja.

Towarzystwo Handlowo - Przemysłowe

„REAL"

Warszawa Widok 24. — Tel. 85.30 i 513-05.

Dobrze określony typ guzów mózgowych: Guzy nadsiodełkowe. Ich djagnostyka i leczenie. (Un typ bien défini de tumuers intracraniennes. Les tumeurs supra-sellaires. Diagnostic et traitement). T. de Martel. *La Presse medicale Nr. 28, 1930.*

Nie operacja zabija chorego, lecz guz, który doszedłszy do maximum swego rozwoju nie nadaje się więcej do zabiegu operacyjnego. Stąd ważność wczesnego rozpoznawania.

Guz mieści się na poziomie siodełka tureckiego. Rozwijając się ku górze, uciska skrzyżowanie nerwów wzrokowych i wywołuje syndrom zawsze ten sam, a mianowicie: Hemianopsję bitemporalną, zanik pierwotny nerwu wzrokowego, brak zmian ze strony siodełka. Potem dopiero w zależności od wielkości rozwoju przychodzi do ucisku przysadki i objawów różnorodnych i skomplikowanych.

W praktyce zdarza się nieraz, że zgłasza się chory zazwyczaj w średnim wieku ze skargami na obniżenie siły wzroku, głównie z boku. I wtedy, jeśli okulista zlekceważy badanie perymetrem, a nie znajdzie zmian na dnie oczu, nie podejrzewa żadnej sprawy mózgowej. Niepotrzebnie są wtedy robione zabiegi operacyjne na jamach twarzowych i zębach. Objawów ze strony przysadki nie stwierdza się naówczas żadnych. Tak przedstawia się mniej więcej sprawa, gdy mamy do czynieniu z meningioma suprasellaris. W wypadku adenoma hypophysae wcześniej spotykamy objawy hypofysarne (np. akromegalję), a rentgenologicznie znajdujemy siodełko zmienione, chyba, że jestto adenoma suprasellaris. A więc widzimy, że pomiedzy meningioma a adenoma suprasellaris klinicznie nie potrafimy znaleźć różnic.

Cysty wrodzone (inaczej kieszenie Rathke) występują już w młodym nawet wieku i łatwo je poznać po zwapnieniach w ścianie. Wielkość ich może być bardzo wielka, pierwsze objawy dopiero pokazać się mogą wyjątkowo w późniejszych latach.

Autor nie poświęca żadnej uwagi problemowi leczenia promieniami Rentgena i przechodzi do omówienia zabiegów operacyjnych według słynnego *Cushinga* Meningioma nie recydywuje. Adenoma dużo częściej. Cystę punktuje się i o ile możności usuwa. Śmiertelność jest minimalna przy operacjach guzów suprasellarnych i chodzi tu o operację dobrotliwą według autora.

L. Wander.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Badania kliniczne i radiologiczne nad zaburzeniami w ginekologji. (Etude clinique et radiologique de troubles moteurs en gynecologie). Petit-Dutaillis Paul. *La Gynécologie t. 29 z, 4, 1930.*

W długim i starannie opracowanym artykule autor rozpatruje zaburzenia czynnościowe w zakresie elastyczności napięcia i kurczliwości narządów rodnych.

W zależności od nadmiaru powyższych cech lub ich niedostateczności rozbić należy całą tę grupę schorzeń na dwa wielkie działy: nadmiernej kurczliwości i niedostatecznej.

I. Stany nadmiernej kurczliwości narządów rodnnch kobiety.

Przechodząc w krótkości diatezy skurczowe jako stany trudne do określenia i wchodzące w zakres schorzeń psychiczno-nerwowych, określanych mianem hysterji, autor zwraca uwagę na wpływ zawartości we krwi z jednej strony jonów wapnia Ca jako czynnika uspakajającego system nerwowy. z drugiej zaś jonów sodu i potasu (Na+K), jako czynników pobudzających.

Następnie autor przystępuje do schorzeń o określonym umiejscowieniu anatomicznym. A więc mówiąc o pochwicy (vaginismus) doradza on leczenie polegające na rozszerzeniu pochwy na drodze przecięcia mięśnia zwieracza sromu (m. constrictor cunni), do którego dostaje się po nacięciu poprzecznem wędzidełka i odsunięciu śluzówki pochwy; mięsień przecina się po lewej i prawej stronie w odległości 3-ch cm. od linji środkowej i po opanowaniu krwawienia zeszywa się ranę operacyjną wędzidełka W przypadkach, w których pochwica pozwala na wykonanie stosunku, ale utrudnia zapłodnienie z powodu zbyt szybkiego odpływu nasienia, autor zaleca stosunek w położeniu kolankowo-piersiowym.

Znacznie częstszem schorzeniem jest nadmierna kurczliwość macicy i trąbek stanowiąca poważny rozdział etjologji niepłodności i bolesnego miesiączkowania. Zwężenie anatomiczne ujścia macicy jest znacznie rzadsze niż to do niedawna przypuszczano, natomiast czynnościowe obkurczenie się szyjki macicy jest sprawą dość często się spotykającą stanowi ona zazwyczaj jeden tylko z objawów zaburzenia równowagi w układzie nerwowym autonomicznym (nerw błędny i współczulny) z przewagą w. możonego napięcia nerwu sympatycznego. Punktem wyjścia odruchów skurczowych może być poza macicą jeszcze jajnik, np. otoczony zrostem, lub kiszka prosta wskutek uporczywego zaparcia, stanów zapalnych, lub obecności czerwi (robaki).

Leczenie omawianego stanu nadmiernej kurczliwości zależne jest od umiejscowienia objawów i etiologji.

W przypadkach nadmiernego obkurczenia szyjk-macicy autor zaleca stosowanie rurek wewnątrz ma. cicznych, najlepiej kauczukowej podanej przez *Donay* Rurka ta trzyma się w świetle szyjki sama dzięki rozszerzającej się jak w sondzie *Malecot'a* główce. Takie pessarium intra-uterinum może leżeć w szyjce jeden do 2-ch miesięcy bez wyjmowania na czas miesiączki; uzyskuje się na tej drodze niekiedy trwałe i zupełne wyleczenie. Operacyjnie radzi *Petit Dutaillis* przedewszystkiem małe trójkątne wycinki z obydwu stron ujścia zewnętrznego; każdy z takich trójkątów ma podstawę długości 1 cm. zwróconą do światła szyjki i wysokość 1 cm. Na skutek ubytku tkanki rana pooperacyjna nie zrasta się ze sobą i po 2—3-ch miesiącach ujście zewnętrzne wygląda jak u wieloródki bez nadmiernego pęknięcia szyjki. Autor z naciskiem podkreśla, że opisana powyżej operacja daje pod względem funkcjonalnym wyniki nie gorsze, a nawet lepsze niż wielkie i złożone zabiegi.

Czasowe rozszerzanie kanału szyji działa prawdopodobnie jak masaż i rozrywając strukturę mięśniową szyjki osłabia nerwową jej kurczliwość.

Oczywista ginokolog nie powinien zapominać o leczeniu całego organizmu a nietylko miejscowych rzucających mu się w oczy zmian w narządzie rodnym.

Ćwiczenia gimnastyczne w słońcu i powietrzu, hygjena życia codziennego winna jednoczyć się z wpływami leczenia energją promienną, przedewszystkiem zapomocą promieni poza-fijołkowych. Wapń (Ca) winien być podawany razem z magnezją w okresach między miesiączkowych i to jaknajwcześniej przy pierwszych objawach schorzenia. Duże ma również znaczenie prawidłowe życie płciowe, jak również ciąża; ponadto nie wolno nigdy zapominać o psychicznym wpływie leczniczym leczącego. Leczenie objawowe polega:

1. Codziennie letnia kąpiel trwająca godzine przez 3 dni poprzedzające pierwszy dzień spodziewanej miesiączki.
2. Z chwilą wystąpienia pierwszych bólów zastosować należy 3 do 2-ch razy na dobę po ½ łyżeczki 20% rozczynu alkoholowego benzoatu de benzyl, albo lawatywką z 60 gr. wody z dodatkiem grama antipyriny i 15 kropli opium.

Używanie atropiny mającej znosić napięcie nerwu błędnego zazwyczaj nadmierne podczas miesiączki jest niepewne ze względu na trudności dawkowania, skoro przeciwnie dawka poniżej 1 mgr. pobudza nerw błędny, dawki zaś większe hamują działanie tegoż nerwu.

Ponieważ osobnicza wrażliwość na atropinę jest różna, jak również napięcie układu błędnego, stosowanie powyższego leczenia może dać skutek bardzo rozmaity.

Przechodząc z kolei do leczenia operacyjnego zaburzeń w zakresie nerwu współczulnego miednicy małej powiedzieć trzeba, że polegać ono winno na przecieciu łuku odruchowego w jakiemkolwiekbądź miejscu. Dlatego najpewniejszym w skutkach jest zabieg *Colte'a*. polegający na przecięciu nerwu podkrzyżowego; dobrze jest dodać do niego przecięcie i podwiązanie więzadła lejkowo-miednicowego jako drogi odruchu, wychodzącego od jajnika. Zalecane przez *Condamin'a* przecięcie więzadeł krzyżowo-macicznych może również niekiedy wystarczyć, jeżeli tą właśnie drogą przebiega odruch chorobliwie zwiększony.

Raz jeszcze przypomnieć należy, że w leczeniu bolesnego miesiączkowania, będącego skutkiem wzmożonej kurczliwości narządów rodnych, pamiętać należy o schorzeniach ogólnych, jak np. kiła, brak równowagi psychicznej; czerwie.

Potężny środek rozpoznawczy w nadmierne kurczliwości macicy i trąbek pozyskała od niedawna medycyna w hystero i salpingografji. Już podczas jej wykonywania stwierdzamy niekiedy silne bóle u pacjentek, co jest objawem przedmiotowym wzmożonej kurczliwości macicy. Przedmiotowo widzimy podczas wypełniania się macicy energiczne ruchy faliste płynu kontrastowego o znacznej amplitudzie, a wykonane w takich przypadkach zdjęcia wykazują macicę bądź w postaci wydłużonego kowadła, bądź pozbawioną jednego rogu, niekiedy jakgdyby oderwanego od trzonu, gdyż linja graniczna ma kształt zazębiony. W silnym skurczu treść wydalona zostaje odrazu na zewnątrz i na zdjęciu nie udaje się uchwycić cienia jamy macicy. Skurcze jajowodów widziane na obrazie rentgenowskim jak szereg przerw w obrazie trąbki nie mają większego djagnostycznego znaczenia. Oczywista badanie rentgenowskie stanowi jeden tylko z czynników rozpoznania, które opierać się winno tak na badaniu przedmiotowem, jak na wywiadach.

II. Zmniejszona kurczliwość, niedostateczne napięcie.

Do drugiej grupy zaburzeń w kurczliwości i napięciu narządów rodnych należy przedewszystkiem stan, jaki spotykamy przy ogólnem rozluźnieniu mięśni i więzadeł organizmu, powodującem ogólne opadniecie narządów (tak zwana choroba *Glenarda*). Objawy podmiotowe, znane zresztą ogólnie, polegają nietylko na bólach w rozmaitych miejscach, jamy brzusznej, ale także na ogólnem osłabieniu tak fizycznem, jak psychicznem. Badanie przedmiotowe wykazuje niekiedy albuminuria orthostatica kiedyindziej zmniejszone ciśnienie krwi, a obmacywanie powłok brzusznych wykazuje następujące punkty bolesne:

1. W środku odległości pomiędzy pępkiem, a wyrostkiem mieczykowatym.
2. 5 cm. na prawo od pępka.
3. Pośrodku odległości między pępkiem a spojeniem łonowem.

W zakresie mięśni przepony miednicowej stwierdza się jej osłabienie, nie mające w zasadzie nic wspólnego z obrażeniem porodowem, jest to rozluźnienie i częściowy zanik mięśni.

Leczenie operacyjne polegać winno w lekkich przypadkach na wzmocnieniu i zeszyciu krocza, w cięższych na plastyce przedniej i tylnej z dołączeniem operacji *Aquie Aleksander Adamsa*.

Zaznaczyć przytem z naciskiem należy, że właśnie w leczeniu tyłozgięcia wolnego, stwierdzonego u kobiet z rozluźnionemi powłokami brzusznemi stosować należy nie przyjętą szeroko operację *Dolerisa*, lecz skrócenie więzadeł przez kanał pachwinowy, gdyż przy tym sposobie przymocowujemy skrócone wiązadło do punktu stałego, jakiem jest powięź tuż nad spojeniem łonowem.

U kobiet starych, nieżyjących życiem płciowem, wykonać można jedną z operacji, zamykającą pochwę na stałe.

Ze względu na występujące jednocześnie opuszczenie trzew polecić należy mocny elastyczny pas brzuszny, który pacjentka zakładać winna w pozycji leżącej i już po założeniu odsunąć ręką ku górze opadniętą zawartość jamy brzusznej i docisnąć mocniej pas. Gimnastyka poranna polegać powinna na masażu brzucha okrężnym i na ruchach wzmacniających tak powłoki brzucha, jak mięśnie krocza. Odżywianie winno być częste w małych dawkach, przyczem dbać należy o wzmożenie tkanki tłuszczowej. Po jedzeniu chora winna choćby przez chwilę trwać w pozycji leżącej, występujące w tym schorzeniu często zaparcie stolca i brak apetytu zwalczać należy przedewszystkiem zarządzeniami higienicznemi.

Przyczynek do badań nad krwawieniami z macicy, pochodzenia jajnikowego; drobnotorbielkowate zwyrodnienie krwotoczne. (Contribution â l'étude des hémorragies utérines d'origine ovarienne; les microkystes mètrorragiques). Michon L. *Revue Franc. de Gynécol. et. d'Obstétr. nr. 4. 1930.*

Autor opisuje 3 przypadki, w których operacja wycięcia części lub całego jajnika, wykazującego zwyrodnienie drobno-torbielkowate—usunęła długotrwałe i uporczywe krwawienie z macicy. Drobne torbielki jajnika nazywa autor wobec powyższego

„Krwotocznemi", dosłownie „maciczno-krwotocznemi", upatrując w nich przyczynę krwawień z macicy.

Zastanawiając się nad mechanizmem powstawania omawianego cierpienia autor przytacza znane teorje obce (komórki luteinowe *Rouville* i *Sappey'a*, folliculus persistens — *Schröder'a* cystis corporis lutei — *Halban'a*, hyperhormonoza — *Moulonguet'a*), nie wybiera jednak z nich żadnej.

Leczniczo autor poleca zabieg operacyjny, polegający na usunięciu zwyrodniałej tkanki jajnikowej, gdyż ma to dawać efekt leczniczy prawie niezawodny.

Krwotoki mózgowe noworodków, jako skutek obrażeń porodowych. (Des hémorragies cèrèbrales chez les nouveaunès comme suites des lesions traumatiques obstètricales). S. W Kissine. *Revue Franc de Gynaécol. et d'Obstétr. T. 25, Z. 5,*

Na zasadzie 80-ciu badań sekcyjnych noworodków zmarłych w czasie lub wkrótce po porodzie autor dochodzi do szeregu wniosków, z których najważniejsze są:

1. Wylewy krwawe do mózgu stwierdził w 25% przypadków i to tak po porodach prawidłowych, jak po operacyjnych (kleszcze, obrót z wydobyciem płodu); najczęściej występują one po porodach przedłużających się na skutek niestosunku porodowego pomiędzy główką a miednicą.

2. Poza przyczynami mechanicznemi dużą rolę w powstawaniu wylewów krwawych do mózgu odgrywa czynnik konstytucjonalny, jak również chóroby przebyte przez matkę.

W sprawie dwu przypadków ciąży śródmiąższowej. (A propos de deux cas de grossesse interstitielle). Cotte G. Armanet. *La Gynecologie. T. 29, z. 3, 1930.*

Autorowie przytaczają dwa przypadki ciąży śródmiąższowej, podkreślają trudności rozpoznawcze, wymagające kontroli anatomo-patologicznej i szeroko omawiają sprawę leczenia tej postaci ciąży pozamacicznej.

Autorowie wspominają, że we Francji szeroko jest rozpowszechniony pogląd *Segond'a*, żądający wycięcia nadpochwowo macicy w przypadkach ciąży śródmiąższowej.

Cotte i Armanet są jednak stronnikami drugiego poglądu bardziej konserwatywnego, który poleca wycięcie rogu macicy, bądź samego, z następowem wszyciem cieśni jajowodu do macicy, bądź też z usunięciem jednoczesnem całej trąbki, czy nawet całych przydatków po stronie schorzałej.

Rola wstrzykiwań domacicznych w patologji chorób kobiecych. (La role des injections intra-utèrines dans la pathologie de la femme). M. G. Serdukoff *La Gynecologie, t. 23, z. 3, 1930.*

Na zasadzie osobistego doświadczenia klinicznego i prac znanych z piśmiennictwa autor wysnuwa następujące wnioski:

1. Wstrzykiwania domaciczne i pędzlowania jamy macicy dają niekiedy wyniki dodatnie w leczeniu zachowawczem miejscowych schorzeń zapalnych macicy o charakterze przerostowym.

2. Do liczby przeciwskazań do powyższego leczenia zaliczyć należy oprócz ostrego stanu zapalnego przydatków jeszcze nadmierną pobudliwość nerwowo-psychiczną, jak również niedorozwój narządów płciowych, lub też niedostateczną ich czynność (hypofunctio).

3. Wstrzykiwania domaciczne wykonywane nie w celach leczuiczych, ale mające za zadanie zapobieganie zajściu w ciążę wywołać mogą, pomimo idealnej techniki, zwyrodnienie lub zanik śluzówki macicy, jak również zaburzenia w przemianie biochemicznej tak komórki, jak cieczy śródtkankowych.

4. Wstrzykiwanie jodyny lub pędzlowanie nią jamy macicy, wykonane dla uniknięcia ciąży wywołuje zmiany zapalne w śluzówce macicy i trąbek, dzięki czemu przedostać się może czynnik zakaźny do organizmu i osłabia się zdolności czynnościowe jajowodu: wywołać ono może również uszkodzenie jaja płodowego, lub spowodować nieprawidłowe zagnieżdżenie się jaja.

5. Injekcje jodyny stosowane zapobiegawczo przeciw zajściu w ciążę naruszyć mogą podstawowe czynności organizmu kobiecego, powodując zmiany w miesiączkowaniu, w wydzielaniu wewnętrznem i zewnętrznem, jak również wywołując niepłodność stałą.

6. Reasumując, injekcje domaciczne i pędzlowania jamy macicy są dopuszczalne w leczeniu zachowawczem schorzeń macicy, winny być jednak bezwzględnie wzbronione jako środek zapobiegający ciąży, jak również jako sposób wywoływania poronienia.

Jak wspomniano wyżej, leczenie pędzlowaniem czy injekcjami do jamy macicy daje dobre wyniki tylko w sprawach zapalnych przerostowych, powodując zniszczenie warstw powierzchownych z następowem ich wypadnięciem; niekiedy nawet pod wpływem tego leczenia zmniejsza się wymiar macicy, co mogło by być pożyteczne w niektórych przypadkach macic mięśniakowatych.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Rozpoznanie kiły na podstawie nakłucia gruczołów. (Diagnostic de la syphilis par la ponction des ganglions). Gougerot, Blum. (*Paris Medic. 1930, Nr. 9*).

Rozpoznanie kiły powinno być postawione jaknajwcześniej, gdyż leczenie rozpoczęte przed 14-ym dniem od czasu pojawienia się owrzodzenia ma duże szanse, aby mogło być leczeniem poronnem. Chcąc znaleźć krętki w wydzielinie owrzodzenia traci niekiedy lekarz kilka cennych dla chorego dni. Trudno zwłaszcza jest stwierdzić obecność krętków w owrzodzeniu, które było uprzednio czemkolwiek przyżegane. Niektórzy praktycy, niepewni rozpoznania, czekają co gorsze z rozpoczęciem leczenia na pojawienie się dodatniego odczynu Wassermanna we krwi. Autor podaje szybki i pewny sposób rozpoznania wątpliwych przypadków kiły, a mianowicie przez stwierdzenie obecności krętków w płynie pobranym z gruczołów chłonnych, gdzie krętki zjawiają się bardzo wcześnie. Nakłucie należy wykonać skośnie poprzez skórę, krótką, cienką igłą w gruczoł największy i najmniej ruchomy, następnie aspirować płyn do strzykawki. O ile płynu brak, należy wstrzyknąć do gruczołu 5—10 kropli jałowego rozczynu soli fizjologicznej, następnie wokoło igły masować gruczoł kilka minut i w aspirowanym w ten sposób płynie szukać krętków bladych wprost w ciemnym polu lub w barwionych namazach.

Utajona kiła mięśni. (La syphilis musculaire latente). Favre. *Journal de Méd. de Lyon Nr. 2, 1930.*

Opis przypadku kiły u 65-letniej kobiety, która zmarła wśród objawów prawostronnego porażenia połowiczego, arytmji, wzmożonego ciśnienia krwi. Na skórze przedramion znajdowały się czynne zmiany kiłowe naciekowo-wrzodziejące i stare blizny. Ponadto kilka zniekształceń wskazywało na przebycie zapalnych zmian w okostnej.

Odczyn Wassermana silnie dodatni wzmożona ilość limfocytów w płynie mózgo-rdzeniowym. Sekcja wykazała obecność 3-cio rzędnych zmian kiłowych w skórze i myositis gummosa. Ogniska kiłowe w skórze i w mięśniach należy uważać za nie stojące z sobą w żadnej łączności, gdyż były oddzielone warstwą mięśni zdrowych i nietkniętą powięzią.

Autor zwraca uwagę na tę postać kiły mięśni, klinicznie nie dającą żadnych objawów, na częste pomijanie w rozpoznaniu kiły zmian mięśniowych.

Owrzodzenia wiewiórowe. (Les Chancres blennorragiques). G. Belgodère. *Paris Médic. 1930, Nr. 19.*

Rzadko rozpoznaje się tak zwane owrzodzenia wiewiórowe, a przecież jest rzeczą stwierdzoną, że gonokoki mogą w pewnych warunkach atakować naskórek, a zwłaszcza śluzówki i wywierać swój wpływ destrukcyjny, powodując powstanie nadżerek i owrzodzeń. Te można ze względu na przebieg kliniczny podzielić na następujące grupy:

1. Owrzodzenia szczelinowate tworzą się w fałdach śluzówek, najczęstsze są około ujścia cewki moczowej lub odbytnicy (w przypadkach blennorr. ano-rectalis).

2. Nadżerki różnej głębokości na śluzówkach organów płciowych, lub na skórze żołędzi.

3. Owrzodzenia, czyli ubytki głębsze, przypominające wrzody miękkie, ropiejące, mogące wywołać nawet dymienicę pachwinową, w których jednak nie stwierdza się obecności prątków Ducrey'a lecz obecność gonokoków. Autoszczepienie czasem udaje się.

4. Owrzodzenia pełzające, opisywane przez kilku autorów.

5. Owrzodzenia fagedeniczne (dotychczas opisano tylko jeden przypadek).

6. Ze względu na umiejscowienie można również wyodrębnić owrzodzenia pozagenitalne.

Owrzodzenia, wiewiórowe mogą dawać powikłania, zwykle w przebiegu owrzodzeń spotykane. A więc: zapalne stany naczyń i gruczołów chłonnych, wtórne zakażenia prątkami Ducrey'a kiłą lub innemi mikrobami. Owrzodzenia, te oprócz rzadko spotykanych form złośliwych (4 i 5), goją się łatwo. Wtargnięcie gonokoków ułatwia niewątpliwie maceracja naskórka i nabłonka i uraz. Rozpoznanie powinno się opierać na wyglądzie i przebiegu klinicznym, na współistnieniu wiewiórowego kataru śluzówek, na stwierdzeniu obecności gonokoków w wydzielinie owrzodzenia (co nie zawsze się udaje) i na wykluczeniu wszelkich innych owrzodzeń (kiły, wrzodów miękkich, ulcus vulvae acutum, wywołanego przez bacillusscrassus). Nie należy również jako wiewiórowe rozpoznawać tak zwane taches de Saenger, zwykłych czerwonych plam bez nadżerek, na śluzówkach u kobiet cierpiących na przewlekłe zakażenie wiewiórowe.

Leczenie polega na antyseptycznych przemywaniach (protargol, gonacrina, kalium hyper.), na stosowaniu maści (hydrarg. praecip. flavum, calomel, insulina). Bardziej nowoczesne leczenie wprowadza środki specyficzne, jak buljon szczepionkowy i lizaty bakteryjne. W końcu niekiedy zmuszeni jesteśmy sięgnąć po środki kaustyczne (Argent. nitricum, zinc, chlorat., termokauter). Równoczesne leczenie ogólne i leczenie zmian kataralnych sprzyja szybkiemu gojeniu się owrzodzeń (proteino-vaccino-terapja, tonica).

Zastosowanie krętka hiszpańsko-marokańskiego w leczeniu gorączką powrotną. (Application du spirochète Hispano-marocain a la pratique de la Récurrentothérapie). Remlinger, Bailly. *Paris Medic. Nr. 20, 1930.*

Niedogodności jakie spotyka się przy przeprowadzeniu leczenia malarją kiłowych schorzeń, głównie trudności w uzyskaniu odpowiedniego szczepu w pewnych okolicach i niedogodności przy leczeniu durem powrotnym afrykańskim lub amerykańskim (ciężki przebieg schorzenia, grożący nieraz życiu chorego i wzmagająca się zjadliwość szczepu po przejściu z jednego organizmu ludzkiego na drugi) skłoniły licznych terapeutów do szukania innych sposobów leczenia ciężkich przypadków kiły.

Najdogodniejszym okazał się szczep krętka, wywołujący powrotną gorączkę hiszpańsko-marokańską (spirochoeta hispanicum variatio marocanum). Główne zalety tego leczenia są następujące: większa ilość napadów gorączki, 4 — 5 i więcej, brak żółtaczki i powikłań ze strony wątroby, znaczna odporność szczepu na preparaty arsenowe, znaczna wrażliwość świnki morskiej na ten szczep, pozwalająca z łatwością utrzymać szczep. Przewozić szczep można we krwi świnki morskiej, gdzie zachowuje swoją żywotność około 20 dni. Wyniki lecznicze uzyskane przy pomocy tego szczepu były równie dobre jak po leczeniu malarją.

Reakcja śródskórna w przypadkach lymphogranulomatosis inguinalis. (L'intradermoréaction dans la lymphogranulomatose inguinale). Nicolas, Favre, Lebeuf. *Journal de Méd. de Lyon Nr. 2, 1930.*

Szczepienie śródskórne antygenu (w ilości 0.1 — 0.2) sporządzonego z tkanek limfatycznych schorzałych, lub z ropy pobranej ze zmienionych gruczołów pachwinowych daje w przypadkach tego

właśnie schorzenia (lymphogr. inguin.) prawie zawsze wynik dodatni w postaci: 1) najczęściej grudki czerwonej, wyniosłej, twardawej, o średnicy 7 do 20 milimetrów, niekiedy otoczonej obwódką zapalną. Wykwit ten znika po jednym do trzech tygodni, 2) grudki, na której szczycie pojawia się szybko zasychający pęcherzyk, 3) grudki, która ulegając w samym środku zropieniu, daje t. zw. papulo-pustul, 4) grudki, która w kilka dni zamienia sie w rzeczywisty nieduży ropień sączący. Nasilenie odczynu wydaje się być zależnem od stopnia nasilenia samego schorzenia. Odczyn jest żywszy w przypadkach przebiegających ciężej. Zdolność do reagowania na antygen zjawia się w 1 — 3 tygodni od początku infekcji, utrzymuje się bardzo długo, niekiedy kilka lat. Stwierdzenie tego odczynu jest ważne dla poparcia rozpoznania i jest dowodem na to, że lymph. inguin, jest schorzeniem ogólnem, któremu towarzyszą pewne zmiany humoralne.

K R O N I K A.

Towarzyska wycieczka lekarzy i aptekarzy do Włoszech. (Podróż morzem) Redakcja „Medizinischen und Pharmaceutischen Rundschau“ (Przegląd Medyczno-Farmaceutyczny) w Wiedniu organizuje 15 października b. r. wycieczkę po Włoszech, wyruszającą z Wiednia. 16 października wyjazd okrętem z Fiume; droga prowadzić będzie przez Anconę, Bari, Latanię, Maltę, Messynę, Palermo, Neapol, Livorno do Genui. Podróż może być przez każdego uczęstnika w tym punkcie zakończona, chociaż planowane jest jeszcze zwiedzenie Wenecji i dopiero stamtąd powrót do Wiednia. We wszystkich miejscowościach będzie miało miejsce zwiedzanie osobliwości, przejażdżki samochodami i t. d. Uczęstnicy wycieczki mają zapewnione wszelkie wygody i komfort. Podczas podróży morzem są do dyspozycji kabiny jedno i dwuosobowe. P.P. Lekarze i Aptekarze, życzący sobie wziąść udział w tej wycieczce, otrzymają wszelkie bliższe informacje i wyczerpujący program wycieczki przez Cosulich Line, — Wiedeń I. Kärtnerring 6.

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

Ogłoszenia:

	cała str.	1/2 str.	1/4 str.
zewnętrzna strona okładki	zł. 450.—	250.—	135.—
bezpośrednio przed tekstem	„ 350.—	200.—	120.—
2-ga i 3-cia strona okładki	„		
pozostałe	„ 300.—	170.—	95.—

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

ROK IV WARSZAWA 1930 PAŹDZIERNIK ZESZYT X

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

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

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

P R A C E O R Y G I N A L N E

DR. J. WĘGIERKO

Ważniejsze dane, dotyczące istoty i leczenia cukrzycy.

Zarówno w każdym organiźmie roślinnym, jak i zwierzęcym istnieje dążenie do tworzenia zapasów z rozmaitych substancji, które w miarę potrzeby, służą albo do żywienia danego ustroju, a więc do wytwarzania w nim energji kinetycznej, albo też do neutralizowania jadów, jakie się wytwarzają w przebiegu procesów przemiany materji lub w celu utrzymania w sokach ustroju równowagi osmotycznej. Zapasy te, w miarę potrzeby, uruchamiają się i w ten sposób bronią ustrój przed rozmaitemi zaburzeniami, na jakie jest on narażony w przebiegu procesów życiowych, a nawet chronią go w ten sposób od śmierci.

Wiadomo, że w każdym ustroju istnieją zapasy białkowe, które przy głodzie białkowym służą jako budulec białka żywego, wiadomo również, jak doniosłą rolę w ustroju odgrywają zapasy tłuszczowe, solne, wodne oraz zapasy zasad, które stoją na straży nadmiernego zakwaszenia ustroju.

Cukrzyca bezwzględnie należy do cierpień, które polegają przedewszystkiem na niedostatecznem magazynowaniu zapasów (rezerw) w ustroju. W cukrzycy bowiem spostrzegamy wybitny brak zapasów węglowodanowych w największych jego zbiornikach, a mianowicie w wątrobie i w mięśniach kośćca. Bezsprzecznie zaburzenie w tworzeniu zapasów, czyli naruszenie prawidłowego ruchu materji, musi prowadzić wtórnie do zaburzenia w samej przemianie materji, czyli mówiąc inaczej, zaburzenie w dynamice substancji ustrojowych prowadzi najczęściej do zaburzenia prawidłowego chemizmu ustrojowego. W dalszym toku naszego rozumowania, dotyczącego cukrzycy, sprawa ta znajdzie dokładne wyświetlenie.

A więc w cukrzycy, jako pierwotne zaburzenie, występuje nieprawidłowy ruch materji, mamy zatem do czynienia z zjawiskiem wybitnie dynamicznem, które w następstwie sprowadza wadliwy przebieg spraw chemicznych w ustroju.

Sprawa ruchu materji odgrywa niemniejszą rolę, niż sprawa przemian chemicznych w ustroju i dlatego też, przy

omawianiu wadliwej przemiany materji w cukrzycy, musi ona znaleźć należyte uwzględnienie. Ruch materji odbywa się pod kontrolą układu dokrewno-wegetatywnego. Gruczoły dokrewne, które wywierają decydujący wpływ na układ nerwowy wegetatywny, kierują ruchem materji, doprowadzając ją do miejsc, w których materja ta jest potrzebna, a więc — w miarę potrzeby uruchamiają ją, w miarę potrzeby magazynują.

W cukrzycy stwierdzamy wybitny brak węglowodanu (glikogenu) w wątrobie i w mięśniach, glikogen ten zostaje w tem cierpieniu nadmiernie uruchamiany i doprowadzany w postaci cukru gronowego do krwi. W rezultacie mamy do czynienia z wybitnem przecukrzeniem krwi. Cukier we krwi nie może zbierać się bezkarnie, gdyż, aczkolwiek nie jest on substancją jonizującą i posiada względnie dużą drobinę, to jednak przy nadmiernem jego stężeniu we krwi, może sprowadzić zaburzenia osmotyczne i nadmierną lepkość krwi. Samoobrona nie opuszcza ustroju żywego do ostatniej chwili, a więc nadmierna ilość cukru ze krwi przechodzi do moczu, sprowadza cukromocz i chroni się w ten sposób ustrój przed zagładą. Jeżeli musi się z ustroju wydzielić duża ilość cukru, a wiemy, że nerka jest w stanie przepuszczać roztwór cukru gronowego w stężeniu najwyżej 8 — 10-cio procentowym, to wówczas występuje wzmożone pragnienie lub też uruchamianie wody z zapasów wodnych ustroju. W ten sposób uwalnia się nadmiernie zebrany cukier ze krwi, w ten sposób działa samoobrona ustroju. Widzimy więc, że nadmierne uruchomienie węglowodanu pociąga za sobą nadmierne uruchomienie wody, a jeżeli woda nie będzie w dostatecznej ilości doprowadzana (chory nie będzie pił) — to w następstwie tego wystąpi ciężkie zaburzenie, jakim jest wysuszenie ustroju.

Jaka jest przyczyna nadmiernego trwonienia się cukru, czyli nadmiernego uruchomiania glikogenu wątrobowego i wysyłania go do krwi w postaci cukru gronowego?

Wiadomo, że w ustroju zdrowym proces ten również istnieje, że wątroba, w miarę potrzeby, wysyła glikogen w postaci cukru gronowego do krwi, który ulega spalaniu w tkankach i, że proces ten jest bodaj główną podstawą wytwarzania energji kinetycznej, a więc główną podstawą życia. W normalnych jednak warunkach nie mamy do czynienia z nadmiernym rozpadem glikogenu wątrobowego, lecz tylko z uwalnianiem się go w miarę potrzeby z wątroby, a poziom cukru we krwi nie przekracza wobec tego pewnej normy od 80 — 118%. Owa „glikogenolityczna“ czynność wątroby znajduje się pod kontrolą układu wegetatywnego; badania wykazały, że podrażnienie układu współczulnego uruchamia glikogen wątrobowy i prowadzi do przecukrzenia krwi. *Claud-Bernard* wykazał, że nakłucie dna 4-ej komory wywołuje „hyperglikemję“, a dzieje się to wskutek podrażnienia układu współczulnego; tą samą drogą powstaje przecukrzenie krwi po wstrzyknięciu adrenaliny. W cukrzycy mamy do czynienia z „wątrobą rozrzutną“, która, z przyczyn bliżej nieznanych, uruchamia stale glikogen wątrobowy i dla tego mamy w rezultacie doczynienia z wybitnem przecukrzeniem krwi. Wobec tego, że wątroba uruchamia stale glikogen, musi w niej stale glikogen powstawać, albowiem badania najrozmaitszych autorów dowiodły, że we krwi krąży jedynie ten cukier, który był glikogenem wątrobowym, czyli ten cukier, który przeszedł przez wątrobę. Dlatego też wzmożona, glikogenolityczna czynność wątroby, z jaką mamy do czynienia w cukrzycv, musi prowadzić do wzmożenia „glikogenosyntetycznej“ czynności wątroby, gdyż na miejsce rozpadniętego glikogenu, powstaje nowy, aby mógł on znowu rozpaść się na cukier gronowy.

Owa wzmożona „glikogenosyntetyczna“ i „glikogenolityczna“ czynność wątroby stanowi więc treść nadmiernego ruchu materji w cukrzycy, który doprowadza ustrój do tego, że zostaje on „obdarty“ z ostatnich zapasów węglowodanowych. Prawda, że krew oraz inne ciecze ustrojowe, a także i tkanki są w tem cierpieniu przepełnione cukrem gronowym, ale jest to cukier, który został nadmiernie uruchomiony z glikogenu wątrobowego, który już przeszedł przez wątrobę i niełatwo do niej wróci, raczej jaknajprędzej zostanie wydalony z ustroju moczem. Jest on, jak gdyby, nieużyteczną dla ustroju substancją, jak gdyby luźno tylko z nim związaną i bezsprzecznie dla niego obcą. Możemy więc na tej zasadzie twierdzić, że jeżeli w cukrzycy mamy przecukrzenie krwi i tkanek, to jedynie cukrem dla danego ustroju nieużytecznym, bowiem za

chwilę ukaże się on już w moczu. Użytecznego zaś dla ustroju węglowodanu, który znajdować się winien w postaci glikogenu u cukrzycowego jest mało.

Nie będziemy rozstrzygać w tej chwili zawiłego problemu, czy w chorobie cukrowej mamy do czynienia z nadmiernem wytwarzaniem, czy niedostatecznem spalaniem cukru. Nadmienić jednak musimy, że stojąc na stanowisku dopiero co wyświetlonem, uważamy raczej nadmierne wytwarzanie się cukru z glikogenu za źródło choroby cukrowej. Trudno wyobrazić sobie bowiem, aby cukier, jako najistotniejszy materjał pędny dla ustroju, nie mógł się w nim palić. Sądzimy więc, że spalanie cukru idzie normalnym trybem, ale zostaje on w takim nadmiarze doprowadzany do tkanek, że ustrój całkowicie go spalić nie jest w stanie, lecz jedynie tylko tyle, ile w danej chwili mu potrzeba.

Chudnięcie zatem i wyniszczenie, występujące w wielu przypadkach cukrzycy, posiada swe źródło w nadmiernem uruchamianiu glikogenu i przeistaczaniu go w cukier. W ten sposób bowiem za dużo cukru doprowadzone zostaje do tkanek, tkanki nie mogą go całkowicie użyć i nadmiar jego uwalnia się z ustroju moczem, a w rezultacie tracona jest cenna substancja kaloryczna. Jeżeli zaś w ustroju cukrzycowym niema z czego wytwarzać się glikogen wątrobowy, aby rychło mógł ulec rozpadowi na cukier gronowy, a dzieje się to w przypadkach, kiedy niedostateczna ilość cukru zostaje do organizmu wprowadzona, to glikogen powstaje wówczas z białka lub nawet z tłuszczu, albowiem wątroba musi posiadać materjał dla tworzenia glikogenu i to jedynie dla tego, aby go natychmiast móc wyrzucić w postaci cukru gronowego. W podobnych więc przypadkach powstaje nadmierny rozpad białka wzgl. tłuszczu. Ów nadmierny rozpad ciał białkowych wzgl. tłuszczowych prowadzi znowu do wytwarzania ciał ketonowych.

Ciała ketonowe powstają więc najprawdopodobniej, jako produkt uboczny, przy nadmiernem przechodzeniu białka lub tłuszczu w glikogen wątrobowy, a dzieje się to, jak wspominaliśmy, w tych przypadkach, gdy nie staje cukru w ustroju (nie jest on dostatecznie wprowadzany), aby mógł z niego wytwarzać się glikogen.

Najważniejszym bodźcem dla nadmiernego uruchamiania glikogenu wątrobowego, a więc dla powstawania cukrzycy, stanowią niewątpliwie zaburzenia hormonalne w ustroju cukrzycowym. Układ dokrewno-wegetatywny znajduje się w tem cierpieniu w takiem nastawieniu, że nie jest dostatecznie hamowana „glikogenolityczna“ czynność wątroby. Przedewszystkiem więc w ustroju cukrzycowym mamy do czynienia z niedostateczną czynnością trzustki, która nie produkuje potrzebnej ilości insuliny, mającej wpływ na regulowanie gospodarki glikogenowej w wątrobie. Dzięki insulinie bowiem wątroba może pracować prawidłowo i dostarczać tylko do tkanek tyle cukru gronowego, ile potrzeba w danej chwili ustrojowi dla wytworzenia niezbędnej energji kinetycznej. Pamiętać jednak należy, że pomiędzy gruczołami dokrewnemi istnieje ścisła współpraca, i że nietylko trzustka jest tym jedynym narządem, który posiada wpływ na wątrobę. Można śmiało powiedzieć, że wszystkie gruczoły dokrewne współpracują w ten sposób, aby była utrzymana prawidłowa gospodarka glikogenowa w wątrobie, a więc tarczyca, przysadka mózgowa, nadnercza i t. d. Dopiero rezultat współpracy wspomnianych gruczołów dokrewnych może stanowić o tem, czy powstanie wreszcie brak hormonu trzustkowego (insuliny). Może się przecież zdarzyć, że trzustka wydziela dostateczną ilość insuliny, ale zato inne gruczoły dokrewne czynnością swoją antagonistyczną działanie jej znoszą. Dlatego też w wielu przypadkach cukrzycy nie można dostrzec zmian anatomicznych w trzustce, gdyż w podobnych przypadkach nie jest trzustka organicznie zmieniona, lecz tylko czynnościowo upośledzona przez inne antagonistycznie działające gruczoły dokrewne. Nie należy więc sądzić, że w przypadkach podobnych wprowadzenie do ustroju insuliny nie wywrze korzystnego wpływu na wadliwą przemianę materji w cukrzycy, albowiem niezależnie od tego, czy chora jest sama trzustka, czy też w zespole działania gruczołów dokrewnych występuje w rezultacie jej niedostateczność, zawsze insulina będzie w tych przypadkach substancją bardzo pożądaną dla ustroju.

Po krótkim tym omówieniu mechanizmu powstawania cukrzycy, który daje nam zaledwie w zarysie pojęcie o istocie tego cierpienia, przechodzimy do wytknięcia

niektórych ważniejszych wytycznych, dotyczących leczenia cukrzycy.

Już z dotychczas powiedzianego wypływa, że tak wielce złożony mechanizm powstawania cukrzycy, prowadzi niewątpliwie do tego, że nie w każdym organizmie procesy patologiczne przebiegać będą jednakowo. Będziemy więc mieli do czynienia z rozmaitemi przypadkami cukrzycy, w których nasilenie wspomnianych procesów patologicznych będzie różne. W zależności więc od stopnia rozrzutności wątroby, występować będą lżejsze lub cięższe przypadki cukrzycy, które też leczy się nie jednakowo.

Podziały dotychczasowe chorych cukrzyczych są już bezwzględnie przestarzałe. Nawet *v. Noorden* twierdzi, że podział na cukrzycę lekką i ciężką, oparty na ilości cukru w moczu, nie odpowiada w zupełności dzisiejszym wymaganiom, gdyż nie tylko stopień cukromoczu charakteryzuje ciężkość przypadku. Według tego autora, dopiero wówczas możemy orzec, z jak ciężkim przypadkiem cukrzycy mamy do czynienia, gdy uwzględnimy wiek chorego, jego wygląd, warunki konstytucjonalne i t. d.

Podział autorów francuskich na „cukrzycę chudych" i „cukrzycę otyłych" (diabète maigre et diabète gras) jest bardziej celowy, niż podział, oparty na ocenianiu stopnia cukromoczu, gdyż, uwzględniając stan odżywienia, posiadamy już pewną rękojmię w kierunku postępowania leczniczego. Podział ten jest jednak zbyt schematyczny i mało szczegółowy, wiadomo bowiem, że spotykają się również ludzie szczupli, u których cukrzyca przebiega lekko, a których należy leczyć inaczej, niż szczupłych, którzy wykazują właściwości cukrzycy ciężkiej. Słowem, zaliczania chudych do ciężkiej, a otyłych do lekkiej cukrzycy nie można przyjąć bez zastrzeżeń.

Nie ulega wątpliwości, że wszystkie podziały cukrzycy nie mogą być dostateczne, jak zresztą wogóle podziały wszelkich cierpień, dlatego też skoro podać pragniemy pewien podział, to jedynie dlatego, by, dzieląc chorych cukrzyczych na grupy, zorjentować się, jak należy leczyć poszczególne przypadki. Jedynie więc i wyłącznie cele czysto praktyczne zmuszają nas do czynienia podziału.

Chociażby sam fakt, że jedni chorzy nie nadają się do leczenia insulinowego, inni nadają się do leczenia insulinowego okresowego, a inni znowu do stałego insulinowania, wymaga pewnej klasyfikacji chorych cukrzyczych. Bezwątpienia zdarzyć się może, że po zastosowaniu postępowania leczniczego, na podstawie zaliczenia chorego do pewnej grupy przypadków, trzeba będzie zmienić sposób leczenia, gdyż przypadek okaże się innym, niż narazie sądzono. Mogą istnieć również przypadki, które nie dadzą się wtłoczyć w żadną grupę, ale to wszystko nie przeczy potrzebie wprowadzania podziału, skoro ten podział może ułatwić nam wybór drogi postępowania leczniczego.

Przedewszystkiem dzielimy wszystkie przypadki cukrzycy na 2 kategorje: na chorych, dostatecznie odżywionych albo przekarmionych, czyli z prawidłową wagą lub nadmiarem wagowym, oraz na chorych źle odżywionych, t. j. z niedoborem wagowym. Podział ten, przypominający do pewnego stopnia podział autorów francuskich, różni się od niego tem, że niekoniecznie chorych z niedoborem wagowym zaliczamy do przypadków ciężkich, a z wagą prawidłową lub nadmierną do lekkich, jak to czynią francuzi, gdyż zarówno u jednych, jak i u drugich cukrzyca może przebiegać łagodnie i złośliwie.

Uwzględnienie wagi chorego posiada znaczenie doniosłe przedewszystkiem dlatego, że stan odżywienia wywiera wybitny wpływ na wybór metody leczniczej. Przyjmując jako regułę, że chorych z niedoborem wagowym nie należy odżywiać małokalorycznie, zastrzec się musimy, że jedynie w przypadkach cukrzycy, okresowo odpornych na leczenie insuliną, zmuszeni będziemy pomimo niedoboru wagowego tych chorych, podawać im czas pewien pożywienie małokaloryczne z pewną ilością węglowodanów oraz insulinę w dużych dawkach. W ten sposób, dzięki zastosowaniu trzech najenergiczniejszych sposobów leczniczych, a mianowicie: insuliny, pożywienia małokalorycznego oraz pewnej ilości węglowodanów, będziemy w stanie poprawić ich zły stan przemiany materji.

Zasadniczo jednak małokaloryczne pożywienie dla chorych z niedoborem wagowym jest nieodpowiednie, gdyż przy tem pożywieniu ich waga będzie się nadal zmniejszała, będzie wzrastał upadek sił, i obniżała się odporność ustroju względem

rozmaitych czynników szkodliwych. Wszelkie więc eksperymenty djetetyczne, jak głodówki, znaczne ograniczanie węglowodanów i t. d., oraz każde postępowanie, związane z odżywieniem niefizjologicznem, np. przekarmianie tłuszczami, będzie tylko pogarszało stan ogólny i tak wyczerpanych chorych. Nie tylko chorzy na cukrzycę wyniszczeni, ale także chorzy, dotknięci wszelkiemi innemi chorobami, które prowadzą do mniejszego lub większego charłactwa, jak gruźlica, niedokrwistość, choroby przewodu pokarmowego i t. d., nie znoszą przez czas dłuższy odżywiania jednostronnego lub nie wystarczającego. Skoro w przebiegu leczenia gruźlicy i innych ciężkich chorób dbamy o podniesienie stanu odżywienia chorych, to bezsprzecznie, o to samo dbać musimy, lecząc chorych na cukrzycę. Oczywiście, stosując ograniczenia djetetyczne u chorych na cukrzycę z niedoborem wagowym, można w ten sposób usunąć cukromocz i przecukrzenie krwi; nie powinniśmy jednak cieszyć się z tego, przeważnie łatwo osiągalnego efektu, skoro jednocześnie ogólny stan chorego się pogorszy: obniży się jeszcze bardziej waga jego ciała, i chory utraci łaknienie i siły.

Przedewszystkiem więc, chorych z niedoborem wagowym należy odpowiednio odżywiać, aby ci chorzy osiągnęli wagę normalną i nabrali sił. Jedyna droga, prowadząca do tego celu, to pożywienie bogato-ciepłostkowe, zawierające węglowodany, tłuszcz i białko w stosunku wagowym, odpowiadającym mniej więcej normom fizjologicznym, oraz podawanie odpowiedniej ilości insuliny celem uniknięcia cukromoczu, hyperglikemji i ketonurji. Z chwilą poprawy stanu chorego należy zaprzestać insulinowania, wyznaczając choremu djetę najodpowiedniejszą, tj. taką, która posiada również wszystkie składniki pożywienia w stosunku fizjologicznym, nie jest zbyt uboga w ciepłostki i nie doprowadza do cukromoczu, hyperglikemji i ketonurji. Chorzy, którzy przy podobnej djecie znowu zaczynają wydzielać cukier i tracą na wadze, muszą podlegać dalszemu insulinowaniu i odpowiedniemu leczeniu djetetycznemu w celu podniesienia ich tolerancji. Nie u wszystkich jednak chorych można do tego stopnia podnieść tolerancję węglowodanową, białkową, tłuszczową i ciepłostkową, aby całkowicie lub nawet okresowo przerwać insulinowanie. Tacy chorzy muszą, niestety, przez całe życie podlegać leczeniu insulinowemu.

Aczkolwiek u większości chorych z niedoborem wagowym cukrzyca ma przebieg ciężki, i z chwilą poprawienia stanu odżywienia trzeba nadal, chociażby okresowo, prowadzić leczenie insulinowe, to jednak spotykają się w tej grupie chorych i przypadki lekkie. U takich więc chorych po okresie insulinowym (w celu poprawienia stanu odżywienia) wystarcza w zupełności już leczenie djetetyczne, nie odbiegające, naturalnie, zbytnio od pożywienia fizjologicznego. W każdym bądź razie u żadnego z chorych ze znacznym niedoborem wagowym nie należy przeprowadzać wyłącznie leczenia djetetycznego przedtem, nim nie poprawi się jego stanu odżywienia przy pomocy insuliny i bogato-ciepłostkowego pożywienia.

Podawanie insuliny jest tu niezbędne, niema bowiem takiej djety, chociażby zbliżonej do fizjologicznego odżywiania, zawierającej pewną ilość węglowodanów i dostateczną ilość ciepłostek, dzięki której chory ze znacznym niedoborem wagowym mógłby wiele przybrać na wadze bez pomocy insuliny. Doświadczenie nas uczy, że djeta podobna musiałaby w każdym przypadku cukrzycy (nawet lekkiej) prowadzić do cukromoczu. Bogata kalorycznie, prawie bezwęglowodanowa, mało białkowa i obficie tłuszczowa djeta *Petrena*, jako niefizjologiczna, nie prowadzi zazwyczaj do przyrostu wagi ciała.

Co się tyczy chorych cukrzyczych dostatecznie odżywionych, a więc bez niedoboru wagowego lub też z nadmiarem wagowym, to nie należy ich zazwyczaj kwalifikować do leczenia insulinowego. Chorzy ci, wydzielający nawet dużą ilość cukru i ciał ketonowych, osłabieni i uskarżający się na silne pragnienie, wysychanie w ustach i inne dolegliwości, związane z cukrzycą, nie muszą jeszcze podlegać leczeniu insulinowemu. W przypadkach tych leczenie djetetyczne, a mianowicie pożywienia małokaloryczne lub kuracje półgłodowe, stosowane przez pewien czas, dają przeważnie wyniki bardzo dobre.

Jedynie w przypadkach dostatecznie lub nadmiernie odżywionych, a jednak wykazujących objawy zatrucia ciałami ketonowemi, a także w przypadkach z powikłaniami cukrzycy, albo z chorobami

współprzebiegającemi z cukrzycą, a wymagającemi prawidłowego odżywiania, należy stosować pożywienie pełnowartościowe wraz z insuliną.

Rozumując w ten sposób, doszedłem na zasadzie doświadczenia do wniosku, że najwygodniej posiłkować się, przy leczeniu cukrzycy, podziałem następującym:

Niema widocznego wskazania do podawania insuliny; djeta z ograniczeniem ilości ciepłostek.

1. Chorzy którzy ważą dostatecznie oraz nadmiernie;
   a) bez objawów lub z objawami podmiotowemi (wzmożone łaknienie i pragnienie, wysychanie w ustach, swędzenie skóry, ogólne osłabienie i t. d);

Wskazania względne do podawania insuliny; djeta pełnowartościowa lub małociepłostkowa.

   b) z powikłaniami cukrzycy (zaćma oczna, zgorzel, czyraki, zapalenie nerwów, nerwobóle i t. d.);
   c) z chorobami, które przebiegają równocześnie z cukrzycą (miażdżyca tętnic, dusznica bolesna i inne);

Wskazania bezwzględne do podawania insuliny; djeta pełnowartościowa, zawierająca węglowodany, białko i tłuszcz w stosunku wagowym, odpowiadającym mniej więcej normom fizjologicznym.

   d) z objawami początkowemi zatrucia kwasicowego (osłabienie wzroku, bóle głowy, duszność, niepokój, bezsenność, senność i t. d);
2. Chorzy z niedoborem wagowym.
   Tu należą chorzy niedożywieni, bez różnicy, czy cukrzyca przebiega bez objawów podmiotowych; czy z niemi, czy istnieją początkowe objawy zatrucia kwasicowego lub nie, czy wreszcie cukrzyca jest lub nie jest powikłana innemi chorobami, uzależnionemi lub niezależnemi od cukrzycy.

Wskazania bezwzględne do energicznego leczenia insuliną i dużemi dawkami węglowodanów.

3. Chory w stanie przedśpiączkowym lub w śpiączce cukrzycowej.

Leczenie dużemi dawkami insuliny, djeta małociepłostkowa z dużą zawartością węglowodanów.

4. Chorzy, okresowo odporni na działanie insuliny.

Z podziału powyższego nie możemy wysnuć wniosku, jakie właściwie przypadki zaliczamy do ciężkiej, a jakie do lekkiej cukrzycy, zdarzyć się bowiem może, że nawet chory z grupy 1 d, 2 lub 3, wymagający natychmiastowego, bez wszelkich zastrzeżeń, insulinowania, okażą się wreszcie przypadkami, które, po przeprowadzeniu odpowiedniego leczenia, będą się mogły obejść bez insuliny. Może się również okazać, że chorzy z grupy 1 a nie dadzą się zbyt łatwo odcukrzyć i w wyjątkowym wypadku trzeba będzie im przez czas pewien podawać insulinę. Wreszcie, niezawsze dla chorych z grupy 1b i 1c wskazane będzie insulinowanie, powikłania bowiem lub choroby współprzebiegające mogą być niezbyt groźne, tak iż wystarczy ograniczenie ciepłostek do zupełnego odcukrzenia moczu i poprawienia ogólnego stanu tych chorych. Słowem podziału powyższego nie należy przyjmować jako dogmatu, z praktycznego jednak stanowiska podział ten zasługuje na uwagę, ułatwia on bowiem rozwiązanie zagadnienia postępowania leczniczego w poszczególnych przypadkach cukrzycy dając nam wskazówki, czy przypadek musi być leczony insuliną.

Podział nasz nie uwzględnia, jak to przyjęte, wieku chorego. U dzieci bowiem bardziej dbać trzeba, aby pożywienie było pełnowartościowe i fizjologiczne, a skoro cel ten można osiągnąć bez insuliny lub okresowem insulinowaniem, to nie należy je insulinować stale, wychodząc tylko z tego założenia, że są to dzieci. Słowem leczenie cukrzycy zarówno u dzieci, jak i u dorosłych podlega jednakowym prawom.

Kończąc omawianie podziału cukrzycy, wspomnę jeszcze w kilku słowach o przypadkach t. z. odpornych na działanie insuliny. Nie mogę w ramach krótkiego artykułu uczynić przeglądu, istniejącego w tej kwestji, ogromnego piśmiennictwa

i ograniczę się jedynie do spostrzeżeń własnych. Rzeczywiście zdarzają się przypadki, na które insulina wywiera wpływ b. słaby, a nawet przy pierwszych próbach leczenia, zdawałoby się, jest zupełnie bezskuteczna. Jednakże za pomocą odpowiedniego dla każdego chorego leczenia djetetyczno insulinowego prawie zawsze udało mi się uzyskać w podobnych przypadkach wynik dodatni, zarówno na zawartość cukru we krwi i w moczu, jak i na ketonurję, pozatem odcukrzenie i odkwaszenie tych chorych uzyskiwałem o wiele mniejszemi dawkami insuliny, niż te które stosowałem u nich na początku leczenia, kiedy ci chorzy wydawali się odporni na insulinę. Podobną okresową odporność na insulinę tłumaczę sobie jedynie ciężkiemi w danej chwili zaburzeniami w przemianie materji tych chorych. Sądzę, że w przypadkach podobnych mamy do czynienia z ogromnie wzmożoną czynnością glikogenolityczną wątroby, i trudno nam uchwycić równoważnik w odpowiednio dużej dawce insuliny w stosunku do pożywienia. Z chwilą poprawienia się stanu wzburzonej przemiany materji, chorzy ci nie wykazują już cukromoczu, posiłkując się względnie małemi dawkami insuliny, a nawet obchodząc się czas pewien i bez insuliny. W podobnych przypadkach, jak się zdołałem przekonać, należy podawać pożywienie małociepłostkowe, zawierające większą ilość węglowodanów (200—300 g.) oraz dostatecznie duże dawki insuliny (3 razy dziennie po 50 jedn.). Moment ten chciałbym szczególnie podkreślić, jako wielce ważny, gdyż jest to mojem zdaniem, jedyna droga do poprawy tolerancji chorych, rzekomo opornych na działanie insuliny.

(c. d. n.)

HELUAN W EGIPCIE.

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

Kąpiele siarczane i słoneczne; wszelkie fizyczne metody leczenia.

Pół godziny od Kairu; pociągi co pół godziny.

PENSJONAT WILLA WANDA

WANDY BILIŃSKIEJ

istniejący od 1904 roku.

Opieka i kuchnia djetetyczna ściśle według przepisów lekarskich.

Pokój z całodziennem utrzymaniem od 22 złotych

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

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

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Zrozumienie i odgraniczenie anafilaksji klinicznej. (Compréhension et délimitation de l'anaphylaxie clinique). L. Langeron. *Journ. méd. francais Nr. 5, 1930.*

Praca niniejsza omawia historyczny rozwój anafilaksji. Pierwszy *Ch. Richet* zwrócił uwagę na szczególny objaw występujący u zwierząt. A mianowicie stwierdził on, że wprowadzenie pewnej ilości obcego białka zwierzęciu doświadczalnemu (królik, świnka morska, pies i t. d.) drogą poza przewodem pokarmowym (podskórnie, dożylnie, dootrzewnowo, domięśniowo) wywołuje uczulenie zwierzęcia, tak, że powtórne wprowadzenie pozajelitowe w jakiś czas potem (parę dni) tego samego białka w minimalnej ilości wywołuje szereg gwałtownych objawów nieraz bardzo ciężkich i prowadzących do śmierci. W podobny sposób reaguje też i człowiek.

Dalsze badania wykazały, że nie tylko białko (zwierzęce lub roślinne) umie wywołać uczulenie anafilaktyczne, ale także i inne ciała np. leki, tłuszcze, cukry (wyjątkowo), a nawet czynniki fizyczne, tj. rozmaite bodźce, jak np. zimno, gorąco, promienie X. Podobnie też rozmaite mogą być drogi, któremi ciała uczulające wnikają do ustroju, a więc oprócz wymienionych powyżej także i przewód pokarmowy i oddechowy, z tym warunkiem jednak, by dane ciało wtargnęło w sposób odpowiednio szybki, w odpowiedniej ilości i aby ciało to nie zostało całkowicie rozbudowane (trawienie). Objawy anafilaksji początkowo przedstawiały się prosto, chodziło bowiem przeważnie o zaburzenia naczynio-ruchowe, drgawki i śmierć zwierzęcia, obserwacje późniejsze wydobyły na jaw obok ostrych, krótkotrwałych objawów wstrząsu anafilaktycznego także zespół bardziej przewlekły np. t. zw. choroba posurowicza; obecnie coraz więcej objawów z kliniki ludzkiej odnosimy do anafilaksji, a nawet mówimy o anafilaksji typu przewlekłego. Problem uczulenia dawniej uważany za swoisty (uczulenie i wywołanie wstrząsu wywoływano tem samem ciałem); obecnie uległ rozszerzeniu. Także nie możemy zawsze wykazać momentu uczulenia, a wobec objawów wstrząsu przyjmujemy uczulenie utajone, uczulenie odziedziczone i t. p. Objawy idiosynkrazji niejednokrotnie dowodzą stanu uczulenia, chodzi tu o wstrząsy przy pierwszem wprowadzeniu ciała wywołującego wstrząs. Ujęcie idiosynkrazji jako anafilaksji wprowadza pewne zamieszanie, rozszerzając daleko problem anafilaksji klinicznej. Ostatnie badania wprowadziły do kliniki t. zw. biologiczne testy. Takim testem jest odczyn naskórny i wśródskórny, polegający na reakcji skóry uczulonego ustroju wobec ciała uczulającego i wywołującego wstrząs. Podobnie i cechy krwi podane przez *Widala*, jako crise hémoclasique uważane są za test biologiczny (spadek ciśnienia krwi, leukopenja, przedłużenie czasu krzepnięcia krwi w czasie wstrząsu anafilatycznego nawet słabego nasilenia). W leczeniu stanów wstrząsowych stosujemy obecnie leki działające na układ wegetatywny (adrenalina, efedryna, belladonna, atropina), podajemy bardzo małe dawki ciała wywołującego wstrząs przed wprowadzeniem większej dawki (antianafilaksja), podajemy pepton doustnie, wstrzykujemy calcium chloratum, podsiarczyn sodu itp. Stosujemy też podawanie coraz bardziej wzrastających dawek ciała szkodliwego, wywołując odczulenie ustroju. Autor sądzi, że chodzi tu raczej o immunizację, niż odczulanie.

Przechodząc do praktycznego określenia i odgraniczania anafilaksji klinicznej autor podkreśla, że obok objawów ostrych o rozmaitem nasileniu lecz ogólnej natury (zależnych od ukladu wegetatywnego) spotykamy niewątpliwie przypadki anafilaksji ograniczonej, jak np. dychawica oskrzelowa, migrena, hemoglobinuria paroxysmalis, pewne postaci padaczki, pewne choroby skóry (obrzęk Quinckiego, pokrzywka, świąd skóry, egzemy), napad dny i inne. W cierpieniach tych mamy do czynienia ze szczególnym podkładem, terenem ustrojowym, który znowu zależy od niedomogi wątroby, trzustki, gruczołów o dokrewnem wydzielaniu i od układu wegetatywnego. Patologiczny podkład ustroju jest przyczyną powstania nadwrażliwości ustroju, w którym wobec tego łatwo dochodzi do uczulenia.

Dla rozpoznania anafilaktycznej natury jakiegoś cierpienia należy zatem wykazać, że istnieje jakieś ciało, lub jakiś czynnik względnie bodziec, który wyzwala objawy chorobowe, czyli, że ustrój jest uczulony wobec jakiegoś ciała lub czynnika. Następnie należy wykazać, że uczulenie nastąpiło wskutek danego ciała wyzwalającego w czasie poprzedzającym powstawanie objawów chorobowych. Niekiedy jest to łatwe, np. gdy chodzi o kuśnierza, który dostaje napadu dychawicy przy wdychiwaniu woni danego rodzaju futra, przyczem pierwszy napad dychawicy miał miejsce w jakiś czas po podjęciu danego zawodu. Badanie testów biologicznych może tu oddać poważne usługi. W innych przypadkach wykazanie poprzedzającego uczulenia jest trudne. Wówczas należy moment ten uczynić przynajmniej prawdopodobnym.

W ten sposób uda się odgraniczyć schorzenia typu istotnie anafilaktycznego od objawów, w których wchodzi w grę jedynie nieswoista nadwrażliwość.

Choroby skóry typu auto-anafilaktycznego. (Dermatoses auto-anaphylactiques) H. Gougerot. *Journ. méd. francais Nr. 5, 1930.*

Przez auto-anafilaksję rozumiemy według *Widala* uczulenie swoiste ustroju przez ciało, które pod wpływem pewnych czynników powstaje w danym ustroju. Według wszelkich danych ciałami tymi są pochodne białka ustrojowego, należące do grupy histaminy. U niektórych ludzi pod wpływem zimna zanurzenia kończyn w wodę zimną lub gorącą, pod wpływem światła słonecznego, a nawet pod wpływem czynników emocjonalnych powstaje w ustroju histamina. Ciało to przez pewien czas działając wytwarza uczulenie ustroju wobec histaminy, z tą chwilą, gdy znowu dany czynnik wyzwoli w ustroju histaminę — powstaje wstrząs anafilaktyczny, wyrażający się klinicznie w postaci pewnych chorób skórnych, jak: pokrzywka, świąd, egzema, erythema bullosum, dermatitis polymorph. *Brocq - Dubring*, hydroa vacciniformis *Bazin*, pellagra.

Autor przytacza w skróceniu historje choroby wykazujące dobitnie występowanie niektórych z powyższych schorzeń pod wpływem ściśle określonych bodźców (zwłaszcza zimna), oraz ich naturę anafilaktyczną.

Dychawica oskrzelowa natury anafilaktycznej. (L'asthme anaphylactique). E. Lesnè i P. Blamontièr. *Journ. méd. francais Nr. 5, 1930.*

Autorowie omawiają obszernie naturę anafilaktyczną i patogenezę dychawicy oskrzelowej oraz jej leczenie.

Przewlekłe objawy nerwowe wywołane anafilaksją pokarmową. (Manifestations nerveuses chroniques de l'anaphylaxie alimentaire. A. Rowe (U. S. A.) **i Ch. Richet** (syn). *Journ. méd. francais Nr. 5, 1930.*

Anafilaksja doświadczalna wywoływana u zwierząt przebiega ostro lub podostro, dopiero badania kliniczne u ludzi wydobyły na jaw istnienie anafilaksji przewlekłej: człowiek spożywający przez długi czas niewielkie dawki pokarmu (przeważnie białka) dopiero w pewien czas wykaże objawy anafilaksji przewlekłej. Wówczas jednak, gdy uczulenie nastąpiło, występują objawy anafilaksji, gdyż dane ciało uczulające staje się wyzwalającem. Do objawów przewlekłej anafilaksji pokarmowej należą: ze strony skóry egzema, strophulus, pokrzywka, obrzęk *Quinckego*, ze strony narządu oddechowego napadowy nieżyt nosa, dychawica oskrzelowa, ze strony przewodu pokarmowego colitis i dyspepsia. Nadto objawem istnienia tej postaci anafilaksji mogą być objawy natury nerwowej; jak bóle głowy, migrena, niektóre parezje, neuralgje, postaci padaczki, zawroty głowy, zespół *Meniera*, bezsenność, senność i zaburzenia psychiczne. Autorowie podają przykłady kliniczne z wszystkich powyższych grup chorobowych, w których udało się wykazać, jaki rodzaj pokarmu był przyczyną wywołania objawów chorobowych. Odpowiedni dobór pokarmów dawał całkowite wyleczenie, lub znaczną poprawę, powrócenie do dawnego sposobu odżywiania wywoływało pogorszenie stanu chorobowego o ile nie przeprowadzono postępowania odczulającego.

Autorowie podnoszą, że wyżej omówione odczyny nerwowe natury anafilaktycznej powstają wskutek ograniczonego umiejscowienia się objawów anafilaktycznych. I tak wykazano, że np. w przypadku objawów mózgowych powstaje ograniczony obrzęk natury naczyniowej, jako odczyn anafilaktyczny, w tym to przypadku okresowo ciśnienie płynu mózgo-rdzeniowego znacznie się podnosiło. Dlaczego w danych przypadkach odczyn anafilaktyczny jest ograniczony do narządu lub części narządu, autorowie wytłomaczyć nie umieją, powołują się jednak na rozmaite ograniczenia objawów chorobowych do pewnych części mózgu np. w kile, encephalitis lethargica lub w mocznicy.

Jeśli chodzi o rozpoznanie, to pomocny być może odczyn naskórny lub śródskórny, bezwzględnej pewności jednak odczyn ten nie daje. Najlepszym sposobem rozpoznawczym, który jest zarazem postępowaniem leczniczem, jest zastosowanie diety wykluczającej, eliminacyjnej. Chory podejrzany o cierpienie natury anafilaktycznej. pokarmowej otrzymuje przez 6 — 8 dni dietę, składającą się z ryżu (na wodzie), szpinaku, marchwi. baraniny, gruszek, brzoskwiń, cytryny, cukru, oliwek, oliwy i sałaty. Jeśli ta dieta nie poprawia stanu chorego, należy ją jeszcze ograniczyć. natomiast, gdy pod wpływem omawianej diety stan poprawia się, wówczas bardzo powoli dodajemy rozmaite pokarmy. Tą drogą możemy dojść łatwo do poznania, jaki rodzaj pożywienia jest szkodliwy Autorowie nie bardzo polecają postępowanie odczulające, które polega na podawaniu substancji szkodliwej w dawkach minimalnych, zwolna wzrastających. Postępowanie to jest bardzo żmudne, a często zawodzi, raczej należy unikać pokarmów szkodliwych. W leczeniu anafilaksji pokarmowej pomocne jest podawanie małych dawek peptonu per os na godzinę przed każdym posiłkiem. Z korzyścią dodać można do dawki peptonu siarczanu magnezji (0.75). Podawanie pepsyny i kwasu solnego zalecić można tylko w przypadkach współistniejącej niedokwaśności żołądka, co jednak, według autorów, rzadko spotyka się w przypadkach anafilaksji pokarmowej.

Odczyny ze strony wątroby w przebiegu anafilaksji. (Les réactions hépatiques au cours de l'anaphylaxie). Ch. Flandin. *Journ. méd. francais Nr. 5, 1930.*

Podczas sekcji zwierzęcia, które padło podczas śmiertelnego wstrząsu anafilaktycznego stwierdzamy między innemi, powiększenie wątroby, rozszerzenie znaczne naczyń krwionośnych w wątrobie, przyczem krew pozostaje niezakrzepła, natomiast zarówno przewody żółciowe w wątrobie, jak i woreczek żółciowy prawie nie zawiera żółci. W przebiegu wstrząsu anafilaktycznego stwierdzamy opóźnienie okresu krzepnięcia krwi, zmniejszenie się liczby płytek krwi we krwi krążącej, różnica w składzie chemicznym ilościowym osocza krwi (białka, mocznik, azot resztkowy, lipoidy, cukru). W moczu stwierdzamy obecność barwików żółciowych, urobiliny i niekiedy cukru. Wszystkie powyżej wymienione zmiany dowodzą, że wątroba bierze żywy udział w powstawaniu i w istocie wstrząsu anafilaktycznego.

Autor przypomina własny przypadek, w którym wstrzyknięto choremu na miękkiego szankra surowicę końską, po 15 dniach wstrzyknięto powtórnie 10 cm. tej samej surowicy. Już w czasie wstrzykiwania, w oczach, powstawała żółtaczka, a nadto wymioty i ból w okolicy wątroby. Żółtaczka ta przebiegała w postaci icterus simplex.

Niezawsze jednak udział wątroby w wstrząsie anafilaktycznym wyrazi się tak jaskrawo, natomiast często spotykamy skargi na ból w okolicy wątroby, barwiki żółciowe w moczu i t. d. u chorych z migreną, dychawicą odruchową lub z innemi cierpieniami natury anafilaktycznej. Objawy ze strony wątroby albo wyprzedzają właściwy napad, lub towarzyszą mu. Odczyny wątrobowe szczególnie są częste w różnych postaciach anafilaksji pokarmowej. Autor zwraca też uwagę, że postępowanie odczula-

jące, polegające na podawaniu peptonu przed posiłkiem działa, być może tylko lub głównie tą drogą, że po peptonie, który jest znakomitym środkiem żółciopędnym, następuje wylanie się żółci do przewodu pokarmowego.

Przy leczeniu stanów anafilaktycznych należy zatem pamiętać przedewszystkiem o wątrobie.

Czy istnieje anafilaksja typu nerkowego? (La néphrite anaphylactique existe-t-elle) Ch. Richet (syn), **Tzanck i Conder.** *Journ. méd. français Nr. 5, 1930.*

W przebiegu ostrej anafilaksji (podczas wstrząsu) spotykamy nieraz objawy nerkowe, jak np. oliguria, anuria, co jednak należy raczej odnosić do spadku ciśnienia krwi podczas wstrząsu. W niektórych cierpieniach pochodzenia anafilaktycznego, jak np. choroby skóry spotykamy azotemję, w innych krwiomocz — sprawy te są jednak zbyt powikłane, by można było zaburzenia nerkowe, tam występujące, odnieść do odczynu anafilaktycznego ze strony nerek.

W niniejszej pracy autorowie przytaczają 3 historje choroby przemawiające bardziej przekonywująco za anafilaksją typu nerkowego.

Przypadek I odnosi się do chorego lat 45, który ongiś otrzymał surowicę końską przeciwtężcową. Chory ten, który czuł się dotychczas zupełnie dobrze, w 6 godz. po zjedzeniu surowego mięsa końskiego nagle zaczął brzęknąć. Obrzęk ten po paru dniach ogarnął głowę, tułów i kończyny. W ciągu pierwszych 24 godzin pojawił się bardzo silny napad dychawicy oskrzelowej i swędzenie skóry oraz wybroczyny skórne. W moczu stwierdzono 3% białka, w osadzie wałeczki ziarniste, azotemja dość znaczna — 1.50‰, tętno równe 76 na minutę, ciśnienie krwi wysokie: 180/90 mm. Hg. Choremu zastosowano krwiupust. Po 18 dniach chory opuścił szpital zupełnie wyleczony.

W przypadku tym autorowie wykluczają zwykłe zatrucie mięsem wobec braku rozwolnienia (wymioty raz wystąpiły). Za naturą anafilaktyczną wszystkich objawów przemawia 1) napad dychawicy oskrzelowej, 2) purpura, 3) zmiany nerkowe z azotemją, nadciśnieniem, obrzękiem, białkomoczem, które w 10 dni zupełnie ustępują.

Przypadek 2 i 3 odnosi się do dwu chorych na kiłę, u których poprzednie leczenie swoiste było bardzo dobrze znoszone. W czasie jednego z następnych serji wstrzykiwań (w II przyp. 914, w III novarsenobenzolu) wystąpił białkomocz, obrzęk kończyn. Autorowie objawy te odnoszą do reakcji Herxheimera typu nerkowego. Przypadek 2 po paru dniach nie wykazywał żadnych zmian w moczu. Przyp. 3 w pewien czas później wykazywał jeszcze białko w moczu.

Autorowie nie twierdzą z całą pewnością, że w spostrzeżeniach powyższych chodziło o anafilaksję typu nerkowego, analogja jednak z objawami anafilaktycznymi ze strony innych narządów jest znaczna.

Purpura rheumatica natury anafilaktycznej. (Le purpura rhumatoide de nature anaphylactique). Ch. Richet (syn) **i J. Dublineau.** *Journ. méd. francais Nr. 5, 1930.*

Badania doświadczalne pozwalają niewątpliwie stwierdzić łączność między anafilaksją a plamicą. Obserwacje kliniczne potwierdzają również ten związek, np. wybroczyny krwawe w przebiegu pokrzywki. Często spotyka się wybroczyny w objawach skórnych nietolerancji względem różnych leków (antipiryna, salicylany, belladonnia, jod i t. p.), tu jednak trudno jest nieraz odróżnić co należy do anafilaksji, a co do intoksykacji. Natomiast związek między anafilaksją a plamicą t. zw. gośćcową z bólami w jamie brzusznej, podejrzewany przez *Oslera* (1914) a następnie przez *Francka i Glauzmanna*, zdaje się być bardzo prawdopodobny.

Autorowie przytaczają w skróceniu 9 obserwacji klinicznych, ogłoszonych w literaturze ostatnich lat, a wykazujących blizki związek między anafilaksją a purpura rheumatica. W przypadku 1 u chorej występowały bóle w brzuchu, rozwolnienie wymioty, obrzęk *Quinckego* i plamica w 1/2 godziny po zjedzeniu wołowiny, mleka, ryżu lub jaj. W przypadku 2 bóle w brzuchu, krwawe stolce i krwiomocz oraz plamica występowały po mleku, w przypadku 3 plamica i bóle w brzuchu występują po jajach, w przyp. 4 purpura wystepuje po jajach, mące i kartoflach, w przyp. 5 po jajach, mięsie kury, rybie i baraninie, w przyp. 6 po śliwkach, w przypadku 7 po mące i po chlebie występuje napadowy nieżyt nosa i plamica, w przyp. 8 po serze, po truskawkach, wieprzowinie i po cebuli, w przypadku 9 po żółtku jaj, mące, wołowinie i pomidorach.

We wszystkich powyższych przypadkach spożycie danego pokarmu wywoływało w ciągu najbliższych paru godzin zupełnie typowe objawy bólów w brzuchu i plamicy, często i inne objawy anafilaksji. Zastosowanie djety eliminacyjnej (patrz streszczenie pracy *A. Rowe i Ch. Richet* (syna) p. t. Przewlekłe objawy nerwowe wywołane anafilaksją pokarmową), bez wyjątku usuwało cierpienie, a dalsze próby dodawania różnych potraw pozwoliły na odkrycie pokarmu szkodliwego.

Metody odczulania w klinice. (Les méthodes de désensibilisation en clinique). Pasteur Vallery-Radot i L. Rouques. *Journ. méd. francais Nr. 5, 1930.*

W leczeniu chorób i stanów anafilaktycznych posługujemy się w klinice rozmaitymi sposobami. Sposoby te dają się ugrupować w 3 grupy. Grupa pierwsza polega na natychmiastowem odczuleniu, lecz przejściowem t. zw. skeptofilaksja, może ona być swoista lub nieswoista. Grupa druga metod leczniczych zmierza do stałego odczulenia ustroju również drogą stosowania ciał swoistych lub nieswoistych, Wreszcie grupa trzecia polega na działaniu pośredniem na układ nerwowy, gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu itd. a zatem chodzi tu o metody raczej pomocnicze.

A) Skeptofilaksja.

I. Skeptofilaksja drogą pozajelitową:

1) Metoda Besredki ma na celu uchronić ustrój od wstrząsu anafilaktycznego, gdy zachodzi potrzeba zastosowania np. surowicy, a nie wiemy, czy dany osobnik nie jest na nią uczulony. W tym celu należy co 1/2 — 1 godziny wstrzykiwać małe ilości danej surowicy (0,5 — 1 cm.) podskórnie. Po 4 wstrzyknięciach można wprowadzić już znaczną (całą) dawkę surowicy. O ile wstrzyknięcie ma być dożylne, należy w podobny sposób wstrzykiwać dożylnie minimalne dawki danej surowicy rozcieńczonej w płynie fizjologicznym.

2) Inne metody skeptofilaktyczne polegają na wprowadzeniu dożylnem rozmaitych ciał nieszkodliwych, mogących jednak wywołać wstrząs hemoklastyczny (tj. obniżenie ciśnienia krwi w małym stopniu, leukopenję i odwrócenie obrazu morfologicznego, oraz przedłużenie czasu krwawienia — *Widal*). Do środków tych należy rozczyn fizjologiczny soli kuchennej, dwuwęglan sodu (soda), podsiarczyn sodu, chlorek wapnia. Szczególnie polecenia godny jest 2,5% rozczyn dwuwęglanu sody (chemicznie czysty! jałowy!) wstrzykuje się 40 — 80 cm. dożylnie. W jakiś czas potem można wstrzyknąć podskórnie leczniczą surowicę.

3) Topofilaksja polega na wstrzyknięciu małej ilości leku, mogącego wywołać wstrząs anafilaktyczny (np. arsenobenzol) do żyły łokciowej przy podwiązanym ramieniu. Po 5 minutach zwolna i kilkakrotnie zwalnia się ucisk, by krew mogła w małych ilościach odpłynąć. Po 10 minutach można wstrzyknąć całą dawkę leczniczą dożylnie. Można też wciągnąć do strzykawki 10—20 cm, zawierającej nieco leku (rozpuszczonego w wodzie destylowanej) krwi z żyły i nie wyciągając igły po 5 — 10 minutach wstrzyknąć z powrotem zawartość strzykawki, następnie napełnia się strzykawkę resztą leku, który bez obawy można wprowadzić dożylnie. Topofilaksja nadaje sie do stosowania przy rozmaitych lekach wprowadzanych dożylnie, osobliwie zaś przy leczeniu połączeniami arsenu.

II. Skeptofilaksja drogą pokarmową:

1) Skeptofilaksja przez spożycie małej ilości szkodliwego pokarmu lub leku jest to skeptofilaksja swoista. Polega ona na spożyciu przez chorego małej ilości szkodliwego karmu (np. jaja, mleko, rak) na godzinę przed właściwym posiłkiem, zawierającym szkodliwy pokarm w większej ilości. Dawka pierwotna powinna być doświadczalnie określona, a mianowicie nie powinna ona wywoływać żadnych objawów anafilaktycznych.

2) Skeptofilaksja zapomocą peptonoterapji jest leczeniem nieswoistem. Polega ona na podaniu doustnem 0,5 gr. peptonu *Wiltego* lub peptonu wielowartościowego na godzinę przed każdym posiłkiem. W przerwach chory nie powinien nic jeść. Ten sposób postępowania można stosować stale, bez żadnych przerw. Inni autorowie polecają podawanie peptonu przez 10 dni na 15 dni (tj. z 5 dniową przerwą), lecz to postępowanie należy stosować stale. Skuteczne wyniki peptonoterapji otrzymywano w anafilaksji pokarmowej pod postaciami: pokrzywki, obrzęku *Quinckego*, prurigo-strophulus, pruritus, dychawicy oskrzelowej, napadowego nieżytu nosa, anginy. Zapomocą bardzo długo przeprowadzonej peptonoterapji otrzymywano niekiedy odczulenie stałe.

B) Odczulenie.

I. Odczulenie swoiste.

1) Odczulenie swoiste zapomocą podawania wzrastających dawek szkodliwego leku lub pokarmu drogą doustną polega na podawaniu dawki minimalnej zupełnie nieszkodliwej raz dziennie, poczem dawkę tę stopniowo podwyższa się. Jeżeli w czasie leczenia wystąpią objawy chorobowe należy znowu zmniejszyć dawkę. W ten sposób postępując można ustrój przyzwyczaić (odczulić) do dawek bardzo dużych, co jest ważne, jeśli chodzi o dany rodzaj pokarmu. W czasie leczenia nie wolno opuścić ani jednego dnia.

2) Odczulenie swoiste zapomocą odczynów naskórnych polega na codziennem stosowaniu odczynów naskórnych (jak odczyn *Pirquela* z tuberkuliną) przy użyciu jako antigenu, odpowiedniego roztworu lub wyciągu z substancji szkodliwej.

3) Odczulenie swoiste zapomocą odczynów śródskórnych i podskórnych jest postępowaniem analogicznem do poprzedniego, lecz niepozbawionem nieraz pewnego niebezpieczeństwa.

II. Odczulenie nieswoiste.

1) Autohemoterapja i autoseroterapja daje nieraz dobre wyniki. Autohemoterapja polega na pobieraniu krwi z żyły chorego i natychmiastowemu wstrzyknięciu jej śródmięśniowo w pośladek. Dawki powinny być wzrastające, od 2 do 20 cm., codziennie, lub co drugi dzień. Stosując autoseroterapję, po pobraniu krwi z żyły, wlewa się ją do sterylizowanego naczynia i pozostawia w ciepłocie pokojowej. Po oddzieleniu się skrzepu, pobiera się surowicę i wstrzykuje podskórnie. Dawki stosowane są od 0,5 do 20 cm. Zarówno w autohemoterapji, jak i w autoseroterapji ogólna liczba wstrzyknięć wynosi 10 — 12. Powyższe metody są niekiedy modyfikowane np. z użyciem krwi innego osobnika (heterohemoterapja), wstrzykiwanie krwi po rozpuszczeniu krwinek, wstrzykiwanie krwi doskórnie itp.

2) Odczulenie zapomocą wstrzykiwania peptonu. W tym celu wstrzykuje się roztwór peptonu *Wiltego* 5%-wy w dawkach od 1 do 5 cm. podskórnie codziennie, lub co drugi dzień. Można też stosować śródskórne wstrzykiwania 50% roztworu peptonu w wodzie destylowanej w dawkach od 0.1 do 0.2, rzadko 0.3 cm., codziennie. Stosowanie dożylnie peptonu jest niebezpieczne i wymaga dużego doświadczenia,

3) Odczulenie zapomocą wstrzykiwań innych środków. W tym celu stosuje się sterylizowane mleko w dawkach od 1 do 5 cm. podskórnie. Niekiedy stosuje się autotoksyny, których działanie polega tylko na proteinoterapji. Również korzystne ma być stosowanie odbiałczonych wyciągów śledziony lub wyciągów z trzustki, zwłaszcza insuliny.

4) Odczulenie zapomocą podsiarczynu sodu. Drogą doustną podajemy 1 gr. przed każdym posiłkiem przez pierwsze trzy dni tygodnia, w razie potrzeby podawać można przez 10 — 12 dni w dawkach dziennych 14 — 15 gr. Działanie jest wówczas szybsze, mogą jednak wystąpić zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (biegunki, wykwity skórne — siarka!) Dlatego korzystniej jest stosować podsiarczyn sodu dożylnie. Do tego celu używamy rozczyn 20%-wy podsiarczynu sodu (chemicznie czysty!) w wodzie destylowanej, po sterylizacji (niżej 105°C). Dawka pierwsza wynosi 2 cm. następne wzrastają aż do 30 lub 40 cm. na dawkę. W ciężkich przypadkach wstrzykuje się codziennie, w lżejszych wstrzykujemy 3 razy na tydzień, łącznie do 12 wstrzyknięć. Inni autorowie polecają wstrzykiwania z 10% roztworu podsiarczynu magnezu w dawce 10 cm. domięśniowo.

5) Odczulenie zapomocą soli wapnia. Podajemy doustnie 0.50 do 4.0 gr. mleczanu lub chlorku wapnia, względnie wstrzykujemy dożylnie 5 do 10 cm. roztworu 10 : 100.

6) Odczulenie zapomocą dwuwęglanu sodu następuje po podawaniu doustnem 10 do 15 gr. dziennie. Dożylnie wstrzykujemy 3 do 5%-wy roztwór tyndalizowany.

7) Odczulenie zapomocą eozynianu cesium. Wstrzykuje sie codziennie lub co 2 lub 3 dzień 10 do 15 cm. rozczynu wodnego 10 : 100, preparat musi być chemicznie czysty,

8) Odczulenie zapomocą upustu krwi. I ten sposób może niekiedy prowadzić do odczulenia.

C) Leczenie pomocnicze.

Ze względu na współudział układu wegetatywnego w wstrząsie i w stanach anafilaktycznych zalecamy leki uspokajające (gardenal, bromki) lub leki swoiste, jak adrenalina, efedryna, belladonna, atropina, pilokarpina, ergotamina itd. Nadto należy zwrócić uwagę na gruczoły dokrewne, zaburzenia w równowadze zasadowo-kwasowej, na czynność wątroby, wydzielanie gruczołów przewodu pokarmowego, zakażenia, a zwłaszcza na kiłę wrodzoną.

D) Ogólne wskazówki do stosowania.

1. W razie nadwrażliwości wobec pokarmów lub leków rzadko używanych lub stosowanych zaleca się skeptofilaksję.

2. Jeśli chodzi o nadwrażliwość wobec pokarmów lub leków często używanych, należy stosować odczulenie.

Odczulenie swoiste jest żmudne do przeprowadzenia i wymaga wielkiej staranności ze strony lekarza i chorego. Znacznie bardziej proste i również skuteczne jest odczulenie nieswoiste. W przypadkach anafilaksji pokarmowej zaleca się doustne podawanie peptonu. W razie anafilaksji ze strony narządu oddechowego stosować należy przedewszystkiem peptonoterapję we wstrzykiwaniach doskórnych. W razie nieuzyskania wyników korzystnych zastosować należy autohemoterapję lub autoserotерapję, względnie podsiarczyn sodu lub sole wapnia.

Niestety żadne ze wspomnianych wyżej postępowań leczniczych nie daje bezwzględnie pewnych wyników w każdym przypadku; dlatego nieraz trzeba zmieniać sposób leczenia. Oczywiście zmiana ta powinna nastąpić po dłuższem i cierpliwem stosowaniu każdego sposobu leczenia.

Badania krytyczne nad moczopędnem działaniem teobrominy. (Etude critique de l'action diuretique de le théobromine). P. Savy i P. Delore. *Le Journ. de méd. de Lyon Nr. 244, 1930.*

Autorowie podkreślają, że teobromina należy trwale do skarbca leczniczego, trzeba jednak bliżej określić i przypomnieć jej wskazania i przeciwwskazania, gdyż w praktyce utarło się przekonanie o tak rozległych granicach działania teobrominy, jakich ona nie posiada. Prace *Widala* skłoniły tego autora do uznania teobrominy za dzielny środek moczopędny w przypadkach zmian nerkowych z obrzękami i zatrzymaniem soli w ustroju; inni autorowie zalecają teobrominę, jako ogólny środek moczopędny we wszystkich sprawach, wywołujących zatrzymanie wody w ustroju,

Badania farmakologiczne wykazują, że teobromina wywołuje wybitne moczenie i wydzielanie soli. Dawniejsze badania przypisuje to moczenie działaniu teobrominy na nabłonek nerkowy bez udziału układu nerwowego. Inni badacze mówią o zahamowaniu resorpcji zwrotnej wody w kanalikach krętych, a *Cuabny i Lambie* (1921) przypuszczają, że pod wpływem teobrominy zachodziły zmiany w kłębuszkach nerkowych. Teobromina ma rozszerzać naczynia nerek. *Dreoer i Pouchet* i inni mówią o korzystnym wpływie teobrominy na kurczliwość mięśni prążkowanych w szczególności zaś mięśnia sercowego, teobromina nie podnosi ciśnienia krwi, wpływa na stan koloidowy białek krwi, wzmagając tą część krwi, która może ulec filtracji.

Podobnie jak teobromina działa też teocyna i teofilina. W porównaniu do koffeiny, która jest również ciałem purynowem (trójmetylksantyna), teobromina (dwumetylksantyna) mniej wpływa na układ nerwowy i ciśnienie krwi, podczas, gdy koffeina ma stosunkowo słabe działanie moczopędne.

Badania kliniczne autorów wykazały, że teobromina nie wywołuje diurezy u osobników zdrowych (2 gr. na dobę). Inni autorowie, jak *Sollmann, Le Noir i Camus* przypisują teobrominie słabe działanie moczopędne u zdrowych,

1. W chorobach nerek z obrzękami i zatrzymaniem chlorku sodu korzystny wpływ teobrominy jest bardzo wyraźny. *Widal i Javal* wykazali to w sposób niezbity, udowadniając, że wstrzymanie podawania teobrominy obniża z powrotem moczenie. W tych przypadkach według działania teobrominy można według *J. Courmonta i Geneta* wnosić o rokowaniu, które jest bardzo dobre w przypadkach o obfitem moczeniu i wzmożonem wydzielaniu soli utrzymującem się czas jakiś po zaprzestaniu podawania teobrominy, gorsze, gdy chodzi o dobrą diurezę, ale bez wzmożonego wydzielania soli, zupełnie złe, gdy teobromina pozostaje bez skutku. (Badania muszą polegać na oznaczaniu wagi chorych i bilansu soli).

Nie brak jednak obserwacji o braku działania teobrominy na tego rodzaju chorych, chodzi tu o przypadki, w których sprawa nerkowa jest daleko posunięta, tak, że nerka nie odpowiada na podnietę teobrominy. W tak zwanej nefrozie lipoidowej teobromina jest również bezskuteczna.

W zapaleniach nerek przewlekłych bezobrzękowych działanie teobrominy okazało się bardzo niestałe, tam gdzie wpływ się zaznaczył, był on przejściowy.

W przewlekłych zapaleniach nerek z nadciśnieniem teobromina okazała się bezskuteczną, podobnie też i zapaleniach nerek z zatrzymaniem ciał azotowych.

U chorych nerkowych z niedomogą mięśnia sercowego teobromina jest mniej skuteczną, niż naparstnica.

Autorowie podkreślają, że nawet w odpowiednich przypadkach należy przepisywać teobrominę zawsze równocześnie z leczeniem djetetycznem (djeta bezsolna).

W zapaleniach nerek o przebiegu ostrym nie należy przepisywać teobrominy, która nietylko nie pomaga w tych przypadkach, ale może nawet szkodzić, gdyż wzmaga białkomocz.

Autorowie zbierają swe spostrzeżenia co do podawania teobrominy w chorobach nerkowych w następujących punktach: 1) zapalenie nerek nie powinno być zbyt daleko posunięte, 2) należy współcześnie przepisać djetę bezsolną, 3) działanie teobrominy ustaje z chwilą zaprzestania podawania tego leku, 4) dla przekonania się o skuteczności teobrominy należy chorego często ważyć, gdyż samo oznaczanie ilości dobowej moczu jest niewystarczające, 5) prawdziwa postać zapalenia nerek z zatrzymaniem chlorków jest względnie nieczęsta 6) podawanie teobrominy podczas ostrego przebiegu jest przeciwwskazane.

2. W chorobach serca obok zwolenników podawania teobrominy jak *Huchard, Martinet, Cuochny, Heitz* i inni istnieje wielu autorów, którzy odmawiają teobrominie wpływu diuretycznego u sercowo chorych, autorowie niniejszej pracy skłaniają się do tych ostatnich na podstawie swoich badań, Twierdzą oni, że rzekomo korzystny wpływ teobrominy na ustępowanie obrzęków u sercowo chorych odnieść należy przedewszystkiem do współcześnie podawanych leków z grupy naparstnicy (digitalis) oraz iunych korzystnych warunków, jak spokój i djeta.

W tych przypadkach teobromina nie może zastąpić naparstnicy, a działając na nerki odgrywa jedynie pomocniczą rolę.

3. W innych chorobach polecano również podawanie teobrominy, lecz wpływ tego leku jest tu bardzo wątpliwy. Doświadczenia autorów przemawiają przeciwko teobrominie. Wymienić należy następujące cierpienia; obrzęki i płyny zastojowe w jamach surowiczych u chorych na wątrobę, płyny zapalne w opłucnej i otrzewnej; nadciśnienie krwi, otyłość, dna. Polecano też teobrominę, jako środek zapobiegawczy w dychawicy oskrzelowej, porażeniu połowiczem, w zaburzeniach wkrewno-wegetatywnych, jak migrena lub pokrzywka, a nawet w gruźlicy.

Dawki teobrominy i jej pochodne.

Ambard poleca 2 gr. teobrominy, podzielonej na 3 dawki, twierdząc, że mniejsze dawki są mało skuteczne, a większe mogą wywołać zaburzenia. Tymczasem *G. See* radzi podawanie 2 gr. pierwszego dnia, a w następnych dawki wzrastające 3—4—5 gr. poczem pięć dni przerwy, a w razie potrzeby powtórzenie powyższego leczenia. Inni autorowie podają jako dawki dzienne od 1.50 gr. do 5.00 gr. Autorowie niniejszej pracy radzą podawać 2 gr. dziennie dla osobnika około 70 kg. — u chorych z wyższą wagą zalecają dawki nieco wyższe.

Wielu autorów zaleca podawanie teocyny lub teofiliny zamiast teobrominy (teofina jest syntetyczną teofiliną). Lek ten (teocyna) jest znacznie silniej działający od teobrominy zarówno na nabłonek nerkowy, jak i na mięsień sercowy i jego układ nerwowy. Zalecano dawkę 0,75 gr. dziennie podzieloną na 3 razy. Przy podawaniu teocyny należy zachować dużą ostrożność.

Inni autorowie zalecają teobrominę do wstrzykiwań czyli allylteobrominę. *Rosenthal* podaje 0.30 tego leku na dawkę jednorazową, dwa wstrzyknięcia dziennie. Skutek ma być równie dobry lub lepszy, jak duże dawki teobrominy, bez żadnych objawów nietolerancji.

Labbe i *Violle* zalecają sól jodowo—salicylową teobrominy, jako środek dobrze rozpuszczalny. (jestto tzw. diuretyna). *Chauffard* zaleca równoczesne podanie teobrominy i salicylanu sodu.

W końcu autorowie podkreślają, że sferą działania teobrominy, jako znakomitego leku moczopędnego są przypadki zatrzymania soli kuchennej w ustroju z dostateczną przepuszczalnością nerek; nieodłącznie stosować należy współcześnie djetę bezsolną. W innych przypadkach działanie teobrominy jest względnie nieznaczne lub tylko pomocnicze (obrzęki u sercowo chorych), a nawet szkodliwe (ostre stany zapalne nerek).

Praktyczne uwagi o sztucznym ropniu aseptycznym. (Donnés pratiques sur l'abscès de fixation). A. Pie i P. Delore. *Le Journ. de Méd. de Lyon, 247, 1930.*

Dawne jest spostrzeżenie, że w w wielu chorobach, zwłaszcza zakaźnych, wywołanie ropnia ograniczonego podskórnego, skraca przebieg choroby i wywołuje wyzdrowienie. *Fochier* obserwował pierwszy zbawienny wpływ ropnia aseptycznego w przebiegu gorączki popołogowej; ropień ten powstał po podskórnem wstrzyknięciu roztworu chininy, którą leczono chorą. Dopiero w 16 lat później, po wielu badaniach i obserwacjach *Fochier* (1891) ogłosił swą metodę leczenia niektórych chorób zakaźnych, zwłaszcza gorączki połogowej zapomocą ropnia aseptycznego. Sprawa ta później rzadko była podnoszona przez pojedyńczych autorów np. 1902 r. przez *Carlesa* w obszernej pracy, dopiero szkoła lyońska w ostatnich latach przedwojennych na nowo podjęła ten temat, a po wojnie we wszystkich krajach stosują omawiany sposób lezcenia.

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.

Co należy wstrzykiwać?

Stosowano cały szereg ciał, jak np.: roztwór zakwaszony siarczanu chininy. azotan srebra, kwas karbolowy, żółty tlenek rtęci, rozcieńczony kwas siarkowy, kwas mlekowy. Ciała te rzadko wywoływały rychłe ropienie, a ropa często była surowiczą. Inne ciała, jak xylol, essencja lawandowa wywoływały raczej zgorzel, Obecnie stosuje się niemal wyłącznie terpentynę, poleconą przez *Crawitza*, starą i dobrze już utlenioną. Autorowie stosują terpentynę kupną. Sterylizacja przez zagotowanie jest zbędną, gdyż terpentyna jest środkiem bakterjobójczym. Zalecany dodatek oliwy do terpentyny jest, zdaniem autorów, zbędny.

Dawki:

Różni autorowie podają dawki od od 1 do 5 ccm. terpentyny. Omyłkowe wstrzykiwania do 25 ccm. wywoływały znaczne nagromadzenie się ropy, lecz chorzy przebyli to bez powikłań. Autorowie stosują dawkę $1^1/_2$ ccm. dla człowieka dorosłego.

Miejsce wstrzyknięcia.

Należy wstrzykiwać podskórnie. Wstrzyknięcie w skórę wywołuje zgorzel, podobnie szkodliwe jest wstrzyknięcie w mięsień, a w każdym razie jest to bardzo bolesne. Wstrzykuje się w boczną część uda lub też w ścianę przednio-boczną brzucha, nieco poza mięśniem prostym brzucha po lewej stronie.

Odczyn prawidłowy.

Z początku pojawia się ograniczony odczyn: dolor, rubor, calor, tumor, niebawem występuje chełbotanie. Pierwszym objawem jest ból, który daje się odczuć w 6—10 godzin po wstrzyknięciu, dochodzi do szczytu koło 36—48 godziny, poczem słabnie. Autorowie zaprzeczają temu, by ból ten miał być niezwykle silny, by przerywał sen i wymagał jakiegoś innego postępowania, jak okłady gorące. Zbyt silny ból zależeć może albo od zbyt dużej dawki, albo od nieodpowiedniego miejsca wstrzyknięcia, bądź też wstrzyknięcia w skórę lub mięsień, a wreszcie wobec neuropatycznej wrażliwości chorego.

Dopiero w 18 godzin po wstrzyknięciu można powiedzieć, czy ropień aseptyczny się „przyjął". Mniej więcej 3 dnia ropień jest już typowy. W razie nie przecięcia ropnia może on przebić skórę, lub też zmniejszyć się, przyczem objawy zapalne ustępują, z czasem następuje całkowita resorpcja, względnie może pozostać twardy guzek. — Aseptyczny ropień nie wpływa w sposób wyraźny na krzywą gorączkową u chorych gorączkujących, natomiast nierzadko po spadku gorączki utrzymują się stany podgorączkowe aż do przecięcia ropnia.

Atypowe odczyny.

Niekiedy rozwój jest późny: dopiero 2-go dnia; *Voilurier* podaje nawet 7-my dzień; są to jednak wyjątki rzadkie. Ropień może tworzyć się pod postacią ropnia zimnego; bez bólu i bez zaczerwienienia skóry, to ostatnie zdarza się w $^1/_7$ przypadków, te ropienia wykazują skłonności do przebicia, W innych przypadkach (5%) powstaje ropień w charakterze flegmony.

Powtórne wstrzykiwania.

Nieraz zdarza się, że ropień nie powstaje. W tych przypadkach autorowie wstrzykują po raz wtóry terpentynę po upływie 24 godzin, a w razie potrzeby ponawiają wstrzykiwania aż do wystąpienia ropnia. Zdarzała się konieczność 5 krotnego wstrzykiwania, aż ropień powstał. Rzecz szczególna, że wówczas kolejno tworzyły się ropnie w miejscach poprzednich wstrzykiwań. Konieczność ponawiania wstrzykiwań występowała w ciężkich przypadkach. W razie przedwczesnego przebicia wrzodu należy powtórnie wstrzykiwać. Warunkiem zasadniczym metody jest istnienie zamkniętego ropnia aseptycznego.

Przecięcie ropnia aseptycznego.

Niektórzy pozostawiają ropień bez otwarcia go; autorzy są bezwarunkowo zwolennikami otwarcia ropnia, lecz przestrzegają przed zbyt wczesnem przecięciem: Najwcześniej 8-go dnia można naciąć ropień pod znieczuleniem zapomocą chlorku etylu. Ropień należy wycisnąć i aseptycznie opatrzyć. Następnego dnia czynność wyciskania w razie potrzeby można powtórzyć. Gojenie się ranki przebiega w kilka dni, nawet u starców.

Powikłania.

Według autorów powikłania są bardzo wyjątkowe, jeśli technika wstrzykiwania była prawidłowa. I tak martwica lub zgorzel powstaje tylko wskutek nieodpowiedniego wprowadzenia terpentyny (w skórę lub mięsień) Rozległe ropienia powstać mogą wskutek opóźnionego przecięcia wrzodu. W rzadkim przypadku *Vorona i Geneta* nastąpiło otwarcie się aseptycznego ropnia do jamy brzusznej; lecz przepuklina mięśniowa należy do rzadkości i wówczas należy wstrzykiwać terpentynę nie za głęboko. *Comby* znany przeciwnik stosowania ropnia aseptycznego przytacza przypadek śmierci chłopca 14 letniego. Jestto jedyny przypadek śmierci ogłoszony w literaturze, a tu inną była technika; zbyt duża dawka (2 ccm.) i zbyt późne przecięcie ropnia (15 dzień) mimo rozległości ropienia.

Przeciwskazania.

Ogólnie przytacza się, jako przeciwwskazanie do zakładania ropnia aseptycznego: cukrzycę i obrzęki. Autorowie wstrzykiwali jednak terpentynę w cukrzycy w okresie zakwaszenia z powodu ciężkiego stanu posocznicowego z dobrym skutkiem. Aseptyka wstrzykiwań musi być bez zarzutu. Zmiany w nerkach są również przeciwwskazaniem, *Gotteland* wykazał jednak nietylko nieszkodliwość, ale nawet użyteczność wstrzykiwań terpentyny w zapaleniach nerek o przebiegu ostrym, natury zakaźnej. Autorowie później omówią sprawy gruźlicy.

Wiek chorych.

Późny wiek chorych nie przedstawia przeciwwskazania. U osesków i dzieci można również stosować zakładanie ropnia aseptycznego, należy jednak zachować ostrożność co do dawki. I tak: u dzieci niżej 2 lat nie należy przekraczać dawki terpentyny $^1/_4$ — $^1/_3$ ccm., u dzieci od 2 — 5 lat dawka nie powinna przekraczać 2 ccm.

Sposób działania ropnia terpentynowego. (Mode d'action de l'abcès térébenthiné). A. Pic i P. Delore. *Le Journ. de Méd. de Lyon Nr. 247, 1930.*

Skuteczne działanie ropnia aseptycznego, wywołanego zapomocą podskórnego wstrzyknięcia terpentyny — tłomaczono w różny sposób. *Fochier* i inni twierdzili, że ropień ten niejako zbiera i przytrzymuje drobnoustroje i toksyny, będące przyczyną zasadniczego cierpienia. Liczne badania bakterjologiczne tylko rzadko wykazywały drobnoustroje w ropie ropnia aseptycznego i to drobnoustroje martwe, co jednak tłomaczyć można potężną zdolnością bakterjobójczą terpentyny. Natomiast w zatruciach Hg, As, Pb i Bi znajdowano te pierwiastki w ropie.

Inni autorowie, przypisują terpentynie właściwości bakterjobójcze w całym ustroju, choć terpentyna z trudnością ulega wessaniu, jak o tem świadczy charakterystyczny zapach tego ciała w ropie ropnia nawet po wielu dniach. Częściowe wessanie ma jednak miejsce, gdyż mocz przybiera charakterystyczną woń fijołków. *Faure-Fremiet i Duriwier de Streel* sądzą, że terpentyna z czasem ulega utlenieniu tworząc niestałe tlenki i ciała aldehydowe, posiadające właściwości bakterjobójcze. Wreszcie wyrażano przypuszczenie, że terpentyna działa sama, jako czynnik utleniający w ustroju, a znaną jest rzeczą, jak ważnym jest problem utleniania w procesie obronnym ustroju.

Teorja *Fochiera* i innych mówi o odczynach ustroju drogą nerwową na skutek zadziałania ropnia terpentynowego.

Bodaj najliczniejsi badacze przypisują terpentynie właściwość mobilizowania leukocytów obojętnochłonnych do walki z zakażeniem, O ile jednak jedne badania przemawiają za powstaniem leukocytozy po wstrzyknięciu terpentyny, o tyle inne doświadczenia wpływu tego nie wykazały.

Wpływ terpentyny tłomaczono też zmianami w sokach i płynach ustroju (zmiany humoralne). Zmiany te powstają w ustroju wskutek rozpadu leukocytów w ropniu terpentynowym i następowem wchłonieniu produktów rozpadu. Tem tłomaczyć też można konieczność pozostawienia ropnia przez czas jakiś bez nacinania go.

Wreszcie przypuszczać można, że przez utworzenie się ropnia, znaczna część leukocytów ustroju zostaje odciągnięta niejako od ogniska chorobowego (np. zapalenie płuc) do ropnia i wskutek tego przebieg zasadniczego cierpienia może zmierzać ku uleczeniu.

W konkluzji autorowie skłaniają się do przyjęcia kilku czynników w tłomaczeniu działania ropnia terpentynowego a mianowicie: Właściwość „odciągania" leukocytów, zmiany humoralne, wpływ wstrząsu i pobudzenie ustroju do tworzenia leukocytów.

Ropień aseptyczny w chorobach pozapłucnych. (Le bilan de l'abcès de fixation en dehors des affections bronchopulmonaires). A. Pic i P. Delore. *Le Journal de Med. de Lyon Nr. 247, 1930.*

Ogólne wskazania do założenia ropnia aseptycznego w chorobach zakaźnych.

Wskazania do założenia ropnia aseptycznego istnieją przedewszystkiem w stanach ciężkiego zakażenia. A więc wówczas gdy wystąpią następujące objawy: bardzo wysoka gorączka, szybkie i słabo napięte tętno, stan odurzenia, majaczenia, suchy język, duszność, chłodne kończyny w wysokiej gorączce. Następnie istnieją wskazania tam, gdzie istnieje oporność ustroju względem leków, lub wreszcie w tych stanach i chorobach, gdzie nie mamy leków swoistych. Zakładać należy ropień aseptyczny naturalnie o ile możności jaknajwcześniej, jak długo istnieje jeszcze zdolność ze strony ustroju do reagowania na bodziec, gdyż przyjęcie się ropnia i skuteczny jego wpływ opiera się przecież na tej zdolności reakcyjnej ustroju.

Szlam Ług Borowina

Ciechocińskie

Najlepsze krajowe lecznicze środki kąpielowe umożliwiają przeprowadzenie skutecznych kuracji domowych chorym

NA:

WADLIWĄ PRZEMIANĘ MATERJI. CHOROBY UKŁADU NERWÓW. ARTRETYZM. REUMATYZM. it. p.

świetne w leczeniu

PRZEWLEKŁYCH I ZAPALNYCH CHORÓB KOBIECYCH.

Uwaga: Najskuteczniejsze są kąpiele ze szlamu i z ługu

Najprzyjemniejsza djetetyczna, radjoczynna gazowana CIECHOCIŃSKA STOŁOWA WODA DO PICIA Nr. 8

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH APTEKACH I SKŁADACH APTECZNYCH.

Wyłączna reprezentacja.

Towarzystwo Handlowo - Przemysłowe

„REAL"

Warszawa Widok 24. — Tel. 85.30 i 513-05.

Zakażenie połogowe.

Cierpienie to było punktem wyjścia dla *Fochiera* w wypracowaniu omawianej metody, Ponieważ nie znamy tu leczenia swoistego, przeto należy jaknajrychlej założyć ropień aseptyczny, skoro tylko leczenie miejscowe nie dało pożądanego skutku. Oczywiście w zapaleniu ropnem otrzewnej metoda ta nie da wyników dodatnich. Statystyka ogłoszona jest zachęcająca.

Zakażenia chirurgiczne.

Wszystkie zakażenia posocznicowe nadają się do leczenia ropniem terpentynowym, choć wynik jest tu wątpliwy. Autorowie zalecają tę metodę w róży, skoro tylko wystąpią objawy ogólnego zakażenia. W osteomyelitis, w stanach początkowych należy również próbować omawianej metody.

Choroby zakaźne układu nerwowego.

Należą tu w szczególności encephalitis epidemica i meningitis cerebro-spinalis. W encephalitis epidemica uzyskuje się zapomocą założenia ropnia aseptycznego nietylko lżejszy i krótszy przebieg, ale też według *Nellera*, chorzy, leczeni zapomocą ropnia, w znacznie mniejszym odsetku wykazywali następnie objawy parkinsonizmu. W meningitis cerebro-spinalis należy również wstrzykiwać terpentynę, zwłaszcza w tych przypadkach, w których nie otrzymano poprawy po leczeniu swoistem. Podobnie należy stosować ropień terpentynowy w przypadkach zapalenia opon mózgowych przy otitis, oraz poliomyelitis infectiosa.

Choroby umysłowe i objawy drgawkowe.

Pascal i *Dawesne* stosowali ropień terpentynowy z bardzo dobrym wynikiem u chorych na psychozę. Ci sami autorowie i inni stosują omawianą metodę także w napadach drgawkowych, wywołanych zmianami pozapalnemi mózgu, a więc przedewszystkiem po przejściu encephalitis.

Ostre, zakaźne zapalenie nerek.

Chodzi tu zwłaszcza o przypadki ze zmniejszonem oddawaniem moczu; ropień aseptyczny zdaje się „deblokować" nerki. Przeciwwskazanie stanowią obrzęki skóry.

Choroby zakaźne wysypkowe.

Coste widział bardzo zachęcające wyniki w leczeniu ospy prawdziwej o ciężkim przebiegu. *Pujador y Fauwa* zaleca stosowanie ropnia terpentynowego w płonicy; na 120 przypadków nawet ciężkiej płonicy ani razu nie spostrzegał białkomoczu, ani zapalenia nerek. *Ardouin* stosuje terpentynę w odrze, zwłaszcza ciężkiej i powikłanej zmianami płucnemi.

Dur brzuszny.

Według autorów do leczenia ropniem terpentynowym nadają się zwłaszcza przypadki bardzo ciężkie z zapaleniami odoskrzelikowemi płuc, w ciężkim stanie septycznym z krwotokami jelitowymi. Wyniki mają być bardzo zachęcające.

Zakażenia ekzotyczne.

Ropień terpentynowy stosowano z bardzo dobrym wynikiem w durze osutkowym w Algerji. Następnie stosowano to leczenie w trypanosomiasis z równo czesnempodawaniem atoxylu. Należałoby może stosować też terpentynę w żółtej febrze i w dżumie, zwłaszcza płucnej.

Zatrucia.

Niektórzy autorowie stosowali ropień terpentynowy ze skutkiem w zatruciach tlenkiem węgla, sublimatem, ołowiem, a zwłaszcza grzybami. Wyniki zachęcające, zwłaszcza w ciężkich przypadkach. *Lemoine* stosował ropień aseptyczny z bardzo dobrym wynikiem w mocznicy.

Z. Jorecki.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE

Umocownaie macicy za pomocą związania ze sobą więzadeł obłych, jako leczenie tyłopochylenia macicy (Metody poza i wewnątrzotrzewnowa). (De la ligamentopexie par autoligature des ligaments rondes dans le traitement de la rétroversion utérine. Procèdé extra et intra péritonèal). Villard E., Labry R. *Revue Franc. de Gynecol. et d'Obstetr. Nr. 4 avril 1930.*

Autorowie przedstawiają metodę stosowaną przez się od kilkunastu lat, Metoda pozaotrzewnowa jest w zasadzie odmianą operacji *Alquié-Alexander-Adams'a*, z tą różnicą, że otwiera się cięciem poprzecznym, półokrągłym okolicę obydwu kanałów pachwinowych i po wyosobnieniu obydwu więzów obłych związuje sie je ze sobą. Następnie dla wzmocnienia przyszywa się ten węzeł do powięzi i pogrąża się szwem kapciuchowym wgłąb.

Metoda wewnątrz-otrzewnowa, stosowana w przypadkach przyrośniętego tyłozgięcia czy pochylenia macicy, polega na wyosobnieniu więzadła obłego z pochewki otrzewnowej (nacięcie otrzewnej, pokrywającej więzadło tuż przy wewnętrznym otworze kanału pachwinowego, wyrwanie go z kanału na tępo i odpreparowanie z otrzewnej) na przeprowadzeniu końców wypreparowanego więzadła przez sztucznie wytworzone kanały w powięzi, mięśniach prostych, otrzewnej (jak w metodzie *Dolèris'a*) i na związaniu ich ze sobą przed otrzewną, jak w metodzie pozaotrzewnowej.

Wyższość opisanej metody nad operacją *Dolèris-Pellanda* polegać ma na tem, że;

1) więzadło jest samo tylko wciągane do kanału sztucznie wytworzonego, bez otrzewnej;

2) otrzewna miednicy małej zachowuje swój wygląd prawidłowy, bez wytwarzania poszczególnych zaułków i zagłębień;

3) niemożliwą jest rzeczą wciągnięcie do sztucznie wytworzonego kanału jajowodu, jak się to zdarza w metodzie *Dolèris'a*;

4) naprawa położenia macicy jest mniej brutalna, może być zresztą dowolnie miareczkowana, zależnie od słabszego czy silniejszego zaciśnięcia węzła więzadeł obłych.

Wskazania do operacji wewnątrz—czy pozaotrzewnowej nie różnią się od powszechnie znanych.

Bolesne zapalenie przymacicza pochodzenia szyjkowego (La parametrite douloureuse d'origine cervicale). Villard E. Prof. *Revue Franc. Gynecol Obstetr. T. 25, Nr. 4 1930.*

W dobrze uschematyzowanym artykule omawia autor bolesne zapalenie tylnego przymacicza przewlekłe (parametritis chronica posterior), wywołane przez stany zapalne szyjki macicznej. Anatomo-patologicznie ujmuje autor omawiane schorzenie, jako zapalny stan układu chłonnego, przebiegającego w przymaciczu tylnem, wywołany, jak zwykle zresztą, przez procesy zakaźne i zapalne toczące się w schorzałej szyjce, jak w miejscu owrzodziałem. Ujęcie nadżerki szyjki jako owrzodzenia jest poparciem poglądu *Menlel'a*, sprzeciwiającego się klasycznym dla szkoły niemieckiej poglądom *Ruge i Veita*. Oczywista, że zgadzając się na wypowiedziany powyżej pogląd, jasnym się staje związek etjologiczny owrzodzenia szyjki z typowym zapalnym stanem tkanki łącznej przymacicza tylnego.

Jednocześnie w związku z powyższem rozumowaniem występuje autor przeciwko poglądom *Condamin.a*, który nazywa stany zapalne przymacicza tylnego „Douglasitis", uważając, że są one przyczynowo związane z sprawami chorobowemi, toczącemi się wewnątrz jamy otrzewnowej i opadającemi do jej najniższego punktu — zatoki *Douglasa*. *Villard* jest zdania, że otrzewna stanowi tak mocną przegrodę dla spraw zapalnych, iż nie do pomyślenia jest, aby mogły one przejść na przymacicza z jamy otrzewnowej; toczyć się one muszą w samej luźnej tkance łącznej tej okolicy i przechodzić raczej drogami chłonnemi, naprzykład z owrzodzeń szyji, z jej stanów zapalnych.

Postępowanie lecznicze wynika jasno z powyżej przedstawionej sytuacji anatomo-patologicznej; przyczynowe leczenie polegać winno przedewszystkiem na usunięciu zapalnego stanu szyjki wraz z jej objawem nadżerką. Wchodzi tu w grę przedewszystkiem leczenie miejscowe, rozmaitego rodzaju przypalanie, czy to chemiczne, czy za pomocą galwanokautera, czy też na drodze elektrokoagulacji.

Ponadto wspomina autor o mniej znanej metodzie *Le Quement'a* aspiracji t. zw. „aspiration cervicale". Po wyleczeniu szyjki można, o ile tego zachodzi potrzeba, dodać bardzo ostrożne leczenie samych więzadeł krzyżowo-macicznych (parametritis posterior) za pomocą masażu, diatermji, kąpieli i t. d.

Stany zapalne tkanki łącznej miednicy małej lub podotrzewnowej o charakterze przerostowym i wyglądzie nowotworowym (Cellulites, pelviennes ou pelvi-abdominales, hypertrophiques, a signalement nèoplasique). Petit-Dutaillis. *La Gynécologie T. 29, Nr. 1, 1930*

Autor przypomina pięć widzianych przez się przypadków, w których stan zapalny tkanki łącznej miednicy małej lub podotrzewnowej, głównie leżącej pod krezką jelit — imitować może ciężkie schorzenia nowotworowe, gdyż i objawy ogólne zapalne wyrażone są bardzo łagodnie. W ostatnio obserwowanym przez się przypadku choroba rozpoczęła się nagle wysoką ciepłotą do 39,5 C. Obmacywanie wykazało guz wielkości dwu męskich pięści. wypełniający prawą połowę miednicy małej, nieoddzielający się od kości, przesuwający macicę na lewo, nie przyrastając do niej, wypuklający bardzo mocno pochwę, o zbitości drzewa, niebolesny, wysterczający ponad wiązadła pachwinowe o 3 cm. Nacięcie powłok brzusznych bez uszkodzenia otrzewnej wykazało, iż guz wyżej opisany składa się z tkanki tłuszczowej w stanie zapalnym. W ciągu 13 dni guz ten znikł zupełnie bez żadnego innego leczenia poza spokojem i okładami z lodu.

Wykonana w następstwie laparotomia potwierdziła nienaruszony stan otrzewnej i wykazała zapalenie wyrostka robaczkowego, położonego poza kiszką ślepą (retrocaecalis); zapalenie wyrostka robaczkowego było prawdopodobnie punktem wyjścia zapalenia luźnej tkanki łącznej miednicy małej.

W innym przypadku zapalnemu naciekowi uległa tkanka łączna podotrzewnowa, wyścielająca przestrzeń pomiędzy blaszkami krezki jelit. Jelita same uległy obrzękowi, wzdęciu i były pokryte nalotem włóknikowym dość grubym, ale nigdzie nie przylegającym do otrzewnej ściennej.

Stany podobne uważane były przez niektórych autorów za zapalenie wytwórcze otrzewnej — były jednak prawdopodobnie pierwotnem zapaleniem tkanki łącznej podotrzewnowej, do którego zmiany w otrzewnej dołączyły się tylko wtórnie. W przypadku omawianym, a obserwowanym przez autora wspólnie z *Dolèrise'm*, guz dochodził swą górną granicą do pępka, a dołem gubił się w miednicy małej, tak że macicy ani przydatków oddzielnie wymacać się nie udało. Guz ten znikł w ciągu 2 miesięcy bez żadnego prawie leczenia.

(Artykuł niniejszy jest cennym przyczynkiem do sprawy rozpoznawania natury guzów nieruchomych, wzbudzających zawsze poważne podejrzenie co do natury nowotworowej — przyp. refer).

Thymophisine jako środek pobudzający skurcze macicy w przypadkach pierwotnego lub wtórnego osłabienia bólów porodowych (La thymaphysine remède excitant les contractions utèrines en cas d'inertie primitive ou secondaire). Holtz Folke. *La Gynécologie T. 29, Nr. 3. 1930.*

Autor zastosował thymophysinę w 23 przypadkach, z tego w 19 — w porodach na czasie, w 3 — w porodach przedwczesnych i 1 w poronieniu czteromiesięcznym.

Na zasadzie powyższego doświadczenia autor dochodzi do następujących wniosków:

1. Thymophysina w dawce 1—2 cm.³ domięśniowo wzmacnia naogół bóle porodowe, dzięki czemu przyspiesza się wybitnie poród.
2. Omawiany lek nie może wywołać czynności porodowej jeszcze nieistniejącej.
3. Thymophysina nie działa, o ile mięsień macicy jest bardzo wyczerpany naskutek zbyt długotrwałego porodu.
4. Podanie omawianego organopreparatu wpływa na wzmocnienie bólów również w przypadkach poronienia i porodu przedwczesnego.
5. Łożysko odkleja się szybko w przypadkach, w których stosowano thymophysinę; ilość utraconej krwi przy porodzie nie przekracza normy.
6. Dawka 2 cm.³ działa niekiedy zbyt silnie, powodując duszenie się płodu — toteż używać należy raczej 1½ cm.³
7. Thymophysina podnosi ciśnienie krwi.
8. Lek omawiany stosować można tak w okresie rozwierania się ujścia zewnętrznego macicy, jak w okresie wydalania płodu.
9. Za przeciwwskazania uważać należy zbyt mocne bóle, wzmożone parcie krwi, jak również choroby serca i nerek, rzucawkę porodowa, schorzenie płuc, grożące pęknięcie macicy i t. d.

Krwawienia w połogu. (Les hémorragies du post partum). Balard P. *Revue Franç. de Gynecol. et d'Obstetr. T. 25, z. 5. 1930.*

Krwawienia w połogu były dotychczas uważane jedynie za skutek pozostawienia przy porodzie resztek jaja płodowego. *Couvelaire* zwrócił jednak uwagę, że często krwawienia te są objawem zakażenia połogowego i to pomimo, że macica jest zupełnie pusta. W związku z powyższem stanowiskiem *Couvelaire* zażądał z jednej strony zupełnego powstrzymania się od jakichkolwiek rekoczynów wewnątrz macicznych, z drugiej — w przypadkach ciężkich — natychmiastowego i całkowitego usunięcia macicy.

Balard, pragnąc zabrać głos w dyskusji w tej sprawie, przejrzał materjał Maternite w Bordeaux za ostatnie 30 lat i znalazł 50 przypadków krwawień w połogu. Stanowi to około 2% na cały materjał wymienionego zakładu położniczego.

Przeciętna śmiertelność wynosi 20—25%. Z powyższej liczby 50 przypadków — 26 odnieść należy do grupy resztek po porodzie, 24 zaś — do krwawień na tle zakażenia połogowego. Objawy kliniczne obydwu wymienionych grup nie różniły się ze sobą w takim stopniu, aby mogły być uważane za patognomoniczne. Gorączka występowała w 45% przypadków z resztkami jaja płodowego i w 30% krwawień na tle zakaźnym. Badanie zestawione wykazuje w obydwu grupach macicę dużą, miękką, bolesną, z ujściem wewnętrznym niezupełnie zamkniętem. Natomiast spostrzec się dają pewne różnice w czasie występowania krwawień połogowych; w przypadkach z resztkami jaja płodowego zaczynają się one na 12—15 dzień; w grupie zakażenia połogowego — pomiędzy 7 a 12 dniem połogu. Chore w tej drugiej odczuwają bóle samoistne i bolesność uciskową dość żywo zaznaczoną.

Jedynym decydującym sposobem rozpoznawczym jest badanie wewnątrzmaciczne palcem, które wykonane czysto i ostrożnie jest, zdaniem autora, nieszkodliwe. Z 26 przypadków krwawień połogowych,

spowodowanych pozostawieniem resztek łożyska, 5 zakończyło się zejściem śmiertelnem. Wszystkie przypadki tej grupy leczono, usuwając palcem resztki łożyska.

Z 24 przypadków krwawień w połogu na tle zakażeń (resztek łożyska nie stwierdzono), w 20 nastąpiło wyleczenie — 4 chóre zmarły.

Leczenie stosowano następujące: w 9 farmakologiczne; w 13 — skrobanie macicy, lub tamponada; w 2 — wycięcie macicy. Przypadki zakończone śmiertelnie leczono: 2 — wyciśnięciem macicy, 1 — skrobaniem, 1 — tamponadą.

Przegląd dokładny przypadków doprowadza do wniosku, że wynik leczniczy prawie nie zależy od sposobu leczenia; przypadki bowiem omawianego schorzenia są tak różne, że nie można ich ściśle ze sobą porównywać. Nie posiadamy również objawów klinicznych, którym możnaby przypisać znaczenie prognostyczne.

Naogół zarysowują się dwie linje postępowania:

1) żadnych zabiegów wewnątrz-macicznych — w razie wskazań do leczenia operacyjnego — wycięcie macicy;

2) wybór sposobów leczenia zależnie od ciężkości przypadku, stosując to środki farmakologiczne, to skrobankę, to wycięcie macicy. to tamponadę.

Autor, wyliczywszy powyższe sposoby leczenia, natychmiast wprowadza zastrzeżenie co do dwu z nich, a mianowicie co do skrobanki i co do tamponady.

Skrobanka jest zabiegiem, wykonywanym na ślepo, to też niezawsze powoduje usunięcie pozostawionego zrazika, a z drugiej strony ułatwia rozsianie się drobnoustroji po organiźmie i wywołuje wchłanianie się toksyn.

Tamponada powoduje zatrzymanie odchodów i pobudza rozwój zakażenia.

Na ogólną ilość 9 zmarłych chorych tamponadę stosowano u 5-ciu. Zabieg ten wolno używać tylko do chwilowego zmniejszenia krwotoku, na czas dokonania przygotowań do operacyjnego usunięcia macicy.

Tam, gdzie stwierdzono obecność resztek łożyska, należy, zdaniem *Balarda*, wydobyć je palcem, nawet jeżeli są one do macicy przyrośnięte.

Co do wycięcia macicy, to wskazane jest ono o ile powracają lub trwają czy to krwawienia, czy objawy zakażenia. Oczywista, krwawienia te winny mieć charakter krwotoków, aby stać się wskazaniem do wycięcia macicy, a objawy zakażenia muszą być istotnie niepokojące. Ale wtedy z usunięciem macicy zwlekać nie należy, aby nie było zapóźno.

Przyczynek do badań nad późnemi krwotokami w połogu. (Contribution a l'étude des hémorragies tardives des suites des couches). Eparvier H. *Gynecol. et Obstétr. T. XXI. Nr. 4.*

W związku z podniesioną przez *Couvelaire'a* rewizją stanowiska położników w sprawie leczenia poźnych krwotoków w połogu, autor przedstawia statystykę z ostatnich 14 lat z zakładu położniczego, prowadzonego kolejno przez *Commandeur'a i Trillat'a*. Na ogólną ilość 18,213 porodów krwawienia późne w połogu miały miejsce w 39 przypadkach, co stanowi 2,14 ‰. Z ogólnej liczby 39 przypadków w 10 przyszło do samoistnego wyleczenia, niewiadomo więc, czy były tam resztki łożyska w macicy, czy nie. Pozostałe 29 przypadków dadzą się podzielić jak następuje: 1°)10 przyp. wyraźnych resztek łożyska, 2°)4 przypadki wątpliwe, 3°)8 przypadków zatrzymania skrzepów i doczesnej, 4°)7 przypadków, w których z pewnością macica nie zawierała resztek łożyska Na 10 przypadków pierwszej grupy 2 skończyły się śmiercią, z tego jeden z wykrwienia się, drugi — z zakażenia. Z pozostałych 19 tu szesnaście skończyło się pomyślnie, 2 miały przebieg uporczywy, 1 zaś skończył się niepomyślnie z zejściem śmiertelnem. Wnioski nasuwające się z powyższych obserwacji ująć się dadzą jak następuje: 1) zatrzymanie resztek sprzyja krwawieniu i zakażeniu; 2) w 26 przypadkach na 29 ręczne usuwanie resztek, względnie rewizja jamy macicy, dało wynik pomyślny;

3) w 3 przypadkach zabieg wewnątrzmaciczny spowodował śmiertelne zakażenie połogowe.

Wobec tego należy: A) za wszelką cenę unikać pozostawienia resztek łożyska. Nie od rzeczy będzie przypomnieć jak należy postępowac w III okresie: 1. czekać spokojnie aż się łożysko odklei; 2. jeśli trzeba usunąć łożysko, to po prawidłowej próbie zabiegu Credeg'o, nie obawiać się recznego wydobycia łożyska; 3. starannie oglądać łożysko; 4. w razie wątpliwości nie obawiać się zrewidować natychmiast jamę macicy.

B) Jeżeli stajemy wobec konieczności badania jamy macicy w połogu z powodu późnego krwawienia, należy starać się odsunąć ten zabieg jak najdalej, próbując najpierw leczenia zachowawczego. Jeśli zabieg jest nieunikniony, kierować się będziemy w wyborze metody w sposób następujący:

1. wyciecie macicy zastosujemy: a) w ciężkim stanie zakaźnym, b) o ile krwawienie powraca po raz wykonanym już zabiegu wewnątrz-macicznym.

2. Ręczne usunięcie resztek łożyska wykonać należy w lżejszych przypadkach z niską temperaturą, bez objawów zakażenia.

Zabieg ten wykonany ostrożnie i łagodnie okazuje wielkie usługi i nie może ulec wyklęciu, jak by tego chciał *Couvelaire*, gdyż daje dobre wyniki (26 wyleczeń na 29 przypadków). Wątpliwą jest rzeczą, czy wycięcie macicy, stosowane we wszystkich tych przypadkach dało by również nizki odsetek śmierci.

Przyszłość kobiet, które przeszły cięcie cesarskie (L'avenir des femmes après l'operation césarienne classique). Kouwer B. J. *Gynècol et Obstètr. T. XXI Nr. 5. 1930.*

Autor przedstawia wyniki operacji swoich i jego asystentów z 26 lat pracy klinicznej, w czasie których wykonano 243 cięcia cesarskie klasyczne. Dokładnie przeprowadzona obecnie ankieta pozwoliła na istotną ocenę wartości omawianej operacji położniczej. Częstość cięć cesarskich w stosunku do ogólnej ilości porodów wyniosła 4,34‰, w ostatniem dziewięcioleciu 6‰.

Przepuklinę pooperacyjną stwierdzono w 23 przypadkach, z których 20 dotyczyło wieloródek. Etjologicznie wiązać należy przepuklinę linji średniej z samą ciążą, zmniejszającą wytrzymałość ściany brzusznej. Ropienie z powodu wydalenia szwów jedwabnych miało miejsce w 13 przypadkach, z tego w 2 pociągnęło ono za sobą następowe operacje z mylnem rozpoznaniem raz mięśniaka macicy, raz zapalenia wyrostka robaczkowego.

Zrosty, rozpoznawane nieoperacyjnie, występują dość często po cięciu cesarskiem, jednakowoż tła zapalnego, ani stałego stosunku do ciężkości przebiegu pooperacyjnego, względnie do zakażenia przypadku ustalić się nie udało.

Powyższy pogląd autor ilustruje kilkoma przykładami parokrotnie przez niego wykonywanych u tych samych kobiet cięć cesarskich.

Zarzucanej przez niektórych autorów niepłodności w skutku cięcia cesarskiego autor nie mógł stwierdzić.

Specjalną uwagę poświęca autor bliźnie macicznej; na 42 przypadki drugiego cięcia cesarskiego raz tylko jeden blizna była cienka i wyglądała niewystarczająco; na 14 przyp. operowanych poraz trzeci cienka blizna była w 3; na 6 operowanych poraz czwarty do szóstego zaledwie w 1 przypadku wygląd blizny był niezadawalający. We wszystkich tych przypadkach autor wykonał wycięcie blizny. W jednym przypadku przyszło po i cięciu cesarskiem do pęknięcia macicy w miejscu blizny; przynastępnym porodzie chora zmarła. Nieprawidłowego przyrostu łożyska w miejscu dawnej blizny autor nie stwierdził.

Śmiertelność ogólna wyniosła 20 przypadków (8,2%), po odrzuceniu przypadków śmierci niezależnych od operacji równa się ona 10 przyp., co stanowi 4,3%.

Pooperacyjny przebieg bez zarzutu miał miejsce w 55,4% przyp. Oczywista, gorsze wyniki były tam, gdzie operowało się po pęknięciu błon płodowych i po badaniach poza kliniką.

Reasumując autor podkreśla braki i wady cięcia cesarskiego klasycznego, nie widzi jednak w cięciu szyjowem tak znacznego postępu, aby nie należało i na nie przenieść choćby częściowo obaw i zastrzeżeń, zdobytych doświadczeniem z cięcia cesarskiego klasycznego.

Rozpoznnie i rozpoznanie różniczkowe ciąży za pomocą wstrzykiwań dożylnych wyciągu tylnego płata przysadki mózgowej. (Diagnostic et diagnostic differentiel de la grossesse par injection intraveneuse d'extrait hypophysaire posterieur). Reeb. *Gynècologie et Obstetr. T. XXI, Nr. 1, 1930.*

Autor za przykładem *Lorrinez'a i Kuelner'a* poleca wstrzykiwanie w czasie badania zestawionego dożylnie 0,4 — 0,5 cm.³ wyciągu tylnego płata przysadki mózgowej w celu rozpoznania ciąży. Mianowicie macica ciężarna pod wpływem wyżej wspomianej injekcji już po 20 — 40 sek. kurczy się i twardnieje, przybierając konsystencję drewna. Jasną jest rzeczą, że również macica, zawierająca mięśniak podśluzowy, wydalając go za pomocą skurczów, zmieniać będzie swoją konsystencję, nigdy jednak w fazie skurczu nie osiągnie spoistości drzewa.

Niebezpieczeństwo omawianego zabiegu w postaci czy to krawienia poza łożyskowego, czy to śmierci płodu, czy wreszcie poronienia wydaje się autorowi mało prawdopodobne.

Artykuł swój *Reeb* ilustruje opisem VIII przypadków wybranych z ogólnej liczby 50, w których stosował on diagnostyczne injekcje dożylne wyciągu z tylnego płata przysadki mózgowej.

W sprawie przypadku ciąży śródmiąższowej. (A propos d'un cas de grossesse interstitielle). Hubner i Morel. *Gynecol. et Obstetr. T. XXI. Nr. 1, 1930.*

Autor opisuje przypadek ciąży zewnątrzmacicznej umiejscowionej w mięśniu dna macicy i będącej w połączeniu z częścią śródmiąższową jajowodu. Pacjentkę przewieziono z objawami wylewu krwi do jamy brzusznej, to też poddano ją laparatomji, przy której stwierdzono istotnie krew płynną w brzuchu i.., najzupełniejszy brak jej źródła. Przeszukano narząd rodny, wyrostek robaczkowy, wątrobę, żołądek, zatokę *Douglasa* — nigdzie żadnych zmian. Jedynie macica odpowiadała wielkością IV m. ciąży i, na co operatorowie nie zwrócili uwagi, dno jej było specjalnie wypuklone, tak, że przyczepy wiązadeł obłych i jajowodów były nienormalnie nizko. Wobec braku, jak się autorom zdawało, jakichkolwiek zmian patologicznych zaszyli oni brzuch, nie wyjmując nic. W dwa dni później wystąpił nagły zapad i chora zmarła. Sekcja wykazała pęknięcie ściany macicy w dnie z uwidocznieniem jamy, w której znajdował się płód wraz z łożyskiem: ściana dna była przez jaje płodowe rozdwojona z wytworzeniem jamy śródmiąższowej, równomiernie unoszącej dno ku górze.

Schorzenia skórne w ciąży: zapalenie skóry, zmiany toksyczne i barwikowe. (Les dermatoses, les toxidermies et les melanodermies de la grossesse). Selitzky. *Gynécol.et. Obstetr T. XXI, Nr. 1, 1930.*

Etjologję schorzeń skórnych w ciąży autor upatruje w zaburzeniu czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, w zatruciu ciążowym i w zaburzeniach w sferze układu nerwowego autonomicznego (zresztą S. nie precyzuje dokładnie etjologję tego czy innego schorzenia, zadawalając się ogólnemi rozważaniami; przyp. ref.) W końcu artykułu autor podaje proponowany przez się podział chorób skórnych w ciąży, zaznaczając że ma być on tylko kanwą do przyszłego dobrze opracowanego podziału. Za najpoważniejsze schorzenia uważa autor impetigo herpetiforme i herpes gestationis.

Leczenie chorób skórnych w ciąży powstałych i z nią związanych etjologicznie polegać ma przedewszystkiem na przestrzeganiu zasad higjeny ogólnej; dodać należy do tego injekcje surowicy końskiej, czy rozczynu fizjologicznego soli, czy własnej krwi całkowitej chorej, czy wreszcie preparatów jajnikowych, *Aschner* poleca gorąco upusty krwi bądź same, bądź kombinowane z powyższemi injekcjami. Miejscowo należy leczyć jak najmniej i najostrożniej.

Stosunek chronologiczny pomiędzy cyklem miesiączkowym, cyklem jajnikowym i czynnością pewnych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu — badany za pomocą odczynu zaczynowego (enzymoreakcja). (Relations chronologiques entre le cycle menstruel, le cycle ovarien et les fonctions de certaines glandes a secrétion interne étudièes par l'enzymoréaction). Asseretо L. *Gynecol. et Obstetrique, t. XXI, nr. 3, 1930.*

Enzymoreakcja polega na obserwowaniu zdolności badanej surowicy do trawienia ciał białkowych in vitro z wydzieleniem amino-kwasów. Produkty trawienia odkrywane są za pomocą ninhydriny. Jasną jest rzeczą, że przed rozpoczęciem reakcji należy doprowadzić ciała białkowe do stanu przetrawienia poprzez stadjum peptonu do postuci zbliżonej do polipeptydów.

Autor pobierał co 7 dni krew od zdrowych, prawidłowo miesiączkujących kobiet i po odciągnię-

ciu surowicy wykonywał z nią enzymoreakcję z następującemi ciałami białkowemi: jajnik całkowity, przysadka mózgowa, tarczyca, nadnercze, ciałko żółte, płyn z pęcherzka *Graafa* i resztka jajnikowa po oddzieleniu ciałka żołtego i pęcherzka *Graafa*. W sposób powyższy autor przebadał 3 przypadki, poczem dochodzi do szeregu wniosków, z których najważniejsze są:

1) ciałko żółte jest u szczytu swojej czynności przed samą menstruacją;
2) płyn pęcherzykowy przeciwnie jak ciałko żółte najsłabiej funkcjonuje przed samą miesiączką, najsilniej w środku okresu międzymiesiączkowego;
c) przysadka mózgowa działa najsilniej w końcu menstruacji.

Na zakończenie autor wyraża zdanie, że należałoby przestać rozpatrywać niedomogę lub nadczynność jajnika jako całości, lecz brać pod uwagę oddzielnie funkcje ciałka żółtego i oddzielnie płynu pęcherzykowego.

Wreszcie podkreśla autor różnicę, jaka istnieje pomiedzy podawaniem wyciągów gruczołowych przez usta i w drodze pozajelitowej; w pierwszym przypadku mamy do czynienia z dowozem substancji, w drugim — z procesem immunizacyjnym i co zatem idzie z wytworzeniem się ciał o działaniu przeciwległem.

Tak więc pobudzająco na miesiączkę działać winny podawane per os ciałko żółte, tarczyca i nadnercze, natomiast płyn pęcherzykowy i przysadka mózgowa powinny powstrzymać menstruację.

(Artykuł równie oryginalny pod względem metody, jak wyników (przyp. ref.).

Obrażenia pęcherza moczowego w czasie operacji brzusznych ginekologicznych. (Les lésions de la vessie dans les laparatomies gynécologiques). Daniel C., Mavrodin D. *Gynécol. et Obstétr, T. XXI, Nr. 4, 1930.*

Na tle jednego obserwowanego przez się przypadku autorowie omawiają obrażenia pęcherza moczowego, powstające w czasie laparatomji ginekologicznych, z wyłączeniem operacji wycięcia macicy z powodu raka szyjki lub części pochwowej. Obrażenia omawiane mogą być dwojakiego rodzaju: albo chodzi o przerwanie ciągłości ściany pęcherza przez nacięcie go (nożem czy nożyczkami), czy też przez rozdarcie (przy odsuwaniu na tępo pęcherza od przedniej ściany macicy), albo ma miejsce w czasie operacji narazie uszkodzenie odżywiania krwionośnego jakiegoś odcinka ściany pęcherza z następową martwicą, wypadnięciem tego odcinka i wtórnem wytworzeniem się przetoki pęcherzowo-brzusznej, czy pęcherzowo-przymacicznej.

Ten czy inny rodzaj przetoki zależy od umiejscowienia obrażenia: jeśli znajduje się ono na tylnej i górnej ścianie pęcherza (powstaje przy oddzielaniu zrostu pęcherza z macicą lub przydatkami) przetoka otwiera się do jamy brzusznej; jeśli zaś uszkodzono pęcherz na przedniej i dolnej ścianie (przy przecinaniu powłok brzusznych) przetoka drąży do przestrzeni *Retzius'a*, a stamtąd mocz i ropienie rozszerzyć się może najczęściej ku ranie w powłokach, lub też do przymacicza bocznego, lub w kierunku przedniego sklepienia pochwy. Przecięcie ściany pęcherza w czasie zabiegu, zwłaszcza na jego tylnej ścianie zazwyczaj zostaje natychmiast spostrzeżone i zeszyte, stąd rzadko przychodzi do przetok pęcherzowo-brzusznych, przecięcie przedniej ściany częściej uchodzi uwagi operatora, stąd częściej widzieć można połączenie jamy pęcherza z przymaciczem przedniem (przestrzenią *Retzius'a*).

Niewątpliwie najciekawszy dział obrażeń ściany pęcherza stanowią te, które są wynikiem bądź ucisku wziernika i to tak leżącego nad spojeniem łonowem jak łyżek bocznych nadmiernie rozciągających na boki ścianę pęcherza, jak również skutkiem oddzielania pęcherza na tępo z odwarstwieniem od jego ściany odżywczych naczyń krwionośnych. Martwica częściowa ściany pęcherza moczowego może wreszcie powstać na skutek jego schorzenia (cystitis), zmniejszającego jego siły odpornościowe; jeśli przyłączy się do tego ropienie w powłokach brzusznych (zwłaszcza u osób otyłych), to przyjść może do wtórnego wypadnięcia odcinka ściany pęcherza z wytworzeniem się przetoki. Przypadek autorów należał do tej ostatniej kategorji.

Rozpozanie schorzenia nie zawsze jest łatwe, zwłaszcza, że w przypadkach małych przetok mocz wydziela się przez cewkę dość obficie. Uwagę naszą zwracają w przypadkach przetoki pęcherzowo-brzusznej objawy otrzewnowe, w przypadkach zaś przedostawania się moczu do przedniego przymacicza — ropienie w powłokach. Oczywista należy pamiętać o badaniu moczu makro i mikroskopowem, o cystoskopji, o rentgenogramie pęcherza po wypełnieniu pęcherza powietrzem (przy przetoce pęcherzowo-brzusznej przechodzi ono do jamy brzusznej i dostaje się pod przeponę, przy przetoce do powłok zbiera się ona w przestrzeni *Retzius'a*, a pęcherz również nie może się wypełnić całkowicie, podobnie jak w pierwszej możliwości).

W postępowaniu leczniczem pamiętać należy 1) o natychmiastowem zeszyciu uszkodzenia, zauważonego w czasie operacji, 2) o odprowadzeniu moczu tak przez cewkę, jak na drodze sączkowania okolicy nadłonowej. Oczywista, tam, gdzie przyszło do ropienia należy zapewnić ropie łatwy odpływ i, o ile sączek nadłonowy nie wystarcza, należy otworzyć przednie przymacicze od dołu przez pochwę, tworząc kontr-aperturę. Po ustaniu ropienia zeszyć należy przetokę w sposób zwykły.

Uniesienie macicy przez pochwę w czasie całkowitego wycięcia macicy. (L'élevation de l'uterus par voie vaginale dans l'hysterectomie abdominale totale). Monjardino J. *Gynecol. et Obstetr. T. XXI, Nr. 4, 1930.*

Autor opisuje i zaleca przyrząd, mający na celu uniesienie macicy ku górze — w czasie zabiegu całkowitego wycięcia macicy i to nie zapomocą pociągnięcia jej za trzon ku górze, lecz na drodze wypychania od strony pochwy.

Aparat omawiany składa się z dwu rur, wchodzących jedna w drugą o średnicy 24 i 28 mm., poruszających się w stosunku do siebie za pomocą kółka zębatego, umieszczonego z boku i poruszanego za pomocą długiej rączki. Rurka wewnętrzna zakończona jest tak, aby móc podeprzeć część pochwową i objąć ją możliwie najwygodniej. Aparat ten załącza się do wziernika *Doyen'a* i w czasie operacji kręcąc długą korbką podsuwa się wewnętrzną rurkę, podpychając część pochwową, a za nią całą macicę, ku górze. Ręka wprowadzona od strony jamy brzusznej kontroluje stan napięcia ścian pochwy, uprzedzając nadmierne ich rozciągnięcie. Oczywista, opisana aparatura znacznie ułatwia technikę całkowitego wycięcia macicy.

Skutki połowicznego odcięcia nadpochwowego w 2 przypadkach macicy podwójnej. (Les suites de deux hemi-hysterectomies subtotales pour utèrus doubles). Petit-Dutaillis Paul. *La Gynecologie z, 29, Nr. VI, 1930.*

Autor opisuje dwa przypadki macicy podwójnej, w których zmuszony był interwenjować operacyjnie, wyciął jedną tylko połowę i w rezultacie pacjentki zaszły w ciążę, donosiły szczęśliwie i urodziły i to jak np. w drugim przypadku dwoje dzieci jedno po drugiem.

Przypadek pierwszy dotyczy osoby przywiezionej z rozpoznaniem ciąży pozamacicznej. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że ciąża umiejscowiona była w niedorozwiniętym rogu prawym rogu macicy i w odpowiedniej trąbce; lewa połowa macicy wyglądała na prawidłowo rozwiniętą.

Autor usunął prawą połowę macicy wraz z odpowiedniemi przydatkami. Jak wspomniano wyżej chora zaszła następnie w ciążę.

W przypadku drugim 18-letnią pannę dostarczono do szpitala z objawami ostrego skrętu lewego rogu macicy dwurożnej jednoszyjowej, przyczem stwierdzono jeszcze krwiak trąbki lewej (haematosalpinx) i krwiak międzywięzadłowy po stronie lewej. Wycięcie lewej połowy macicy wraz z przydatkami. W następstwie dwukrotny szczęśliwy poród zdrowych dzieci.

Reasumując autor podkreśla z naciskiem, że postępując w myśl zasad panującego obecnie konserwatyzmu operacyjnego można i należy traktować połowę macicy nie wykazującą zmian chorobowych za istotnie zdrową, także pod względem czynnościowym, co jest równoznaczne z obowiązkiem pozostawiania zdrowej połowy macicy.

1. Zawodziński.

CHIRURGJA.

Zachowanie się czucia właściwej tkanki kostnej. (Le paradoxe de la sensibilité osseuse). R. Leriche. *La Presse Méd, nr. 63, sierpień 1930.*

O ile okostna, tkanki przystawowe (więzadła) i szpik kostny są, jak wiadomo, bogato wyposażone w czuciowe zakończenie nerwowe, o tyle sama kość jest zasadniczo nieczuła. Jednakże nie jest to pogląd ścisły, gdyż codzienne spostrzeżenia kliniczne dowodzą niezbicie obecności czuciowych zakończeń nerwowych i w zakresie istoty gąbczastej kości. Jeśli wykonywać w znieczuleniu miejscowem przecięcie poniżej krętarzowe kości udowej, to przekonywamy się, że dłutowanie istoty zbitej jest zupełnie niebolesne, ale z chwilą zagłębienia dłuta w istotę gąbczastą występuje ostry ból, który trzeba łagodzić wstrzyknięciem roztworu nowokainy.

Podobnie w złamaniach kości przesuwanie się odłamów względem siebie, przez mechaniczne drażnienie zawartych w kanałach *Haversa* zakończeń nerwowych powoduje silny ból i odruchowe napięcie mięśni odpowiednich. Wstrzyknięcie roztworu nowokainy w tkanki, otaczające złamanie, pozostanie tu bez skutku, tymczasem kiedy jego wstrzyknięcie bezpośrednio między stykające się odłamy złagodzi w dużym stopniu ból i zniesie odruchowe napięcie mięśni, a w wyniku — umożliwi swobodne i dokładne zestawienie odłamów bez konieczności stosowania uśpienia ogólnego. W tym celu wprowadza się dokładnie między odłamy kostne 10 — 20 cm³ 2% roztworu nowokainy, ewentualnie do jamy krwiaka przykostnego, gdyż wówczas krew nagromadzona ułatwi równomierne rozprowadzenie środka znieczulającego. Naturalnie, wrażliwość na ból skóry i wogóle tkanek dalej od kości położonych pozostanie zachowana. Tak że działanie lecznicze nowokainy polega tutaj na zniesieniu czucia zakończeń nerwowych, zawartych w kanałach *Haversa*, a pośrednio — na zniesieniu przykurczu mięśni, sąsiadujących z ogniskiem złamania.

Autor stosuje ten sposób postepowania w oddziale swoim stale od października 1929 roku w przypadkach złamań uda, goleni, kostek, kości ramieniowej, promieniowej — zawsze z wynikiem zupełnie dobrym.

Leczenie operacyjne złośliwych postaci gruźliczego, ropnego zapalenia opłucnej (Traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses malignes). Pissary. *La Presse Méd. nr. 65, sierpień 1930.*

Ze względów praktycznych autor dzieli ropne gruźlicze zapalenie opłucnej na dwie zasadnicze postacie kliniczne: dobrotliwą i złośliwą. Postać złośliwą cechują: utrzymująca się przez czas dłuższy wysoka gorączka, znaczne upośledzenie stanu ogólnego, objawy wytworzenia się komunikacji między jamą opłucnową a światłem oskrzela. Pozostałe przypadki zalicza do grupy dobrotliwych.

Następnie, autor porównuje wyniki leczenia różnemi metodami — nakłucia, oleothorax, trwałe sączkowanie jamy opłucnowej (pleurotomia) i torakoplastyka — złośliwych postaci gruźliczego ropnego zapalenia opłucnej, na postawie obcych statystyk i szeregu własnych przypadków.

I. Nakłucie. Zejście śmiertelne, po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu, otrzymano w 73%; we wszystkich pozostałych przypadkach wytworzyły się przetoki zewnętrzne, które w pewnych przypadkach uległy samoistnemu zagojeniu.

II. Oleothorax. Zejście śmiertelne nastąpiło w 62%, w pozostałych — naogół duża poprawa.

III. Trwałe sączkowanie opłucnej (pleurotomia) daje w wyniku 64% zejścia śmiertelnego, a poza tem — zrzadka wyleczenie, a prawie zawsze mniej lub więcej trwałą poprawę.

IV. Torakoplastykę wykonuje się po uprzedniem, trwałem sączkowaniu opłucnej (obecnie—najczęściej), lub też bez sączkowania. Śmiertelność przy tym sposobie leczenia wynosi 60%. Większość chorych była operowana parokrotnie (zabiegi operacyjne uzupełniające); u wielu z chorych wyleczonych pozostało znaczne i szpecące zniekształcenie klatki piersiowej.

Te niezbyt zachęcające wyniki lecznicze otrzymywano tu pomimo to, że do torakoplastyki wybierano naogół chorych z większym zapasem sił, w niezłym stanie ogólnym.

Jeśli porównać teraz wyniki lecznicze, otrzymane owemi czterema sposobami, to staje się oczywistem, że żadna z tych metod nie daje bynajmniej wyników lepszych, niż pozostałe, I dlatego też, wybór najlepszej z nich i najpewniej prowadzącej do celu, jak dotychczas, jest jeszcze niemożliwy.

Szycie kości zapomocą metalu w świetle badań biologicznych. (Considérations biologiques sur l'ostéosynthèse metallique — etude experimentale et anatomopatologique). Frantz i Mayer. *Journ. de Chirurgie XXXV — nr. 6, czerwiec 1930.*

Wynik szycia kości bywa, jak dotychczas, zawsze niepewny: w przypadkach, zdawało się, jaknajpomyślniejszych, przy zachowaniu wszelkich koniecznych warunków mechanicznych i fizjologicznych otrzymuje się ostatecznie zrost niedostateczny lub jego brak zupełny; i odwrotnie — w przypadkach pozornie ocenianych jak najgorzej wynik ostateczny bywa zupełnie dobry.

W celu wyjaśnienla tego, jakie czynniki warunkują „udanie się" lub „nieudanie się" szwu kostnego, autor przeprowadził szereg odnośnych doświadczeń na psach, starając się zbadać dokładnie (makroskopowo i drobnowidzowo) odczyn kości prawidłowej i kości uległej złamaniu na obecność ciał metalowych. Do szycia kości używał śrub, drutu, blaszek *Lambottea* i *Shermanna*, blaszek *Parhama*, mankietów metalowych i klamer.

Ostateczne swoje wnioski formułuje w sposób następujący. Długość okresu czasu, w ciągu którego kość pozostaje w zetknięciu z materjałem metalowym, ani skład chemiczny tegoż nie odgrywają tu większej roli; jedynie może są niepożądane własności utleniania się danego materjału w tkankach i należy unikać stosowania materjału, składającego się z warstw różnych metali.

Kość znosi znacznie lepiej materjał przylegający wyłącznie do jej powierzchni, niż zagłębiający się w nią (śruby). Ucisk, wywierany przezeń na kość, jest zawsze bardzo szkodliwy, gdyż powoduje szybko rozmiękczenie kości w danem miejscu i jej wessanie, co z kolei pociąga za sobą uruchomienie użytego do szycia materjału względem kości: zasadniczo — ze względu na ostateczny wynik operacji — bardzo niepożądane.

Idealny materjał metalowy powinienby odpowiadać warunkom następującym: 1) względnie łatwe astosowanie, bez większego obrażania tkanek otaczających; 2) uzyskanie bezwzględnego unieruchomienia odłamów względem siebie i danego materjału względem kości; 3) unikanie jakiegokolwiek zgniatania, a zwłaszcza miażdżenia kości i rozłożenie koniecznego ucisku na możliwie dużej przestrzeni.

Duży objętościowo materjał metalowy, ale zupełnie nieruchomy względem kości, jest znacznie lepiej znoszony, niż mały ale ruchomy, który może nawet nie dopuścić do zrostu odłamów.

Co się tyczy wreszcie samej blizny kostnej, to nie sama obecność materjału metalowego gra tutaj rolę decydującą, ale jego ruchomość względem jego odłamów i odłamów względem siebie. Ruchomość ta podtrzymuje w otoczeniu ogniska złamania stałe przekrwienie czynne, które z kolei uniemożliwia dostatecznie silne zwapnienie blizny kostnej. Blizna ta pozostaje przez czas dłuższy miękką i często dopiero po usunięciu materjału, użytego do szycia, uzyskuje prawidłowo twardą spoistość.

Nowy, dogodny i prosty sposób przygotowania łóżek gipsowych w przypadkach gruźlicy kręgosłupa i innych jego zniekształceń. (Un procédé simple et commode par la construction correcte des lits platrés). Radulesco. *Revue d'Orthopédie XVII, nr. 4, lipiec 1930.*

Łóżko gipsowe, jako środek leczniczy w różnego rodzaju zniekształceniach kręgosłupa, przewyższa w swem działaniu inne tego rodzaju środki, gdyż umożliwia stopniowe i dokładne wyrównanie zniekształcenia, zabezpieczając jednocześnie unieruchomienie kręgosłupa i zupełne odciążenie chorych kości, czego nie sprawi np. gorset ortopedyczny do chodzenia. Jednakże łóżko gipsowe, przygotowane w sposób zwykły, jeśli ma całkowicie odpowiadać celowi i ustrzec chorego od odleżyn, musi być wykonane w sposób precyzyjny. Autor podaje swój sposób, bardzo prosty i łatwy w wykonaniu i dlatego dostępny dla każdego lekarza praktyka.

Potrzebna jest do tego celu skrzynia drewniana, wypełniona lekko wilgotnym piaskiem, w którym ręcznie żłobi się zagłębienie, mniej wiecej odwowiadające wymiarowi kształtów chorego (w pozycji na plecach) i temu zniekształceniu, które ma być wyrównane. Zagłębienie to wyścieła się warstwą gazy, a powyżej — warstwą waty grubości 2 cm., poczem układa się w niem chorego i wykańcza w szczegółach modelowanie łóżka. Następnie, zdejmuje się zeń ostrożnie chorego, watę i gazę, zwilża się wodą piasek, wygładza się ręką wszelkie nierówności i pokrywa łóżko ściśle przylegającą do piasku warstwą gazy. W miednicy przygotowuje się dosyć gestą papkę gipsową, którą polewa się możliwie równomiernie (najlepiej z koneweczki) części łóżeczka, pokryte gazą tak, aby powstała jednostajna warstwa grubości $^1/_2$ cm; odwewnątrz wygładza się ją ręką i pozostawia na pół godziny do stwardnienia. Potem odcina się nadmiar gipsu, pozostawiając samo łóżko z brzegami, wyjmuje się je z piasku i układa na stole wypukłą stronę do góry. Tę wypukłą stronę wzmacnia się mieszaniną papki gipsowej i drobniutkich wiórek drewnianych, umocowując tu jednocześnie dwie krótkie, o odpowiednio wykrojonych brzegach, deski, mające służyć za nogi łóżka.

Po całkowitem jego wyschnięciu wyścieła się je odwewnątrz warstwą materji nieprzemakalnej, a następnie — warstwą waty między dwoma warstwami gazy, poczem łóżko jest gotowe do użytku.

Nowe poglądy na leczenie ran, oparte na wynikach prac doświadczalnych. (Sur une nouvelle orientation dans la thérapeutique chirurgicale. La mécanophysiothérapie suffit—elle?) Apostaleano. *Revue de Chirurgie nr. 1—3, styczeń—marzec 1930.*

Autor na podstawie całego szeregu doświadczeń na koniach stara się wyjaśnić warunki, w jakich goją się rany skórne i głębokie, jałowe i zakażone; stara się wykryć i należycie ocenić te czynniki zewnętrzne, które sprzyjają, względnie opóźniają gojenie się ran:

Otóż gojenie się, względnie bujanie ziarniny odbywa się znacznie szybciej w ranach wystawionych stale na działanie powietrza i słońca, niż w tych, które są traktowane płynami przeciwgnilnemi, wilgotnemi okładami i wogóle są przykryte opatrunkiem. Opatrunek na

ranie, stwarzając środowisko pomyślne dla rozwoju drobnoustrojów (wilgoć, ciepło, brak światła), sprzyja ich wegetacji i przez to opóźnia zjawienie się ziarniny. Dlatego też opatrunek należy uważać zasadniczo za zło, które jest konieczne w pewnych przypadkach, np. jałowe rany operacyjne lub też rany ziarninujące, narażone na różne szkodliwości mechaniczne. Poza tem, we wszystkich przypadkach ran zakażonych opatrunek, przykrywający je dokładnie, działa szkodliwie, i to tem bardziej szkodliwie, im więcej rana jest zakażona.

Odwrotnie, wystawienie rany na stałe działanie ciepłego powietrza i słońca, stwarzając dla niej warunki suchości, przewiewu, ciepła, światła i łatwego utleniania — które to warunki, jak wiadomo, utrudniają, jeśli nie uniemożliwiają rozwój drobnoustrojów — sprzyja jak najbardziej bujaniu ziarniny i wogóle gojeniu się ran.

Nadmierne bujanie ziarniny dowodzi zawsze istnienia na jej powierzchni lub wgłębi stale drażniących ją czynników. Otóż przekonano się niejednokrotnie, że owe nadmierne bujanie ziarniny w niektorych ranach, przykrytych opatrunkiem nie udało się opanować ani przyżeganiam, ani działaniem różnych środków chemicznych, a znikało ono bardzo szybko, jak tylko zaczęto leczyć te rany jako odkryte, bez opatrunków. Najprawdopodobniej, przez odrzucenie opatrunków zahamowano rozwój w ranie drobnoustrojów, podtrzymujących stałe drażnienie ziarniny.

Różne środki biologiczne i chemiczne, mające na celu wzmocnienie sił obronnych ustroju i przyśpieszenie gojenia się ran, działają o wiele wydatniej, zastosowane ogólnie, niż miejscowo do samej rany.

Leczenie raka przełyku. (Le traitement curatif du cancer de l'oesophage). Dufourmentel. *Paris Méd. nr. 30, lipiec 1930.*

Leczenie raka przełyku polega obecnie prawie wyłącznie na naświetlaniu radem, gdyż wszelkie proponowane tu zabiegi operacyjne zbyt często zawodzą i stanowią duże ryzyko dla życia chorego. Autor leczył radem 100 przypadków raka przełyku z następującym wynikiem: 8% wyleczenia klinicznego powyżej jednego roku i 31% poprawy. W porównaniu z tem, co można osiągnąć innemi środkami, wyniki powyższe są bardzo zachęcające.

Dla zilustrowania wyżej powiedzianego autor przytacza opis przypadku raka środkowej części przełyku u mężczyzny 55-letniego, który został skierowany doń w stanie krańcowego wyniszczenia (wagi 49 kg.—przy wzroście 1 m. 80 cm.), w 15 dni po wykonaniu mu przetoki żołądkowej (gastrostomia). Badanie drobnowidzowe próbnego skrawka wykazało utkanie carcinoma baso-cellulare. Zastosowano u tego chorego 60 mg. radu na przeciąg 6 dni. Po 2 tygodniach zaczęto go odżywiać drogą naturalną, po 3 miesiącach przybyło mu na wadze 15 kg, (w międzyczasie przeszedł operację zamknięcia przetoki żołądkowej). Po 6 latach ważył 80 kg. i cieszył się pełnem zdrowiem, kontynuując swoje zajęcie zawodowe.

Autor trzymał się nastepującej techniki stosowania radu. Rentgenologicznie stwierdzono umiejscowienie i rozległość zwężenia przełyku, przy pomocy wziernikn przełykowego ustalono jego naturę rakową (owrzodzenie nacieczonej ściany o powierzchni ziarnistej, jej unieruchomienie, łatwe krwawienie, obecność części zgorzelinowych, cuchnących). Następnie wprowadzano rozszerzadło przełykowe Nr. 15—20 dla dokładnego określenia stopnia i charakteru zwężenia, poczem—sam rad w rurce kauczukowej na grubej nitce jedwabnej, przeprowadzonej przez cewnik *Nélatona* Nr. 18 — 20. Zapomocą specjalnych szczypczyków przełykowych rurkę z radem wsuwa się w samo miejsce zwężenia tak, żeby ze wszystkich stron była objęta częściami guza; codziennie kontroluje się (ewentualnie rentgenologicznie), czy rad znajduje się na swojem miejscu. Zwykła dawka wynosi 50 mg bromku radu w przeciągu 4 — 6 dni.

Po tym czasie chorego powinno się jak najprędzej zacząć karmić przez usta, a przetoka żołądkowa powinna być jaknajprędzej zamknięta.

Należy tu jeszcze zaznaczyć, że naogół raki środkowej części przełyku są względnie łagodne i poddają się leczeniu radem, raki jego górnej cześci (typu skórnego)—są odporne na promienie radowe, zaś raki wpustu — szybko szerzą się na wątrobę. Uwzględniać to należy w rokowaniu.

Przyczynek do rozpoznania przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. (Un symptome objectif de l'appendicite chronique). Buchmann. *La Presse Méd. nr. 65, sierpień 1930.*

Schorzenia narządów prawej połowy brzucha a zwłaszcza prawej dolnej ćwiartki — ze względu na bliskie sąsiedztwo w tej okolicy wyrostka robaczkowego, kątnicy, moczowodu, macicy i prawostronnych przydatków — nasuwają pod względem rozpoznawczym nieraz duże trudności. Dotyczy to w pierwszym rzędzie przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, które nierzadko bywa powodem błędnego rozpoznania i które niejednego chorego już naraziło na zbędny zabieg operacyjny.

Ani obmacywanie samego wyrostka poprzez powłoki brzuszne, ani wynik prześwietlenia promieniami Roentgena, ani wreszcie objaw pewnego zaniku mięśniowego ściany brzusznej w prawej dolnej ćwiartce nie dają tutaj dostatecznie pewnych danych.

Z tego też powodu autor uważa za wskazane podać do ogólnej wiadomości zaobserwowany przez siebie objaw, występujący z ogromną regularnością w przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka, a mianowicie w 90% na ogólną ilość przypadków 3500. Polega on na stałem rozszerzeniu czynnem u danego chorego źrenicy prawej w porównaniu z lewą.

Mechanizm powstawania tego objawu tłumaczy się dosyć prosto. Rozszerzenie czynne źrenicy występuje, jak wiadomo, naskutek odpowiedniego drażnienia nerwu współczulnego. Otóż w przypadkach omawianych drażnienie to (mechaniczne, toksyczne) ma swój punkt wyjścia w trzewach prawej połowy brzucha i stąd wzdłuż nerwu współczulnego przenosi się ku górze i zaznacza się rozszerzeniem prawej źrenicy. A to, że tylko wyrostek robaczkowy zaznacza w ten sposób swój stan zapalny, inne zaś trzewa brzuszne — nie, tłumaczy się wyjątkowo bogatym rozwojem włókien współczulnych w wyrostku, a zwłaszcza w wyrostku chorym.

Owe nadmierne bujanie włókien współczulnych w przebiegu przewlekłego zapalenia wyrostka, dotyczy i jego krezeczki, ale tylko w tej jego części, która przylega bezpośrednio do wyrostka. Dlatego

też w czasie operacyji należy usuwać wraz z wystkiem i jaknajwiększą część jego krezeczki, gdyż pozostawienie choremu zmienionej makroskopowo części krezeczki może być powodem uporczywych bólów pooperacyjnych, składających się na obraz tak zwanego zapalenia wyrostka bez wyrostka (appendicitis sine appendice).

Dodać tu jeszcze należy, że ów objaw rozszerzenia prawej źrenicy po operacji, w przeciągu kilku miesięcy ustępuje bez śladu, źrenice stają się prawidłowo równe.

Leczenie wylewów krwawych do stawów w przebiegu krwawiączki (Traitement des hémarthroses hémophiliques). *La Presse Méd. Nr. 66, sierpień 1930.*

Wylewy krwawe do stawów stanowią jeden z najprzykrzejszych dla chorego objawów krwawiączki, gdyż ze względu na dużą tendencję do nawrotów, zwykle w tych samych stawach, sprowadzają znaczne zaburzenia czynnościowe kończyn. Dotknięte niemi bywają: staw kolanowy, łokciowy, skokowy, biodrowy, ramieniowy i napięstkowy. Przyczyną, wywołującą pierwszy wylew krwawy, bywa zwykle niewielki uraz np. dłuższe chodzenie, następne wylewy występują już bez wyraźnego powodu, jako nawroty w pełnym tego słowa znaczeniu.

Przy pierwszym wylewie krwawym do stawu wystarcza zwykle unieruchomienie kończyny w szynie na przeciąg kilku dni, poczem całą uwagę powinien lekarz skierować na leczenie samej krwawiączki, aby nie dopuścić do nawrotów, które z czasem prowadzą do zapalenia stawu i następowego zesztywnienia. Leczenie to będzie polegało na wstrzykiwaniu podskórnem co miesiąc surowicy zwierzęcej (np. surowicy przeciwbłoniczej) w ilości 10—20 cm^3 na dawkę, niebezpieczeństwo uczulenia (anaphylaxia) jest niewielkie, a zresztą, ustrzec można przed niem chorego, podając mu codziennie przez 8 dni po każdem wstrzyknięciu po 1 g. chlorku wapnia. U krwawców, skłonnych do wstrząsów anafilaktycznych (przypadki krwawiączki sporadycznej, nie rodzinnej), trzeba się uciec do wstrzykiwań surowicy krwi rodziców chorego, albo osobników, należących do tej samej grupy krwi — w tej samej ilości i w ten sam sposób, jak u pozostałych krwawców. W jednym i drugim przypadku leczenie to należy kontynuować latami.

W przypadkach bardzo obfitych wylewów krwawych (zwykłe nawrotowych) dużą ulgę przynoszą choremu okłady z lodu, ewentualnie, w późniejszym okresie, okłady gorące. Nakłuwać takich stawów nie należy nigdy, gdyż zabieg ten może tylko zwiększyć krwawienie lub zakazić staw. W przypadkach bardziej zaawansowanych lub wogóle trudno poddających się leczeniu surowicą, uciec się trzeba do przetaczania krwi od osobnika odpowiedniej grupy, w ilości 200—300 cm^3.

Stawy, w których już raz miał miejsce wylew krwawy, dobrze jest bandażować stale opaską elastyczną.

Odruchowa porażenna względnie skurczowa niedrożność jelit w przebiegu kamicy nerkowo-moczowodowej (L'iléus réflexe au cours de la lithiase réno-urétérale). Denéchau i Prieur. *La Presse Méd Nr. 69, sierpień 1930.*

Istnieją przypadki kamicy nerkowo-moczowodowej, w przebiegu której mogą wystąpić nagle ostre objawy niedrożności jelitowej o nasileniu tak gwałtownem, że są przyczyną mylnego rozpoznania niedrożności mechanicznej. Wykonana operacja rozpoznania tego, naturalnie, nie potwierdza, a w czasie przebiegu widzi sie conajwyżej odcinki jelit porażone i inne — w stanie skurczu. Schorzenie to polega na odruchowej niedrożności jelit dynamicznej, porażenno-skurczowej, a podnieta, wywołująca odruch, wychodzi najczęściej z chorego moczowodu.

Na obraz kliniczny składają się: gwałtowne, kurczowe, bóle brzucha, wymioty — niezbyt obfite i nie mające nigdy charakteru kałowego, zupełne zaparcie stolca i gazów — jakkolwiek po lewatywie lub podaniu środków przeczyszczających odchodzą czasami gazy, sprawiając choremu chwilową ulgę; w niektórych przypadkach zaznaczają się dosyć wyraźnie częste parcie na mocz i bóle przy jego oddawaniu, czasami — oliguria względnie anuria. Przy badaniu przedmiotowem stwierdza sie: wzdęcie brzucha (czasami widać stawianie się pętli jelitowych) z odgłosem opukowym bębenkowym, stan ogólny jest — w stosunku do objawów brzusznych — niewspółmiernie dobry, pomimo to, że objawy niedrożności utrzymują się w niektórych, przypadkach i dwa tygodnie, gorączki powyżej 38° C nie bywa.

Przebieg choroby cechuje się dużą zmiennością nasilenia objawów. Chwilowe odejście gazów już może spowodować znaczną poprawę samopoczucia i poprawę stanu objektywnego, jakkolwiek stan ogólny, jak wyżej zostało zaznaczone, prawie nigdy nie bywa w większym stopniu upośledzony.

Badanie moczu wykrywa czasami obecność białka, krwinek czerwonych i kryształków kwasu moczowego i szczawiowego.

Operacja w tych stanach jest nie tylko zbędna, ale nawet szkodliwa, gdyż pogarsza stan ogólny i daje pewną odsetkę śmiertelności.

Leczenie polega na podawaniu w celu łagodzenia bólów belladonny, atropiny, na ciepłych okładach brzucha i kąpielach, wreszcie na pobudzaniu ruchu robaczkowego jelit zapomocą środków przeczyszczających, lawatyw, wstrzykiwania perystaltyny i hypofizyny.

M. Czyżewski.

CHOROBY NERWOWE.

Insulina, leczenie pomocnicze nagminnego zapalenia mózgu i jego skutków. J. Froment i M. Chambon. *Le Journal de Médecine de Lyon. 1930. nr. 256, str. 491.*

Badania fizjologiczno-kliniczne i biochemiczne stanów parkinsonowskich naprowadza na myśl, że zależą one od zaburzeń automatycznego regulowania położenia ciała, wskutek czego występuje przemęczenie, które wywołuje szereg objawów wtórnych. Niewątpliwie wyniszczenie parkinsonowskie zależy od przemęczenia. Tem się tłomaczy nadzwyczaj skuteczne działanie w takich przypadkach insuliny i podawania zasad (20,0 natrii bicarbonici pro die) — odkwaszanie organizmu. — Komplikacje parkinsonowskie usuwa insulina (40 jednostek pro die), podawana wraz z hyoscyną (1 mlgr.). Insulina działa zbawiennie również na zaburzenia psychiczne pośpiączkowe (lekkie stany zamroczeniowe i lękowe, onirismus), przebiegające bez oznak parkinsonizmu. Nawet postacie nagminnego zapalenia mózgu uporczywe, powtarzające się, mogą się poprawić pod wpływem insuliny.

Insulina działa w obrębie mięśni, podtrzymując utlenianie glukozy i syntezę glykogenu (proces *Meyerhofa*). Dobre wyniki lecznicze zależą od przywrócenia normalnej przemiany (metabolisme basal) w mięśniach, a w ten sposób normalnych właściwości fizjologicznych mięśni.

Rozszczepienie czucia typu korowego wskutek zajęcia okolicy opuszkowo-mostowej i rdzeniowej górnej. G. Roussy i G. Lévy. *Rev. Neur. 1930. t. 1, nr. 2. str. 145.*

Roussy i Lévy opisują przypadek guza (glejak wielokształtny) okolicy opuszkowo-mostowej i rdzeniowej górnej. Zaburzenia czucia miały w tym przypadku charakter korowy, t. j. była astereognozja przy prawie całkowicie zachowanem czuciu powierzchnianem: równocześnie istniały bardzo nieznaczne zaburzenia ruchowe. Opisane rozszczepienie czucia było obserwowane w przypadkach zajęcia mostu i opuszki i górnej części rdzenia szyjnego lub zależało od ucisku wywieranego na wspomniane części przez sprawę w móżdżku. Może występować rzekomo-korzonkowy typ. Danemi anatomicznemi nie jesteśmy w stanie dotąd ich wytłomaczyć. Praktycznie ważnem jest, że rozszczepienie czucia typu korowego nie koniecznie wskazuje na korowe umiejscowienie sprawy.

O odruchu nosowo-ustnym. L. Benedek Fr. Kulcsár. *Rev. Neur. 1930, t. 1, nr. 2, str. 163.*

Opis nowego odruchu: umiarkowanej siły uderzenie w czubek nosa młotkiem wywołuje skurcz mięśnia okrężnego ust, przez co tworzy się ryjek. Ten odruch obserwowano dotąd tylko w przypadku porażenia opuszkowego rzekomego (paralysis pseudobulbaris).

O bezładzie ostrym po ospie wietrznej. L. Cornil i P. Kissel. *Rev. Neur. 1930, t. 1, nr. 2, str. 167.*

U 4-letniego chłopczyka w 5 dni po ospie wietrznej o dobrotliwym przebiegu wystąpił typowy zespół móżdżkowy, początkowo jedno, później obustronny, zasadzający się na drżeniu, bezładzie przy chodzeniu, lateropulsji, dysmetrji, adiadochokinezie i mowie skandowanej. Wyleczenie zupełne nastąpiło w dwa tygodnie. Poprawa zaczęła się po wstrząsie wywołanem wstrzyknięciem acetylarsanu.

Autorowie podkreślają: 1) stopniowy rozwój cierpienia, 2) bogactwo objawowe, 3) czystość obrazu klinicznego, ograniczającego sie tylko do móżdżku. Podkreślają, że prawdopodobnie ospa wietrzna, ospa prawdziwa i szczepienia ochronne, jak również herpes zoster i zapalenie nagminne mózgu są cierpieniami pokrewnemi.

Przyczynek do badań nad odruchem patologicznym. L. Barraquer-Ferrè. *Rev. Neur. 1930. T. 1, N. 2, str. 174.*

Odruch podeszwowy *Barraquera-Rowiralty* zasadzający się na nadmiernem zgięciu palców, t. zw. „objaw zginania *Babińskiego*" zależy od zajęcia najwyższych odcinków szlaku piramidowego i występuje tylko w przypadkach dłużej trwających.

Istnieje odmiana objawu *Gordona*, zasadzająca się na jego odwróceniu: zamiast ruchu wyprostnego palucha ściśnięcie łydki może wywołać zgięcie palucha, i występuje tylko w warunkach patologicznych.

Z. Meissing.

CHOROBY UCHA, GARDŁA I NOSA.

Endoskopia doustna. Ciągła serja stu ciał obcych dróg pokarmowych i oddechowych. (Endoscopie perorale. Série consecutiwe de cent corps étrangers des voies digestives et respiratoires). E d. Aucoin. *Archives internat de laryngologie. T. 35, nr. 5 i 6, 1929.*

Sprawozdawca stoi przed trudnem zadaniem streszczenia rozprawy obejmującej ponad 250 stron, a zatem nieledwie grubej książki, zaopatrzonej w setkę doskonałych rentgenogramów i rysunków. Przeczytanie tej rozprawy daje świetny pogląd na dzisiejszy stan broncho-ezophagoskopji i jej technikę, wskazania, stopień bezpieczeństwa i rezultaty. Jeśli uwzględnimy, że śmiertelność zostawionych własnemu losowi przypadków ciał obcych tych okolic wynosi 52%, że *Eicken* w r. 1903 notuje, stosując swe metody ekstrakcji, 13,1% w r. 1908 (na 300 przypadkach), a omawiana tutaj metoda *Jackson Chevaliera* znacznie poniżej 2% śmiertelności, — to podnieta do przyjrzenia się tej pracy wyda się dla lekarza, dbałego o los chorego, wystarczającą. Metoda *Jackson Chevaliera* (Szpital Joffersona w Filadelfii), nieco różna od metod szkoły niemieckiej, a promieniująca głównie w kraje anglosaskie i do Francji cechuje się 1) stosowaniem rur wąskich i długich, 2) światłem „dystalnem" t.j. umieszczonem w formie żarówki u wylotu rury, 3) skrupulatnem unikaniem ogólnego uśpienia i 4) niezmiernie tylko wyjątkowem stosowaniem tracheotomii. Autor w swej pracy kładzie wielki nacisk na ścisłą współpracę z internistą i rentgenologiem, potępia z rzadkimi wyjątkami istotnie naglącej pomocy bronchoskopię dolną (tj. drogą tracheotomii) i wszelką improwizację i stawia metodzie najwyższe wymogi w kierunku specjalizacji tj. zjednoczeniu dużej wiedzy i wielkiej wprawy. Autor podkreśla, że zastosowanie omawianych metod wykracza daleko poza usuwanie ciał obcych, które w klinice *Jacksona* zajmuje zaledwie 2% broncho-esophagoskopii i że wyszliśmy już z epoki, uzasadniającej lęk przed jaknajszerszem stosowaniem tej metody. Stopień bezpieczeństwa jej jest bowiem zupełnie zadawalający, a nawet ten mały odsetek śmiertelności, który wykazują dziś statystyki, zapisać należy ściśle biorąc nie na karb metody, lecz powikłań wynikających, jużto z dyletanckich uprzednich zabiegów jużto z samej istoty przebiegu (infekcja, zapalenie płuc etc.). W serji opisanej przez autora nie zdarzył się ani jeden przypadek śmiertelny, dwa razy była potrzebna tracheotomia, wszystkie wypadki skończyły się uzdrowieniem. Serja autora nie przedstawia wypadków wybranych, lecz nieprzerwaną kolejkę chronologiczną. Ponad 40% przypadków dotyczy dzieci poniżej lat dwóch.

Zapalenie kości policzkowej i różniczkowe rozpoznanie w stosunku do spraw pochodzenia zębowego. (Les ostéites du malaire et leur diagnostic avec les affections d'origine dentaire). W. M. Fraenkel *Jwi. nr, 7. 1929.*

Okolica policzkowa sąsiaduje z terenami okulisty, rhinologa, stomatologa i ogólnego chirurga wzgl. internisty. Spotkał ją z powodu tego pośredniego położenia los rei nullius. Żadna z grup fachowców nie poświęca jej nadmiernie wiele uwagi. Stosunkowo najwięcej jeszcze okuliści. Praca autora

wypełnia częściowo tę lukę zainteresowania w sposób bardzo interesujący i dla praktyka bardzo cenny. Ograniczymy się do przytoczenia wniosków:

1) Kość policzkowa jest przedłużeniem masywu twarzowego przedniego ku tyłowi i na zewnątrz. Posiada ona bezpośredni związek z dołem bródkowym i żwaczowym (les fosses génienne et massétérine), jakoteż skroniowym, w głębi z dołem jarzmowym, a dalej skrzydłowo-szczękowym, wreszcie z zatoką *Highmora*, która częściowo znajduje się w obrębie kości policzkowej.

2) Zmiany chorobowe kości policzkowej są w pierwszym rzędzie gruźlicze. Należy je włączyć do grupy wielokrotnych lokalizacji w obrębie małych kości krótkich. Pozatem znamy zmiany kiłowe, głównie kilaki. Rzadziej zdarza się zapalenie szpiku kostnego, grzybica (promienica, sporotrychoza, streptotrychoza), martwica fosforowa.

3) W zapaleniach kostnych, dość przewlekłych, rozróżniamy dwa okresy: nacieku i tworzenia przetok. (Tumefaction et fistulisation). Ważnym symptomem jest ból dotykowy (wzgl. opukowy) a) na zewnętrznej powierzchni kości policzkowej, b) w przedsionku jamy ustnej górnym, na zewnątrz i poza guzem szczękowym. Rozstrzygającem jest badanie drobnowidowe i bakterjologiczne.

4) W okresie nacieku należy różniczkować z cierpieniami skóry (róża, czyrak etc.), promienicą, przewlekłymi stanami zapalnymi w częściach miękkich wątpliwej jeszcze etiologji (adénites génienne), kostniako-mięsakiem szczęki górnej i zapaleniem tejże kości i jej okostnej.

5) W okresie przetok albo: a) przetoka znajduje się w przedsionku jamy ustnej; wówczas wchodzi w rachubę, albo przechodzenie z zębów, albo z kości policzkowej, albo b) przetoka jest zewnętrzna, wówczas trzeba wykluczyć promienicę, schorzenie w częściach miękkich (adénite génienne), martwicę następową kości policzkowej wskutek postępującej zmiany ropnej u korzeni zębów trzonowych, wreszcie torbiel zropiałą przyzębową. Trzeba pamiętać, że przetoki pochodzenia kości policzkowej, a także zębowej, mogą leżeć b. wysoko przy dolnym brzegu oczodołu i na powiece dolnej. — Praca zawiera 11 historji chorób.

Technika przepłukiwań płucnych. (La technique du lavage pulmonaire.) Garcia-Vincente. *Jw. nr. 8. 1929.*

Autor, profesor instytutu Tapia w Madrycie, szef stacji przeciwgruźliczej, podaje tu metodę przemywania płuc bez użycia bronchoskopu, a nawet lusterka krtaniowego, czyli, jak sam oświadcza, na ślepo („a l'aveugle"). Każdy praktyk, zaopatrzywszy się w pincetkę i strzykawkę autora i irygator z drenikiem może z łatwością przeprowadzić procedurę przemycia solą fizjologiczną letnią (w ilości 1—2 litrów na posiedzenie) jednego płata płuc, podczas gdy pacjent oddycha swobodnie drugiem płucem. Znieczulenie potrzebne do zabiegu wykonuje się również na ślepo, częściowo watotrzymaczem, częścią wspomnianą wyżej strzykawką. Przez odpowiednie umieszczenie drenu (blisko bifurkacji), i chorego (miednica o 20 ctm, wyżej niż głowa) w pozycji bocznej dolne płuco na zasadzie siły ciężkości podlega wyłącznie przemyciu, zaś górne służy swobodnie do oddechania. Autor demonstrował metodę, która jest absolutnie nieszkodliwa i doskonale znoszona, w rozlicznych instytutach. Wskazaniami są: bronchity, rozstrzenie oskrzelowe, ropień, gangrena płuc, jamy gruźlicze płuc i wszelkie zmiany ropne oskrzelowo-płucne. Również przy niedużych ciałach obcych, zwłaszcza oskrzeli, ma tu praktyk w rękach metodę udzielenia nagłej pomocy, zawsze nieszkodliwej, często skutecznej. (O pożyteczności tej metody rozstrzygnie praktyk i praktyka).

Dr. Schwarzbart (Kraków).

CHOROBY OCZU.

Przebieg czterech przetok powstałych samorzutnie po irydektomji wykonanej w następstwie jaskry ostrej. Sédan J. *Ann. d'Ocul. 1930, str. 307.*

Autor podaje opis 4 przypadków w których po irydektomji, zrobionej z powodu jaskry ostrej w następstwie, pomimo braku uwięźnięcia tęczowki utworzyła się przetoka podspojówkowa. Przetoka ta, według autora była konieczna dla utrzymania dostatecznego odpływu cieczy śródocznej z oka i umożliwiła zachowanie dobrego widzenia w tych przypadkach. Przetoka uwidoczniła się nazajutrz, po trzech, czterech dniach a nawet na piętnasty dzień po operacji.

Nowy sposób operacji bliznowatego podwinięcia rzęs. Salvati G. *Ann. d'Ocul 1930, str. 511.*

Autor zaleca rozcięcie wzdłuż krawędzi rzęsowej powieki, następnie wyciąć pasemko podłużne tarczki przez całą długość krawędzi powiekowej na kilka milimetrów od brzegu, a następnie przyszywa wolną wargę pasemka tarczowego do brzegu rzęsowego powieki. Opaska tłuszczowa Lumièra, szwy zdejmuje na czwarty dzień, (Opis sposobu i rysunki niejasne).

Wnioski praktyczne techniki, aseptyki i antyseptyki w chirurgji ocznej. Bernea & Segaller-Miron. *Ann. d' Ocul 1930, str. 515.*

W 1922 r. *Fleming* odkrył enzym zawarty w większości tkanek i wydzielin ustroju. Enzym ten, nazwany przez niego „lyzozymem" ma znaczne własności bakterjolityczne. Zawartość lyzozymu w dostatecznem stężeniu we łzach broni w dostatecznym stopniu oko przed zakażeniem. Zwiększenie ilości łez zmniejsza stężenie w nich lyzozymu i powoduje zmniejszenie ich własności bakterjolitycznej. Atropina porażeniem n. przywspółczulnego, zmniejszając ilość łez, zwiększa w nich stężenie lyzozymu oraz ich wartość antyseptyczną. Na zasadzie tych wniosków uzasadniają autorowie, że ich technika operacyjna, stosowana od 15 lat, daje dostateczną gwarancję przeciw zakażeniu w operacjach ocznych. Technika polega na operowaniu bez przemywania płynami przeciwgnilnymi worka spojówki, ma się rozumieć, o ile spojówki są prawidłowe. Tylko powieki i ich okolice przed operacją obmywa się wodą z mydłem. Znieczulenie uzyskują autorowie kilkakrotnem zakraplaniem sterylizowanego rozczynu 4% kokainy. Instrumenty tępe wygotowuje się, a narzędzia operacyjne ostre sterylizują pogrążeniem w alkoholu w ciągu 10 min.

Po operacji, nawet po operacji jaskry, zakraplają autorzy do oka atropinę. Nawet w czasie następnych opatrunków autorowie unikają stosowania antyseptyków, a ograniczają się tylko zakrapianem kropli sterylizowanych.

Po operacjach nagałkowych mają tylko 0,6% przypadków powikłań septycznych.

Uwagi i objaśnienia dotyczące 240 przypadków odwarstwienia siatkówki, leczonych po większej części operacjami. Gonin J. *Ann. d'Ocul. 1930. str. 361.*

Na zasadzie obserwacji 240 przypadków osobistych, w których rozpatruje osobno sprawy: zmętnień ciałka szklistego, wybroczyn siatkówkowych, dziur siatkówki i ognisk zapalnych w naczyniówce, oraz osobliwości zabiegu operacyjnego, jak wygląd blizn po przyżeganiu, stan siatkówki i sprawę odnowy czynności po tej operacji oraz powikłania. Męty w ciałku szklistem szczególnie na obwodzie, podobnie jak i wybroczyny w siatkówce zdarzają się bardzo często na początku odwarstwienia i to szczególnie w miejscu rozerwania siatkówki, głównie w przypadkach odwarstwienia od góry. Organizowanie się włóknika po wybroczynach (nawet pourazowych), może właśnie spowodować odwarstwienie, a nawet rozrewanie siatkówki. Wśród 240 przypadków odwarstwienia tylko w 26 przypadkach autor nie znalazł przedziurawienia siatkówki i to w 8 przypadkach ta niemożliwość spowodowana była zmętnieniem środowiska. Dziury najczęściej spotykał szarpane, lancetowate, półkoliste, lub podkowiaste. Czasem językowaty płat przesłaniał i maskował dziurę. W większości przypadków dziura uwydatniała się wskutek białych nieco podniesionych brzegów siatkówki. W niektórych przypadkach oderwany kawałek siatkówki znajdował się w ciałku szklistem — dziura wówczas miała wygląd nie szczeliny, a większego otworu owalnego; często dziury tworzyły się na obwodzie dna oka i dlatego poszukiwanie ich napotykać może na większe trudności. Jeśli zawsze dziura w siatkówce jest przyczyną odwarstwienia, to nieraz, pomimo istnienia dziury może nie być odwarstwienia, gdyż wystarczy, by u brzegów dziury siatkówka była zlepiona z naczyniówką, a powodu do odwarstwienia nie będzie.

W celu wyleczenia odwarstwienia autor wywołuje proces zlepny u brzegów dziury w siatkówce zapomocą żegadła Paquelina przyżega twardówkę, naczyniówkę i dochodzi do ciałka szklistego. Ścięte w miejscu przyżegania ciałko szkliste zwykle w trzy tygodnie ulega wchłonięcia i wówczas stwierdzić można bliznę o średnicy około 2 mm, otoczoną pasem odczynu zapalnego o średnicy 2—3 razy szerszej. Pas ten zwykle rozchodzi się więcej w stronę rąbka zębatego siatkówki, niż w kierunku przeciwnym. Po dłuższym czasie trwania widzimy bliznę pooperacyjną, otoczoną masami rozsianego na tem tle barwika. Czasem od blizny pooperacyjnej widać cieniutkie pasemka, idące w kierunku ciałka szklistego. Po przypaleniu całej okolicy dziury w świeżych przypadkach następuje zwykle całkowite przylegnięcie siatkówki, nawet w przypadkach, kiedy odwarstwienie opuściło się do dolnych części oka, a dziura siatkówki jest u góry. Przetrwanie lub wystąpienie powtórne odwarstwienia w ciągu do 2 tygodni wskazuje na niedostateczne przypalenie brzegów dziury. Odwarstwienia starsze (od paru tygodni do paru miesięcy) nie dają już tak dobrych wyników. Czasem niewielki fałd siatkówki pozostały po zabiegu ginie po paru tygodniach.

Czasem jednak wokoło przypalonego miejsca siatkówka znów się odwarstwia. Objaśnia to autor powstaniem w nisj nowych dziur. Czasem przyżeganie może spowodować odwarstwienie po stronie przeciwnej przyżegania, wskutek utworzenia się włókien pasmowatych w ciałku szklistem. Świeże odwarstwienia, leczone tą drogą, ulegają najczęściej poprawie w sensie zupełnego powrotu dobrego widzenia, szczególnie u młodych — nieraz od liczenia palców do pełnej ostrości wzroku. Zwykle pozostaje złe widzenie w gorszem oświetleniu — słaby stopień kurzoślepu, oraz osłabione widzenie barw. Do najcięższych powikłań zabiegu należą wynaczynienia śródoczne: tych na 300 przypadków miał autor 12, prócz tego w jednym przypadku u osoby, która tuż po zabiegu dostała jęczmyka powieki miał autor zapalenie oczodołu i całego oka.

Cytodjagnostyka nabłoniaka siatkówki (glejaka). Gabiélidés A. *Ann. d'Ocul. 1930, str. 265.*

Rozpoznanie glejaka siatkówki napotyka, szczególnie w okresach początkowych, na znaczne trudności. Rozpoznanie bezwzględnie da się ustalić drogą nakłucia gałki ocznej w okolicy pozasoczewkowej zapomocą igły o średnicy 1 milimetra. Badanie drobnowidowe tkanek w dwuch przypadkach glejaka w preparatach niebarwionych, barwionych hematoksyliną-eozyną, sposobem Unny-Pappenheima i sposobem Giemsa'y wykazywało typowe komórki nowotworowe. Wyłuszczenie oczu potwierdziło rozpoznanie. Po nakłuciu oka w celu zabezpieczenia przed rozsianiem się nowotworu w otaczających tkankach zaleca autor przypalanie miejsca nakłucia żegadłem elektrycznym. Podano piśmiennictwo.

O cieniach wewnętrznych na dnie oka. Zamenhof A. *Ann. d'Ocul. 1930, str. 285.*

Korzystając z oświetlenia wziernikiem elektrycznym dna oka zwraca autor uwagę na zjawisko cieni odrzucanych na to dno od wynaczynień, wysięków ponad siatkówkowych i od naczyń siatkówki zgrubiałej, wskutek obrzęku. Szczególnie cienie rzucane od naczyń siatkówki, przy pewnem ustawieniu wziernika elektrycznego bardzo nieraz wydatne, dowodzą, według autora, zgrubienia siatkówki przy zachowaniu jej przejrzystości. Według autora cienie naczyń siatkówki wskazują często na zaczynające się torbielowate zwyrodnienie tej tkanki. Dla ilustracji podaje autor opis własnych 8 przypadków objaśnionych 5 stereofotogramami dna ocznego, wykonanemi zapomocą aparatu Nordensona.

Wsesanie krwi i wywiertnikowanie zapomocą wywiertnika elektrycznego w dakrjocystorynostomji. Sibileau J M. *Ann. d'Ocul. 1930, str. 301.*

Wsesanie krwi zapomocą aspiratora elektrycznego i wywiertnika elektrycznego, zestawionego przez autora, a przypominającego odpowiednie przyrządy dentystyczne — ułatwia i upraszcza dakrjocystorynostomję i robi z niej zabieg znacznie mniej przykry dla chorego. Pozatem korzystając z opisanych przez autora przyrządów zabieg ten wykonać można nawet w przypadkach niedrożności kanału nosowołzowego bez rozstrzeni woreczka i bez ropienia. Przyrząd wykonała firma: *R. Touty*, Paris.

W. H. M.

K R O N I K A.

VI-ty Kongres Międzynarodowy Medycyny Wypadkowej i Medycyny Pracy. W pierwszych dniach sierpnia 1931 r. odbędzie się w Genewie VI-ty Kongres Międzynarodowy Medycyny Wypadkowej i Medycyny Pracy. Celem przygotowania udziału grupy polskiej, utworzył się Polski Komitet Organizacyjny w składzie następującym: z Warszawy: Dr. Chodźko, Prof. Dr. Grzywo-Dąbrowski, Doc. Dr. A. Wojciechowski, Dr. H. Kłuszyński, Dr. J. Luksemburg, Dr. B. Nowakowski; z Wilna: Prof. Dr. Karaffa-Korbutt; z Krakowa: Dr. St. Jankowski.

Obrady odbędą się w dwuch sekcjach

Sekcja A, medycyny wypadkowej, przyjęła jako tematy główne:

1. Późne zmiany i przystosowanie się po uszkodzeniach kręgosłupa
2. Uszkodzenie naczyń krwionośnych.
3. Zawodowe uszkodzenia skóry (wypadki i choroby zawodowe).
4. Wpływ stanu zdrowia, poprzedzającego wypadek na jego skutki.

Jako tematy główne sekcji B, medycyny pracy, wybrano:

1. Patologja zawodowa robotników w przemyśle cementowym i kamieni sztucznych.
2. Wrażliwość ustroju na trucizny zawodowe.
3. Zmęczenie.

W związku z Kongresem odbędzie się wystawa zdjęć rentgenowskich, fotografji, mula'y.

Poza tematami głównemi w obydwu sekcjach, wygłoszone będą komunikaty 10-cio minutowe z całego zakresu medycyny wypadkowej i medycyny pracy. Językami obrad są: francuski, angielski, włoski i niemiecki. Termin zgłoszenia referatów do końca 1930 r.

Zgłoszenia referatów przyjmuje sekretarz Polskiego Komitetu Organizacyjnego, Dr. Brunon Nowakowski, Warszawa, Chocimska 24, który udziela również wszelkich dodatkowych informacji (tel. 108-04).

* * *

Dnia 3 listopada rozpoczyna się w szpitalu Lariboisie're (Paryż) w oddziale d-ra Marion'a kurs dokształcający poświęcony urologji. Program: *Dr. Endel.* — Rzeżączka u mężczyzny. Ostre i przewlekłe nieżyty cewki moczowej. Leczenie.

Dr. *Adelmann.* — Rzeżączka u kobiet.

Dr. *Buesson.* — Wziernikowanie cewki moczowej.

Dr. *Roucayrol.* — Diatermja i prądy wysokoczęstotliwe w urologji.

D.. *Colombet.* — Bakterjologja nieżytów cewki. Określenie bakterjologiczne wyleczenia zupełnego.

Zapisy przyjmuje A. D R. M. Faculté de Medecine, Salle Béclard. (Paris, 12 rue de l'Ecole de Médecine). Uczęstnicy otrzymają świadectwa po ukończeniu kursu. Wpis wynosi 300 fr. fr. Liczba miejsc ograniczona.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

W różnych **schorzeniach przewlekłych typu gośćcowego** można uzyskać znaczną poprawę zapomocą **autoseroterapji,** nawet w tych przypadkach, w których wszystkie inne środki zawiodły. Mechanizm jej działania leczniczego jest niejasny, być może polega on na wzmożeniu działania podawanych jednocześnie środków farmakologicznych (znaczenie katalizatora). Najlepsze wyniki osiągnięto u tych chorych, u których we krwi stwierdzono przewagę liczbową białych ciałek jednojądrzastych nad wielojądrzastemi. Autor na 100 spostrzeganych i leczonych autoseroterapją przypadków gośćca przewlekłego w 2 — otrzymał pogorszenie, w 21 — brak poprawy, w pozostałych — poprawa była wyraźna (w 20 z nich — otrzymał wyleczenie).

Technika zabiegu. Wydobyte z żyły 20 cm.^{3} krwi pozostawia się w probówce na przeciąg 24 godzin, poczem oddziela się zwierzchu surowicę i wstrzykuje się ją podskórnie w dawkach codziennych, w ciągu 7 dni. Za pierwszym razem wprowadza się $^1/_4$ cm.^{3}, następnie — $^1/_2$ cm.^{3}, $^3/_4$ cm.^{3}, 1 cm.^{3}, $1\,^1/_4$ cm.^{3}, $1\,^1/_2$ cm.^{3}, $1\,^3/_4$ cm.^{3}, do ogólnej ilości 7 cm.^{3}. Jeśli objawy ogólne (niedomaganie, osłabienie) i ogniskowe (stawowe) wyraźnie się zaznaczają, należy następne wstrzykiwania przeprowadzać co drugi dzień.

(*Le Floch, La Presse Méd Nr.63*)

Cz.

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

Ogłoszenia:

	cała str.	1/2 str.	1/4 str.
zewnętrzna strona okładki	zł. 450.—	250.—	135.—
bezpośrednio przed tekstem	„ 350.—	200.—	120.—
2-ga i 3-cia strona okładki	„		
pozostałe	„ 300.—	170.—	95.—

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

ROK IV WARSZAWA 1930 LISTOPAD ZESZYT XI

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

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

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

P R A C E O R Y G I N A L N E

DR. J. WĘGIERKO

Ważniejsze dane, dotyczące istoty i leczenia cukrzycy.

(dokończenie)

Przechodząc obecnie do leczenia cukrzycy, wspomnę w kilku słowach o zasadniczych dążeniach naszych w postępowaniu leczniczem. Zaznaczę przytem, że, lecząc chorego na cukrzycę dbać musimy aby chory szybko nabierał sił, jeżeli jest wyniszczony, to przybierał na wadze, słowem, aby ustępowały wszelkie objawy związane z cukrzycą. Pod żadnym zaś względem nie należy dążyć przedewszystkiem i wyłącznie do usunięcia, za wszelką cenę, cukru z moczu, jako do celu najważniejszego. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że ostatecznie trzeba osiągnąć odcukrzenie moczu i usunąć przecukrzenie krwi i tkanek, ale nie można dążyć do tego kosztem pogorszenia stanu ogólnego chorych.

W większości przypadków odcukrzenie moczu nie nasuwa wiele trudności; wystarczy niepodawanie lub ograniczenie podawania węglowodanów, a cel ten będzie osiągnięty. Zadaniem jednak leczącego cukrzycę nie jest doraźne odcukrzenie chorego, aby po kilku dniach utrzymywania męczącej djety, chory powrócił do pierwotnego odżywiania i nadal wydzielał duże ilości cukru. Dążeniem lekarza powinno być podniesienie tolerancji węglowodanowej i ciepłostkowej chorego. Należy stworzyć takie warunki, aby osłabić wzmożoną glikogenolityczną czynność wątroby, a tem samem zwiększyć zawartość glikogenu w wątrobie. Z chwilą zwiększenia się zawartości glikogenu w wątrobie tolerancja chorego wzrasta i może on coraz więcej, bez szkody, spożywać węglowodanów, białka i tłuszczu.

Nim wytkniemy główne linje postępowania leczniczego w cukrzycy, wspomnimy jeszcze o ważniejszych dotychczas stosowanych sposobach djetetycznego leczenia cukrzycy. Sposoby te są następujące:

1) ograniczanie ciepłostek z podawaniem wszystkich 3-ch rodzajów pożywienia: węglowodanów, tłuszczu i białka

w stosunku wagowym mniej więcej fizjologicznym (węglowodany: tłuszcz: białko = = 3 : 2 : 1);

2) ograniczanie ciepłostek z podawaniem większej ilości węglowodanów, a więc zmniejszone podawanie białka i tłuszczu (djeta owsiankowa *v. Noordena*, kartoflana *Mossé*, ryżowa i inne), lub też wyłączne zalecanie węglowodanów w postaci owoców, mianowicie bananów (*Noorden*), lub też czystego cukru gronowego (*Klemperer*);

3) głodzenie okresowe (dni głodowe lub półgłodowe), polegające na podawaniu niewielkiej ilości jarzyn zielonych i wyskoku (djetę głodową można uważać za „krańcowo małokaloryczną", a więc mechanizm jej działania będzie taki, jak djety małokalorycznej);

4) ograniczanie lub usunięcie węglowodanów z dostateczną ilością ciepłostek (djeta białkowo - tłuszczowa pełnokaloryczna);

5) ograniczanie białka z minimalnym podawaniem węglowodanów i obfitem podawaniem tłuszczu — pożywienie ciepłostkowo dostateczne (*Petrén*);

6) ograniczanie białka ze sporą ilością węglowodanów i tłuszczów — pożywienia bogate kalorycznie (djeta mączna *Falty* lub do niej zbliżona *Kolischa*);

7) ograniczanie tłuszczu, dużo białka, dość dużo węglowodanów — pożywienie małokaloryczne (*Adlersberg i Porges*).

Z powyższego schematycznego zestawienia widać, że mamy tu do czynienia z wszelkiemi możliwemi kombinacjami djetetycznemi, polegającemi na ograniczaniu bądź jednego, bądź drugiego lub trzeciego rodzaju pożywienia. Widzimy także, że rozporządzamy albo pożywieniem pełnokalorycznem, albo małokalorycznem.

Wobec tego zastanowić się trzeba, jak stosować należy poszczególne djety, aby osiągnąć wyniki pomyślne, i czy obecnie, kiedy rozporządzamy leczeniem insulinowem, wszystkie te djety mają rację bytu.

Rzecz jasna, że nie wszystkim chorym można stosować wszystkie wspomniane dopiero co djety.

Dla jednych bowiem chorych wskazana bywa djeta małokaloryczna, dla innych znowu podobna djeta okazać się może wręcz szkodliwą Inni znowu chorzy muszą otrzymywać pożywienia pełnokaloryczne, a nawet hiperkaloryczne.

Ze wszystkich wymienionych wyżej djet należy stanowczo odrzucić, mojem zdaniem, djetę *Petréna*. Djeta ta bowiem nie nadaje się dla żadnych chorych i nie doprowadza do tego, do czego zmierzać powinno każde bez wyjątku leczenie, a mianowicie do poprawy tolerancji ogólnej (węglowodanowej i ciepłostkowej).

Djeta *Petréna*, jak wiadomo, jest djetą pełnokaloryczną, a w skład jej wchodzi przeważnie tłuszcz. Węglowodany i białko podane są tu w ilości minimalnej, a są to wyłącznie węglowodany i białko jarzynowe. Nie może ulegać wątpliwości, że chorzy, pozostający na tej djecie, tracą cukier w moczu i zmniejsza im się zawartość cukru we krwi, gdyż chorzy ci nie otrzymują prawie zupełnie węglowodanów (węglowodany jarzynowe, otrzymywane w minimalnej ilości znoszone bywają dobrze). U chorych tych stwierdzamy również zmniejszone wydzielanie ciał ketonowych. I temu faktowi dziwić się nie należy, gdyż powszechnie wiadomo że głodzenie prowadzi do uspokojenia glikogenotwórczej i glikogenolitycznej czynności wątroby, a więc i do zmniejszenia ketonurji.

Chorzy zatem pozostający na djecie *Petréna*, pomimo bogatokalorycznego pożywienia się głodzą. Że tak jest w istocie, dowodzą nam niezaprzeczone fakty, a mianowicie: 1) chorzy ci nie tylko nie przybywają na wadze, lecz przeciwnie chudną; 2) wydzielają stolce, zawierające ogromne ilości tłuszczu, równe prawie tym, które spożywają. Jasnem więc jest, że podawany nadmiar tłuszczu wyłącznie z jarzynami po pewnym czasie przestaje się wchłaniać i opuszcza ustrój w stanie niezmienionym. Nie mogę narazie powiedzieć, jaka jest przyczyna słabego wchłaniania tłuszczu z jelit u chorych cukrzyczych, będących na djecie *Petréna*; być może wstręt, jaki odczuwają chorzy, spożywając jedzenie petrenowskie, przyczynia się do tego. W każdym bądź razie fakt pozostaje faktem, że stolce tych chorych zawierają nadmiar tłuszczu, o czem się w licznych swych badaniach przekonałem.

Jakie więc osiągamy korzyści dla chorego djetą *Petréna*? Prawda, że chorzy tracą cukier w moczu, że zmniejsza się ich przecukrzenie krwi, że wreszcie

zmniejsza się ich ketonurja, ale za to chorzy ci czują się b. źle, tracą na wadze i narażeni są na przykre pożywienie. Z chwilą, gdy tylko otrzymują węglowodany w postaci tak upragnionego przez nich chleba, chociażby w ilości minimalnej, znowu zaczynają wydzielać cukier w moczu. Pocóż więc dla taniego efektu, jakim jest chwilowe odcukrzenie moczu, zmuszać chorych do niefizjologicznego i niesmacznego pożywienia, przy którym czują się b. źle.

W ramach niniejszego artykułu nie jestem w stanie przytoczyć danych liczbowych, osiągniętych przezemnie podczas prowadzenia u chorych djety *Petréna*, jednakże mam prawo twierdzić, że przytej djecie nie osiągamy poprawy tolerancji, a pogarszamy samopoczucie chorych, wreszcie sprowadzamy ubytek wagi, co u chorych wyniszczonych nie może ominąć naszej uwagi.

Pragnę zaznaczyć również, że nie mogę się zgodzić z twierdzeniem *Petréna*, jakoby zmniejszanie się ciał ketonowych przy jego djecie ma polegać na tem, że podaje on minimalne ilości białka. Wiadomo bowiem, że tłuszcze są ciałami ketonotwórczemi, w djecie zaś *Pétrena*, podane one w nadmiarze, ketonurji nie sprowadzają, a nawet ją zmniejszają, a więc sądzi *Petrén*, że zmniejszenie białka odgrywa tu rolę ketonoobrończą. Nie wdając się w dłuższą dyskusję powiedzieć należy, że przeciwketonowe działanie djety *Petréna* polega wyłącznie na tem, że większość tłuszczu się nie wchłania, a więc jest owa djeta właściwie djetą małokaloryczną i ta małokaloryczność działa przeciwketonowo.

Wogóle trudno mówić o ciałach ketonotwórczych, dostarczanych pożywieniem, gdyż w ustroju istnieje zawsze dostatecznie ciał zapasowych (zarówno tłuszczu jak i białka), z których mogą powstawać ciała ketonowe, skoro tylko istnieje tendencja do ich powstawania. Najważniejsze czynniki, które działają przeciwketonowo to przedewszystkiem małokaloryczne pożywienie, zmniejszające glikogenolityczną czynność wątroby i dostarczanie ustrojowi pewnej ilości węglowodanów, jako budulca glikogenu. Na tej zasadzie opiera się też działanie takich djet, jak owsiankowa *Noordena*, kartoflana *Mossé*, ryżowa, bananowa, cukrowa *Klemperera*, i wiele innych. Są to djety małokaloryczne z pewną ilością węglowodanów i w tem tkwi ich dodatnie działanie. Błędem byłoby natomiast sądzić, że w owsiance znajdujemy jakiś przetwór specjalnie dobrze działający w chorobie cukrowej lub też, że ograniczanie białka do minimum ma wywierać jakiś nadzwyczajny wpływ leczniczy.

Jak wielce ujemny wpływ posiada zwiększanie w pożywieniu ciepłostek na tolerancję węglowodanową dowodzi chociażby następujący fakt. Wiadomo, że spożyty tłuszcz nie zwiększa poziomu cukru we krwi, a białko wywołuje nieznaczną tylko hiperglikemję. Jednakże tłuszcz lub białko spożyte z pewną ilością węglowodanu (cukru gronowego) sprowadza większą hyperglikemję, niż ta, jaka powstaje po spożyciu tej samej ilości samego tylko cukru gronowego t. j. bez równoczesnego wprowadzenia białka lub tłuszczu.

Z doświadczeń moich wynika bowiem, że równoczesne podanie doustne 50 g. cukru gronowego i 50 g. masła wyraźnie nasila hiperglikemję, występującą po wyłącznem podaniu samego tylko cukru gronowego. Wzrost hiperglikemji po cukrze gronowym, wskutek równoczesnego podania masła, nie posiada jednakowego nasilenia we wszystkich przypadkach. W jednym np. przypadku najwyższe wzniesienie cukru we krwi po cukrze gronowym i maśle może być większe o 45%, niż najwyższe wzniesienie cukru we krwi po samym tylko cukrze gronowym. W innym znowu przypadku różnica ta wynosić może zaledwie 6%.

Pod wpływem równoczesnego podawawania cukru i białka stwierdzamy podobnie, jak po równoczesnem podaniu cukru i tłuszczu, wyraźne zwiększenie hiperglikemji w porównaniu do hiperglikemji, występującej po podaniu samego tylko cukru gronowego. Zwiększenie to bywa również w poszczególnych przypadkach niejednakowo zaznaczone i waha się przeważnie od 4% do 34%.

Na zasadzie swoich doświadczeń doszedłem do wniosku, że zarówno tłuszcz, jak i białko, podane doustnie, zwiększają wyraźnie hi-

perglikemję, wywołaną również doustnie podanym cukrem gronowym. Sądzę, że podobne działanie białka i tłuszczu polega na uruchomianiu glikogenu wątrobowego, a więc zarówno białko, jak i tłuszcz mogą odgrywać nie tylko rolę materjału, z którego powstaje cukier, ale też i rolę bodźców, uruchamiających glikogen wątrobowy.

Widzimy więc, że wprowadzanie do ustroju większej ilości ciepłostek wywołuje uruchamianie glikogenu wątrobowego, a więc zmniejszenie tolerancji węglowodanowej, co znowu prowadzi do ujemnego bilansu węglowodanowego, a tem samem do ketonurji. Dopiero co powiedziane musi być zupełnie zrozumiałe, bowiem wiemy, że z chwilą wzmożonego rozpadu glikogenu wątrobowego, więcej się jego musi wytwarzać, a z braku węglowodanu powstaje on, jak już wspominaliśmy, z białka, a nawet tłuszczu. Przy przechodzeniu zaś białka i tłuszczu w węglowodan powstają, jako produkt uboczny, ciała ketonowe.

Białko i tłuszcz możemy zatem rozpatrywać, jako ciała ketonotwórcze, lecz nie tylko w znaczeniu budulca, ale i bodźca.

Przechodząc do dalszej krytyki wyszczególnionych wyżej 7-iu rodzajów djet zasadniczych, musimy odrzucić także djetę, wspomnianą w punkcie 4-ym (ograniczenie lub usunięcie węglowodanów z dostateczną ilością ciepłostek). Na zasadzie dotychczasowego naszego rozumowania djeta ta nie może wywierać wpływu dodatniego. Może najwyżej prowadzić do odcukrzenia moczu, ale zato w cięższych przypadkach będzie zawsze prowadzić do ketonurji, która dla ustroju jest stokroć niebezpieczniejsza od cukromoczu. W djecie tej mamy do czynienia z wprowadzaniem dużej ilości ciepłostek białkowych i tłuszczowych, a zatem z materjałem uruchamiającym glikogen wątrobowy, a nie dostarczamy równocześnie należytej ilości budulca, z którego mógłby ów glikogen powstawać, a mianowicie węglowodanów. Stwarzamy w ten sposób idealne warunki do powstawania ketonurji — do zakwaszenia ustroju.

Dochodzimy więc do wniosku, że zgodnie z naszemi przesłankami teoretycznemi, które zostały poparte praktyką, zarówno djeta tłuszczowa *Petréna*, jak i djeta pełnokaloryczna białkowo-tłuszczowa z małą ilością węglowodanów, nie jest odpowiednia dla żadnych chorych cukrzyczych, a tem bardziej dla chorych skłonnych do zakwaszenia ustroju ciałami ketonowemi.

Co się tyczy djety *Falty* (punkt 6), to posiada ona tę wyższość nad djetą *Petréna*, że zawiera sporą ilość węglowodanów, a chociaż jest bogatokaloryczna, dzięki dużej ilości tłuszczu, to w rzeczywistości jest jednakże małokaloryczna, gdyż i tu, jak w djecie *Petréna* spora ilość tłuszczu nie zostaje wchłonięta, a wydalana ze stolcem.

Wszystkie inne djety, wymienione przez nas wyżej, odpowiadają głównemu postulatowi, który brzmi: małokaloryczność z pewną ilością węglowodanów.

Djety małokaloryczne, pozwalające na lepsze przyswajanie glikogenu wątrobowego, czyli zmniejszające glikogenolityczną czynność wątroby, a więc podnoszące tolerancję węglowodanową, mogą być jednakże stosowane wyłącznie u chorych dostatecznie lub nadmiernie odżywionych. Żadną miarą wyniszczonych chorych nie należy odżywiać małokalorycznie, jak zresztą nie czynimy tego nigdy z chorymi wyniszczonymi, cierpiącymi na inne, niż cukrzyca choroby.

W przypadkach, w których z powodu niedostatecznego odżywienia, a nawet charłactwa, nie jesteśmy w stanie przeprowadzić przez czas dłuższy odżywiania małokalorycznego, musimy przybiegnąć do leczenia insulinowego. Insulina w danym wypadku działa zupełnie tak samo, jak pożywienie małokaloryczne, a mianowicie pozwala na lepsze zużytkowanie spożytych węglowodanów, prowadzi więc do deponowania węglowodanów w wątrobie w postaci glikogenu. Insulina jest jednakże niepomiernie silniejszym środkiem, niż stosowanie pożywienia małokalorycznego i dlatego też, stosując insulinę, możemy sobie pozwolić na obfitsze wprowadzania do ustroju, tak bardzo potrzebnych węglowodanów, niż podczas pożywienia małokalorycznego. Dla tego też, podając insulinę, należy równocześnie wprowadzać dużą ilość węglowodanów, które się będą deponować w wątrobie i w ten sposób wzmagać się będzie tolerancja chorych.

Trudno wprost opisać tę wybitną poprawę wyglądu i samopoczucia chorych pod wpływem podawania insuliny i obficie węglowodanowego pożywienia. Chorzy podobni, wygłodzeni pod względem węglowodanowym, których wątroba i inne składy glikogenu są prawie puste, nabierają sił żywotnych, gdy tylko zdołają w swym ustroju zatrzymać nieco węglowodanów. Leczenie insulinowe w połączeniu z podawaniem obfitej ilości węglowodanów daje znakomite wyniki. Do takiego wniosku upoważnia mnie kilkoletnie doświadczenie, oparte na obserwacji chorych, którzy na początku leczenia byli o tyle wychudzeni i osłabieni, że porzucili swój zawód i przebywali prawie ciągle w łóżku. Chorzy ci zgłaszali się do mnie w stanie znacznego zatrucia kwasicowego i roztaczali wokoło siebie zapach acetonu, uskarżali się na bezsenność, mdłości, brak łaknienia, a od półtora roku wykazywali w moczu, przy dotychczas przez chorych przestrzeganej djecie, stale aceton i kwas acetooctowy. Osoby te dzisiaj uważają siebie za zdrowe, wykazują przybytek na wadze po 10—15 kg., odżywiają się dosyć obficie węglowodanami; pomimo to wykazują nieznaczne tylko przecukrzenie we krwi i wymagają zaledwie 30—40 jednostek insuliny dziennie, wtenczas gdy na początku leczenia musieli otrzymywać jej do 150 jednostek.

Najbardziej ważnym momentem w leczeniu przypadków insulinowych jest przejście od leczenia insulinowego do leczenia wyłącznie djetetycznego. Nigdy nie można przewidzieć, czy dany przypadek będzie mógł się obejść bez insuliny i na jak długo. Niektórzy chorzy rozpoczynają leczenie w stanie b. ciężkim, przedśpiączkowym lub nawet w śpiączce, wykazują wówczas znaczny niedobór wagowy, a jednak po pewnym czasie insulinowania i bogato węglowodanowego pożywienia przechodzą na djetę, zawierającą pewną ilość węglowodanów i dostateczną ilość ciepłostek i utrzymują się długo w równowadze węglowodanowej bez insuliny. Inni znowu chorzy, na pierwszy rzut oka oceniani jako przypadki niecięż-kie, nie mogą się obejść bez insuliny. Należy podkreślić, że wymagane jest bezwzględnie indywidualne postępowanie w każdym poszczególnym przypadku cukrzycy, i nie można nigdy zgóry przewidzieć, czy dany przypadek będzie musiał być insulinowany stale, czy też okresowo, z jakiemi przerwami i t. d.

Streszczając powiedziane dotąd o leczeniu cukrzycy, podkreślę główne wytyczne postępowania.

Chorych dostatecznie odżywionych wzgl. przekarmionych leczymy djetą małokaloryczną z pewną ilością węglowodanów. Chorych wyniszczonych tuczymy obfitem pożywieniem z dużą ilością węglowodanów (pożywienie zbliżone do fizjologicznego) i podajemy tyle insuliny, aby chorzy nie wydzielali cukru, ciał ketonowych i wykazywali normalną ilość cukru we krwi. Insulinę w podobnych przypadkach musimy podawać z biegiem czasu w dawkach coraz mniejszych, bowiem tolerancja węglowodanowa tych chorych wzrasta.

Djeta małokaloryczna zawiera około 20, w miarę potrzeby okresowo nawet 15 kalorji na kg. wagi chorego. Poza tem niepowinna zawierać mniej niż 80—100 gr. węglowodanów. Naturalnie w poszczególnych przypadkach musimy postępować różnie w zależności od tolerancji danego chorego zarówno w kierunku węglowodanów, jak i ogólnej ilości ciepłostek. U osób otyłych przeprowadzamy w przypadkach uporczywych nawet djety półgłodowe, podając zaledwie tylko węglowodany jako produkt niezbędny, ale w ilości niedużej, najczęściej w postaci owoców. Przy ogólnej małej ilości podanych kalorji chorzy ci nie wydzielają cukru, pomimo, że otrzymują węglowodany. Chorych tych oczywiście nie insulinujemy.

W przypadkach cukrzycy wyniszczającej (chorzy wychudzeni, z brakiem rezerw), podajemy dużo węglowodanów 200—300 g. pozatem 30, a nawet 40 kal. na kg. wagi. Stosujemy przy tem insulinę często nawet, gdy potrzeba, 3 razy dziennie po 50 jedn., stopniowo, z poprawą tolerancji, zmniejszając dawki insuliny.

W ramach niniejszego artykułu nie mogłem przedstawić czytelnikowi całokształtu postępowania leczniczego w cukrzycy, gdyż temat, to zbyt obszerny. Nie było to zresztą wcale moim zadaniem, gdyż celem niniejszego artykułu, jest nakreślenie jedynie głównej wytycznej postępowania leczniczego, jakie stosuję od szeregu lat z b. dobrym wynikiem, chcąc w ten sposób zachęcić innych do tego postępowania.

Après une courte discussion du mécanisme du diabète en appuyant surtout sur le rôle du pancréas, du foie et des glandes endocrines, l'auteur passe en revue les diètes principalement recommandées et il donne une classification du diabète, fondée sur les indications thérapeutiques. L'auteur distingue une forme du diabète avec poids suffisant de celle avec poids déficient. L'insuline n'est pas recommandable dans le premier groupe; ces malades demandent un traitement diététique avec une nourriture pauvre en calories avec peu d'hydrates de carbone. Dans le deuxieme groupe l'insuline est nécessaire combinée à une nourriture riche en calories avec une quantité suffisante d'hydrates de carbone. Il appuie surtout sur le fait qu'en diminuant la quantité des calories introduites on contribue à élever la tolérance pour les hydrates de carbone.

Les expériences de l'auteur ont démontré que les graisses et les substances protéiniques introduites en même temps avec la dextrose augmentent considérablement l'hyperglycémie en comparaison de l'action de la dextrose introduite isolément.

HELUAN W EGIPCIE.

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

Kąpiele siarczane i słoneczne; wszelkie fizyczne metody leczenia.

Pół godziny od Kairu; pociągi co pół godziny.

PENSJONAT WILLA WANDA

WANDY BILIŃSKIEJ

istniejący od 1904 roku.

Opieka i kuchnia djetetyczna ściśle według przepisów lekarskich.

Pokój z całodziennem utrzymaniem od 22 złotych.

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

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Ropień aseptyczny w zapaleniach płuc. (L'abscès de fixatiou dans les affections broncho-pulmonaires). A. Pic i P. Delore. *Le Journal de Méd. de Lyon 1930, nr 247*

W zapaleniach płuc założenie ropnia terpentynowego daje szczególnie korzystne wyniki. Wskazania w płatowem zapaleniu płuc są następujące: przedewszystkiem ciężkie objawy ogólne dowodzące septikaemji, potwierdzone hemokulturą. *Pic* i *Bonnamour* sądzą, że objawy miejscowe w płucach mogą tu być rozmaite, gdyż zależą one od jadowitości pneumokokka. Przy małej jadowitości spotykamy nieraz tylko nawał przekrwieniowy płuca (congestion pulmonaire *Woillez*), przy bardzo znacznej jadowitości spotykamy ciężkie objawy ogólne; podczas gdy w płucach dochodzi również tylko do nawału. Tę ostatnią postać spostrzegano często w czasie pandemji grypy w latach 1889—1890 i w czasie 1918—1919 roku; przebieg tu był b, ciężki i ostry, nieraz piorunujący, śmiertelność bardzo duża. W tych przypadkach wyniki leczenia zapomocą stosowania ropnia aseptycznego były bardzo zachęcające.

W przypadkach typowego zapalenia płuc płatowego, autorowie zalecają stosowanie ropnia terpentynowego dziewiątego dnia choroby. Należy chorego dokładnie obserwować i zebrać dokładne wywiady, by nie stosować wstrzykiwania terpentyny na dzień lub dwa przed przełomem, gdyż w tych przypadkach leczenie omawiane jest zbędne; potrzebne jest ono tylko dla skrócenia przedłużającego się zapalenia płuc. Dalszem wskazaniem jest przenoszenie się choroby na inne płaty. Wreszcie stosować należy terpentynę w przypadkach zapalenia płuc, gdy chodzi o chorych bardzo osłabionych i nieodpornych wskutek poprzednio przebytych chorób oskrzeli, płuc, opłucnej lub serca. Także późny wiek chorych może być wskazaniem do założenia ropnia terpentynowego, gdyż później wiek stać może na przeszkodzie w stosowaniu innego postępowania leczniczego a zarazem pogarsza rokowanie.

W zapaleniu płucodoskrzelikowem wskazania do stosowania ropnia terpentynowego są naogół bardzo podobne. Autorowie są w tem cierpieniu jeszcze mniej wstrzemięźliwi we wskazaniach.

Co się tyczy statystyki otrzymanych wyników, to autorowie przytaczają dane wielu badaczy, którzy mówią o korzystnem, a nieraz wprost cudownem działaniu omawianego leczenia. Słusznie to podkreślają, że statystyka mało tu może wykazać, gdyż leczenie zapomocą ropnia aseptycznego stosuje się przeważnie tylko w przypadkach bardzo ciężkich, a nieraz jako ultima ratio, gdy niema nic do stracenia. Pouczającem jest jednak porównanie dwuch oddziałów w Lugdunie. W klinice autorów stosowano ropień terpentynowy we wszystkich ciężkich przypadkach w okresie 3 lat i otrzymano na 43 przypadki zapaleń płuc 40 wyleczeń t. j. śmiertelność = 6,9%. W drugim oddziele spostrzegano w tym czasie 38 przypadków z śmiertelnością 26,8%. 3 przypadki śmierci w klinice autorów dotyczą dwu chorych, którzy zmarli na drugi dzień po przybyciu do kliniki; u trzeciego pierwsze wstrzyknięcie terdentyny nie przyjęło się. Chory zmarł 4-go dnia po „przyjęciu się" drugiego wstrzyknięcia terpentyny, wskutek nagłego pogorszenia się.

Wreszcie autorowie przytaczają korzystne nieuaz działanie ropnia aseptycznego w przypadku kporczywej dychawicy oskrzelowej, powisłanej zapalnemi zmianami w płucach. Wynik był rkuteczny, napady zupełnie ustąpiły, a bardzo ychło zniknęły też zmiany zapalne w płucach.

„Odciąganie" leukocytów i gruźlica. (Dérivation leucocytaire et tuberculose). P. Delore. *Le Journal de Méd. de Lyon 1930, nr 247*

Już twórca metody ropnia aseptycznego, *Fochier*, stwierdził, że metoda ta nie daje żadnych wyników w gruźlicy płuc. Badania późniejszych autorów potwierdziły te wyniki. Autorowie próbowali również zakładać ropień terpentynowy w przebiegu gruźlicy płuc i widzieli, jako jedyny wynik, przejściowe zmniejszenie się ilości wypluwanej plwociny. z drugiej strony stwierdzono, że ropa, uzyskana zapomocą zastrzyku terpentyny u gruźliczych i wstrzyknięta śwince morskiej nie wywoływała zmian gruźliczych.

Wyniki te (ujemne) są dziwne, wobec dawnych spostrzeżeń, że należy do bardzo rzadkich obserwacyj współczesność rozwoju gruźlicy płucnej i pozapłucnej u ludzi. Natomiast do reguły należy osłabienie rozwoju, a nawet podleczenie sie gruźlicy płuc u chorych, którzy zachorowali na ropne, gruźlicze sprawy pozapłucne jak np. ropiejąca gruźlicza przetoka odbytu. Podobnie też nieraz spostrzegano pogorszenie się sprawy płucnej (gruźliczej) u chorych, u których towarzysząca pozapłucna sprawa gruźlicza uległa wyleczeniu. Obserwacje powyższe były punktem wyjścia dla rozumowań i metod leczniczych wielu autorów, którzy przez wytworzenie sprawy ropnej usiłowali polepszyć stan płuc chorych na gruźlicę płuc. W tym celu stosowano podskórne wprowadzanie hodowli prątków gruźliczych typu bydlęcego (*Clemperer*), lub zabite prątki (*Maragliano*) lub wreszcie prątki przeprowadzone przez passaże na zwierzętach zimnokrwistych (*Moeller*). *Calmette* uważa słusznie metody te za zbyt ryzykowne.

Próby zapomocą stosowania ropnia terpentynowego nie dały wyników dodatnich, zdaniem wielu autorów, dlatego, że cały przebieg ropnia terpentynowego jest zbyt krótki w stosunku do cierpienia tak przewlekłego, jak gruźlica. *Latburaz* uwzględ-

niając powyższe tłumaczenie nacinał u chorych skórę i wprowadzał pod skórę zarazki napojone terpentyną, zmieniając co pewien czas ten bodziec utrzymywał ropienie tygodniami. Wyniki miały być zachęcające.

Badania na zwierzętach pozwalają wnosić, że istotnie ropień terpentynowy, „odciąga" leukocyty z głównego ogniska chorobowego, podobnie jak wspomniane pozapłucne sprawy ropne gruźlicze w gruźlicy płuc, lecz zbyt krótkie trwanie ropnia terpentynowego nie może skutecznie wpłynąć na przebieg gruźlicy płuc.

Ogólne uwagi o wartości metody Fochiera. (Considerattons générales sur la valeur de la methode de Fochier). A. Pic i P. Delore. *Le Journ. de Méd. Lyon, 1930. Nr. 247.*

Założenie ropnia terpentynowego może przyczynić się do ustalenia rokowania. A mianowicie: 1) rokowanie jest złe, jeśli kilkakrotne wstrzykiwania terpentyny nie były w stanie wywołać ropnia, 2) Jeśli powstanie ropień w sposób szybki, obfity i umiejscowiony — rokowanie jest prawie napewno dobre, 3) Jeśli po kilku daremnych próbach w końcu udaje się wywołać ropień —wówczas złe rokowanie dotychczasowe polepsza się. Jeśli ropień powstaje typowo po pierwszem wstrzyknięciu terpentyny, lecz sprawa chorobowa pogarsza się, lub nie ulega zmianie — wówczas można podejrzywać tło gruźlicze, zwłaszcza gdy chodzi o odoskrzelikowe zapalenie płuc. Powyższe zapatrywania podzielają wszyscy badacze.

Sprzeczności w poglądach na ropień terpentynowy istnieją w odniesieniu do jego wartości leczniczej. Sprzeczności te wywołane są rozmaitemi czynnikami:

1) Niektórzy autorowie są przeciwnikami, mimo, że metody tej wogóle nie stosowali.

2) Drugą przyczyną są ujemne wyniki metody *Fochier'a*, a to z różnych przyczyn:

a) metoda została zastosowana zbyt późno, gdy stan chorych był wogóle beznadziejny. W odpowiedzi należy przytoczyć zdanie *Viriota*, że „ropień aseptyczny nie jest metodą leczniczą dla umierających," b) po nie przyjęciu się pierwszego wstrzyknięcia terpentyny, zaniedbano dalszych zastrzyków, c) błędy techniki leczenia. 3) niektórzy autorowie są przeciwnikami metody *Fochiera* dlatego, że brak jej jednolitego i pewnego uzasadnienia teoretycznego. W tym wypadku należy przytoczyć fakta, jak np. korzystne działanie ropnia aseptycznego w ręku wielu autorów.

W ocenie działania należy postępować bardzo indywidualnie dlatego zwłaszcza, że stosuje się omawianą metodę w przypadkach najcięższych.

Obok tej metody nietylko można, lecz należy stosować wszystkie znane i uznane inne sposoby leczenia (np. chemoterapia). Wreszcie autorowie występują przeciwko zastępowaniu oryginalnej metody *Fochiera*, stosowaniem wstrzykiwań ropy asep tycznej, uzyskanej z ropnia aseptycznego u koni, albowiem metoda *Fochiera* może byc porównana niejako z wakcynoterapją wobec drugiego postępowania, które jest jakgdyby seroterapją.

Opoterapja żołądkowa (metoda Castlégo) w leczeniu niedokrewności złośliwej. (Opothérapię gastrique (mèthode de Castle) dans le traitement de l'anémie pernicieuse). J. Mouzon. *Presse méd. Nr. 50. 1930 r.*

Ogólne, entuzjastyczne przyjęcie metody *Whip ple'a* w leczeniu niedokrewności złośliwej nietylko nie stanęło na przeszkodzie, ale nawet pobudziło do dalszych doświadczeń nad leczeniem tego cierpienia. Szczególnie ciekawe badania, uwieńczone pomyślnym skutkiem przeprowadził *Castle*. Autor ten wyszedł z założenia, że korzystny wpływ metody na niedokrewność złośliwą, nie wyklucza zupełnie jakiejś roli żołądka w powstaniu tej choroby.

Jak wiadomo w niedokrewności złośliwej achylia żołądka należy do najbardziej stałych objawów. Np. *Lewine i Ladd* na 143 przypadki niedokrewności złośliwej tylko 3 razy nie znalazł achylji żołądka; *Wilkinson* na kilka serji przypadków tylko trzy razy nie stwierdził achylji. Jest też rzeczą znaną, że wstrzyknięcie histaminy nie pobudza śluzówki żołądka chorych na niedokrewność do wydzielania kwasu solnego.

Następnie dokładne i długie spostrzeganie poucza, że chorzy na achylję żołądka po wielu latach zapadają w końcu na typową niedokrewność złośliwą. Stwierdzono też, że w otoczeniu chorych na niedokrewność złośliwą znajduje się wyższy odsetek chorych na achylje żołądka, niż gdzieindziej.

Wiadomo, że achylja żołądkowa u chorych na niedokrewność złośliwą jest objawem stałym, która nie znika nawet po skutecznem leczeniu wątrobą.

Co cię tyczy roli achylji żołądka w powstawaniu niedokrewności złośliwej, wymienić można dwie hypotezy. Jedna z nich przyjmuję, że brak kwasu solnego w żołądku wpływa na powstanie i rozwój szczególnej flory bakteryjnej w przewodzie pokarmowym, co jest już bezpośrednią przyczyną powstania niedokrewności złośliwej. Druga hipoteza mówi o achylji, której istnienie stoi na przeszkodzie w wytwarzaniu czynnika pobudzającego narządy krwiotwórcze do czynności odtwórczej krwi. Czynnik ten ma się znajdować w jakiejś utajonej postaci w wątrobie ssaków. Ta druga hypoteza była też punktem wyjścia dla badań *Castle'go*.

Castle dawał spożywać człowiekowi zdrowemu 300 gr. mięsa wołowego a po 45—60 minutach wydobywał treść żołądkową, do której dodawał kwasu solnego (aż do ph 2,5—3,5) i wstawiał na 6—30 godzin do cieplarki. Po upływie tego czasu sączył treść przez płótno, zobojętniał ługiem sodowym (aż do Ph = 5.0) i treść tę wprowadzał zapomocą zgłębnika do żołądka chorego na niedokrewność złośliwą. Chory taki był na czczo 6 godzin, poczem znowu przez godzinę nie otrzymywał pokarmu, zresztą był żywiony djetą zwykłą (oczywiście bez wątroby).

Badanie to przeprowadzone na 10 chorych dało doskonałe wyniki, które nie różniły się w niczem od wyników uzyskanych zapomocą podawania wątroby. Dalsze badania przy użyciu surowego mięsa strawionego w cieplarce zapomocą treści żołądkowej ludzi zdrowych (treść uzyskiwano zapomocą zgłębnika po wstrzyknięciu histaminy) dały również bardzo zachęcające wyniki. Dalsze badania nad samem mięsem lub samym sokiem żołądkowym, nad pepsyną kupną, kwasem solnym, i t. d. pozwoliły na stwierdzenie, że istnieje ciało przeciwanemiczne, wrażliwe na gorąco, które powstaje przy zetknięciu się mięsa z sokiem żołądkowym. Chory na achylję żołądka b. długotrwałą nie dostarcza ustrojowi tego ciała, pobudzającego narządy krwiotwórcze, gdyż chory ten nie trawi mięsa w sposób odpowiedni. Natomiast ustrój takiego chorego może korzystać z tego ciała istniejącego w postaci czynnej w wątrobie ssaków.

Jakkolwiek badania te i otrzymane wyniki są wysoce interesujące ze stanowiska fizjologji i teorji, to jednak praktycznego zastosowania nie mogą znaleść. Dlatego też prowadzono dalej powyższe badania, zwróciwszy się do badań nad żołądkiem świni, gdyż fizjologja żołądka świni najbardziej jest zbliżona do fizjologji żołądka ludzkiego.

W tym celu rozpoczęto podawanie ludziom, chorym na niedokrewność złośliwą, dokładnie posiekany, opłókany żołądek świni z dodatkiem soku pomarańczy, pomidorów i t. p. dla smaku. Korzystne wyniki doprowadziły do fabrycznego wytwarzania preparatów z żołądka świni w analogji do preparatów z wątroby i w ten sposób uzyskano nowy wytwór z żołądka świni o smaku znacznie lepszym, aniżeli wyciągi wątrobowe. Dodać należy, że nowy ten preparat otrzymać można znacznie tańszym kosztem, niż preparaty z wątroby.

Badania nad tym nowym środkiem nie są jeszcze zbyt liczne, ale bardzo zachęcające. Być zatem może, że to wzbogacenie skarbca leczniczego pozwoli na leczenie chorych, opornych wobec wątroby, pozwoli też na kombinowane leczenie i wzmożenie dawki czynnika pobudzającego czynność narządów krwiotwórczych.

Odczulenie „per os" metodą Besredki w anafilaksji pokarmowej. (De l'anaphylaxie alimentaire et de la désensibilisation „per os" par le procédè de Besredka). R. Jahiel. *Presse médicale. nr. 51. 1930.*

Autor przypomina, że w anafilaksji Besredka przeprowadza odczulenie wprowadzając podskórnie minimalne dawki ciała uczulającego na pewien czas przed właściwą dawką danego ciała. W anafilaksji pokarmowej można podawac choremu per os małe dawki na godzinę przed właściwem spożyciem pokarmu szkodliwego. Ponieważ bardzo często nie znamy szkodliwego pokarmu, wywołującego objawy anafilaksji (np. pokrzywka) przeto *Pagniez i Pasteur Vallery-Radot* radzą podawanie małej dawki peptonu na godzinę przed posiłkiem; chodzi tu odczulenie nieswoiste.

Autor niniejszej pracy przypomina, że doskonała metoda „peptonowa" niestety niezawsze daje pożądane wyniki, a wobec nieznajomości szkodliwego pokarmu lub wobec istnienia wielu szkodliwych pokarmów, leczenie jest bardzo trudne i żmudne zarówno dla chorego, jak i dla lekarza. Wobec tego autor zastosował w dwu przypadkach ciężkich objawów anafilaksji pokarmowej (pokrzywka i obrzęk *Quinckego*) trwających uporczywie — leczenie zapomocą „małego posiłku"; to znaczy podawał on chorym na godzinę przed właściwym posiłkiem (np. obiadem) „mały posiłek" składający się ze wszystkich rodzajów pokarmów, wchodzących w skład właściwego posiłku. Oczywiście przedtem już oznaczył rodzaj odżywiania na parę dni w sposób bardzo ścisły. Dawki „małego posiłku" były bardzo nieznaczne np. 5 ccm mleka, jaje w ilości 1 naparstka i t. p. Początkowo „mały posiłek" nie wstrzymuje całkowicie napadów anafilaksji, choć są one znacznie słabsze, po paru dniach jednak objawy anafilaktyczne zupełnie nie występują. Leczenie to należy przeprowadzać czas dłuższy zwolna rozszerzając djetę chorego, dodając oczywiście małe ilości nowych pokarmów do „małego posiłku". W ten sposób chorzy, którzy do czasu przeprowadzenia leczenia cierpieli prawie codzień na silne napady — mogli być należycie odżywieni i uwolnieni od cierpienia.

Z. Gorecki.

O kilku błędach w stosowaniu insuliny u chorych na cukrzycę. M. Labbé. (De quelques erreurs dans l'emploi de l'insuline chez les diabétiques). *Presse méd. nr. 73, 1930.*

Autor podkreśla, że insulina wpływa nietylko na przemianę węglowodanową, ale, w cięższych przypadkach cukrzycy, także na przemianę białka i tłuszczu. Wskazanie do stosowania insuliny odnoszą się przedewszystkiem do ciężkich postaci cukrzycy i śpiączki cukrzycowej; w przypadkach lekkich stosuje się insulinę wyjątkowo i to przez krótki przeciąg czasu. Wpływ insuliny zależy od wysokości dawki, stopnia ciężkości cukrzycy oraz sposobu odżywiania.

Autor zaznacza, że sposób stosowania insuliny jest jednogłośnie ustalony przez badaczy wszystkich krajów, a mimo to spotyka się nieraz z grubymi błędami w stosowaniu insuliny przez lekarzy - praktyków. Błędy te są rozmaite.

1. Niektórzy lekarze sądzą, że insulina leczy cukrzycę i przepisując ten lek, pozwalają chorym na dowolne stosowanie sposobu odżywiania. Ponieważ 1 jednostka insuliny pozwala na przyswojenie przez ustrój 1 gr. do 1,25 gr. węglowodanów, przeto oczywistem jest, że np. dawka nawet 60 jednostek dziennie nie wiele pomoże, gdy chory spożywa na dobę 200 lub 300 gr. węglowodanów. Podobnie bez większego skutku będą „kuracje" krótkoczasowe, lub sporadyczne podawanie insuliny. Należy też pamiętać, że nawet prawidłowe leczenie insuliną doprowadza jedynie do wzmożenia tolerancji na węglowodany, a nie do istotnego uleczenia cukrzycy.

2. Insulinę, w cięższych przypadkach, należy stosować stale; przerwanie dowozu insuliny wywołuje natychmiast lub w krótkim czasie wystąpienie ostrych objawów cukrzycy i śmierć. Stąd też, niektórzy lekarze i chorzy porównywają insulinę do morfiny, mówiąc o przyzwyczajeniu siię do tego leku Porównanie to jest błędne, gdyż insulina zastępuje tylko u cukrzycowych wydzielanie wewnętrzne trzustki; a chory umiera po zaprzestaniu stosowania insuliny nie z powodu przyzwyczajenia się do tego leku, ale dlatego, że jego trzustka jest niewydolna. Chory taki przy insulinie żyje w względnym zdrowiu tylko dzięki jej; bez niej musiałby umrzeć.

3. Obawa przed wstrząsem insulinowym z powodu hypoglykemji jest o tyle niesłuszna, że jest bardzo łatwo zapobiec objawom hypoglykemji przez podanie doustne cukru lub jakichś innych węglowodanów, a nawet w czasie samego, najsilniejszego nawet wstrząsu, można chorego doprowadzić do prawidłowego stanu w ciągu paru minut przez do-

żylne wprowadzenie rozstworu cukru. Autor nie widział dotychczas ani jednego przypadku śmierci z powodu hypoglykemji poinsulinowej. Z obawy tego wstrząsu, niektórzy lekarze podają równocześnie z insuliną znaczne ilości cukru. Wówczas zakwaszenie ustroju zmniejsza się wprawdzie, ale hyperglykemja i jej skutki (np. cukromocz) mogą nawet wzrosnąć, jeżeli ilość węglowodanów przekracza fizjologiczną zdolność dawki insuliny. Niesłusznie zatem mówią ci lekarze o „bankructwie" insuliny, gdyż jest to tylko „bankructwo ich wiedzy". Insulinę należy wstrzykiwać na kwadrans przed posiłkiem, zawierającym, mniej więcej, tyle gramów węglowodanów, wiele jednostek insuliny wprowadzamy.

4. Insulinę należy stosować tylko podskórnie, lub domięśniowo, a w nagłych przypadkach dożylnie. Inne sposoby wprowadzania insuliny nie dały pożądanych wyników. Autor szczegołowo wylicza te próby i dochodzi do wniosku, że wypuszczanie do handlu pastylek insuliny powinno być sądownie karane. Działanie insuliny trwa do 8 godzin, naogół jednak krócej. Próby stosowania insuliny w oliwie, zamiast w roztworze wodnym, by przedłużyć działanie tego leku nie dały pożądanego skutku, o czem autor przekonał się na podstawie własnych badań.

Ropne zapalenie opłucnej z płynem cuchnącym, wywołane przez pneumokokki. Długotrwałe i powtarzające sie ropne zapalenie opłucnej na tle pneumokokków. (Pleurèsie purulente fètide à pneumocoques; pleurèsies purulentes à pneumocoques prolongées et à reprises. Nobécourt. *Paris méd. nr. 26, 1930.*

Autor przytacza historję choroby dziewczynki 10 letniej, która przed 7 laty przeszła zapalenie płuc, a od 4 lat cierpi na ropne zapalenie opłucnej, powtarzające sie, mniej więcej, co rok. W chwili przyjęcia t° — 37.8. Nakłucie wykazało obecność płynu ropnego, gęstego, zielonkawego o bardzo przykrej woni. Chorą poddano rezekcji żebra. Bakterjologiczne badanie płynu wykazało obecność pneumokokków.

Dieulafoy odróżnia 3 rodzaje płynów cuchnących: 1) płyny posocznicowe, 2) gnilne, 3) zgorzelinowe. Płyny posocznicowe są ropnymi; lecz różnią się od pozostałych brakiem ich cech, a mianowicie płyny gnilne wytwarzają gaz zarówno w jamie opłucnej (pneumo-pyo-thorax), jak i w hodowli, wywołany przez obecność drobnoustrojów, jak bacillus perfringens, b. ramosus, nebulosus, micrococcus foetidus; staphylococcus parvulus i inne. Wszystkie te drobnoustroje są beztlenowcami. Zapalenia opłucnej z płynem gnilnym przebiegają bez zgorzeli płuc lub opłucnej. Początek jest zazwyczaj ostry: dreszcze, gorączka, bardzo silny ból i kłucie w klatce piersiowej, kaszel i duszność. Oddech jest cuchnący, stan ogólny bardzo ciężki: żółtawa ziemista bladość skóry, skóra jest przytem sucha, język suchy, niekiedy wymioty, tętno słabo napięte, częste. Nad klatką piersiową stwierdza się objawy nagromadzenia się płynu i gazu. Rokowanie bardzo poważne, leczenie polega na zabiegu chirurgicznym. Płyn wydobyty jest, cuchnący gęsty, żółtawy lub brunatny, zawiera rozpadłe leukocyty i wiele drobnoustrojów. Podobny jest obraz, gdy mamy do czynienia z zapaleniem opłucnej z płynem zgorzelinowym. Wówczas płyn wydobyty posiada te same cechy, co płyn gnilny, a nadto zawiera strzępy tkanek, dotkniętych zgorzelą. Leczenie jak powyżej, a nadto zastosować należy surowicę przeciwzgorzelinową.

W końcu autor przytacza krótkie historje choroby, dotyczące dzieci, chorych na ropne zapalenie opłucnej na tle pneumokokków. Chodzi tu o podkreślenie, że zapalenia te mogą przeciągać się bardzo długo, gdyż lata całe, lub też może dojść do wyleczenia na czas jakiś, poczem zapalenie powraca znowu i to kilkakrotnie.

Leczenie tych przypadków może być bardzo ciężkie. Jeśli chodzi o zapalenia w dużej jamie opłucnej, wówczas zabieg operacyjny (resectio costae) daje niezłe wyniki; skoro jednak, co często ma miejsce, sprawa idzie głęboko w płucu, lub wśród licznych i zbitych zrostów, wówczas leczenie i rokowanie jest trudne i poważne. Nieraz bowiem niewiadomo, gdzie płyn się nagromadza i gdzie operować.

Rozpoznanie kamicy żółciowej bez powikłań. (Diagnostic de la lithiase vèsiculaire sans complications). M. Chiray i A. Lomon. *Paris médical nr. 26, 1930.*

Kamica żółciowa niepowikłana przebiega pod trzema postaciami: 1) postać żołądkowa, 2) kolka wątrobowa, 3) kamica żółciowa złośliwa, prowadząca do cholecystitis i pericholecystitis.

I. Postać żołądkowa kamicy żółciowej polega na odruchowych zmianach czynnościowych żołądka, wywołanych kamicą. Jest to sprawa chorobowa bardzo często występująca, a nieraz niewłaściwie rozpoznawana. Chorzy tacy skarżą się na wzdęcia brzucha, bolesne uczucie ciążenia w żołądku, zwłaszcza po jedzeniu, na odbijania. Badanie prom. Rentgena wykazuje żołądek atoniczny z okresowymi skurczami jego ścian i odźwiernika. Niekiedy stwierdza się periduodenitis. U innych chorych mogą występować napady ostrych bólów, z wymiotami. Badanie treści żołądkowej wykazuje bądźto nadmiar kwasu żołądka, bądź to ich niedobór a nawet brak.

Rozpoznanie jest trudne, gdyż objawy powyższe nieżytu żołądka w kamicy żółciowej nie różnią się od nieżytów żołądka, wywołanych nieodpowiedniem odżywieniem się, u alkoholików, we wrzodzie przewlekłym, z powodu periduodenitis, lub u wagotoników; lub też od nieżytów żołądka również odruchowego pochodzenia, lecz o odmiennym źródle, jak np. w cierpieniach jelit, w przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego, w perityphlitis, w przewlekłem zaparciu stolca, w cierpieniach nerek, narządów kobiecych i t. p. Dla ułatwienia rozpoznania autor przytacza następujące cechy postaci żołądkowej kamicy żółciowej:

1. Cierpienia omawianych chorych nie ulegają żadnym zmianom pod wpływem djety nawet bardzo ostrej, a nawet bywa, że pokarmy ciężko strawne raczej nie szkodzą.

2. Podobnie i leki uspakajające oraz podawanie zasad nie sprowadza ulgi w cierpieniach.

3. Dokładne badanie wykazuje trwałe, lecz bardzo nieznaczne żółtawe podbarwienie białek oczu, skóry brzucha, niektórych odcinków twarzy (koło ust, oczu).

4. Niektóre pokarmy są szczególnie szkodliwe, jak np.: tłuszcze, jaja, czekolada.

5. Bóle powstają lub wzmagają się po trzęsieniu, np. jazda po złych drogach.

6. Obmacywaniem stwierdzić można bolesność woreczka żółciowego, lub ogólną podżebrza prawego. Autorowie polecają badanie w pozycji siedzącej chorego, pochylonego ku przodowi, przy zwolnieniu napięcia mięśni brzucha podczas wdechu.

II. Kolka wątrobowa. Cechy tej postaci kamicy żółciowej są dostatecznie znane. Autorowie podkreślają jednak, że w podręcznikach wymienione są takie jednostki chorobowe, wchodzące w grę w rozpoznaniu różniczkowem, jakie w istocie rzeczy nie przypominają napadu kolki wątrobowej. Według autorów w rozpoznaniu różniczkowem uwzględnić należy, wrzód żołądkowo-dwunastniczy, colitis muco-membranacea (przyczem w stolcu pojawiają się twory, uważane za kamienie lub piasek żółciowy, podczas gdy według badań autorów w przeważającej części chodzi tu o twory pochodzenia jelitowego, gdyż badanie chemiczne wykazuje w nich obecność wapnia a nie cholesteryny), zastój w jelitach (przyczem wątroba może być powiększona, wskutek działania jadów pokarmowego pochodzenia) wreszcie, choroby nerek (a zwłaszcza kolka nerkowa, wodonercze) i zapalenie wyrostka robaczkowego, wysoko położonego.

Podkreślić też należy, że nawet po stwierdzeniu napadu kolki wątrobowej, niewiadomo jeszcze, czy chodzi w danym przypadku o kamicę żółciową, gdyż substratum bólu w kolce wątrobowej jest skurcz, bardzo bolesny, woreczka żółciowego, co może być wywołane też zapaleniem woreczka, bez kamieni. Rozpoznanie ustala dopiero zgłębnikowanie dwunastnicy i cholecystografja.

III. Złośliwa postać kamicy żółciowej przejawia się stałym i silnym bólem w prawem podżebrzu, Chory nie znosi najmniejszego ucisku na tę okolicę ciała. Zaburzenia żołądkowo-jelitowe są poważniejszej natury, gdyż często zapaleniu woreczka żółciowego, które wikła tę postać kamicy żółciowej, towarzyszy też zapalenie danego odcinka jelita z następowymi zrostami: (periduodenitis, perigastritis, pericolilis). Stan ogólny pogarsza się zarówno z powodu bólów, jak i ostrej djety; występuje wychudzenie i zaburzenia nerwowe. Badaniem fizykalnem stwierdza się ból okolicy wątroby i woreczka żółciowego, a nieraz opory w jamie brzusznej; które mogą być fałszywie tłomaczone.

Badania pomocnicze.

1. Badanie krwi wykażuje wzmożoną ilość cholesteryny. Należy jednak pamiętać, że niektóre inne stany chorobowe mogą wykazywać podobne zmiany, np. wagotonia. Obraz morfotyczny wykazuje zawsze leukocytozę neutrofilną. Nadto badać należy czas krwawienia i czas powstawania skrzepu, a to ze względu na możliwość krwotoków samorodnych oraz ze względu na ewentualny zabieg chirurgiczny.

2. Zgłębnikowanie dwunastnicy zapomocą zgłębnika *Einborna* oraz próba *Meltzer-Lyona* daje bardzo ważne wskazówki. Jak wiadomo, początkowo otrzymuje się przez zgłębnik jasną żółć. A., po wstrzyknięciu 30 ccm 33% siarczanu magnezu otrzymujemy w warunkach prawidłowych ciemną żółć B, pochodzącą z woreczka, wreszcie po kilkunastu minutach wypływa bardzo jasna żółć C. — Otóż w przypadkach kamicy żółciowej woreczek żółciowy jest często wyłączony tj. bądźto wypełniony kamieniami, bądź też skurczony wskutek zmian w ścianach, a zwłaszcza jego szyja, wobec czego po wstrzyknięciu siarczanu magnezu nie otrzymujemy żółci B. Niekiedy (w 1/4 przypadków) otrzymujemy jednak i w tych przypadkach żółć B (jeśli stan woreczka pozwala na nagromadzenie się żółci), lecz żółć ta, choć ciemna, zawiera znacznie mniejszą ilość cholesteryny oraz kwasów żółciowych, niżby ich zawierała w prawidłowym stanie.

3. Cholecystografja polega na prześwietleniu woreczka żółciowego promieniami Rentgena, po uprzedniem opróżnieniu woreczka żółciowego i podaniu choremu fenoltetrajodu. W tym celu autor podaje choremu śmietankę i jaja, co wywołuje opróżnienie woreczka żółciowego a potem podaje

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 HEPAR

Obfitość leczniczych składników mineralnych

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

Sezon od 20 Maja — 25 Września.

NOWOCZESNY ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

Przedstawicielstwo na Polskę:
Tow. „UNITAS", Miodowa 10. Warszawa.

fenoltetrajod, który wydziela się do żółci, a w woreczku żółciowym ulega zagęszczeniu. Jeżeli woreczek jest wyłączony (z powodu wypełnienia szczelnie kamieniami i t. p. — patrz wyżej) wówczas na zdjęciu może całkowicie nie wystąpić: w pewnym odsetku przypadków mimo to mogą wystąpić cienie kamieni. Jeśli zaś woreczek jest niewyłączony (¼ przypadków), wówczas kamienie występują nieraz b rdzo wyraźnie. Nadto prześwietlenie przewodu pokarmowego może nam nieraz dać pośrednie dowody kamicy żółciowej przez wystąpienie zniekształceń dwunastnicy i t. p.

Szczególnie cenne dane otrzymujemy wykonując oba badania. Nieraz spotyka się jednak niezgodność wyników np. woreczek żółciowy jest wyłączony dla fenoltetrajodu, a zapomocą zgłębnika otrzymujemy żółć B. Dzieje się to wowczas, gdy np. kamienie zamykają czasowo ujscie woreczka żółciowego, W razie gdy zarysy i cień woreczka żółciowego przy cholecystografji są prawidłowe, a zgłębnikowanie wydobywa prawidłową żółć B, wówczas przypuszczalne rozpoznanie kamicy żółciowej upada a tłomaczenia objawów chorobowych szukać należy gdzieindziej.

O mechanizmie omdleń. Rola dopływu krwi do serca. (Du mècanisme de la syncope. Rôle de la circulation de retour). Ch. Laubry i A. Tzanck. *Soc. méd. des hopit. Nr. 21 1930.*

Monier-Vinard i *Desmarest* opisali niezwykły i długotrwały spadek ciśnienia krwi, obserwowany u chorego na nadciśnienie tętnicze w czasie nakłucia lędźwiowego, które wywołało omdlenie chorego. Autorowie ci odnoszą powyższy spadek do nagłego osłabienia serca, znacznego stopnia. *Laubry i Tzanck* nieraz spostrzegali to samo w czasie omdlenia, sądzą oni jednak, że przeciwnie chodzi o co innego, aniżeli o nagłe i znaczne osłabienie serca (czyto pochodzenia mięśniowego, czyteż nerwów serca, zaburzeń w gruczołach o dokrewnem wydzielaniu, lub w układzie autonomicznym serca).

Omdlenie jest bezwątpienia wywołane niedostatecznem wypełnieniem naczyń tętniczych lub nawet brakiem w nich krwi i niedokrwieniem mózgu. Przyczyną jednak powyższego stanu jest nie tyle osłabienie serca, alc niedostateczny dopływ krwi do serca, które wówczas kurczy się napróżno, nie mając krwi, którąby mogła wypełnić układ tętniczy.

Autorowie nakłuwali serce w przypadkach omdleń, przyczem przekonali się, że istotnie krew nie wypływa z igły, mimo dostatecznych skurczów serca. Natomiast wstrzyknięcie płynu fizjologicznego do jam serca wykazywało, że serce się kurczy silnie, gdyż wówczas płyn gwałtownie wytryskiwał przez igłę. W innych doświadczeniach autorowie skrwawiali psy, wypuszczając średnie dawki krwi 100 ccm. i wprowadzając na ich miejsce te same dawki płynu fizjologicznego. W doświadczeniach tych badanie krwi wykazywało stopniowy spadek liczby krwinek czerwonych. Skoro spadek ten osiągnął liczbę 1.500,000 na 1 mm³, wówczas dalszy upust krwi dawał niższe liczby krwinek na dowód, że krążenie ustało, a upusty krwi i wpuszczanie płynu dawały tylko mieszaninę krwi z płynem, będącym w naczyniach krwionośnych, lecz bez ruchu. Krew zatem nie krążyła, lecz zalegała. Serce mimo to pracowało, a śmierć zwierzęcia nastąpiła dopiero parę minut potem. I tu zatem spadek ciśnienia i ustanie krążenia wywołane byłoniedostatecznym dopływem krwi do serca, a może nawet brakiem tego dopływu.

Zmiany w obrazie morfotycznym krwi pod wpływem jadów i leków. Wpływ układu wegetatywnego na regulację krwi. (Variations de la formule leucocytaire par actions toxiques et medicamenteuses. Influence du système nerveux végétatif sur la regulation sanguinè). J. Tinel i J. Henrion. *Soc méd. hôpit. Nr. 22. 1930.*

Autorowie przypominają, że jeden z nich (*Tinel*) w Santenoise badał przed laty krew pod wpływem bólu, gniewu, emocji, ucisku na gałki oczne i t. p. Wyniki tych badań wskazywały, że pod wpływem wymienionych czynników spadała znacznie liczba ciałek białych, przyczem obniżał się odsetek leukocytów wielojądrzastych, a wzrastał odsetek limfocytów. Obraz ten przypominał zatem wstrząs hemoklastyczny, opisany przez *Widala* Dalsze badania wykazały, że zmiany powyższe były tylko we krwi z naczyń włosowatych, gdyż krew żylna (z żyły łokciowej) zmian tych nie wykazywała. Chodziło tam zatem o odczyny naczyniowe a nie reakcji krwi.

Zmiany w obrazie krwi, będące tematem niniejszej pracy są istotnie zmianami krwi, a nie odczynem naczyń. Autorowie stwierdzili leukopenje, monocytozę, i lekką eozynofilję we krwi u osobników chorych i zdrowych, którzy oddawali się nałogowi p a l e n i a t y t o n i u. Dalsze badania wykazywały, że podobne zmiany we krwi wywołuje też przyjmowanie g a r d e n a l u.

Porównawcze badania nad wpływem adrenaliny, skopolaminy, atropiny, pilokarpiny, ergotaminy, wykazały również zmiany w obrazie krwi, przyczem zmiany te były różne zależnie od stosowanego środka. Ponieważ badania ostatnie dotyczą drażnienia lub porażenia nerwu błędnego lub współczulnego, a nikotyna i gardenal wpływają również na układ wegetatywny, przeto nie ulega kwestji, że środki drażniące nerw błędny wywołują zmiany istotne krwi, polegające na leukopenji, monocytozie i lekkiej eozynofilji, podczas gdy drażnienie nerwu współczulnego wywołuje zmiany, przeciwne do wyżej opisanych. Należy tu zaznaczyć, że używanie morfiny i heroiny nie wywołuje zmian w obrazie krwi także i u narkomanów.

Pięć przypadków guzów mózgu operowanych z powodu rzekomego zapalenia wyrostka robaczkowego. (Cinq cas de tumeurs cerèbrales, opérés pour l'appendicite). J. Haguenau. *Soc. méd. hopit. Nr, 24, 1930.*

Autor podaje krótkie historje choroby pięciu chorych, którzy z powodu nagłych wymiotów byli poddani operacji wycięcia wyrostka robaczkowego. Szósty przypadek, analogiczny do poprzednich, był już przeniesiony na oddział chirurgiczny celem operacji, gdy badanie autora wraz z *Sicardem* wykazało omyłkę rozpoznawczą. We wszystkich tych

przypadkach chodziło o guzy mózgu. Autor badał tylko ostatniego chorego przed operacją.

Autor zadaje sobie trzy pytania: 1) czy rodzaj wymiotów wskazywał dostatecznie na naturę cierpienia (guzy mózgu)? 2) Czy objawy towarzyszące wymiotom, były wyraźnie zaznaczone? 3) Czy wczesne wymioty są charakterystyczne dla pewncgo rodzaju guzów mózgu?

Co do pierwszego pytania autor odpowiada, że wymioty te nie były typowe, lecz zawsze występowały w zależności od ruchów chorego, Co do pytania drugiego, autor odpowiada, że u szóstego chorego brak było objawów brzusznych, a napinanie mięśni brzucha występowało tylko podczas wymiotów. U trzech innych, według wymiotów sądząc, na sprawę mózgową wskazywały silne bóle głowy. Co się tyczy trzeciego pytania, autor odpowiada, że niema wprawdzie zależności między rodzajem guza mózgu a wczesnemi wymiotami, ale wymioty wczesne zdają się występować wobec szczególnego umiejscowienia się guza.

Albowiem na 5 przypadków 3 były operowane: w dwu przypadkach chodziło o guz móżdżka, względnie o guz dookoła wodociągu *Sylwiusza*, w trzecim przypadku chodziło o liczne hydatidy mózgu.

Autor sądzi zatem, że o ile wymioty wystąpią przed innymi objawami guza mózgu, wówczas te wczesne wymioty zdają się wskazywać na umiejscowienie guza w linji środkowej.

Ciśnienie tętnicze w gruźlicy płuc. (Etude des tensions artèrielles chez les tuberculeux pulmonaires dans leur rapport avec l'activité des lèsions). E. Leuret i J. Caussimon. *Revue de med. Nr. 7, 1930.*

Autorowie oznaczali po wiele razy ciśnienie tętnicze u kobiet chorych na gruźlicę płuc i dochodzą do wniosku, że wbrew klasycznym danym, u chorych gruźliczych nie zawsze spotyka się obniżone ciśnienie krwi. U chorych takich spotyka się rozmaite ciśnienia krwi bez żadnej zależności od stopnia schorzenia i od postaci gruźlicy. Natomiast badając ciśnienie krwi (skurczowe i rozkurczowe) oraz wskaźnik oscylometryczny (przyrządem Pachona) u tego samego chorego w ciągu choroby można niekiedy obserwować, jak w czasie wystąpienia nawrotu choroby lub pogorszenia wzrasta ciśnienie skurczowe, zwiększa się wskaźnik oscylometryczny i zwiększa się stosunek $\frac{mx}{mn}$ (mx=ciśnienie skurczowe, mn = ciśnienie rozkurczowe). Gdy odporność ustroju słabnie i choroba dalej sie rozwija, wówczas ciśnienie skurczowe spada, zmniejsza się wskaźnik oscylometryczny a stosunek $\frac{mx}{mn}$ zbliża się do jedności.

Śmierć nagła u alkoholików z krwiotocznem zapaleniem trzustki. (Mort subite chez des ethyliques avec pancreatite hemorrhagique). E Aron i A. Jacob. *Soc. méd. des hopit. Nr. 25, 1930.*

Autorowie opisują następujący przypadek: w nocy przywożą chorego lat 59 z powodu duszności z objawami zatrucia alkoholem i charakterystyczną zoopsją. Badanie fizykalne wykazuje jedynie przekrwienie u podstawy płuc. W nocy chory nagle umiera. mimo, że stan jego przed śmiercią nie przedstawiał żadnych podstaw do obaw o życie. Badanie pośmiertne wykazało przekrwienie podstawy płuc i ogromny krwjak trzustki, zwłaszcza jej ogona, przy nietkniętej torebce gruczołu. Zresztą nie wykazano żadnych zmian, w szczególności w narządzie krążenia.

Autorowie przeglądnęli protokuły sekcyjne Instytutu anatomji patologicznej Strassburga, gdzie znaleźli jeszcze cztery analogiczne sekcje w latach 1928 i 1929. Udało się też zebrać szczegóły kliniczne tych czterech przypadków, przyczem okazało się, że we wszystkich przypadkach nastąpiła nagła śmierć u zatrutych alkoholem, a na sekcji we wszystkich przypadkach stwierdzono ostry krwotok trzustki. Tylko w jednym przypadku obok powyższej zmiany stwierdzono też zapalenie mięśnia sercowego. Rzecz charakterystyczna, że przed śmiercią ani jeden z chorych nie doznawał i nie skarżył się na bóle w jamie brzusznej. Badanie drobnowidowe wykazało w przypadku autorów zmiany w interstitium, jako pierwotne, zmiany miąższowe są jedynie skutkiem tamtych zmian. W odnośnem piśmiennictwie dają się znaleźć liczne wzmianki o szczególnej wrażliwości trzustki na rozmaite jady a w szczególności na alkohol. Z powyższemi zmianami należy się liczyć w razie nagłej śmierci alkoholików.

Ostry obrzęk płuc natury nerwowej. (L'oedème aigu du poumon de cause neurotonique). Ed. Doumer. *Soc. med. des hopit. Nr. 25, 1930.*

Autor podaje następującą historję choroby:

Chora lat 58, która bez dolegliwości przeszła climacterium, cierpiała przed 3 laty na neuralgiczne i gośćcowe bóle w kończynach i w klatce piersiowej. Gdy dolegliwości te ustąpiły, pojawiło się coraz znaczniejsze osłabienie, schudnięcie, skłonność do zmian usposobienia i t. p. Później wystąpiły bicia serca w postaci napadowej, przed paru miesiącami dołączyły się jeszcze gwałtowne poty, a od paru tygodni chora skarży się na gwałtowną duszność w nocy, około 12 lub 3-ciej godziny. W dzień chora nie odczuwa żadnej duszności, nawet po małych wysiłkach. Autor widział chorą podczas takiego napadu duszności i chora odpluła szklankę pienistej, wodnistej plwociny, różowo zabarwionej, zawierającej 1.4% białka. Przysłuchem stwierdzono objawy obrzęku płuc. Na drugi dzień nie można było stwierdzić żadnych zmian nad płucami. Tony serca prawidłowe, tętno również, ciśnienie krwi 150/85 mm Hg. Rentgenologicznie wielkość serca i aorty prawidłowa, płuca bez zmian. Mocz bez zmian. We krwi ujemny, mocznik 0.31%. Podawanie ouabainy (1½ mlgr. dziennie) bez skutku, natomiast podawanie trae belladonnae 5 kropel po obiedzie a 10 kropli wieczorem usunęło zupełnie duszność w nocy i inne objawy obrzęku płuc, Po pewnym czasie belladonna przestała działać tak skutecznie, wobec czego chorej przepisano wyciąg z tarczycy w dawce 0,15 gr. dziennie przez 8—10 dni poczem przerwa 3 tygodniowa. Od tego czasu (6 miesięcy) chora na nic się nie skarży, poty również zginęły zupełnie,

Autor podnosi, że w piśmiennictwie liczne są wzmianki o odruchowo-nerwowem pochodzeniu obrzęku płuc, wywołanego zmianami naczyniorucho-wemi w płucach. Np. spostrzegano obrzęk płuc zaraz po nakłuciu opłucnej, lub po nakłuciu jamy

brzusznej, jeszcze przed wypuszczeniem płynu. W przypadku autora nie było jednak tego rodzaju, choć pośredniej przyczyny. Dobry skutek otrzymany po podawaniu belladonny, wskazuje, że przyczyną obrzęku płuc było wzmożone napięcie nerwu błędnego; natomiast znawca układu wegetatywnego Laiguel-Laoastino przypisuje powstanie obrzęku płuc raczej podrażnieniu zakończeń nerwu współczulnego. Badania doświadczalne wykazują, że wstrzyknięcie adrenaliny (a więc podrażnienie nerwu współczulnego) wywołać może obrzęk płuc, w tych doświadczeniach jednak gra też rolę serce, nie podobna przeto z tych danych wyprowadzać bezpośrednich wniosków o patogenezie obrzęku płuc, gdyż być może, że przyczyna tego objawu idzie od serca do płuc drogami nerwowymi. Autor przypomina też, że właśnie podrażnienie nerwu błędnego wywołuje rozszerzenie się naczyń krwionośnych w płucu i przesiąkanie płynu, podczas gdy podrażnienie zakończeń n. współczulnego wywołuje zwężenie się naczyń.

W klinice spostrzega się najczęściej obrzęk płuc, jako wyraz osłabienia lewej komory serca, co wywołuje zastój krwi w krążeniu małem tj. w płucach. Obrzęk taki widujemy osobliwie w przypadkach zmian chorobowych tętnicy głównej i w nadciśnieniu tętniczem. Autor podnosi, że ten mechanizm powstawania obrzęku płuc ma słabe strony, gdyż największy zastój płucny spotykamy w zmianach ujścia żylnego lewego, a obrzęk płuc w tych wadach serca występuje rzadziej w porównaniu z tamtymi chorymi. Dlatego autor sądzi, że nie mechaniczna przyczyna (zastój krwi) wywołuje obrzęk płuc, ale że chodzi i tu raczej o sprawę odruchową.

Autor mniema też, że ważne jest podłoże neurotoniczne ustroju chorego na wadę aorty i że to podłoże nie mało sprzyja powstaniu obrzęku płuc drogą odruchu.

Dobry skutek stosowania belladonny w obrzęku płuc skłonił autora do spróbowania tego leku także w przypadkach zmian aortalnych. W kilku przypadkach skutek był nieszczególny, w innych jednak przypadkach, w których ouabaina, dożylnie wprowadzona, dawała tylko przejściową poprawę, tra belladonnae w dawkach 15 — 20 kropel dziennie pomagała na czas dłuższy, Niestety obserwacje te są jeszcze bardzo nieliczne, na przyszłość autor zamyśla stosowac atropinę podskórnie.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA.

Badania doświadczalne nad wpływem przecięcia rdzenia na zachowanie się ciśnienia tętniczego. (Etude expérimentale de l'influence de la section de la moelle sur la pression artérielle). R. Leriche i Fontaine. *La Presse Méd. Nr. 74, wrzesień 1930.*

Jak wiadomo z fizjologji, przecięcie rdzenia na wysokości D VII powoduje porażenne rozszerzenie naczyń kończyn dolnych, takież przecięcie na poziomie D III — porażenie naczyń wszystkich czterech kończyn, wreszcie przecięcie rdzenia powyżej C VII — ogólne porażenie naczyń, któremu zawsze towarzyszy znaczne obniżenie ciśnienia krwi tętniczej. To obniżenie ciśnienia krwi z czasem wyrównuje się w miarę objęcia czynności wyższych ośrodków naczyniowych, opuszkowych. przez niżej położone, rdzeniowe i pozardzeniowe.

Doświadczenia autorów polegały na przecięciu u psów, w uśpieniu morfinowo-somnifenowem, rdzenia kręgowego między D X i D II, wykonanem ściśle według wymagań techniki operacyjnej. Zoperowano w ten sposób 10 psów. W czasie samego zabiegu i następnie przez 4 godziny potem notowano stale ciśnienie krwi na tętnicy szyjnej zapomocą manometru *Franka*. W wyniku tylko u dwu psów stwierdzono obniżenie ciśnienia krwi, u pozostałych ciśnienie to pozostało bez zmiany.

Z doświadczeń tych autor wyciąga następujące wnioski.

Rola ośrodka naczyniowego opuszkowego nie jest bynajmniej tak duża, jak na to patrzano dotychczas, zachowanie ośrodków rdzeniowych wystarcza w zupełności do regulowania ciśuienia tętniczego i światła poszczególnych tętnic (gry naczyniowej). Dlatego też ciśnienie u 8 psów po przecięciu rdzenia nie uległo zmianie. Co zaś do pozostałych dwu psów, to tu spadek ciśnienia autorowie uzależniają wyłącznie od większej utraty przez nie krwi, która miała miejsce w czasie operacji wskutek uszkodzenia splotów żylnych.

Wogóle w powstawaniu wstrząsu pooperacyjnego i pourazowego gra dużą rolę mniejsza lub większa utrata krwi. która nagle sprowadza zaburzenie równowagi naczynioruchowej, powodując przez to spadek ciśnienia krwi. przyczem wywołana przez tę utratę krwl niedokrwistość sama gra tutaj rolę znacznie mniejszą.

I dlatego też w czasie operacji należy zawsze do minimum redukować wszelką utratę krwi, gdyż ona jest właśnie tym czynnikiem, od którego najbardziej zależy powstanie i nasilenie wstrząsu pooperacyjnego.

Szczepienia ochronne przed operacjami na żołądku. (La vaccination pré-opératoire en chirurgie gastrique). Murard. *La Presse Méd. Nr. 76, wrzesień 1930.*

Szczepienia te mają na celu ustrzeżenie chorego przed powikłaniem okresu pooperacyjnego—po operacjach w górnej połowie brzucha, zwłaszcza na żołądku — schorzeniem płuc. Przebiega ono w dużej liczbie przypadków pod postacią anatomo-patologiczną tak zwanej pooperacyjnej, mniej lub więcej ograniczonej niedodmy płucnej, powstałej na drodze zatkania światła oskrzela czopem śluzowym lub zaburzeń ruchowych ze strony mięśniówki oskrzeli. Tylko w niektórych przypadkach przychodzi do powstania rzeczywistego ogniska zapalnego w płucach na drodze zatoru zakażonego. Jedynie u tych ostatnich chorych można liczyć na wyniki dodatnie przedoperacyjnego szczepienia ochronnego.

Szczepienie takie musi odpowiadać zasadniczemu warunkowi wszelkich szczepień ochronnych to jest — być swoistem. I tutaj natykamy się na słabą stronę owej metody leczniczej, polegającą na trudności przygotowania odpowiedniej szczepionki, gdyż szczepionka taka powinna zawierać wszelkie drobnoustroje, które mogą być przeniesione do płuc wraz z zatorami w okresie pooperacyjnym. Technicznie jest to bardzo trudne do przeprowadzenia, chociażby dlatego, że niepodobieństwem jest wyosobnić wszystkie mogące tutaj grać rolę (pochodzenia żołądkowego) gatunki drobnoustrojów.

Jak wykazały odnośne badania (próbne szczepienia doskórne), tylko 15% wszystkich chorych wykazuje wrażliwość na tego rodzaju zakażenie i właściwie tylko ci chorzy wymagają przedoperacyjnych szczepień ochronnych.

Autor zastosował te szczepienia u 79 chorych poddanych następnie operacji na żołądku. Używa wielowartościowej szczepionki J. O. D (dwoinki zapalenia płuc, łańcuszkowce, gronkowce, bac. tetragenes i micrococcus catarrhalis), na 3 dni przed operacją wstrzykiwał 1 cm³, w przeddzień operacji 1,5 cm³ i tyleż nazajutrz po operacji.

Otrzymał następujące wyniki: powikłania płucne wystąpiły u 11 chorych (14%) i u dwu z nich doprowadziły do zejścia śmiertelnego. A ponieważ wogóle częstość występowania pooperacyjnych powikłań płucnych u chorych nieszczepionych wynosi 15%, więc wynik szczepień, przeprowadzonych przez autora, należy ocenić jako całkowicie ujemny.

Zaburzenia w trawieniu w przebiegu sztucznej odmy opłucnowej. (Les troubles digestifs au cours du pneumothorax artificiel). Bonafe i Mollard. *La Presse Méd. Nr. 76, wrzesień 1930.*

Są to zaburzenia o charakterze ogólnym lub miejscowym.

Zaburzenia miejscowe dotyczą żołądka (najczęstsze — 7% wszystkich przypadków) kiszek i wątroby.

Objawy ze strony żołądka polegają na uczuciu pełności po zjedzeniu nawet niewielkiej ilości pokarmów; odbijaniach, mdłościach i wymiotach. Mechanizm powstawania tych objawów jest niejasny. Pewne znaczenie ma tutaj ucisk obniżonej połowy przepony na żołądek; poza tem, w pewnych przypadkach zaburzenia te powstają na drodze odruchowej, z punktem wyjścia odruchu w uciśniętem płucu.

Objawy kiszkowe polegają na przejściowych biegunkach o charakterza nieswoistym, jakkolwiek w niektórych przypadkach objaw ten jest następstwem szybszego rozwoju w kiszkach procesu gruźliczego.

Ze strony wątroby sztuczna odma piersiowa może wywołać bóle o charakterze kolki żółciowej. Zwykle chodzi tu o osobników z chorym pęcherzem żółciowym, u których obniżenie przepony i wątroby powoduje napinanie się zrostów otrzewnowych dookoła pęcherza.

Zaburzenia ogólne polegają na zupełnej utracie łaknienia i następowem wychudzeniu, ich mechanizm jest zupełnie ciemny, być może grają tu rolę pewne zmiany w chemiźmie spalania w ustroju.

Wszystkie powyższe zaburzenia mają charakter przejściowy i są naogół natury dobrotliwej.

Mechanizm powstawania żółtaczki w przebiegu zatkania przewodu żółciowego wspólnego. (Le mécanisme de l'ictère dans l'obstruction du choledoque). Garnier i Prieur. *La Presse Méd. Nr. 78, wrzesień 1930.*

Sądzono dotychczas ogólnie, że żółć, która na drodze swego odpływu do dwunastnicy natrafia na przeszkodę mechaniczną nie do przezwyciężenia, przechodzi tem samem do krwiobiegu i wywołuje żółtaczkę. Tak jednak nie jest; zagadnienie to nie przedstawia się bynajmniej tak prosto. Niejednokrotne spostrzeżenia kliniczne wykazały, że zupełna nawet niedrożność przewodu żółciowego wspólnego w pewnej liczbie przypadków nie pociągnęła za sobą żółtaczki.

Cały szereg autorów wykonał w ostatnich latach odnośne doświadczenia na zwierzętach. I otóż okazało się, że podwiązanie przewodu żółciowego wspólnego wywołuje jedynie zagęszczenie bilirubiny we krwi (i to, zdaje się przejściowe), które samo przez się nie jest jeszcze w stanie spowodować żółtaczkę. Potrzebny jest tutaj czynnik dodatkowy, a mianowicie: miejscowe zakażenie lub zatrucie. Czynnik ten jednocześnie podtrzymuje wydzielanie żółci przez wątrobę, które to wydzielanie w przypadkach niedrożności przewodu wspólnego czystych, niepowikłanych zostaje prawie automatycznie zahamowane (analogicznie do wodonercza w przebiegu zatkania moczowodu); to zahamowanie wydzielania w związku z zatkaniem przewodu wyprowadzającego dotyczy nie tylko wątroby, ale całego szeregu innych gruczołów. Innemi słowy, nie w każdym przypadku niedrożności przewodu żółciowego wspólnego wystąpi żółtaczka, gdyż potrzeba do tego jeszcze czynnika zakaźnego lub toksycznego, przyczem nie chodzi tutaj zasadniczo o zapalenie samych przewodów żółciowych (angiocholitis infectiosa), a poprostu o działanie swoiście żółciopędne pewnych gatunków drobnoustrojów — w znaczeniu pobudzania wątroby do wydzielania żółci.

Szlam Ług Borowina

Ciechocińskie

Najlepsze krajowe lecznicze środki kąpielowe umożliwiają przeprowadzenie skutecznych kuracji domowych chorym

NA:

WADLIWĄ PRZEMIANĘ MATERJI. CHOROBY UKŁADU NERWÓW. ARTRETYZM. REUMATYZM. i t. p.

świetne w leczeniu

PRZEWLEKŁYCH I ZAPALNYCH CHORÓB KOBIECYCH.

Uwaga: Najskuteczniejsze są kąpiele ze szlamu i z ługu

Najprzyjemniejsza djetetyczna, radjoczynna gazowana CIECHOCIŃSKA STOŁOWA WODA DO PICIA Nr. 8

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH APTEKACH I SKŁADACH APTECZNYCH.

Wyłączna reprezentacja.

Towarzystwo Handlowo - Przemysłowe

„REAL"

Warszawa Widok 24. — Tel. 85.30 i 513-05.

Pewną rolę gra tutaj i pęcherz żółciowy, który ma własność stężania żółci i magazynowania jej pod tą postacią, a z drugiej strony — wywiera w pewnych przypadkach wpływ hamujący na jej wydzielanie, U zwierząt, pozbawionych pęcherza żółciowego, żółtaczka występowała znacznie łatwiej i szybciej.

Wtórny rak otrzewnej. (Le cancer secondaire du péritoine). Cottolorda i Caire. *Lyon Chirurg XXVII — Nr. 4, lipiec — sierpień 1930.*

Wtórny rak otrzewnej rozwija się zwykle między 40 a 50 rokiem życia, częściej u kobiet niż u mężczyzn; swoje ognisko pierwotne ma najczęściej w jajnikach lub żołądku, jakkolwiek zdarza się rozsianie raka na otrzewnej i z punktem wyjścia w gardle.

Zmiany anatomo-patologiczne polegają zasadniczo na obecności: puchliny brzusznej (ascites), rozsianych ziarnistości i guzów. Płyn bywa zwykle wolny, z dużą domieszką krwi. składniki postaciowe raka rzadko udaje się w nim wykryć. Spotkane na otrzewnej małej miednicy, pętli cienkich i sieci ziarenka rakowe są od wielkości prosa do soczewicy, barwy szarawej, różne zupełnie od gruzełków swoistych, jednakże przypominają czasami łudząco te twory ziarninowe, które zjawiają się na otrzewnej przy obecności w niej mikroskopowych ciał obcych. Owe ziarnistości rakowe zlewają się zczasem, tworząc duże guzy szarawe lub żółtawe, kruche bardzo, umiejscowione najczęściej w małej miednicy i ponad nią, wywołujące wtórnie ucisk na kiszki, żyłę wrotną i główną dolną (v. cava inf.), i w późnym okresie przekształcające wszystkie kiszki w jeden konglomerat, jedną masę.

W obrazie klinicznym ognisko pierwotne nie daje często prawie żadnych objawów, choroba pozornie zaczyna się odrazu rozsianiem się raka po otrzewnej — przyczem objawy kliniczne z początku bywają bardzo nikłe i niecharakterystyczne. Typowemi objawami (późnemi) są: puchlina brzuszna, obecność guzów, niedrożność jelitowa.

Dla puchliny charakterystycznem jest szybkie zbieranie się płynu po jego wypuszczeniu. Guzy są umiejscowione zwykle w podbrzuszu, na talerzach biodrowych, znacznie rzadziej — w podżebrzach, zlewają się ze sobą w jedną twardą masą bolesną przy ucisku i niewyraźnie odgraniczoną.

Objawy niedrożności jelitowej przypominają takież w przebiegu zwykłej ostrej niedrożności jelita cienkiego. z tą różnicą, że utrzymują się przez czas długi i nie sprowadzają znaczniejszego zaburzenia w stanie ogólnym.

Co do przebiegu klinicznego rozróżniamy: postać ostrą (carcinosis miliaris), przewlekłą i nawrotową (z remisjami). Co do umiejscowienia — postać ponadpępkową, miedniczną, sieciową i uogólnioną. Widuje się również w pewnej liczbie przypadków, zresztą wcale nierzadkich, przejście raka na opłucną.

Leczenie. W olbrzymiej większości przypadków przejście raka na otrzewną uniemożliwia tem samem zastosowanie leczenia operacyjnego, jakkolwiek zawsze należy próbować, w celach wywiadowczych, otwarcia brzucha. Niestety, w dużej liczbie przypadków nawet takie wywiadowcze otwarcie brzucha sprowadza szybkie i znaczne pogorszenie w stanie chorych. Naświetlanie brzucha radem lub też promieniami Roentgena również pozostaje tu bez wyniku. Choroba zwykle w ciągu kilku miesięcy doprowadza do nieuchronnego zejścia śmiertelnego.

Stosowanie dożylne bakterjofaga w przypadkach ostrego zapalenia szpiku kostnego. (Le bactériophage intraveineux dans l'ostéomyélite aigue). Tavernier *Lyon Chirurg. XXVII — Nr, 4, lipiec—sierpień 1930.*

Pomyślne wyniki dożylnego stosowania bakterjofaga w przebiegu ogólnego zakażenia gronkowcowego spowodowały autora do wypróbowania tego środka w przypadkach ostrego zapalenia szpiku kostnego kości długich. Wstrzykiwał dożylnie 2,5 cm^3 bakterjofaga przeciwgronkowcowego u dzieci kilkoletnich, specjalnie przygotowanego do dożylnego użytku, rozcieńczonego przed wstrzyknięciem 20 cm^3 roztworu fizjologicznego. Wystarcza jedna dawka. Wstrzykiwać należy bardzo wolno. Wyniki otrzymywał bardzo dobre, wstrząsu ani żadnego innego ubocznego szkodliwego działania nie spostrzegał. Objawy ogólnego zakażenia znikały zupełnie po 2 — 3 dniach, zaś objawy miejscowe — conajmniej przycichały, Tylko w jednym przypadku leczenie to pozostało bez skutku, prawdopodobnie albo naskutek niewrażliwości danych drobnoustrojów na działanie bakterjofaga, albo też — obecności we krwi chorego danego antibakterjofaga.

W późnych okresach zapalenia szpiku kostnego autor próbował stosować bakterjofaga miejscowo — wstrzykiwał do jamy ropni przykostnych, zwilżał nim sączki gazowe, wprowadzane do rany pooperacyjnych — jednak wyraźnej poprawy po tem nie spostrzegał.

Odruchowy bezmocz i wyniki jego leczenia. (Anurie réflexe. Double decapsulation sans rèsultat. Nèphrotomie droite. Guèrison). Gayet i Kocher. *Lyon Chirurg. XXVII-4, lipiec — sierpień 1930.*

Bezmocz w następstwie cewnikowania moczowodu widuje się dosyć często, ale zwykle zaraz po wyjęciu cewnika lub w parę godzin po tem mocz zaczyna się wydzielać prawidłowo. Dużą rolę gra tutaj pobudliwość układu nerwowego i chwilowy stan psychiki chorego (obawa), co jest zresztą zupełnie zrozumiałe ze względu na charakter odruchowy tego bezmoczu,

Podobnie, jak zgłębnikowanie moczowodów, mogą wywołać bezmocz wszelkie inne urazy, spotykające układ moczowy na całej jego długości, np. wstrzykiwanie roztworu lapisu do tylnej cewki, rozszerzanie cewki moczowej, podwiązanie jednego z moczowodów lub obecność w nim kamienia, W jednym przypadku zupełnego bezmoczu w następstwie rozszerzania zwężonej w jednem miejscu cewki moczowej, który utrzymywał się w przeciągu pięciu dni, chory zmarł pomimo wykonania operacji nacięcia nerki.

Leczenie farmakologiczne bezmoczu odruchowego zwykle pozostaje bez wyniku. Uciec się wówczas trzeba do zabiegu operacyjnego. Operacją z wyboru jest odłuszczenie torebki nerkowej (decapsulatio), które naogół daje tutaj wyniki bardzo dobre. W jednym przypadku bezmoczu odruchowe-

KOFEINA I PRZEWÓD POKARMOWY.

Sądzimy, iż zestawienie w niniejszem i następnych ogłoszeniach opinji naukowych dotyczących powyższego tematu, powinno wzbudzić powszechne zainteresowanie.

NORMAND, J.: Grundriss der diätetischen Therapie innerer Krankheiten.

Kawa zawierająca kofeinę jest zabroniona przy: nadkwaskowatości, notorycznej niedostateczności, wrzodach żołądka. — dyspepsjach przyspieszonych i leniwych, zatwardzeniu, chorobach serca i naczyń, plomerulonephrycie, podagrze, otłuszczeniu, wychudzeniu i diabecie. Przy poszczególnych wymienionych wyżej chorobach dozwolone jest użycie kawy wolnej od kofeiny, częściowo słodzonej sacharyną.

OSBORNE: Journal of the American Medical Associaton.

Stałe nadmierne użycie kawy powoduje bezsenność, drżenie, palpitację, szum w uszach, gastralgję i szczuplenie.

ROCH: Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte.

Bardzo często niedożywienie jest wynikiem anoreksji, spowodowanej nadmiernem piciem herbaty lub kawy.

ROCH: Journal of the American Medical Associaton.

Niekiedy chroniczne zatrucie kawą stwarza pozory nowotworu żołądkowego (carcinoma) neurastenji lub choroby Basedowa.

BARDET: Société de Therapeut.

Po wypiciu przez nerwowego dyspeptyka przez omyłkę filiżanki zwykłe kawy ziarnistej zamiast kawy bez kofeiny, wystąpiły groźne objawy, trwające trzy dni. Nerwowi dyspepticy powinni bezwzględnie pijać tylko wolną od kofeiny kawę.

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

Kofeina posiada działanie hamujące na nerw sympatyczny.

Zakaz spożywania kawy bywa tem ściślej przestrzegany i sprawia mniej przykrości pacjentom o ile wzamian zaleca im się kawę Hag wolną od kofeiny i całkowicie nieszkodliwą. Kawa Hag jest najczystszą kawą ziarnistą o wspaniałym smaku i aromacie. Próby i literaturę wysyła na żądanie bezpłatnie firma Kawa Hag T. z o. p., Gdańsk.

go w następstwie cewnikowania moczowodu autorowie wykonali u chorej obustronne odłuszczenie torebki nerkowej, jednakże bez rezultatu, dopiero nacięcie nerki prawej sprowadziło poprawę i ostatecznie — wyleczenie.

Zakres działania szczepionek przeciwrzeżączkowych w zależności od umiejscowienia schorzenia. (De l'action et de l'inefficacité des vaccins dans le traitement de la blennorragie. Essai d'interprétation). Sanjurje d'Arellano. *Journal d'Urologie XXX — nr. 2, sierpień 1930.*

Szczepionki przeciwrzeżączkowe wywierają swoje działanie dodatnie wyłącznie w tych schorzeniach rzeżączkowych, które przebiegają z gorączką, jak np. zapalenie najądrza i jądra, ropień sterczu, zapalenie stawu, a nie dają żadnego wyniku w schorzeniach, przebiegających bez gorączki i innych objawów ogólnych.

Autor tłumaczy to w sposób następujący. Dwoinki rzeżączkowe z powierzchni śluzówki cewki moczowej przenikają do różnych jej uchyłków i przewodów gruczołowych i pozostają tutaj przez czas długi jako zdolne do życia i wywoływania powikłań ogólnych i miejscowych. Pozostają one tutaj cały czas nazewnątrz warstwy nabłonkowej śluzówki, jakby na powierzchni ciała, bez kontaktu z przeciwciałami swoistemi, jakie mogłaby zawierać krew. Toteż stosowanie w tych przypadkach szczepionek swoistych byłoby bezcelowe, jeśli pominąć względy profilaktyczne. Inaczej się rzecz przedstawia, jeśli wytworzy się ognisko ropne np. w sterczu; wówczas przeciwciała ze krwi bedą miały dostęp do ogniska rzeżączkowego, i zastosowanie szczepionki okaże się bardzo skutecznem.

Stosowanie szczepionek na rzeżączkę, umiejscowioną w cewce moczowej (przedniej czy też tylnej), możnaby porównać z tem, jakby ktoś chciał wyjałowić skórę na rękach, wstrzykując sobie szczepionki przeciw tym drobnoustrojom, które ma na skórze i w przewodach gruczołów potowych i łojowych.

Dlatego też przebycie rzeżączki nawet o bardzo powikłanym przebiegu, z zakażeniem ogólnem, nie przeszkodzi bynajmniej powtórnemu zakażeniu danego osobnika rzeżączką i ponownemu osiedleniu się dwoinek na śluzówce i w uchyłkach cewki moczowej.

Z powyższych rozważań nasuwa się jeden wniosek praktyczny: lecząc jakiekolwiek powikłanie rzeżączki natury chirurgicznej, (jądro, stawy), należy pamiętać, że obok stosowania szczepionki swoistej, trzeba uwzględnić i pierwotną rzeżączkę cewki, gdyż sprawy te wymagają odrębnego i jednoczesnego traktowania.

Przyczynek do badań doświadczalnych nad wynikami podwiązywania pni żylnych w przypadkach niedrożności odpowiednich tętnic. (Contribution à l'étude expèrimentale du mêcanisme d'action des ligatures veineuses dans les oblitérations artèrielles). R. Leriche i R. Fontaine. *Lyon Chirurg. XXVII — nr. 5 wrzesień — październtk 1930.*

Jest faktem znanym ogólnie, że jeśli po podwiązaniu pnia tętniczego podwiązać również odpowiednią żyłę, to ciśnienie krwi w danej kończynie wzrasta. W związku z tem zaleca się w przypadkach zwężenia światła tętnicy (endarteriitis obliterans) podwiązywanie towarzyszącej jej żyły, uzasadniając to w sposób następujący: jeśli po zamknięciu światła tętnicy odpowiadająca jej żyła pozostaje drożna, wówczas krew, przedostająca się do kończyny z najbliższych tętniczek obocznych, wraca zaraz dośrodkowo przez drożną żyłę; jeśli zaś światło żyły zostanie również zamknięte, wówczas krew z tętniczek obocznych jest zmuszona przeniknąć dalej do obwodu i tu szukać drogi odpływu w kierunku dośrodkowym.

Autorowie przerobili odnośne doświadczenia na zwierzętach i przyszli do nieco innych wniosków na temat mechanizmu działania tego rodzaju podwiązek żylnych. Podwiązywano psom tętnicę udową, a następnie i żyłę, mierząc jednocześnie ciśnienie krwi w tętnicy udowej poniżej podwiązki. Okazało się przytem, że: 1) po podwiązaniu żyły ciśnienie na obwodzie wzrasta powoli, osiągając swoje maximum po 4 — 5 minutach; 2) ciśnienie to wzrasta w większym stopniu po podwiązaniu żyły biodrowej wspólnej, niż po podwiązaniu żyły udowej, w stopniu zaś najwyższym — po podwiązaniu żyły głównej dolnej (v. cava inf); 3) po osiągnięciu swego najwyższego poziomu ciśnienie zaczyna opadać i w ciągu 15 — 60 minut wraca do liczby początkowej; 4) jeśli z żyły udowej zdjąć nagle podwiązkę, ciśnienie w tej chwili spada i to czasami poniżej liczby początkowej.

Autorowie wyniki otrzymane tłumaczą w sposób następujący. Podwiązanie żyły udowej pociąga za sobą zastój krwi w tętniczkach i naczyniach włosowatych, co zkolei wywołuje skurcz naczyń obwodowych i wzrost ciśnienia w obwodowym końcu tętnicy udowej. Spadek ciśnienia po zdjęciu podwiązki z żyły udowej jest spowodowany czynnem rozszerzeniem naczyń na obwodzie (analogicznem do tegoż po zdjęciu opaski uciskowej).

Klinicznie, podwiązanie żyły udowej powoduje przejściowy skurcz naczyń obwodowych, trwający koło 30 minut — dopóki się nie wyrówna w niej krążenie poprzez żyły uboczne; po tym okresie następuje czynne rozszerzenie naczyń obwodowych, takie samo, jakie następuje po zdjęciu — w doświadczeniach na zwierzętach — podwiązki z żyły udowej. Tylko ten drugi okres może mieć znaczenie lecznicze. To czynne rozszerzenie naczyń utrzymuje się tylko w ciągu 10 — 15 dni.

Naogół można powiedzieć, że w przypadkach endarteriitis obliterans podwiązanie żyły wywiera to samo działanie, co odnerwienie tętnicy (sympaticektomja).

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Przecięcie kości łonowej u pierwiastek. (La pelvitomie chez les primipares). Aburel E. *Gynécol. et Obstétr. T. XXI, Nr. 5 1930.*

Operacja przecięcia kości łonowej weszła w nowe stadjum od czasu wprowadzenia sposobu operacyjnego *Zarate'a* polegającego na:

1) przecięciu podskórnem, jako najłatwiejszem i najlepiej zapewniającem aseptykę.

2) rozszerzenie miednicy postępować powinno bardzo powoli i ostrożnie.

3) Odległość przeciętych powierzchni od siebie winna nie przekraczać 2—3 cm.

4) Dążyć należy do samoistnego porodu dziecka, o ile zaś występuje konieczność założenia kleszczy, należy wykonywać trakcję b. ostrożnie i powoli.

5) Nacięcie krocza i pochwy pozwala uniknąć rozerwania przedniej ściany pochwy w okolicy cięcia kości łonowej.

6) Znieczulenie lędźwiowe powoduje zwiotczenie części miękkich kanału rodnego.

7) Po zabiegu pozostawić należy cewnik à demeure w pęcherzu.

Jednocześnie z tak ujętą techniką opracowano warunki położnicze, pozwalające na wykonanie omawianej operacji, a mianowicie: 1) niestosunek porodowy nie powinien być znacznego stopnia, 2) operację wykonać należy dopiero po dłuższej obserwacji, wykazującej, że poród siłami natury odbyć się nie może. 3) Kanał rodny winien być dostatecznie rozciągliwy, aby móc przepuścić bez naruszenia ciągłości rodzący się płód. 4) Ujście zewnętrzne macicy winno być całkowicie rozwarte. 5) Płód może wykazywać objawy złego samopoczucia, ale powinien być żywy; 6) bóle porodowe powinny być dość silne, aby pozwolić na ocenę niestosunku porodowego, a następnie — na poród samoistny. 7) Objawy zakażenia jaja płodowego nie mogą być zbyt silne, gdyż to wymagałoby raczej usunięcia macicy po cięciu cesarskiem. lub wydobyciu jej przez powłoki brzuszne (według *Porteso'a*).

Wskazaniami bezwzględnemi niejako do pelvitomji są: 1) zatrzymanie główki następującej przy położeniu pośladkowem ponad wchodem miednicy o ile płód jeszcze żyje; 2) niemożność wydobycia plecków po porodzie główki przodującej; 3) zaklinowanie główki, zwłaszcza w położeniu odgiętem; 4) miednica lejkowata — główka głęboko w miednicy (cięcie cesarskie byłoby niemożliwe i niebezpieczne).

5) Lekki niestosunek pomiędzy główką a miednicą, nieustępujący podczas próby porodu z główką przodującą.

Wreszcie przechodząc do pytania, czy omawianą operację można wykonywać u pierwiastki, autor odpowiada twierdząco na zasadzie statystyki swego szefa *Le Lorier'a*, a także znanej z literatury statystyki *Zarate'a*, którzy zgodnie stwierdzają, że naogół wyniki pelvitomji nie są gorsze u pierwiastek, niż u wielorodek. Jedynie ilość rozległych pęknięć pochwy jest u pierwiastek większa.

W sprawie wyboru metody operacyjnej cięcia cesarskiego. (Du choix de la méthode de l'operation césarienne). Goussakoff. *Gynécol. et Obstétr. T. XXI, Nr. 5. 1930.*

Autor stwierdza raz jeszcze znany powszechnie i przyjęty pogląd o wyższości cięcia cesarskiego w dolnym odcinku macicy wykonanego, ponad cięciem cesarskiem klasycznem i pozaotrzewnowem. Argumenty autora, zresztą zaczerpnięte z piśmiennictwa, dotyczą głównie mniejszej wytrzymałości blizny w trzonie macicy, w porównaniu z blizną w szyji, a także większego prawdop dobieństwa zakażenia otrzewnej z powodu wchodzenia jelit w pole operacyjne przy klasycznem cięciu cesarskiem; ponadto płynna zawartość macicy łatwiej przedostaje się z cięcia w trzonie, niż w dolnym odcinku, z którego spływać może wprost nazewnątrz, oczywista po oddzieleniu jamy brzusznej za pomocą kompresów umieszczonych po bokach.

Statystyka autora jest niewielka, wynosi ona przeszło 50 przypadków z 3-ma przypadkami śmierci (1 w związku z łożyskiem przodującem. 2 — w związku z rzucawką porodową). Technika autora, opisana dokładnie, w niczem nie różni się od podręcznikowej, jedynie rzuca ona radę, aby wydobycie główki płodu ułatwić sobie za pomocą wprowadzenia do ust płodu palca, w celu kierowania i pociągnięcia główki, według mechanizmu porodu twarzowego.

W sprawie kurczowych bólów macicy i ich leczenia. (Sur les états spasmodiques de l'uterus et leur traitement). Burger P. *Gynecol. et Obstetr. T. XXII, Nr. 1. 1930 r.*

Autor porusza raz jeszcze sprawę bólów kurczowych macicy w czasie porodu, poruszaną już wielokrotnie przez innych członków szkoły strasburskiej z *Kreisém* na czele.

Jak wiadomo obkurczenie dotyczyć może szyjki macicy i to tak ujścia wewnętrznego, jak (częściej) zewnętrznego. Obkurczenie to wywołuje wtórnie nieregularne, bolesne bóle porodowe, które pomimo swej częstości i bolesności nie dają postępu porodowego. Rozpoznanie tych stanów nie jest trudne, skoro się o nich pamięta w czasie prowadzenia porodu. Leczniczo podać należy narkotyk (spasmalgina, morfina, hemypnal i t. d.), aby przerwać nadmierne pobudzenie nerwowe, idące z obkurczonej szyji na trzon macicy. Jeżeli postępowanie powyższe nie odnosi pożądanego skutku, spróbować należy przebicia błon płodowych, rozumując w ten sposób, że przeszkoda leży w oporze wód przodujących, opierających się na zbyt twardym pęcherzu. Jeśli i to nie pomoże, mamy prawdopodobnie do czynienia ze zbliznowaceniem chorobliwem szyjki macicznej. Na zakończenie autor przestrzega przed zbyt pohopnem stosowaniem przebicia pęcherza płodowego, żądając indywidualizacji w każdym przypadku.

Działanie znieczulenia lędźwiowego na zdolność kurczenia się macicy (na bóle porodowe), (L'action de la rachianesthesie sur la contractilité utérine). Mahon R. *Gynecol. et Obstetr. T. XXI. Nr. 5, 1930.*

Autor, który oddawna pracuje nad sprawą wpływu znieczulenia lędźwiowego na macicę, podaje w niniejszym artykule wyniki swych doświadczeń wykonane w 9 przypadkach znieczulenia lędźwiowego podczas porodu. Skurcze macicy określał autor za pomocą metody *Fabre'a*, t. zw. hystografja externa (Whitehouse and Featherstone-Journal of obstetrics and gynaecology of the British Empire Nr. 4, 1924).

W wyniku swych badań autor dochodzi do mocno ugruntowanych wniosków, z których najważniejszy brzmi: znieczulenie lędźwiowe bynajmniej nie zwiększa siły, długości i częstości skurczów macicy (bólów porodowych), natomiast wywołuje obkurczenie się macicy z rzadkimi i krótkimi okresami rozkurczu.

Podkreślić należy szczególnie pierwszą część niniejszego zdania, gdyż wbrew poglądom niektórych autorów, znieczulenie lędźwiowe nie wzmacnia bólów porodowych, lecz przeciwnie bardzo znacznie je osłabia lub nawet znosi na pewien czas.

Stąd ważny wniosek ogólno-fizjologiczny, że rdzeń w swej części lędźwiowej wywiera silny wpływ na czynność mięśnia macicy rodzącej, gdyż zniesienie tego wpływu zmniejsza wybitnie skurcze macicy w czasie porodu. Dla kliniki zaś można wyciągnąć praktyczne wskazania do stosowania omawianego znieczulenia w przypadkach gdy:

1) pragniemy uzyskuć zwiotczenie szyji macicznej;
2) dążymy do obkurczenia macicy, zwłaszcza w celu opanowania krwawienia;
3) z tych czy innych względów możemy obyć się bez skurczów macicy w znaczeniu bólów porodowych.

Główne zadanie niniejszego artykułu polegało na rozpatrzeniu wpływu znieczulenia lędźwiowego na czynność trzonu macicy, nie zmienia jednak bynajmniej ustalonego już faktu naukowego i klinicznego, że szyja i krocze ulegają pod wpływem omawianego znieczulenia wybitnemu zwiotczeniu.

(Niniejsza praca wnosi zasadniczą poprawkę do istniejących dotychczas w tej sprawie poglądów i wpłynie niezawodnie na wyjaśnienie panującego chaosu sprzecznych opinji — przyp. refer.).

Samoistne odcięcie jajowodu na skutek skrętu torbieli jajnika. (Amputation spontanée d'une trompe par suite de la torsion d'un kyste ovarien). Meyer S. *La Gynecologie, T. 29, Nr. 8, 1930.*

Przypadek autora dotyczył osoby 58-letniej jeszcze miesiączkującej. Z powodu rozpoznania dobrotliwego nowotworu jajnika, wykonano operację, w czasie której stwierdzono torbielak jajnika prawego, wielkości główki noworodka, a na nim rozpłaszczoną trąbkę prawą. Trąbka ta wykazuje skręt o 360° w końcu brzusznym w okolicy bańki i ponad to przerwanie ciągłości mniej więcej w środku swej długości, wywołane prawdopodobnie dawniej przebytym skrętem.

Na zasadzie przeglądu literatury autor stwierdza, że samoistne odcięcie jajowodu na skutek skrętu należy do rzadkich powikłań. W przypadku opisywanym skręt jajowodu wystąpił aż dwukrotnie.

Wgłobienie jajowodu w czasie poronienia trąbkowego. (Invagination de la trompe au cours d'un avortement tubaire). Meyer S. *La Gynecologie, T. 29. Nr. 8, 1930 r.*

W czasie operacji z powodu ciąży pozamacicznej stwierdzono, że jajowód ciężarny uległ wgłobieniu tak, iż część bańki wpukliła się poprzez ujście zewnętrzne jajowodu razem z rodzącem się jajem płodowem,

Za przyczynę opisanego wyżej stanu autor uważa nadmiernie wzmożoną pobudliwość mięśniówki trąbki, wywołującą silną antiperistaltykę.

W sprawie używania moczu kobiety ciężarnej w leczeniu niektórych schorzeń ginekologicznych. (De l'emploi de l'urine de femme enceinte dans le traitement de certains troubles gynècologiques). A. A. Zamkoff. *Gynècol. et Obolètr. T. XXI. Nr. 5, 1930.*

Autor jest stronnikiem leczniczego stosowania moczu własnego chorych w rozmaitych schorzeniach ogólnych i miejscowych. Tem chętniej po pracach *Zondeka i Aschheima* rozpoczął leczenie moczem kobiet ciężarnych tych schorzeń ginekologicznych, w których osnowie leży niedostateczna lub nieprawidłowa czynność gruczołów płciowych. Autor używał moczu kobiet ciężarnych wyjałowionego przez się: niestety nie podaje, w jaki to sposób zrobił. Stężenie hormonu „przedniego płata przysadki mózgowej" (cudzysłów referenta) wynosiło w tak spreparowanym moczu 5 jedn. mysich w 1 cm³. Dawką normalną było 10 cm³ = 50 jedn. mys. Badaniem na zwierzętach autor udowodnił zupełnej nieszkodliwości injekcji moczu wyjałowionego z jednej strony — z drugiej zaś — stwierdził wybitne działanie na narządy rodne zwierząt obydwu płci w kierunku rozrostu: specjalnie w jajnikach znajdował on, podobnie jak *Zondek i Aschheim*, liczne ciałka żółte, powiększone pęcherzyki *Graafa* i t. zw. punkty krwawe.

Zastosowanie kliniczne na ludziach injekcji moczu kobiet ciężarnych dały nadspodziewanie dobre wyniki w następujących grupach przypadków: a) brak miesiączki czy to na skutek przedwczesnego przekwitania, czy w związku z przebytemi porodami, b) objawy wypadnięcia w okresie przekwitania, c) schorzenia psychiczne.

Omawiając swoje przypadki autor nie podaje niestety ścisłej statystyki udanych czy nieudanych wyników, lecz illustruje artykuł opisem szeregu obserwacji potwierdzających w zupełności przedstawione wyżej wywody.

Rozpoznanie gruźliczego zapalenia jajowodu. Odczyn Besredki. (Diagnostic de la salpingite tuberculeuse, Reaction de Besredka). Douaye, Iepuréano P. *Gynècol. et Obolètr. T. XXI. Nr. 5, 1930.*

Autor części klinicznej *Douay* jest stronnikiem operacyjnego leczenia gruźlicy narządów rodnych, chyba że występuje ona tylko jako część ogólnego gruźliczego zapalenia otrzewnej, najczęściej przebiegającego z dużą ilością płynu surowiczego. W tym ostatnim przypadku można prowadzić zachowawcze leczenie,

Radykalność zabiegu zależy od postaci anatomo-patologicznej schorzenia; w przypadkach niewielkich zmian miejscowych można operować zachowawczo, to znaczy mając na myśli utrzymanie ewentualnej zdolności do zapłodnienia. Pamiętać jednak należy, że niekiedy żałować można konserwatywnego stanowiska obranego w tych przypadkach, gdyż niekiedy przychodzi do drugiej następowej operacji z powodu uciążliwych dolegliwości, a zajścia w ciążę chora wszystko jedno nie doczekała się.

Oczywistą jest rzeczą, że tam gdzie operator trafia na rozległe zmiany w przypadkach, nie powinien się wahać i winien postępować jak najradykalniej, usuwając bezapelacyjnie cały narząd rodny. Operacje, o których mowa, technicznie są bardzo trudne i nie rzadko przyjść może do uszkodzenia

jelita lub pęcherza moczowego, konieczna jest wówczas odpowiednia dodatkowa operacja, pamiętać jednak należy, że każde sączkowanie pogarsza wybitnie przebieg pooperacyjny, gdyż łatwo powstają trudno gojące się przetoki.

Jeśli uważnie zastanowimy się nad powyższemi uwagami, to przyjść musimy, zdaniem autora, do wniosku, że należy się starać operować możliwie wcześnie, aby uprzedzić tak niebezpieczne zrosty przydatków macicy z otoczeniem,

Częstość gruźlicy przydatków jest większa niżby się zdawało przy pobieżnem przeglądzie przypadków; badania anatomo-patologiczne mianowicie wykazały, że wśród zapaleń przydatków leczonych operacyjnie 12% jest gruźlicą przydatków.

Gruźlicze zapalenie przydatków jest trudne do rozpoznania, gdyż klinicznie imituje bardzo często najrozmaitsze schorzenia ginekologiczne, pochodzenia tak zapalnego, jak nowotworowego, jak ciążowego (ciąża pozamaciczna).

Oto kilka cech klinicznych omawianego schorzenia poruszonych przez *Douay*:

1. Niestosunek pomiędzy objawami czynnościowemi a stanem przydatków, stwierdzalnym przedmiotowo: skargi chorej są bardzo niewielkie, a miejscowo znajduje się wielkie twarde guzy przydatków.

2. Kapryśny przebieg schorzenia: niekiedy leczenie idzie nadzwyczaj opornie bez żadnej widocznej poprawy, to znów przychodzi do nagłego polepszenia bez wyraźnej przyczyny, kiedyindziej znów chora, która przybyła do szpitala z jednostronnem zapaleniem przydatków, nagle bez powodu dostaje zapalenia również po drugiej stronie, przebieg krzywej ciepłoty jest również zupełnie nieregularny, wykazując to nagłe skoki ku górze, to odwrotnie dłuższy okres bezgorączkowy, pomimo braku poprawy w stanie jajowodów czy jajników.

3. Wykrycie danych z anamnezy rodzinnej czy osobistej, potwierdzających podejrzenie co do gruźlicy przydatków. Przytem zaznaczyć należy, że jednoczesne wystąpienie gruźlicy płuc i jajowodu jest niezmiernie rzadkie, dużą wagę natomiast posiada stwierdzenie innego umiejscowienia przebytego zakażenia gruźliczego.

4. Zaburzenia w miesiączkowaniu polegające na zupełnej nieregularności, niekiedy skąpych miesiączkach, lub na ich braku,

5. Stan ogólny: schudnięcie, bladość, osłabienie, niedokrewność, poty nocne. Jak widać z powyższego, żadna z przedstawionych cech nie jest bezwzględnie patognomoniczna, nic więc dziwnego, że podjęto próby rozpoznawania gruźlicy przydatków za pomocą badań laboratoryjnych.

Wyszukiwanie laseczników *Kocha* jest niepewne, zaszczepienie śwince morskiej materjału podejrzanego żmudne i długotrwałe, odczyn *Pirquet'a* — niemiarodajny, odczyn *Calmette'a* niebezpieczny dla wzroku — zwrócono sie więc do odczynu odchylenia dopełniacza z antigenem gruźliczym według Besredki. W badaniach autorki dał ten odczyn 71,43% dodatnich i zgodnych wyników (10 przyp. na 14 badanych). Autorowie przypisują omawianemu odczynowi duże znaczenie pomocnicze w diagnostyce gruźlicy przydatków.

Uszkodzenie tkanki łącznej, a w szczególności włókienek klejodajnych (kolagenowych) śluzówki macicy w przypadkach nadmiernych krwawień miesięcznych i t. zw. krwawień macicznych „czynnościowych". (Les lesions conjonctives en particulier du grillage collagène de l'endomètre dans les cas de menorragies et de metrorragies „fonctionelles"). Kreis J. Rigaut J. *Gynècologie et Obolètrique, t. XXX, nr. 4. 1930.*

Autorowie zbadali histologicznie wyskrobiny w 30 przypadkach krwawień macicy u kobiet w rozmaitym wieku, tak dziewcząt w okresie pokwitania, jak kobiet dojrzałych aż do okresu przekwitania włącznie. Gruczoły śluzówki macicy zachowywały się rozmaicie: niektóre przypadki wykazywały hyperplasio glandularis endometrii, niektóre nie. Natomiast badanie dokładne elementów tkanko-łącznowych podścieliska, głównie włókien klejodajnych (kolagenowych), układających się w siatkę (t. zw. po niemiecku Gitterfasern) pozwalały stwierdzić uszkodzenie tych elementów we wszystkich przypadkach. Zdaniem autorów przyczyny krwawień macicznych w tych przypadkach szukać należy nie w jajniku, a w samej śluzówce macicy; bodziec wychodzący z jajnika jest tylko powodem, nie przyczyną krwawienia. Martwica komórek i włókienek siateczkowych podścieliska wykazywana w tych przypadkach jest skutkiem braku zdolności regeneracyjnej elementów łączno-tkankowych; to upośledzenie zdolności do regeneracji występuje u młodych dziewcząt od początku ich okresu pokwitania, u kobiet zaś starszych — jest ono objawem przedwczesnego wyczerpania. W omawianych przypadkach stwierdzono niezależnie od okresu miesiączkowego martwicę i spóźnioną regenerację tak komórek podścieliska, jak włókien kolagenowych; martwica ta rozrzucona jest niejako plackami wewnątrz śluzówki macicy. Obecność tych miejsc z martwicą bynajmniej nie przeszkadza w przemianach okresowych śluzówki, występujących pod wpływem jajnika. Bodziec do krwawienia czy to z jajnika wychodzący, czy z poza narządu rodnego natrafia na śluzówkę niedostatecznie przygotowaną do złuszczenia, zawierającą wylewy krwawe śródmiąższowe przedwczesne w miejscach martwicy lub regeneracji. Toteż trwanie i typ krwawienia macicznego zależy z jednej strony od czasu trwania i siły nawału przekrwienia śluzówki; z drugiej zaś strony od zdolności do regeneracji i szybkości jej wystąpienia. Autorowie przypuszczają, że tłem etjologicznem omawianych krwawień macicznych jest kiła, najczęściej dziedziczna. Pogląd ten autorowie opierają głównie na wyniku leczenia przeciwkiłowego, a więc ex juvantibus. Pod wpływem tego leczenia nietylko przychodziło do poprawy klinicznej, ale nawet do wyleczenia anatomicznego, co autorowie mieli sposobność stwierdzić w obrazie histologicznym wyskrobin, gdyż siateczka włókien klejodajnych nabrała znowu prawidłowego wyglądu, tak pod względem gęstości, jak budowy poszczególnych włókienek.

Plastyczne zeszycie zbliznowaciałego pęknięcia krocza III stopnia, dochodzącego do średniej trzeciej części przegrody pochwowo - odbytniczej. (Réparation après cicatrisation d'une dechirure com-

plète du périnèe prolongèe jusque sur le tiers moyen de la cloison recto-vaginale). Petit-Dutaillis P. *La Gynècologie. t 29, nr. 8, 1930.*

Po dokładnym przedstawieniu stosunków anatomicznych krocza autor opisuje znany powszechnie warstwowy sposób zeszycia pęknięć krocza III stopnia. Cięcie w kształcie litery H, odpreparowanie śluzówki pochwy od kiszki prostej, zeszycie oddzielne pęknięć ściany kiszki i śluzówki pochwy, wreszcie zeszycie krocza w 4 warstwach: pierwszą stanowi szew srebrny, przechodzący przez całą grubość krocza i wiązany dopiero po skończonej operacji, drugą — szwy katgutowe łączące mięśnie dźwigacze odbytu i przechodzące powierzchownie przez mięśniówkę kiszki prostej lub przez warstwę podśluzową odpreparowanej ściany pochwy; trzecią — szereg szwów katgutowych zbliżających powierzchowne mięśnie krocza, a także końce zwieracza odbytu; do tej że warstwy należą 2 szwy z nitki lnianej przechodzące podobnie jak nitka srebrna przez całe krocze i wiązane po skończonym zabiegu; wreszcie warstwę czwartą stanowią szwy silkwormowe na skórę, wędzidełko i okolicę odbytu, jak również szwy katgutowe na śluzówkę pochwy. Autor przestrzega przed wycinaniem dużych płatów śluzówki tylnej ściany pochwy i twierdzi, że mięśnie dźwigacze odbytu zeszyć można znakomicie bez ich wypreparowywania.

Kilka przypadków ropniaków gruźliczych jajowodu, nienadających się do operacji, leczonych za pomocą nakłócia z następowem leczeniem promieniami X. (Quelques cas de pyosalpinx tuberculeux inextirpables traités par l'incision suivie de radiothérapie). Violet H. *La Gynècologie. t. 29. nr, VIII. sierpień 1030.*

Leczenie operacyjne gruźliczego zapalenia przydatków zostało w ostatnich czasach prawie powszechnie zarzucone. Zwyciężyła prawie na całej linji terapja zachowawcza z promieniami X na czele. Wiadomo jednak, że przypadki gruźliczego zapalenia przydatków, w których ropa zbiera sie w zamkniętych jajowodach, tworząc ropniaki gruźlicze — są bardzo oporne w stosunku do leczenia zachowawczego. Z drugiej zaś strony właśnie te przypadki często są zupełnie niemożliwe do jakiejkolwiek bądź radykalnej terapji operacyjnej, gdyż albo wprost technicznie nie można usunąć schorzałych przydatków z powodu bardzo silnych zrostów z otoczeniem (kiszkami, pęcherzem, otrzewną) albo stan ogólny chorej na to nie pozwala.

W takich to przypadkach radzi autor nakłóciem lub nacięciem najlepiej przez pochwę opróżnić choćby częściowo i wysączkować jamę ropniaka jajowodu, a następnie zastosować naświetlanie promieniami X.

Operując przez powłoki brzuszne często mieć można do czynienia z przetokami, które przed wprowadzeniem do lecznicrwa promieni X były istnem przekleństwem lekarzy; obecnie jednak pod wpływem promieni *Roentgena* przetoki te goją się szybko i bez trudu.

Autor zastosował opisane wyżej leczenie w dwu przypadkach z dobrym skutkiem. Dawka promieni X była następująca: długość iskry 40 cm. natężenie 2,5 miliamp., filtr 0,5 cynku i 1 mm. aluminium, odległość ogniskowa 31 cm. W czasie 3 mies. chora otrzymała w 8 seansach 300 R (francuskich) połowę na brzuch i połowę na krzyż. *T. Zawodziński.*

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Poikilodermatomyositis u osobników młodych i u dzieci. (Poikilodermatomyosite dans la jeunesse et l'enfance). G. Petges i A. Petges. *Annaleo de Dermatol. et de Syph. Nr. 5, 1930.*

Powyższe schorzenie, opisane dosyć licznie w literaturze, rzadko dotyczyły osobników młodych. Autor podaje opis 2-ch przypadków.

Przypadek I-szy: teleangiektatyczne rumienie u 18-letniej dziewczyny o umiejscowieniu typowem; na twarzy, górnej części klatki piersiowej i pleców, na ramionach, przedramionach, grzbietach rąk i palców i na kolanach. Równocześnie istniały achromiczne zaniki skóry, Brak wprawdzie zmian barwikowych, te jednak mogą pojawić się później. Ponadto były postępujące zaniki mięśni, zwłaszcza żwaczy, mięśni górnej części tułowia i kończyn, zwłaszcza górnych. Zaburzeń w pobudliwości mięśni nie stwierdzono. Chora zmarła z powodu szybko posuwającej się gruźlicy płuc w 2½ roku od pojawienia się pierwszych objawów skórnych.

Przypadek 2-gi: 7½ letniego chłopca z analogicznemi objawami ze strony skóry i mięśni. Ponadto istniały: białkomocz, powiększenie wątroby ascites i obrzęki kończyn dolnych. Kształt czaszki i wyraźna na niej sieć naczyń żylnych nasuwały podejrzenie co do kiły wrodzonej, której śladów jednak u rodziców niemożna było stwierdzić. Stan chorego szybko się pogarszał. Autor zwraca uwagę na ciężki przebieg schorzenia w obu powyższych przypadkach, co zwykle bywa u chorych, dotkniętych poikilodermją przed 20 ym rokiem życia. W tym też wieku zmianom skórnym często towarzyszą zmiany w mięśniach.

Xanthoma w rodzinie. (Xanthomes familiaux). G. Hufschmitt, V. Nessmann. *Annaleo de Dermat. et de Syph. Nr. 5. 1930.*

Opis uogólnionych xanthomatów u czworga dzieci w jednej rodzinie. U matki dzieci istniały pod śluzówką warg i policzków żółte granulacje cholesterynowe, 5-te dziecko w rodzinie nie wykazywało żadnych śladów schorzenia. U czworga chorych dzieci, które obserwował autor w wieku lat 15 do 26, zmiany na skórze pojawiły się pomiędzy 3-cim a 5-tym rokiem życia, początkowo na dłoniach, następnie uogólniały się. Około 10 roku życia każde z chorych dzieci przechodziło poraz pierwszy reumatyczne zapalenie stawów. W jakiś czas potem rozwijał się u nich obraz aortitis i następowe zmiany w sercu. Jedno z chorych dzieci płci męskiej zmarło nagle w 22-im roku życia. Zmiany skórne polegały na obecności licznych kępek żółtych guzowatych w okolicach stawów, zwłaszcza palców rąk po stronie dłoni i łokci, w mniejszym stopniu zajęte były grzbietowe powierzchnie stawów rąk, okolice stawów stopy i kolan. Guzy barwy różowo-sinej, uciśnięte — przybierały barwę właściwą dla xanthoma. Oprócz guzów liczne tarczki i plamy nieznacznie wyniosłe o tych samych cechach zabarwienia zajmowały pozostałe części kończyn, w środkowych częściach wykazywały zanik skóry. U wszystkich chorych istniały również xanthelasmata na powiekach.

Patogeniczne tło dla tego rodzaju spraw przypuszczalnie stanowi hypercholesterynemia, która zawsze istnieje w przypadkach xanthoma familiaris, a która istniała i w 4-ch powyższych przypadkach. Zdolności odkładania cholesteryny w pewnych okolicach skóry przypisuje się układowi siateczkowo-śródbłonkowemu, a szereg autorów łączy powyższą sprawę z kiłą. W przypadkach xanthoma famil. występuje zwykle hypoglikemja, która, jakkolwiek niestale, przejściowo zawsze w ciągu dłuższych okresów czasu daje się wykazać. Ten objaw wskazuje na niedomogę wątroby. Zwykle w tych przypadkach istnieje także hyperglicaemia alimentaris. W końcu zwraca autor uwagę na możliwość udziału trzustki w patologji tej sprawy.

Leczenie: pewne, chociaż mało estetyczne wyniki daje operacyjne usunięcie guzów. Guzy raz usunięte nie wykazują skłonności do nawrotów. Blizna ma charakter keloidalnej. Nie należy odrzucać leczenia djetetycznego (djeta uboga w tłuszcze). Niektórzy stosują, lecz bez większego powodzenia, środki rozpuszczające cholesterynę (pyridinę, oleum terebenth...), lub utleniające ją (żelazo, związki manganu). Dobre wyniki daje niekiedy lecznie pobudzające wydzielanie wątroby — i tego nie należy nigdy zaniedbywać (siarczan sodowy, atophan, Vichy).

Śródskórne odczyny w przypadku wrzodu miękkiego i lympho granulomatosis inguinalis. (Les intradermo - réactions dans le chancre mou et dans la lymphogranulomatose inguinale considérées spécialement dans leurs rapports avec l'étiologie du syphilome ano-rectal). O. Jersild. *Annal. de Derm, et de Syph. Nr 6, 1930.*

Doświadczenia wykonane na 97 osobnikach (45 przypadków wrzodu miękkiego w różnych okresach choroby i 52 przyp. kontrolne) wykazały, że wszystkie przypadki wrzodu miękkiego bez powikłań, niemniej jak 10 do 12 dni trwające, reagowały na śródskórny zastrzyk szczepionki. Dmelcos (Nicolle) w ilości 0,2 odczynem dodatnim w postaci mniejszej lub większej grudki. W przypadkach wrzodu miękkiego powikłanych dymienicą analogiczny odczyn był również dodatni, przyczem jego nasilenie było o wiele żywsze, odczyny były przeważnie silnie dodatnie. Dodatnie odczyny otrzymywał również autor w przypadkach dawno (1 do 33 lat) przebytego wrzodu miękkiego i to silnie dodatnie w przypadkach powikłanych, gdzie istniały blizny po dymienicy, słabiej w przypadkach niepowikłanych, Autor wyraża przypuszczenie, że stan alergiczny po zakażeniu prątkami *Ducrey'a* utrzymuje się prawdopodobnie przez całe życie. W 2-ch przypadkach ulc. molle gangrenos. wyniki były wątpliwe. Autor nie rozstrzyga, czy w tych przypadkach swoista allergja uległa zmniejszeniu skutkiem dodatkowego zakażenia zgorzelinowego, czy wogóle brak było zakażenia prątkiem *Ducrey'a*. Grupa przypadków kontrolnych zawierała pomiędzy innemi 15 przyp. lymphogranulomat. inguin. i w tej grupie odczyny były ujemne nawet po podaniu jodku potasu, który może — według niektórych — wywołać powstania pseudo reakcji na luetynę, jakto otrzymywał *Borberg* u niekiłowych. Następna serja doswiadczeń dotyczyła przypadków lymphogranulom. inguinalis. Autor stosował śródskórnie 0,1 antygenu *Frei'a* (sporządzonego ze zropiałych gruczołów pachwinowych) lub analogiczny antygen przygotowany przez Instytut serologiczny. Odczyny we wszystkich (11) klinicznie typowych przypadkach i w przyp. niegdyś przebytej lymphogranul. (14) były dodatnie. W tych samych przypadkach odczyny ze szczepionką *Dmelcos* były ujemne, z wyjątkiem 2-ch, jednego — zakażenia mieszanego, drugiego — który przed 7 laty przebył wrzód miękki. W przyp. kontrolnych, z których 3 przyp. ulcus molle dawały silnie dodatnie odczyny ze szczepionką D. odczyny z antygenem lymphogranul. były ujemne. Autor ponadto przy pomocy śródskórnych odczynów starał sie wyjaśnić etjologję tak zwanego Syphiloma ano-rectale, schorzenia polegającego na obecności hyperplastycznych nacieków około odbytu i następowych zmian zbliznowacenia, Schorzenie to opisał *Fournier* jako trzeciorzędne zmiany kiłowe, obecnie jednak większość autorów uważa je za niekiłowe. Nacieki obejmują nietylko okolicę odbytu, ale i okolice prostnicy, a u kobiet mogą zająć zewnętrzne organy płciowe. Te zmiany przerostowe są następstwem zastoju limfy w obrębie gruczołów pachwinowych i ano-rectalnych. Przyczyną zastoju są zapalne zmiany ropne odpowiednich gruczołów, prowadzące do ich zniszczenia. Przypuszczano, jako najprawdopodobniejsze, zakażenie prątkami *Ducrey'a*. Doświadczenia autora z antygenem lymphogranul. i szczepionką *Dmelcos* wykazały, że przyczyną syphiloma ano-rectale jest lymphogranul. inguin., którą nawet i teoretycznie raczej można uważać w tych przypadkach za przyczynę, gdyż atakuje liczne, jeżeli nie wszystkie, gruczoły pachwinowe, podczas gdy wrzód miękki jeden lub dwa gruczoły, zniszczenie więc gruczołów limfatycznych jest rozleglejsze.

Przeczosy odbytu, spotykane w syphil. ano-rectale przemawiają za lymphogran., gdyż powstałe skutkiem wtórnego zakażenia spływającą ropę z gruczołów okołoprostnicowych są analogiczne do przetok pachwinowych w lymphogranulomatosis. W końcu przypuszczenie wrzodu miękkiego jako przyczyny syphil. ano-rectale nie tłumaczy rzadkiego pojawiania się tego schorzenia, gdy tymczasem lymphogranul. jest schorzeuiem stosunkowo rzadkiem, tak jak i syphiloma ano-rectale. Śródskórne odczyny na antygen lymphogranul. mają więc duże znaczenie rozpoznawcze, należy je wykonywać możliwie jaknajwcześniej, aby po ustaleniu rozpoznania rozpocząć leczenie, nim jeszcze nie uległy zniszczeniu wszystkie gruczoły limfatyczne odpowiednich okolic, gdyż tylko wtenczas można osiągnąć częściowe wessanie się przerostowych nacieków.

Dr *Zofja Jasirzęboka.*

CHOROBY NERWOWE.

Wynik badania pośmiertnego przypadku amuzji wraz z niemocą u profesora gry fortepianowej. A. Souques i H. Baruk. *Rev. Neur, T. I, Nr. 4, str. 545, 1930.*

Zniszczenie było bardzo obszerne, za obszerne, żeby można było wyciągnąć jakieś konkretne wnioski. Zajmowało okolicę Wernickiego, zwłaszcza zakręty skroniowe. Prawdopodobnie w części przedniej okolicy Wernickiego należy szukać ośrodka mowy muzycznej.

O zaburzeniach czucia na skutek zapalenia gałązek gardzielowych nerwu błędnego. Maurycy Vernet. *Rev. Neur. T. I. N. 4, str. 557, 1930.*

Ból gardła u osobnika niegorączkującego, znikający w chwili połykania pokarmów stałych i płynnych, zależy zawsze od sprawy zapalnej w rozgałęzieniach nerwu błędnego.

Może mieć miejsce zupełne lub częściowe znie sienie czucia z jednej strony, a z drugiej nadwraż liwość, dochodząca do wybitnej bolesności w obrę bie gardła.

Zupełnie zniesione czucie bywa przeważnie jednostronnie. Wtedy chory niedostatecznie odczuwa przechodzenie pokarmów stałych, czasami bywa utrudnione połykanie płynów. Występuje uczucie obecności obcego ciała w gardle, które chory stara się usunąć zapomocą kaszlu. Zawsze występuje uczucie lęku. Po stronie porażonej brak wydzielania śliny. Leżenie na boku zdrowym i większe wysiłki cielesne wywołują napady dusznicy rzekomej. Badanie wykrywa zniesienie czucia dotykowego na gardzieli i łuku podniebiennym, suchość śluzówki i bladość jej po stronie porażonej.

Częściej występuje tylko częściowe znieczulenie. Uczucie obecności ciała obcego, o ile jest jednostronne, bywa umiejscawiane z tyłu za migdałem, w zatoce gardzielowo-krtaniowej lub na wysokości połączenia łuków przedniego z tylnym, czasami u nasady języka. I tutaj występuje kaszel uporczywy.

Przeczulica, względnie ból w gardzieli, występuje przedewszystkiem przy zatruciach gazami. Chorzy mają uczucie palenia, kłucia, bóle głuche lub żywe. Uspakaja je w poszczególnych przypadkach bądź zimno, bądź ciepło. Chory taki jest wrażliwy na najmniejszą zmianę wilgoci powietrza. Zjawia się kaszel kokluszowy, trwający miesiącami. Występują napady obfitego wydzielania śliny naprzemian z okresami suchości gardła. Ma to wskazywać na zaczynający się już okres porażeniowy. Zespół ten bywa obserwowany również u tabetyków. Również półpasiec w obrębie nerwu błędnego pozostawia po sobie napady bólowe.

W opisanych stanach przy normalnym wyglądzie śluzówki stwierdza się na niej objektywne zaburzenia czucia, wzmożone wydzielanie śliny lub naodwrót suchość.

Wśród momentów etjologicznych nie małą rolę odgrywa wpływ bezpośredni zimna i zakażenia grypowego, wreszcie miejscowe urazy, kamień w migdale i zapalenie pozamigdałowe.

Leczenie powinno zasadzać się na uspokojeniu chorego, którego zwykle dotąd zbywano tem, że nazywano jego cierpienie „nerwowem". Należy mu podać rozpoznanie naukowo uzasadnione. Miejscowo przedewszystkiem usuwamy wszelkie podrażnienia. Zależnie od postaci cierpienia staramy się wywołać przekrwienie lub naodwrót zblednięcie (lekkie przypalanie galwaniczne gardzieli, kąpiele gorczycowe nóg, gorące owijania, adrenalina, leczenie wodą). W postaciach o słabo wyrażonych zaburzeniach naczynio-ruchowych podają codziennie eserynę, lub preparaty jaborandi (neopancarpinę, vaso-neurinę, lub geneserinę). Dwa razy dziennie gorące płukania gardła rozczynem sody lub boraksu, codziennie gorące owijania gardła.

Przypadek „vertebra plana" (Calvé) z objawami neurologicznymi. Krygers Jazen. *Rev. Neur. T. 1. N. 4, str. 568, 1930.*

Cierpienie występuje rzadko i ma następujące cechy: 1) zajęty jest tylko jeden krąg, zwykle jeden z dolnych piersiowych, 2) mało prawdopodobny jest wpływ silnego urazu. Odczyny *Pirqueta, Mantoux i Wassermanna* są ujemne. *Rentgen* wykazuje na miejscu jednego kręgu krążek kostny, przyczem odstęp między nim i sąsiednim kręgiem jest większy cokolwiek od grubości chrząstki międzykręgowej. Czasami występowało lekkie wzniesienie ciepłoty ciała. *Calve* nazwał te cierpienie „dziecinnem zapaleniem kostno-chrząstkowem kręgów (osteochondritis)".

Zależnie od obrazu rentgenowskiego *Krygers Jazen* rozróżnia trzy okresy cierpienia: 1) okres zanikowy: krąg zachowuje swą postać, w środku powstaje zaciemnienie, 2) okres stopniowego zaniku kręgu, występuje jądro ciemne, nad i pod którem leży odwapniona tkanka kostna, 3) okres odradzania: krąg podnosi się wskutek zwapnienia części odwapnionych.

Prognoza w chorobie *Calvego* jest lepszą, niż w zapaleniach kręgów.

Poraz pierwszy w przypadku autora notowano objawy neurologiczne, zależne prawdopodobnie od miejscowego obrzęku.

O rzekomem porażeniu Parrota. M. Péhu i A. Mestrallet. *Le Journal de Medecine de Lyon. 1929, Nr. 236, str. 693.*

W 1872 r. *J. Perrot* opisał rzekome porażenie u dzieci z kiłą wrodzoną. Badania radjologiczne znacznie rozszerzyły nasze wiadomości o tem cierpieniu.

Występuje w pierwszych dniach życia, wyjątkowo tylko u dzieci starszych nad 3 miesiące, zależy od wielorakich zmian kośćca, jako to: zapalenie kostno-chrząstkowe różnego natężenia jamy w kościach, najczęściej kilaki kości długich. Prawdopodobnie ma również miejsce zajęcie aparatu mięśniowo-ścięgnowego, zwykle leczenie przeciwkiłowe daje wyleczenie. Pozostałości są mało znaczące i kości rozwijają się nadal prawidłowo.

Nowoczesne leczenie drętwicy karku. P. Teissier i J. A. Chavany. *Presse Medicale. 1930, Nr. 79, str. 321.*

Różne są przyczyny niepowodzeń leczenia drętwicy karku. Jedne z nich wywołują zupełne niepowodzenie przedsięwziętego leczenia, inne powodują tylko niezwykły przebieg choroby.

Do przyczyn uniemożliwiających wyleczenie należą: 1) wiek niemowlęcy — oseski są niewrażliwe na zwykłe leczenie surowicą i szczepionkami; 2) niezwykła zjadliwość zarazka, 3) wtórne zakażenie płynu m.-rdz, gronkowcami i pneumokokkami i 4) tworzenie się otorbionych ognisk, zawierających meningokokki — najczęściej w zbiorniku móżdżkowo-rdzeniowym.

Przyczyny powstawania nieprawidłowego przebiegu cierpienia nie są zupełnie jasne. Zdarza się np., że płyn, który był już jałowy, znowu wykazuje obecność meningokokków, takie rozsiewanie zarazków powstaje, bądź z ognisk, mieszczących sie w przestrzeniach okołonaczyniowych mózgu lub

torbielach splotu naczyniastego, bądź z ognisk, leżących poza układem nerwowym — w uchu wewnętrznem lub przestrzeni noso-gardzielowej. O ile chorzy na drętwicę karku, nie gorączkując, wykazują przyspieszenie tętna, to można spodziewać się nawrotu choroby,

Rzadziej zdarza się posocznica meningokokkowa następczo po przebytej drętwicy, — zwykle ma miejsce odwrotny porządek, najprzód posocznica, a później objawy oponowe.

Autorowie podają obserwacje leczenia 10 przypadków; koniecznie należy doprowadzić do bezpośredniego zetknięcia się surowicy z ogniskiem chorobowem, bo surowica działa tylko lokalnie. Po wprowadzeniu surowicy drogą nakłucia lędźwiowego należy ułożyć chorego możliwie najbardziej pochyło. Nie mniej często należy uciekać się do nakłucia podpotylicznego, wreszcie do nakłuć na różnych wysokościach rdzenia kręgowego. Nakłucie komorowe może być stosowane tylko w wyjątkowych przypadkach, o ile pewni jesteśmy, że ognisko zakażenia leży w mózgu.

Co do rodzaju surowicy, to autorowie są raczej za surowlcą wieloważną.

Gdy pomimo stosowania lege artis surowicy, nie następuje wyleczenie, to po 4—5 dniach należy przejść na proteinoterapję stosowaną dokręgowo i śródmięśniowo, używając dużych dawek (3—5 cm^3), żeby wywołać odpowiednie odczyny. Słabe odczyny lub brak ich wskazują na beznadziejnoćć zabiegu, co zdarza się u osesków i, u osób, które przekroczyły 50-tkę i gdy płyn mózgo-rdzeniowy stał się czysto ropnym,

Ze środków chemicznych w leczeniu drętwicy używają pochodne akridyny-trypaflawinę i gonakrinę. Dożylne wprowadzenie tych leków daje dobre wyniki w przypadkach posocznicy. Do płynu m.-rdz. należy wprowadzać tylko słabe rozczyny (1:1000 i 1:50000) gonakryny w ilości 2 do 5 cm^3. Takie rozczyny są przez chorych znoszone zupełnie dobrze.

Myokloniczna myopatja. Egas Moniz. *Rev. Neur. 1930, T. I. Nr. 5, str. 747.*

Istnieje postać przerostowego zaniku mięśni o bardzo powolnym przebiegu, występuje u dorołych i cechuje się myoklonją i paramyoklonją. Histologicznie stwierdzono przerost włókien mięsnych, powiększenie ilości jąder i miejscami nieznaczny przerost tkanki łącznej. Niektóre włókna ulegają zwyrodnieniu, co odpowiada okresowi zejściowemu cierpienia.

Skurcze mięśnf zależą prawdopodobnie od wpływu opisanych zmian na nerwy obwodowe. Z przytoczonej obserwacji wynika, że dla powstawania paramyoklonus multiplex muszą być oprócz zmian w układzie nerwowym ośrodkowym jeszcze zmiany na obwodzie.

Zaburzenia mowy w przebiegu stanów opuszkowych Gabryela Lévy. *Rev. Neur. 1930, t. II, nr. 3. str. 289.*

Zaburzenia mowy u rzekomo - opuszkowców są trzech typów: 1) dysfonja, 2) dysartrja, lub anartrja i 3) palilalja.

Trudno orzec, czy zaburzenia fonacyjne zależą od uszkodzenia ośrodka krtani w korze, czy od uszkodzenia torów korowo-opuszkowych lub wreszcie od obustronnego przerwania tych dróg, względnie obustronnego uszkodzenia jąder szarych.

Również trudno orzec, czy dysartrja, względnie anartrja zależą od równoczesnych zmian w korze i w jądrach szarych, czy też od takich uszkodzeń obustronnych.

Patogeneza palilalji jest zupełnie niewyjaśniona. Badania nad zaburzeniami mowy rzekomo-opuszkowców utrudnia rozlany charakter zmian i ich obustronność.

•

Znaczenie rozpoznawcze jednobiegunowych podrażnień elektrycznych w dystonjach pozapiramidowych. Vincenzo Néri. *Rev. Neur. 1930, t, II, nr. 3, str. 309.*

Autor podaje swoisty odczyn elektryczny mięśni w porażeniach pozapiramidowych.

Jeżeli drażnić mięśnie prądem galwanicznym lub faradycznym tetanizującym w pewnych ściśle określonych miejscach, to zależnie od kierunku prądu otrzymujemy stale jednakową odpowiedź. Elektroda nieczynna winna spoczywać na plecach, prąd galwaniczny należy stosować najsłabszy, zaledwie zdolny wywołać skurcz.

U zdrowego osobnika podrażnienie prądem ujemnym dolnego końca mięśnia trójgłowego przy ustawieniu przedramienia pod kątem prostym do ramienia, wywołuje wyprostowanie przedramienia, natomiast przy przeciwnym kierunku prądu występuje zgięcie. Drażnienie biegunem ujemnym zewnętrznego brzegu łokcia bezpośrednio nad rylcowatym wyrostkiem przy zgiętem przedramieniu pod kątem prostym i w pozycji pośredniej między od — i nawróceniem, wywołuje nagły nawrotny ruch (pronatio) przedramienia, biegun zaś dodatni daje zgięcie dłoni.

W porażeniach pozapiramidowych trzeba stosować prąd silniejszy, przyczem występuje zgięcie powolne i stopniowe palców i dłoni, rzadziej powolne wyprostowanie palców i dłoni lub wreszcie zgięcie przedramienia; skurcz ma charakter drżący. Ma się wrażenie, że skurcz rozprzestrzenia się z włókna na włókno, wywołując rodzaj trzęsienia, drzenia mięśni, które zawsze odczuwa się ręką, czasami można je dostrzec okiem. Właśnie skurcz powolny i drżący jest typowy dla dystonji pozapiramidowych.

Podobne zjawiska występują na dolnych kończynach. Drażnienie biegunem ujemnym odsiebnej części mięśnia czworogłowego 4 palce nad rzepką wywołuje u zdrowego wyprostowanie nogi, u parkinsonowca — zgięcie. Drażnienie dolnego końca mięśni strzałkowych 4 palce nad kostką zewnętrzną wywołuje u zdrowego odwodzenie, u chorego — przywodzenie stopy.

Zasługuje na uwagę, że typowy odczyn mydystoniczny występuje tylko przy początku badania, później znika, żeby po pewnym czasie znowu powrócić. Ciepło zmienia patologiczny odczyn na prawidłowy, w podobny sposób działa scopolamina. Przyczynę tego odczynu autor upatruje w zmianach sarkoplazmy, zależnych od zmian w układzie prążkowym.

Przyczynek do kliniki i anatomji pierwotnej drżączki poraźnej wieku młodzieńczego. (Postępujący zanik kuli bladej Ramsay-Hunta). Ludo van Bogaert. *Rev. Neur. 1930, t. II, nr. 3, str. 315.*

Autor przytacza przypadek młodzieńczej postaci drżączki poraźnej. Początek choroby stale postępującej w 7-ym roku życia. Na obraz kliniczny składają się następujące objawy: drżenie typu parkinsonowskiego, wiązkowe skurcze mięśni, powolne ruchy o małym zasięgu w obrębie tułowia i pasa miednicowego, niepewność pląsawicza rąk, retropulsja, dysartrja rzekomo-opuszkowa, wybitna hypotonja, zaburzenia trawienia, które możnaby wiązać z dysfunkcją wątroby.

Badanie histologiczne wykryło wybitny zanik zwyrodniający kuli bladej, obejmujący również, choć w mniejszym stopniu, prążkowie i bardzo dyskretnie ciało *Luysa* i istotę czarną. W wyniku tych zwyrodnień występuje zanik połączeń prążkowo-podwzgórzowych, prążkowo-czarnych, pętli soczewkowatej, zwłaszcza połączeń prążkowo-bladych. Kora mózgowa, wzgórze wzrokowe i móżdżek są bez zmian. Wątroba okazała się niezmieniona. W kiszkach mięśniak gładko-komórkowy.

Cierpienie należy uważać za abiotrofję kuli bladej; sprawa jednak może rozprzestrzeniać się na inne układy, złączone fizjologicznie z układem bladym.

Drżenie powiek. L. Benedek i E. de Thurzo. *Rev. Neur. 1930, t. II, nr. 3, str. 327.*

Dwie obserwacje bardzo rzadkie. Jedna dotyczy przerzutu mięsakochrząstniaka do mózgu, druga — przewlekłego zapalenia mózgu. W obu przypadkach obserwowane obustronne drżenie powiek.

Dr. Z. Messing.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Leczenie zapalenia jajowodów zapomocą naświetlań promieniami pozaczerwonemi. W przypadkach bardzo uporczywego zapalenia trąbek (na tle rzeżączkowem i innem), nie poddających się leczeniu diatermją, próbowano stosować, z bardzo dobrym wynikiem, naświetlania promieniami pozaczerwonemi. Używano do tego celu przyrządu *Waltera*, który jest zaopatrzony w filtr, przepuszczający jedynie fale o większej długości i posiadające, w związku z tem, większą zdolność przenikania w głąb tkanek, Działanie tych naświetlań nie polega tu wyłącznie na przegrzewaniu tkanek — które zresztą najłatwiej jest osiągnąć zapomocą diatermji — ale również na jakimś bliżej nieznanym odczynie fizyko-chemicznym ze strony soków tkankowych.

Naświetlać należy brzuch z odległości 50 — 20 cm w przeciągu 30 — 40 minut, z początku co drugi dzień, później codziennie; stosuje się naświetlania serjami (25 do 30 seansów) przerwy między serjami wynoszą 3 tygodnie. Już po pierwszych naświetlaniach zaznacza się wyraźne zmniejszenie bólów; wkrótce po tem zaczyna się zmniejszać wydzielina ropna, zjawiają się perjody, ustępują nacieki i poprawia się stan ogólny. Sposób ten jest tak prosty i bezpieczny, że może być stosowany z powodzeniem przez same chore, u siebie w domu.

(*Rousseau i Nyer — La Presse Méd. Nr. 78, 1930.*

Leczenie zgorzeli prącia surowicą przeciwzgorzelinową. W przypadkach tak zwanej samoistnej zgorzeli prącia bardzo dobre wyniki daje stosowanie surowicy przeciwzgorzelinowej — miejscowo (po ewentualnem nacięciu tkanek) i ogólnie (domięśniowo i podskórnie). Wstrzykuje się po 80 cm^3 w ciągu 6 dni — 40 cm^3 podskórnie i tyleż domięśniowo. Bardzo ważnem jest dla ostatecznego wyniku, żeby leczenie surowicą rozpocząć jak najwcześniej. Niepożądanego działania ubocznego nie spostrzegano nigdy. Zwykle już od 2 — 3 dnia zaznacza się poprawa: gorączka opada, miejscowy stan zapalny się zmniejsza, ognisko martwicowe zaczyna się ograniczać. Po zagojeniu się pozostaje blizna mało zniekształcająca. Leczenie surowicą przeciwzgorzelinową pozwala w ten sposób uniknąć znaczniejszego okaleczenia, jakie pociąga za sobą z reguły zastosowanie leczenia operacyjnego.

(*Lortat — Jacob, La Presse Méd. nr. 80*).

BIBLJOGRAFJA.

Dr. Wiktor Proszowski: Sprawozdanie z pierwszego sezonu zimowego w Truskawcu 1929/30. Za przykładem innych uzdrowisk poszedł Zarząd uzdrowiska Truskawiec i urządził w okresie od 1 grudnia 1929 do 28 lutego 1930 sezon zimowy dla kuracjuszy. Zdaje o tem sprawę w osobnej broszurze lekarz zdrojowy Dr. Proszowski, kreśląc piórem fachowca korzyści i dodatnie wyniki leczenia w sezonie zimowym w Truskawcu.

Le diabète sucré son traitement. par P. A. Carrie. G. Doin. Paris. 1930. Cena 20 fr. fr. Str. 91. Krótka ta monografja, obejmująca w zwięzłej formie istotę i leczenie cukrzycy, zasługuje bezwzględnie na uwagę. Autor starał się, bowiem, dać jak najwięcej wskazówek praktycznych, dotyczących leczenia cukrzycy, pomijając zawiłe rozważania teoretyczne. Fakt powyższy czyni monografję wspomnianą wielce pożyteczną dla każdego lekarza praktyka.

Jakób Węgierko.

Les syndromes icteriques par P. A. Carrie. G. Doin. Paris. 1930. Cena 85 fr. fr. Str. 441. W obszernej tej monografji omówione są w sposób wyczerpujący najrozmaitsze postacie żółtaczek i uwzględnione wszelkie istniejące dotychczas teorje ich powstawania. Książka służyć może swym bogatym materjałem zarówno lekarzowi, zajmującemu się tem zagadnieniem z punktu widzenia teoretycznego, jak i lekarzowi praktykowi, leczącemu wszelkie postacie żółtaczek. Książkę mogę gorąco polecić każdemu, pragnącemu się bliżej zapoznać z istotą zespołu żółtaczkowego.

Jakób Węgierko.

F. Dumarest. M. Guillemînot. P. Rougy. Pleuresies purulentes tuberculoses. Traitement médico-chirurgical. G. Doin. *Paris. 1930. 44 strony. 16 fr. fr.*

Coraz większe rozpowszechnienie stosowania odmy sztucznej niewątpliwie wpłynęło na zwiększenie liczby wysięków gruźliczych opłucnej, a postępy chirurgji klatki piersiowej w wielu przypadkach pozwalają na uzyskanie wyleczenia tam, gdzie dotychczas wszelka nadzieja na wyzdrowienie wydawała się stracona. Z tych względów zaznajomienie się dokładne ze współczesnym stanem leczenia tych schorzeń jest rzeczą ważną dla każdego praktyka, a w pierwszym rzędzie dla lekarza mającego do czynienia z gruźlicą płucną.

Dlatego też należy z radością powitać ukazanie się omawianej książeczki, która podobnie jak i inne wydawnictwa, ukazujące się pod zbiorowem tytułem: „La practique médicale illustrée“ w sposób bardzo treściwy i przystępny omawia leczenie tak wewnętrzne, jak zwłaszcza operacyjne, gruźliczych wysięków opłucnej. Za daleko zaprowadziłoby referowanie poglądów autora, jednak godzi się przytoczyć, że są oni naogół gorącymi zwolennikami torakoplastyki, stosowanej w razie potrzeby powtórnie. Oleothorax nie jest przez autorów polecany, inne mniej rozległe zabiegi (wycięcie żeber, drenaż) uważają autorzy raczej za wstęp do leczenia właściwego. Technika, wskazania i t. d. jest przedstawiona krótko, ale zrozumiale. Książkę upiększają bardzo ładne zdjęcia rentgenowskie.

A. W.

S. Turchini. Travaux pratiques de physique medicale. Masson et Cie. *Paris. 1930. 116 str. 14 fr. fr.*

Klinika korzysta coraz to więcej ze zdobyczy fizyki, stąd konieczność studentów medyków nietylko teoretycznego zaznajomienia się z prawami fizyki, ale i poznania praktycznego podstaw urządzenia i stosowania przyrządów najczęściej używanych w klinice bądź w celach rozpoznawczych, bądź leczniczych. Autor zdaje się był pierwszym wogóle wykładającym te rzeczy w uniwersytecie Paryskim i powyższa książeczka stanowi króciutki zarys zajęć praktycznych przerabianych przez studentów. Omawia ona kolejno: promienie Röntgena, elektrodjagnostykę, prądy wysokiego napięcia, określanie parcia krwi, kryoskopję, ultramikroskop, pod-

stawową przemianę materji i szereg zagadnień z zakresu optyki, mających zastosowanie w okulistyce. Jak widać z powyższego zestawienia, należałoby być może uzupełnić i rozszerzyć naogół bardzo krótki tekst, ale i w swej obecnej postaci książeczka powyższa może być polecona dla użytku studentów medyków.

K R O N I K A

Ratujcie biedne Wdowy i Sieroty po zmarłych lekarzach. Wpłacajcie zaległe składki, które wynoszą około 3000. — zł. Wpisujcie się na Członków Rodziny Lekarskiej (Podwale 18 m. 12) Conto Czekowe P. K. O. Nr. 15,922.

Rodzina Lekarska składa serdeczne „Bóg zapłać“ Panu Doktorowi medycyny Neugebauerowi Juljuszowi za piękny dar w postaci kompletu narzędzi sekcyjnych.

OD REDAKCJI.

Przypominamy, że zgodnie z ogłoszonymi w marcowym zeszycie „Wiedzy“ warunkami Konkursu termin nadsyłania prac upływa nieodwołalnie dnia 31 grudnia 1930 roku, przyczem zaznaczamy, że pod uwagę będzie brany termin otrzymania, a nie wysłania prac, czyli, że prace otrzymane przez Administrację później niż 31 grudnia nie będą uczęstniczyły w konkursie.

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

Ogłoszenia:

	cała str.	1/2 str.	1/4 str.
zewnętrzna strona okładki	zł. 450.—	250.—	135.—
bezpośrednio przed tekstem	„ 350.—	200.—	120.—
2-ga i 3-cia strona okładki	„		
pozostałe	„ 300.—	170.—	— 95.

ROK IV WARSZAWA 1930 GRUDZIEŃ ZESZYT XII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

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

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

P R A C E O R Y G I N A L N E

R. HUGEL i G. DELATER

Rozważania na temat patogenezy zapalenia żył.

Przedewszystkiem należałoby ustalić treść słowa, terminu anatomo-patologicznego „p h l e b i t i s“. J e s t t o z a p a l e n i e c z ę ś c i l u b c a ł e j ś c i a n y ż y l n e j, przyczem określenie to nie zawiera w sobie żadnych ograniczeń ani co do rozległości procesu — na długość, wgłąb ściany, ani co do przyczyny. Każda żyła ustroju może być dotknięta procesem zapalnym. Czynniki, wywołujące cierpienie, mogą być natury mechanicznej, chemiczno-toksycznej i zakaźnej.

Jak z powyższego wynika, zupełnie nieuzasadnionym jest podział na phlebitis i periphlebitis, gdyż zasadniczo, anatomo-patologicznie, niema między niemi żadnej różnicy.

Zapalenie żyły przychodzi do skutku zwykle w następstwie zadziałania na jej ścianę w jednym punkcie czynnika toksycznego lub zakaźnego. Według teorji *Virchowa* i zgodnie z poglądami *Lancereau* zapalenie ściany żylnej powstaje wyłącznie na drodze krwiopochodnej; jednakże liczne spostrzeżenia z codziennego życia dowodzą nieścisłości tego twierdzenia. Jak dotychczas, brak jest zgody w poglądach na mechanizm chorobotwórczy zapalenia żył, jedno tylko wydaje się być niewątpliwem — to, że zmiany w samej krwi w sąsiedztwie ogniska zapalnego powstają dopiero wtórnie.

Z reguły, na bodziec chorobotwórczy żyła reaguje stanem zapalnym ściany w całej jej grubości i miejscowym zakrzepem, dając obraz anatomo-patologiczny t. zw. „p a n p h l e b i t i s“. Nie wchodząc w szczegóły tych zmian, wyjaśnionych zresztą dostatecznie w pracach *Vaquez'a, Cornil'a i Marie, Sicard'a, Paraf'a i Lermoyz'a, Binet'a i Verne'a*, wspomnimy tu jedynie, że w związku z zapaleniem ściany żyły i odpowiednim odczynem śródbłonka wytwarza się w tem miejscu p i e r w o t n y z a k r z e p, na którym narasta następnie z a k r z e p w t ó r n y. Dawniej przypuszczano, że ów pierwotny zakrzep jest poprostu następstwem skrzepnięcia krwi wskutek jej zetknięcia się z obnażoną ze śródbłonka wewnętrzną powierzchnią ścia-

ny żylnej, której komórki w tem miejscu zaczynają bujać do światła żyły. Jednakże *W. Starlinger i S. Sametnick* (Klinische Wochenschrift, t. VI, Nr. 27, 2 lipca 1927) wyjaśnili już ostatecznie, że tęn pierwotny zakrzep powstaje nie wskutek skrzepnięcia się krwi, a w następstwie zlepiania się jej płytek (aglutynacji), które układają się w blaszki, z początku prostopadle do ściany, a później zaginają się w kierunku prądu krwi i wreszcie mogą całkowicie prąd ten przerwać. Na tym zakrzepie, utworzonym z pozlepianych ze sobą płytek, tworzy się wtórnie zwykły skrzep krwawy — t. zw. zakrzep wtórny — który może się z czasem rozkruszyć i spowodować powstanie zatorów.

Jaka jest przyczyna tego zlepiania się płytek krwi w danem miejscu? Przyczyn tych jest kilka, ale jedna jest punktem wyjścia całego procesu; jest nią zmiana składu fizyko-chemicznego krwi.

I. Białko krwi krąży w niej pod postacią koloidów zjonizowanych i opatrzonych ładunkiem elektrycznym wybitnie ujemnym. Dopóki elementy morfotyczne krwi posiadają taki sam ujemny ładunek, niema warunków do ich zlepiania się. Jeśli jednak we krwi zjawią się białka o ładunku znacznie słabszym (globuliny, fibrinogen), wówczas płytki krwi tracą część swych ładunków, ich siła odpychająca słabnie i bierze górą tendencja zlepna.

Autorowie pracy niniejszej przeprowadzili następujące doświadczenie. Poddali osocze krwi, z którego usunięto przez wirowanie elementy komórkowe, działaniu prądu elektrycznego (dla zwiększenia przewodnictwa osocza dodano doń azotanu lantanu) — wówczas płytki krwi zaczęły się szybko sklejać, zanim jeszcze można było stwierdzić jakiekolwiek inne zmiany we krwi, mikroskopowe czy też makroskopowe; zmiany te zaobserwowano dopiero później. Przeprowadzając podobne doświadczenia z pełną krwią, zauważono, że szybkość opadania krwinek (sedymentacja) jest proporcjonalna do szybkości przemieszczania się płytek krwi pod wpływem prądu elektrycznego.

Z drugiej strony, spostrzeżenia kliniczne mówią, że te choroby, w przebiegu których szczególnie łatwo powstają zakrzepy w żyłach, a mianowicie: zakażenia, guzy nowotworowe, niedomoga serca, miażdżyca tętnic w okresie charłactwa — właśnie cechują się zwiększeniem we krwi fibrinogenu i globulin.

Według *M. P. Govaerts'a* (Międzynarodowy Zjazd Chirurgów w Warszawie) badanie drobnowidzowe zakrzepów wykazuje, że najstarsze ich części są utworzone z odpowiednio zmienionych i posklejanych płytek krwi, w kształcie blaszek i tworów jakby koralowatych, pokrytych następnie leukocytami i spojonych nitkami włóknika. Sklejanie się (aglutynacja) płytek przychodzi do skutku w każdym przypadku ich zetknięcia się z jakiemikolwiek ciałami obcemi, mikro- lub makroskopowemi; zjawisko to występuje, jeśli wstrzyknąć do krwiobiegu wyciąg z tkanek lub małojadowitych drobnoustrojów, przyczem jednocześnie wzrasta zawartość we krwi fibrinogenu i globulin. Wypadaniu włóknika sprzyja nagromadzenie płytek i ich rozpad. Wiadomem jest również, że niektóre drobnoustroje mają właściwość strącania włóknika nawet w tych środowiskach, w których krew zasadniczo nie krzepnie i te same drobnoustroje wywołują bardzo łatwo sklejanie się płytek. Z drugiej strony — po operacjach, porodach i różnych rozległych obrażeniach tkanek wzrasta we krwi ilość leukocytów, fibrinogenu, globulin, siła przeciwtrawienna surowicy i przyśpiesza się opadanie krwinek. Wygląda tak, jakby zwiększenie zawartości we krwi fibrinogenu i globulin powodowało zmniejszenie ładunków elektrycznych składników morfotycznych krwi i w związku z tem — ułatwiało ich sklejanie się (aglutynację).

W związku z powyższem, możnaby odtworzyć powstanie zakrzepu żylnego w sposób następujący: we krwi, zmienionej przez jakikolwiek uraz, zjawiają się warunki do sklejania się płytek, bądź to przy ich zetknięciu się z cząsteczkami tkanek przeciętych lub stłuczonych, bądź też z drobnoustrojami o niezbyt dużej żywotności, ten pierwszy zawiązek zakrzepu szybko powiększa się przez przyklejanie się dalszych warstw płytek i wtórne wypadanie włóknika, jeśli prąd krwi w danej żyle jest znacznie zwolniony.

II. Jakie są przyczyny pojawienia się we krwi odpowiednich ilości fibrinogenu i globulin i dlaczego sklejanie się płytek następuje w pewnem ściśle określonem miejscu?

Żeby odpowiedzieć na te pytania, należy przedewszystkiem zwrócić uwagę na przyczyny i następstwa zwolnienia prądu krwi. Profesor *Prussik* z Pragi, opierając się na statystyce 2593 chorych sercowych, podaje, że u chorych z ciśnieniem maksymalnem krwi 50 — 90 częstość występowania zakrzepów żylnych wynosiła 13,35%, u chorych z ciśnieniem maksymalnem 91 do 100 — już tylko 8,35%, a u chorych z ciśnieniem od 101 do 110 — zaledwie 4,44%. Mierząc jednocześnie szybkość przepływu krwi, autor ten przychodzi do wniosku, że obniżenie ciśnienia krwi idzie w parze ze zwolnieniem jej przepływu. A więc obniżenie ciśnienia krwi wraz z towarzyszącem mu zwolnieniem szybkości przepływu sprzyjają powstawaniu zakrzepów w schorzeniach serca i chorobach wyniszczających.

M. Ritter z Zurychu w przemówieniu swem na Międzynarodowym Zjeździe Chirurgów w Warszawie wyjaśnia rolę zwolnionego krążenia krwi w powstawaniu zakrzepów w sposób następujący: przy zwolnieniu prądu krwi strumień krwinek pośrodkowy maleje, zaś liczba płytek i leukocytów, płynących bliżej ściany naczynia, wzrasta; stąd większa łatwość ich sklejania się między sobą i przyklejania się do ściany, poza tem, zwolnienie przepływu ułatwia zadziałanie nieprawidłowych składników krwi na jej resztę i na ścianę naczynia.

Z kolei należałoby się zająć teraz rolą szybkości opadania krwinek. *Biernacki* i jego następcy wykazali, że szybkość opadania krwinek zmienia się zależnie od całego szeregu czynników fizjologicznych, patologicznych i leczniczych, działających na ustrój. Szybkość ta wzrasta, kiedy ustrój staje się mniej odporny pod wpływem różnych chorób, następnie w ciąży, w okresie karmienia (laktacji); zmniejsza się zaś, kiedy ustrój nabiera sił i zdrowia pod wpływem środków farmakologicznych, surowic leczniczych, zabiegów chirurgicznych i t. p. W rzeczy samej, różne stany chorobowe wywołują zmiany w elementach morfotycznych krwi, w składzie płynów tkankowych, podwyższają i obniżają ciepłotę i w następstwie — potencjał elektryczny składników morfotycznych i roztworów koloidowych. Dane powyższe, jakoteż istnienie stosunku wprost proporcjonalnego między szybkością opadania krwinek a szybkością przemieszczania się płytek krwi w polu elektrycznem — zostały stwierdzone przez *Biernackiego, Forbensa, Stralingera, Sametnicka* i innych.

Wszystkie te czynniki, które wywołują zmniejszenie lub zwiększenie ładunków elektrycznych składników morfotycznych krwi mogą wywołać — w razie zwolnienia przepływu krwi sklejanie się płytek i przyspieszenie opadania krwinek. Mechanizm tych procesów nie jest jeszcze całkowicie wyjaśniony. Stanom tym towarzyszy zmiana krzepliwości w kierunku skrócenia czasu krzepnięcia krwi. *Boshamer* (Klinische Wochenschrift, t. VI, 16 kwiecień 1927) wykazał, że krew w stanach powyższych staje się uboższą w antitrombinę, która jak wiadomo, hamuje jak wiadomo, przekształcanie się trombogenu—w obecności trombokinazy — w trombinę, i neutralizują trombinę już wytworzoną. W przypadkach prawidłowych istnieje równowaga między trombiną i antitrombiną; lecz w przypadkach zakrzepów pooperacyjnych równowaga ta ulega zakłóceniu i czas krzepnięcia w ciągu 6 — 7 dni jest skrócony. Badania *Termiera* wykazały, że jeśli prawidłowy czas krzepnięcia określa na 10 minut, to w zakażeniach chirurgicznych skraca się on do 7, a nawet 4 minut, a w przebiegu krwawień przy włókniakach macicy — do 8 i 6 minut.

III. Pierwotną przyczyną, która na tle odpowiedniego usposobienia i przy warunkach sprzyjających powoduje powstanie zakrzepu żylnego, jest zatrucie ustroju. Zródłami tego zatrucia są: zakażenia i zaburzenia czynności pewnych narządów, jak wątroby, nerek i przewodu pokarmowego. Zwłaszcza zakażenie gra rolę dużą w powstawaniu zakrzepów pooperacyjnych — a mianowicie w przebiegu chorób zakaźnych, w połogu, w przebiegu dny i zakrzepów tak zwanych jałowych (aseptycznych). Działanie drobnoustrojów lub ich jadów, obcego białka, drażniących substancji chemicznych, wywierane przez czas dostatecznie

długi, sprowadza zaburzenia w stosunkach fizyko-chemicznych między krwią i śródbłonkiem żylnym: płytki krwi sklejają się i osiadają wraz z krwinkami we wspólnej siatce włóknika, który znajduje tutaj warunki do wypadania. Zwłaszcza grypa, niedomoga wydzielania wewnętrznego i czynności wątroby, długotrwałe choroby, nowotwory złośliwe łatwo sprowadzają odnośne zaburzenia w płynach tkankowych, będące punktem wyjścia dla powstawania zakrzepów.

Jaką rolę gra ściana naczynia a właściwie jej śródbłonek, w powstawaniu zakrzepu w danym odcinku naczynia? Według autorów niemieckich powstanie zakrzepu zależy w pierwszym rzędzie od odpowiednich zmian we krwi. Jednakże inni autorowie są zdania nieco odmiennego, popartego zresztą przekonywającymi doświadczeniami (*Brucke, Zohn, Baumgarten, Vaquez, Cornil i Marie, Widal, Binet i Verne*): „każde obrażenie śródbłonka żylnego — chemiczne, mechaniczne czy też drobnoustrojowe — prowadzi nieuchronnie do powstania zakrzepu ściśle w miejscu obrażenia“ (Presse Méd., 10 czerwca 1925); „obrażenie śródbłonka żylnego jałowe powoduje powstanie zakrzepu ściśle ograniczonego, zaś obrażenie zakażone — zakrzepu rozległego“ (Semaine Méd. Pratique, lipiec 1927).

Binet i Verne w swych doświadczeniach posługiwali się do wstrzykiwań dożylnych słabemi roztworami salicylanu sodu, który w stężeniach 10 do 50% przeciwdziała krzepnięciu. Po wstrzyknięciu spostrzegali następujące zmiany: komórki śródbłonka żylnego pęcznieją, zaczynają się dzielić bezpośrednio (amitotycznie) i wreszcie przyjmują wygląd komórek mezenchymalnych, niezróżnicowanych; włókna mięśniowe gładkie z wydłużonych stają się bardziej wrzecionowate lub gwiaździste, ich jądra stają się okrągłe — to znaczy, przyjmują również cechy komórek mezenchymalnych; w tym czasie tworzy się zakrzep, który następnie przerastają zmienione (mezenchymalne) komórki ściany żylnej. Oto co się odbywa w żyle prawidłowej, do której wstrzyknięto drażniący jej ścianę roztwór salicylanu sodu, w stężeniu, raczej przeciwdziałającem krzepnięciu. Widać z tego, że podnieta do powstania zakrzepu musi wychodzić z samej ściany naczynia. *Vaquez*, a później *Widal i Abrami* znajdowali często w samym zakrzepie i w ścianie żył nim dotkniętych drobnoustroje chorobotwórcze; jest to potwierdzenie kliniczne ciekawych doświadczeń *Vaqueza*.

Wspomnieć tu jeszcze należy o pewnej koncepcji *M. Blocha* i *P. E. Weila* — „o niedomodze naczyń i osocza,“ polegającej na zaburzeniach odżywczych (dystrophia) śródbłonka i będącej zkolei przyczyną częstych zapaleń żylnych zakrzepowych, zmian chorobowych w osoczu krwi i powtarzających się krwawień.

W rozważaniach powyższych uwzględniono wyłącznie typową postać zapalenia zakrzepowego żył, t. zw. „panphlebitis.“ Ale istnieją i postacie, w których zapalenie dotyczy tylko części ściany żylnej, nie pociąga za sobą wytworzenia się zakrzepu i pozostawia nienaruszoną drożność naczynia; tego rodzaju zmiany zapalne mogą ustąpić całkowicie i bez śladu. Należą tu: zapalenia żył gośćcowe, w przebiegu gruźlicy płuc, płonicy, grypy i wreszcie podostre zapalenia żył rozszerzonych (żylaki goleni, krwawnice). W stanach powyższych przeważa odczyn zapalny ze strony tkanki dookołażylnej, który swój punkt wyjścia ma w tych naczyniach krwionośnych (vasa vasorum) i chłonnych, w które ściana żył jest bardzo obficie zaopatrzona. Ów stan zapalny, dotyczący vasa vasorum, tłumaczy również istnienie tak zwanych skrytych zapaleń żył, które nieraz na dłuższy przeciąg czasu poprzedzają rozwój właściwego ostrego zapalenia. Do tejże kategorji należą zapalenia żył włosowatych, które się znajduje przy badaniach drobnowidzowych różnych narządów, a zwłaszcza macicy.

Co warunkuje umiejscowienie się procesu zapalnego w tej, a nie innej żyle.

Poza zapaleniem żył dnawem, prawie wszystkie inne są pochodzenia zakaźnego; co do tego panuje jednomyślność. Pozostaje teraz rozpatrzeć, gdzie są wrota tego zakażenia i czy istnieją jakieś specjalne warunki anatomiczno-fizjologiczne, któreby uspasabiały do umiejscowienia się procesu chorobowego w tem, a nie innem miejscu.

Poza drobnoustrojami, które stwierdzano bardzo rzadko jako przyczynę zapalenia żył, a mianowicie — prątek *Kocha*, krętek blady (kiły) i dwoinki *Neissera* (rzeżączki), przyczyną zakażenia we wszystkich pozostałych przypadkach bywają drobnoustroje trzech rodzajów: gronkowce, paciorkowce i bakterje kiszkowego pochodzenia (prątek *Ebertha* i duru rzekomego, prątek okrężnicy i enterokok).

Gronkowiec wywołuje zwykle zapalenie żył w pobliżu rany zakażonej, ropnia, czyraka; proces chorobowy dotyczy najczęściej żył powierzchownych i rzadko doprowadza do bardziej rozległych zmian i powikłań, właściwych innym drobnoustrojom; jednakże przypadki takie były spostrzegane (*Grimaud i Dandelot* — Soc. de Chirurgie, 30 stycznia 1924). Sam zakrzep ulega często zropieniu i powstały ropień opróżnia się samoistnie lub też zostaje zlikwidowany operacyjnie. Zropienie zakrzepu widuje się szczególnie często w przypadkach żylaków goleni, przy obecności drobnych nawet otarć naskórka. Drobnoustroje mogą przez czas dłuższy pozostawać w zakrzepie zorganizowanym, aby w pewnej chwili, odzyskawszy swą żywotność i zjadliwość, rozsiać się na większej przestrzeni, dając obraz kliniczny podostrego żylnego zakażenia ogólnego (typ *Vaqueza*).

Większe od gronkowca znaczenie w etjologji zapaleń żył mają: paciorkowiec i drobnoustroje kiszkowe, a zwłaszcza te ostatnie. Wszystkie powyższe typy drobnoustrojów znajdywano w ścianie żył i w zakrzepach (*Vaquze* i *Leconte, Legrand, Cain* i *Oury, Widal* i wielu innych).

Z drobnoustrojów pochodzenia kiszkowego najczęściej spotykamy się tutaj z prątkiem okrężnicy i enterokokiem. Przytoczymy na ten temat to, cośmy pisali w swoim czasie w Le Monde Médical Nr. 705 (1927): „Spostrzeżenia liczne dowodzą, że u osobników pozornie zupełnie zdrowych drzemie nieraz ukryte zakażenie dróg płciowych, zakażenie pochodzenia jelitowego; w następstwie tegoż rozwija się zapalenie żył drobnych zakrzepowe ściany macicy, które — pozostając zasadniczo skrytem — może w pewnych momentach ulec zaostrzeniu i uogólnieniu. Z podobnem zjawiskiem spotykamy się w zakresie żył ucha i nosa (zatoka żylna skalista i boczna). W wydzielinie pochwy stwierdza się często obecność prątka okrężnicy i enterokoka, których żywotność chorobotwórczą można sprawdzić łatwo na zwierzętach. Drobnoustroje te przenikają z przewodu pokarmowego — u osobników z nawykowemi zaparciami i wzmożeniem procesów gnilnych i fermentacyjnych w kiszkach — do dróg moczowych, zgodnie z mechanizmem zespołu kiszkowo-nerkowego; w moczu tym mogą być łatwo bakterjologicznie wykryte.

Przy oddawaniu moczu ulega łatwo zakażeniu pochwa, a pośrednio i macica. Liczne przypadki t. zw. białych upławów są prawdopodobnie w związku etjologicznym z powyższem zakażeniem i właściwie należałoby je ująć w grupę „zespołu kiszkowo-nerkowo-rodnego“ u kobiet. Drobnowidzowo stwierdza się w macicy liczne drobne ogniska zapalne i liczne zapalenia zakrzepowe drobnych żył, sięgające daleko w głąb ściany, aż do perimetrium, ale nie zdradzające swego istnienia żadnemi objawami klinicznemi. Owe zapalenia żył mogą rozszerzyć się na żyły większego kalibru i doprowadzić do wypełnienia zakrzepami zakażonemi układu żylnego na dużej przestrzeni“.

Znajdywano niejednokrotnie na stole sekcyjnym, zupełnie niespodziewanie, wypełnione zakrzepami żyły maciczne, które prawdopodobnie miały stanowić przejście do zakrzepowego zapalenia żył udowych (phlegmasia alba dolens) i biodrowych, wikłających połóg lub okres pooperacyjny i doprowadzających do nieoczekiwanych zatorów. W przypadkach tego rodzaju proponowano i wykonywano, z wynikiem niejednokrotnie bardzo dobrym, podwiązanie operacyjne pni żylnych, aż do żyły głównej włącznie (v. cava inf.), w celu odgrodzenia źródła zatorów i stałego zakażania układu żylnego.

Schwartz i *Schil* (Paris Médical, czerwiec 1927) na 30 operowanych przypadków włókniaków macicy — w 20 znaleźli zapalenie błony wewnętrznej żył maciczych, a z tych ostatnich — w 4 przypadkach przebieg operacyjny był powikłany zapaleniem żył udowych. Według tych autorów, żeby po wycięciu macicy wystąpiło zapalenie żył, potrzeba do tego: zakażenia (najczęściej prątkiem okrężnicy) i uprzedniego schorzenia żył macicznych (endophlebitis). Ponieważ istnienie zapaleń błony wewnętrznej żył na tle zakażenia prątkiem okrężnicy zostało wykazane ponad wszelką wątpliwość, można przyjąć z dużem prawdopodobieństwem, że większość zapaleń żył na tle zakaźnem jest pochodzenia kiszkowego. Dowo-

dzą również tego dobre wyniki odpowiedniego leczenia i właściwej profilaktyki.

Należałoby się teraz zająć z kolei zagadnieniem specjalnych warunków anatomiczno-fizjologicznych, usposabiających do umiejscowienia się drobnoustrojów i procesu chorobowego w tej, a nie innej żyle.

Z punktu widzenia fizjo-patologji można podzielić wszystkie żyły ustroju na pięć grup: 1) żyły głowy, szyi i górnych kończyn, 2) żyły tułowia, doprowadzające krew do serca, 3) żyły, zawarte w miąższu wewnętrznych narządów, 4) żyły głębokie kończyn dolnych, 5) żyły powierzchowne kończyn dolnych.

Żyły głowy, szyi i kończyn górnych podlegają zapaleniu naogół rzadko, jeszcze rzadziej — duże żyły tułowia. Natomiast często bywają zmienione zapalnie małe żyły wewnątrz narządów brzusznych lub w ich najbliższem sąsiedztwie, np. macicy, odbytnicy. Zaś najczęściej spotykamy się z procesem zapalnym w zakresie żył głębokich kończyn dolnych, rzadziej nieco — w zakresie żył powierzchownych.

Zapalenie żył w zakresie głowy dotyczy prawie wyłącznie zatok opony twardej (sinus durae matris), najczęściej zatoki bocznej; zakażenie z nosa, ust lub gardła przechodzi na ścianę zatok żylnych wewnątrzczaszkowych za pośrednictwem naczyń chłonnych lub luźnej tkanki łącznej. Jest to schorzenie, ze względu na sąsiedztwo opon, bardzo ciężkie i dające rokowanie niepewne. Zapalenie żył szyi i żyły głównej górnej (v. cava superior) widuje się znacznie rzadziej, bywa ono również następstwem przejścia zakażenia z otoczenia (angina, mediastinitis), a nigdy następstwem zakażenia ogólnego.

Częstszemi są zapalenia żył kończyn górnych, w przebiegu których wypełnienie zakrzepami sięga nieraz aż do żyły podobojczykowej. Występują one w przebiegu dny, podostrego ogólnego zakażenia żylnego i niektórych lżejszych zakażeń opłucnowo-płucnych. Mechanizm chorobotwórczy nieprzedstawia tu nic szczególnego: na tle ogólnego schorzenia układu żylnego przychodzi do chwilowego i przypadkowego zwolnienia krwiobiegu w pewnej żyle, wówczas pod wpływem jakiegoś niewielkiego urazu miejscowego (ucisk, pociąganie za żyłę lub nerw odpowiedni) drobnoustroje chorobotwórcze lub jakiekolwiek substancje trujące (ze krwi lub z otaczającej naczynie chłonki) osiadają w jednem miejscu błony wewnętrznej żyły i są punktem wyjścia procesu zapalnego. W ten sposób tłumaczy się powstawanie zapaleń żył kończyn górnych po gwałtownych wysiłkach fizycznych, w czasie których dochodzi do obrażenia żyły pachowej przez więzadło żebrowo-krucze (lig. costocoracoideum) *(Löwenstein)*. Pomimo wszystko, zapalenia żył kończyn górnych nie są częste, prawdopodobnie dlatego, że do zastoju krwi — ze względów anatomicznych i fizjologicznych — dochodzi w nich rzadko.

W powstawaniu rozległych, szerzących się zapaleń, największą rolę grają żyły, zawarte w różnych narządach wewnętrznych. Każdy narząd, znajdujący się w stanie przewlekłego zapalenia lub narażony na stałe zakażenie, ewentualnie zatruwanie miejscowe, zawiera w swem wnętrzu niezliczoną liczbę drobnych żył, będących w stanie zapalnym różnego stopnia — od prostego bujania komórek błony wewnętrznej do zupełnego zarośnięcia światła naczynia. Zmiany powyższe znajduje się najczęściej w narządach, pozostających w związku bezpośrednim z przewodem pokarmowym i moczowym. Obecnie można już uważać za rzecz prawie dowiedzioną, że z tych drobnych zakrzepów, wypełniających zmienione zapalnie żyły, przychodzi do skutku rozsianie się drobnoustrojów po całym ustroju, ewentualnie przejście zakrzepowego procesu zapalnego na duże żyły. Za przykład mogą tu służyć przejściowe porażenia połowicze i przejściowe afazje u położnic. *Fruhinsholz* i *Cornik* w La Presse Méd., 11 maja 1929, piszą na ten temat: „Jak pokazują odnośne spostrzeżenia kliniczne, objawy te występują wyłącznie u kobiet, u których poród był powikłany zakażeniem i u których zachodziło podejrzenie istnienia miejscowego zakażenia żył. Powyższe objawy mózgowe występowały zwykle między 3 i 17 dniem po porodzie. W przypadkach tych właściwie nie powinno się mówić, jak to jest przyjęte dotychczas, o zatorach mózgowych pochodzenia zakrzepowego z żył zmienionych zapalnie, których często się nawet nie widzi, a poprostu o zakaźnem, zakrzepowem zapaleniu żył mózgowych, będącem w związku z ogólnem zakażeniem całego układu żylnego.

De Martens w artykule swym, który się ukazał 30 lipca 1930 roku w Deutsche Med. Wochenschrift Nr. 29, dowodzi, że punktem wyjścia zakażeń połogowych są zakażone zakrzepy w przymaciczach. „U każdej położnicy po porodzie czy też poronieniu, jeśli jest właściwie leczona i macica została całkowicie opróżniona (samoistnie lub operacyjnie), każde wystąpienie dreszczów i gorączki każe przypuszczać obecność zakrzepów zakażonych w przymaciczu. Dreszcze wskazują tutaj na przedostawanie się z owych zakrzepów do krwiobiegu żywotnych drobnoustrojów. Zaraz po pierwszym napadzie dreszczów lub nawet wcześniej, jednem słowem, kiedy tylko właściwe rozpoznanie zostało zrobione, należy jaknajszybciej przystąpić do podwiązania, w celach leczniczych, odpowiednich żył, nie wyłączając żyły głównej dolnej.“.

Jeden z autorów pracy niniejszej spostrzegał ubiegłego lata w Bagnoles-de-l'Orne chorą, cierpiącą na rozległe (w kształcie podkowy) zapalenie żył małej miednicy, z powtarzającemi się zatorami i okresowem rozsiewaniem się drobnoustrojów po całym organiźmie, grożące wystąpieniem ciężkich powikłań ogólnych; u chorej tej wykonano podwiązanie żyły głównej dolnej (v. cava inf.) — objawy zakażenia ogólnego ustąpiły natychmiast, a miejscowe objawy uległy również złagodzeniu. *Anselme Schwartz* i *Schil* w pracy swej z 18 czerwca 1927 roku (Paris Méd.) podają, że przyczyną bezpośrednią zapaleń żył pooperacyjnych są istniejące już poprzednio zapalenia błony wewnętrznej żył pola operacyjnego. Autorowie ci badali systematycznie żyły szypuły macicznej po jej wycięciu, a wyniki tych badań potwierdziły wszystko to, co inni autorowie na ten temat wypowiadali (rozszerzenie żył, zmiany zapalne i t. d.).

Dla całości obrazu należy tu jeszcze wspomnieć o częstych małych zawałach płucnych i zapaleniach żył po operacjach na kątnicy, gruczole krokowym, pęcherzu żółciowym i nawet po operacjach niepowikłanych przepuklin, po których rana zagoiła się przez rychłozrost.

Owe zapalenia żył narządów wewnętrznych, poza zatorami, mogą jeszcze prowadzić do zapalenia zakrzepowego żył głębokich kończyn dolnych; proces ten szerzy się z żył małej miednicy, per continuitatem, poprzez żyły biodrowe na żyły udowe. W przypadkach przepuklin uwięźniętych i ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego proces zapalny szerzy się na żyłę biodrową per contiguitatem. Mamy tu wszelkie warunki do powstawania i rozrastania się zakrzepu, ze zwolnieniem lub nawet zupełnym zatrzymaniem prądu krwi przez przeszkodę mechaniczną na poziomie zmienionego zapalenia narządu.

Brakiem bezpośredniego połączenia żył powierzchownych kończyn dolnych z narządami zakażonemi tłumaczy się fakt ich rzadszego dotknięcia procesem zapalnym, o ile tylko nie są zmienione żylakowato. Zapalenie żył powierzchownych następuje albo przy przejściu na nie zakażenia z najbliższego sąsiedztwa, albo wskutek dostania się do nich drobnoustrojów z odległego ogniska, albo wreszcie wskutek zatrucia zewnątrz lub wewnątrz pochodnego. Żyły głębokie w tych razach pozostają niezmienione, prawdopodobnie wskutek utrzymywania się w nich prawidłowo szybkiego prądu krwi.

Wreszcie wspomnieć tu jeszcze należy o możliwości współistnienia zapaleń żył i tętnic. Mówią o tem spostrzeżenia *Merklena i Weila*, *Bouchut i Paupert*, *Ravault*, choroba *Burgera*. Trudno jest roztrzygnąć pytanie, czy tętnice, czyteż żyły pierwsze uległy schorzeniu. Naogół przeważają tutaj zdania na korzyść żył.

Reasumując wszystko wyżej powiedziane na temat mechanizmu chorobotwórczego zapaleń żył, widzimy, że opiera się on z jednej strony na pewnych zmianach we krwi i jej krążeniu, z drugiej—na zadziałaniu na ścianę danej żyły drobnoustrojów lub jadów. Jednakże warunkami temi nie wyczerpuje się jeszcze całego zagadnienia. W powstawaniu omawianego schorzenia bierze udział jeszcze jeden czynnik, bynajmniej nie najmniej ważny, ale nad którym większość autorów przechodzi milcząco do porządku dziennego. Jest nim zmniejszona odporność żył. Większość ludzi polega wielokrotnie w ciągu swego życia różnym ogólnym i miejscowym zakażeniom, do ostrego lub podostrego zapalenia żył dochodzi stosunkowo rzadko, gdyż chroni przed niem konstytucjonalna odporność żył na działanie drobnoustrojów i jadów.

W pracy swej pod tytułem „Postępująca niedomoga żylna“ (La Province Médicale, 3 czerwca 1925), a następnie w drugiej pod tytułem „Leczenie schorzeń żylnych w związku z postępującą niedomogą żył“ (La Science Médicale Pratique, lipiec 1926) dowodziliśmy, że napięcie (tonus) ścian żylnych jest funkcją napięcia układu nerwowego współczulnego, które z kolei zależy bezpośrednio od wydzielania wewnętrznego odpowiednich gruczołów. W następnych swych pracach przytoczyliśmy cały szereg spostrzeganych przez siebie przypadków, które były leczone przez podawanie wyciągów gruczołowych i preparatów radjoczynnych, i u których zwalczano systematycznie zakażenie kiszkowe i zatrucie pochodzenia pokarmowego. Wyniki otrzymane — i co do profilaktyki, i co do właściwego leczenia — były bardzo dobre. Dla jaśniejszego ujęcia przedmiotu przedstawimy wszystkie działające tu czynniki w formie bardziej schematycznej.

Osobnik, obciążony „postępującą niedomogą żylną (zmniejszoną odpornością)“ — na którą się składają: zaburzenia wydzielania wewnętrznego i układu współczulnego, zatrucia wewnątrz- i zewnątrzpochodne, zakażenia ostre i przewlekłe, wadliwa statyka, złe warunki higieniczno - dietetyczne — może podlegać szkodliwościom, które ujmiemy w dwie grupy. Pierwsza grupa — to różne zaburzenia w krążeniu krwi żylnej, będące następstwem: spędzania większej części dnia w pozycji stojącej, przeszkód mechanicznych na drodze krwiobiegu, wzmożonego ciśnienia słupa krwi żylnej. Druga — to czynniki zakaźne, toksyczne i skazy.

Jeśli na danego osobnika zadziałają szkodliwości I grupy — to następstwem będą żylaki, jeśli zaś II — to rozwiną się zapalenia żył (phlebitis, periphlebitis).

Jak jedne, tak i drugie z czasem mogą doprowadzić do zatorów, zapaleń nerwów, obrzęków, zesztywnień w stawach, zaników mięśniowych i różnych schorzeń skóry.

Autorowie pracy niniejszej swoje wnioski ostateczne formułują w sposób następujący.

Na mechanizm chorobotwórczy zapaleń żylnych składają się trzy zasadnicze czynniki:

1. Czynnik uspasabiający — zwykle dziedziczny i stopniowo nasilający się w swem działaniu; jest to owa niedomoga żylna.

2. Czynnik sprzyjający — zwolnienie krwiobiegu i zmiany w składzie fizyko-chemicznym krwi.

3. Czynnik wywołujący — zakażenia i zatrucia, mniej lub więcej skryte i często kombinujące się ze sobą.

LEON ZAMENHOF.

Humor i satyra w medycynie.

Filip Ricord (1800 — 1889)

Kiedy przegląda się humor w medycynie zagranicznej, z pjetyzmem przechowywany przez najpoważniejsze wydawnictwa, pomimo woli nasuwa się pytanie, czemu nie słychać u nas tej nuty wesołej? Czy mamy być smutniejsi od kolegów w innych krajach? A może jesteśmy poważniejsi od nich? Brak tej nuty wesołości bynajmniej nie jest świadectwem naszej powagi — to objaw bezwzględnie ujemny, który zawdzięczamy wyłącznie brakowi inicjatywy i zachęty ze strony ogółu lekarzy, którzy nie zdążyli wyrobić w sobie poczucia piękna i znaczenia satyry w medycynie!

A przecież humor w naszym zawodzie nieraz odegrał rolę czynnika piewszorzędnego. Ileż to głośnych prac nie zdołało przetrwać żywota nawet ich autorów, gdy jednocześnie trafny aforyzm lub anegdota otwierały nie jednemu wstęp do panteonu nieśmiertelności! Oto przyczyna, dla której wszystkie narody z pjetyzmem pielęgnują u siebie każdy objaw humoru klasycznego, oto, być może, przyczyna, czemu o naszych lekarzach tak mało słyszy się i mówi zagranicą, Lukę tę u nas pożądanem byłoby wypełnić, wzorując się na literaturze zagranicznej, niezmiernie w tym kierunku bogatej.

Jako wzór do naśladownictwa mogą służyć francuzi. Pozwolę sobie dla przykładu zapoznać czytelników z dziełkiem pod tytułem „Ricordiana“, poświęconem słynnemu francuskiemu syfilidologowi *Filipowi Ricordowi*, który praktykował w Paryżu w ubiegłem stuleciu. Ilustracje do tego dziełka dokonane były przez słynnego w owym czasie karykaturzystę *Daumiera*

Ricord, jakkolwiek ogłosił dużo prac naukowych w dziedzinie swojej specjalności, przechował się do dnia dzisiejszego w pamięci swych rodaków głównie dzięki swemu niezwykłemu humorowi i pełnemu pogody sarkazmowi. O żadnym lekarzu nie pozostało tyle wspomnień, tyle ciekawych anegdot, ile o *Ricordzie*.

Jako profesor cieszył się tak wielkiem powodzeniem, że latem zmuszony był przenosić się z ciasnej auli wykładowej do ogrodu szpitalnego. Studenci, aby lepiej widzieć demonstrowanych chorych, wdrapywali się na drzewa. Pewnego razu, gdy te uginały się pod ich ciężarem, *Ricord* odezwał się z uśmiechem: „nie wiedziałem, że na lipach rosną żołędzie“.

We wszystkich okolicznościach życia *Ricord* orjentował się szybko i zawsze miał gotową odpowiedź. Pewnego razu na bankiecie politycznym zagadnął go jeden z obecnych, czy nie należy on do partji konserwatywnej? „Nie zupełnie“ odrzekł z uśmiechem, „raczej do partji centrum — jestem mężem środka“.

Zauważywszy pewnego razu swych asystentów, usiłujących napróżno porozumieć się z chorym persem, rzekł: „poczekajcie, ja wam pomogę“. „Je lui pousserai des cris perçants“, odrzekł z uśmiechem.

Jak dalece umiał *Ricord* wychodzić zwycięsko z każdej nawet najzawilszej sytuacji, stwierdza następujący fakt z jego życia. Jeden z jego przyjaciół zaprosił go do siebie w gości i przedstawił swej młodej małżonce. Pani domu, która była klijentką *Ricorda*, ujrzawszy go, pokryła się ponsami. Zauważył to mąż, lecz *Ricord* szybko uratował sytuację, zwracając się do zażenowanej pani domu: „Niech panią to nie przeraża, że małżonek jej zna mnie tak blisko, ręczę pani słowem honoru, że nas bynajmniej nie łączy stosunek lekarza do pacjenta“.

W innym wypadku umiał znakomicie wydostać się z trudnej sytuacji, jednocześnie zachowując tajemnicę lekarską i uprzedzając nieszczęście.

Jeden z jego pacjentów chciał ożenić się z córką jego najlepszego przyjaciela i pomimo energicznych napomnień nie chciał odstąpić od swego zamiaru, *Ricord*, chcąc ratować sytuację, zaprosił do siebie na jedną i tę samą godzinę pacjenta i ojca panny, przyczem urządził tak, że obaj spotkali się w jego poczekalni.

Poczekalnie *Ricorda* nieraz robiły wrażenie balów kostjumowych lub maskarad, gdyż pacjenci, pochodzący często z bardzo wysokich sfer, starali się zachować swoje incognito. Sam *Ricord*, odwiedzając niektórych wpływowszych pacjentów, charakteryzował się niedopoznania. Był to może jedyny w dziejach syfilidolog, którego publiczność darzyła nietylko zaufaniem, lecz nawet wielkiem przywiązaniem. Zasłużył więc w zupełności, aby dzisiejsi kapłani Wenery wywiesili u siebie jego podobiznę, jako wzór do naśladownictwa!

Przytoczyłem to wspomnienie o *Ricordzie* celowo, aby zwrócić uwagę, że i u nas nie zbrakłoby materjału w tym kierunku, gdybyśmy z nieco większą pieczołowitością odnosili się do wspomnień o naszych lekarzach. Jeszcze żywo, naprzykład, żyje w pamięci starszego pokolenia niedawno zgasły popularny lekarz — satyryk *Stanisław Słonimski*, ojciec poety *Antoniego Słonimskiego*. Czy jego niezliczone fraszki, aforyzmy, satyry, kalambury nie uchodzą do dnia dzisiejszego, za niedoścignione pod względem formy i treści perły humoru?

Ileż to znakomitych aforyzmów polskich wędruje z ust do ust, ginąc w otchłani czasu i zapomnienia lub błąkając się samotnie w bezkresie naszej literatury niezawodowej, pozostają niedostępne dla ogółu?

Pomimo woli nasuwa się pytanie, czemu u nas przy znakomitym rozwoju literatury satyrycznej, medycyna jest wyjątkowo upośledzona? Czyżby nie należało istotnie wypełnić jaknajprędzej tej luki?

[1]) Wyszła z druku książka pod tytułem; „Dzieje medycyny w zyciorysach aforyzmach i anegdotach" od Hippokratesa do okresu nowoczesnego. Jest to pierwsze dzieło oryginalne w tym kierunku w literaturze polskiej, narazie poświęcone medycynie obcej. Do nabycia w księgarniach lub u autora. Warszawa, Marszałkowska 125. Cena 5 złotych.

HELUAN W EGIPCIE.

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

Kąpiele siarczane i słoneczne; wszelkie fizyczne metody leczenia.

Pół godziny od Kairu; pociągi co pół godziny.

PENSJONAT WILLA WANDA

WANDY BILIŃSKIEJ

istniejący od 1904 roku.

Opieka i kuchnia djetetyczna ściśle według przepisów lekarskich.

Pokój z całodziennem utrzymaniem od 22 złotych.

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

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Częściowe wycięcie trzustki w leczeniu stanów hyperinsulinizmu. (La pancréatectomie partielle dans le traitement des états d'hyperinsulinisme). J. Mouzon. *Presse méd. nr. 69, 1930.*

Banting, Best i ich współpracownicy od pierwszej chwili odkrycia insuliny (1922) opisali zespół hypoglykemiczny, który pojawiał się u tych, którym wstrzyknięto zbyt dużą dawkę insuliny. Klasyczne te objawy przedstawiają się, jak następuje: z początku pojawia się ogólne osłabienie, uczucie obawy, dreszcze lub drgawki, uczucie wilczego głodu, ziewanie i poty; następnie pojawiają się w ciężkich przypadkach silne drgawki, majaczenia i śpiączka hypoglykemiczna. Ciężkie objawy mogą pojawić się niekiedy bez żadnych zapowiedzi, a w rzadkich przypadkach mogą skończyć się śmiercią. Cechy wszystkich stanów hypoglykemicznych jest łatwość, z jaką ustępują one po podaniu cukru, lub innych węglowodanów i bez względu na sposób ich wprowadzenia do ustroju.

Znajomość tych stanów hypoglykemicznych pozwoliła na poczynienie obserwacji klinicznych dotyczących chorych, którzy wykazywali stany hypoglykemiczne samorodne, tj. bez uprzedniego wprowadzenia insuliny do ustroju. Ponieważ przyczyną tej hypoglykemji jest nadmiar insuliny, którą produkuje każda trzustka, przeto te stany nazwano hyperinsulinismus.

Hyperinsulinismus samorodny spostrzegano nie tylko u niektórych cukrzycowych, ale też poza cukrzycą, a zwłaszcza u ludzi tęgich lub z nadciśnieniem tętniczem. U chorych tych mogą występować napady ogólnego osłabienia i wilczego głodu, a badanie poziomu cukru we krwi wykazuje jego znaczne obniżenie, zupełnie jak po wstrzyknięciu insuliny. Podanie doustne węglowodanów usuwa w zupełności te stany.

W ciężkich postaciach hyperinsulinismu samorodnego (a o takim tylko będzie mowa) występują drgawki, podobne do padaczkowych, które znikają po podaniu węglowodanów. Dalsze badania i spostrzeżenia wykazały, że w przypadkach bardzo ciężkich hyperinsulinismu, przyczyną jego jest hyperplazja lub pewnego rodzaju guzy nowotworowe trzustki. Pierwszy taki przypadek ogłosili *Wilder, Allan, Power i Rabertson* w roku 1927. Oto w skróceniu jego historja choroby.

Chory lat 40, lekarz z zawodu był operowany z powodu wrzodu żołądka (zespolenie żołądkowo-jelitowe). Bóle pojawiały się co pewien czas, a po 5 latach chory stwierdził obecność cukru w moczu. Nie leczył się. W parę miesięcy później zaczęły występować napady osłabienia, parestezje języka, poty i drgawki. Napady te występowały przed posiłkiem, względnie po znaczniejszych wysiłkach; zjedzenie potraw węglowodanowych usuwały dolegliwości: z biegiem czasu chory musiał coraz bardziej mnożyć liczbę dobowych posiłków. Pewnego dnia, gdy chory po obudzeniu się pozostał czas dłuższy naczczo, wystąpiło nagle zemdlenie i śpiączka, z której uratowało go dożylne wstrzyknięcie cukru. Krzywa cukru we krwi, po podaniu 120 gr. glukozy wykazywała cechy gorszego przyswajania cukru(!) podobnie jak w cukrzycy (!). Badaniem fizykalnem stwierdzono bladość powłok, furunkulozę, przybytek na wadze (11 kg. w 6 miesiącach) dużą, zbitą i niebolesną wątrobę. Okolica trzustki niebolesna. Wa we krwi ujemny, siodełko tureckie bez zmian. Badanie cukru we krwi, podczas szczególnie silnego napadu z utratą możności mówienia i drgawkami, wykazało wyjątkowo niższą cyfrę: 0.024%! Badania inne wykazały, że adrenalina i hypofizyna nie przerywały napadu, wątroba nie wykazywała poważniejszych zmian, a stały dowóz cukru zapomocą zgłębnika dwunastniczego (w przeciągu 24 godzin) dochodził do 20 = 25 gr. glukozy na godzinę, by utrzymać poziom cukru we krwi na prawidłowym poziomie. U chorego dokonano zabiegu chirurgicznego, otwierając jamę brzuszną, przyczem wycięto zmieniony chorobowo woreczek żółciowy, oraz kawałek wątroby do badań chemicznych; trzustka była duża, nierówna i twarda. Chory zmarł nagle w miesiąc po operacji. Badanie pośmiertne, dokonane w $2^1/_2$ godziny po śmierci wykazało dużą wątrobę z przerzutami jasnej barwy, oraz przerzuty do naczyń limfatycznych; miejscem wyjścia był nowotwór ogona trzustki. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie przypominające zapalenie wysepki *Langerhansa*; właściwe wysepki *Langerhansa* w zdrowej części trzustki wykazywały zwyrodnienie tłuszczowe. Wynik tych badań drobnowidowych pozwala wytłomaczyć obraz kliniczny, a mianowicie: tkanka nowotworowa, złożona z komórek *Langerhansa* produkowała insulinę i wytrząsała ją do krwiobiegu bez żadnej kontroli nerwowej, która reguluje produkcję insuliny w zdrowej trzustce, ztąd objawy hypoglykemji, objawy hyperinsulinizmu. Z drugiej strony wysepki *Langerhansa* w zdrowej części trzustki wykazywały zwyrodnienie tłuszczowe, skoro zatem choremu podano 120 gr. glukozy, trzustka nie mogła zareagować normalną produkcją insuliny, lecz obniżoną, tak jak to widzimy w cukrzycy,

Powyższy przypadek, sekcyjnie stwierdzonego hyperinsulinizmu z powodu patologicznego bujania substancji gruczołowej trzustki, w szczególności zaś mnożenie się wysepek *Laugerhansa*, — nie jest odosobniony. *Mac Clevaban i Norris* oraz *Thalheimer* i *Murphy* ogłosili po jednym przypadku zupełnie podobnym do poprzedniego i to zarówno pod względem obrazu klinicznego, jak i sekcyjnego.

Niebawem w prasie anglosaskiej pojawiły się publikacje dotyczące 5 przypadków hyperinsulinizmu, leczonego drogą chirurgiczną, a mianowicie częściowem wycięciem trzustki. Przy tej sposobności stwierdzono, że chorzy z hyperinsulizmem, w od-

różnieniu do chorych cukrzycowych, znoszą bardzo dobrze ogólne znieczulenie, osobliwie zaś zapomocą eteru. W 4 przypadkach (z 5 wyżej wymienionych) wynik operacyjny dał tylko przejściowo lub częściowo dobry wynik. W 5-ym przypadku wynik był bardzo dobry. Przypadek ten zasługuje na szersze uwzględnienie.

Chora lat 54 w 2 lata przejściu menopauzy cierpiała na napady nagłej utraty przytomności, z ruchowym niepokojem, odpluwając znaczne ilości śluzu. W ciągu 2 lat przeszła 6 podobnych napadów, z których każdy kończył się, po godzinie, obfitymi potami, wymiotami i osłabieniem. Niebawem napady stały się gwałtowniejsze i występowały coraz częściej; nadto wystąpiły też małe napady, polegające na krótkiej nieprzytomności z gwałtownymi ruchami, lub też chora padała na podłogę i zasypiała. W czasie dużych napadów występowała niekiedy diplopia, po napadach zaś stała niepamięć a dwukrotnie lewostronna hemipareza przejściowa. Chorą poddano bardzo licznym i dokładnym badaniom a rozpoznawszy hyperinsulinizm poddano zabiegowi chirurgicznemu.

Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono w środkowej części trzustki mały guz, który wycięto. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, bez powikłań. Wycięty guz miał średnice 1½ cm i był znacznie bardziej zbity, niż reszta trzustki. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie cechujące się komórkami *Langerhansa* typu α i β. Wysepki *Langerhansa*, w zdrowej części trzustki, otaczającej guz, zmian nie wykazywały. Guz zawierał insulinę. Obserwacja chorej po operacji do czasu publikacji przypadków (tj. 14 tygodni) wykazała ustąpienie wszystkich objawów chorobowych.

Autor podkreśla, że obok tych typowych i ciężkich stanów hyperinsulinizmu, związanych ze zmianami daleko posuniętemi w trzustce, istnieją też jak gdyby poronne stany hyperinsulizmu bez widocznych zmian we wspomnianym gruczole. Autor sądzi, że stany takie niewątpliwie dałyby się wyśledzić badaniem cukru we krwi, zwłaszcza w grupie chorych na asthenię, cyklotymję, narkolepsję, niektóre napady podobne do padaczkowych i t. p. Leczenie tych stanów polegałoby tylko na odpowiedniem odżywianiu ze szczególnem uwzględnieniem częstego podawania, choćby niezbyt znacznych ilości węglowodanów. Niektórzy autorowie (*Atlan, Boeck i Juda*) polecają podawanie preparatów tarczycy, jako antagonistki trzustki; inni zaś (*J. Wilter*) doradzają podawanie wyciągów z przedniego płata przysadki mózgowej. *Nielsen i Eggleston* podają preparaty nadnercza.

Pewne stany lżejszej hypoglykemji mogą być niezależne od trzustki, wszak spotykamy bowiem te stany w obrzęku śluzakowym (myxoedema), w chorobie *Addisona;* w niektórych schorzeniach przysadki mózgowej; a doświadczalnie — po wycięciu wątroby (*Mann i Magath*).

Zabieg operacyjny pozostaje tylko dla bardzo ciężkich stanów hyperinsulinizmu, lecz i to postępowanie będzie bezskuteczne w przypadkach nowotworu złośliwego trzustki z przerzutami (przypadek pierwszy). Skoro nie uda się wykazać wyraźnych zmian w trzustce (jak np. guz), wówczas należy może wyciąć część trzustki. To postępowanie jednak, jak uczy doświadczenie, nie daje pewnych wyników,

Napady bólowe splotu słonecznego, podobne do tabetycznych we wrzodach żołądkowo-dwunastniczych. (Les crises solaires tabétiformes dans les ulcéres gastro-duodénaux). C. Bonorino Udaondo, M. M. Casteigts i G. P. Gonalors. *Revue de Médecine, Nr. 9, r. 1930.*

Crises gastriques, w najogólniejszem tego słowa znaczeniu, są zazwyczaj napadami bólów i zaburzeń naczyniowo-ruchowych. Wyjątkowo są tylko zaburzeniami wydzielniczymi. Klinicznie charakteryzują się mniej lub więcej gwałtownymi bólami, oraz bardzo obfitymi wymiotami, które gwałtownie występują i znikają szybko, podczas gdy w przerwie chorzy czują się zupełnie dobrze. Od dawna crises gastriques stanowią jeden z objawów wiądu rdzenia. Dopiero klasyczne badania *Leyden'a* w roku 1882, zwróciły uwagę na to, że podobne napady mogą występować niezależnie od uszkodzeń układu nerwowego. Później *Hayem* w r. 1894 ogłosił obserwacje crises gastriques, których przyczyną był wrzód żołądka i gastritis hypertrophica chronica. Od tego czasu pojawiły się już liczniejsze prace, dowodzące, że we wrzodzie żołądka lub dwunastnicy mogą występować wszystkie objawy crises gastriques bez jakichkolwiek zmian tabetycznych.

Autorowie przytaczają obszerniej dwie historje choroby, z których pierwsza dotyczy mężczyzny 33-letniego, u którego napady crises gastriques były bardzo typowe, a swoiste przeciwkiłowe leczenie nie dało żadnego wyniku. Dokładne badanie kliniczne wykazało nadkwasotę żołądka utajone krwawienia w stolcach, bolesność okolicy odźwiernika a prześwietlenie promieniami Roentgena wykazało obecność wrzodu małej krzywizny. Odpowiednie leczenie dietetyczne, doustne podawanie zasad i wstrzykiwanie atropiny sprowadziły zupełną poprawę i chory, który nadal pozostaje w obserwacji (przeszło rok) znajduje się w zupełnem zdrowiu.

Drugi przypadek dotyczy mężczyzny 24-letniego, którego wywiady wykazują również istnienie typowych crises gastriques. Badanie kliniczne, po wykluczeniu zakażenia kiłowego, wykazało również nadkwasotę żołądka, bolesność splotu słonecznego, a prześwietlenie promieniamy Roentgena pozwoliło na ustalenie rozpoznania wrzodu dwunastnicy. Chorego poddano operacji, w czasie której wycięto część żołądka i stwierdzono wrzód przyodźwiernikowy. Zabieg chirurgiczny dał zupełne wyleczenie.

W omówieniu powyższych przypadków autorowie podkreślają, że możliwe jest także współistnienie wrzodu żołądka lub dwunastnicy z wiądem rdzenia a nawet pojawiały się zdania, że wiąd rdzenia stanowi szczególnie podatne tło dla tworzenia się wrzodu żołądka. Ogłaszano też statystyki, wykazujące względnie dużą częstość wrzodu żołądka u tabetyków. Inni autorowie, jak *Rubmann*, zaprzeczają podobnej częstotliwości, autorowie niniejszej pracy sądzą także, że wrzód żołądka lub dwunastnicy wikła się z wiądem rdzenia nie częściej, jak z innymi chorobami. Jako przyczynę możliwego błędu rozpoznawczego podają możliwość występowania obfitych, krwawych wymiotów podczas crises gastriques u chorych na wiąd rdzenia. Przyczyna tych wymiotów nie jest dotychczas wyjaśniona, gdyż ani zabiegi chirurgiczne, wykonywane u tych chorych, ani też badanie pośmiertne nie wykazały żadnych zmian, w szczególności zaś owrzodzeń żołądka czy dwunastnicy. Niedostatecznem jest

w tym wypadku tłumaczenie, że chodzi tu o samoistne krwawienia miąższowe, jak sądzi *Boas*, ewentualnie z równoczesnymi zmianami w naczyniach, względnie z podłożem hemofilji.

Niektórzy autorowie sądzą, że wrzód żołądka powstaje szczególnie często u zakażonych kiłą. Pod tym względem *Le Noir* podaje, że u chorych na wrzód żołądka stwierdzał kiłę w 25%, *Ewald* w 10% a *Castex i Malbis* sądzą, że 100% chorych na wrzód żołądka można wykazać kiłę nabytą lub wrodzoną. Tak wysoki odsetek jest jednak wątpliwy.

Nadto istnieją jeszcze napady crises gastriques u osobników, którzy nie mają wiądu rdzenia ani też owrzodzenia na żołądku lub dwunastnicy. Tego rodzaju sprawy spotykamy u chorych zakażonych kiłą, z tem jednakowoż, że chodzi tu o zmiany w zakresie układu nerwowego, pod postacią gastroradiculitis. Autorowie przytaczają jeden taki przypadek, w którym poza gastro-radiculitis stwierdzono też swoiste zmiany w tętnicy głównej. U tego rodzaju chorych leczenie przeciwkiłowe daje bardzo dobre wyniki.

Co się tyczy tłumaczenia samej istoty powstawania crises gastriques, w szczególności zaś w przebiegu wrzodu żołądka i dwunastnicy — sprawa ta nie jest całkowicie jasna. Jak wiadomo bowiem narządy unerwione przez układ wegetatywny są niewrażliwe. Dopiero dojście sprawy chorobowej aż do surowicówki jest przyczyną powstania bólu. Zarówno ucisk, jak i pociąganie lub skręcanie surowicówki są również przyczyną powstania bólu. Również sprawa zapalna może dojść drogami chłonnymi do surowicówki i wywołać ból. Powyższe zapatrywanie uległo w ostatnich czasach poważnej krytyce i wielu autorów jest zdania, że ból może wprost przenosić się od śluzówki przez nerw współczulny. Przez połączenia nerwu współczulnego z korzonkami wychodzącymi z rdzenia, mogą powstać rzuty bólowe na poszczególne dermatomy. I tak np. *Lemaire* sądzi, że sprawy chorobowe żołądka mogą dawać rzuty bólowe na przestrzeni szerokiego pasa, odpowiadającego unerwieniu 5-ciu dermatomów a mianowicie od 5-go do 9-tego kręgu piersiowego nawet obustronnie. Powyższa sprawa była obszernie opisana, jako t. zw. zony *Rossa i Head'a*. Jako przyczynę bólu należy wymienić, obok skurczu, rozciągnięcia żołądka, także i chemizm żołądka. Ta ostatnia przyczyna dotychczas była lekceważona, badania jednak ostatniej doby wykazały, że wprawdzie rozczyn kwasu solnego nie wywołuje bólu ze strony zdrowej śluzówki żołądka, ból ten jednak powstaje, jeśli rozczyn kwasu solnego, tego samego stężenia, zetknie się ze śluzówką chorą, w szczególności zaś taką, która z powodu nadkwaśności żołądka dawała już przedtem odczyny bólowe. Badania *Loeper'a* a następnie i innych wykazały, że we wrzodach żołądka powstają także zmiany w nerwie błędnym żołądka, które to zmiany mogą prowadzić do zapalenia nerwu a nawet do zmian dalej idących. Według *Bonnemaison* nawet nieznaczne uszkodzenie śluzówki żołądka może już być punktem wyjścia dla zapalenia nerwu. Jako przyczynę tego zapalenia, podaje ten autor ciała toksyczne, toksyny drobnoustrojowe oraz same drobnoustroje. Zmiany zapalne w nerwie stwierdzano na dłuższej przestrzeni aż do splotu słonecznego, co jasno tłumaczy charakterystyczne bóle oraz inne objawy, jak silne tętnienie tętnicy brzusznej, skłonność do omdleń, zaburzenia jelitowe i t. d., jakie powstają drogą odruchu nerwu współczulnego.

Podobne bóle, wychodzące ze splotu słonecznego, spotykamy i przy innych cierpieniach, jak np. przy schorzeniach trzustki, przyczem tłumaczenie tych spraw jest zupełnie podobne do podanego wyżej w odniesieniu do wrzodu żołądka; a mianowicie sprawa chorobowa, wychodząca z trzustki jest przyczyną powstania zapalenia nerwów wegetatywnych, idących od trzustki do splotu słonecznego. *Decq* wykonał, nawet ze skutkiem, w przypadku pancreatitis indurativa oraz w raku trzustki, wycięcia dwustronnego zwojów półksiężycowych, przez co oddzielił splot słoneczny. W tych przypadkach bardzo silne bóle zupełnie ustąpiły.

Należy pamiętać, że we wrzodach dwunastnicy, umiejscowionych w drugiej jej części, powstają często wtórne zmiany w trzustce i to może również tłumaczyć powstanie gwałtownych bólów w tem cierpieniu.

W zakończeniu swej pracy, autorowie podkreślają konieczność dokładnego badania w przypadkach crises gastriques, w szczególności zaś należy badać treść żołądkową, stolec na utajone krwawienie oraz należy wykonać prześwietlenie przewodu pokarmowego promieniami Roentgena. Nadto, w razie istnienia zakażenia kiłowego należy przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe, czy w danym przypadku chodzi o wiąd rdzenia, czy też o gastroradiculitis luetica. Dokładne rozpoznanie jest niezbędnie konieczne także i dlatego, że stwierdzenie wrzodu żołądka lub dwunastnicy wyklucza leczenie swoiste, w tych wypadkach zupełnie bezskuteczne, i wymaga tylko leczenia djetetycznego, względnie nawet chirurgicznego.

Z. Gorecki

CHIRURGJA.

Podział kliniczny stanów nadczynności tarczycy. (Etude cliniqne des hyperthyreoidies) — temat programowy XXI Zjazdu Francuskiej Medycyny Wewnętrznej. **Labbé, Azérad i Dreyfus.** *La Presse Méd. Nr. 85, październik 1930.*

Jeśli chodzi o klasyfikacje kliniczną różnych stanów nadczynności tarczycy (hyperthyreoidismus), to panował dotychczas w tej dziedzinie zupełny chaos. Dopiero wprowadzenie, jako metody klinicznej, badania podstawowej przemiany materji dostarczyło tego koniecznego kryterjum, mogącego służyć za podstawę klasyfikacji powyższych stanów chorobowych.

Przedewszystkiem należy zaznaczyć, że odróżnianie wola typu „Basedow" od tak zwanego gruczolaka toksycznego (adenoma toxicum) jest niesłuszne, gdyż ani pod względem anatomo-patologicznym, ani fizjo-patologicznym, ani wreszcie co do objawów klinicznych i leczenia niema między niemi żadnej istotnej różnicy.

Na obraz kliniczny stanów nadczynności tarczycy (hyperthyreoidismus) składają się zasadniczo trzy objawy: tachycardia, wychudzenie i nasilenie przemiany materji. Krzywa spadku wagi odzwierciadla dosyć wiernie krzywą nasilenia przemiany materji; ta ostatnia zaś wogóle decyduje w powyższych stanach chorobowych o rozpoznaniu i rokowaniu. Inne objawy — poza temi trzema nie są już tak charakterystyczne i nie występują tak stale. Należą tu: wytrzeszcz gałek ocznych (występuje w 50% przypadków), drżenie palców, zaburze-

nia w sferze płciowej u kobiet, zaburzenia w trawieniu, naczynioruchowe, wydzielnicze, nerwowe i psychiczne.

Autorowie pracy niniejszej podają następujący podział kliniczny stanów omawianych.

I. Zespół Basedowa — klasyczny, znany oddawna, na który składają się: obecność wola, wytrzeszcz gałek ocznych, tachycardia i drzenie palców. Mamy tu jednocześnie objawy i nadczynności tarczycy, i wzmożonego napięcia układu współczulnego (hypersympathicotonia).

II. Wole z objawami nadczynności tarczycy — objawów hypersympatikotonji nie bywa tu prawie nigdy. Należą do tej grupy przypadki wola pozornie prostego, zwykłego (struma simplex), w których dopiero zbadanie podstawowej przemiany materji wykazuje nadczynność tarczycy. Do tejże grupy należałoby zaliczyć również przypadki wtórnej nadczynności tarczycy w przebiegu gruźlicy, kiły, duru brzusznego, guzów złośliwych tarczycy i t. p.

III. Zespół t. zw. „para-Basedow" — chodzi tu wyłącznie o pewne zaburzenia czynnościowe w zakresie roślinnego układu nerwowego (vagus-sympathicus), nie mające właściwie nic wspólnego z nadczynnością tarczycy; podstawowa przemiana materji jest tutaj zupełnie prawidłowa.

Leczenie stanów nadczynności tarczycy polega na podawaniu jodu, naświetlaniach rentgenowskich i operacji. W stanach „para-Basedow" poprawę można uzyskać wyłącznie na drodze stosowania środków farmakologicznych (sedativa), zmniejszających nadmierną pobudliwość układu nerwowego roślinnego a zwłaszcza nerwu współczulnego,

Należy tu podkreślić jeszcze, że wycięcie operacyjne wola z ewentualnem podwiązaniem tętnic tarczycowych znosi zasadniczo nadczynność tarczycy, nie wpływając jednak w sposób decydujący na samą hypersympatikotonję.

Leczenie operacyjne stanów nadczynności tarczycy. (Traitement chirurgical d'hyperthyreoidisme — temat pogramowy XXI Zjazdu Francuskiej Medycyny Wewnętrznej. **Bérard i Peycelon.** *La Presse Méd. Nr. 83, październik 1930.*

Wszelkie stany nadczynności tarczycy. bez względu na odmianę kliniczną i anatomo-patologiczną dają zasadniczo takie same wskazania lecznicze,

1. Duże znaczenie ma tutaj przygotowanie chorego do operacji. Polega ono w pierwszym rzędzie na zapewnieniu choremu zupełnego spokoju fizycznego i psychicznego i podawaniu pewnych środków farmakologicznych. Wśród tych ostatnich pierwsze miejsce zajmuje jod, podawany zwykle w postaci płynu Lugola (Jodi 5.0 + Kali jodati 10.0 + Aq. dest. 100,0,) — przez pierwsze dwa dni po 10 kropel dziennie, przez następne 3 dni po 20 kropeł dziennie, a po tem — po 30 kropel. Wkrotce uspakajają się objawy nerwowe i tachycardia, nasilenie podstawowej przemiany materji obniża się, a chory zaczyna przybywać na wadze; maximum poprawy przypada po 8—15 dniach od chwili zastosowania jodu, którego wogóle nie wolno jest kontynuować powyżej 6—8 tygodni, gdyż jod, podawany dłużej, nie tylko nie sprowadza poprawy, ale nawet powoduje pogorszenie objawów chorobowych, W okresie pooperacyjnym należy podawać jod jeszcze w ciągu 1 — 2 tygodni, w dawkach wzrastających, aby ustrzec chorego przed pooperacyjnem nasileniem się objawów nadczynności tarczycy.

II. Jeśli chodzi teraz o sam zabieg operacyjny, to metodą z wyboru jest rozległe wycięcie tarczycy, z pozostawieniem tylko tylnej blaszki gruczołu, uzupełnione ewentualnem podwiązaniem tętnic tarczycowych. Śmiertelność pooperacyjna wynosi 2,9%. Zupełne wyleczenie otrzymano w 33%, poprawę — w 57%. Pomyślny wynik operacji zależy w pierwszym rzędzie od wczesnego jej wykonania i możliwie rozległego wycięcia tarczycy. Ograniczenie zabiegu jedynie do podwiązania tętnic tarczycowych sprowadza tylko poprawę, i to nie stałą.

III. Naświetlanie tarczycy promieniami Roentgena lub radu jako metoda lecznicza daje tylko przejściową poprawę, a poza tem naraża chorego na ewentualne nagłe pogorszenie objawów zatrucia lub też wystąpienie objawów obrzęku śluzowatego (myxoedema), powstały po naświetlaniach odczyn zapalny dookoła tarczycy utrudnia w dużym stopniu wykonanie następowej operacji, Ten sposób leczenia należałoby zarezerwować dla tych tylko przypadków, w których leczenie wewnętrzne pozostaje bez skutku, a operacja jest przeciwskazaną.

IV. Operacja jest zasadniczo przeciwskazana w następujących przypadkach: 1) postacie początkowe, lekkie, z niewielkiem wzmożeniem podstawowej przemiany materji (do 20%), łatwo poddające się leczeniu jodem; 2) postacie bardzo ciężkie, z silnem podnieceniem psychicznem, białkomoczem, znacznem wychudzeniem, w których wzmożenie podstawowej przemiany materji przekracza nieraz 100%. W przypadkach tych należy zawsze zacząć od leczenia wewnętrznego. Jeśli ono nie skutkuje, to w postaciach lekkich wskazanem będzie wycięcie typowe tarczycy (jak wyżej), a w postaciach ciężkich — podwiązanie tętnic lub naświetlania.

Przewlekłe zapalenie trzustki. (Les pancréatites chroniques) — temat programowy XXXIX Zjazdu Towarzystwa Chirurgów Francuskich, **Brocq i Miginiac.** *La Presse Méd. Nr. 84, październik 1930.*

Schorzenie to polega za zbliznowaceniu trzustki wskutek nadmiernego w niej rozwoju tkanki łącznej dookoła zrazików i przewodów wyprowadzających. Wysepki *Langerhansa* pozostają zwykle nieuszkodzone; tem się tłumaczy fakt, że cukromocz w przebiegu przewlekłego zapalenia trzustki występuje tak rzadko.

Etjologja. Najczęstszy wiek 30 — 60 lat płeć nie gra tu żadnej roli. Wśród przyczyn wywołujących względnie uspasabiających na pierwszym planie postawić należy kamicę żółciową i zakażenie dróg żółciowych, a na dalszym planie — schorzenia żołądkowojelitowe (wrzód żołądka), ogólne zakażenia i zatrucia (kiła, dur brzuszny, ospa, płonica, świnka i inne; alkoholizm przewlekły), wreszcie inne schorzenia trzustki jak rak i kamica trzustkowa.

Objawy kliniczne. Są to: brak apetytu, wstręt do tłuszczów i mięsa, wzdęcia brzucha po jedzeniu, mdłości, ślinotok (zastępczy), biegunki częste, obfite i cuchnące stolce barwy szarawej, zawierające duże ilości niestrawionych tłuszczów, znacznego stopnia wychudzenie, osłabienie, czasami cukromocz, wreszcie — bóle w okolicy pępka, szerzące się do okolicy kątów żebrowolędźwiowych, bądźto gwałtowne o typie kolki żółciowej, bądź też utrzymujące sie prawie stale, z okresowemi nasileniami. Należy też wspomnieć o spostrzeganych nierzadko u tego rodzaju chorych krwawieniach z nosa, wymiotach i stolcach krwawych, krwiomoczu, podskórnych wybroczynach krwawych.

Jednakże największe znaczenie mają tutaj objawy uciskowe ze strony trzustki na narządy sąsiednie — przewód żółciowy wspólny, dwunastnicę i zwój słoneczny, — gdyż one to zwykle dopiero dają wskazania do operacji. Najczęściej się spostrzega ucisk na przewód żółciowy, przyczem żółtaczka ma tutaj charakter i przebieg albo zapalny, z gorączką, przypominający kamicę żółciową, albo— nowotworowy (późny wiek, intensywna żółtaczka bez wahań, ogromne wyniszczenie i t. p.). Równocześnie z przewodem żółciowym zostaje tu uciśnięta i żyła wrotna, co pociąga za sobą puchlinę brzuszną. Objawy uciskowe ze strony żołądka i dwunastnicy występują naogół rzadko, ale zato względnie często przychodzi do ucisku guza na zwój słoneczny z następowemi napadowemi i o niesłychanej gwałtowności bólami.

Rozpoznanie przewlekłego zapalenia trzustki przed operacją jest bardzo trudne; w najbardziej prostych przypadkach możemy zaledwie podejrzewać to schorzenie, Wszelkie dodatkowe badania laboratoryjne niewiele tu pomogą. Ale często nawet w czasie operacji nie jesteśmy w stanie jeszcze rozstrzygnąć rozpoznania, które — w przypadkach typowych (guz głowy trzustki) — może się wahać między kamicą trzustkową, rakiem i przewlekłem zapaleniem. W każdym razie, o ile po roku stan ogólny chorego nie ulegnie poważniejszemu zakłóceniu, to rozpoznanie raka staje się wątpliwem, jeśli zaś po 2 latach nie stwierdza się przerzutów — rozpoznanie to wogóle można odrzucić.

Leczenie. Stosowanie środków wewnętrznych — poza przypadkami, powstałem na tle kiły, o której należy zawsze pamiętać w każdym przypadku przewlekłego zapalenia trzustki — gra tutaj rolę drugorzędną, pomocniczą, głównie jako przygotowanie do operacji i jej uzupełnienie. Leczeniem zasadniczem pozostaje operacja, zwłaszcza przy obecności objawów uciskowych ze strony przewodu żółciowego, dwunastnicy lub zwoju słonecznego. W przypadkach żółtaczki zastoinowej można myśleć o następujących zabiegach: wywiadowcze otwarcie brzucha, wycięcie pęcherza żółciowego, wytworzenie przetoki pęcherzowej (cholecystostomia), zespolenie pęcherzowo-żołądkowe, pęcherzowo-dwunastnicze, zespolenie przewodu żółciowego z dwunastnicą, wreszcie — „sączkowanie wewnętrzne" do dwunastnicy, zapomocą rurek kauczukowych. Obecność daleko posuniętych zmian zapalnych w pęcherzu żółciowym daje wskazanie do jego wycięcia, z następowem sączkowaniem przewodu wątrobowego. Tam zaś, gdzie pęcherz jest mało zmieniony, lepiej będzie wytworzyć przetokę zewnętrzną lub zespolić go z żołądkiem względnie dwunastnicą. Cholecystostomia jest zabiegiem dla chorego najlżejszym, przez to wskazanym we wszystkim przypadkach ciężkich, przebiegających z zatruciem silnem (żółcica) i zakażeniem (gorączka).

Przypadki zwężenia odźwiernika lub dwunastnicy w przebiegu przewlekłego zapalenia trzustki są naogół rzadkie, ale dają wówczas wskazanie do zespolenia żołądkowo-jelitowego. Wreszcie, przy objawach ucisku zbliznowaciałej trzustki na zwój słoneczny (gwałtowne bóle) najlepsze wyniki d je częściowe oddzielenie guza od podłoża (pancreatolysis)

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.

Przedstawicielstwo na Polskę:

Tow. „UNITAS", Miodowa 10, Warszawa.

Powikłania pooperacyjne po operacjach mózgowych i ich leczenie (Les accidents post-opératoires en chirurgie cérébrale. Leur traitement). De Martel. *La Presse Méd. Nr. 86, październik 1930*

Wzrost ciśnienia wewnątrz komór mózgowych, towarzyszący rozmaitego pochodzenia guzom mózgowym, zwłaszcza w późniejszym okresie ich rozwoju, przychodzi do skutku zapomocą trojakiego rodzaju mechanizmu. Przedewszystkiem guz może

stanowić bezpośrednią przyczynę mechaniczną, utrudniającą odpływ płynu mózgowo-rdzeniowego z komór mózgowych do zbiornika móżdżkowego (cisterna cerebello-medullaris). Następnie, guz może pośrednio, przez wzmożenie ciśnienia wewnątrz czaszkowego, spowodować przemieszczenie się mózgowia w kierunku otworu potylicznego i częściowe zaklinowanie w tym otworze części przyległych, „stożek uciskowy" z następowem utrudnieniem odpływu z komór mózgowych płynu mózgowo-rdzeniowego. Wreszcie ciśnienie wewnątrzkomorowe wzrosnąć może również wtedy, kiedy prawidłowe przesączanie się płynu mózgowo-rdzeniowego do układu żylnego (w przestrzeniach dookołanaczyniowych i ziarnistościach *Pacchiona*) zostanie dla jakiegokolwiek powodu zahamowane.

Otóż pooperacyjny wzrost ciśnienia wewnątrzkomorowego po operacjach mózgowych przychodzi do skutku na drodze tych dwu ostatnich mechanizmów, przyczem dużą rolę gra tutaj p o u r a z o w e o b r z m i e n i e m ó z g u. A ogromna większość chorych, która ginie po operacjach mózgowych umiera właśnie z tego powodu (uciśnięcie naczyń krwionośnych i niedokrwistość ważnych dla życia ośrodków mózgowych). Objawy kliniczne polegają tu na stopniowej utracie przytomności, nadmiernym wzroście ciepłoty 41°—42° (porażenie ośrodka temperatury) i, wreszcie, porażeniu oddechu.

L e c z e n i e będzie polegało na 1) zwalczaniu nadmiernej ciepłoty — zawijanie chorego w wilgotne prześcieradła i lawatywy kroplowe z zimnej wody i 2) obniżaniu ciśnienia wewnątrzkomorowego— nakłucia lędźwiowe, komorowe i wstrzykiwanie dożylne 15% roztworu siarczanu magnezu, który na drodze osmotycznej zmniejsza ilość płynu mózgowo-rdzeniowego i obrzęk mózgu. Poza tem można uzyskać poprawę przez ułożenie chorego w pozycji *Trendelenburga*, gdyż wówczas części mózgowia, przyciśnięte do otworu potylicznego, odsuwają się ku górze i odpływ płynu mózgowego do rdzenia staje się łatwiejszy. Wreszcie groźny dla życia spadek ciśnienia tętniczego, towarzyszący nadmiernym ciepłotom ciała, zwalcza się wstrzykiwaniem adrenaliny i hipofizyny.

Leczenie wrzodów trawiennych żołądka i dwunastnicy wstrzykiwaniami podskórnemi roztworu pepsyny (Le traitement de l'ulcus par les injecttions hypodermiques de pepsine). L o e p e r, D e b r a y, M i c h a u x i S a i n t o n. *La Presse Méd. Nr 87, październik 1930.*

Leczenie wewnętrzne wrzodu trawiennego żołądka przechodziło, z biegiem lat, różne okresy: okres leczenia czysto chemicznego (leki zasadowe, bizmut, kaolin, metoda *Sippy'ego*), leczenia szczepionkami (paciorkowcowemi), proteinoterapji (kazeina, pepton, mleko), wreszcie, stosowania insuliny i wyciągów przytarczycznych.

Autorowie proponują tutaj nowy sposób leczenia wrzodów trawiennych, który polega na wstrzykiwaniach podskórnych pepsyny, wywierającej działanie lecznicze jednocześnie jako białko wogóle i jako białko swoiste. Mechanizm działania tych wstrzykiwań jest niejasny, prawdopodobnie chodzi tu o jakieś ich swoiście hamujące działanie, wywierane na proces chorobowy w ścianie żołądka.

Do wstrzykiwań autorowie używali 10% roztworu pepsyny, wyjałowionego na drodze tyndallizacji; ponieważ czysty roztwór pepsyny wywoływał przykry miejscowy odczyn zapalny, więc dla złagodzenia jej działania kwasowego i częściowo żrącego zaczęto dodawać nieco benzoesanu sodu. Za pierwszym razem wstrzykuje się 1 ctm.³ roztworu (0,1 pepsyny) domięśniowo, a następnie, o ile chory znosi to dobrze, podskórnie po 2 cm.³ (0,2 pepsyny) co drugi dzień — do ogólnej liczby 15 wstrzyknięć. Po ukończeniu pierwszej serji chory w przeciągu trzech tygodni pozostaje bez lekarstw, jedynie winien przestrzegać nieco ograniczonej, lżejszej djety. Jeśli w tym okresie wystąpi nawrót bólów; to trzeba poddać chorego drugiej takiej serji wstrzyknięć; bardzo rzadko zachodzi konieczność zastosowania jeszcze trzeciej serji.

Żadnego wyraźniejszego działania ubocznego tych wstrzykiwań nie zauważono, jedynie tylko po pierwszych wstrzyknięciach spostrzegano czasami niewielkie podwyższenie ciepłoty, a u niektórych chorych występowały kilkugodzinne bóle brzucha i krótkotrwała biegunka. Autorowie leczyli w ten sposób w ciągu ostatnich 10 miesiecy 20 chorych, wśród których były 2 przypadki wrzodu małej krzywizny, 7 przypadków wrzodu odźwiernika, 7 — wrzodu dwunastnicy i 1 — periduodenitis. Prawie wszyscy zostali wyleczeni (klinicznie) względnie uzyskali znaczną poprawę. Bóle i wymioty ustępowały zupełnie zwykle już po 4 — 7 wstrzyknięciach. Badanie rentgenologiczne żołądka, wykonywane w dziesięć dni po zakończeniu pierwszej serji wstrzyknięć, wykazywało zniknięcie objawów skurczowych i objawów zwężenia odźwiernika. Dla sprawdzenia działania wstrzykiwań pepsyny wykonano je również w jednym przypadku raka żołądka i raka trzustki — ale bez żadnego wyniku, a nawet z pogorszeniem (nasilenie bólów i wymiotów).

Stosowanie lecznicze oliwy, podawanej doustnie. (L'huile d'olive „per os" en thérapeutique). C h i r a y. *La presse Méd. Nr 88, listopad 1930.*

Oliwa należy do tych środków leczniczych, które, będąc stosowane do pewnego stopnia samorzutnie przez szerokie masy ludności (chorej) już od wielu setek lat, dopiero w ostatnich czasach, zostały uznane jako takie przez oficjalne sfery lekarskie i uzyskały swoje uzasadnienie teoretyczne.

Główną dziedzinę stosowania oliwy jest k a m i c a ż ó ł c i o w a. Jej działanie polega tutaj na pobudzaniu komórek wątroby do w z m o ż o n e g o w y t w a r z a n i a ż ó ł c i i pęcherza żółciowego — do i n t e n s y w n i e j s z e g o w y d a l a n i a ż ó ł c i d o d w u n a s t n i c y. Naturalnie, rozpuszczane przez oliwę kamieni żółciowych jest całkowicie iluzoryczne, ale zato wydalenie pod jej wpływem do kiszek niezbyt dużych kamieni jest zupełnie możliwe. Przeprowadzenie leczenia oliwą wskazane jest zwłaszcza w następujących przypadkach.

I. Kamica żółciowa, powikłana przewlekłem zapaleniem pęcherza żółciowego i zrostami dokołapęcherzowemi — oliwa działa tutaj, przez odciążenie wątroby i pęcherza, ogromnie kojąco na ciągłe tępe bóle tej okolicy.

II. Niektóre przypadki kamicy pęcherzowej i wczesne okresy kamicy przewodu żółciowego wspólnego (z żółtaczką) — u tego rodzaju chorych spostrzegano nierzadko odejście kamienia drogą naturalną i ustąpienie żółtaczki, przez co operacja, przynajmniej narazie, stawała się zbędną.

III. Bóle o typie kolki żółciowej u chorych po operacji wycięcia pęcherza żółciowego — bóle te

KOFEINA I CHOROBY PODESZŁEGO WIEKU.

Oto niektóre wyjątki z literatury naukowej:

OSBORNE: Medical Journal and Recor l.

Skargi na dolegliwości psychiczne i cielesne, jakie towarzyszą podeszłemu wiekowi, wzmagają się wskutek używania kawy zawierającej kofeinę.

ARANY: Zeitschrift für die physikal. und diätetische Therapie.

Z djety ludzi cierpiących na podagrę, kawa powinna zniknąć, gdyż zawierając kofeinę, działa nietylko bezpośrednio na chorobę, ale wpływa również ujemnie na ogólny stan zdrowia.

ALLERS, FREUND und PRAGER: Pflügers Archiv f. d. ges. Physiolog.

Retina wydaje się być punktem ostrożności wzroku, na który oddziaływa najbardziej kawa, zawierająca kofeinę.

BRUSCH: Diätetik innerer Krankheiten.

Chorzy na podagrę, na dolegliwości sercowe i naczyń winni rano, w południe i wieczorem używać jedynie wolnej od kofeiny kawy, zwłaszcza przy ostrych atakach podagry jest to specjalnie wskazane.

GARROD: Medizinische Klinik.

Kawa zawierająca kofeinę jest wysoce szkodliwa dla chorych na podagrę

GRISER: Archiv für exper. Pathologie und Pharmalogie.

W przeciwieństwie do kawy zawierającej kofeinę, esencja kawowa pozbawiona kofeiny nie wywiera żadnego wpływu na ciśnienie krwi.

ROHBERG: Lehrbuch der Krankheiten des Herzens und der Blutgefässe (Enke).

Nadmierne użycie kawy może sprowadzić silne zamroczenia u cierpiących na sklerozę.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT:

Również nadmierne użycie kawy odgrywa zasadniczą rolę w powstawaniu arterio-sklerozy.

Zabronić starszym ludziom picia kawy byłoby zbyt dotkliwe, gdyby nie istniała wolna od kofeiny i całkowicie nieszkodliwa kawa Hag. Kawa Hag jest najczystszą kawą ziarnistą o wspaniałym zapachu i aromacie. Próby i literaturę wysyła na żądanie bezpłatnie firma Kawa Hag T. z o. p., Gdańsk.

mogą zależeć od chorobowych skurczów zwieracza *Oddiego*, lub też od zapalenia dróg żółciowych wewnątrz - i zewnątrzwątrobowych; w jednym i drugim przypadku oliwa działa bardzo dodatnio i kojąco na bóle.

IV. Zapalenia pęcherza żółciowego poza kamicą i jego niedowład (cholecystostomia).

V. Nadkwaśność żołądka i wrzód trawienny — oliwa działa tu dobroczynnie dzięki własności znoszenia skurczu odźwiernika i hamowania wydzielania soku żołądkowego.

Sposób podawania oliwy. Oliwa przedewszystkiem musi być świeża i idealnie czysta, bez żadnych domieszek, w jakie obfituje oliwa sprzedażna. Tam, gdzie chodzi o spowodowanie wydalenia kamieni żółciowych, podaje się oliwę przez 6 dni naczczo — począwszy od 1 łyżki, a skończywszy na 6 łyżkach, codziennie zwiększając dawkę o 1 łyżkę. We wszystkich innych schorzeniach wątrobowych podaje się przez 10 dni w miesiącu codziennie po 1 łyżce naczczo, ewentualnie z dodaniem soku z cytryny.

W przypadkach nadkwaśności żołądka daje się na pół godziny przed każdym posiłkiem po łyżeczce od herbaty.

Leczenie gruźlicy gruczołów chłonnych na szyi u dzieci. (Le traitement des adenites cervicales tuberculeuses chez l'enfant). Boulanger — Pilet. *Paris Méd. Nr. 43, październik 1930.*

Gruźlica gruczołów chłonnych w dzieciństwie jest schorzeniem tak częstem, że już przez to samo zasługuje na szczególne uwzględnienie. Leczenie jej polega na stosowaniu różnych środków natury ogólnej i miejscowej. Do tych pierwszych należy pobyt nad morzem lub w górach, naświetlania słońcem całego ciała, naświetlania kwarcówką i podawanie dowewnątrz jodu, wapna, arsenu, tranu i wstrzykiwaniach domięśniowych soli złota (allokryzyna i umièra). Jod najlepiej jest podawać w postaci nalewki 10%, bez dodatku jodków, które dają łatwo zatrucie jodem. Rozpoczyna się leczenie od 20 - 30 kropel dziennie, rozdzielonych na 3 dawki; następnie, dawki te powoli się zwiększa — o 1 kroplę dziennie, dochodząc do 100—200— a nawet 300 (u dzieci powyżej 10 lat) kropel dziennie, bez jakiegokolwiek działania ubocznego. Lekarstwa tego nie należy podawać bezpośrednio przed ani bezpośrednio po jedzeniu, gdyż działa ono hamująco na wydzielanie soku żołądkowego. Podając duże dawki jodu, należy uważać, żeby nie przekroczyć granic tolerancji ustroju, co się przejawia zaraz brakiem łaknienia, a następnie wymiotami i biegunką.

Leczenie miejscowe zmienionych gruźliczo gruczołów chłonnych na szyi polega na naświetlaniach rentgenowskich, nakłuwaniach gruczołów zropiałych (bez wpuszczania jakichkolwiek leków) i operacyjnem wyłuszczeniu zmienionych gruczołów.

Jeśli teraz chodzi o bardziej szczegółowe wskazówki co do zastosowania tego lub innego środka w poszczególnym przypadku, to można się tu kierować następującemi uwagami.

We wszystkich postaciach klinicznych wskazane jest: leczenie klimatyczne (morze), podawanie jodu i naświetlania kwarcówką (zwłaszcza u dzieci niedokrwistych). W wielu wczesnych przypadkach (gruczoły niezbyt duże i niezropiałe) to leczenie ogólne wystarcza całkowicie do wyleczenia.

Liczne drobne, twarde gruczoły — są to gruczoły zbliznowaciałe, trudno poddające się leczeniu, zresztą leczenia wogóle nie wymagające.

Gruczoły obrzmiałe, pojedyńcze lub mnogie, ale niezropiałe — naświetlania rentgenowskie, w niektórych przypadkach opornych wyłuszczenie operacyjne.

Gruczoły obrzmiałe i zlewające się z otoczeniem (periadenitis) — tutaj właśnie naświetlania rentgenowskie dają najlepsze wyniki; wyłuszczenie operacyjne jest trudne, niebezpieczne i pozostawia zwykle szpecącą bliznę.

Gruczoły zropiałe — opróżnianie z ropy zapomocą nakłuć, po opróżnieniu — naświetlenie promieniami Rentgena.

Gruczoły zropiałe z przetokami — można uzyskać poprawę zapomocą naświetlań R., częściowo na drodze operacyjnej.

Liczne gruczoły zropiałe z licznemi przetokami — każde leczenie daje tutaj naogół słabe wyniki, stosunkowe najlepsze jeszcze można uzyskać na drodze rozległego wycięcia operacyjnego.

Prosty sposób znieczulania tkanek miękkich przy operacjach na szyi. (Une méthode simple d'anesthésie du cou). *La Presse Méd. Nr. 88, listopad 1930.*

Doświadczenie kliniczne poucza, że znieczulenie korzonków rdzeniowych C III i C IV, praktycznie biorąc, wystarcza w zupełności do wykonywania wszelkich operacyj w zakresie przednio-bocznej części danej połowy szyi. A jeśli dodać do tego i znieczulenie C II, to wówczas można operować i na danej połowie karku.

Środek znieczulający należy wstrzyknąć w te miejsca, w których korzonki opuszczają rynienki odpowiednich wyrostków poprzecznych kręgów. Szczyty tych wyrostków wyczuwa się u osobników szczupłych dosyć wyraźnie pod skórą, jeśli zaś głowę ustawić w położeniu pośredniem między zgięciem do przodu i do tyłu, to znajdą się one na jednej linji, przeprowadzonej od szczytu wyrostka sutkowatego do guzka *Chassaignaca* (szczyt wyrostka poprzecznego C VI). A jeżeli do tego głowę przechylić maksymalnie na bok, to szczyty wyrostków C III—C V po stronie przeciwnej układają się wówczas na linji pionowej, przechodzącej przez szczyt wyrostka sutkowatego.

Technika znieczulania. Przechylić głowę maksymalnie na bok (na stronę przeciwną), namacać odpowiednie wyrostki poprzeczne i wyznaczyć sobie w myśli linję, na której leżą. Wbić igłę tuż pod szczytem wyrostka sutkowatego, kierując ją następnie wzdłuż wyznaczonej linji pionowej w dół; koniec igły natrafi na kość w okolicy C III — C IV. Środek znieczulający wstrzykuje się w czasie wprowadzania igły i w czasie jej wyciągania.

M. Czyżewski.

CHOROBY SKÓRNE.

W sprawie leczenia grzybicy skóry szczepionkami. (Les claso-vaccins, vaccinothérapie des dermatomycoses et de leurs sèquelles allergiques). H. Jausion i R. Sohier. *La Presse Medic. 1930 rok Nr. 37.*

Przefiltrowane hodowle najczęściej spotykanych grzybków poddaje się, celem ich chemicznej destrukcji, działaniu kwasu azotowego, początkowo na zimno następnie na gorąco. Po zobojętnieniu i dodaniu fenolu uzyskują się t. zw. claso wakcynę, którą stosowali autorzy w szeregu przypadków grzybic skóry owłosionej i nieowłosionej. Zastrzyki podskórne lub śródmięśniowe, mało bolesne wywołują nieznaczny odczyn miejscowy i niekiedy zaostrzenie sie procesu chorobowego. Pierwsza dawka wynosiła 1/2 cm., następne, co 5 dni stosowane, każda 1/2 cm. większa. Począwszy od 3-go zastrzyku zmiany chorobowe cofały się. Zwykle wystarczało 6 zastrzyków, jakkolwiek stosować można do 12-tu. W przypadkach o wątpliwem rozpoznaniu radzi autor, przed ewentualnem zastosowaniem clasowakcyny, wykonać śródskórny odczyn trichophytinowy. Powyższym sposobem leczył autor 45 chorych na grzybicę i 17 przypadków wyprysku z uczulenia na białko grzybów. Z 45 przypadków grzybicy, w tem 1 przyp. trichophyt. capillitii, 1 przypadek favus capill., 1 przyp. grzybicy uzyskano 36 wyleczeń a w 9 przyp. poprawę (z tych 7 przypadek. pityrias. versicolor). Nawroty były w trzech przypadkach. Z 17 przypadk. eczematydów, leczonych powyższym sposobem, było 14 wyzdrowień i 3 poprawy. Odczyn na śródskórne zastrzyki trichophytiny utrzymywał sie dodatni pomimo wyleczenia. Przypadki pozostawały w obserwacji do 3-ch miesięcy. Zdaniem autora proces, który prowadzi do wyleczenia, nie jest procesem chemicznym, gdyż szczepionki oprócz obojętnej dla grzybic sody nie zawierają innych związków mineralnych. Lecznicze własności zależą więc wyłącznie od obecności w szczepionkach antygenu wielogrzybowego. Metoda powyższa nie jest skuteczną we wszystkich grzybicach np. w przypadkach pityriasis versicolor jest mało skuteczną, prawdopodobnie z powodu, tego że sprawa przebiega wybitnie powierzchownie. Metoda ta może być udoskonaloną przez zastosowanie odpowiednich szczepów do wyrobu szczepionki. Jako duży sukces należy uważać wyleczenie przypadku grzybicy głębokiej (1 przyp.).

Kilka nowoczesnych sposobów leczenia trądzika. (Quelques méthodes modernes dans le traitement de l'Acné). R. Mignot. *Presse Medic. 1930 Nr. 53.*

Leczenie trądzika można podzielić na leczenie ogólne i leczenie miejscowe. Ogólne polega na leczeniu całego szeregu zaburzeń i dolegliwości powszechnie uznanych za sprzyjające rozwojowi trądzika. Leczy się więc zaburzenia przewodu pokarmowego, wszelkiego rodzaju skazy, jak cukrzycę, dnę, lymphatismus, schorzenia organów sąsiadujących ze zwykłą siedzibą trądzika (rhinitis, sinusitis, pharyngitis), zaburzenia układu endokrino sympatycznego i zaburzenia organów płciowych. W czasie leczenia trądzika zaleca się ścisłe przestrzeganie przepisów higjeny, zwłaszcza tyczących się odżywiania. Ponadto stosuje się leczenie szczepionką i preparatami gruczołowemi. Miejscowo najskuteczniej działającym środkiem jest siarka, stosowana w postaci maści, zasypek, past i t. d. W ostatnich latach poczęto stosować szereg nowych sposobów leczenia trądzika, które przy równoczesnem zastosowaniu leczenia ogólnego dają lepsze wyniki niż sposoby dotychczas stosowane.

I. Cryoterapja przy pomocy mieszaniny śniegu węglowego, acetonu i siarki. Mieszaninę tę w postaci zimnej pasty wciera się lekko przy pomocy tamponu z waty, szybkimi ruchami w skórę twarzy. Po takim zabiegu skóra twarzy pokrywa się cienką warstwą siarki, którą pozostawia się na 1/2 godziny. Zabieg ten należy powtarzać co tydzień, w przypadkach ciężkich — częściej. Tym sposobem leczą się dobrze zwłaszcza przypadki wykazujące znaczne przekrwienie, gdyż rozszerzone naczynia włosowate w otoczeniu schorzałego mieszka szybko powracają do stanu normalnego.

II. Leczenie płynem t. zw. bakterjofagiem wielowartościowym (Staphylococcus, enterococcus, bact. coli i t. d.) polega na wstrzyknięciu w wymasowany schorzały mieszek kilku kropli płynu leczniczego. Drobne wykwity skaryfikuje się a następnie zwilża płynem. Ten sposób leczenia nadaje się do przypadków b. zakażonych.

III. Actinoterapja. Silne dawki promieni (lampa kwarcowa) dają najpewniejsze wyniki, są jednak niewygodne z powodu obrzęku i bólu, jaki wywołują. Słabe dawki, częściej stosowane (codziennie lub co 2-gi dzień od 2-ch minut wzwyż w ciągu 1 do 1 1/2 miesiąca) działają złuszczająco i hamują kerozę. U osobników limfatycznych poleca się oprócz naświetlań miejscowych także ogólne.

IV. Radioterapja. Powszechnie stosowana w Ameryce w postaci powierzchownych naświetlań bez filtrów daje już po 7 do 8 naświetlaniach (1 naśw. tygodniowo) poprawę. Leczenie trwa około 4-ch miesięcy. Nawroty są rzadkie i słabe. Szczególnie dobrze leczą się tym sposobem przypadki acne indurativa. Nie nadaje się ten sposób leczenia do przypadków acne rosacea.

Szlam Ług Borowina

Ciechocińskie

Najlepsze krajowe lecznicze środki kąpielowe umożliwiają przeprowadzenie skutecznych kuracji domowych chorym

NA:

WADLIWĄ PRZEMIANĘ MATERJI. CHOROBY UKŁADU NERWÓW. ARTRETYZM. REUMATYZM. it. p.

świetne w leczeniu

PRZEWLEKŁYCH I ZAPALNYCH CHORÓB KOBIECYCH.

Uwaga: Najskuteczniejsze są kąpiele ze szlamu i z ługu

Najprzyjemniejsza djetetyczna, radjoczynna gazowana CIECHOCIŃSKA STOŁOWA WODA DO PICIA Nr. 8

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH APTEKACH I SKŁADACH APTECZNYCH.

Wyłączna reprezentacja.

Towarzystwo Handlowo - Przemysłowe

„REAL"

Warszawa Widok 24. — Tel. 85.30 i 513-05.

W sprawie uszkodzeń posalvarsanowych układu nerwowego. (Contribution a l'étude des lésions post — salvarsaniques du système nerveux). A. Feldman i P. Bratslavsky. (*Annales des Malad. Vener. 1930, Nr. 1*).

Z pomiędzy licznych powikłań posalvarsanowych najpoważniejsze są następujące: septyczne dermatozy, żółtaczki, a przedewszystkiem encephalitis haemor.; najczęstsza przyczyna zejścia śmiertelnego skutkiem podania arsenobenzolu. Encephal. haemor. jest schorzeniem bardzo rzadkiem lecz zwykle śmiertelnem, wybucha nagle najczęściej po 2-im lub 3-cim zastrzyku bez objawów prodromalnych. W 2 do 3-ch dni po zastrzyku pojawia się silny ból i zawrót głowy, wymioty, zaczerwienienie twarzy i szyji, sztywność karku, podniesienie ciepłoty, ogólny niepokój, wreszcie utrata przytomności, skurcze toniczne i kloniczne i coma. Źrenice początkowo znacznie rozszerzone ulegają następnie zwężeniu nie oddziaływują na światło. Ostatnim objawem są porażenia, początkowo częściowe, w końcu ogólne. Zejście następuje zwykle w kilka dni. Pod względem anatomicznym mamy do czynienia z silnym obrzękiem substancji mózgowej i punktowatemi wybroczynami, umiejscowionemi głównie w substancji białej mózgu.

Ogniska zapalne rzadko występują i są nieliczne. Autor podaje opis przypadku encephalitis haemor. postneosalvarsania. U 36-letniego mężczyzny, alkoholika, cierpiącego od 15-tu lat na kiłę, u którego wystąpiły ostatnio objawy kiły mózgordzeniowej. Po 4-ym zastrzyku neosalv. (0.15, 0,15, 0.3, 0.3) w 3 godziny podniosła się ciepłota i wystąpiły dreszcze. Nazajutrz od wymiotów rozpoczęły się kolejno pojawiać objawy encephalit. haemor. i objawy zajęcia rdzenia. Równocześnie na lewym boku klatki piersiowej pojawiła się wysypka wybroczynowa, na brzuchu i na przedramionach krótkotrwała, rumieniowa, gęsta, zlewająca się. Przebieg przypadku tem różnił się od zwykle obserwowanych, że objawy mózgowe szybko ustąpiły, stan chorego uległ poprawie. Objawy ze strony rdzenia ustępowały b. powoli, chory był leczony zastrzykami adrenaliny, dożylnymi zastrzykami calcium chloratum i upustami krwi.

Patogeneza encephalit. haemor. do dzisiaj jest zagadnieniem spornem. Twierdzenie, że lek wprowadzony do organizmu wywołuje zaostrzenie procesu kiłowego, toczącego się w mózgu (reakcja *Herxcheimera*) ma niewielu zwolenników. *Miliam* uważa encephal. haemor. za rodzaj apopleksji surowiczej, za objaw angioneurotyczny miejscowy, za „crise nitritoide" — skutkiem niedomogi nerkowej. Inni uważają to schorzenie za objawy skutkiem zatrucia arsenem. Istnieje wkońcu cały szereg teorji, łączących powyższe przyczyny dla wytłumaczenia patogenezy encephalit haemor. W każdym razie jest rzeczą pewną, że powstanie encephalit. haemor. nie zależy od wysokości zastosowanej dawki novarsenobenzolu. W przypadku autora czynnikiem usposabiającym mógł być alkoholizm i kiłowe schorzenie mózgu. Chory był obserwowany następnie po kilku latach i wykazywał szereg zaburzeń mózgowo-rdzeniowych.

Nietolerancja wielolekowa u kiłowych (La polyintolerance médicamenteuse chez les syphilitiques. Un cas d'intolérance au bismuth a l'arsenic et au mercure). Panagiotis B. Photinos. *Annales des Malad. Vener. 1930, Nr 1,*

U 23-letniej dziewczyny z powodu grudkowej wysypki kiłowej rozpoczęto leczenie novarsenobenzolem. W kilkanaście godzin po 3-im zastrzyku (0,15, 0,3, 0,44 co 2-gi dzień) wystąpiły silne krwawienia z przewodu pokarmowego i z nosa, które zmusiły autora do zaprzestania powyższego leczenia. Leczenie bizmutem w postaci zastrzyków (oleobismuth), stosowanych 2 razy na tydzień spowodowało ponownie krwawienia z nosa, znacznie chorą osłabiające, trwające kilka tygodni. Skoro stan chorej uległ poprawie zastosowano zastrzyki rtęciowe, lecz silne krwawienia zmusiły autora do zaniechania i tego także leku. Również zastosowane po kilku tygodniach leczenie bizmutem (*Quinby*) nie zostało ukończone z powodu b. silnych krwawień z nosa, krwawych wypróżnień i zmian we krwi. Autor wyklucza hemofilję ze względu na badanie krwi i płeć chorej.

Leczenie nietolerancji wielolekowej jest rzecza b. trudną, gdyż pomimo wszelkich sposobów polecanych przez *Gougerot'a* nietolerancja utrzymuje się tak, jak to miało miejsce w powyższym przypadku.

Sposoby leczenia nietolerancji, podane przez *Gougerol'a* są następujące: 1) zmniejszyć dawki, 2) rozpocząć leczenie ponownie od dawek b. słabych, nieznacznie tylko powiększanych, 3) na godzinę przed stosowaniem dawki normalnej stosować t. zw. dawkę odczulającą, 4) stosować leki przeciwtoksyczne i przeciwanafilaktyczne (adrenalina, alkatina i t. d.), 5) stosować preparaty pokrewne, np. różne pochodne bizmutu.

W przypadkach, w których, jak w powyższym, zawodzą sposoby polecane przez *Gougerol'a*, pozostaje jedynie stosowanie środków przeciwkiłowych o mniejszej wartości jak: preparaty jodowe, cynkowe, siarkowe i t. p. W końcu zaznaczyć należy, że nietolerancja tak częściowa jak i wielolekowa utrzymuje się b. długo, często przez całe życie.

Dr *Zofja Jastrzębska*

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE

W sprawie przypadku choroby Recklinghausen'a u osoby ciężarnej. (A propos d'un cas de neurofibromatose generalisée et de gestation). Moreira M. V. Paryż, klinika prof. Couvelaire'a. *Gynécol. et Obstétr. T. XXII. Nr. 3. 1930.*

Autor obserwował na klinice prof. *Couvelaire'a* w Paryżu ciężarną z uogólnioną chorobą *Recklinghausen'a*, która następnie urodziła szczęśliwie na tejże klinice i przebyła połóg bez powikłań. Wywiady wykazały, że osoba ta zauważyła w wieku 10 lat jeden guzek na skórze uda, który nieco się powiększał, jednak tak powoli, że nie powodował chorej żadnych dolegliwości. Dopiero w czasie pierwszej ciąży sprawa się uogólniła, a podczas okresu karmienia po porodzie — znacznie pogorszyła. Podczas drugiej ciąży wystąpiło nowe pogorszenie, następujące po chwilowej przerwie w okresie między ciążami. Obecna ciąża — trzecia, wywołała znowu lekkie pogorszenie.

Odwrotnego wpływu choroby na ciążę w danym przypadku nie stwierdza się: znaną jest jednak rzeczą, że choroba *Recklingbausen'a* łączy się niekiedy ze zmianami kostnemi miednicy w postaci bądź wyrostów kostnych, bądź w skłonności do powstawania rozmiękania kości (osteomalacji).

Cięcie cesarskie w dolnym odcinku wykonane w znieczuleniu miejscowem. (La césarienne basse sous anesthésie locale). Greenhill J. P. Chicago. *Bulletin d. l. soc. d'Obstetr. et de Gynecol. Nr. 7, 1930.*

Autor nadesłał do Paryskiego Tow. Ginekologicznego sprawozdanie z dużej liczby przypadków (około 500), w których cięcie cesarskie w dolnym odcinku wykonano w znieczuleniu miejscowem. Operacje te miały miejsce w Chicago w Lying-in Hospital. Śmiertelność wynosi 1,3%.

Technika znieczulania jest następująca: przed operacją należy przygotować sobie 300 — 360 cm.³ ½%-wego rozczynu novocainy z adrenaliną (do operacji wystarcza 210 — 240 cm.³). Następnie nasącza się skórę wzdłuż linji cięcia, po jej zaś przecięciu— tkankę podskórną, tłuszcz, powięź, mięśnie i wreszcie otrzewną ścienną. Po otwarciu jamy brzusznej unosi się pincetą otrzewnę trzewną macicy ponad dolnym odcinkiem tejże i wprowadza się pod fałdę w ten sposób utworzoną 60 cm.³ płynu znieczulającego, a następnie rozmasowuje się ten płyn w kierunku pęcherza i przymacicza. Znieczulenie opisane wystarcza na całą operację. Oczywista ruchy operatora winny być ostrożne i łagodne, bez pociągania za otrzewnę. Zalety omawianego sposobu znieczulania nie ulegają wątpliwości.

Wrodzony brak mięśni brzucha u noworodka płci żeńskiej. (Absence congenitale des muscles abdominaux chez un nouveauné du sexe féminin). Hofstein J. Strasburg. *Gynecol. et Obstetr. T. XXII, Nr. 1, 1930 r.*

Autor opisuje noworodka płci żeńskiej, zresztą normalnego i pochodzącego ze zdrowej rodziny, u którego stwierdzono brak mięśni brzucha. Są to przypadki dość rzadkie; autor znalazł ich w literaturze 11.

Wada omawiana jakkolwiek jest powodem szeregu braków czynnościowych, zwłaszcza u kobiety, nie zagraża ona w zasadzie życiu, skoro znany jest przypadek 70-letniego starca z taką właśnie wadą rozwojową.

Ani etjologja, ani patogeneza braku wrodzonego mięśni brzucha nie są znane. Leczenie mało rokuje nadziei na wyleczenie i polegać winno, zdaniem autora, na stosowaniu mocnego pasa brzusznego, będącego w tym przypadku protezą. W jednym tylko przypadku przy tem postępowaniu stwierdzono następowo w okresie dojrzewania płciowego wtórne wykształcenie się mięśni brzusznych.

W sprawie zapobiegania raka szyjki macicy. (Sur la prophylaxie des cancers du col de l'uterus). Spirito F. Sienna. *Gynecologie et Obstetr. T. XXII. Nr. 3. 1930.*

W artykule noszącym charakter raczej polemiczny autor zaleca operację odcięcia części pochwowej macicy w przypadkach znacznych jej pęknięć i trudnych do gojenia nadżerek, aby zapobiec w ten sposób następowemu wytworzeniu się raka szyjki.

Pogląd swój, zresztą bynajmniej nieodosobniony w piśmiennictwie, autor opiera na badaniach histologicznych własnych nad nadżerką części pochwowej, wykazujących, że w większości przypadków nadżerka jest istotnie ranką, ubytkiem śluzówki, a obraz mikroskopowy często przypomina komórki nowotworowe w początkowych okresach rozwoju. Ustalił się już pogląd w ginekologji, że stwierdzenie torbieli jajnika upoważnia do operacyjnego jej wyciecia ze względu na profilaktykę złośliwych nowotworów jajnika, czy nie należałoby tembardziej zająć podobne stanowisko w stosunku do pękniętej szyjki macicznej, wykazującej niegojącą się lub nawracającą nadżerkę, skoro sam zabieg odcięcia części pochwowej (amputatio portionis vaginalis) jest bez porównania bezpieczniejszy i lżejszy od najlżejszej nawet laparatomji.

Przerzuty w raku szyji macicy. (Les métastases dans les cancers du col utérin). Jeanneney G. Ch. Wangermez et Rosset-Bressand. Bordeaux. *Gynecol. et Obstetr. T. XXII, Nr. 2, 1930.*

Przerzuty w raku szyjki macicy podzielić można na trzy grupy: 1) przerzuty do gruczołów w sąsiedztwie, 2) przerzuty wsteczne (retrograde) 3) przerzuty odległe na drodze chłonnej i krwionośnej.

Grupa pierwsza jest znana dostatecznie, to też autorowie dokładniej jej nie omawiają. Grupa druga zawiera przypadki dość rzadkie, jeśli kwalifikacja ich jest ścisła, to jest wyłącza przejście nowotworu bezpośrednio przez sąsiedztwo na pochwę, lub przez stykanie się zwisającego kalafioru i zaszczepienie nowotworu w tkankę sromu lub dolnej części pochwy. Autorowie mianowicie uważają za przerzut wsteczny taki, który powstał bądź na drodze naczyń chłonnych, bądź krwionośnych w odcinkach narządów płciowych niżej położonych, np. w wargach sromowych większych, czy w dolnej części pochwy. Przypadków takich autorowie przytaczają kilkanaście. Wreszcie najdokładniej opracowaną w niniejszym artykule jest grupa trzecia, przerzutów odległych na drodze chłonnej i krwionośnej w łącznej ilości 51 przypadków. Podział na podgrupy przypadków nieleczonych, leczonych operacyjnie, naświetlanych i leczonych metodą skombinowaną operacji i naświetlania nie wykazuje większych różnic, a stąd wniosek, że mylnym jest pogląd, jakoby leczenie energją promienną miało wywoływać wystąpienie przerzutów raka z szyji macicy.

Przyczynek do badań nad cholesterinemją i bilirubinemją u matki i dziecka. Rozważania nad sprawą żółtaczki samorodnej noworodka. (Contribution a l'étude de la cholesterinemie et de la bilirubinemie chez la mère et chez l'enfant. Considerations sur l'ictére idiopathique du nouveau-né). Hinglais H. et J. Govaerts. Paryż. *Gynecol. et Obstetr. T. XXII Nr. 2. 1930.*

W wyniku swych badań autorzy dochodzą do wniosku, że pewna ilość cholesteryny płodu pochodzi z łożyska, jednak znaczna jej ilość wytwarza się w samym ustroju płodu, a mianowicie w nadnerczach.

Wzmożona zawartość cholesteryny we krwi ciężarnej w końcu ciąży ma na celu prawdopodobnie nie tylko zaopatrzenie częściowe płodu w ten związek ale także wzmocnienie sił obronnych organizmu a mianowicie antytoksycznych i antyhemolitycznych własności krwi.

Noworodek w pierwszych dniach życia pozapłodowego energicznie produkuje cholesterynę, przyczem głównym ośrodkiem tej produkcji są nadnercza. Pozatem poważnym źródłem cholesteryny we krwi noworodka jest resorbcja niezwykle bogatej w ten związek mazi (vernix caseosa), pokrywającej jego skórę.

Z drugiej strony biorąc pod uwagę własności antyhemolityczne cholesteryny, przypuścić należy, że rozpad czerwonych krwinek, będący podstawą żółtaczki noworodka będzie słabszy tam, gdzie wyższa będzie zawartość cholesteryny we krwi, a więc i żółtaczka będzie tam mniej silnie wyrażona.

Istotnie *Keiffer* stwierdził, że u noworodków, którym pozostawiono vernix caseosa niezmytą żółtaczka po porodzie występowała stosunkowo rzadziej, niż u tych, których poddano bardzo dokładnemu obmyciu i oczyszczeniu z mazi.

Oczywista, najbardziej miarodajnym jest stosunek cholesteryny we krwi w chwili porodu, jednak dalszy rozwój żółtaczki najprawdopodobniej hamuje wzrastająca we krwi ilość cholesteryny i od niej to zależy trwanie i natężenie żółtaczki.

Zapalenie nerwu kulszowego prawego na tle urazu porodowego. (Nevrite du nerf sciatique droit par traumatisme obstétrical). Nerson H. Strasburg. *Rev. Franc. Gynecol. Obstetr. R. 25, Nr. 9, 1930.*

Autor opisuje przypadek obserwowany przez się na klinice położniczej uniwersytetu w Strasburgu, w którym po długotrwałym porodzie (zwłaszcza w okresie II) u wieloródki z miednicą ogólnie jednostajnie ścieśnioną, przyszło do typowych objawów uszkodzenia nervus ischiadicus dexter.

Zastanawiając się nad etjologją tego schorzenia autor odrzuca prawdopodobieństwo tła zapalnego i zatruciowego, uważa za najprawdopodobniejsze tło urazowe, a mianowicie ucisk twardej dużej niepodatnej główki na pień nerwu w miejscu, gdzie ten ostatni przegina się przez linję bezimienną, schodząc do miednicy małej. Usposabiała do tego forma wchodu miednicy nie spłaszczonej (w tej ostatniej broni nerw kulszowy od ucisku wystający wzgórek kości krzyżowej), lecz jednostajnie ogólnie ścieśnionej.

(Niestety — autor nie podaje po której stronie znajdowało się tyłogłowie płodu we wchodzie miednicy — przyp. refer.).

Leczenie radem zakażonego raka trzonu macicy. (Curiethérapie dans le cancer infecté de la cavité utérine). Goinard E., Guedj P. Alger. *Rev. Franc. Gynec. Obstetr. R. 25, Nr. 9, 1930.*

Autorowie opisują dwa przypadki raka trzonu macicy, powikłane objawami zakażenia wnętrza tejże (wysoka ciepłota, cuchnące odchody, wybitna leukocytoza wielojądrzasta we krwi). W przypadkach tych założono leczniczo rad do wnętrza macicy i uzyskano w obydwu spadek ciepłoty i ustępowanie objawów infekcji, oczywista obok prawdopodobnego wyniku leczniczego w stosunku do samego nowotworu.

Przypadki wyżej wspomniane zasługują, zdaniem autorów, na uwagę ze względu na występowanie niekiedy w związku z leczeniem wewnątrzmacicznem radem wtórnie objawów zakażenia, ewentualnie zaostrzenia już istniejących objawów tego rodzaju. Z tego powodu rozpowszechniona jest naogół pomiędzy lekarzami obawa przed stosowaniem radu w przypadkach powikłanych objawami zakażenia. Spostrzeżenie G. i G. ma wpłynąć na osłabienie tej obawy.

(Większe statystyki z poruszanego tu zagadnienia popierają raczej obawy przed stosowaniem radu w przypadkach zakażonych — przyp. refer.).

W sprawie ostrej niedrożności jelit w czasie zapalenia jajowodów. (De l'occlusion intestinale aigue au cours des salpingites). Kauffman M. Paryż. (Hopital St.-Louis). *La Gynec. R. 29, Nr. X, 1930.*

Autor opisuje przypadek ostrego zapalenia przydatków, w czasie którego przyszło do podostrej niedrożności jelit z powodu uwięzgnięcia pętli jelita cienkiego w zatoce Douglas'a, przytrzymanej w tym położeniu przez zrosty z przydatkami. Próby wydobycia wspomnianej wyżej pętli spełzły na niczem, wobec czego wykonano połączenie odcinka doprowadzającego tej pętli z jelitem ślepem (ileo-coecostomia), pozostawiając przydatki macicy i zrośniętą z niemi pętlę bez zmian.

Przypadek omawiany należy odróżnić od ileus paraliticus z powodu pelveo-peritonitis (dość częsty przypadek), jak również od niedrożności przewlekłej, wywołanej przez zrosty i zwężenia okołokiszkowe.

Leczenie operacyjne winno mieć na względzie przedewszystkiem przywrócenie drożności przewodu pokarmowego, załatwienie zaś istotnej przyczyny choroby — zapalnego stanu przydatków — odłożyć należy na później, gdyż zrosty i możność rozlania się ropnej treści na otoczenie, uniemożliwiają zabieg doszczętny.

Leczenie zakażeń połogowych. (Traitement des septicémies puerpérales). Lévy-Solal Ed., Franck A. Paryż. *Rev. Franc. Gyn. Obstetr. T. 25, Nr. 9, 1930.*

Wśród licznych i bardzo różnorodnych objawów klinicznych ciężkiego zakażenia połogowego zwróciła uwagę autorów anemja, występująca przedewszystkiem jako skutek rozpadu czerwonych krwinek pod wpływem drobnoustroji hemolizujących. Obok anemji ważnym objawem kliniczno-serologicznym ciężkiego zakażenia ogólnego w połogu jest brak zdolności do reakcji ogólnych organizmu (ujemny odczyn wśródskórny, nie wytwarzanie się ropni sztucznie wywołanych t. zw. abcés de fixation).

W celu zwalczenia wspomnianych wyżej ciężkich objawów ogólnych autorowie stosowali leczniczo przelewanie krwi chorym, wybierając na dawców najchętniej albo rekonwalescentki po przebytem zakażeniu połogowem, albo też osoby sztucznie uodpornione wstrzykiwaniem mieszaniny, t. zw. anatoxyn, zawiesin bakteryjnych i zabitych drobnoustroji. W paru jednak przypadkach zmuszeni byli używać krwi osób zdrowych, przyczem stwierdzili, że transfuzja ta najgorzej działała.

Na 18 przypadków ciężkiego zakażenia połogowego (tętno ponad 120 na min., znaczna niedokrwistość — 500.000 — 3.500.000 czerwonych krwinek, w 10 przypad. wyhodowano drobnoustroje ze krwi) wyleczono 15, zmarły 3 chore. Krew pochodziła w 3 przypad. od rekonwalescentki, w 6-iu od osób uprzednio sztucznie uodpornionych, w 9-u — od osób zdrowych. Ilość krwi wynosiła w przypadkach z dużą anemją (poniżej 1.000.000 czerw. krw.)— 3 razy po 500 gr., w pozostałych przypadkach — od 150 — 200 gr., powtarzanych od 2 — 8 razy.

Jak określić czy przypadek raka szyjki macicy nadaje się do operacyjnego leczenia? (La détermination de l'operabilité du cancer du col de l'utêrus). Keller R. Strasburg. *La Gynec. R. 29, Nr. VIII, 1930.*

Autor wyłącza z góry ze swego rozumowania przypadki zdecydowanie nadające się do operacji (zupełna ruchomość macicy, brak jakichkolwiek nacieczeń w otoczeniu), jak również zdecydowanie nieoperacyjne. Chodzi mu wyłącznie o przypadki t. zw. graniczne, w których otoczenie nie jest bez zarzutu, a gdzie jednak można jeszcze z powodzeniem sprobować leczenia operacyjnego i mieć nadzieję na wyjęcie nowotworu w granicach tkanek zdrowych.

Przedewszystkiem chodzi o nacieki w przymaciczach. Najtrudniej rozróżnić jest tu nacieki nowotworowe od zapalnych, będących zwykłym odczynem tkanki, otaczającej nowotwór. Badanie zestawione zazwyczaj nie jest w stanie rozstrzygnąć naszych wątpliwości; co gorsza nie ustępują one nawet wobec bezpośredniej dostępności przy otwartym brzuchu; dopiero po rozpoczętym preparowaniu przymacicza można określić z jakim istotnie nacieczeniem ma się do czynienia.

W przypadkach nacieczenia nowotworowego lepiej zaniechać operacji i ograniczyć się do laparatomia explorativa. Niekiedy również nacieki zapalne, zresztą przypadkowe, po dawno przebytych zapalnych stanach przymacicza np. w połogu — powodują wprost niepokonalne trudności operacyjne; i tych trudności również nie można przewidzieć przed operacją.

Zajęcie ściany pęcherza przez nowotwór, wychodzący z szyjki macicy niekiedy da się rozpoznać badaniem zestawionem (szczególniej twardość i grubość przedniej ściany pochwy), niekiedy bardziej złożonemi metodami badania, jak np. cystoskopją, ale w wielu przypadkach dopiero preparowanie w czasie operacji zdolne jest wykazać istotny stan rzeczy. Oczywista niema mowy o heroicznych, dawno zarzuconych próbach, polegających na wycięciu częściowem zmienionej nowotworowo ściany pęcherza — należy poprostu odstąpić od operacji.

Najrzadszem i prawie pozbawionem znaczenia praktycznego powikłaniem jest przejście nowotworu na ścianę rectum; zanim dojdzie do tego zazwyczaj nacieki w przymaciczu są tak znaczne, że o operacyjności przypadku już mowy niema. Wreszcie powiększenie gruczołów chłonnych w przymaciczach bocznych bynajmniej nie zawsze oznacza zajęcie ich przez masy nowotworowe. Dość często badanie mikroskopowe wykazuje poprostu odczyn zapalny, charakterystyczny dla tkanki sąsiadującej z rakiem i — usunięcie takich gruczołów, zazwyczaj ruchomych, nie jest rzeczą technicznie trudną.

Reasumując zgodzić się musimy a priori, że nie jesteśmy w stanie przed operacją określić „operabilitatis" danego przypadku raka szyjki macicy i że musimy być przygotowani, iż operacja nasza w zamierzeniu swem lecznicza — stanie się tylko badawczą — laparatomia explorativa.

Hormony przedniego płata przysadki mózgowej, a fizjologja płciowa. (Les hormones prehypophysaires et la physiologie genitale). (Przysadka mózgowa a narząd rodny). Morhardt P. E. *Gynecol. et Obstetr. T. XXII, Nr. 5. 1930.*

W długiem streszczeniu zbiorowem autor podaje stan dotychczasowy wiadomości o hormonach przedniego płata przysadki mózgowej i o ich stosunku do fizjologji ogólnej kobiety. Już od dłuższego czasu zwrócił uwagę badaczy fakt, że w organiźmie zwierząt kastrowanych istnieje jakiś czynnik natury hormonalnej, który pobudza np. przy sztucznej parabiosis rozwój narządów rodnych u samicy prawidłowej. Wiadomo dalej, że jajnik płodowy wszczepiony samicy dojrzałej zaczyna wykazywać dojrzewające pęcherzyki (*Foc* przed 30 laty), że to samo wystąpi, jeśli wszczepić taki sam jajnik płodowy dojrzałemu samcowi kastrowanemu. Natomiast wszczep taki u zwierzęcia niedojrzałego kastrowanego nie wywoła żadnych w nim zmian. We wszystkich tych faktach doświadczalnych przypuścić należy istnienie jakiegoś czynnika pozapłciowego, rządzącego funkcją gruczołów rozrodczych.

Zondek i *Aschheim* za *Long* i *Evans'em* wykazali że czynnikiem tym jest wydzielina przedniego płata przysadki mózgowej.

Anatomicznie twór ten składa się z gruczołów nabłonkowych, w których rozróżniają komórki 3 rodzajów: kwasochłonne (eozynofile), zasadochłonne (bazofile) i nie barwiące się (chromophobe). W czasie ciąży pojawiają się w omawianym gruczole duże komórki o bardzo drobnej ziarnistości kwasochłonnej (eozynofilowej), prawdopodobnie wytwarzające się z wyż. wspomnianych komórek nie barwiących się (chromophobe). Zmiany ciążowe cofają się po ciąży, ale nie całkowicie, dopiero przekwitanie powoduje zupełne zmniejszenie się hypophysis.

Rozpatrując bardziej szczegółowo działanie przedniego płata przysadki mózgowej, szereg autorów podkreśla przedewszystkiem istnienie w nim hormonu pobudzającego wzrost i podnoszącego współczynnik dynamiczny swoisty (l'effet specifique dynamique).

Stosunek przedniego płata przysadki mózgowej do gruczołów płciowych wyraża się przedewszystkiem w pobudzaniu do wzrostu pęcherzyków Graafa w jajniku i w doprowadzeniu tychże do całkowitego dojrzenia.

Dotychczasowa zgoda badaczy kończy się, skoro chodzi o sprawę pękania dojrzałego pęcherzyka Większość autorów przechyla się, zwłaszcza ostatnio, do zdania, że ten fakt w czynności jajnika odbywa się bez wpływów hormonów przedniego płata przysadki mózgowej.

Dalsza przemiana zasadniczego składnika jajnika, jakim jest pęcherzyk *Graafa*, a mianowicie: luteinizacja, czyli wytworzenie ciałka żółtego, odbywa się zdaniem większości badaczy pod wpływem hormonów przedniego płata przysadki mózgowej.

Wymienione dotychczas wielorakie funkcje przedniego płata przysadki mózgowej zachęciły autorów do sprawdzenia, czy wydzielina dokrewna tego gruczołu składa się z jednego czy wielu hormonów. *Zondek* i *Aschheim* w pracach wspólnych i samodzielnych, utożsamiając ciała działające

w moczu ciężarnych z wydzieliną przedniego płata przysadki mózgowej, wyosabniają dwa hormony t. zw. Prolan A, wywołujący dojrzewanie pęcherzyków *Graafa* i Prolan B — powodujący luteinizację tychże, i powstawanie drobnych wylewów krwawych, t. zw. punktów krwawych.

Prolan A, zdaniem *Zondeka*, otrzymać można z moczu kobiet cierpiących na raka narządów rodnych (w 80% przypadków zawiera on około 200 jednostek szczurzych w litrze), lub z moczu kobiet wytrzebionych (w 75% przyp. do 150 jednostok szczurzych Prolanu A w litrze).

Przygotowanie wyciągu z moczu odbywa się prosto: zakwaszenie lekkie moczu, przesączenie i dodanie pięciokrotnie większej objętościowo ilości 95% alkoholu; wytwarza się osad, który odwirowuje się po 24 godz. i zbiera się dokładnie oczyszcza się go przez wytrząsanie z eterem i rozpuszcza w wodzie. Prolan A jest nierozpuszczalny w eterze ani w chloroformie; ulega zniszczeniu przy temperaturze 70° C., jak również pod wpływem kwasów i mocnych zasad, dializuje łatwo.

W doświadczeniu na szczurach czy na myszach (jednostka mysia jest p i ę c i o k r o t n i e w i ę k s z a od jednostki szczurzej) uzyskuje się wzrost pęcherzyka i następowo ruję, natomiast w odróżnieniu od follikuliny nie stwierdza się żadnych zmian na macicy i w pochwie.

Prolanu B nie udało się jeszcze wyosobnić z moczu ciężarnych, w którym znajduje się on w dużej ilości i gdzie jest głównym powodem charakterystycznych zmian w narządach rodnych gryzoniów, uznanych przez *Zondeka* i *Aschheima* za reakcję ciążową. Wywołuje on mianowicie t. zw. II i III reakcję ciążową, czyli luteinizację w jajnikach i występowanie t. zw. punktów krwawych, wtedy kiedy reakcja I — dojrzewanie pęcherzyka zależy od Prolanu A.

Technika reakcji ciążowej *Zondeka* i *Aschheima* jest ogólnie znana. Natomiast *Brouha Hinglais* i *Simonnet* używali jako zwierzęta doświadczalne samców, aby wykluczyć działanie follikuliny, znajdującej sie w jajniku zwierzęcia doświadczalnego samicy. Używali oni samców wagi od 8—15 gram, niedojrzałych i wstrzykiwali im mocz ciężarnych w ilości od 0,1—0,3 cm³ codzień przez 8 — 10 dni. Naskutek tych injekcji przychodziło do gwałtownego rozwoju narządu rodnego, zwłaszcza pęcherzyków nasiennych (vesiculi seminales), dochodzących do 5-krotnie wyższej wagi i objętosci, niż u zwierząt kontrolnych. Odmiana powyższa metody *Zondek-Aschheima* jest niezaprzeczenie postępem w stosunku do oszczędzania zwierząt, natomiast wymagając jeszcze więcej czasu od metody oryginalnej nie nadaje się do przypadków względnie nagłych. Wyniki rozpoznawcze metody *Zondek-Aschheima* są tak poważne (statystyka niemiecka na 1.829 przyp. wykazuje tylko 1,7% błędnych wyników), że uznać ją należy za najlepszą metodę diagnostyczną ciąży.

Statystyki z innych krajów (*Brouha* i *Simonnet*), na mniejszej liczbie przypadków oparte, wykazują gorsze wyniki.

T. Zawodziński.

BIBLJOGRAFJA.

Marcel Royer: L'urobiline à l'état normal et pathologique. Masson Edit. 1930, stron 190 in 8 vo. Cena 30 fr. fr. Praca powyższa, wykonana w Zakładzie fizjologji Uniwersytetu w Buenos Aires, obfituje w bogaty materjał doświadczalny oraz kliniczny, ujęty w liczne tablice. W części pierwszej autor opisuje wszystkie znane metody określania urobiliny i urobilinogenu w stolcu, w moczu, we krwi, w tkankach i żółci, a po przeprowadzeniu ich krytyki, podaje własną metodykę. W części drugiej autor podaje dotychczasowe dane, dotyczące zachowania się urobiliny, poczem przechodzi do opisu własnych badań doświadczalnych (przeważnie na psach), oraz badań nad zachowaniem się urobiliny u ludzi, w szczególności zaś u noworodków, u osobników zatrutych związkami rtęci, u usypianych chloroformem, eterem, następnie w chorobach wątroby, (osobliwie w żółtaczce), wreszcie w chorobach zakaźnych (błonica, róża, zapalenie płuc, nagminne zapalenie przyusznic, dur brzuszny, zimnica, gruźlica płuc i trąd). Na zwierzętach autor przerabiał też doświadczenia nad zachowaniem się urobiliny w niedokrwistości, następnie u ludzi w białaczce, zimnicy złośliwej i w agranulocytozie. Krótko ujmuje autor znaczenie rozpoznawcze i rokownicze badań nad urobiliną, proponuje własny sposób badania czynności wątroby zapomocą dożylnego wprowadzania roztworu urobiliny, wreszcie ujmuje krótko uzyskane wyniki. Poszczególne rozdziały uzupełnione są podaniem bardzo obfitego piśmiennictwa, zwłaszcza francuskiego i niemieckiego.

Nie sposób tu podać wszystkie wyniki osiągnięte przez autora, muszę jednak przytoczyć parę z tych, które dla każdego lekarza posiadają duże znaczenie.

Urobilina, wykrywana w narządach w moczu i w żółci pochodzi z przewodu pokarmowego, skąd ulega wessaniu do krwi. We wszystkich narządach urobilina ulega zatrzymaniu i zniszczeniu. Tę zdolność zatrzymania i niszczenia urobiliny w najwyższym stopniu posiada wątroba. Urobilina nie ulega powrotnej przemianie w bilirubinę. Urobilina w moczu nowo-

rodków pochodzi od matki. Wydzielanie urobiliny moczem ulega wahaniom w ciągu doby. W stanach chorobowych zwiększona ilość urobiliny w moczu zależy od ilości jej w jelitach, od stopnia uszkodzenia wątroby i od zdolności wydzielniczej nerek. Tylko w niektórych stanach chorobowych zwiększona urobilinurja jest pochodzenia pozajelitowego.

Należy podkreślić z prawdziwem uznaniem, że dążąc do wyjaśnienia problemu urobiliny, autor nie cofnął się przed technicznymi trudnościami (badania na psach z przetoką żółciową, z przetoką *Ecka*, z wyjęciem wątroby i t.p.), ani też nie szczędził czasu i pracy, by nagromadzić możliwie duży i przekonywający materjał, zwłaszcza doświadczalny. Praca p. *M. Royera*, dzięki wszechstronnym badaniom przyczynia się poważnie do rozstrzygnięcia problemów, które dotychczas były przedmiotem nieraz gorącej dyskusji, wielu zaś tezom przysparza nowych, przekonywających dowodów.

Zdz. G.

Dr. Leon Zamenhof. Dzieje medycyny w życiorysach, aforyzmach i anegdotach. Warszawa, 1930. Stron 152. Wdzięczność wielka należy się autorowi za wzbogacenie tak niezmiernie ubogiego u nas piśmiennictwa popularno historycznego z zakresu dziejów medycyny. Coraz mniej ogół lekarzy interesuje się medycyną jako całością, jej ideałami, w zasadzie swej w przebiegu wieków niezmiennymi, a jednak wiecznie młodymi, jej historją i głębokiemi myślami filozoficznemi, które na tym wątku snuć można. Widocznie licząc się z tą niechęcią współczesnego pokolenia do literatury poważniejszej, wpadł autor na pomysł badzo trafny, dania dziełka nawskroś popularnego, lekkiego, a jednak zachęcającego do dalszych studjów i do zastanowienia się nad głębszem znaczeniem i istotą medycyny poza szablonowem lecznictwem. W często feljetonowych skrótach daje nam autor przekrój dziejów medycyny od czasów Hippokratesa w postaci zwięzłych życiorysów, a właściwie faktów lub powiedzeń charakterystycznych dla danego lekarza lub danej epoki, gęsto przeplatanych materjałem anegdotycznym.

Czy to ze względów trudności wydawniczych, czy to w usiłowaniu dania jaknajwiększego skrótu, niektóre zwłaszcza życiorysy wypadły trochę przykrótko i w następnym wydaniu, na które zapewne nie trzeba będzie długo czekać, dobrze byłoby je odpowiednio uzupełnić.

Poza *Mikuliczem* nie napotykamy w dziełku życiorysów lekarzy Polaków, zapewne dlatego, że jak sądzić należy, autor zamierza dać nam wkrótce podobną książeczkę, poświęconą dziejom medycyny polskiej, zamiar, któremu tylko najgoręcej przyklasnąć należy. W swej obecnej postaci „Dzieje Medycyny" stanowić będą pożyteczną, a jednocześnie przyjemną lekturę lekarzy w chwilach, niestety tak nielicznych, wypoczynku.

KRONIKA.

Dnia 15 listopada odbyło się w Państwowej Szkole Higjeny pod przewodnictwem P. Dr W. Chodźki zebranie konstytucyjne Polskiego Komitetu Organizacyjnego VI Międzynarodowego Kongresu Lekarskiego w sprawie wypadków przy pracy i medycyny pracy. W skład komitetu wchodzą: z Warszawy Dr W. Chodźko (przewodniczący), Prof. Dr Grzywo - Dąbrowski, Dr H. Kluszyński, Dr J. Luxemburg (zastępca przewodniczącego), Dr Br. Nowakowski (sekretarz), Dr W. Reklewski, Dr J. Sęczyc i Docent Dr A. Wojciechowski, z Wilna: Prof. Dr K. Karaffa-Korbut, z Krakowa: Dr St. Jankowski, z Katowic: Dr H. Jarczyk.

Kongres międzynarodowy odbędzie się w Genewie na początku sierpnia 1931.

Tematy główne sekcji A, poświęconej wypadkom przy pracy, zostały ustalone jak następuje:

1. Późne zmiany i przystosowanie się po uszkodzeniach kręgosłupa, referują: Prof. Dr Magnus, Bochum, Prof Dr Michel, Nancy, Prof. Dr Ackerman, Stokholm, Prof. Dr Fauquez, Paryż, Prof. Dr Crouzon, Paryż.
2. Uszkodzenia naczyń krwionośnych, referują: Prof. Dr. Imbert, Marseille, Prof. Dr Diez, Rzym, Prof. Dr Danis, Bruksela.

3. Zawodowe uszkodzenia skóry (wypadki i choroby zawodowe), referują: Prof. Dr. Prosse White, Whigan, (Anglja), Prof. Dr Koelsch, Monachjum, Prof. Dr Oppenheim, Wiedeń.
4. Wpływ stanu zdrowia, poprzedzającego wypadek, na jego skutki, referują: Dr Pometta, Lucerna, Prof. Dr Tovo, Turyn, Prof. Dr Linger, Frankfurt n. M.

Tematy główne sekcji B, poświęconej medycynie pracy:

1. Patologja zawodowa robotników w przemyśle cementowym i sztucznych kamieni, referują: Prof. Dr Joetten, Monaster, Dr Glibert, Belgja, Dr Thompson, Waszyngton, Prof. Dr Agasse-Lafont, Paryż, Dr Van Bemmel, Broda (Holandja).
2. Wrażliwość ustroju na trucizny zawodowe, referują: Prof. dr Teleky, Duesseldorf, Prof. Dr Devoto, Medjolan, Dr Mauro, Medjolan, Dr Gelman, Moskwa, Dr Loewy, Praga.
3. Zmęczenie, referują: Prof. Dr Atzler, Dortmund — pracę mięśniową, Prof. Dr Henderson i Dr Dill, Boston — biochemja zmęczenia, Dr Vernon, Londyn — środowisko pracy, Dr Teruoka, Japonja — czynnik ludzki.

Z kongresem połączona będzie wystawa zdjęć rentgenowskich, fotografji, mulaży. Co do udziału w tej wystawie należy się skomunikować bezpośrednio z Dr Jentzer, Genewa, 8 rue de l'Université.

Z Polski zgłoszono dotąd następujące komunikaty:

1. Dr Antoni Goldman, Warszawa, Stosunek urazu do nowotworów.
2. Dr Henryk Kłuszyński, Warszawa. Badanie młodocianych a ubezpieczenie społeczne.
3. Dr Brunon Nowakowski, Warszawa. Sezonowość objawów ołowicy zawodowej.

Pozatem Dr Henryk Mierzecki, Lwów, zapowiedział komunikat z zakresu chorób zawodowych o temacie jeszcze nieustalonym.

Językami oficjalnemi są: francuski, angielski, włoski i niemiecki. Zarówno do wymienionych tematów głównych, jak również na tematy inne, wchodzące w zakres zapobiegania, leczenia i ubezpieczenia wypadków przy pracy i chorób, zawodowych mogą być zgłoszone 10-cio minutowe komunikaty. Termin zgłoszenia przed końcem grudnia 1930 r. Streszczenia, nieprzekraczające 4 stron ósemki winny być nadesłane przed końcem kwietnia r. 1931. Polski Komitet Organizacyjny zwraca się z gorącym apelem o zgłaszanie komunikatów oraz liczny udział w Kongresie. Zgłoszenia należy skierować do Sekretarjatu Komitetu, Dr Brunon Nowakowski, Warszawa, Chocimska 24, który udziela wszelkich informacyj.

Komitet Polski postanowił jednomyślnie przekształcić się na organizację stałą. W dyskusji wskazano na poważne braki w organizowaniu pierwszej pomocy na terenie zakładów pracy, udzielania racjonalnej pomocy ofiarom wypadków, leczenia i opieki lekarskiej dla inwalidów pracy i kalek, brak katedr medycyny pracy, niedostateczność środków badawczych, braki w organizacji lekarskiej, szczególnie długoterminowych ubezpieczeń społecznych. Zadaniem stałego Komitetu będzie skupić rozproszone dotąd siły, pobudzić prace badawcze, wpływać na czynniki właściwe w kierunku rozbudowy ośrodków badawczych i leczniczych, na zewnątrz zaś przygotowanie udziału Polski w kongresach międzynarodowych. Zarząd Komitetu został upoważniony do kooptowania dwuch dalszych członków zarządu i zaproszenia do współudziału w Komitecie lekarzy czynnych na polu medycyny pracy, lecznictwa i orzecznictwa w zakresie wypadków i chorób zawodowych.

Przewodniczący Zarządu:
(—) Dr *W. Chodźko.*

Sekretarz:
(—) Dr *B. Nowakowski.*

Trzy międzynarodowe wycieczki lekarskie w r. 1931.

I. 10. Międz. wyc. lek. Dnia 19 marca 1931 wybierają się lekarze z Wiednia do francuskiej Afryki północnej. Uczestnicy zobaczą Wenecję, Medjolan, Genuę, San-Remo, Bordighierę, Ventimiglię, Mentonę, (odwiedzą w Chateau Grimaldi Prof. Dr. *Voronoffa*, znanego z operacyi odmładzania), Monte-Carlo, Niceę (spotkanie z dr. *Faure*, prez. towarzystwa lek. na Riwierze), Juan les Pins, Cannes, Marsylję Z Marsylji nastąpi wyjazd do Afryki, a mianowicie do Algieru. Uczęstnicy zamierzają dotrzeć do wnętrza Afryki, do Biskry i Touggourtu, Cena 700 austr. szyll. (około 870 zł.)

II. 11. Międz. wyc. lek. Dnia 19. marca 1931 wybierają się lekarze z Wiednia do Hiszpańskiej Afryki (Maroko). Uczestnicy zobaczą aż do Marsylji te same miejscowości, jak uczęstnicy powyższej wycieczki. Dalszy plan wycieczki: Barcelona (zwiedzenie szpitala San Pablo), Walencja, Granada, (Alhambra), Malaga, Algeciras. Stąd nastąpi wyjazd do Afryki, a mianowicie do Ceuty i Tetuanu. Z powrotem zobaczą uczęstnicy: Sewillę, Madryt (zwiedzą Biarritz, Paryż (międzynarodowa wystawa kolonialna), Strassburg, Mnichów, Solnogród. Wiedeń. Cena 1050 austr. szyll. (wzgl. 1400.)

III. 12. Miedz. wyc. lek. Dnia 30. kwietnia 1931 wybierają się lekarze z Bremy do Ameryki północnej. Uczęstnicy zobaczą życie, fabryki i zakłady lecznicze w New-Yorku, Filadelfji, Washingtonie, Chikago, Detroit i Wodospad Niagary. Cena 350 dolarów (wzgl. 375).

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandstudienreisen, Wiedeń (Wien) Austria I. Biberstrasse II, I. St.

Konkurs na pracę lekarską, ogłoszony przez Tow. „Pomoc lekarska" przy ul. Grzybowskiej Nr. 11.

Sąd konkursowy po przejrzeniu prac nadesłanych nie zakwalifikował żadnej do nagrody.

Wobec tego termin nadsyłania prac zostaje przedłużony do stycznia roku 1932.

Warunki konkursu będą ogłoszone ponownie.

* * *

W myśl uchwały VII Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich z dnia 26 listopada 1929 r. odbędzie się IX Zjazd Internistów w Krakowie w dniach od 24 — 27 września 1931 r.

Tematami programowemi są: 1) Reumatyzm, 2) Hyperthyreozy.

Krakowski Komitet, jako organizujący IX Zjazd Internistów, zwraca się do Kolegów z prośbą o przygotowanie odpowiednich prac i wzięcie czynnego udziału w Zjeździe.

Tematy odczytów i ich streszczenia należy nadsyłać na ręce Prof. Dr J. Latkowskiego najpóźniej do dnia 31 maja 1931 roku.

* * *

Ministerstwo Przemysłu i Handlu nadesłało nam następujący komunikat:

Wszystkie termometry maksymalne lekarskie do mierzenia temperatury ciała ludzkiego są wywzorcowane według legalnej skali stu stopniowej, to jest Celsjusza. Natomiast spotyka się nieraz jeszcze termometry kąpielowe według Rèaumura, stosowanie których przy zabiegach wodoleczniach nie jest niczem uzasadnione i opiera się tylko na przyzwyczajeniu.

Wobec tego, że w myśl rozporządzenia Ministra Przemysłu i Handlu z dniem 1 stycznia 1931 r. sprzedaż termometrów ze skalą Rèaumura lub Fahrenheita będzie wzbroniona, nastąpi stopniowo, z powodu wyłącznego nabywania termometrów Celsjusza, wycofanie z użycia termometrów ze skalą Rèaumura.

Spółistnienie w tym okresie przejściowym dwóch różnych skal może wywoływać przykre, a nawet dla zdrowia szkodliwe nieporozumienia np. ordynowanie kąpieli w stopniach C i aplikowanie jej w tychże stopniach ale R, lub na odwrót. Główny Urząd Miar zwraca się do pp. lekarzy o spółdziałanie w eliminowaniu podziałki Réuamura przez ordynowanie temperatury kąpieli wyłącznie w stopniach Celsjusza. Spółdziałanie takie przyczyni się w znacznym stopniu do szybkiego usunięcia niedogodności okresu przejściowego, a tem samem do ujednostajnienia termometrji medycznej. Stopień Celsjusza równy jest, jak wiadomo, czterem piątym stopnia R, więc np. temparatura kąpieli 28° R wynosi w skali Celsjusza 35°.

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

Ogłoszenia:

		cała str.	1/2 str.	1/4 str.
zewnętrzna strona okładki	zł.	450.—	250.—	135.—
bezpośrednio przed tekstem	„	350.—	200.—	120.—
2-ga i 3-cia strona okładki	„			
pozostałe	„	300.—	170.—	— 95.

BIBLIOTEKA Akademia Medyczna