

11632

OPŁATA POCZTOWA UISZCZONA RYCZAŁTEM

PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

**D
M
E
S
J
N
I
K**

pod redakcją

DR. MED. ALFREDA GALEWSKIEGO

Rok II

Styczeń 1932 r.

Zeszyt 1.

3692.D.1948
AKADEMIA LEKARSKA W GDAŃSKU
BIBLIOTEKA

Generetyna

POŁONOWSKIEGO i NITZBERGA

Wskazania kliniczne:



**HYPOPEPSJA
NIEDOKWAŚNOŚĆ ŻOŁĄDKA
CZĘSTOSKURCZE (TAHYCARDIA)
WZDĘCIA I BÓLE PO JEDZENIU**

Dwa razy dziennie rano i wieczorem
po 10-20 kropli (lub 1-3 granulek) przed je-
dzeniem; w postaci ampulek - jedna dziennie.

OPAKOWANIE



AMPUŁKI:

PUDEŁKO ZAWIERA 10 AMPUŁEK à 2 cm³

GRANULKI:

RURKA ZAWIERA 60 GRANULEK à ½ mg.

PŁYN:

FLAKON ZAWIERA 25 cm³ ROZTWORU 1,5:1000.

WYŁĄCZNE PRZEDSTAWICIELSTWO NA POLSKĘ
LABORATORJUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

„ASMIDAR”

WARSZAWA,

GRZYBOWSKA 88.

PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

pod redakcją
Dr. med. ALFREDA CALEWSKIEGO

Wszystkim naszym Szanownym Czytelnikom z okazji Nowego Roku 1932 przesyła najserdeczniejsze życzenia

REDAKCJA
„PRZEGLĄDU TERAPEUTYCZNEGO”

Akrocjanozy¹⁾

(według wykładu klinicznego profesora Villaret).

Akrocjanoza jest to stały stan siniczny i niebolesny kończyn.

W ostatnich dopiero latach wyosobniono tę jednostkę chorobową, którą długie jeszcze lata mieszano z akroerytrozą, lub akroasfiksją; choroba ta uzyskała prawo obywatelstwa dzięki pracom profesora VILLARET i jego uczniów. Prace te dotyczyły badań ciśnienia żylnego, kapillaroskopji i rozmaitych doświadczeń z histaminą i acetylcholiną.

Studjum kliniczne

Akrocjanozy naogół rozpoczynają się w dzieciństwie i najbardziej rozwijają się w okresie dojrzewania. Obserwowano jednak przypadki, w których początek choroby był nagły, powstały w następstwie zakażenia dżftrytem, lub szkarlatyną (CASSIRER).

*) Przekład z Nr. 12 (1930 r.) czasopisma „L'information médicale”.

Akrocjanozę cechują cztery kardynalne objawy: sinica, ziębnięcie, zaburzenia wazotroficzne kończyn, oraz zmiany w ciśnieniu żylnem.

1. Sinica: kończyny mają zabarwienie fioletowe; barwa ich od żywo-czerwonej przechodzi w ciemno-fioletową i zależy od stopnia ogrzania, oraz zastojów krwi w kończynie. Akrocjanoza naogół przebiega symetrycznie.

Akrocjanozę kończyn dolnych, zwłaszcza w okolicy, znajdującej się pod kością przyśrodkową goleni, opisaną pod nazwą „*acrocyanosis submalleolaris*“, spostrzega się zwłaszcza u kobiet, noszących cienkie jedwabne pończochy. W większości przypadków umiejscawia się ona w jednej trzeciej części dolnej kończyny, lecz czasem może także zająć całe podudzie, a nawet i staw kolanowy. Tego rodzaju akrocjanoza ma dwie specyficzne cechy: jest ona stała, nie ma charakteru napadowego i jest niebolesna; nie towarzyszą jej napady ograniczonych zblednięć skóry (*crises de syncopes blanches locales*). Jeśli osobnicy z akrocjanozą miewają te kryzy, mają oni zawsze nawarstwienie objawów choroby RAYNAUD, jak to wykazuje doświadczenie z acetylcholiną.

Osobnicy, dotknięci akrocjanozą, wykazują czucie prawidłowe, nie mają nigdy objawów bólowych, najwyżej uczucie mrowienia w kończynach, albo niewielkie bóle w związku z odmrożeniem kończyn. Prawdziwych bólów, występujących w chorobie RAYNAUD, nigdy się nie spostrzega.

2. Zaburzenia wazo-troficzne: polegają one na nadmiernym poceniu się i na obrzęku kończyn. Dłoń, jak również i strona podeszwowa stopy są wilgotne, co z oziębieniem tych okolic wytwarza frapujący kontrast.

Obrzęk nie występuje stale, lecz jest objawem dość częstym. Jest to stan powiększenia objętości i nabrzmienia tkanek miękkich ręki, VILLARET porównywał to zjawisko do stanu, jaki się obserwuje, palpując dłoń chorego na syringomyelję.

Obrzęk jest twardy, brak jednak guzowatości w obrębie kończyn dolnych odróżnia „*acrocyanosis submalleolaris*“ od „*erythema induratum Bazin*“.

3. Ziębnięcie kończyn: jest to objaw szczególnie dręczący chorych i zmuszający ich do szukania rady u lekarza. Ziębnięcie jest objawem stałym, daje się z łatwością stwierdzić za dotknięciem, lub ciepłomierzem.

4. Zmiany w ciśnieniu żylnem: z punktu widzenia klinicznego zmiany te są bardzo ważne, ponieważ pozwalają one odróżnić akrocjanozę od choroby RAYNAUD. Prawidłowe ciśnienie żyłne u kobiety wynosi **12 cm.** wody, a u mężczyzny **13 cm.** W przypadkach akrocjanozy ciśnienie żyłne wzmagą się, dochodząc do 20-tu, a nawet 25 cm. wody.

W czystym zespole RAYNAUD ciśnienie żyłne pozostaje prawidłowe, lub obniża się; jest to znamieny objaw dla odróżnienia tej choroby od akrocjanozy.

Postacie kliniczne

Najczęstszą jest postać, obserwowana u młodych niewiast, wykazujących zaburzenia jajnikowe, oraz wzmożone ciśnienie żyłne. Ta postać chorobowa spotyka się także u młodych niewiast, mających zaburzenia miesiączkowe: miesiączki za częste, lub za obfite. Akrocjanoza, której towarzyszy obrzęk i oziębienie, umiejscawia się u nich na dłoniach. Potęguje się ona, zwłaszcza w czasie zimy i doprowadza wreszcie do bardzo bolesnych odmrożeń. Kobiety, mające prawidłowe ciśnienie tętnicze, wykazują nadmiernie wysokie ciśnienie żyłne, dochodzące do 16-tu, 30-tu i 35 cm. wody.

Zespół ten obserwuje się w większości przypadków u młodych niewiast, wykazujących zaburzenia jajnikowe, czasem spostrzega się go u kobiet podczas menopauzy, lecz naogół jest on rzadki, a ciśnienie żyłne jest prawie zawsze prawidłowe.

Drugą postacią kliniczną jest postać, stanowiąca część zespołu t. zw. „*hypotensio arterialis idiopatica*“. CASSIRER opisał sinicę z całkowitem, lub częściowym pozbawieniem czucia (*cyanosis anestesica vel hypoestesica*), którym towarzyszą zaburzenia czucia.

Acrocyanosis hypertrophica (PEHU-CASSIRER), polega na obrzęku przeważnie pierwszych członków palców; w tej postaci brak jest uszkodzenia kości.

Akrocjanoza, towarzysząca chorobie RAYNAUD, jest łatwa do rozpoznania, dzięki zastosowaniu acetylcholiny; wstrzyknięcie acetylcholiny usuwa często objawy choroby RAYNAUD, jak miejsca ograniczonych zblednięć skórnych (*syncopes blanches locales*), a zwłaszcza bóle, podczas gdy zespół akrocjanotyczny zostaje nieknięty.

Dość często spostrzega się współistnienie erythromelalgji; należy zaznaczyć, iż nierzadko towarzyszy akrocjanozie pokrzywka, oraz obrzęk trofo-neurotyczny typu QUINCK'EGO.

Djagnostyka różnicowa

W rachubę mogą wchodzić rozmaite jednostki chorobowe, nie wyłączając choroby RAYNAUD.

Odmrożenia, sinice objawowe (*cyanosis symptomatica*), spotykające się np. w przebiegu miażdżycy tętnicy płucnej (*sclerosis arteriae pulmonalis*), zwężenia zastawki dwudzielnej (*stenosis valvulae mitralis*), lub choroby VAQUEZA mogą być z łatwością odrzucone.

Nie należy mieszać akrocjanozy z żywym, różowym zabarwieniem skóry, występującym w **erythromelalgji**, lub w jednostce, zwanej „*erythrosis Betcherew*“.

Istnieje postać akrocjanozy, nastroczająca czasem pewne trudności rozpoznawcze: jest to właśnie wyżej wspomniana „*ciano-*

sis submalleolaris“, którą często mieszają z t. zw. „*erythema induratum Bazin*“, zwłaszcza, jeśli jej towarzyszy niewielka sinica. Trudności rozpoznawcze są niekiedy wielkie; rozmaici autorzy sądzą, iż dwa cierpienia mają wspólne tło, przyjmują mianowicie podłoże bakteryjne dla niektórych akrocjanoz.

Z łatwością również można odrzucić *stany zapalne tętnic starcze (arteritis obliterans senilis)*, lub pochodzenia cukrzycowego.

Chorobę Buergera (morbus Buerger), lub zapalenie zakrzepowe tętnic (thromboarteritis obliterans) spostrzega się szczególnie u młodych osobników rasy semickiej; w początkowym okresie rozwoju charakteryzuje ją wyłącznie sinica kończyn.

We Francji wyodrębniono tę jednostkę chorobową, jako „*arteriitis stenosans juvenilis non syphilitica*“. Niekiedy mogą jej nawet towarzyszyć wzniesienia ciepłoty, chorzy skarżą się na intensywne bóle, przyjmujące początkowo charakter chromania przestankowego (*claudicatio intermittens*), które później stają się trwałe. Bładość przeważa nad sinicą, chociaż niekiedy „erytrocjanoza“ stanowi kardynalny objaw dla tej choroby. W miejscu schorzenia spostrzega się znikanie tętna i wskaźnika oscylometrycznego. Choroba prowadzi wkońcu do zgorzeli i konieczności amputacji.

Najwięcej trudności powstaje przy różnicowaniu akrocjanozy z chorobą RAYNAUD; jednak zespół ten z punktu widzenia klinicznego różni się od stanów akrocjanotycznych.

Ograniczone zblednięcia skóry nie są trwałe, powstają one dzięki stanom napadowym (*crises paroxystiques*); w czasie wolnym od napadów zabarwienie skóry jest prawidłowe, a jeśli jest fioletowe, to ono nie zajmuje całej kończyny; dotyka tylko dwóch, lub trzech palców, nigdy nie dochodząc do przedramienia. Nigdy nie daje się spostrzec stanów obrzękowych, jakie spotyka się u osobników, dotkniętych akrocjanozą, lecz przeciwnie, obserwuje się na palcach kończyn niewielkie ogniska powierzchownej zgorzeli i małe owrzodzenia pod paznokciowe. Cierpienia te są niezmiernie bolesne, zakłcają chorym spokojny sen. Naodwrot, u osobników, dotkniętych akrocjanozą, prawdziwych bólów nie spostrzega się, brak których stanowi bardzo wielką wartość rozpoznawczą.

W przypadkach trudnych nieocenione usługi daje badanie naczyń obwodowych. Badaniu takiemu podlegają tętnice, naczynia włoskowate, żyły i ciśnienie żyłne.

Badanie tętnic: w przebiegu akrocjanozy i choroby RAYNAUD tętno jest prawidłowe, lecz w tej ostatniej obserwowano zmniejszenie się wskaźnika oscylometrycznego w momencie powstawania zblednięć skórnych, w czasie napadów (CLAUDE, GRENET). Próby z kąpielą ciepłą i zimną mogą nam udzielić interesujących wyjaśnień, zwłaszcza ważne rezultaty daje próba z ciepłą kąpielą. Jeśli zanurzyć rękę chorego, cierpiącego na zespół RAYNAUD, do ciepłej kąpieli, powstaje w niej naogół stan zbled-

nięcia (*syncope blanche*). Naodwrót, u akrocjanotyka sinica nasila i potęguje się.

Istnieje jeszcze sposób badania tętniczek przy pomocy *acetylholiny*, którą pierwsi VILLARET i BESANÇON wprowadzili do lecznictwa.

Jeśli choremu, dotkniętemu zespołem RAYNAUD, wstrzyknąć podskórnie 0,2—0,5 gr. acetylholiny, wówczas obserwuje się znikanie zabarwienia fioletowego kończyn.

To samo wstrzyknięcie, wykonane u akrocjanotyka, nie wywołuje żadnej zmiany w zabarwieniu skóry.

Badanie naczyń włoskowatych i żył: jeśli ucisnąć grzbietową stronę dłoni u akrocjanotyka, wywołuje się białą plamę, która trwa pewien krótki czas. Czas znikania tej plamy okazuje się dłuższym u akrocjanotyka, niż u osobnika, dotkniętego chorobą RAYNAUD. Drugi sposób wykazania tego zastoję polega na zastosowaniu *próby histaminowej* (VILLARET i BESANÇON). Wstrzyknięcie histaminy powoduje spadek ciśnienia tętniczego, wywołując rozszerzenie się systemu naczyń włoskowatych. Histamina zwiększa skurcz tętnic w zespole RAYNAUD, lecz nie powoduje zaróżowienia powłok skórnych w akrocjanozie.

Badanie ciśnienia żylnego: Wyżej wspominaliśmy, że w akrocjanozie ciśnienie żyłne w większości przypadków jest zwiększone; podnosi się ono niewiele, w prawdziwych przypadkach akrocjanozy nigdy nie jest niskie.

Naodwrót, w chorobie RAYNAUD ciśnienie żyłne jest niskie, w przeciwieństwie do ciśnienia tętniczego, które jest naogół zwiększone.

Etjologia

Naogół należy przyjąć, iż przyczyną akrocjanozy jest nieprawidłowa funkcja gruczołów dokrewnych i to najczęściej: jajnika, gruczołu tarczowego, lub przysadki mózgowej. Stany akrocjanotyczne w zasadzie spotykają się w większości przypadków u kobiet, wykazujących zaburzenia jajnikowe. Kobiety te cierpią na nieprawidłowe miesiączkowania: miesiączki są mało obfite, trwają tylko dzień, lub kilka godzin. Akrocjanozy często powstają wskutek dysfunkcji gruczołu tarczowego, a nawet przysadki. We wszystkich jednak przypadkach należy doszukiwać się czynników drobnoustrojowych, zakażenia, które mogą powodować te zaburzenia; również należy szukać zakażenia kiłowego, lub gruźliczego, których wpływ w tych schorzeniach nie został jeszcze ustalony.

Druga grupa stanów akrocjanotycznych pod nazwą „*akrocjanoz symptomatycznych*” spotyka się u katatoników, w schorzeniach śródmózgowia, wzgórza (*thalamus*) i w chorobie Parkinsona. Również niekiedy spostrzega się akrocjanozy jednostronne w połowiczem porażeniu (*hemiplegji*).

Podczas ostatniej wojny notowano akrocjanozę, które towarzyszyły zeszywnieniu kończyn; spostrzegano również sinice z objawami psychopatycznymi w następstwie zranień członków. Te ostatnie są spowodowane zaburzeniami odruchowemi pochodzenia naczynioruchowego.

Leczenie

W stanach zasinienia kończyn (akrocjanozach), jak również w wszystkich schorzeniach żylnych kończyn, najważniejszą i najbardziej skuteczną pomoc przynosi leczenie miejscowe. Niezależnie od tego należy stosować leczenie ogólne, oraz opoterapeutyczne.

Zabiegi miejscowe: polegają na zabezpieczeniu kończyn przed zimnem, na pobudzeniu miejscowego krążenia przy pomocy masażu, nacierania i ćwiczenia; chorym należy zalecić używanie ciepłej wody.

Leczenie ogólne: polega zwłaszcza na leczeniu opoterapią. Ponieważ w większości przypadków akrocjanozę spostrzegaliśmy u kobiet zaburzenia jajnikowe, wobec tego leczenie winno być skierowane przeciwko zwalczaniu tej nieznanej gruczołowej przy pomocy specyficznej opoterapii.

Terapia wyciągami jajnikowemi daje często bardzo dobre wyniki; aby je osiągnąć, należy wypełnić następujące trzy warunki:

1. Leczenie winno być intensywne, stąd konieczność stosowania dawek dość obfitych.

2. Droga wprowadzania preparatu winna być pozajelitowa, ponieważ wyciągi jajnikowe, wprowadzone doustnie nie dają albo żadnych, albo też nikłe rezultaty.

3. Leczenie winno być długotrwałe. Najskuteczniej przepisywać wyciągi jajnikowe w dawce 0,2—0,4 gr. dziennie podskórnie, lub domięśniowo; leczenie powyższe należy prowadzić w ciągu dziesięciu dni, poprzedzających miesiączkę.

Do preparatów jajnikowych można dodać wyciągi przysadki, a czasem i tarczycy; leczenie to należy prowadzić pod kontrolą wagi, tętna, oraz podstawowej przemiany materji.

Leczenie farmakodynamiczne nie stoi na wysokości zadania, zalecają stosowanie środków, wzmagających napięcie układu żylnego, jak np. gorzknik (*hydrastis*), który czasem daje bardzo dobre wyniki. Profesor VILLARET i jego uczniowie są w toku badań nad działaniem alkaloidu hydrastyniny w akrocjanozie. Wyniki, otrzymane dotychczas przez nich, są bardzo zachęcające.

Również niezłe wyniki osiągnano stosowaniem chlorku wapnia. Należy przepisywać 4 gramy dziennie w ciągu 20-tu dni. Niewątpliwe rezultaty, zwłaszcza w akrocjanozie z tendencją do tworzenia się żylaków, daje kuracja, przeprowadzona w Bagnoles de l'Orne i w podobnych stacjach. Leczenie w tych miejscowościach polega na kąpielach i masażach pod wodą.

Po skończonej kuracji w Bagnoles de l'Orne, wskazana jest fizjoterapia w postaci masażów, leczenia elektrycznością i diatermją.

Sprawę zasinienia kończyn (akrocjanozy) dopiero bliżej wyświetlono w ostatnich latach.

Rozpoznanie akrocjanozy zostało ułatwione, dzięki pracom profesora VILLARET i jego uczniów nad acetylcholiną i histaminą, jak również dzięki badaniom naczyń obwodowych.

Badania te, jeśli będą dokonywane przez wszystkich lekarzy, pomogą niewątpliwie do postawienia właściwego rozpoznania i leczenia powyższej jednostki chorobowej.

Sprawozdania z towarzystw lekarskich

DUFOUR i BLONDEL w „*Société Médicale des Hopitaux de Paris*” opublikowali ciekawą obserwację chorego, który nagle został dotknięty *niedowładem lewego nerwu promieniowego*; z braku widocznej etiologii uważano, jako przyczynę — zaziębienie. Po upływie kilku tygodni zjawilo się zapalenie prawego stawu barkowego z podwyższoną ciepłotą, później zajęcie prawego stawu nadgarstkowego. Ku wielkiemu zdziwieniu autorów, leczenie salicylem nietylko poprawiło stan zajętych stawów, lecz wpłynęło dodatnio na porażenie nerwu promieniowego. Nie jest wykluczone, że „*virus rheumaticus*” był przyczyną porażenia. Z punktu widzenia praktycznego wniosek, że salicylan sodu wywiera pewien wpływ na niektóre porażenia o nieznannej etiologii.

M. HEUYER w „*La Société de Pédiatrie*” podaje przypadek 14-letniej dziewczynki, pokąsanej przez psa i, która po ośmiu dniach, została dotknięta *ciężkim tężcem*. Leczone ją dużymi dawkami surowicy na drodze podskórnej, domięśniowej i dordzeniowej. Po pierwszym zastrzyku dordzeniowym napady znikły, chora wyzdrowiała po 15-tu dniach, otrzymawszy ogółem 1.200 cm³ surowicy.

M. A. LEGRAND w „*La Société de Médecine de Paris*”, opierając się na przypuszczeniu, że niedomoga soków jelitowych odgrywa rolę w powstawaniu anafilaksji pokarmowej i zjawiającej się wraz z nią pokrzywki, twierdzi, że *pokrzywka pokarmowa spowodowana jest niedomogą trzustki*. Leczenie preparatami trzustkowymi, polegające na podawaniu pankreatyny, zastosowanej od samego początku choroby, daje rezultaty szybkie i trwałe.

M. OFRET leczył 5 przypadków *zajęcia gałki ocznej na tle rzeźączkowem* u noworodków przy pomocy miejscowo stosowanej specyficznej surowicy. Objawy zapalne znikły po upływie 24-ch

godzin, a po 4—10 dni noworodki te wyzdrowiały zupełnie. Leczenie polegało na stałym wkraplaniu surowicy przeciwożonokowej.

M. AUMONT przedstawił w „*La Société de Chirurgie de Paris*” przypadek roponercza (*pyonefrozy*) z objawami mocznicowymi o stanie ogólnym bardzo ciężkim. Po zastosowaniu auto-szczepionki chory zaczął oddawać większe ilości moczu i stan jego uległ poprawie.

Przegląd leczniczy

Leczenie zapaleń śluzowo-błoniastych jelit cienkich i grubych (*enterocolitis muco-membranacea*)

Cierpienie to umiejscawia się najczęściej w jelitach grubych u dzieci i wywołane jest pałeczką okrężnicy i enterokokkiem; podobne jest do dyzenterji. Zapalenie grudekowe jelit (*enteritis follicularis*) rozpoczyna się podwyższoną ciepłotą, biegunką, często wymiotami. O ile stan ten przedłuża się, staje się podobny do gorączki tyfoidalnej, lecz naogół objawy ostre cichną i dziecko powraca do zdrowia.

Recydywy, niestety, są częste, o ile nie przestrzega się diety; czasem schorzenie staje się przewlekłe, a skoro bóle są zlokalizowane po stronie prawej, można brać pod uwagę zapalenie wyrostka robaczkowego.

Leczenie według COMBY'EGO jest następujące:

1) W przypadku ostrym zaleca się leżenie w łóżku w ciągu tygodnia, zastosowanie na okolicę brzucha kataplazmy, zmoczonej makowcem, lub ciepłych okładów.

2) Odstawić mleko, jajka, natomiast przepisać wodę ryżową, soki jarzynowe, ciepłe napary rumianku, mięty, kwiatu lipowego i t. p.

3) Po spadku gorączki zaleca się maślankę, kefir, kompoty, purée, biszkopty, rosoly nietłuste (makaron), później mięso pieczone bez sosu.

4) Podawać codziennie zrana w ciągu następných 5-ciu dni

w pół szklance wody Vichy: *Natrii sulphurici* 5,0
w *pakieczkach* Nr. 5

5) Po napadach i celem uniknięcia nawrotów chorobowych zaleca się używanie w ciągu 10-ciu dni w miesiącu na pół szklanki gorącej wody naczcz:

Natrii sulphurici 1,0

Natrii bicarbonici 0,5

Natrii phosphorici 0,5

m. k. p. D. t. d. Nr. X.

6) Unikać zmęczenia, zimna, wilgoci, brzuch zawijać bandażem.

7) Jeśli stolce są bardzo brzydkie i zmieszane ze śluzem, należy stosować codziennie przemywanie jelit przy pomocy miękkiej, gumowej sondy, wprowadzając ją w kioskę stolcową dość wysoko; przemywania dokonywać wodą w ilości 500 gr., po uprzednim dodaniu 2 gr. boranu sodu.

8) Jeśli stany zapalne jelit powtarzają się, zaleca się kurację w Châtel-Guyon (o ile przeważają objawy zaparcia); w Plombier, jeśli chorobie towarzyszą bolesne skurcze jelitowe.

9) Celem uniknięcia u niemowląt zapalenia jelit grudkowego (*enteritis follicularis*), najwięcej należy zwracać uwagi na karmienie; po odstawieniu od piersi usunąć pokarmy za tłuste, ostre i mięsne.

Leczenie podciśnienia tętniczego (hypotensio) stałego

Zespół ten chorobowy został opisany przez LIAN'A i BLONDEL'A.

Objawy kliniczne

Zespół powyższy cechują cztery zasadnicze objawy:

- 1) *Stale obniżenie ciśnienia tętniczego maksymalnego i minimalnego.*
- 2) *Skłonność do znużenia*, z nadmierną sennością, lub bez niej.
- 3) *Skłonność do omdleń*, spowodowanych emocjami.
- 4) *Lekkiego stopnia akrocjanoz*, oraz towarzyszące jej sensacje zimna w kończynach, mających zabarwienie fioletowe.

Różne te objawy należy podporządkować pewnym postaciom klinicznym: według LIAN'A i BLONDEL'A można wyodrębnić formy asteniczne, omdleniowe, akrocjanotyczne, cefalalgiczne, nerkowe, pokarmowe i t. d.

Rozpoznanie: naogół jest łatwe. Nie należy traktować tych stanów hypotensji, jako wyraz zaburzeń nerwowych, gruźliczych, lub sercowych.

Prognoza: jest dobra; ten zespół chorobowy jest dobroliwy, ludzie ci, według LIAN'A, żyją naogół dłużej od tych, którzy mają ciśnienie prawidłowe.

Leczenie

Ze względu na ciemną etiologię tej sprawy chorobowej, leczenie daje czasem tylko przejściowe polepszenie.

Leczenie składa się z leczenia podstawowego, oraz leczenia napadów podciśnienia.

- 1) **Leczenie zasadnicze.**

Zaleca się podawanie *strychniny*. Można ją przepisywać albo w postaci siarczanu strychniny (*strychninum sulphuricum*), dość toksycznego, o ile chce się zapisywać dawki prawdziwie terapeutyczne, albo w postaci GENOSTRYCHNINY, *daleko mniej toksycznej i bardzo dogodnej w stosowaniu leczniczym*.

a) *Siarczan strychniny*; stosuje się wodny roztwór w stosunku następującym: jeden miligram siarczanu strychniny na jeden centymetr sześcienny wody destylowanej, to znaczy na 20 kropli.

Choremu przepisuje się dwadzieścia kropli w niewielkiej ilości wody na początku jedzenia 3 razy dziennie, powiększając dawkę o dwie krople:

2 dni po 20 kropli 3 razy dziennie;

2 dni po 22 krople 3 razy dziennie;

2 dni po 24 krople 3 razy dziennie;

i tak dalej, dochodząc do 30 kropli 3 razy dziennie. Następnie zmniejsza się dawkę o 2 krople, aż do dawki początkowej.

b) GENOSTRYCHNINA: preparat ten ma tę ważną właściwość, że *zupełnie nie powoduje kumulacji*. Z tego też powodu można bez żadnej obawy stopniowo zwiększać stosowane dawki, zaczynając u dorosłych od pół centygrama; później podaje się jeden centygram, a nawet, w razie potrzeby, i dwa centygramy.

GENOSTRYCHNINĘ można także podawać i w granulach, zawierających 2 miligramy benzoesu genostrychniny (6—10 granulek dziennie), lub w płynie (XXX kropli odpowiada pięciu miligramom GENOSTRYCHNINY).

c) LECZENIE TLENEM; zaleca się 3 razy w tygodniu podskórnie wstrzykiwania tlenu w dawce 200—700 cm³, najmniej wykonać dwanaście iniekcji.

d) EFEDRYNA; podaje się ją w postaci tabletek, zawierających 2½ centygrama, 3 razy dziennie po jednej tabletki w ciągu 10-ciu — 20-tu dni, następnie przerwa winna trwać 5—6 dni.

e) OPOTERAPJA: próbować stosowania preparatów nadnerczowych, jajnikowych i tarczycowych.

2) Leczenie napadów

W tych razach znakomitym środkiem okazuje się adrenalina w postaci chlorowodoru adrenaliny: wstrzykiwać domięśniowo zawartość ampułki w roztworze 1 : 2000.

Nowoczesne leczenie dychawicy oskrzelowej

Profesor Ed. DOUMER w „*Echo Médicale du Nord*” ogłosił artykuł, obejmujący nowoczesne leczenie dychawicy oskrzelowej.

Oto streszczenie tego artykułu:

Znany jest już wpływ krwiopustów w niektórych przypadkach dychawicy, oraz wyniki, osiągnięte przy pomocy efedryny.

Również wiadomy jest w pewnej liczbie przypadków dobroczynny wpływ radjoterapii.

Nowoczesne leczenie, zalecane przez DOUMER'A, polega na stosowaniu wyciągów gruczołu tarczowego, promieni pozafiołkowych, oraz ergosteryny naświetlanej.

I. **Wyciąg gruczołu tarczowego** okazuje się znakomitym środkiem w niektórych przypadkach dychawicy oskrzelowej. Pierwszy WIDAL wykazał doskonałe wyniki w jednym opublikowanym przypadku. Przyjmując dychawicę, jako wyraz skazy koloidoklastycznej, powstającej wskutek zaburzeń wewnątrzwydzielniczych, należy sądzić, że leczenie tarczycowe winno zmienić owe zaburzenia; zwłaszcza Amerykanie, w przekonaniu, że dychawica oskrzelowa spowodowana jest obniżeniem poziomu wapnia we krwi (*hypocalcemia*), podają astmatykom sole wapniowe w zastrzykach, wyciągi tarczycowe, oraz stosują promienie pozafiołkowe. Dobre te wyniki można wytłumaczyć sobie w daleko prostszy sposób, a mianowicie — pobudzającym ich działaniem na układ sympatyczny.

Leczenie to należy spróbować we wszystkich przypadkach, w których istnieją zaburzenia równowagi neurotonicznej, dające podłoże do napadów dychawicy oskrzelowej. Ten sposób leczenia preparatami tarczycy przez chorych jest dobrze znoszony, o ile nie przekracza się dawek średnich, wynoszących 0,15 gr. dziennie, stosując je w ciągu 8-miu do 10-ciu dni.

Przeciwwskazaniem do stosowania preparatów tarczycy stanowią osobnicy z lekkimi oznakami nadmiernej czynności gruczołu tarczowego (*hyperthyroidismus*), jak: wytrzeszcz oczu, objawy nerwowe, częstoskurcz, drżenie rąk i t. d.

II. **Promienie pozafiołkowe.** Wpływ tych promieni na dychawicę oskrzelową dokładnie był badany w Niemczech i Ameryce. We Francji opisany został dokładnie w pracy TIXIER i MATHIEUX w r. 1925. Naogół leczenie to daje bardzo dobre rezultaty, zwłaszcza w dychawicy oskrzelowej u dzieci.

DOUMER uważa, że nawet u dorosłych można tym sposobem, uzyskać dobre wyniki pod warunkiem, że stosuje się go w przypadkach czystej dychawicy, a nie u chorych, ze stanami bronchospastycznymi, spowodowanymi schorzeniami oskrzelowo-płucnymi, które należy przedtem leczyć.

III. **Ergosteryna naświetlana** stosowana już była w roku 1928 przez SEGARD'A i zachwalana przez DOUMER'A. Dzieci zażywać ją mogą w dawce 2-ch miligramów dziennie. Należy stosować ją regularnie w ciągu ośmiu dni, potem leczenie przerwać na dni osiem i t. d. Napady dychawicy podczas leczenia nie zjawiają się. U osobnika dorosłego, w przypadku, przedstawionym przez autora, ergosteryna usunęła napady i zahamowała nawrót choroby.

W ten sposób ergosteryna naświetlana może zastąpić promienie pozafiołkowe, a w leczeniu jest daleko mniej uciążliwa i łatwa w stosowaniu.

Tarczycza a reumatyzm

R. LAUTIER w „*Société de Thérapeutique*” (9 października 1929 r.), referując leczenie stanów reumatycznych przy pomocy przeciwreumatycznej szczepionki odpornościowej, opartej na t: zw. pałeczce Achelmé'a, podał również mało jeszcze wyjaśniony stosunek pomiędzy gruczolem tarczowym a reumatyzmem. Na podstawie własnych spostrzeżeń dochodzi on do wniosków następujących:

1° Niedomoga gruczołu tarczowego w pewnych przypadkach może przeistoczyć ostrą infekcję reumatyczną w przewlekłą, której obraz kliniczny niczem nie różni się od przewlekłego reumatyzmu, co sprzeciwia się przypuszczeniu, że pewne postacie reumatyzmu są pochodzenia tarczycowego, lub wewnątrzwydzielniczego. Ścisła jednak obserwacja faktów wskazuje, że przewlekły stan reumatyzmu związany jest z niedomogą wewnątrzwydzielniczą.

2° Zjawienie się infekcji reumatycznej może zmienić charakter dobrotliwego wola w gruczolak złośliwy.

3° Dobrotliwy gruczolak bez żadnej oznaki zjawiającej się infekcji reumatycznej może przejść w złośliwy o podłożu reumatycznym,

4° Istnieją przypadki wola pochodzenia reumatycznego, pomimo braku najmniejszych objawów zakażenia reumatycznego,

5° Szczepionka odpornościowa przeciwreumatyczna działa szybko na złośliwy gruczolak reumatyczny, wole pochodzenia reumatycznego, jak również na powikłania sercowe, oraz na inne objawy zakażenia reumatycznego,

6° Przed decyzją wycięcia gruczołu tarczycowego, ze względu na obecność złośliwego gruczolaka, względnie wola, należy spróbować szczepionki odpornościowej przeciwreumatycznej.

7° Szczepionka przeciwreumatyczna leczy niedomogę serca, przy istniejącem wolu reumatycznym.

O zastosowaniu cytrynianu sodu w lecznictwie

Cytrynian sodu, ze względu na trudności konserwowania jego roztworów i na szybką skłonność jego przemiany w kwas cytrynowy, miał dawniej wskazania ograniczone; uzyskał szersze zastosowanie wówczas, kiedy zwrócono uwagę na jego własności antykoagulacyjne.

Cytrynian sodu działa także na lepkość krwi, zmniejszając ją, i dzięki temu stosowano go w zapaleniu płuc włóknikowem, (lek ten miał skracać proces zwłóknienia), oraz w zapaleniu zakrzepowem tętnic (*tromboarteritis obliterans*).

Drugą właściwość cytrynianu sodu polega na zdolności przyspieszania obliteracji żyłaków (SIEFARD).

Roztwór cytrynianu sodu posiada tę przewagę nad innymi środkami, że, dostając się do tkanki podskórnej, nie wywołuje działania drażniącego.

Wywiera on wielki wpływ na krzepliwość krwi. Roztwór cytrynianu w stosunku 1 : 10 powoduje zahamowanie krzepliwości krwi w ilości 300 — 400 cm.³, krew tę można łatwo przechowywać w lodowni w ciągu wielu dni, bez obawy o starzenie się.

Cytrynian sodu, wstrzyknięty pod skórę, lub domięśniowo, ma własności hamowania krwawień, zmniejszają się krwawienia pooperacyjne, skoro środek ten stosowano zapobiegawczo.

Analogiczne rezultaty osiągnął R. P. VEILL, JUGE i RENAUD u osób, cierpiących na krwawiączkę (hemofilję) i w ciężkich krwotokach u rakowatych.

Wreszcie ostatnią właściwość cytrynianu sodu, to zdolność zwiększania liczby czerwonych krwinek, skoro wstrzykiwać go dożylnie.

Właściwość tę wykorzystano w leczeniu niedokrwistości złośliwej, działanie to zależy od anjonu kwasu cytrynowego, ponieważ osiąga się te same rezultaty, stosując cytrynian magnezu i manganu.

Wskazania lecznicze

1° Leczenie zakrzepowego zapalenia tętnic (tromboarteritis obliterans)

Wstrzykuje się dwa dni w miesiącu do żyły 2% roztwór cytrynianu sodu.

Osiągnięto bardzo dobre wyniki w zgorzelach starczych, diabetycznych, w chromaniu przestankowym, w zgorzeli dużego palca u nogi, w pewnych zgorzelach rozlanych i zgorzelach płuc.

Lek ma działać, zastosowany nawet doustnie, w dawce 3 — 4 gr. dziennie, lecz skuteczność jego jest mniej szybka i zupełna.

2° Leczenie krwotoków

Wstrzykiwanie dożylnie cytrynianu sodu możnaby zastosować przy krwotokach u rakowatych, lub u gruźlików, zwłaszcza w przypadkach alarmujących.

Przygotowuje się roztwór z 30 gr. na 1000, z którego wstrzykuje się 15 — 30 cm³ (JUGE I RENAUD).

Niekiedy, po iniekcji, powstają pewne objawy wstrząsu, jak: błądźcość twarzy, tętno małe i szybkie, bóle głowy, przejściowe wznieśnienia ciepłoty.

3° Leczenie żyłaków

Pod tym względem cytrynian sodu przewyższa inne stosowane roztwory; nie wywołuje żadnego podrażnienia tkanek sąsiednich, skoro nawet iniekcja trafiła poza żyłę. W tym celu używa się stężonego roztworu 100 na 100. Chory znajduje się w pozycji stojącej, nakłada się zaciskacz, następnie wstrzykuje się do

żyły, którą chce się obliterować, 8 cm³ wyżej wskazanego roztworu, nakłuwając w trzech, lub czterech różnych punktach. Iniekcję powtarza się co trzeci, albo co drugi dzień. Leczenie należy prowadzić w ciągu jednego, lub dwóch tygodni.

4° Stosowanie cytrynianu sodu w wysięku opłucnej

CYON i MARTY wstrzykują do opłucnej 30 cm³ 10% roztworu cytrynianu sodu, celem przeszkodzenia koagulacji włókniaka, która często hamuje wypuszczanie płynu; pozatem zabieg ten przeszkadza formowaniu się zrostów opłucnowych.

5° Stosowanie cytrynianu sodu w niedokrwiistości

NORMET wstrzykuje dożylnie 15 — 20 cm³ roztworu o następującym składzie:

<i>Natrii citrici</i>	52,0
<i>Magnesii citrici</i>	20,0
<i>Tartari ferro - potassi</i>	3,0
<i>Mangani citrici</i>	1,0
<i>Aquae destillatae ad</i>	1000,0

6° Stosowanie cytrynianu sodu w dyspepsji

VARIOT już od wielu lat daje dzieciom cytrynian sodu, celem zmniejszenia ścinania się mleka. Działanie to ułatwia trawienie. Cytrynian sodu, ze względu na swe działanie przeciwwymiotne, nadaje się bardzo dla dzieci. Przepisuje się go w dawce jednej deserowej łyżeczki roztworu z 5 gr. cytrynianu sodu na 300 cm³ wody.

U dorosłych cytrynian sodu wraz z innymi alkalkami daje dobre wyniki w atonji żołądka. Można zalecić, albo raz dziennie zrana, lub dwa razy dziennie przed śniadaniem i przed obiadem jedną łyżeczkę do kawy następującej mieszanki w szklance wody ciepłej:

<i>Natrii phosphorici</i>	
<i>Natrii citrici</i>	
<i>Natrii sulphurici</i>	àà 20,0
	m. t. p. (G. Lyon).

Wreszcie cytrynian sodu, może być stosowany, jako środek czyszczący w dawce 30 gr., lecz stosuje się go rzadko, gdyż daleko od niego skuteczniejszy w działaniu okazuje się cytrynian magnezu.

Wiadomości bieżące

Docent Uniwersytetu Jagiel. dr. J ó z e f S z y m a n o w i c z mianowany został prymarjuszem oddziału chorób kobiecych Państwowego Szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

Stypendjum Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej w sumie 1.000 zł. zostało przyznane na rok 1931/32 lekarzowi weterynarji, studentowi IV roku medycyny Uniwersytetu Warszawskiego, p. J ó z e f o w i F l a k s o w i, mł. asystentowi Zakładu Histologii U. W., na wykonanie rozpoczętej pracy p. t. „O wywoływaniu nowotworów doświadczalnych drogą szczepienia narządów szczura z mięsakiem”.

W dniu 22 listopada r. ub. nastąpiło otwarcie w Wilnie, przy ul. Płockiej, Instytutu do badań raka, w obecności: arcybiskupa Jałbrzykowskiego, rektora U. Stef. Batorego prof. J a n u s z k i e w i c z a, oraz wielu przedstawicieli świata lekarskiego. Instytut posiada tymczasem 40 łóżek. Poświęcenia Instytutu dokonał arcybiskup Jałbrzykowski. Przemawiali: prezes Komitetu badania raka w Wilnie p. dyr. B i a ł a s, wiceprezes polskiego Komitetu do badania raka w Warszawie dr. W e i n e r t, rektor Uniwersytetu Stef. Batorego prof. J a n u s z k i e w i c z i p. wicewojewoda J a n k o w s k i. Jest to czwarty z kolei Instytut rakowy w Polsce. Dotychczas posiadaliśmy podobne w Warszawie, Łodzi i Lwowie.

Z Uniwersytetu Warszawskiego.

Na rok akademicki 1931/32, zostały wybrane następujące władze Uniwersyteckie: rektor — prof. dr. Ł u k a s z e w i c z, prorektor — prof. dr. M. M i c h a ł o w i c z, delegat wydziału lekarskiego do senatu — prof. dr. F. C z u b a l s k i, dziekan wydz. lekarskiego — prof. dr. L. P a s z k i e w i c z.

W ubiegłym roku akademickim habitowało się na wydz. lekarskim 11 docentów: dr. S e w e r y n C y t r o n b e r g (z chorób wewnętrznych), dr. F r a n c i s z e k G o e b e l (z patologii ogólnej i doświadczalnej), dr. Z d z i s ł a w G ó r e c k i (z chorób wewnętrznych), dr. J ó z e f G r z y b o w s k i (z anatomji prawidłowej człowieka), dr. M a r j a n G r z y b o w s k i (z chorób skórnych i wenerycznych), dr. S t a n i s ł a w K a p u ś c i ń s k i (z chorób skórnych i wenerycznych), dr. W i t o l d Ł u n i e w s k i (z psychjatrji), dr. P i o t r S ł o n i m s k i (z histologii i embriologii), dr. A d a m S t r a s z y ń s k i (z chorób skórnych i wenerycznych), dr. R y s z a r d T r u s z k o w s k i (z chemji fizjologicznej), dr. J a n Z a o r s k i (z chirurgji).

Zmarli:

Dr. Franciszek Wichert, docent Uniwersytetu Warszawskiego i adjunkt Kliniki psychiatrycznej; dr. Stefan Sozański oraz dr. Zbigniew Bobrowski.

—o—

Nadesłano do redakcji:

Dr. Józef Felix i Dr. Leon Tochowicz: Badania doświadczalne i kliniczne nad działaniem acekoliny i angioksyłu na układ krążenia. Odbitka z „Polskiego Archiwum Medycy Wewnętrznej”. Str. 62 + 14 str. rycin i tablic.

—o—

„Monde Medical” Nr. 801 z dnia 15 grudnia 1931 r.

T RE Ś Ć Z E S Z Y T U Nr. 1.		str.
Akrocjanozy		1
Studjum kliniczne		1
Postacie kliniczne		3
Djagnostyka różnicowa		3
Etjologia		5
Leczenie		6
Sprawozdania z towarzystw lekarskich		7
Przeгляд leczniczy		8
Leczenie zapaleń śluzowo-błoniastych jelit cienkich i grubych (enterocolitis muco-membranacea)		8
Leczenie podciśnienia tętniczego (hypotensio) stałego		9
Objawy kliniczne		9
Leczenie		9
Nowoczesne leczenie dychawicy oskrzelowej		10
Tarczycza a reumatyzm		12
O zastosowaniu cytrynianu sodu w lecznictwie		12
Wskazania lecznicze		13
Wiadomości bieżące		15

PRENUMERATA

	Miejscowa
Rocznie	Zł. 6. —
Kwartalnie	Zł. 1.50

	Zamiejscowa
	Zł. 7.—
	Zł. 1.75

CENY OGŁOSZEŃ

1/1 stronicy	Zł. 300.—
1/2 „	„ 175.—
1/4 „	„ 90.—

Cena pojedynczego zeszytu Zł. 1. —

Redakcja i Administracja:

Warszawa, Grzybowska Nr. 88, tel. 224.27 i 229-34.
Konto w P. K. O. 6070.

Redaktor przyjmuje interesantów w sobotę od 12—14.

Sekretariat czynny codziennie, oprócz niedziel i świąt, od g. 10—12.

Redaktor: Dr. med. Alfred Galewski. Wydawca: Aleksander Wieniewicz
Sekretarz redakcji: Hipolit Lucjan Ostowski.

Drukarnia „SIŁA”, Warszawa, Marszałkowska 71. Tel. 8.34.48.

WSKAZANIA KLINICZNE

STANY SKURCZOWE
JELIT NA TLE HIPERWAGO-
TONJI, STANY PARKINSO-
NICZNE, PLASAWICA, RÓZ-
NEGO RODZAJU
DRZENIA

Genhyoscylamina

POLONOWSKIEGO
i NITZBERGA

Przed jedzeniem
1 - 3 granulek
(lub 10 - 20 kropli)
2-3 razy dziennie.

W celu osiągnięcia szybkiego efektu, należy wstrzykiwać jedną ampulkę dziennie.

OPAKOWANIE

AMPULKI: pudełko zawiera 10 ampulek po 2 mg.

GRANULKI: flakon zawiera 60 granulek po $\frac{1}{2}$ mg.

PŁYN: flakon zawiera 20 cm³ roztworu 1,5:1000.

Wyłączne Przedstawicielstwo na Polskę
LABORATORJUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

„AS MIDAR”

WARSZAWA,

GRZYBOWSKA 88.

GENATROPINA

POŁONOWSKIEGO
i NITZBERGA

NADKWAŚ-
NOŚĆ ŻOŁĄDKA,
NADMIERNA CZYNNOŚĆ
WYDZIELNICZA ŻOŁĄDKA, WRZO-
DY I SKURCZE ODDZIEWI-
NIKA, ZAPARCIE
SPASTYCZNE

1-2 granulek (lub 10-20 kropli) w dwie lub trzy godziny po jedzeniu. W celu osiągnięcia szybkiego efektu, należy wstrzykiwać jedną ampułkę dziennie.

OPAKOWANIE

AMPUŁKI: pudełko zawiera 10 ampułek po 1 cm³ 2 mg.

GRANULKI: rurka zawiera 60 granulek po 1/2 mg.

PŁYN: flakon zawiera 20 cm³ roztworu 1,5:1000.

Wyłączne Przedstawicielstwo na Polskę
LABORATORJUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

„ASMIDAR”

WARSZAWA,

GRZYBOWSKA 88.

OPŁATA POCZTOWA UI SZCZONA RYCZAŁTEM

PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

**DEMENTY-
KUNZ-
K**

pod redakcją

DR. MED. ALFREDA GALEWSKIEGO

Rok II.

Marzec 1932 r.

Zeszyt 2.

GENATROPINA

POLONOWSKIEGO
i NITZBERGA

NADKWAŚ-
NOŚĆ ŻOŁĄDKA,
NADMIERNA CZYNNOŚĆ
WYDZIELNICZA ŻOŁĄDKA, WRZO-
DY I SKURCZE ODDZIEW-
NIKA, ZAPARCIE
SPASTYCZNE

1-2 granulek (lub 10-20 kropli) w dwie lub trzy godziny po jedzeniu. W celu osiągnięcia szybkiego efektu, należy wstrzykiwać jedną ampułkę dziennie.

OPAKOWANIE

AMPUŁKI: pudełko zawiera 10 ampułek po 1 cm³ 2 mg

GRANULKI: rurka zawiera 60 granulek po ½ mg

PŁYN: flakon zawiera 20 cm³ roztworu 1,5:1000.

Wyłączne Przedstawicielstwo na Polskę
LABORATORJUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

„ASMIDAR”

WARSZAWA,

GRZYBOWSKA 88.

PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

pod redakcją
Dr. med. **ALFREDA CALEWSKIEGO**

Nowoczesne leczenie kokluszki w świetle krytyki ¹⁾

Nie znaleziono jeszcze dotąd specyficznego leku przeciwko kokluszki i, jeżeli przeglądać różne metody lecznicze, zauważyć można rozmaite wskazówki, z których niektóre posiadają istotną wartość.

Z pośród nowoczesnego leczenia, które zdaje się dawać wyniki, na uwagę zasługują:

promienie X, które, niestety, nie mogą być na usługach chorych, mieszkających na wsi;

szczepionki, których działanie, być może, jest specyficzne w niektórych chorobach zakaźnych;

wstrzykiwanie eteru, który ma zarówno zwolenników jak i przeciwników;

genhyoscyamina, która nie jest jeszcze dotychczas należyście wyzyskana.

Pierwsze trzy sposoby lecznicze były tematem pracy profesora DUPÉRIÉ z Bordeaux²⁾, czwarty zaś był zalecony przez profesora POLONOVSKY'EGO z Lille, który, jak wiadomo, wykrył GENALKALOIDY; ten ostatni zmodyfikował przytem zupełnie dawkowanie, oraz wskazania alkaloidów.

Wskazania, podane przez profesora DUPÉRIÉ, są następujące:

¹⁾ Przekład z Nr. 4. r. 1930 „L'Information Médicale”.

²⁾ Profesor Dupérié: „Gazette Hebdomadaire de Médecine de Bordeaux”, 28 lipca 1929 r.

I. Promienie X

H. K. FABER i H. B. STRUBLE leczyli jednocześnie dwie serje przypadków koklusu; jedną z grup-promieniami X, drugą — antipyriną; w grupie naświetlanej choroba trwała dłużej, aniżeli u chorych kontrolnych. Mała ilość pacjentów przestała kasłać w pierwszych tygodniach kuracji, większość — kasłała jeszcze w ostatnich tygodniach. Doświadczenie to nasunęło wniosek, że radjolecznictwo w koklusu nie wywiera pożądanego wpływu.

R. A. BLACK stosował w 780 przypadkach koklusu promienie X. Rezultaty są dość nikłe: można powiedzieć, że ewolucja choroby nie została zahamowana w żadnym przypadku; promienie X, według R. A. BLACK'A, nie mają żadnego wpływu na zakażenie, wywołujące chorobę.

Faktem jest nadzwyczaj ważnym, wpływającym z powyższych danych, że radjolecznictwo w koklusu, przedwcześnie stosowane, nie wywiera absolutnie żadnego wpływu; być może wywołuje nawet przykre następstwa chorobowe.

J. H. HESS odnosi się jednak z pewnym optymizmem do leczenia koklusu promieniami X.

Na 102 przypadki koklusu, leczonych promieniami X, zaobserwował polepszenie prawie w 35% przypadków; jego zdaniem, promienie X nie mają żadnego znaczenia profilaktycznego, gdyż nie działają przed zjawieniem się napadów kaszlowych. Zastosowanie promieni X w drugim, względnie trzecim tygodniu choroby, sprzyja wyraźnemu ich działaniu. W 50% przypadków polepszenie następowało już po pierwszym naświetlaniu. Rzadko dokonywano 3 — 4 naświetlań.

Leczenie promieniami X nie stanowi panaceum dla koklusu, może przyczynić się tylko do uspokojenia wymiotów, zmniejszenia ciężkości i czasu trwania kaszlu, a w niektórych przypadkach — skrócenia wogóle okresu choroby. Nie należy nigdy obiecywać sobie wyzdrowienia z koklusu dzięki promieniom X, ponieważ niebezpieczne jest stosowanie ich 3 — 4, lub więcej razy; należy bowiem obawiać się naświetlania grasicy i tarczycy, które znajdują się prawie obok siebie.

Leczenie promieniami X jest raczej leczeniem symptomatycznym, wskazanem tylko w niektórych szczególnych przypadkach.

R. D. LEGRAND, przeciwnie, jest zupełnie optymistycznego zdania o stosowaniu promieni X w koklusu.

Promienie X, według niego, w przeszło 75% przypadków zmniejszają częstość i stopień ciężkości kaszlu, oraz zwykle hamują wymioty.

Zwiększając dawki, otrzymałoby się, można sądzić, najlepsze wyniki lecznicze u wszystkich dzieci młodszych. Osiągane rezultaty, wywołane są, prawdopodobnie, działaniem promieni X na zwoje oskrzelowe.

Z. HRABOWSKI chwali również działanie promieni X w koklusu.

Naświetlania wątroby, według tego autora, są daleko skuteczniejsze od wnek płucnych. Wywołują one przypuszczalnie odczyn białkowy, a leczenie polegać ma na auto - względnie hetero - proteinoterapii; krztusiec, zdaniem Z. HRABOWSKIEGO, nietylko jest wywołany infekcją, lecz chorobą, spowodowaną uczuleniem na białko w związku ze specyficzną skazą.

Według J. BECKER'A same naświetlania mają wywierać skuteczny wpływ; polega on nietylko na zmniejszeniu częstości kaszlu, lecz głównie na uspokojeniu choroby w pewnych porach dnia, a to dzięki temu, że dzieci spały spokojne w czasie drugiej połowy nocy i ten wypoczynek przyczynił się do polepszenia ich stanu ogólnego.

Mechanizm tego działania polega prawdopodobnie na czynności uspokajającej i uśmierzającej; naświetlania, stosowane w międzyczasie, mają wywoływać zmiany w metabolizmie wapniowym.

II. Szczepionki

C. A. ALDRICH stosuje w swej prywatnej praktyce szczepionki przeciwko kokluszowi i twierdzi, że są one skuteczne wówczas, kiedy dziecko poddaje się temu leczeniu jak najwcześniej, o ile to tylko jest możliwe, zaraz po zjawieniu się pierwszych objawów koklusu; choroba może ulec zlikwidowaniu podczas okresu nieżytego, w czasie napadów kaszlowych; te cichną i znikają szybciej, aniżeli w przypadkach nieleczonych (przeciętnie trwają 6 tygodni).

Szczepionkę stosowano także w celach profilaktycznych: cztery osoby na 17 szczepionych przechodziły koklusz.

BOID READING stosował szczepionkę w 31 przypadkach z grupy, składającej się z 48 osób, cierpiących na koklusz. Reszta, w liczbie 17 osób, otrzymywała antypyrinę, bromek sodu, bromoform, kodeinę i inne zwykłe środki, bez szczepionki.

Stosowano szczepionkę glicerynową z *pałeczek Bordet - Gengou*. Średnio dokonano sześć iniekcji, co drugi dzień jedną, rozpoczynając dawki od 1 biljona i dochodząc aż do 16 biljonów; osiągnięto tym sposobem bardzo dobre rezultaty. Szczepionka skracała okres choroby, zmniejszała natężenie kaszlu i zapobiegała powikłaniom. Słabe odczyny i zbyt małe dawki dają niewielkie rezultaty.

Szczepionka, według powyższego autora, jest potężnym czynnikiem profilaktycznym: 12 pacjentów, narażonych na zakażenie, otrzymało po cztery iniekcje, z których pierwsza była dokonana w czasie od jednego do 4-ch dni po zakażeniu; ani jedna z tych osób nie przechodziła koklusu.

O. PELLEGRINI zastosował szczepionkę z różnych produktów, nie spowodowała ona jednak żadnego odczynu anafilaktycznego, jedynie tylko lekkie niestałe wzniesienie ciepłoty z nieznacznymi miejscowymi odczynami. U niektórych, ciężiej chorych, leczonych szczepionką, dodane było leczenie eterem. Szczepionkę

wstrzykiwano codziennie lub co drugi dzień, podskórnie, lub domięśniowo, w ilości jednego centymetra sześciennego. Na 81 dzieci, leczonych szczepionką kokluszową, 41 wyzdrowiało (51,3%), w 23 przypadkach nastąpiła poprawa (29,8%), 15 pozostało bez poprawy, a dwoje dzieci zmarło w czasie leczenia.

Szczepionkę stosowano w ten sposób u 18 dzieci, narażonych na zakażenie; dwoje tylko przechodziło koklusz, jedno w postaci dobrotliwej, który znikł po podaniu trzech iniekcji szczepionki.

E. P. RUSSEL podaje, że na 36 osób, leczonych na koklusz szczepionką mieszaną, osiągnięto polepszenie w 33 przypadkach. Dzieciom powyżej roku daje się 0,25 cm³ szczepionki, przy każdej następnej iniekcji, zwiększając dawkę o 0,2 cm³; dzieciom zaś poniżej roku, jako dawkę początkową — 0,2 cm³, zwiększając o 0,15 cm³; jedno wstrzyknięcie na 48 godzin. Zwykle u dzieci starszych robi się trzy iniekcje, a więcej — u osesków. Wśród tych 36 przypadków nie spostrzeżono ani jednego powikłania.

Immunizacja bierna, próbowana przez KIMONKO, de DUTHOIT i ROSENTAHLA, dała wyniki niepewne. Szczepionki, przygotowane jużto metodą Wrighta, jużto w postaci zawiesiny fluorowej zarodników (Nicolle), jużto w formie autolizatów z pałeczek w wodzie destylowanej karbolowanej, odchlorowanej po upływie trzech dni (CARONIA), wykazały znakomite działanie.

BLASSI użył szczepionki fluorowej, zawierającej 250 milionów bakterij w 1 cm³ (1 cm³ na dwa dni).

Wyniki były zachwycające. Z chwilą zastosowania pierwszej iniekcji objawy chorobowe ucichły, nastąpiło polepszenie, napady kaszlu stopniowo znikły, czas choroby uległ skróceniu.

G. ABRAHAM jest przeciwnego zdania o stosowaniu szczepionki bakteryjnej w celach profilaktycznych i leczniczych koklusz; według niego leczenie to nie ma większego wpływu na zmianę ewolucji choroby.

H. P. WRIGHT leczył trzy przypadki koklusz wstrzykiwaniami krwi dzieci - uzdrowieńców, które przechodziły koklusz. Wszystkie uległy zupełnej poprawie.

H. SAUER i L. HAMBRECHT („*J. Am. Méd. Ass.*“, 91, Nr. 24, 5 grudnia 1928) zastanawiają się nad stopniem skuteczności szczepionki, stosowanej w celach profilaktycznych koklusz.

U stu dzieci, będących w łączności z dziećmi, cierpiącymi na koklusz, autorzy dokonali serji trzech wstrzykiwań szczepionki, przygotowanej z kultury pałeczek Bordet - Gengou. Ani jedno z tych dzieci nie uniknęło choroby. Ewolucja choroby w grupie szczepionej była ta sama, jak w grupie dzieci kontrolnych, nieszczepionych.

Wczesne rozpoznanie bakterjologiczne, oraz możliwie wczesne izolowanie, jest, według autorów, skutecznym środkiem, zmniejszającym ilość zachorzeń i śmiertelnych wypadków z powodu tej choroby.

Okres izolowania winien trwać cztery tygodnie.
Profilaksja jest jeszcze najlepszym środkiem leczniczym.

III. Eter

W leczeniu koklusu używa się: albo wstrzykiwań domięśniowych eteru czystego (*według metody Audrain'a z Caen, 1914*), albo wstrzykiwań domięśniowych eteru i oliwy zwyczajnej, lub eteru i oliwy gomenolowej (*według metody Carrière'a z Lille*); eter również stosuje się w ławatywach.

AKRA SATO uważa, że stosowanie eteru w leczeniu koklusu nie posiada naukowego uzasadnienia, ponieważ nie polega ani na działaniu bakterjobójczym, ani też na własnościach znieczulających eteru.

Pomimo tego są jednak fakty, przemawiające za czynnym działaniem eteru:

- 1) ma on działać bardziej skutecznie u dzieci dorosłych, niż u młodszych,
- 2) działa lepiej w początkowym stadjum napadów kaszlowych, niż wogóle na samym początku choroby,
- 3) ma działać lepiej u chorych ambulatoryjnych, niż szpitalnych,
- 4) pora roku wpływa również na skuteczność działania eteru,
- 5) ilość pokarmów w czasie leczenia wywiera pewien wpływ na leczenie eterem.

J. E. POLLOCK stosował eter w iniekcjach domięśniowych u 107 dzieci w wieku od dwóch miesięcy do 9-u lat; jedna iniekcja na 48 godzin. Liczba iniekcji zależy od wieku, wagi osobnika, ciężkości przypadku i od wyniku, osiągniętego po pierwszym zabiegu. Dawka waha się średnio od 0,5 do 2 cm³. Nie było wypadków przy stosowaniu tej metody. W 50% po drugiej już iniekcji obserwowano wyraźne polepszenie; w 20% po trzeciej, a w 20% po czwartej. Celem zaś uzyskania polepszenia w ostatnich 10% przypadków, należało dokonać 5 i 7 wstrzykiwań.

SOLON VERAS stwierdził dobre wyniki leczenia eterem w zapaleniu odoskrzelowem płuc (*bronchopneumonji*), oraz w powikłaniach oskrzelowych koklusu. Wzniesienie ciepłoty u osobnika, cierpiącego na koklusz, oznacza rozpoczynające się powikłanie płucne; w tych przypadkach autor wstrzykuje eter. Nie należy jednak stosować eteru w postaciach przewlekłych u gruźlików, ani też u syfilityków; osobnicy, mający wyrosła adenoidalne, lub powiększone migdały, winni być leczeni z wielką ostrożnością.

F. VON BERNUTH i P. HANNEMAN zalecają ostrożność w leczeniu koklusu przy pomocy głębokich, domięśniowych wstrzykiwań eteru. W czterech przypadkach, wstrzykując domięśniowo (w pośladek) eter, nie osiągnięto żadnego wyniku; przeciwnie, wstrzykiwania te wywołały porażenie nerwów: piszczelowego i strzałkowego (*nn. tibialis et peroneus*).

H. RECHIONE stosuje w leczeniu koklusu mieszaninę dwóch części eteru i trzech części oliwy, z czego wstrzykuje dziennie 1 cm³. Iniekcja jest mało bolesna i nieszkodliwa (*na 2000 iniekcji nie było ani jednego wypadku*). Leczenie, aby dało pożądany skutek, musi być zastosowane wcześniej, wówczas napady kaszlu liczebnie zmniejszają się, a zwykły nieżytowy kaszel szybko wypiera napadowy.

LUIS SCHUDT („*Santa - Fé medico*“, grudzień 1925) stosuje metodę profesora CARRIERE'A z Lille, a mianowicie iniekcje oliwy gomenolowej i eteru. Dzieciom poniżej roku wstrzykuje się oliwę gomenolową pierwszego dnia w dawce 2 cm³, w ciągu następnych dni—3 cm³, a najwyżej—5 cm³; dzieciom od roku do dwóch lat można wstrzykiwać aż do 10-u cm³. W tymże czasie wstrzykuje się jeden cm³ eteru w pośladek, lub łokieć. Można dojść do 10-u iniekcji, zwykle kilka iniekcji wystarcza do wyzdrowienia; eter działa przeciwskurczowo, a gomenol odkażająco. Ten sposób leczenia dał znakomite wyniki; jeśli chorobie towarzyszy odoskrzelowe zapalenie płuc (*bronchopneumonja*), wyniki są wówczas mniej doskonałe. Na 55 leczonych przypadków (*dzieci w wieku poniżej dwóch lat*) było 5 — śmiertelnych; wszystkie przed leczeniem przechodziły odoskrzelowe zapalenie płuc.

GOLDBLOOM w 21 przypadkach koklusu stosował eter w zawieszynie oleistej per rectum; dwie lawatwy dziennie, każda zawierała po 3 cm³ eteru w 15-u gramach oliwy (*ol. olivarium*); w 13 przypadkach osiągnięto zupełną poprawę (61,9%); w 6-u lekką poprawę (28,7%); w dwóch wynik ujemny (9,5%). Na ogół polepszenie uzyskano w 90% przypadków. Chorzy znoszą doskonale lawatwy z eteru, nie było wypadków; autor wyciąga wniosek, że eter, podany przy pomocy lawatw, daje dobre wyniki, pozwala nawet zastąpić wstrzykiwania.

K. OKUTANI wstrzykuje miękką kauczukową sondą, o objętości 10 — 13 cm³, 5% emulsję eterową do kiszki stolcowej, uprzednio opróżnionej przy pomocy lawatwy glicerynowej. Zabieg powtarza się raz, lub dwa razy dziennie, w zależności od ciężkości objawów. Na 104 przypadki, w ten sposób leczone, napady kaszlowe zostały przerwane w 84,6% przypadków; procent dobrych wyników, zwiększając się równoległe z wiekiem chorych, dowodzi, że eter, zastosowany per rectum, jest dobrym środkiem przeciwko kokluszowi.

IV. Genhyoscynamina

Profesor POLONOVSKY, znany z prac nad GENALKALOIDAMI, zastosował u dzieci chorych na koklusz genalkaloid Hyoscynaminy — GENHYOSCYAMINE. Osiągnął znakomite wyniki lecznicze. Dawniej niemal niemożliwym było zastosowanie tego alkaloidu, z powodu jego toksyczności i trudności regulowania dawek, zwłaszcza u dzieci, obecnie, dzięki zmniejszonej toksyczności tego

genalkaloidu, POLONOVSKY rozpoczął studia nad nim w lecznictwie.

Zastosował GENHYOSCYAMINĘ u dzieci w wieku lat 3—4 w dawce po dwie granulki przed jedzeniem i osiągnął doskonałe rezultaty. W tymże czasie podawał środek uspakajający, jak bromoform. Później stosował GENHYOSCYAMINĘ samą, lub wraz ze szczepionką. Rezultaty lecznicze były trwałe.

Stosowanie GENHYOSCYAMINY jest w zupełności wskazane u dzieci chorych na koklusz i jest godnym pożałowania, że środek ten nie jest stosowany dość często.

Dawkowanie. Granulki: po pół miligrama genhyoscyaminy, u dzieci poniżej trzech lat — jedną do dwóch granulek przed jedzeniem. Stosownie do wieku można zwiększyć dawkę i dojść u dorosłych aż do trzech granulek trzy razy dziennie.

Płyn: roztwór, zawierający jeden miligram, odpowiada 20-u kroplom. Małym dzieciom można przepisać 10 — 20 kropli, u dorosłych można dojść do 30—60 i nawet więcej kropli dziennie w 3-ch lub 4-ch porcjach.

Ampułki: w kokluszu stosowanie GENHYOSCYAMINY w postaci zastrzyków podskórnych należy do wyjątku. Wstrzykuje się trzecią część cm^3 dziecku 8 letniemu; pół ampułki dziecku starszemu; całą ampułkę dorosłemu; wstrzykuje się raz na 24 godziny.

Przegląd kliniczny

Co to jest choroba Still'a?

CHOROBA STILL'A jest schorzeniem nadzwyczaj rzadkiem, które we Francji obserwowane było dwa razy. Pierwsza obserwacja, podana przez ROHNERA, datuje się z roku 1922; druga—przez DEBRÉ, BROCA i LAMY z roku 1930 („Archives Médicales des enfants“, kwiecień 1930).

Chorobę charakteryzuje obrzmienie stawów bez bólów samistnych; jednak ruchy czynne i bierne w stawach wywołują bóle. Obok zajęcia stawów, obserwuje się znacznego stopnia adenopatję obwodową, czego nie spostrzega się w żadnym schorzeniu stawów; pozatem powiększenie objętości śledziony z niedokrewnością znacznego stopnia, dającą bladłość woskową skóry.

Chory, obserwowany przez DEBRÉ, BROCA i LAMY, zdradzał, oprócz tego, objawy powolnego zapalenia wosierdzia (*endocarditis lenta*), charakteryzujące się nieregularnymi wzniesieniami ciepłoty, oraz uszkodzeniem zastawek.

Wyluszczonego został jeden gruczoł (*Roehmer z Bordeaux*).

Autor nie znalazł żadnego drobnoustroju, ani pod drobnowidzem, ani też zapomocą szczepienia na śwince.

Obserwacja ta jednak potwierdza zdanie wielu autorów, którzy sądzą, że CHOROBA STILL'A polega na powolnym za-

każeniu, wywołaniem, prawdopodobnie, drobnoustrojem, zbliżonym do paciorkowca zieleniejącego (*streptococcus viridans*).

Znaczenie punktu bolesnego w rozpoznawaniu rozszerzenia atonicznego żołądka

G. LEVEN („*Gazette des Hopitaux*“, styczeń, 1931) zwraca uwagę na zachowanie się bólu przy rozpoznawaniu rozszerzenia atonicznego żołądka. U wszystkich chorych z rozszerzeniem atonicznym żołądka można wywołać żywy i nie do zniesienia ból, uciskając na linii środkowej brzucha punkt, znajdujący się w równej odległości od pępka (*umbilicus*) i wyrostka mieczykowatego mostka (*processus xyphoideus sterni*). Ból ten może pojawiać się u wszystkich dyspeptyków, a znika tylko u osobników, mających rozszerzenie żołądka, przy uniesieniu opuszczonych części żołądka.

Z chwilą, kiedy ręka przestaje unosić żołądek, ból powraca, a chory odczuwa sensacje, jakby zawartość jamy brzusznej opuszczała się; w tymże czasie odczuwa lęk przy oddechaniu.

W pozycji stojącej nadczułość okolicy splotu słonecznego powiększa się, w pozycji zaś leżącej zmniejsza się do tego stopnia, że możliwa staje się palpacja jamy brzusznej. Ta okoliczność naprowadził LEVENA na sposób badania jamy brzusznej w pozycji stojącej, a następnie leżącej.

Poszukiwanie punktu bolesnego odbywa się w następujący sposób: lekarz znajduje się za chorym w pozycji stojącej; prawą ręką oznacza punkt wskazany wyżej na linii środkowej, w równej odległości od wspomnianych punktów; następnie brzegiem łokciowym dłoni lewej, umieszczonej prostopadle do ściany, bada brzuch od dołu do góry na linii środkowej, poczem w prawo i lewo od tej linii.

Jeśli uniesienie żołądka przez ucisk środkowy nie wywołuje zniknięcia punktu bolesnego, niezbędne stają się wówczas obydwie badania boczne, ponieważ żołądek może być przemieszczony w jedną, lub drugą stronę tak dalece, że jedno uniesienie boczne zawodzi.

Chory w czasie tych ruchów zwraca uwagę przy badaniu na zmniejszenie, względnie znikanie bólu.

Ten punkt bolesny w niektórych jednak przypadkach atonicznego rozszerzenia żołądka nie występuje.

Bywa to: 1° w przypadkach znacznego rozszerzenia żołądka, kiedy dno żołądka spoczywa na powierzchni, stawiającej opór;

2° w przebiegu ciąży, około czwartego miesiąca, kiedy dno macicy unosi żołądek;

3° w przypadkach aerokolji, kiedy jelita unoszą żołądek; bólu wówczas, albo wcale niema, albo jest bardzo nieznaczny. W tych przypadkach należy chorego badać po zmniejszeniu się aerokolji;

4° w innych przypadkach interpretacja punktu bolesnego

może być fałszywa, gdyż istnieje nadmierna czułość skóry. Ta bywa większa przy uniesieniu jamy brzusznej; wystarczy porównać ból, pochodzący od powierzchownego szczypania skóry i — wywołany głębokim uciskiem.

Przegląd leczniczy

Sarsaparylla w leczeniu nerek

RITTMANN i SCHNEIDER („*Klinische Wochenschrift*“, 1 marca, 1930) dokonali wielu doświadczeń nad sarsaparyllą u chorych, dotkniętych schorzeniami nerkowemi. Jeden z autorów wydzielił substancję, która dała następujące wyniki:

Zastosowana u trzydziestu chorych, wykazujących uszkodzenie nerek niezbyt wielkiego stopnia, wywołała ona spadek azotu resztkowego we krwi, doprowadzając poziom jego do liczb prawidłowych. W kilku przypadkach po kuracji, trwającej 3 — 5 tygodni, można było rozpocząć normalną dietę i nawet pozwolić choremu jadać mięso.

W kilku innych przypadkach odstawienie sarsaparylli spowodowało wzrost azotu resztkowego we krwi.

Ponowne zastosowanie tego środka w ciągu kilku dni wywołało spadek azotu we krwi. Nie zauważono wpływu tego środka na ciśnienie krwi; w kilku przypadkach zanotowano lekkie wzniesienie się ciśnienia. Używanie tego wyciągu z sarsaparylli nie wymaga pochłaniania większej ilości płynów, co jest rzeczą bardzo ważną w schorzeniach nerkowych. Ciężar gatunkowy moczu pod wpływem leczenia nie ulegał zmianie.

Na początku używa się 6 kapsułek z 40 centygramów dziennie, następnie tylko 3 kapsułki dziennie. Wyciąg sarsaparylli ma szczególne własności obniżania poziomu azotu resztkowego we krwi; autorzy proponują dokonać serji doświadczeń na zdrowym człowieku, celem zaobserwowania zmian, spowodowanych obniżeniem poziomu azotu resztkowego we krwi.

Leczenie niektórych postaci biegunek u osesków

Biegunki u osesków, zdarzające się w porze letniej, wywołały wielką dyskusję. Etiologia i leczenie tego schorzenia zdają się być dokładniej poznane w ostatnich latach.

MOURIQUAND 1928, BERNHEIM i PUIG („*Société Médicale des Hopitaux de Lyon*“ 23 grudnia 29) zwracali uwagę na pewne fakty, według nich bardzo ważne, a mianowicie — niemowlęta przy piersi nie są dotknięte tym cierpieniem, a jeśli chorują, szybko ulegają wyzdrowieniu.

Wśród zaś osesków, karmionych pokarmem sztucznym, obserwuje się bardzo wielki procent śmiertelności, której ważną przy-

czyną jest niedokarmianie, zmniejszające odporność niemowląt w stosunku do drobnoustrojów jelitowych.

DUFOURT („*Revue française de Pédiatrie*“, grudzień, 1928 i „*Journal Médical de Lyon*“, styczeń 1929) sądzi, że należy doszukiwać się pochodzenia zakaźnego ciężkich biegunek w porze letniej w czynnikach egzogennych; biegunki te nie są wywołane rozwojem bakteryj jelitowych, lecz drobnoustrojami, wprowadzonymi od zewnątrz.

Mleko krowie jest roznosicielem zarazków i toksyn. Gotowanie mleka do 100° nie wystarcza, aby mleko nie było szkodliwe, zwłaszcza jeśli to gotowanie jest krótkotrwałe.

ARLOING i DUFOURT („*Réunion biologique de Lyon*“, luty, 1929) podali pewną liczbę obserwacji ciężkich biegunek w porze letniej u osesków, leczonych przy pomocy specjalnie w tym celu przez autorów przygotowanej surowicy. Przygotowali oni surowicę u kozy, lub królika podskórnymi wstrzykiwaniami sterylizowanych przesączów kału dzieci chorych na niezbyt jelit o postaci cholerycznej.

Doświadczenia kliniczne były zachwycające; śmiertelność, która bez seroterapii wynosiła 52,7 — 62,5%, spadła do 33%.

Seroterapia hamuje wymioty i biegunkę; zaobserwować można, oprócz tego, nagły spadek gorączki, oraz polepszenie ogólnego stanu. Dawki zastosowanej surowicy wahają się od 20 do 80 cm³.

Leczenie dietetyczne gruźlicy (dieta Gersona)

Prace SAUERBRUCHA i HERMANNSDORFERA nad dietą u gruźlików były poparte interesującymi obserwacjami klinicznymi. N. GERSON („*Münchener medizinische Wochenschrift*“, N. 23, 6 lipca, 1930) podał szereg zmian w diecie wówczas, kiedy rozszerzył wskazania tej diety na całą serję schorzeń, nie mających żadnego związku z gruźlicą. Autor obserwował często polepszenie stanu u chorych, cierpiących na bóle głowy (*migrena*), gościec (*rheumatismus*), padaczkę (*epilepsia*), wilka (*lupus*), łuszczycę (*psoriasis*), stwardnienie skóry (*sclerodermia*), ziarniniak grzybiasty (*mycosis fungoides*) i promienicę (*actinomycosis*). Dieta GERSONA poprawiała również niektóre schorzenia przewlekłe, a mianowicie: dychawicę oskrzelową (*asthma bronchiale*), nadciśnienie (*hypertensio*), miażdżycę (*arteriosclerosis*).

Obecnie autor zaleca podawanie nie więcej, jak 100 g mięsa i 70 g ryby na tydzień, podczas gdy SAUERBRUCH daje 500 g. Żółtko jaj jest zezwolone, białko — zakazane, 250 gramów mleka dziennie stanowi według GERSONA maximum. Gruźlicy, oraz osobnicy, cierpiący na chorobę Basedowa, otrzymują 100 — 160 g. białka dziennie.

Płyny (zupy, woda, lemonjada, piwo, herbata, kawa, wino i t. d.) zostają usunięte i zastąpione pokarmami owocowymi, oraz jarzynami.

W pewne dni dieta dopuszcza jedynie pokarmy roślinne w stanie surowym, pozatem witaminy, oraz sole mineralne.

Streszczając powyższe, należy zaznaczyć, że dieta ta jest mało kaloryczna, bardzo bogata w tłuszcze, węglowodany i białka, obficie zaopatrzona w witaminy i sole mineralne, z wyjątkiem chloru sodu.

CLAIRMONT i DILTZA, stosując dietę GERSONA w ciągu prawie jednego roku, wyciągnęli bardzo dodatnie wnioski. („*Klinische Wochenschrift*“, tom IX, styczeń, 1930).

Stosowali oni metodę GERSONA u 52 chorych (46 przypadków gruźlicy chirurgicznej, 3 przypadki gruźlicy płuc, 3 — zapalenia szpiku kostnego — *osteomyelitis*); we wszystkich prawie przypadkach zaobserwowali znaczną poprawę stanu ogólnego i zauważyli, że trzeba było 8 — 10 dni, aby chorzy mogli się przyzwyczaić do nowej diety. W pięciu przypadkach zaobserwowano utratę na wadze w ciągu 4 — 6 tygodni, potem przy odpowiednim leczeniu stopniowy przybytek na wadze.

Leczenie udaru mózgowego

Nowoczesne badania nad etiologią udaru mózgowego, zmodyfikowały częściowo klasyczne leczenie tego schorzenia. FOIX i jego uczniowie wykazali, że rozmiękczenie mózgowie (*ramollitio cerebri*) zdarza się daleko częściej od krwotoku i to w 25%. Tenże autor wykazał, że rozmiękczenie może prawie zawsze szybko zniknąć; wielką ilość przypadków porażenia połowicznego i niemoty należy odnieść do rozmiękczenia mózgowego.

FOIX zauważył, że zakrzep tętniczy (*thrombus*) nie zawsze powoduje rozmiękanie i przypuszcza, że długotrwały skurcz tętnicy jest przyczyną tego zjawiska.

CLORIS VINCENT i DARQUIEZ z drugiej strony zwrócili uwagę na rolę nagłego i znacznego spadku ciśnienia u hipertoniczków na tle miażdżycy, który sprowadzał rozmiękczenie, wskutek ostrej ischemji.

Wkońcu obserwowano często u hipertoniczków na tle miażdżycy wzmogoną lepkość krwi, oraz wzmogony poziom cholesteryny we krwi (*hyperviscositas et hypercholesterinemia*).

Opierając się na tych danych etiologicznych, PAWEŁ COSA („*La Science Médicale Pratique*“, Nr. 1, 1930) proponuje niżej podane leczenie w przypadkach udaru mózgowego.

Leczenie natychmiastowe

1° Przepisy ogólne w zasadzie nie ulegają zmianie: chorego nie wolno ruszać z miejsca, należy położyć do łóżka, głowa i ramiona lekko podniesione; wokoło chorego zalecić spokój.

2° **Krwiouпуст:** zwykle robi się u tych chorych obfity krwiouпуст; lepiej jest zastosować pijawki po trzy na okolicę sutkową kości skroniowej; działają one lepiej, dzięki hirudynie, którą wydzielają. Krwiouпустy wskazane są w przypadkach *wzmózonego ciśnienia tętniczego*, przy objawach mocznicowych, którym towarzyszą drgawki, bez objawów uszkodzenia ogniska, lub w przypadkach, gdy chorzy zdradzają objawy zastoiny płucny (*stasis pulmonalis*).

3° **Antispasmodica:** środki te są bardzo zalecane. Można zastosować:

a) *antispasmodica prawdziwe, w postaci;*

Bensoesanu benzylu.... w 20% roztworze alkoholowym
d. s. 100 kropli dziennie.

b) *Środki rozszerzające naczynia;*

1) *solutio alcohol. Trinitrini 1%.... XL kropli*
aquae destillatae.... 200,0
d. s. dwie łyżeczki deserowe dziennie.

2) *Natrii nitrosi 2,0*
Aquae destillatae 10,0
Sirup simpl. 200,0

m. f. s. d. s. 3 łyżeczki do kawy dziennie,

lub jedną do dwóch iniekcji 2% roztworu natrium nitrosum

w ampułkach.

4° **Środki zmniejszające krzepliwość:**

Cytrynjan sodu doustnie w dawce 10 g. dziennie z tą samą ilością laktozy.

Leczenie następce

W ciągu wielu dni kontynuować leczenie środkami zwalniającymi skurcz naczyń i rozszerzającymi naczynia, w ciągu dłuższego czasu baczyć na stan ciśnienia krwi (*czy ulega spadkowi*) i na objawy mózgowie (*czy mają tendencję do cofania się*). Oprócz tego należy walczyć z zaparciem stolca (*stasis stercoralis*), zapaleniem odoskrzelowem płuc (*bronchopneumonia*), odleżynami (*decubitus*) i zakażeniem, mogącem zjawić się w drogach moczowych.

Prowadzić, o ile możliwe, leczenie etiologiczne: doszukiwać się kiły; w tych przypadkach przeprowadzić energicznie kurację specyficzną. W przypadkach świeżej kiły u młodego osobnika, leczenie winno polegać na podawaniu arszeniku, bizmutu, połączeń cyanowych. U starszego luetyka zadowolnić się leczeniem bardziej łagodnym, unikać arszeniku.

Jod w tych razach daje zawsze znakomite wyniki. Podaje się go obficie, albo w postaci jodiny (1 — 1.5 g. dziennie), albo w po-

staci najrozmaitszych połączeń przy pomocy wstrzykiwań, lub doustnie; jeśli przyczyną udaru mózgowego jest kiła, należy zastosować dawki jodu daleko silniejsze. Stosowanie jodu należy zachować na okresy uspokojenia choroby, ponieważ jest to lek, mający właściwość zężwania naczyń krwionośnych (*vasoconstrictor*).

Syntalina w leczeniu

MERKLEN i WOLFF, LEON BLUM i CARLIER ze Strassburga w „*Société Médicale des Hopitaux de Paris*”, podali wyniki badań *nad stosowaniem Syntaliny w leczeniu cukrzycy*.

Syntalina, według profesora FRANKA z Wrocławia, jest środkiem, działającym skutecznie w cukrzycy, podobnie jak insulina, i mogłaby ją zastąpić, gdyż jest łatwa w użyciu.

Syntalina obecnie jest powszechnie fabrykowana w Niemczech w formie tabletek od 10 do 25 miligramów, z czego można dawać 50 — 100 miligramów raz na 24 godziny.

MERKLEN i WOLFF poddali dwie chore, dotknięte ciężką cukrzycą, leczeniu syntaliną wraz z insuliną i zauważyli wówczas objawy nietolerancji, polegające na wymiotach, somnolencji i braku łaknienia. Według nich syntalina działa w postaciach szczególnie ciężkich cukrzycy.

LEON BLUM i CARLIER podają, że:

1° w bardzo ciężkiej cukrzycy syntalina może częściowo zastąpić insulinę: używanie jej pozwala zmniejszyć dawki insuliny, lub zredukować liczbę wstrzykiwań,

2° w pewnych przypadkach cukrzycy, gdzie, przy względnie niskiej hyperglicemji i mniej lub więcej zaznaczonej glikozurji, obserwuje się stałą dość silną acetonurję, można dzięki syntalinie obniżyć acetonurję, czego nie dawały dieta i insulina.

3° u diabetyków, mających wzmoczone łaknienie, zastosowanie insuliny zmniejsza apetyt, redukując w ten sposób nadmierną ilość podawanych pokarmów i ułatwia leczenie choroby. Mimo to należy wiedzieć, że leczenie syntaliną może mieć niedogodności, wywołuje bowiem: utratę apetytu, uczucie ciężaru w żołądku, wymioty, kolki i biegunki. Zaburzenia te powstają po zastosowaniu dawki 50 miligramów, według zlecenia FRANKA.

Dawki słabsze, od 10 do 30 miligramów, są daleko lepiej znoszone. Zresztą obserwowano, że syntalina wywiera u pewnych osób działanie znacznie deprymujące, w przeciwieństwie do insuliny, która wywiera wpływ orzeźwiający.

Streszczając się, należy zaznaczyć, że jesteśmy w posiadaniu ciekawego produktu, który, zdaje się, w chwili obecnej jest zdolny dopełnić działanie insuliny i, który ostatecznie po długotrwałem doświadczeniu, nabierze bardziej istotnych wskazań klinicznych.

Notatki terapeutyczne

Kolka wątrobowa

<i>Chlorophormii</i>	1,0
<i>Tinctura Myrrhae</i>	1,0
<i>Mucilago gummi</i>	8,0
<i>Syrup. simpl.</i>	80,0

1 łyżka stołowa.

Maść antyseptyczna do nosa

<i>Sulphuri colloid.</i>	0,25
<i>Acidi salicyl.</i>	0,15
<i>Resorcini</i>	0,1
<i>Mentholi</i>	0,01
<i>Ol. Vaselini</i>	5,0
<i>Vaselini camph.</i>	15,0

(Molinéry).

Leczenie rzucawki siarczanem magnezu

Natale Ann. d'obstétrica Gynecologia Nr. 1, 1130.

Stosuje się roztwór 10% dożylnie i roztwór 25% domięśniowo.

Wstrzykuje się 2—4g., robi się 3 iniekcje z przerwą dwugodzinną.

Leczenie to usuwa szybko drgawki, ciśnienie spada; nie szkodzi wątrobie, ani nerkom. Na 63 chorych, tym sposobem leczonych, zanotowano tylko 2 razy wymioty i raz uczucie gorąca.

Przeciwko fermentacji żołądkowej

<i>Bismuti salicylici</i>	0,4
<i>Carbo animalis</i>	0,6

m. f. p. d. t. d. N. XII
d. s. jeden proszek po jedzeniu.

Puritus ani

Spostrzega się głównie u artretyków, dnawych, nerwowych, diabetyków i osób, cierpiących na zaparcie.

W ciągu dwóch dni smarować okolicę roztworem następującym:

<i>Argenti nitrici</i>	0,25
<i>Aque destillatae</i>	25,0

następnie przypudrować

<i>Zinci oxydati</i>	35,0
<i>Camphorae tr.</i>	1,0
<i>Talci</i>	65,0

przed pudrowaniem można nasmarować maścią

<i>Ichtyoli</i>	1,0
<i>Zinci oxyd.</i>	3,0
<i>Vaselini</i>	16,0

(Brocq).

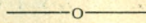
Wiadomości bieżące

Otwarcie Kliniki Ocznej U. W. Uniwersytet Warszawski, a z nim nauka polska, obchodziły dn. 6 marca r. b. piękną uroczystość otwarcia Kliniki Ocznej. Akt otwarcia odbył się w obecności profesorów wydziałów lekarskich, licznego grona lekarzy, oraz przedstawicieli władz i prasy.

Nowa placówka naukowa powstała dzięki usilnym zabiegom nowomianowanego jej kierownika, wszechświatowej sławy uczonogo, p. prof. Dr. med. J. LAUBERA, doniedawna jeszcze profesora Uniwersytetu w Wiedniu, oraz pomocy Min. Wyz. Religijnych i Ośw. Publ., Magistratu m. st. W-wy, a w szczególności hojnej fundacji p. Ireny Worden, która w celu uczczenia pamięci swego męża, ś. p. Johna Wordena, ofiarowała pokaźną sumę na cele Kliniki.

Urządzenie Kliniki, zaopatrzonej w cały arsenał nowoczesnych przyrządów, odpowiada najnowszym wymaganiom naukowym. Na szczególną uwagę zasługuje specjalny dział o 20 łózkach dla chorych jagliczych. Przy łózkach zainstalowano radjo.

Nowej placówce życzymy owocnej pracy dla dobra nauki polskiej.



Kalendarzyk zjazdowy. 14 — 16 maja 1932 r. XII Zjazd Psychjatrów polskich w Białymstoku i Choroszcy.

Temat główny Zjazdu: Fizjologia i patologia charakteru. Sekretarz Zarządu głównego: p. Dr. med. J. Handelsman, Pruszków, Szpital Tworki.

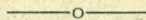
15 — 16 maja 1932 r. IV Zjazd lekarski w Krynicy.

Tematy główne Zjazdu: 1) Choroby przewodu pokarmowego, 2) Życie kobiety a wewnętrzne wydzielanie, ze specjalnem uwzględnieniem przekwitania i spraw niedorozwojowych, 3) Lecznictwo zdrojowe. Sekretarz generalny Zjazdu: p. Dr. med. Witold Skórczewski, Krynica.

15 — 18 sierpnia 1932 r. II Międzynarodowy Zjazd Aktywnologiczny w Kopenhadze.

Tematy główne Zjazdu: 1) Znaczenie barwika w biologii i jego rola lecznicza w naświetlaniach ogólnych, 2) Jak wyjaśnić działanie naświetlań ogólnych w leczeniu gruźlicy, 3) Podstawy i organizacja badań heljoklimatycznych w łączności z potrzebami higieny publicznej.

Na zaproszenie Sekretarjatu generalnego Zjazdu utworzył się Polski Komitet Narodowy, który urzęduje w Szpitalu św. Łazarza w Warszawie, Pracownia światłolecznicza (p. Dr. med. E. Bruner).



Wycieczki lekarskie. XVI wycieczka morska dla lekarzy i ich rodzin, organizowana przez wydawnictwo „Bruxelles Médical” na „Wyspy Słoneczne”.

Wyjazd z Bordeaux 28 lipca 1932 r., powrót do Marsylii 31 sierpnia 1932 r. Wycieczkowicze zwiedzają: Bordeaux, Lizbonę, wybrzeże Afryki, Tanger, Marokko, wyspy Balearskie. Sardinję, Korsykę, Pizę, Florencję i Marsylię.

Informacje: Section des Voyages de „Bruxelles - Médical“, 29 Boulevard Adolphe Max, à Bruxelles.

Z m a r l i: Dr. med. Arkadiusz Puławski, b. lekarz naczelny Szpitala Dz. Jezus w Warszawie, Dr. med. Jan Sędziak, Warszawa, długoletni członek Tow. Lekar. w Warszawie i Krakowie, Dr. med. Czesław Jankowski, Warszawa, znany działacz społeczny.

N a d e ś ł a n o d o R e d a k c j i: Dr. med. Kazimierz Dąbrowski — Zakopane — Próby leczenia gruźlicy Cinnozyl'em. Odbitka z „Polskiej Gazety Lekarskiej“ (Nr. 2 — 1932 r.).

„Monde Médical“ Nr. Nr. 802, 803, 804 i 805 z roku 1932.

O d R e d a k c j i. Na wszelkie listy Redakcja „Przeglądu Terapeutycznego“ odpowiada na łamach pisma.

T R E Ś Ć Z E S Z Y T U Nr. 2.		str.
Nowoczesne leczenie koklusu w świetle krytyki		1
I. Promienie X		2
II. Szczepionki		3
III. Eter		5
IV. Genhvoscyamina		6
Przegląd kliniczny		7
Co to jest choroba Still'a?		7
Znaczenie punktu bolesnego w rozpoznawaniu rozszerzenia atonicznego żołądka		8
Przegląd leczniczy		9
Sarsaparyla w leczeniu nerek		9
Leczenie niektórych postaci biegunek u oseków		9
Leczenie dietetyczne gruźlicy (dieta Gersona)		10
Leczenie udaru mózgowego		11
Leczenie natychmiastowe		11
Leczenie następcze		12
Syntalina w leczeniu		13
Nota'ki terapeutyczne		14
Wiadomości bieżące		15

PRENUMERATA

	Miejscowa	Zamiejscowa	CENY OGŁOSZEŃ	
Rocznie	Zł. 6.—	Zł. 7.—	1/1 strony	Zł. 300.—
Kwartalnie	Zł. 1.50	Zł. 1.75	1/2 "	" 175.—
			1/4 "	" 90.—

Cena pojedynczego zeszytu Zł 1.—

Redakcja i Administracja:

Warszawa, Grzybowska Nr. 88, tel.: 224-27 i 229-34.
Konto w P. K. O. 6070.

Redaktor przyjmuje interesantów w sobotę od 12—14

Sekretariat czynny codziennie, oprócz niedziel i świąt, od g 10—12.

Redaktor: Dr. med. Alfred Galewski. W y d a w c a: Aleksander Wieniewicz.
Sekretarz Redakcji: Hipolit Lucjan Ostowski.

Drukarnia „SIŁA“, Warszawa, Marszałkowska 71. Telefon 8-34-48.

GENOSKOPOLAMINA

POŁONOWSKIEGO i NITZBERGA

Wskazania kliniczne

STANY PARKINSONIKZNE
DRĄŻKA PORAZENNA
ZESPOŁY CHOROBY PO
ZAPALENIU MÓZGU. ZNIE-
CZULENIA CHIRURGICZNE

4 - 8 granulek dziennie, w dwu względnie trzech dawkach przed jedzeniem. W stanie płynnym należy przepisywać 15-20 kropli 3 razy dziennie

W celu osiągnięcia szybkiego efektu należy wstrzykiwać jedną ampułkę dziennie.

OPAKOWANIE: AMPUŁKI: pudełka zawierają albo 10 ampułek po 1mg. albo 3 ampułki à 3mg.

GRANULKI: rurka zawiera 60 granulek po ½ mg.
PŁYN: flakon zawiera 20 cm³ roztworu 1,5:1000.

Wyłączne Przedstawicielstwo na Polskę
LABORATORJUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

„ASMIDAR”

WARSZAWA,

GRZYBOWSKA 88.

GENALKALOIDY

*Polonowskiego
i Nitzberga*

GENEZERYNA

NIEDOKWAŚNOŚĆ
CZĘSTOSKURCZE
DYSPEPSJA

GENATROPINA

NADKWAŚNOŚĆ
ZABURZENIA W UKŁADZIE
WSPÓŁCZULNYM

GENOSTRYCHNINA

ASTENJA
NEURASTENJA
NIEDOWŁADY

GENHYOSCYAMINA

STANY SPASTYCZNE JELIT
ZAPALENIE MÓZGU
RÓŻNEGO RODZAJU DRZENIA

GENOSKOPOLAMINA

STANY PARKINSONICZNE
ZNIECZULENIA CHIRURGICZNE

WYŁĄCZNE PRZEDSTAWICIELSTWO NA POLSKĘ
LABORATORJUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

„ASMIDAR”

WARSZAWA,

GRZYBOWSKA 88.

PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

pod redakcją
Dr. med. ALFREDA GALEWSKIEGO

Nerczyca lipidowa — Nephrosis lipoides¹⁾

Obok częstych spraw zapalnych, toczących się w nerce pod postacią nefrytów, klinika i patologia odróżniają inne postacie zapalne, mianowicie — nerczyce (nephrosis). Termin ten datuje się od chwili pojawienia się prac FRYDERYKA MULLERA, VOLHARD'A i FABEN'A. Należy odróżnić różne formy nerczyc: nerczycę tłuszczową, martwiczą, skrobjową, lipidową i t. d. Ta ostatnia jest tematem naszej pracy:

Co to jest nerczyca?

Nerczyca jest to przewlekłe schorzenie nerek, w których zmiany zapalne i zwyrodnieniowe umiejscawiają się jedynie w błonkach kanalików nerkowych, omijając kłębuszki, oraz tkankę mięszszową (L. RAMOND).

Nerczyca lipidowa była badana początkowo przez MUNKA w Niemczech, klinicznie zaś została wyodrębniona w Ameryce przez EPSTEINA.

Etjologia

Etjologia tego schorzenia jest nadzwyczaj skomplikowana i do dnia dzisiejszego niezupełnie wyjaśniona.

Nerczycę lipidową spotyka się często u *gruźlików* a LEON BERNARD i PARAF (*Presse Médicale*, Nr. 91, 1931) zastanawiają się, czy w niektórych przypadkach nerczycy nie chodzi o zapalenie gruźlicze nerek o typie obrzękowym.

¹⁾ Przekład z Nr. 1 z r. 1932 „L'Information Médicale”.

2692. D. 1948

BIBLIOTEKA
Akademii Medycznej w Gdańsku

ACHARD i CONDONIS (*Société Médicale des Hopitaux de Paris, 16 maja, 1930*), obserwując 7 przypadków nerczycy lipoidowej, zauważyli w jednym przypadku współistnienie kiły i gruźlicy, w drugim kiły, w trzecim gruźlicy, a w czterech — zapalenie nerek (nephritis).

BONNAMOUR, DUPLANT i JARRICOT (*Société des Hopitaux de Lyon, 1930*) obserwowali zjawienie się nerczycy lipoidowej w końcowym okresie odmy (pneumothorax).

DUFOUR (z *Lyonu*) obserwował zespół nerczycy lipoidowej u młodego chłopca po dokonaniu dwóch wstrzyknień *anatoksyny przeciwdyfterytycznej*. GRAVIER obserwował jeden przypadek u podagryka, liczącego lat 35.

DEBRÉ, MARIE, GOIFFON (*Société Médicale des Hopitaux de Paris, 23 maja, 1930*) notowali zjawienie się nerczycy lipoidowej u dziecka, w następstwie banalnej anginy.

Właściwymi jednak przyczynami, wywołującymi nerczycę lipoidową, mają być zakażenia i przewlekłe zatrucia, dotykające jednocześnie nerki i gruczoły dokrewne, fakty te tłumaczą wyraźne działanie wyciągu gruczołu tarczowego w nerczycy lipoidowej.

Z drugiej strony w powstawaniu nerczycy lipoidowej odgrywają także wielką rolę błędy dietetyczne; ROUBIER, DELORE i BOUCOMONT (*Lyon Médicale, Nr. 30, 1931*), upodabiając tę chorobę do cukrzycy, doszukują się w niej zaburzeń w metabolizmie.

MARANON, VIDAL, FRIAS, FTEJERIN (*Annales de Médecine Nr. 3, marzec, 1931*) uwzględniają następujące czynniki, usposabiające do powstawania nerczycy lipoidowej:

1^o *czynnik nerkowy, stały, o typie zapalenia nerek obrzękowego,*

2^o *element wewnątrzwydzielniczy, niestały — tarczycowy, lub inny,*

3^o *element ogólny, dotąd nieznan, wywołujący zaburzenia w metabolizmie białkowym i tłuszczowym.*

Częstość występowania: nerczycę lipoidową spotyka się zwłaszcza u osobników młodych, poniżej 35 lat i u dzieci.

Anatomja patologiczna

Czysta nerczycy lipoidowa z punktu widzenia histologicznego cechuje się naciekiem tłuszczowym w kanalikach krętych nerek. Ta postać chorobowa występuje ogromnie rzadko; naogół spostrzega się schorzenia mieszane, z wysepkami zapalnymi, zmianami mięszowemi i t. d.

Czysta pod względem klinicznym nerczycy lipoidowa może dawać niespodzianki na stole sekcyjnym; ACHARD, BARIETY, CONDONIS i DESBUQUOIS (*Société anatomique, 4 grudnia, 1930*) obserwowali u osobnika, zmarłego na nerczycę, na autopsji zmiany zapalne (nephritis), oraz zwyrodnienie skrobjowate nerek

(amyloidosis renum). Istotnie, ogromnie rzadko spotkać można na autopsji czystą nerczycę, zwykle spotyka się postacię mieszaną z zajęciem kłębuszków.

Symptomatologia

Początek choroby jest skryty i przechodzi niepostrzeżenie. Rozpoznanie można postawić w okresie, kiedy zjawiają się wyraźniejsze objawy kliniczne, lub też przy pomocy środków laboratoryjnych.

Czystą postać nerczycy tłuszczowej charakteryzują:

1° obrzęki umiejscowione, lub uogólnione bez objawów choroby BRIGHT'A,

2° zespół humoralny, polegający na odwróceniu stosunku albumin do globulin, hypercholesterynemji, obecności ciał, podwójnie łamiących światło w moczu.

Obrzęki, przypominające obrzęki nerkowe (blade, miękkie, niebolesne), albo umiejscawiają się, zwłaszcza na kończynach, albo uogólniają się w postaci anasarca. Albuminurja jest objawem stałym, ilość białka może dochodzić do 60 g na litr, może ona zupełnie zniknąć na kilka dni, może wreszcie znowu powrócić w tym samym stopniu, jak poprzednio.

Chorzy są bladzi, zmęczeni, lecz w ciągu dłuższego czasu zachowują stan ogólny zadawalniający.

Początkowo ma się na myśli chorobę BRIGHT'A, lecz badanie dokładniejsze wykazuje u tych chorych brak hipertensji, zmian w sercu i nieznacznych objawów choroby BRIGH'T'A. Badanie osadu moczowego nie wykazuje wałeczków, ani też leukocytów.

Badania laboratoryjne

wykazują:

- 1° *prawidłowy poziom mocznika i chloru we krwi,*
- 2° *obecność w moczu ciałek, podwójnie łamiących światło (w mikroskopie polaryzującym),*
- 3° *zmniejszenie surowicy, skutkiem wzmożonej ilości cholesteroliny we krwi (1,4—2,0 g w litrze w stanie prawidłowym),*
- 4° *zmniejszenie ilości białka we krwi (48—88 g na litr w normie),*
- 5° *zmianę stosunku albumin do globulin, który w normie waha się między 1,5—2, tu spada do 0,5, albo jeszcze niżej,*
- 6° *obecność płynu, w jamie brzusznej, hypoalbumoza płynu przesiąkowego.*

Ewolucja

Nerczyca lipidowa jest istotnie chorobą przewlekłą, dającą obostrzenia i kończy się albo charłactwem, albo mocznicą, jeśli jej towarzyszy zapalenie kłębuszkowe nerek.

Koniec choroby często przyspiesza zakażenie pneumokokkami, zapalenie płuc, lub otrzewnej; nerczyca lipidowa jest bowiem znakomitą podłożem dla rozwoju pneumokokków.

Djagnostyka różnicowa

W grę mogą tutaj wchodzić rozmaite jednostki chorobowe:

Przewlekłe zapalenie nerek (nephritis chronica) należy odrzucić, ponieważ brak objawów choroby BRIGHT'A, nadciśnienia tętniczego, wałeczków w moczu, oraz wzmożonego poziomu mocznika we krwi.

Wtórne kiłowe zapalenie nerek (nephritis syphilitica secundaria) cechuje się dużym stopnia białkomoczem, współistnieniem zmian na skórze i śluzówkach, oraz dodatnim odczynem Wassermann'a.

Gruźlicze zapalenie nerek (nephritis tuberculosa) obserwuje się u osobników ze starymi zmianami gruźliczymi; ta jednostka przebiega częściej jako zapalenie nerek (nefryt), niż nerczyca; białkomocz jest prawie zawsze minimalny.

Zwyrodnienie skrobjowate nerek (degeneratio amyloidea). Choroba ta spotykana jest u osobników, dotkniętych przewlekłym ropieniem, towarzyszy jej wielomocz i obfity białkomocz, mocz jest klarowny; pozatem cechuje ją przerost wątroby i śledziony.

Obecność znacznego stopnia płynu w jamie brzusznej (ascites) każe myśleć o *marskości wątrobowej alkoholowej* lecz w tym przypadku śledziona jest (*cirrhosis hepatis alcoholica*), zwykle duża, mocz zawiera mało białka.

Rozpoznanie pozytywne

Opiera się na wyżej wymienionych objawach klinicznych, a zwłaszcza na badaniach laboratoryjnych.

Leczenie

Podczas stanów obostrzenia zaleca się pozostawanie w łóżku w spokoju, pozatem dietę ubogą w tłuszcze i węglowodany, bezchlorkową i bogatą w białko, które usuwa obrzęki; zmniejszyć ilość podawanych płynów w ten sposób, aby nie przekraczały one objętości wydalonego moczu w ciągu doby.

Jako lek, zapisuje się wyciąg gruczołu tarczowego. L. RAMOND radzi go stosować w sposób następujący:

rozpocząć od 0,02 g 3 razy dziennie i zwiększać stopniowo dawki, o ile są dobrze znoszone, aby dojść, według EPSTEINA, do 1,0 g dziennie, podając w ciągu 6 — 7 dni.

Leczenie przerywa się na tydzień i znowu powtarza.

Nowoczesne leczenie spraw ropnych w płucach¹⁾

Sprawa leczenia ropni płuc uległa w ostatnich czasach znacznym zmianom.

Opracowano liczne klasyfikacje ropni w zależności od ich siedziby, postaci i flory bakteryjnej. Z punktu widzenia klinicznego należy pamiętać, że niektóre ropnie leczą się samoistnie, inne zaś po ostrym początku przechodzą w stan przewlekły (LEON KINDBERG).

Wyleczenie ropnia obserwuje się tylko w pierwszych tygodniach choroby; częstość samowyleczenia jest dość wielka i rozmaita, wedle autorów od 15 — 40% przypadków.

Leczenie ropni płucnych na samym początku choroby winno być wyczekujące. Interwencja chirurgiczna w okresie wczesnym jest niebezpieczna: należy pozwolić dojrzeć ropniowi (SAUERBRUCH), a w ciągu tego czasu próbować leczenia wewnętrznego.

Leczenie wewnętrzne

Seroterapia była stosowana w wielu przypadkach ropni płucnych o przebiegu ostrym. Surowica przeciw pneumokokowa miała dać wyniki korzystne, szczególnie autorom LAIQUEL—LAVASTIN'OWI i COULAUD, którzy obserwowali jeden przypadek wyleczony.

Seroterapia mieszana przeciwzgorzelinowa dała wyleczenie w kilku przypadkach; CAUSSADE i PARISOT podali swe spostrzeżenia na Kongresie Francuskim w roku 1925; działanie jednak surowicy przeciwzgorzelinowej zdaje się nie być skuteczne.

LEMIERRE i KINDBERG zastanawiają się nad tem, czy częste polepszenia w przypadkach, leczonych surowicą, nie są wywołane banalnym szokiem.

Leczenie szczepionkowe, lub **autoszczepionkowe** nie świadczy dobrych usług w leczeniu ropni płuc. Większość autorów sądzi, że wyleczenie tą metodą jest dziełem przypadku.

Leczenie preparatami arsenowemi, stosowanemi dożylnie, dało w niektórych przypadkach dobre wyniki, ale w wielu spotkało się z niepowodzeniem. Arsenoterapia zdaje się dawać dobre wyniki w ropniach, w których znajdują się krętki wrzecionowate. Taki był przypadek przedstawiony przez ACHARD'A i SOULIE w Akademji Lekarskiej na posiedzeniu w dn. 5 marca 1929 r. Jednak wielu stosuje nowoarsenobenzol dożylnie we wszelkich ropniach zgorzelinowych.

Emetyna daje nadzwyczaj szybkie rezultaty w ropniach, wywołanych amebami.

¹⁾ Przekład z N. 3 z r. 1932 „L'Information Médicale“.

W przypadkach dyzenterji działanie emetyny jest wprost cudowne. Po kilku niespełna dniach (KINDBERG) widać wyjaśnienie obrazu radiologicznego; w przypadku, opublikowanym przez LEMIERR'A i KOURILSKIEGO, nie można było uwierzyć oczom, widząc tak doskonały efekt leczniczy.

W ropniach o nieznaney etjologii zawsze należy podejrzewać zakażenie, wywołane amebami, i robić wszelkie poszukiwania, celem ich wykrycia. Nawet w przypadkach, gdy odpowiedź pracowni wypadnie ujemnie, należy przeprowadzić leczenie emetyną, która daje zadziwiające wyniki.

W leczeniu ropni płuc ważną rolę odgrywa dziś **bronchoskopja**, metoda rozpowszechniona we Francji przez GARELA, GUISEI i MOURE, SOULAS i KINDBERGA.

Metoda ta jest szczególnie skuteczna w okresie ostrym choroby; dla chorego nie jest niebezpieczna, lecz tylko nieprzyjemna; bronchoskopja winna być stosowana we wszystkich ostrych ropniach. Przeciwwskazania do stosowania tej metody są następujące: świeże krwioplucie, lub gruźlica postępująca (KINDBERG), postacie ropni obwodowe i powikłane zapaleniem opłucnej (ROUGET).

Bronchoskopja pozwala w istocie na drenowanie przez aspiracje wydzielin ropnych i oczyszczanie jam przy pomocy wstrzykiwań środków odkażających.

Dzięki bronchoskopji można przyspieszyć ewolucję choroby; niektórzy powiadają, że bronchoskopją leczą się ostre ropnie. W każdym razie metoda ta winna zająć pierwsze miejsce w leczeniu ropni płuc.

Leczenie objawowe

Leczenie powyższe jest bardzo różnorodne i pozostaje w ścisłej zależności od objawów chorobowych. Stosuje się środki tonizujące serce, odkażające drogi oddechowe, leczenie odkażające (*metalami koloidalnymi, urotropiną i t. d.*), wreszcie stosują nalewkę czosnkową, zachwalaną przez FORESTIERA i HURIERA.

Ani jeden z tych środków nie jest specjalnie skuteczny, a niektóre, jak nakłucie ropnia, jest nawet niebezpieczne.

Leczenie chirurgiczne

O ile dwu- lub -trzymiesięczne leczenie wewnętrzne ropni nie daje pożądanego wyniku, należy wówczas przejść do leczenia chirurgicznego. Pozostawienie ropnia płucnego samemu sobie jest niebezpieczne i kończy się w ciągu krótszego, lub dłuższego czasu śmiercią. Dlatego też w tych przypadkach trzeba myśleć o leczeniu chirurgicznym, jako jedynym sposobie leczenia ropni, przechodzących w stan przewlekły, zwłaszcza wtedy, kiedy nie ma się nadziei na samoistne wyleczenie ropnia.

Z pośród niektórych sposobów należy przedewszystkiem

wymienić b. proste: założenie odmy sztucznej (*pneumothorax artificialis*) i przecięcie nerwu przeponowego (*phrenicotomy*).

Odmy sztuczna należy jednak odradzać, gdyż jestto metoda bezskuteczna — nie hamuje bowiem ropienia. Z drugiej strony może być ona niebezpieczna, zwłaszcza w przypadkach ropni powierzchownych, gdyż ułatwia zakażenie opłucnej.

Frenikotomja również nie jest metodą godną zalecenia; zastój, jaki ona stwarza, usposabia do wtórnej infekcji, która może doprowadzić ustrój szybko do śmierci.

W chirurgji ropni płucnych szczególnie są stosowane dwie metody:

Pneumotomja i pneumektomja częściowa.

Każda z tych metod ma specyficzne wskazania, wybór jej zależy przedewszystkiem od siedziby ropnia. Wskazania do pneumotomji i pneumektomji niedawno były opisywane przez SERGENTA, BAUMGARTNERA i KOURILSKIEGO (*La Presse Médicale*, Nr. 80, 7 października, 1931).

Jakie ropnie należy operować?

Ropień, który ani samoistnie, ani też pod wpływem leczenia wewnętrznego nie znikł po upływie miesiąca do sześciu tygodni, pod warunkiem, że *nie leży głęboko i zabieg nie spowoduje zgrubnych następstw.*

Nie należy stosować zabiegu w ropniach leżących centralnie, gdyż w tych przypadkach z pomocą przychodzi bronchoskopia.

Sposoby operacyjne:

SERGENT, BAUMGARTNER i KOURILSKI sądzą, że pneumotomja wystarcza w przypadkach ropni świeżych, gdzie obustronny proces bronchopneumoniczny nie daje zakażenia martwiczego. W tych przypadkach pneumotomja, zapewniając doskonałe drenowanie, pozwala na oczyszczenie jamy, wysuszenie i doprowadza do zbliznowacenia.

Naodwrot, w ropniach starszych, gdzie proces bronchopneumoniczny wywołuje zakażenie ropne, pneumotomja daje tylko rezultaty przejściowe. W tych przypadkach zniszczenie terenu zakażonego (wyrwanie ogniska) przy pomocy częściowej pneumektomji może doprowadzić ustrój do wyzdrowienia.

Zabieg ten jest ciężki, zwłaszcza wówczas, kiedy ognisko ma duże rozmiary; należy interwenjować wcześniej i nie czekać na zajęcie większej części płuca przez sprawę chorobową.

Czy pneumotomja winna być dokonana jednorazowo?

Pneumotomja dokonana jednorazowo jest katastrofą; należy postępować w ten sposób, aby naprzód dokonać resekcji żeber i mięśni, a pneumotomji dokonać w dwanaście do piętnastu dni potem, to jest w chwili, kiedy utworzyły się zrosty opłucnowe.

W leczeniu ropni płuc lekarz musi mieć na uwadze ogólny stan zdrowia chorego.

Streszczenie. Ważne dla lekarza są myśli ogólne w leczeniu ropni płuc. Nie należy sądzić, że ropień można wyleczyć samoistnie; należy czekać sześć tygodni do dwóch miesięcy i poddać chorego leczeniu wewnętrznemu. Gdy ostry okres przechodzi, przy braku samoistnego wyleczenia, chory musi być poddany zabiegowi chirurgicznemu. Chirurg, opierając się na umiejscowieniu i rozmiarze ropnia, obiera odpowiednią metodę operacyjną, która może dać choremu maximum szans definitywnego wyzdrowienia.

Przeгляд kliniczny

Leczenie przewlekłego gośćca

Terapia powyższego schorzenia, według LOEPERA i DEGOS (*Progres Médical*, 30 października, 1930) winna polegać na leczeniu troficznym, fibrolitycznym i leczeniu neurytu.

Leczenie troficzne polega na podawaniu jodu i siarki.

Jod stosuje się w postaci nalewki jodowej, roztworu Lugola, jodku potasu, lub sodu.

Siarkę zaś stosuje się pod postacią wód siarczanych, podsiarczynu sodu, i t.d. ROBIN i MAILLARD proponują w tem schorzeniu stosować siarkę koloidalną; LOEPER, VAHRAM i BERGERON radzą stosować siarkę koloidalną w postaci wstrzykiwań dożylnych. Metoda ta dawała często doskonałe wyniki, mianowicie zmniejszała bóle i wzmagala ruchomość w stawach.

W handlu ampułki zawierają $\frac{1}{3}$ miligrama siarki koloidalnej.

Leczenie fibrolityczne polega na podawaniu thiosinaminy.

Lek ten stosuje się doustnie pod postacią tabletek w dawce od 0,1 g razem z antypyriną, lub salicylatem sodu; thiosinaminę można także podawać podskórnice, lub domięśniowo w roztworze 10%.

Wedle formuły niemieckiej:

<i>Thiosinamini</i>	0,1
<i>Natrii salicylici</i>	0,2
<i>Aquae destillatae</i>	1,0

Wedle formuły francuskiej:

<i>Thiosinamini</i>	0,1
<i>Antipyrini</i>	0,18
<i>Aquae destillatae</i>	1,0

W leczeniu stanów zapalnych nerwów (neurytów) stosowano z powodzeniem wstrzykiwania domięśniowe z mesothorium i thorium X.

Chlorowodorek choliny, jako czynnik aktywujący bliznowanie ran

M. G. MANDILLON przedstawił w *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux* 7 obserwacji (3 przypadki gruźlicy chirurgicznej, 4 niegruźlicze), w których osiągnięto szybkie bliznowacenie ran operacyjnych, przy pomocy podskórnych wstrzykiwań chlorowodorku choliny, dokonywanych zaraz po zabiegach operacyjnych.

Już po drugim, czy trzecim wstrzyknięciu stwierdzono zmniejszenie się ropienia; bliznowacenie zjawiało się średnio po dziewiątej, lub dziesiątej iniekcji choliny.

M. F. LEURET i J. CARLES sądzą, że chlorowodorek choliny wywiera na tkanki pewien wpływ uzdrawiający i, że środek ten, używany w postaci wstrzykiwań podskórnych, oraz do okładów zewnętrznych, mógłby mieć zastosowanie we wrzodach żyłakowatych.

Niedokrwistość wtórna u gruźlików

GLOOR i SCHOLLENBERGER (*Münch. Med. Wochenschr.*, październik, 1929) zastanawiają się nad przyczynami niedokrwistości wtórnej u gruźlików. Wedle tych autorów przyczyny mogą być różnorodne, najważniejszymi zaś są powikłania jelitowe o charakterze wrzodziejącym i daleko posunięte zmiany w płucach. Te ostatnie oddziałują toksycznie na układ krwiotwórczy (hematopoetyczny), dowodem tego są zmiany toksyczne w krwinkach. Toksyny, pochodzące z ogniska płucnego, są daleko mniej czynne, niż pochodzenia jelitowego. Trucizna jelitowopochodna (enterogenna) przenika poprzez śluzówkę jelit i, trafiając do krwiobiegu, atakuje szpik kostny.

Autorzy uważają, że w razie zjawienia się niedokrwistości u gruźlików ze średnimi zmianami płucnymi, należy doszukiwać się powikłań jelitowych, które mogą się jeszcze cofnąć w okresie początkowym choroby.

Chlorek wapnia w chorobach dziecięcych

BOULANGER — PILET w pracy (*Concours Médicale*, 11 stycznia, 1931) wspomina, że chlorek wapnia w dobie dzisiejszej stanowi jeden z podstawowych środków w leczeniu chorób dzieci. Wskazania jego szczególnie się rozszerzyły w ostatnich latach.

Są one następujące:

Jako środek uwapniający: według MOURIQUAND istnieją dowody kliniczne i niewątpliwe biologiczne, przemawiające za

uwapniającem działaniem chlorku wapnia; z drugiej strony duża część soli wapniowych asymilowanych winna istnieć pod postacią chlorku wapnia.

Leczenie solami wapnia winno być wskazane w zaburzeniach wzrostu, w gruźlicy, bez względu na jej umiejscowienie; wapń w tych razach działa nie tylko uwapniająco w miejscu schorzenia, lecz zwłaszcza aktywuje fermenty, pobudza fagocytozę, wywiera wpływ antytoksyczny; w połączeniu z promieniolecznictwem działa dodatnio w krzywicy (rachitis), pozatem daje dobre efekty w próchnicy zębów (caries dentium)—Lereboullet, w niezytach jelit.

Hemostaticum. Chlorek wapnia winien być stosowany we wszelkiego rodzaju krwawieniach; *krwawe stolce noworodków (meloena neonatorum)*, *krwawienia z nosa (epistaxis)*. Przed wszelkimi zabiegami operacyjnymi, a szczególnie przed wyluszczeniem migdałków, lub wyrosli adenoidalnych, przed wyrwaniem zęba. W chorobach krwi, jak: purpura, krwawiące (hemophilia), w gorączce z objawami krwotocznymi, wreszcie chlorek wapnia stosuje się nie tylko jako środek zmniejszający krzepliwość krwi, lecz także jako środek moczopędny i antytoksyczny (Le SOURD i PACNIER).

Antialbuminuricum. Chlorek wapnia stosują w *czynnościowym białkomoczu przepuszczającym* (ortostatycznym, trawicznym, okresowym). Według LEREBoullet używa się go w dawce 1 — 1,5 g dziennie w ciągu 15 dni w miesiącu. Również gorąco jest zalecany przez L. RAMOND'A i ACHARD'A.

Działa on także korzystnie w ostrem, lub przewlekłym *białkomoczu zapaleniu nerek u dzieci (nephritis albuminurica — NETTER, RENON, TEISSIER, PAISSEAU)*.

Diurecticum. Według BLUMA, chlorek wapnia jest bardzo skutecznym środkiem moczopędnym i najmniej szkodliwym w obrzękach typu BRIGHT'A.

W *zapaleniach nerek z obrzękami*, obok diety małosolnej przepisuje się słabe dawki 0,5 — 1,0 g. chlorku wapnia, w ciągu 5 — 10 dni następnych dawki silniejsze od 4 — 6,0 g. Sól ta jest zwłaszcza zalecana przez ROGERA i BLECHMANA w *zapaleniach nerek krwotocznych*, dość często występujących w dzieciństwie.

Antismasmodicum. Smasmo filja jest schorzeniem, w którym działanie chlorku wapnia wywiera bardzo wyraźny wpływ pod warunkiem, że daje się oseskowi w ciągu 8 — 10 dni dawki duże — od 4 — 6 g dziennie, następnie można dawki zmniejszać. Jestto leczenie specyficzne, usuwające napady (NOBECOURT).

Antisericum. Chlorek wapnia wywiera dobry wpływ w przypadkach posurowicznych (WRIGHT, NETTER, COUSIN, GEWIN, L. RAMOND, COMBY, WEISSENBACH) w dawce 1 — 4 g dziennie od chwili wstrzyknięcia surowicy. Środek ten naogół przy-

nosi wielką korzyść w przypadkach daleko posuniętych (LESNE, NOBECOURT i BOULANGER—PILET).

Nakoniec chlorek wapnia jest pożytecznym lekiem przy objawach *kolloidoklasycznych*, jak: pokrzywce pochodzenia pokarmowego, katarze siennym, niektórych rodzajach dychawicy, spowodowanych anafilaksją.

W sprawie krwawień z przewodu pokarmowego u osobników cierpiących na wątrobę.

Krwawienia z przewodu pokarmowego winny zawsze skierować uwagę lekarzy na możliwość ukrytego schorzenia wątroby, nie zdradzającego żadnych objawów klinicznych.

MERKLEN i IZRAEL (*Gazette des Hopitaux*, 7 października, 1931) mieli ostatnio sposobność obserwowania 3-ch przypadków, które skończyły się śmiertelnymi krwawieniami.

W pierwszym — chodziło o stwardnienie wątroby, klinicznie niewidoczne, któremu towarzyszyły dużego stopnia żylaki przełyku. Śmierć nastąpiła skutkiem krwawych wymiotów.

W drugim — chodziło o marskość wątroby, bez wyraźnych objawów klinicznych.

Wreszcie w trzecim przypadku nastąpiło zejście śmiertelne w następstwie ciągle powtarzających się krwawych stolców, spowodowanych zanikową marskością wątroby, której towarzyszyły obrzęki na kończynach dolnych, oraz plyn w jamie otrzewnej.

Autorzy zwracają uwagę na ważność niewielkich oznak klinicznych (*petits signes*) w rozpoznawaniu wymiotów krwawych.

Oznaki te winny być szukane bardzo uważnie, w szczególności jeśli chodzi o żylaki, różowe plamki, wybroczyny, odcień podżółtaczkowy białówek i t. d. Po zahamowaniu krwawień należy badać krew i moc.

O ile badania dadzą wynik ujemny, należy jeszcze myśleć o niedomodze wątroby, gdyż może ona wyrazić się wymiotami, lub krwawym stolcem.

Obrzęki, spowodowane obniżoną czynnością tarczycy

M. LANGERON (*Gazette des Hopitaux*, 6 maja, 1931) opublikował ciekawą obserwację, tyczącą się obrzęków pochodzenia gruczołowego.

W przypadku tym chodziło o kobietę 37-letnią, która nie miała miesiączki od ostatniego porodu, który odbył się przed pięciu miesiącami.

Od miesiąca chora ma obrzęki na twarzy, wargach, szyi i dłoniach. Obrzęki są niebolesne, mają charakter przemijający, bardziej zaznaczają się zrana, niż wieczorem. Wyniki badań ujemne: w sercu nic patologicznego nie stwierdza się, mocz prawidłowy, ciśnienie krwi 120/80; płuca i system nerwowy w normie; brak objawów choroby Basedowa i wola, szyja nieco powiększona. Odczyn BORDET - WASSERMANN ujemny; badanie krwi prawidłowe.

Podstawowa przemiana materji obniżona o 20,66%. Leczenie polegało na podawaniu gruczołu tarczowego w dawce 0,1 g dziennie.

Osiągnięto wynik dobry, obrzęki natychmiast ustąpiły, miesiączki powróciły. Chora ta była obserwowana w ciągu 4-ch miesięcy; utyła, pomimo używania wyciągu tarczowego, stan ogólny był zadawalniający, lecz zmuszona była dalej kontynuować leczenie, gdyż ponownie zjawiały się obrzęki.

LANGERON wspomina, że istnieją przypadki obrzęków, umiejscawiających się na twarzy i kończynach, które zdają się być związane z niedomogą gruczołu tarczowego.

Czynniki: sercowy, nerkowy i wątrobowy mają nie odgrywać żadnej roli w patogenezie tych obrzęków.

Obrzęki u osesków

Na powstawanie obrzęków u osesków składają się cztery przyczyny: schorzenia narządów wewnętrznych, układu nerwowego, choroby ogólne i zaburzenia w odżywianiu.

1° Obrzęki na tle schorzenia narządów wewnętrznych.

Z narządów wewnętrznych, według TRABUC (*Le Sud médical et chirurgical*, 1930), mogą wchodzić w rachubę nerki, serce i wątroba. Podłożem chorobowym tych narządów, mogących powodować obrzęki, jest najczęściej kiła.

Obrzęki na tle schorzeń nerek — są częste; autor ogłosił cztery przypadki.

Obrzęki sercowe — są daleko rzadsze; w tych przypadkach chodzi o obrzęk siny, związany ze schorzeniem wrodzonym.

Obrzęki na tle schorzeń wątroby — obserwuje się w przebiegu kiły dziedzicznej z dużą wątrobą, żółtaczką i krwotokami. Obrzęki mniej lub więcej uogólnione zaznaczają się bardziej w odcinku podpepkowym ciała, z białkomoczem, lub bez niego.

2° Obrzęki na tle schorzenia układu nerwowego.

W przebiegu przewlekłego schorzenia mózgowia obserwuje się często obrzęk cyanotyczny typu MILROY, któremu towarzyszą

objawy porażenne. Spina bifida occulta może przebiegać z obrzękami.

3° Obrzęki w przebiegu schorzeń ogólnych.

Najczęściej spostrzega się w przebiegu kiły, gruźlicy i ostrej białaczki.

4° Obrzęki w przebiegu zaburzeń w odżywianiu.

Często obserwuje się obrzęki w przebiegu awitaminozy, jak w chorobie Barlowa i beri - beri; często też spostrzega się u osesków niedostatecznie karmionych. Najważniejszą rolę w powstawaniu obrzęków odgrywa kiła, lub błędy dietetyczne.

Leczenie winno być skierowane przeciwko zasadniczej przyczynie, powodującej obrzęk.

Awitaminoza i jej stosunek do kamicy dróg moczowych

GASPARJAN i OWTSCHINNIKOW (*Zeitschrift für urologische Chirurgie, październik, 1930*) ogłaszają wyniki wielu sekcji, dokonywanych na młodych zwierzętach, zmarłych wskutek doświadczalnej awitaminozy. Autorzy znajdowali u tych zwierząt bardzo często w drogach moczowych kamienie, składające się w większości wypadków z fosforanów, szczawianów wapnia, lub z mieszaniny obydwu. U innych zwierząt, znajdowano znaczne nagromadzenia kryształów fosforanów amono-magnezowych, fosforanów bezpostaciowych i węglanów wapnia.

Autorzy przypuszczają, że pokarmy, ubogie w witaminy, mogą doprowadzić do tworzenia się złogów w drogach moczowych.

Zaburzenia przewodów pokarmowego o podłożu wewnątrzwydzielniczym

F. MOUTIER w pracy, która ukazała się w „*Revue française d'Endocrinologie*“, kwiecień, 1930, podaje stosunki, jakie zachodzą pomiędzy gruczołami dokrewnymi, a przewodem pokarmowym.

Oto streszczenie tego artykułu.

Drogi pokarmowe górne. W niedomodze przysadki mózgowej, wskutek nieprawidłowego rozwoju szczęki, zęby mogą się wsuwać jedno na drugie. W niedomodze tarczycy można obserwować opóźnienie wyżynania się zębów. W nadczynności przysadki zęby bywają długie, siekacze szerokie, miejsca wszczepień oddalone od siebie i przedwczesny rozwój zębów.

W chorobie Basedowa obserwuje się zespół objawów MIKULICZA, polegający na symetrycznym powiększeniu gruczołów ślinowych i często łzowych, połączonym z suchością jamy ustnej.

Przelyk: skurcz przelyku często zdarza się w chorobie Basedowa, jak również i w tężycze.

Żołądek: wzmożenie łaknienia w nadczynności tarczycy, astenja żołądka w obrzęku śluzakowym i w niedomodze nadnerczy.

Płat tylny przysadki zmniejsza wydzielanie soku żołądkowego; nadnercze i tarczyca — zwiększają. Przysadka i małe dawki tarczycy wzmagają napięcie żołądka i przyspieszają wypróżnianie zawartości żołądka.

U osobników, cierpiących na skurcze przewodu pokarmowego, należy doszukiwać się oznak niedomogi gruczołu przytarczycznego, jak: drżenia, kurczów, swędzenia, objawu martwego palca (doigt mort), zaburzeń w zębach i t. d.

W spasmofilji (tężycze) można obserwować zespół kolki wątrobowej, spowodowany skurczem dróg żółciowych.

Wymioty zdarzają się często w przebiegu ostrej i przewlekłej niedomogi nadnerczy, w cukrzycy, w nadczynności tarczycy. Często również obserwuje się także wymioty miesięczkowe, skutkiem nadmiernej czynności jajników.

Jelita: zaparcie zdarza się w niedomodze tylnego płata przysadki. W niedomodze jajników, w przeddzień miesiączki można zaobserwować zaparcie, zamiast zwykłej biegunki.

Zaparcia bywają w niedomodze tarczycy. Biegunki zdarzają się często w ostrej i przewlekłej niedomodze nadnerczy, oraz w nadczynności tarczycy.

Niekiedy w chorobach, wywołanych zaburzeniami gruczołów dokrewnych, można zaobserwować objawy bólowe; wywołane one są zaburzeniami w splotach brzusznych.

Wiadomości bieżące

IV Zjazd Lekarski w Krynicy. W dniach 15 i 16 maja r. b. odbył się w Krynicy, w Domu Zdrojowym, IV Zjazd Lekarski, w którym wzięło udział, oprócz przedstawicieli władz, około 200 lekarzy.

Niepodobną w krótkiej wzmiance chociaż w streszczeniu podać treści wszystkich ciekawych referatów, wygłoszonych na Zjeździe, zaznaczyć jednak należy, że najwięcej uwagi poświęcono ginekologii.

W wyniku konkursu, ogłoszonego przez Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy na najlepszą pracę z dziedziny balneologii, otrzymał p. dr. Jakób Węgierko (Warszawa) I-szą nagrodę w kwocie

zł. 1.500.— za pracę p. t. „Wpływ wód mineralnych, ze szczególnem uwzględnieniem wody ze źródła Zuberu na wydzielanie żółci wątrobowej“, II-gą nagrodę w wysokości zł. 1000.— otrzymali pp. dr. Jan Rosenbusch i dr. Tadeusz Toczyski (Lwów).

Zamknięcia Zjazdu dokonał p. prof. dr. Tadeusz Tempka, zaznaczając, że następny odbędzie się za dwa lata.

Część organizacyjna Zjazdu spoczywała w rękach specjalnego Komitetu pod przewodnictwem p. prezesa dr. Korybut Daszkiewicza i sekretarza p. dr. W. Skórczewskiego.

W czasie Zjazdu w Domu Zdrowia została zorganizowana Wystawa środków lekarskich firm krajowych i zagranicznych.

—o—
Wystawa Pogotowia Ratunkowego w Warszawie. W związku z tegorocznym obchodem 35-lecia istnienia T-wa Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Warszawie (Pogotowia Ratunkowego) zorganizowano w okresie od dnia 24 kwietnia do 5 maja r. b. w obszernych salach Klubu Urzędników Państwowych Wystawę, poświęconą ratownictwu i lecznictwu.

—o—
Kalendarzyk zjazdowy. 10 — 18 września 1932 r. IX Zjazd Międzynarodowy historii medycyny odbędzie się w Bukareszcie. Główne tematy Zjazdu: 1) Rozwój medycyny w krajach bałkańskich, 2) Obrona Europy przed zarazą morową. Polska zgłosiła następujące referaty: 1) Prof. W. Szumowski (Kraków) — O doniosłości logiki medycyny dla wykładów historii medycyny. 2) Doc. T. Bilikiewicz (Kraków) — Mitologia lekarska u Słowian. 3) Prof. W. Reis (Lwów) — Przyczynek do historii okularów. 4) Doc. L. Zembrzusi (Warszawa) — Mór w dawnej Polsce i sposoby ówczesnego zwalczania tej epidemii. Sekretariat Zjazdu: Bukareszt: 86, Stirbei Voda.

—o—
Nowe rozporządzenia. W dzienniku Ustaw Rzplitej Polskiej z dn. 4 kwietnia rb., Nr. 28, ukazało się rozporządzenie, dotyczące zmiany rozporządzenia z dn. 15 marca 1930 r. o uznaniu niektórych substancyj i przetworów odurzających za wywołujące szkodliwe skutki dla zdrowia.

W Dz. U. z dnia 18 maja r. b., Nr. 41, ukazało się rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie powołania urzędu Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do spraw walki z epidemjami na czas od 1 stycznia 1932 r. do dnia 31 grudnia 1932 r.

—o—
Nadesłano do Redakcji. 1) Dr. B. Jochweds (przy współdziale dr. R. Pekelisa) z przedmową dr. A. Landaua — O leczeniu farmakologicznem niedomogi serca, Warszawa, 1932, str. 110.

2) IV zeszyt „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych“, organ instytucji ubezpieczeń społecznych, zawiera szereg artykułów, dotyczących projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem.

Adres Redakcji: Warszawa, Nowy Świat 23/25, wydawca: Ogólnopolski Związek Kas Chorych.

3) „Monde Médical“ NNr.: 806, 807, 808 i 809 z roku 1932.

Z m a r l i: Dr. Leon Babiński, naczelny lekarz Szpitala Ewangelickiego w Warszawie, stały sekretarz T-wa Lekarskiego w Warszawie. Dr. Leon Butkiewicz, b. ordynator Szpitala Dz. Jezus.

TREŚĆ ZESZYTU Nr. 3.

	str.
Nerczyca lipidowa — Nephrosis lipoides	1
Co to jest nerczyca?	1
Etjologia	1
Anatomja patologiczna	2
Symptomatologia	3
Badania laboratoryjne	3
Ewolucja	4
Djagnostyka różnicowa	4
Rozpoznanie pozytywne	4
Leczenie	4
Nowoczesne leczenie spraw ropnych w płucach	5
Leczenie wewnętrzne	5
Leczenie objawowe	6
Leczenie chirurgiczne	6
Jakie ropnie należy operować?	7
Przeгляд kliniczny	8
Leczenie przewlekłe gośca	8
Chlorowodorek choliny, jako czynnik aktywujący bliznowacenie ran	9
Niedokrwistość wtórna u gruźlików	9
Chlorek wapnia w chorobach dziecięcych	9
W sprawie krwawień z przewodu pokarmowego u osobników cierpiących na wątrobę	11
Obrzęki, spowodowane obniżoną czynnością tarczycy	11
Obrzęki u osesków	12
Awitaminoza i jej stosunek do kamicy dróg moczowych	13
Zaburzenia przewodu pokarmowego o podłożu wewnątrzwydzielniczym	13
Wiadomości bieżące	14

PRENUMERATA

		CENY OGŁOSZEŃ:	
	Miejscowa	Zamiejscowa	
Rocznie	Zł. 6.—	Zł. 7.—	1/1 strony Zł. 300.—
Kwartalnie	Zł. 1.50	Zł. 1.75	1/2 " " 175.—
			1/4 " " 90.—

Cena pojedynczego zeszytu Zł. 1.—

Redakcja i Administracja:

Warszawa, Grzybowska Nr. 88, tel.: 224-27 i 229-34.
Konto w P. K. O. 6070.

Redaktor przyjmuje interesantów w sobotę od 12—14.

Sekretariat czynny codziennie, oprócz niedziel i świąt: od g. 10—12.

Redaktor: Dr. med. Alfred Galewski. Wydawca: Aleksander Wieniewicz.
Sekretarz redakcji: Hipolit Lucjan Ostowski.

Drukarnia „SILA“, Warszawa Marszałkowska 71, tel. 8 34-48.

PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

pod redakcją
Dr.med. **ALFREDA CALEWIKIEGO**

Rola fermentacji i infekcji¹⁾ jelitowej w patologii

Zagadnienie odkażania jelitowego w ostatnich czasach coraz bardziej wiąże się z leczeniem wielu różnych ostrych i przewlekłych schorzeń, nie mających, zdaje się, żadnego związku z przewodem pokarmowym. Przykładami mogą służyć: zespół jelitowo-nerkowy HEITZ-BOYERA, ostre, lub przewlekłe kolibacillozy, zaburzenia w gospodarce cholesterynowej, miażdżyca, zaburzenia wątrobowe i t. p.

W warunkach normalnych w jelitach, pod wpływem drobnoustrojów, powstaje fermentacja, która ma za zadanie rozkład węglowodanów na różne kwasy.

Siedliskiem fermentacji jest jelito cienkie; normalnie fermentacja odbywa się bez cuchnącego zapachu. Jeśli pod wpływem błędów dietetycznych, zaparcia i infekcji w przewodzie pokarmowym nastąpi rozkład białka, któremu towarzyszyć będzie cuchnący zapach, wówczas powstaje gnicie jelitowe, będące już objawem patologicznym.

Gnicie to, zjawiające się przy rozkładzie chemicznym treści jelitowej, skutkiem uwalniania toksyn i rozwoju chorobotwórczych drobnoustrojów, wywołuje najrozmaitsze schorzenia w narządach.

Oddawna znany jest wpływ infekcyj jelitowych na powstawanie zakażenia w drogach żółciowych i moczowych. (HEITZ-BOYER).

HEITZ, RICHARD, DESGEORGES twierdzą, że infekcja,

¹⁾ Przekład z „l'Information Médicale“, Nr. 4, r. 1927.

2692.D. 1548.

BIBLIOTEKA
Akademii Medycznej w Gdańsku

spowodowana gniciem jelitowym, może dotknąć zarówno przewód pokarmowy, jak i układ sercowo - naczyniowy.

Już w roku 1906 MIECZNIKOW zaobserwował wpływ gnicia jelitowego na ustrój; według niego mleko kwaśne, jako czynnik odkażający jelita, miało przedłużać życie.

Rola infekcji jelitowej w powstawaniu kamicy żółciowej

P. DESGEORGES wykazał w swej pracy wpływ przewlekłej infekcji jelitowej na powstawanie hypercholesterynemji; przechodzenie zarodników jelitowych do krwiobiegu powodowało zwykle znaczny wzrost poziomu cholesteryny we krwi, który u chorych w 68% dochodził do 2 gramów, w 32% — do 2,5 g w litrze. Z tego wynika, że autoinfekcja, wywołana pałeczką okrężnicy, albo enterokokkiem, stanowi jeden z głównych czynników, wpływających na wzmoczenie poziomu cholesteryny we krwi.

Ten nadzwyczaj ważny fakt mógłby wyjaśnić ciągle jeszcze roztrząsaną kwestję patogenezы kamicy żółciowej.

„Dla nas — powiada DESGEORGES — nie ulega wątpliwości, że przejście zarodników jelitowych do krwiobiegu i wydalanie ich przez drogi żółciowe stanowi ważną przyczynę powstania zapalenia pęcherzyka żółciowego, zarówno na tle kamicowem (*cholecystitis calculosa*), jak również i na tle niekamicowem“.

Rola infekcji jelitowej w powstawaniu nadciśnienia tętniczego i miażdżycy

Należy zwrócić szczególną uwagę na moment hypercholesterynemji, powstałej wskutek infekcji jelitowej, gdyż odgrywa ona pewną rolę w nadciśnieniu tętniczem.

LEMOINE pierwszy podkreślił znaczenie wzmoczonego poziomu cholesteryny we krwi w patogenezie miażdżycy.

Również CHAUFFARD i jego uczniowie: LAROCHE i GRIGAUT zauważyli hypercholesterynemję u chorych, dotkniętych przewlekłym nefrytem. Spostrzeżenie to zostało później potwierdzone przez wielu badaczy, jak: MAURIAC, DEFAYE, WIDAL, WEIL, LAUDAT, PRIBRAM, BACMEISTER, HENES, OBAKEVITCH, KLINKERT, CORDIER, BOULUD, GOLRAT i innych.

Wiadomo zresztą, iż, chcąc obniżyć ciśnienie tętnicze, należy nie tylko działać na nie krwiopustnem i środkami obniżającemi, ciśnienie, lecz również należy starannie odkażać jelita.

Dwa te zabiegi lecznicze mają swoje uzasadnienie: pierwszy usuwa niebezpieczeństwo nagłego wzrostu ciśnienia, drugi zaś hamuje powrót ciśnienia do wysokiego poziomu.

Rola infekcji jelitowej w powstawaniu niektórych stanów nerwowych

Nie ulega wątpliwości, że wielu chorych, skarżących się na migrenę, astenię, depresję, melancholję, wzmożoną pobudliwość, niezdolność do pracy umysłowej ulega często kolibacillemji, względnie enterokokcemji, dających się wykryć bakterjologicznie w moczu.

DESGEORGES obserwował chorego, mającego w moczu pałeczki okrężnicy, u którego napady padaczkowe, po uprzednim bezskutecznym leczeniu bromowem, ustąpiły jedynie pod wpływem dezynfekcji jelitowej.

Nierzadko spotyka się u predysponowanych ciężką neurasenię, wywołaną zaburzeniami jelitowemi; jeśli od samego początku osobników tych poddać leczeniu przyczynowemu, t. j. odkażać zupełnie ich przewód pokarmowy, można u nich wówczas osiągnąć szybką poprawę, w przeciwnym zaś razie—choroba ich jest nieuleczalna.

Są to ofiary, jak mówi DESGEORGES, enterokokka, lub pałeczki okrężnicy; wielu takich chorych ma przewlekłe cierpienia, odwiedza okresowo lekarza, skarżąc się na zaburzenia przewodu pokarmowego, nerwowe, lub też ogólne, ściśle nie określone.

Często lekarz w takich przypadkach okazuje się bezsilny, nie może postawić właściwego rozpoznania i wówczas cierpienia tych chorych przypisuje zaburzeniom nerwowym.

Cierpienia te nie są jednak wyimaginowane, skargi zaś mają swoje uzasadnienie. Uregulowanie przewodu pokarmowego i dokładne jego odkażenie może doprowadzić do zadziwiających wprost wyników.

Kolibacillozy i zespół jelitowo-nerkowy Heitz-Boyera

Od lat już kilku coraz częściej zdają się być obserwowane infekcje jelitowe, wywołane pałeczką okrężnicy. Możliwe że chodzi tu o wielką jadowitość tego drobnoustroju; dzięki pracom HEITZ - BOYERA, coraz częściej zwraca się uwagę na ten mikroorganizm, wywołujący dane schorzenie.

Ostre wybuchy kolibacillozy cechuje podniesiona, niekiedy nawet w znacznym stopniu, ciepłota, której początkowo nie towarzyszą specjalne objawy. Nierzaz chorzy skarżą się na bóle przy oddawaniu moczu, często uczucie ciężaru w okolicy lędźwiowej, oraz bóle głowy. Przy badaniu narządów, nic patologicznego nie stwierdza się; mocz bywa klarowny, niekiedy mętny, czasem zawiera ślady krwi. Badanie bakterjologiczne pozwala wykryć w nim rozmaite ilości pałeczek okrężnicy samych, lub wraz z innymi drobnoustrojami, najczęściej — enterokokkiem.

Ten zespół chorobowy można obserwować również i u dziecka, chociaż rzadziej, niż u dorosłego. W mniejszym stopniu moż-

na tylko obserwować zaburzenia w drogach moczowych pod postacią zapaleń miedniczek, nerek (*pyelonephritis*), pęcherza moczowego (*cystitis*) i t. p., którym towarzyszy mętny moczu, zawierający pałeczki okrężnicy; zaburzenia te kończą się zniszczeniem mięszu nerkowego, dają początek przewlekłemu zapaleniu nerek (*nephritis chronica*) i nadciśnieniu tętniczemu (*hypertensio*)

Zasługa HEITZ - BOYERA polega na wykazaniu związku pomiędzy zaburzeniami jelitowymi, a schorzeniem dróg moczowych, w postaci tak zwanego zespołu *jelitowo - nerkowego*.

Ten stan chorobowy ulega dość łatwo likwidacji po możliwie wczesnem rozpoznaniu i zastosowaniu dokładnego odkażenia przewodu pokarmowego.

Infekcje jelitowe niewątpliwie odgrywają jeszcze rolę w powstawaniu zakażenia w innych narządach. Ostatnio zaczynają wspominać o tak zwanym *zespole jelitowo-płucnym*.

W wieku starszym infekcje jelitowe wpływają na powstawanie kamicy żółciowej, miażdżycy; działają na tkankę nerkową i t. d.; nie ulega wątpliwości, że warunki higieniczne w połączeniu z leczeniem odkażającym jelit—wcześnie zastosowaniem—mają wpływ na stan chorobowy i długość życia.

Wskazania lecznicze

Dwie myśli przewodnie kierują terapią powyższych schorzeń: jedna przewiduje leczenie natychmiastowe i stanowi *leczenie objawowe*, druga zaś, mając na uwadze etiologję, — stara się zmniejszyć, względnie zahamować nawrót choroby i stanowi *leczenie przyczynowe*. Leczenie objawowe bywa różnorodne i zależy od obserwowanego zespołu chorobowego.

Podaje się środki obniżające ciepłotę, odkażające drogi moczowe, zaleca się dietę ubogą w azot, małe krwiupusty. Następnie, należy przeprowadzić leczenie etjologiczne, polegające na odkażeniu jelit i mogące dać dodatnie wyniki.

Możliwe są dwa sposoby:

- 1) przy pomocy środków odkażających, chemicznych, pochodnych hexametylentetraminy,
- 2) przy pomocy szczepionek, zastosowanych miejscowo, lub ogólnie.

A. Środki chemiczne odkażające

Niegdyś były one szeroko stosowane; rola ich jednak obecnie coraz bardziej się zmniejsza. Chcąc osiągnąć działanie, należy podawać je w dużych dawkach, lecz wówczas wpływają niekorzystnie na żołądek, cały przewód pokarmowy i nerki. Wiadomo, że chorzy, poddani leczeniu hexametylentetraminą, skarżą się często na bóle lędźwiowe i zdradzają objawy nietolerancji nerkowej, względnie pęcherzowej.

Środki czyszczące — szybko stają się drażniące i usuwają tylko chwilowo fermentację i gnicie.

B. Szczepionki

Bardzo interesujące jest leczenie szczepionkowe. Z punktu widzenia teoretycznego nie ulega wątpliwości, że jeśli tą metodą osiągnie się usunięcie drobnoustrojów jelitowych, usunie się tem samym zaburzenia, powodujące rozmnażanie się mikrobów w ustroju.

Niestety, dotąd zastosować można tylko leczenie szczepionkowe podskórnie. Dziś jednak pokłada się wielkie nadzieje na leczenie miejscowe, dzięki zażywaniu szczepionek w buljonie, według zalecanej przez BESREDKI techniki ogólnej stosowania miejscowego szczepionek. O ile łatwo jest zastosować szczepionkę buljonową podskórnie i kontrolować jej działanie, o tyle trudno przewidzieć jej działanie na śluzówkę jelitową, pokrytą śluzem. I dlatego zaleca się chorym podawać uprzednio żółć, mającą własności obnażania śluzówki jelitowej i tem samym ułatwiająca wchłanianie szczepionki.

Przegląd kliniczny

Dwa przypadki żółtaczki hemolitycznej, wywołane włosogłówką ludzką (*trichocephalus dispar*)

M. BRULÉ przedstawił w Société Médicale des Hopitaux de Paris (29 maja, 1931 r.) dwie nadzwyczaj interesujące obserwacje. Jedna dotyczyła chorego, mającego od 9-ciu lat klasyczny zespół żółtaczki hemolitycznej. Badanie kału wykazało obecność jaj włosogłówki ludzkiej (*trichocephalus dispar*); leczenie przeciwpasorzytnicze tymolem doprowadziło do zupełnego wyzdrowienia.

Dруга obserwacja dotyczyła chorego, który po silnych krwotokach z odbytnicy, wyleczonych miejscowo zastosowaniami iniekcjami, zdradzał objawy żółtaczki hemolitycznej, której towarzyszyły biegunki, trwające bez przerwy 4 lata.

Po skonstatowaniu jaj włosogłówki jelitowej (*trichocephalus dispar*) w kale, rozpoczęto leczenie od ol. chenopodium, które usunęło szybko żółtaczkę hemolityczną i niedokrwistość.

Dwie te obserwacje żółtaczki hemolitycznej pouczają, że nigdy nie należy zapominać o częstych badaniach kału, gdyż wykrycie pasorzytów i ewentualne następowe leczenie specyficzne może doprowadzić do wyzdrowienia.

Nowoczesne zdobycze lecznicze w dziedzinie infekcji gruźliczej.

Prof. FIESSINGER podaje w streszczeniu („Journal des Praticiens”, 21 października, r. 1931) nowoczesną metodę badania prątków KOCHA, opracowaną przez LOEVENSTEINA.

Nowa ta metoda ma na celu wykrycie prątków w specjalnem środowisku, przy pomocy kultury. Prątki te zawarte są w odwirowanym z leukocytów osadzie krwi; powyższa metoda oparta na mikro-leukocyto-kulturze, opisana przez FIESSINGERA i CATTANA, wykrywa elementy bakteryjne w krwinkach w przebiegu septicemji.

LOEVENSTEIN nie znajdował nigdy prątków KOCHA u osobników zdrowych, luetyków, rakowatych, tyfusowych i t. p.; natomiast, naodwrot, znajdował prątki KOCHA u chorych, dotkniętych różnemi postaciami gruźlicy i od czasu do czasu u tych, których choroba nie miała żadnego związku z gruźlicą.

W ten sposób LOEVENSTEIN mógł zaobserwować septicemję prątkową w przebiegu ostrego gośca stawowego. Również w przebiegu gruźlicy skórnej można zaobserwować przejściową bacillemję bez żadnych widocznych objawów klinicznych; pozatem znajdował ją LOEVENSTEIN w niektórych chorobach nerwowych: *chorea*, *sclèrose en plaque* *neuritis retrobulbaris*, *schizophrenia*.

Stwierdzenie prątków w tych schorzeniach nie uprawnia jeszcze do zaliczenia ich do schorzeń gruźliczych. W przypadkach tych chodzi o zmniejszenie odporności, uczulenie i następowe uwolnienie prątków, zamkniętych w głębokiem ognisku.

Choroba Recklinghausena

ANDRÉ LEVI ogłosił pracę w „Bulletin Médical“ (czerwiec, r. 1929), dotyczącą choroby RECKLINGHAUSENA. Choroba ta może przybierać różne postacie kliniczne. Niekiedy nie postępuje ona naprzód, często z biegiem czasu przybiera objawy coraz cięższe.

Określenie: Jestto uogólnione włóknikowe zniekształcające zapalenie kości (*osteitis fibrosa deformans generalisata*), któremu towarzyszy tworzenie się torbieli i guzów; rozpoznanie stawia się na podstawie radjoskopji, choć często tłumaczenie obrazu radjologicznego nastrocza trudności.

Objawy kliniczne i radjologiczne: Objawy choroby RECKLINGHAUSENA odnoszą się wyłącznie do szkieletu: schorzenie to nie zmienia ruchomości, ani czucia obiektywnego, ani też odruchów; nie dotyka ono układu nerwowego ośrodkowego, ani też obwodowego. Objawy nerwowe są czynnikami dodatkowemi. Kość, zawierająca torbiele klinicznie, może zachować się najzupełniej prawidłowo, zmiany znajdują się często na poziomie nasad. (*diaphysis*), kości długich, przedramienia, kości promieniowej, udowej i t. d. W innych przypadkach kości powiększają dość często swoją objętość w całości, lub częściowo.

Choroba dotyka wszystkie kości, a zwłaszcza kości głowy, czaszki i szczęki. Torbiel mniej lub więcej próżna może być zawarta w naturalnej jamie; otwór komunikujący jest bardzo sze-

roki, a dno jamy pokryte jest masą różowawą, żółtawą niekrwawiącą, lecz nie wykazującą gładkiego i lśniącego wyglądu prawdziwych torbieli, wysłanych śródbłonkiem.

W niektórych przypadkach kości, powiększając swą objętość lub nie, uginają się, już to naskutek rozmiękania tkanki kostnej na poziomie torbieli, już to naskutek złamania.

Powikłania: Różnorodne te zmiany kostne mogą się wikłać bólami, względnie złamaniami. Należy zaznaczyć, że bóle są częstsze w spoczynku, niż podczas ruchów, co je odróżnia od bólów pochodzenia stawowego; często bóle bywają gwałtowne, wierzące — dzienne, a niekiedy nocne, lecz wyjątkowo mają charakter kłujący, strzelający, podobny do bólów, występujących zwłaszcza w wiądzie rdzenia.

Postacie kliniczne mają związek z siedzibą schorzenia; bywają postacie uogólnione, lub — daleko rzadziej — umiejscowione.

Leczenie. Wyniki lecznicze są niezbyt dobre. Leczenie wapniem wskazane jest wówczas, kiedy stwierdzi się, że zmiany w uwapnieniu kości są spowodowane ujemnym bilansem wapniowym; problem uwapnienia zresztą nie jest jeszcze rozstrzygnięty.

W ostatnich latach w powstawaniu choroby RECKLINGHAUSENA zwracano uwagę na gruczolę przytarczyczną, gdyż odgrywają one wybitną rolę w gospodarce wapniowej; w przypadkach daleko posuniętych nie należy odmówić chorym ewentualnego leczenia gruczolami dokrewnymi.

Objaw bólu uciskowego wyrostków ościstych kręgów w niedomodze mitralnej nieskompensowanej

Objawy PETRUSCHKY (ból, występujący przy ucisku czterech pierwszych i często pięciu wyrostków ościstych kręgów piersiowych) i ESPINA, charakterystyczne są dla schorzenia gruczolowego (*adenopathia tracheobronchialis*). LOEVENSTEIN stwierdził, że niedomoga mitralna w stanie ciężkiego niewyrównania u osobników dorosłych może dać te same objawy, o ile badanie radjoskopowe, odczyny biologiczne na tuberkulinę pozwalają wykłuczyć *adenopathia tracheobronchialis tuberculosa*.

Objawy te nigdy nie występują u osobników z wadą aortalną. U chorych z *wadą mitralną* często migotają przedsionki, któremu towarzyszy znaczne rozszerzenie lewego przedsionka. Ból uciskowy powstaje na drodze nerwowej. Gałązki z włókien współczulnych splotu sercowego komunikują się z czterema pierwszymi gałązkami łączącymi grzbietowymi (*rami communicantes dorsales*), a w szczególności z włóknami, które, przez gałązkę oponową, przebijają ścianę kostną kanału kręgowego.

Objaw ESPINA tłumaczy się powiększeniem objętości lewego przedsionka.

Awitaminoza a wole

WILIAMSON i PEARSE („Brit. med. journ.“ Nr. 3548, 5 stycznia 1929 r., t. 4—5) poświęcili wiele lat pracy fizjologii gruczołu tarczowego; badacze ci doszli do wniosku, że czynności tego gruczołu są podwójne. Z jednej strony produkuje on *jod - kolloid*, mniej lub więcej obfitujący w *tyroksynę*, z drugiej — posiada *sekrecję limfogenną*. Ta ostatnia ma związek z komórkami śród-błonkowo - siateczkowymi, wyściełającymi przestrzenie limfatyczne; sekrecja ta bywa wzmocniona w różnych schorzeniach, na początku których gromadzą się limfocyty we wnętrzu gruczołu, oraz w torebce elementów gruczołowych; w następstwie tego powstaje stwardnienie łączno - tkankowe, elementy gruczołowe przeistaczają się w tkankę łączną, właściwą dla gruczołu w obrętku śluzakowym.

Schorzenie to pod nazwą przewlekłego zapalenia tarczycy (*thyreoiditis chronica*) lub choroby RIEDELA, może być wywołane doświadczalnie na szczurach (CARRISON, „Brit. med. journ.“ Nr. 3548, 5 stycznia, r. 1929, t. 5—6). CARRISON podaje młodym szczurom białą mąkę amerykańską, kawałki mięsa, olej oliwkowy; szczury na autopsji w 25% przypadków mają wolę różnego rozmiaru i typu, opisanych przez WILIAMSONA i PEARSEGO. Samiczki bywają nieco częściej dotknięte wolem, niż samcy. Brak jodu nie jest przypuszczalnie przyczyną tego schorzenia, ponieważ dieta, zastosowana w tych przypadkach przez CARRISONA, zawierała nieco jodu.

Zjawienie się wola należy więc przypisać pożywieniu, obfitującemu w węglowodany i jednocześnie ubogiemu w witaminy. Z tego też względu CARRISON przypomina, jak bardzo rozpowszechnione jest używanie białej mąki i namiastek masła, ubogich w witaminę A, podczas gdy świeże owoce i jarzyny liściaste spożywane są w niewielkich ilościach. Należy podkreślić wielkie znaczenie etjologiczne powyższych obserwacji, dokonanych na szczurach.

Przegląd leczniczy

Leczenie czyraczności Stowarsolatem cynku

Prof. TANON omówił w Société de Médecine et d'Hygiène tropicales (23 stycznia, r. 1930) leczenie czyraczności stowarsolatem cynku. Produkt ten zawiera 22,69% arsenu i 9,89% cynku. Prof. TANON próbował leczyć tym środkiem i spostrzegł znikanie czyraczności we wszystkich przypadkach w ciągu 4 — 8 dni.

Niektóre czyraki w stanie ropienia goiły się szybko.

Stowarsolat cynku jestto biały proszek, bez smaku, mało rozpuszczalny w wodzie; w dawkach 3 — 4 gramów dziennie doust-

nie, względnie w dawce 1 g w postaci oleistej iniekcji podskórnej, nie powoduje u dorosłego objawów toksycznych.

Lek podaje się zwykle w dawce 1,5 g dziennie w trzech porcjach po 0,5, w postaci tabletek, zażywanych między posiłkami.

Dzieciom, w wieku 8 — 13 lat, daje się połowę dawki.

Celem wypróbowania tolerancji chorego, pierwszego dnia należy dać tylko jedną tabletkę. Jeśli pacjent dobrze zniesie lek, wówczas dawkę można zwiększyć do 1,5 g dziennie, podając tę dawkę w ciągu 4 — 5 dni.

Metoda ta dawała TANONOWI zawsze dobre wyniki; stosował on również stowarsolat cynku w pryszczycy z wynikami dodatnimi.

Nowoczesne leczenie gruźlicy płucnej

FLANDIN, LECOQ, MAISON i THIROLOIX przedstawili w Société Médicale des Hopitaux (12 grudnia, r. 1930) wyniki badań, osiągnięte w leczeniu gruźlicy płuc przy pomocy: *złota, ceru, molibdenu*.

Ze względu na objawy nietolerancji i intoksykacji, należy ze *złotem* obchodzić się ostrożnie. Powyżsi badacze wychwalają stosowanie małych dawek *złota* (0,05 — 0,20) w ciągu tygodnia i zalecają leczenie *per rectum*. Sole *złota* działają szczególnie na ogólny stan, lecz nie wywierają wpływu na prątki KOCHA. Ogniska gruźlicze pod wpływem leczenia ulegały bujaniu łącznotkankowemu.

Autorzy podają *złoto* w postaci podwójnych soli tiosiarczanych i sodowych *złota*, rozpuszczalnego w tłuszczach, sterylizowanego, w dawce po 0,03 w 1 cm³.

Związki takie podawane domięśniowo są dobrze znoszone.

Cer ma być czynniejszy od *złota*. Najbardziej dodatnie rezultaty osiągnięto *molibdenem*, wstrzykiwanym dożylnie. Autorzy stosowali go jedynie w postaciach ciężkich, z dużymi zmianami i wznowioną ciepłotą; *molibden* hamował szybko stany obostrenia choroby; obfita płwocina zupełnie znikła. W innych przypadkach, w których płwocina niezupełnie znikła, badanie mikroskopijne na obecność prątków KOCHA dało wynik ujemny.

Autorzy zastanawiają się, czy *molibden* nie stanowi leku specyficznego przeciwko gruźlicy.

DUFOUR, DESPEIGNES i MATHAIS przedstawili w Société des Médicale Hopitaux de Lyon (20 stycznia, r. 1931) wyniki doświadczalne podawania choliny w leczeniu gruźlicy płucnej. Wyniki badań są niezbyt zachwycające: objawy osłuchowe, krzywa ciepłoty i odpluwanie nie ulegały zmianie. Cholina, być może, wpływa w słabym stopniu na polepszenie ogólnego stanu.

BONNAMOUR i PIZZERA podawali cholinę 25-ciu chorym, nie osiągnęli jednak dobrych wyników nawet w przypadkach, w których leczenie prowadzono w ciągu wielu miesięcy.

CARLES i LEURET, przeciwnie, (Académie de Médecine,

3 lutego, r. 1931), stosując chlorowodorek choliny, osiągnęli dobre wyniki we wszystkich postaciach gruźlicy; zwracają oni uwagę na konieczność długotrwałego stosowania chlorowodorku choliny. Lek ten nie jest specyficznym w gruźlicy, przywraca on tylko prawidłową obronę ustroju; jest absolutnie nieszkodliwy (z wyjątkiem osobników ze wzmocnionym poziomem cholesterolu we krwi).

RENAUD w Société Médicale des Hopitaux (12 grudnia, 1930 r.), obok cennych danych teoretycznych, dotyczących stosowania związków, podał szereg obserwacji klinicznych.

Autor wstrzykiwał trzydziestu osobnikom z czynną gruźlicą alkalia ciężkich metali (złota, osmu, platyny).

U sześciu chorych uzyskał wpływ na ewolucję choroby, w sześciu innych — objawy funkcjonalne znikły, wreszcie u pięciu zaobserwował wyzdrowienie, połączone ze zniknięciem prątków w płwocinie i polepszeniem stanu płuc.

Wskazania lecznicze efedryny

Efedryna jestto pochodna „*ephedra vulgaris*“, rośliny bardzo popularnej wśród ludu chińskiego.

Korzeń nosi nazwę Ma Huang. YAMANASKI i NOGAI wyizolowali czynną substancję, która badana była przez AMATSA, KUBATA, szczególnie zaś przez TIFFENEAU. Ten ostatni wykazał, iż wzór chemiczny *efedryny* przypomina adrenaliny.

MOURON w pracy (opublikowanej w „Presse Médicale“, Nr. 73, 1921 r.), omawia własności i możliwe wskazania lecznicze *efedryny*. Ciało to działa naogół podobnie jak adrenalina: pobudza układ orto - sympatyczny. *Efedryna* powoduje zwężenie naczyń, wzmoczenie ciśnienia tętniczego, rozszerzenie źrenicy, zwolnienie mięśniówki oskrzelowej, zwiększa skurcze macicy. Wzmaga napięcie i ruch robaczkowy jelita i żołądka, powoduje leukocytozę w sposób bardziej powolny od adrenaliny; niekiedy wywołuje glikozurję, pobudza sekrecję śliny, żołądka, limfy, być może — potu. Według CHENA po okresie skąpomoczu (*oligurji*), związanej ze zwężeniem naczyń nerkowych, *efedryna* powoduje wielomocz (*polyurję*).

W odróżnieniu od adrenaliny, *efedryna*, wprowadzona do ustroju doustnie, zachowuje swoje działanie; podobnie zresztą jak adrenalina, nie ulega działaniu niszczącemu soków żołądkowo-jelitowych.

Efedryna nie wywołuje kumulacji. Daleko słabsza jest w działaniu od adrenaliny, jednak działa dłużej.

Z pośród wskazań leczniczych należy wspomnieć o zastosowaniu *efedryny* w oto - rhino - laryngologii celem znieczulenia słuchówek.

Efedryna, podana na początku ataku astmatycznego, może go zahamować, silny napad może przerwać w ciągu 15 — 30 minut; podana przed napadem powstrzymuje jego zjawienie się.

W przypadkach ciężkich *efedryna* zmniejsza duszność. Podawana codziennie regularnie, względnie nawet co drugi lub trzeci dzień, w zależności od przypadku, może obniżyć wrażliwość astmatyków na przeciąg wielu miesięcy. Zdaje się jednak, że odnosi się to do astmy na tle schorzeń w jamie nosowej. Należy podkreślić tak ważne jej wybiórcze znieczulające działanie na śluzówkę nosa, w oto - rhino - laryngologii, o czym wspominaliśmy wyżej.

Działanie uboczne *efedryny* jest naogół minimalne, polega ono na objawach nerwowych: bezsenności, drżeniu, niepokoju. W razie zjawienia się pewnej nietolerancji, można wówczas uciec się do podania związku — fenyletylmalonyłmocznika. Naciskiwanie wywołane *efedryną* u ludzi zdrowych, nie jest zbyt dobre dla astmatyków.

Efedrynę należy jednak dawkować astmatykom ostrożnie, zwłaszcza jeśli serce zdradza osłabienie. U prostatyków — zastosowana w dawkach większych, może wywołać pollakiurję, dyzurję, a nawet retencję moczu.

Leczenie naogół rozpoczyna się od dawek słabych (2 — 5 centygramów), następnie dawki się zwiększa, dochodząc do optymalnej, która waha się w granicach 5 — 15 centygramów. W razie palpacji serca, należy dawki zmniejszyć.

Efedryna szeroko rozpowszechniona jest w Niemczech; używana tam jest w postaci tabletek, które można podzielić na cztery części. Amerykanie — stosują albo podobne tabletki, albo 3% -owy roztwór, którego dawki można łatwo odmierzać.

HESZ zaleca jeden miligram na kilo wagi chorego. *Efedryna* zdaje się dawać dobre usługi w katarze siennym. W takim przypadku stosuje się 5% -owy roztwór na śluzówkę lub spojówkę nosa.. Należy przypuszczać, że lek ten, podobnie jak adrenalina, mógłby oddać usługi w walce ze schorzeniami o podłożu anafilaktycznym.

Leczenie pełnokrwistości (Plethora)

Pełnokrwistość jest schorzeniem, pozostającym często w związku z następującymi chorobami: cukrzycą, otyłością, dną i kamicą; pletorycy są predysponowani do miażdżycy.

MARTINET i LUTIER zalecają następujące leczenie:

1) Ograniczenie ilości pokarmów, a w szczególności węglowodanów, tłuszczów, chlorków, pokarmów tłustych i słonych.

Schemat odżywiania:

Zrana: 200 cm³ kawy, lub mleka, względnie świeżych owoców.

Południe: 100 gramów mięsa pieczonego (bez sosu), drobiu, lub chudej ryby, ziemniaki lub marchew, zielone jarzyny (z wyjątkiem szpinaku i szczawiu); z grzybów nie dawać trufli i pieczarków. Gotowane lub suszone owoce (pomarańcze, mandarynki, winogrona), maximum 60 — 80 g chleba: 500 cm³ napoju (wody, limonjady).

Godzina 4-a: 200 — 250 cm³ napoju (wody mineralnej, limonjady cytrynowej).

Godzina 7-a: 400 cm³ chudego rosołu, jedno lub dwa jajka, jarzyny, deser — jak w południe: 400 cm³ napojów.

Przed snem: 200 — 250 cm³ limonjady cytrynowej.

Używać 4 — 6 gramów soli dziennie do sporządzania potraw. Stosować bez ograniczenia sok z cytryny; przeprowadzić systematyczną kurację cytrynową (jedną do czterech cytryn dziennie).

2° W ciągu dwóch lub trzech miesięcy przeprowadzić kurację moczopędną.

W ciągu trzech tygodni pić naczczo 200 — 500 cm³ wody (CONTREXEVILLE, MARTIGNY, EWIAN, VITTEL, ROYAT, THONON, SAINT - COLOMBAN).

3° W ciągu trzech miesięcy brać środki przeczyszczające w postaci salina:

Natrii sulphurici 40 g dziennie.

4° Od czasu do czasu zalecać, obok kuracji czyszczącej, kilkudniową dietę wodną, kurację Guelpa, która daje dobre usługi, (zwłaszcza u otyłych, dnawych i djabetyków).

5° W czasie wolnym od kuracji czyszczącej, dokonać krwioupustu w ilości 200 — 300 g lub zalecić 8 — 10 ciętych baniek.

6° Zalecać gimnastykę, marsze, wycieczki, pływanie.

7° Zalecać wodolecznictwo zimne w połączeniu z ogólnym nacieraniem całego ciała.

Nowy aparat do leczenia starości i stanów astenicznych u mężczyzn

(DALIMIER, „Bullet. et Mem“. Société de Médecine de Paris. Nr. 13, r. 1931).

Aparat opisany przez referenta służy do pobudzenia czynności hormonalnej jąder na drodze fizycznej, mianowicie dzięki energii cieplnej i działaniu promieni radu wywołuje przekrwienie narządów. Oba te czynniki są niejako zespolone w tym aparacie; jest to pewnego rodzaju „auto - opoterapia“. Aparat ten (*Pelithe*) w kształcie suspensorjum nakłada się na jądra na przeciąg 2 godzin codziennie przed snem. Kuracja winna trwać miesiąc. Dobre rezultaty osiągnięto u neurasteników na tle seksualnym, we wczesnej starości, u rekonwalescentów po ciężkich chorobach.

Leczenie zespołu Angina abdominalis

Leczenie zespołu „angina abdominalis“ według RAMONDA („Paris Médicale“, 10 stycznia, r. 1931) jest następujące:

1° Leczenie napadów bolesnych:

a) obniżyć ciśnienie tętnicze i ułatwić krążenie w okolicy tętnicy brzusznej,

b) uspokoić nadmierną pobudliwość układu sympatycznego trzewnego.

A. *W czasie napadu:*

- 1° chory winien pozostać w łóżku,
- 2° zalecić ciepłe okłady na brzuch,
- 3° używać środków rozszerzających naczynia: 4 krople 1% alkoholowego roztworu trinitryny cztery razy dziennie; azotyn sodu (natrium nitrosum) w dawce pięciu centygramów. Można kazać choremu wdychać 5 — 6 kropli amyllum nitrosum.

4° Przepisać antismasmodica: na przykład ciepłe lawatwy z bromku amonu, według Teissier:

Ammonii bromati 2,0
Infus valerianae 125,0
Opii X kropli

na jedną lawatwę ciepłą.

5° W razie bólów uciec się do środków uspokajających: lawatwy z 2 g antypiryny i 10 kropli opium, morfiny.

6° Według VAQUEZA można łączyć środki rozszerzające naczynia z makowcem, lub trinitrynę z kofeiną.

1% sol. alcoh. trinitryni IX kropel

Heroini hydrochlorici 0,05

Cofeini 1,0

Natrii benzoici 2,0

Aquae destillatae q. s ad 100,0

m. f. s. d. s. 3 razy dziennie po łyżeczce do kawy

B. *W okresie międzynapadowym.*

1° Można dokonywać iniekcji domięśniowych wyciągów trzustkowych odinsulinowanych po jednej ampulce dziennie; należy dokonać serji 20 wstrzykiwań, po jednym dziennie; potem zrobić przerwę trzytygodniową i znowu przeprowadzić drugą serję wstrzykiwań.

2° Można również dokonać wstrzykiwań podskórnych, względnie domięśniowych acetylcholiny w dawce 5 — 10 centygramów.

3° Zalecić fizjoterapię: mięsienie brzucha, diatermię, heljoterapię, radjoterapię i t. p.

C. *Leczenie przeciwnapadowe:*

unikąć zmęczenia, przeziębienia, obfitych posiłków.

II. Leczenie zespołu „angina abdominalis” zależne jest od postaci — ostrej lub przewlekłej.

1° „*Angina abdominalis acuta*” leczy się samoistnie. Należy zadowolnić się ciepłymi okładami, lub kojącymi smarowaniami brzucha; jeśli przyczyną wywołującą jest ostry reumatyzm stawowy, przepisać salicylan sodu.

2° W „*angina abdominalis chronica*” zaleca się:

- a) noszenie pasa brzuszego,
- b) dietę, stosowaną w miażdżycy,
- c) leczenie przeciwkiłowe,
- d) leczenie jodem, pod postacią połączeń jodu z białkiem, jodyną, oliwy jodowanej,

- e) krzemian sodu w płynie, tabletkach, lub iniekcjach dożylnych,
- f) środki, podnoszące napięcie mięśnia sercowego (cardiotonica), o ile sprawa chorobowa obejmuje aortę piersiową,
- g) leczenie klimatyczne: Royat, Vittel, Evian, Chatel - Guyon, Plombier, Bourbon - Lancy, Nérís i Luxeuil.

Wiadomości bieżące

Z karty żałobnej.

P. Dr. Med. EDWARD FLATAU.

Dnia 7 czerwca r. b. zakończył życie po długich cierpieniach znakomity uczoney i wielki lekarz dr. med. Edward Flatau.

Urodzony w roku 1869 w Płocku, po ukończeniu tamtejszego gimnazjum i studjów lekarskich w Moskwie, osiedlił się w roku 1893 w Berlinie. Tu rozpoczął prace nad mózgiem, które odrazu uczyniły jego nazwisko znane w Europie. Owocem tych badań stał się pierwszy w swoim rodzaju „Atlas mózgu ludzkiego i przebiegu włókien“, przetłumaczony niebawem na kilka języków.

W tym czasie dr. E. Flatau pracuje u Leydena, Gada i Goldscheidera; jest twórcą „prawa odśrodkowego układu szlaków długich w rdzeniu“, przedstawionego na posiedzeniu Akademii Nauk w Berlinie.

Dr. E. Flatau pracuje jakiś czas z prof. Goldscheiderem nad patologją komórki nerwowej, poczem wydaje monografię anatomiczną normalnej i patologicznej komórek nerwowych; wspólnie z Jakobsohnem opracowuje i wydaje wyczerpujący podręcznik anatomiczny i anatomji porównawczej układu nerwowego u ssaków.

W roku 1899 dr. E. Flatau osiedla się na stałe w Warszawie, współpracując, początkowo jako konsultant, na oddziałach wewnętrznych Dunina, Janowskiego, oraz chirurgicznych Krajewskiego i Sawickiego.

W roku 1904 po zdaniu egzaminu konkursowego obejmuje stanowisko ordynatora oddziału neurologicznego w Szpitalu na Czystem. Dzięki mozolnej pracy dr. E. Flatau w krótkim czasie oddział ten staje się jedną z najpoważniejszych placówek naukowych w Polsce.

W roku 1913, dzięki inicjatywie dr. E. Flatau, powstaje przy Warsz. Tow. Naukowem pracownia neurologiczna.

Wspólnie z dr. Koelichenem dr. Flatau poświęca się badaniom procesów zapalnych w układzie nerwowym odśrodkowym.

Z pod pióra dr. Flatau wyszły między innymi: wyczerpująca monografia „O nowotworach rdzenia i kręgosłupa“ oraz w podręczniku Lewandowskiego — monografia migreny; opisał liczne własne zespoły kliniczne i objawy; podał własną metodę

przeplukiwania przestrzeni oponowych układu nerwowego ośrodkowego.

Ostatnie lata życia poświęcił zmarły uczonej nowotworom złośliwym układu nerwowego ośrodkowego i leczeniu ich radem. Z prac doświadczalnych wspomnieć należy o badaniach nad przepuszczalnością ośrodkowej barjery nerwowej. Wynikiem tych badań były podane przez dr. Flataua próby chromoneuroskopowe.

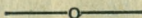
Blisko 40-letnia działalność naukowa tego niestrudzonego badacza i świetnego lekarza przysporzyła nauce wiele cennych prac, a światu lekarskiemu niejedną wybitną siłę.

Odszedł od nas najbardziej zasłużony, nigdy niezapomniany, pod wieloma względami niezastąpiony.

Cześć świetlanej pamięci wielkiego lekarza!

Niemal jednocześnie z dr. E. Flatauem rozstał się z tym światem b. p. dr. D. Mintz, autor licznych prac z dziedziny gastrologji, wybitny i b. popularny lekarz warszawski. Zmarł w wieku lat 71.

W ostatnich tygodniach zmarli jeszcze: ś. p. dr. Władysław Kociatkiewicz, członek stałej komisji lekarskiej Kasy Chorych (Warszawa) oraz dr. Teodor Zabołotny, lekarz naczelny sanatorium Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego w Małorycie.

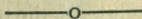


Kalendarzyk Zjazdowy:

28, 29 i 30 sierpnia r. b. — Zjazd Lekarzy na V Kurs Doształcający w Ciechocinku.

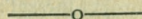
13—15 października r. b. — Kongres Międzynarodowy Przewodniczący w Paryżu (miał się odbyć w Rzymie).

Informacje: Zarząd Polskiego Tow. Zwalczenia Gościca, Warszawa, Nowy Świat 23/25.



Proszeni jesteśmy o zamieszczenie następującej notatki, dotyczącej Zjazdu w Vichy:

Szanowni Koledzy, pragnąca przyjąć udział w Zjeździe w Vichy, zechcą łaskawie (niezależnie od deklaracji, posłanych do Paryża) zawiadomić o tem doc. Leona Karwackiego, Warszawa, Koszykowa 45, w celu uformowania listy i przedstawienia jej władzom dla uzyskania paszportów ulgowych. Jest bardzo mało szans uzyskania ulg paszportowych dla rodzin członków Zjazdu (żon, córek, synów).



T REŚĆ ZESZYTU Nr. 4.

str.

Rola fermentacji i infekcji jelitowej w patologii	1
Rola infekcji jelitowej w powstawaniu kamicy żółciowej	2
Rola infekcji jelitowej w powstawaniu nadciśnienia tętniczego i miażdżycy	2
Rola infekcji jelitowej w powstawaniu niektórych stanów nerwowych	3
Kollibacillozy i zespół jelitowo-nerkowy Heitz-Boyera	3
Wskazania lecznicze	4
A. Środki chemiczne odkażające	4
B. Szczepionki	5
Przeгляд kliniczny	5
Dwa przypadki żółtaczki hemolitycznej, wywołane włośogłówką ludzką (<i>trichocephalus dispar</i>)	5
Nowoczesne zdobycze lecznicze w dziedzinie infekcji gruźliczej	5
Choroba Recklinghausena	6
Objaw bólu uciskowego wyrostków ościstych kręgow w niedomodze mitralnej nieskompensowanej	7
Awitaminoza a wole	8
Przeгляд leczniczy	8
Leczenie czyraczności Stowarsolatem cynku	8
Nowoczesne leczenie gruźlicy płucnej	9
Wskazania lecznicze efedryny	10
Leczenie pełnokrwistości (Pléthora)	11
Nowy aparat do leczenia starości i stanów astenicznych u mężczyzn	12
Leczenie zespołu Angina abdominalis.	12
Wiadomości bieżące	14

PRENUMERATA

	Miejscowa
Rocznie	Żł. 6.—
Kwartalnie	Żł. 1.50

Zamiejscowa
Żł. 7.—
Żł. 1.75

CENY OGŁOSZEŃ

1/1 strony	Żł. 300.—
1/2 " "	" 175.—
1/3 " "	" 90.—

Cena pojedynczego zeszytu Żł. 1.—

Redakcja i Administracja:

Warszawa, Grzybowska № 88, tel.: 224-27 i 229-34.

Konto w P. K. O. 6070.

Redaktor przyjmuje interesantów w sobotę od 12—14.

Sekretariat czynny codziennie, oprócz niedziel i świąt; od g. 10—12.

Redaktor: Dr. med. Alfred Galewski, Wydawca: Aleksander Wieniewicz.

Sekretarz redakcji: Hipolit Lucjan Ostowski.

Drukarnia „SIŁA”, Warszawa, Marszałkowska 71. Tel. 8 34-48.

114632

OPŁATA POCZTOWA UISZCZONA RYCZAŁEM

PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

**D
E
B
E
-
J
Y
-
J
U
N
Z
-
K**

pod redakcją

DR. MED. ALFREDA GALEWSKIEGO

Rok II.

Październik 1932 r.

Zeszyt 5.

3693.D.1942

AKADEMIA LEKARSTWA W GDAŃSKU
BIBLIOTEKA

GENALKALOIDY

*Polonowskiego
i Nitzberga*

GENEZERYNA

NIEDOKWAŚNOŚĆ
CZĘSTOSKURCZE
DYSPEPSJA

GENATROPINA

NADKWAŚNOŚĆ
ZABURZENIA W UKŁADZIE
WSPÓŁCZULNYM

GENOSTRYCHNINA

ASTENJA
NEURASTENJA
NIEDOWŁADY

GENHYOSCYAMINA

STANY SPASTYCZNE JELIT
ZAPALENIE MÓZGU
RÓŻNEGO RODZAJU DRZENIA

GENOSKOPOLAMINA

STANY PARKINSONICZNE
ZNIECZULENIA CHIRURGICZNE

WYŁĄCZNE PRZEDSTAWICIELSTWO NA POLSKĘ
LABORATORJUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

„ASMIDAR”

WARSZAWA,

GRZYBOWSKA 88.

PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

pod redakcją
Dr. med. ALFREDA CALEWSKIEGO

Poliomyelitis epidemica*)

Poliomyelitis epidemica lub chorobę HEINE - MEDINA obserwowano w pokaźnej liczbie przypadków w Alzacji i na wschodzie Francji. Należy zaznaczyć, że schorzenie to w mniejszym, lub większym stopniu występuje endemicznie.

Nasze dotychczasowe sposoby lecznicze w stosunku do zarazka, powodującego to schorzenie, są jeszcze dość ograniczone. Posiadamy jednak surowicę, bez wątplenia skuteczną, którą należy stosować w pierwszych dniach choroby; zastosowana nieco później, wywiera wpływ minimalny. Wczesne rozpoznanie pozwala z jednej strony izolować chorych, z drugiej — leczyć skutecznie, o ile tylko istnieje możliwość.

Studjum kliniczne

Poniżej podajemy wskazówki kliniczne do wczesnego rozpoznania choroby HEINE - MEDINA.

Poliomyelitis może przybierać dwie postacie kliniczne: postać właściwą *poliomyelityczną* i *mózgową*.

Pierwszą spotyka się daleko częściej, gdyż obejmuje ona około 75% przypadków.

a) Postać *poliomyelityczna*.

Rozpoczyna się naogół lekkim wzniesieniem ciepłoty, bólem głowy, dość często zaburzeniami w przewodzie pokarmowym, biegunką, wymiotami, brakiem łaknienia. Objawy te trwają około 24 godzin. Potem zjawiają się objawy ogólne: ciepłota dochodzi do 39° i 39,5°, ból głowy, sztywność karku (dodatni Kernig) —

*) Przekład z Nr. 11 z r. 1930 „L'Information Medic.“.

objawy te pozwalają przypuścić istnienie stanu zapalnego opon mózgowych.

Naogół, po upływie trzech dni zjawiają się porażenia, pozwalające rozpoznać chorobę HEINE - MEDINA, zbiegają się one z momentem spadku gorączki (temperatura może wrócić wówczas do normy). Porażenia mogą rozpocząć się w jednym punkcie i następnie rozprzestrzeniać się na rozmaite grupy mięśni w sąsiedztwie; mogą atakować jedną tylko grupę mięśni, lub więcej, lecz mają zawsze charakter stały; towarzyszy im odrazu zanik mięśni grup dotkniętych.

Odruchy ścięgniste bywają zniesione, można zaobserwować dodatni objaw Babińskiego, świadczący o zajęciu szlaków piramidowych.

Ogólne objawy infekcyjne nie trwają dłużej, niż osiem dni, lecz amyotrofia, podobnie zresztą, jak porażenia, utrzymuje się nadal. Te ostatnie często zwolna cichną, mogą nawet zupełnie zniknąć; w wielu jednak przypadkach pozostają tylko ślady, wynikające ze skutecznie przeprowadzonego leczenia.

W opisany sposób przedstawia się obraz kliniczny postaci średniej choroby HEINE-MEDINA. W zależności od natężenia objawów, należy odróżnić postać ostrą, rozpoczynającą się nagle objawami infekcyjnymi i ogólnym ciężkim stanem. Ciepłota odrazu podnosi się do 40° , natychmiast zjawiają się wymioty. Stan ogólny szybko pogarsza się, śmierć następuje po dwóch, lub trzech dniach.

Naodwrot, w formie podostrej ciepłota bywa prawidłowa, względnie dochodzi tylko do 38° . Porażenia bywają umiarkowane, naogół nikną po upływie kilku dni, zanik mięśni zaznacza się w niewielkim stopniu; rozpoznanie jest trudne, o ile się nie ma w pamięci tej jednostki.

Niekiedy, aczkolwiek rzadziej, obserwuje się postać bolesną, mogącą przeobrazić się w neuralgię biodrową, lub ramieniową, ośrodkowo obserwowaną i opisaną przez DENECHAV. Rozpoznanie nastęrcza trudności, zwłaszcza w neuralgji biodrowej (rwie kuluszowej), jakkolwiek brak klasycznych punktów bolesnych i lekkie wzniesienie ciepłoty każą myśleć o innej sprawie, a nie o banalnej neuralgji, szczególnie, jeśli obserwuje się lekki stopień parezy i amyotrofji.

b) *Postać mózgową.*

Początek jest nagły z objawami ogólnymi, infekcyjnymi. Następnie zjawiają się porażenia mniej lub bardziej rozprzestrzenione, lecz, w przeciwieństwie do postaci wyżej opisanej, odruchy bywają wzmożone, lub zachowane. Często obserwuje się zaburzenia oczne, określane przez okulistów „porażeniami czynnościowymi”, jednocześnie zjawia się śpiączka. Często — zaburzenia psychiczne w sensie nadmiernej pobudliwości, lub też depresji.

Nakłucie łądzwiowe daje płyn mózgodzenny, którego cechuje leukocytoza ze wzmożoną ilością albumin i 0,8 — 1,1 g cukru.

Po kilku dniach ustępują objawy ogólne i infekcyjne. Porażenia znikają po kilku tygodniach, lecz amyotrofja jest objawem dość trwałym; zupełne wyzdrowienie, o ile jest możliwe, obserwować można po upływie wielu miesięcy.

Wśród rozmaitych postaci klinicznych można obserwować postać b. ostrą, lecz rozpoznanie tego przypadku jest ogromnie utrudnione i wyjątkowe.

Bardziej interesujące bywają **postacie postępujące**, typu wstępującego, lub zstępującego.

W **typie wstępującym** można obserwować z początku porażenie jednej kończyny dolnej, następnie mięśni brzucha, kończyny górnej, wreszcie mięśni karku i krzyża — całość przedstawia obraz choroby LANDRY'EGO. W przypadkach tych notowano zejścia śmiertelne, skutkiem następowej asfiksji, wywołanej porażeniem ośrodków oddechowych.

W **typie zstępującym** porażenia rozpoczynają się od kończyn górnych, następnie zajmują kończyny dolne, po uprzednim zajęciu mięśni brzusznych.

O etiologii tej sprawy chorobowej mało dziś wiadomo, dotychczas nie wyodrębniono czynnika patogennego. Przypuszczają istnienie jadu przesączalnego (*virus filtrans*), który — wstrzyknięty małpie — odtwarza doświadczalnie daną jednostkę chorobową.

Chorobę tę obserwuje się u ludzi różnego wieku, dotyka ona zwłaszcza dzieci. W razie epidemji należy zamknąć szkoły, wszelkie zbiorowiska dzieci winny być wówczas zakazane. Zauważono, że u pierwszych ofiar tej choroby przebieg jej jest cięższy, niż u następnych, u których rokowanie jest daleko pomyślniejsze.

Leczenie

Leczenie choroby HEINE - MEDINA należy rozpocząć wcześnie i energicznie; winno się ono składać z jednej strony z leczenia ogólnego stanów infekcyjnych, z drugiej — z leczenia specyficznego, skierowanego przeciwko tej chorobie.

Leczenie ogólne przeciwnie jest dobrze znane, nie należy się nad niem dłużej zatrzymywać: zaleca się obfite napoje, olej kamforowy, uroforminę, wstrzykiwania z salicylatu sodu i t. d., leczenie to bywa różnorodne i zależy od stopnia obserwowanych objawów.

Leczenie specyficzne winno być zastosowane z chwilą rozpoznania choroby. Polega ono głównie na zastosowaniu surowicy *Pettit'a* z Instytutu Pasteur'a w Paryżu.

NETTER od roku 1910 stosował chorym surowicę uzdrowieńców i w ciągu dziesięciu lat wstrzykiwał ją do kanału kręgowego. Obecnie ten wielki klinicysta zaleca stosować surowicę domięśniowo w dawce od 20 — 50 cm.³ i rzadko powtarzać ten zabieg.

W roku 1918 **Pettit** z Instytutu Pasteura sporządził surowicę przeciwpoliomyelityczną. Surowica ta działa skutecznie, o ile zastosować ją wcześniej, przed zjawieniem się porażań. Dobre jej wyniki zostały potwierdzone przez prof. ETIENNE z Nancy, który pierwszy stosował ją, osiągnięte zaś wyniki nadał do wiadomości na Kongresie pedjatrów w Lozannie.

Stosowanie surowicy **Pettit'a**

Gdy podczas epidemji chory zaczyna zdradzać objawy opornowe pochodzenia neurotopowego, należy natychmiast wykonać punkcję lędźwiową. Jeśli płyn mózgowodenny okaże się klarowny i zawierać będzie wzmózoną ilość leukocytów bez drobnoustrojów ze zwiększoną lub niezwiększoną ilością cukru, należy wówczas:

1° Izolować chorego.

2° Wstrzykiwać domięśniowo surowicę przeciwpoliomyelityczną **Pettit'a** w dawkach następujących:

dorosłemu, wagi 70 kg., po 10 cm.³ przez pierwsze dni, zwiększając dawkę, o ile zajdzie potrzeba, aby dojść do pełnej dawki — około 200 cm.³;

dziecku, średniej wagi 15 — 20 kg. po 10 cm.³, ogółem 60 — 100 cm.³.

3° Jeśli nie można dostać surowicy **Pettit'a**, a posiada się surowicę uzdrowieńców, co często się zdarza (w szpitalach i w czasie epidemji zawsze powinna być w zapasie), należy zastosować wstrzykiwanie 30 cm.³ tejże surowicy domięśniowo.

4° W razie braku polepszenia, zastosować salicylan sodu doustnie, lub lepiej domięśniowo (bolesność), względnie dożylnie.

Akrodynja lub choroba **Swift-Feere'a***)

Schorzenie bardzo ciekawe, dotychczas nieobserwowane we Francji. Jednostkę tę spotykano w Australji, Stanach Zjednoczonych Ameryki i w Szwajcarji. Etiologia tego schorzenia jest zupełnie nieznaną. **JENNY** badał tę chorobę, stwierdził podłożę zakaźne i ogłosił wyniki swoich doświadczeń w „*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*“.

Jestto choroba dzieci, opisana (w roku 1914) przez australijskiego pedjatę **SWIFTA** pod nazwą „*erythroedema*“. Terminy „*dermato - polyneuritis*“, „*polyneuritis erythroedematosa*“, „*erythroedema epidemica*“ i „*polyneuritis pellagroïdes*“ zdają się nieodpowiadać tej jednostce. Nazwa „*akrodynja*“, proponowana przez lekarza amerykańskiego **WESTONA**, zbliża tę jednostkę do obserwowanej przez francuskich lekarzy w latach 1928 — 1930 w okolicach Paryża, lecz choroba ta dotykała dorosłych i naogół trwała od dwóch do trzech tygodni — maximum dwa miesiące. Epidemje tej choroby zdarzały się w wojsku. **JENNY** proponu-

*) Przekład z Nr. 11 z r. 1930 „*l'Information Medic.*“.

je nazwać schorzenie SWIFTA u dzieci chorobą „SWIFT-FEER'A”, ponieważ FEER pierwszy zaobserwował je w Europie i podał do wiadomości Szwajcarskiemu Tow. Pedjatrycznemu w Bernie.

Chorobę SWIFT - FEER'A spotyka się u dzieci, zwłaszcza w wieku od 16 miesięcy do trzech lat, lecz obserwowano ją również u dzieci powyżej tego wieku i nawet w szóstym roku życia zdaje się ona dotyczyć bardziej dziewczynki, niż chłopców; częściej zjawia się w porze zimowej (od grudnia do kwietnia).

Początek choroby najczęściej przypomina banalną grypę — katar oczno - nosowy; chorobie, jakto zdarzało się w obserwacji JENNEGO, towarzyszy grypa. Niekiedy objawy podobne są do zapalenia mózgowia; rzadziej towarzyszą zaburzenia żołądkowo-jelitowe, ciepłota jednak pozostaje prawidłowa; niekiedy dołączają się powikłania w postaci odoskrzelowego zapalenia płuc (*bronchopneumonia*), zapalenia ropnego skóry (*pyodermitis*), ropni (*abscessus*) — ciepłota pozostaje niska i to jest charakterystyczną cechą *akrodynji*.

Kardynalnym objawem jest obrzmienie zimne, wilgotne i cyanotyczne dłoni, stóp, często także nosa i twarzy. Ten czerwony obrzęk niema ostrych granic, jak *erythema w pellagrze*. Pocznie się bywa zawsze wzmożone i przybiera formy napadowe; napady wywołują gwałtowne pragnienie, łuszczenie się skóry, wypadanie paznokci, ślinotok i łzawienie. Dotknięte kończyny są siedliskiem palącego swędzenia, które odbiera choremu spokojny sen i bywa przyczyną najrozmaitszych schorzeń, jak ropnego zapalenia skóry (*pyodermitis*), ropni (*abscessus*), wynikających z drapania. Infekcje te zawsze mają tendencję do przejścia w zimne owrzodzenia. Często bywają zaatakowane śluzówki i, mimo braku jakichkolwiek objawów zapalnych, można obserwować wrzód rogówki (*ulcus corneae*), spojówki, śluzówki jamy ustnej, oraz częste wypadanie zębów, bez żadnych uszkodzeń. Wkońcu dołączają się zaburzenia nerwowe (brak humoru, snu, astenja, hypotonja, zanik mięśni, zmuszający dziecko do pozostania w łóżku, drżenie, parestezje, wzmożenie, lub osłabienie odruchów ścięgnistych) i zaburzenia sercowo - naczyniowe, szczególnie w postaci częstoskurczu (tachycardia) — który może dojść do 120, lub 140 uderzeń na minutę — oraz nadciśnienie z przerostem serca.

Przebieg choroby jest powolny. Okresy obostrzeń rozdzielają fazy polepszenia. W większości przypadków sprawa chorobowa kończy się zupełnem wyzdrowieniem w ciągu 4 — 6 miesięcy, często czas trwania choroby wynosi 2½ miesiąca, jak to było w przypadkach JENNEGO. Jednak zdarzają się postaci ciężkie, trwające do roku. Śmierć może nastąpić, wskutek infekcji wtórnej, odoskrzelowego zapalenia płuc (*bronchopneumonia*), zapalenia miedniczek i pęcherza (*pyelocystitis*), zakażenia ogólnego (*septicemji*). JENNY opisuje przypadek, dotyczący dziecka, które utrą-

ciło palec, skutkiem zgorzeli i zmarło po upływie pięciu miesięcy, z powodu odoskrzelowego zapalenia płuc (bronchopneumonia). Na 16 opublikowanych przypadków 14 miało zejście śmiertelne.

Nakłucie łądźwiowe, odczyn skórny na tuberkulinę, odczyn Wassermanna — dają wyniki ujemne, wobec czego etiologia pozostaje absolutnie ciemną. Jako przyczyny, wywołujące to schorzenie, przyjmowano awitaminozę, zaburzenia w gruczołach dokrewnych i choroby infekcyjne. JENNY sądzi, że w tej sprawie chorobowej odgrywa pewną rolę położenie geograficzne.

Choroba dotyka specjalnie układ nerwowy wegetatywny. Leczenie, ze względu na nieznaną etiologję tego schorzenia, bywa objawowe.

JENNY proponuje leczenie arsenem, które mu dało niezłe wyniki.

Przegląd kliniczny

Rak skóry (statystyka i leczenie)

Badacze amerykańscy zwrócili uwagę na częstość występowania w ostatnich czasach raków skóry. RAVOGLI z Cincinnati w ciągu 10-u lat leczył 231 przypadków raków skóry, w tem 138 mężczyzn, 93 kobiety; wiek chorych wahał się od 40 — 70 lat.

Według RAVOGLI'EGO sprawa pod względem lokalizacji ilościowo przedstawiała się w następujący sposób:

Twarz — 10 przypadków, *czoło* — 11, *ucho* — 23, *powieka* — 12, *policzki* — 33, *nos* — 32, *nozdrza* — 15, *wargi* — 25, *okolica skroniowa* — 25, *kark* — 11. Nabłoniaki skórne można było obserwować na częściach odkrytych.

Rak skóry bywa zwykle poprzedzany stanem przedrakowym, często rozwija się on na bliznach, brodawkach, wilku i t. p. Kiła bywa również przyczyną raka skóry.

Według RAVOGLI'EGO rak skóry nie rozwija się na podłożu kiłowym.

Traumy, chrapanie, drażnienie wywołane fajką, lub cygarem są czynnikami predysponującymi rozwój raka.

Rak skóry często przebiega bez bólu i ta bezbolesność niejednokrotnie doprowadza do błędnego rozpoznania choroby. Przebieg raka skóry bywa powolny i może trwać od 3 — 10 lat.

Od szybkiego i pewnego rozpoznania zależy skuteczne leczenie. W przypadkach wątpliwych należy uciec się do biopsji.

Usuwanie chirurgiczne guzów nie jest leczeniem doszczętnem. W większości przypadków istotnie bywają zaatakowane gruczoły; niemożliwą jest jednak rzeczą usunąć operacyjnie wszystkie gruczoły.

RAVOGLI twierdzi, że nawet intensywne radioterapia nie zawsze daje zachwycające wyniki. Sądzi on, że raki skóry mają jakieś podłoże infekcyjne, gdyż często występują u osobników, narażonych na ekskorjację skórną (ogrodnicy); radzi używać do mycia rąk roztworu 2% karbolu.

Rak skóry należy do typu schorzeń, przeciwko którym można skutecznie stosować sole magnezu. Tę metodę wychwala i stosuje prof. DELBET.

Przypadek kamieni gruczołu krokowego. Niezupełna retencja moczu. Cystostomia. Wyleczenie

Kamienie w okolicy gruczołu krokowego występują rzadko. Dr. DAVID opisuje chorego w wieku lat 60. Ogólny stan zadawalający. W 19-ym roku życia miał krótkotrwały ropomocz.

W roku 1925 zapalenie pęcherza moczowego z pollakiurią, krwimoczem, ropomoczem, i wreszcie retencją moczu. W tymże czasie chorego cewnikowano i przemywano mu pęcherz. Po tych zabiegach szybko nastąpiło wyleczenie.

W marcu 1926 roku znowu pollakiuria. W jednym ze szpitali francuskich zrobiono cystoskopję, która nie wykryła nic patologicznego. Od tego czasu chory oddaje mocz, lecz odczuwa bóle przy końcu tej czynności; ilość wydalanego moczu wynosi 50 — 60 cm.³. Przez cewkę odchodzi nieco ropy; mocz zlekka mętny. Brak krwimoczu.

Sądzone, że niekompletna retencja moczu powstała na tle przerostu gruczołu krokowego. Badanie per rectum stwierdza prawidłowy wygląd gruczołu krokowego, masaż jego daje niewielką ilość płynu surowiczego - ropnego. Cewnikowanie wykazuje retencję moczu mętnego w ilości 300 g. Należało więc przypuścić, że retencja moczu została spowodowana przez środkowy płat gruczołu krokowego. Zrobiono zdjęcie rentgenowskie. Chory przybył powtórnie dnia 5 marca 1928 roku. Stan jego poprawił się nieco, mocz oddaje co dwie godziny; cewnikowany mocz jest mętny.

9-go marca po cewnikowaniu nagły wzrost temperatury, dochodzący do 38,8°. Ten stan trwał 24 godziny.

16-go marca cewnikowanie dało 300 g moczu b. mętnego, amonjakalnego.

24-go marca zdjęcie rentgenowskie wykazuje w okolicy podłonowej obecność trzech kamieni. Cystoskopia tegoż dnia wykazuje dwa duże kamienie (jeden śnieżno biały, lśniący, drugi—ciemno szary) w okolicy gruczołu krokowego, usadowione po obu stronach linii środkowej; między temi kamieniami tkanka gruczołu krokowego, mająca wygląd płata średniego.

W znieczuleniu chloroformowem dokonano 11 kwietnia cystostomji. Z początku znaleziono duży kamień na dnie pęcherza; potem jeszcze dwa w gruczole krokowym, niezrośnięte z nim. Wyjęto je natychmiast. Gruczoł krokowy niepowiększony. Przebieg po-

operacyjny normalny; chory wyzdrowiał, mocz, który pod wpływem przemywań stał się bardziej klarowny, oddaje prawidłowo.

Obserwacja ta z wielu względów zasługuje na uwagę:

1° Symptomatologia nie przemawia za kamieniami, chory miał objawy retencji moczu na tle przerostu gruczołu krokowego.

2° Badanie per rectum i cewnikowanie nie pozwoliły stwierdzić obecności kamieni, które zostały wykryte dzięki radiografii i cystoskopji.

3° Znajdowały się dwa kamienie w gruczole krokowym, które nie dawały objawów; objawy zaś dawał trzeci kamień, znajdujący się w pęcherzu, umożliwiając początkowo choremu oddawanie moczu, a pod wpływem skurczów pęcherzowych dawał retencję.

W danym przypadku nie chodzi o kamień w gruczole krokowym, lecz — w części sterczowej cewki moczowej.

4° W tych przypadkach niema mowy o litotrypsji; cystostomia jest jedynym wskazaniem leczniczym, które może zupełnie uzdrowić chorego.

Rozpoznanie takich przypadków jest trudne.

Przegląd leczniczy

Sole niklu i kobaltu w leczeniu cukrzycy

Bogata jest dziś literatura, omawiająca leczenie cukrzycy solami niklu i kobaltu wraz z insuliną. Szczególnie interesująca jest obserwacja, opublikowana przez ROCHA i du BOIS z Genewy, ponieważ wykazuje, iż można łączyć leczenie solami niklu i kobaltu z insuliną.

Powyżsi autorzy podali 15 marca 1929 roku obserwację w „*Société Médicale des Hopitaux*”.

Chory lat 37 cierpi na cukrzycę z acetonurją i leczony jest dużymi dawkami insuliny.

Prześciowe zaniechanie podawania insuliny wywołuje napad śpiączkowy, który został usunięty po wstrzyknięciu 1.200 jednostek insuliny w ciągu 48 godzin.

Po podawaniu w ciągu kilku miesięcy po 170 jednostek insuliny dziennie, zaczęto dodawać dwa razy dziennie 20 g następującego roztworu:

Chlorku niklu

Chlorku kobaltu à 0,04

Wody destylowanej 400,0

w którym dawka poszczególnych składników wynosiła dziennie 4 mlgr.

Pod wpływem tego leczenia stwierdzono zmniejszenie się diurezy i glikozurji, która z 50 g./litr spadła do 25 g. Wyniki osiąga

się po ośmiu dniach od chwili rozpoczęcia leczenia i utrzymują się jeszcze w ciągu 6 dni po odstawieniu leku. Chory, poddany leczeniu niklem i kobaltem, otrzymuje w tym samym czasie insulinę w dawce 170 jednostek dziennie. Nikiel i kobalt, podawane w niewielkich dawkach, zdają się wzmacniać działanie insuliny.

Metale te mogą być zalecane zarówno w cukrzycy ciężkiej, jak i — lekkiej.

Leczenie neuralgji twarzowej trójchloretylenem

GLASER („*The Journal of the American Medical Association*“, 21 marca 1931) opublikował wyniki leczenia neuralgji twarzowej trójchloretylenem.

PLESSNER wyleczył tym środkiem 85% przypadków; inni uzyskali polepszenie w mniejszym stopniu.

GLASER zaobserwował polepszenie i zmniejszenie napadów bólowych w blisko 50% przypadków.

Leczenie polega na wdychaniu 3 — 4 razy dziennie 20 — 25 kropli trójchloretylenu. Kuracja trwa od miesiąca do 6-ciu tygodni. W przypadkach wyzdrowienia należy inhalacje przerwać, powtarzać profilaktycznie co 2 lub 3 miesiące w ciągu trzech dni.

GLASER radzi stosować leczenie trójchloretylenem przed wstrzykiwaniem alkoholu do zwoju GASSERA, lub przed przecinaniem gałązek czuciowych.

Genostrychnina w lecznictwie

POLONOVSKY i NITZBERG z Lille wykryli połączenia tleno - azotowe alkaloidów, które nazwali **genalkaloidami**; odznaczają się one znacznie mniejszą toksycznością od odpowiednich alkaloidów. Jednym z takich genalkaloidów jest Genostrychnina.

Genostrychnina, zastępująca strychninę, jest daleko mniej od niej toksyczna, dzięki czemu można łatwiej zmieniać dawki i często prowadzić leczenie w ciągu dłuższego czasu; zastosowana dożylnie, zabija psa dopiero w dawce od dwóch centygramów na kilo wagi zwierzęcia.

Genostrychnina jest około 200 razy mniej toksyczna od strychniny (MAX i MICHAŁ POLONOVSCY, *Académie des Sciences*, 30 marca 1925 i *Société de Biologie*, 1926)

Aby osiągnąć taki sam efekt, jaki daje strychnina u człowieka, należy zastosować dawkę *genostrychniny* pięć razy większą (doustnie) od strychniny.

Dla *genostrychniny* istnieje duża rozpiętość między dawką leczniczą a toksyczną, czego niema przy podawaniu strychniny.

W praktyce stosuje się benzoesan *genostrychniny*.

Jakkolwiek wskazania lecznicze *genostrychniny* są podobne do strychniny, to jednak posiada ona znacznie mniej przeciwwskazań, co należy zawdzięczyć jej mniejszej toksyczności.

Astenja. *Genostrychnina* wskazana jest we wszystkich stanach astenicznych. Osiąga się nią wyraźne efekty w osłabieniu nerwowo - mięśniowym i psychicznym, bez obawy o nietolerancję, co się zdarza przy podawaniu strychniny. Siły ustroju powracają, a praca umysłowa staje się łatwiejsza. Środek wzmagają laknienie, działa na bezsenność i usuwa bóle głowy.

Lek ten nietylko przywraca siły ustroju, uczucie lekkości i większą sprawność mięśniową, lecz stwarza także pewien stan euforji, usuwający smutek i przygnębienie.

Genostrychnina działa szczególnie w wyczerpaniu mózgowym, spowodowanym przepracowaniem. Praca staje się mniej uciążliwa, wyrażanie myśli łatwiejsze. Jestto środek pobudzający sprawność umysłu.

Brak toksyczności pozwala stosować lek ten bez względu na wiek w następujących przypadkach: astenji u dorosłych, kobiet ciężarnych i karmiących, u starców, dla których strychnina byłaby niebezpieczna, ze względu na nerki i kumulację, co może prowadzić do zatrucia.

Niedowłady atoniczne. *Genostrychninę* zaleca się w porażeniach atonicznych, t. j. w porażeniach ze zmniejszeniem, lub zniesieniem odruchów; pobudza ona aparat nerwowo - mięśniowy; zastępuje strychninę, która ze względu na toksyczność, nie może być stosowana w dawkach wystarczających.

Genostrychnina daje efekty w porażeniach atonicznych, spowodowanych zapaleniem nerwów (na tle zakaźnym), zatruciem alkoholem, ołowiem i w porażeniach dyfterycznych. Działanie jej jest podwójne: pobudza aparat nerwowo - mięśniowy i ruguje toksyny.

Zapad sercowo-naczyniowy. *Genostrychnina* zapobiega, lub usuwa zapad sercowo-naczyniowy, wyświadcza również dobre usługi osobnikom, przechodzącym tyfus, grypę, zapalenie płuc, którzy są narażeni na osłabienie mięśnia sercowego, jak również we wszystkich chorobach infekcyjnych, mogących dawać zapad.

Genostrychnina daje efekty w zapadzie pooperacyjnym. Wywołując działanie pobudzające na aparat naczynioruchowy, daje doskonałe rezultaty w stanach podciśnienia.

Zaburzenia dyspeptyczne. *Genostrychnina* wzmagają laknienie, pobudza sekrecję i zwiększa czynność ruchową żołądka, przynosi ulgę chorym, cierpiącym na dyspepsyje atoniczne, anoreksję, opuszczenie żołądka. Zazwyczaj lepiej bywa znoszona od strychniny i preparatów na niej opartych — jak *tinctura nucis vomicae*; jest mniej drażniąca i wywołuje bardziej trwałe działanie.

Choroby zakaźne. *Genostrychnina* nietylko zapobiega zapadom sercowym, lecz także pobudza energję organizmu i odczyn obronny. Pozbawiona toksyczności, może być zawsze stosowana bez obawy.

Środek ten działa, zwłaszcza w przypadkach, kiedy siły ustroju zmniejszają się, gdy tętno zdradza przyspieszenie i zjawiają

się objawy zatrucia układu nerwowego: drzenie, bezsenność, delirium; naogół, kiedy odporność ustroju słabnie.

U uzdrowieńców, pod wpływem tego leczenia, siły szybko powracają, łaknienie poprawia się; powrót do zdrowia następuje szybko.

Zatrucie. *Genostrychnina* przewyższa strychninę dzięki swej nietoksyczności i własności rugowania toksyn; zalety te uwydatniają się, zwłaszcza w przypadkach zatrucia, alkoholem.

Genostrychnina usuwa niepokój nocny, drgawki, nadwrażliwość skórą, zapalenie nerwów alkoholowe, delirium tremens

Dawkowanie.

Genostrychninę podaje się dorosłym w dawce 5 — 20 miligramów dziennie.

Dawka dzienna może dojść do 20 mg, o ile zachodzi konieczność. U dziecka dawka waha się w zależności od wieku: naogół wynosi od 2 — 6 mg.

Genostrychninę przepisuje się w granulkach po 2 mgr., w roztworze 5 : 1000 (30 kropli odpowiada 5 mgr.), lub w ampułkach do wstrzykiwań podskórnych, dawkowanych po 1 ctg. na 1 cm³. Naogół zaleca się 2 — 3 granulek, lub XX — XXX kropli roztworu 2 razy dziennie w ciągu 8 — 10 dni; podskórnie — po jednej ampułce dziennie w ciągu 8 — 10 dni.

Nowoczesne leczenie odwapnienia zlokalizowanego

Prof. M. CHAUMET ogłosił na *III-im Kongresie Międzynarodowym Radjologów* nową metodę leczniczą przypadków rozrzedzeń kostnych.

Schemat tej metody jest następujący:

1° — Podawanie małych dawek promieni X.

Podaje się 150 R. pod filtrem grubości 15 mm. aluminium, o napięciu 130 KV, odległość od antykathody do skóry winna wynosić 22 — 31 cm. Naświetlania robić codziennie, lub co drugi dzień—ogółem na to samo pole 1800—2000 R. Liczba pól zależy od rozmiaru okolicy w sensie anatomicznym; podudzie wymaga pola zewnętrznego i wewnętrznego; łokieć pola przedniego i dwóch bocznych. Rozmiar pola zależy od odległości pomiędzy ogniskiem a skórą. Naświetlania winny trwać około dwóch tygodni.

2° Zastosowanie promieni pozafiołkowych.

Promienie te można stosować co drugi dzień na okolicę piersiowo - płucną przednią, a potem tylną. Naświetlania te są postępujące. Z początku winny trwać od 4 — 5 minut, w ostatnich seansach można dojść do 25 — 30 minut.

Chory zasadniczo nie dostaje gorączki, ani zaczerwienienia skóry (*erythema*), jak również nie odczuwa niepokoju nocnego. Serja naświetlań składa się z 18 — 20 seansów.

3° W czasie tych naświetlań należy podawać chorym:

Calcii glycerophosphorici
Calcii phosphorici àà 0,5

m. f. p. d. ł. d. Nr. 30

d. s. 2 proszki dziennie.

Leczenie nadciśnienia tętniczego

A. — O g ó l n e z a s a d y:

1° **Wypoczynek:** leżenie w łóżku.

2° **Dieta**, polegająca na usunięciu pokarmów, pobudzających ośrodki naczynioruchowe: alkohol, napoje alkoholowe, lub kofeinowe.

W bardzo niewielkiej ilości używać pieprzu, soli kuchennej. Jeść powoli, żuć dokładnie.

3° **Fizjoterapia:** w nadciśnieniu średnim zalecić lekkie ćwiczenia, unikać klimatu morskiego i górskiego.

Wodolecznictwo: dwa razy w tygodniu ciepłe kąpiele od 36 — 38°.

Kąpiele gazowęglowe kojące.

Diatermia wprawdzie nie obniża ciśnienia, lecz powoduje rozszerzenie naczyń.

4° **Leki:**

I. Krwiouputy:

W razie nagłego podniesienia się ciśnienia upuścić, w zależności od osobnika, 200 — 300 cm³ krwi.

Przy nadciśnieniu średniego stopnia dwa razy w miesiącu krwiouputy w ilości 80 — 150 cm³.

II. Środki czyszczące; dieta GUELPA, która obniża ciśnienie, ale jednocześnie z tem zmniejsza odporność ustroju.

W razie złego funkcjonowania jelit, zastosować salina.

III. Środki moczopędne: zalecać w każdym przypadku nadciśnienia:

a) teobrominę 1 — 2 g dziennie,

b) cebulę morską (*scilla maritima*).

B. — Środki obniżające ciśnienie.

1° **Rozszerzające naczynia:**

jemiola,

poходne nitrowe,

amylum nitrosum,

2° **Przeciwskurczowe:**

Valeriana,

Belladonna,

Bromki,

Benzoesan benzylu,

3° **Jod.**

Dieta uboga w składniki azotowe. Wieczorem dieta oszczędzająca.

Powyższe wskazówki lecznicze podał Dr. KONNING w czasopiśmie „*Scalpel*” (4 stycznia 1930 r.).

Niżej wymienione środki, obniżające ciśnienie, zostały podane przez CORNILA w „*Bruxelle Médical*”.

Amylum nitrosom do wdychania.

Obniża ciśnienie krwi, powodując rozszerzenie naczyń obwodowych i trzewnych. Działa przemijająco. Uspokaja ból organiczny, *anginoidalny*.

Azotyn sodu: 10 — 20 centygramów dziennie w roztworze. Obniża tylko ciśnienie maksymalne. Działanie nieregularne i przemijające. W następstwie daje hipertensję.

Trinitryna: 6 — 12 kropli dziennie w roztworze wywołuje przejściowe działanie hypotensyjne, dzięki rozszerzeniu naczyń obwodowych. Koi ból organiczny, *anginoidalny*.

Benzoesan benzylu w roztworze alkoholowym od 20—60 kropli 3 — 4 razy dziennie. W przypadkach wysokiego nadciśnienia, szczególnie działa na ciśnienie skurczowe. Oddaje dobre usługi w stanach napadowych.

Papaweryna: 8 — 24 centygramów dziennie w pigułkach po 4 centygramy. Powoduje rozszerzenie naczyń, w szczególności — wieńcowych. Wyświadcza dobre usługi w nadciśnieniu skurczowym, nie wywołuje żadnego działania w nadciśnieniu na tle miażdżycy nerek.

Chloral w dawce 1g. dziennie w 4-ch porcjach. Podawać sześć dni, poczem zrobić przerwę sześciodniową. Jestto środek rozszerzający naczynia, działa na ośrodek naczyniowy w sensie obniżania pobudliwości. Powoduje dość znaczny spadek ciśnienia maksymalnego i, w mniejszym stopniu, minimalnego. Wzmaga diurezę i wydalanie azotu. Efekt po ukończonej kuracji utrzymuje się naogół w ciągu wielu dni. Oddaje dobre usługi w niektórych postaciach wysokiego i średniego nadciśnienia, zwłaszcza w postaciach skurczowych.

Jemiola: wyciąg wodny 5 — 15 centg. dziennie w pigułkach. Obniża dość często ciśnienie maksymalne. Mniejszy wpływ wywiera na ciśnienie minimalne. Po kuracji działanie utrzymuje się w ciągu wielu dni.

Nalewka czosnkowa w stosunku 1 : 10 po 15 kropli dwa razy dziennie, wywiera działanie słabe i niestałe.

Jod: 10 — 15 kropli dwa, lub trzy razy dziennie w postaci połączenia peptonu z jodem. Do wstrzykiwań domięśniowych.

Leczenie jodem, zdaje się, dawać dobre usługi w nadciśnieniu u pełnokrwistych, u których lepkość krwi bywa zwiększona; mniej dobre — u sklerotyków.

Cytrynian sodu: 2 — 4 gramów dziennie. Często wyświadcza usługi sklerotynom, mającym wzmózoną lepkość krwi.

Krzemian sodu: 1 — 3 g. dziennie w roztworze; wychwalany w miażdżycy.

Thiosinamina: 5 — 15 ctg dziennie w pigułce; nadaje się do leczenia przeciwmiążdżycowego, gdyż rozmiękcza tkankę miążdżycową; przeciwwskazana u gruźlików i osobników, mających blizny pooperacyjne.

Bromek potasu: 1 — 2 g dziennie w roztworze uspokaja serce i naczynia.

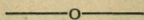
Środki moczopędne: teobromina w dawce 1,5 g dziennie. Cebula morska (*scilla maritima*) 15 ctg. dziennie. Dobre usługi daje w zespołach sercowo - nerkowych.

Środki czyszczące: salina, drastica; stosować je w każdym nadciśnieniu.

Wiadomości bieżące

Nowe władze uniwersyteckie w Warszawie.

Rektorem Uniwersytetu Warszawskiego na rok akademicki 1932/33 został wybrany p. dr. Józef Ujejski, profesor zwyczajny historii literatury polskiej; prorektorem — p. dr. Jan Łukasiewicz, dziekanem Wydziału lekarskiego — p. dr. med. Wiktor Grzywo-Dąbrowski, profesor zwyczajny medycyny sądowej.

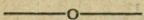


Kalendarzyk Zjazdowy.

W dniach 28, 29 i 30 sierpnia r. b. odbył się w Ciechocinku, wzorem lat ubiegłych, V Lekarski Kurs wakacyjny.

W okresie od 19 września do 8 października r. b. odbędzie się w Warszawie I Kurs Teorii i Praktyki z dziedziny radiologii lekarskiej, urządzony staraniem Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego, pod protektoratem Wydziału lekarskiego Uniwersytetu W. Informacyj udziela sekretarz Kursu, p. dr. med. B. Kryński, Warszawa, Zielna 11 tel. 675 - 78.

22 lipca 1933 r. odbędzie się II Zjazd Międzynarodowego Tow. Ortopedycznego w Londynie. Informacyj udziela p. dr. med. Michał Grobelski, Poznań, Gąsiorowskich Nr. 7, delegat Międzynarodowego Tow. Ortopedycznego na Polskę.



Z karty żałobnej.

W ostatnich czasach zmarli:

Dr. med. Seweryn Sterling, profesor Wolnej Wszechnicy Polskiej, dyrektor Szpitala im. Poznańskich w Łodzi, członek wielu

Towarzystw naukowych, wybitny lekarz, specjalista chorób płucnych.

Dr. med. Zygmunt Monsiorski, docent położnictwa i ginekologii Uniwersytetu Warszawskiego, autor wielu cennych prac naukowych, ordynator Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie.

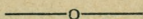
Dr. med. Samuel Goldflam, nestor neurologii polskiej, wybitny badacz i wielki lekarz.

Dr. med. Grzegorz Zamenhof (Warszawa).

Dr. med. Stanisław Iwanicki, członek Warszawskiego Towarzystwa Lek. (Warszawa).

Dr. med. E. Jasiński (Łódź).

Dr. med. Jakób Borowski i dr. med. I. Tenenbaum (Warszawa).



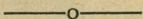
N a d e s ł a n o d o R e d a k c j i .

C z a s o p i s m a :

Nr. 42 „Monde Médical“ z r. 1932.

Nr. 8 „L'Information Médicale“ z r. 1932.

Nr. 7 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych“ z r. 1932.



A n k i e t a .

Dział naukowy Laboratorium chemiczno - farmaceutycznego „ASPIDAR“ nadesłał nam poniższą ankietę z prośbą o jej zamieszczenie na łamach naszego pisma:

Z każdym dniem rozwijający się w Polsce przemysł farmaceutyczny wymaga obecnie racjonalnej propagandy. Nie można jej ani bagatelizować, ani pozostawiać przypadkowi. Musi ona być prowadzona umiejętnie i z pożytkiem dla ogółu. Aby jednak to osiągnąć, należy poddać dokładnej analizie zarówno dotychczasowe sposoby rozpowszechniania preparatów farmaceutycznych, jak również — nowe projekty i pomysły.

Do tego potrzebna jest pomoc pp. Lekarzy, do których, dzięki uprzejmości Redakcji „Przeglądu Terapeutycznego“, niniejszem zwracamy się i prosimy o łaskawe odpowiedzi na następujące pytania:

- 1) *Jak należy rozpowszechniać preparaty farmaceutyczne?*
- 2) *Czy dotychczasowe metody propagandy preparatów farmaceutycznych są celowe?*
- 3) *Co zaproponowałbym?*

Odpowiedzi, które potraktujemy jako materiał poufny, zechcą pp. Lekarze nadsyłać do Redakcji „Przeglądu Terapeutycznego“, Warszawa, Grzybowska 88, pod „Ankieta—ASPIDAR“.

TREŚĆ ZESZYTU № 5.

str.

Poliomyelitis epidemica	1
Studjum kliniczne	1
Leczenie	3
Stosowanie surowicy Pettit'a	4
Akrodynja lub choroba Swift-Feere'a	4
Przegląd kliniczny	6
Rak skóry (statystyka i leczenie)	6
Przypadek kamieni gruczołu krokowego. Niezupełna retencja moczu. Cystostomja. Wyleczenie	7
Przegląd leczniczy	8
Sole niklu i kobaltu w leczeniu cukrzycy	8
Leczenie neuralgji twarzowej trójchloretylenem	9
Genostrychnina w lecznictwie	9
Nowoczesne leczenie odwapania zlokalizowanego	11
Leczenie nadciśnienia tętniczego	12
Wiadomości bieżące	14
Ankieta	15

PRENUMERATA

	Miejscowa
Rocznie	Zł. 6.—
Kwartalnie	Zł. 1.50

Zamiejscowa
Zł. 7.—
Zł. 1.75

CENY OGŁOSZEŃ

1/1 stronicy	Zł. 300.—
1/2 „	„ 175.—
1/3 „	„ 90.—

Cena pojedynczego zeszytu Zł. 1.—

Redakcja i Administracja:

Warszawa, Grzybowska № 88, tel.: 224-27 i 229-34.

Konto w P. K. O. 6070.

Redaktor przyjmuje interesantów w sobotę od 12—14.

Sekretarjat czynny codziennie, oprócz niedziel i świąt: od g. 10—12.

Redaktor: Dr. med. Alfred Galewski. Wydawca: Aleksander Wieniewicz.

Sekretarz redakcji: Hipolit Lucjan Ostowski.

Drukarnia „SIŁA“. Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

GENOSKOPOLAMINA

POŁONOWSKIEGO i NITZBERGA

Wskazania kliniczne
STANY PARKINSONICZNE
DRZĄZKA PORAZENNA
ZESPOŁY CHOROBY PO
ZAPALENIU MÓZGU. ZNIE-
CZULENIA CHIRURGICZNE

4 - 8 granulek dziennie, w dwu względnie trzech dawkach przed jedzeniem. W stanie płynnym należy przepisywać 15-20 kropli 3 razy dziennie

W celu osiągnięcia szybkiego efektu należy wstrzykiwać jedną ampułkę dziennie.

OPAKOWANIE: AMPUŁKI: pudełko zawierają albo 10 ampułek po 1mg. albo 3 ampułki à 3mg.
GRANULKI: rurka zawiera 60 granulek po 1/2 mg.
PŁYN: flakon zawiera 20 cm³ roztworu 1,5:1000.

Wyłączne Przedstawicielstwo na Polskę
LABORATORJUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

„ASMIDAR”

WARSZAWA,

GRZYBOWSKA 88.

WSKAZANIA KLINICZNE

STANY SKURCZOWE
JELIT NA TLE HIPERWAGO-
TONJI, STANY PARKINSO-
NICZNE, PLAŚAWICA, RÓŻ-
NEGO RODZAJU
DRZENIA

Genhyoscycamina

POŁONOWSKIEGO
i NITZBERGA

Przed jedzeniem
1-3 granulek
(lub 10-20 kropli)
2-3 razy dziennie.

W celu osiągnięcia szybkiego
efektu, należy wstrzykiwać
jedną ampulkę dziennie.

OPAKOWANIE

AMPULKI: pudełko zawiera 10 ampulek po 2 mg.

GRANULKI: flakon zawiera 60 granulek po $\frac{1}{2}$ mg.

PŁYN: flakon zawiera 20 cm³ roztworu 1,5:1000.

Wyłączne Przedstawicielstwo na Polskę
LABORATORJUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

„ASMIDAR”

WARSZAWA,

GRZYBOWSKA 88.

OPŁATA POŻYTOMA UISZCZONA RYCZAŁTEM

PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

**D
M
E
-
M
-
S
-
M
U
N
-
K**

pod redakcją

DR. MED. ALFREDA GALEWSKIEGO

Rok II.

Listopad - Grudzień 1932 r.

Zeszyt 6.

2692.D.1948

AKADEMIA LEKARSKA W GDAŃSKU
BIBLIOTEKA

Wyrób krajowy!



OŚLABIENIE MIĘŚNIA SERCA.
CHOROBY GORĄCZKOWE.

CADECHOL

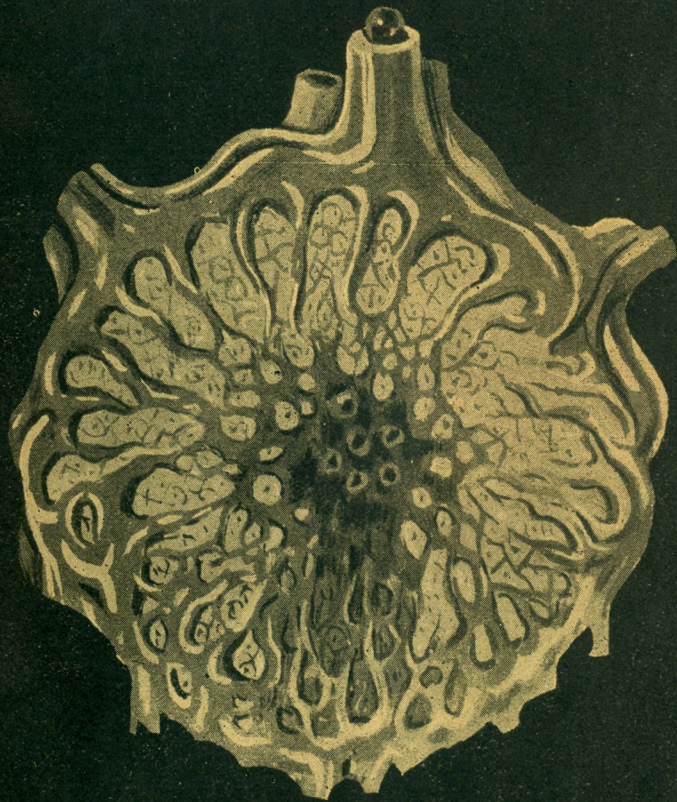
HT

LAB. CHEM. FARM.
- „ASMIDAR”
- WARSZAWA
GRZYBOWSKA 88

METODA C.H. BOEHRINGER
SOHN A.G. „INGELHEIM”

PANBILINE

KAMICA ŻÓŁCIOWA
KOLKA WĄTROBIANA
ŻÓLTACZKA



PANBILINE

LAB. CHEM. FARM.

"ASMIDAR"

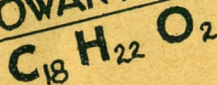
WARSZAWA GRZYBOWSKA 88

Dra ROUSSEL'A

GYNOSTRYL

FOLLIKULINA KRYSTALICZNA

JEDYNY PREPARAT
WYKRYSZALIZOWANEGO
HORMONU JAJNIKOWEGO
DAWKOWANY WAGOWO



Staloscé dawkowania
jedna amp. - 500 j. szcz.
jedna kropla - 10 j. szcz.
Nieograniczona konserwacja
Niezwyczajnie niska cena
pud. 6 amp. - zł. 8.30
flakon 10 cm³ - zł. 7.50

WARZAWA
GRZYBOWSKA 88

PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

Dr. med. ALFRED GALEWSKI.

Nowoczesne leczenie nadczynności tarczycy

Nadmierna czynność tarczycy (*hyperthyreosis*) obejmuje różne postacie chorobowe. Do nich przedewszystkiem należą: klasyczna postać choroby Basedowa, struma basedowata Kochera, gruczolak toksyczny (*adenoma toxicum*) Plummera i Boothby'ego, praebasedow Zondeka, basedowoid Sterna, parabasedow Labb'ego, wreszcie konstytucja hipertyreoidalna Bauera.

Nadczynność tarczycy mogą powodować czynniki konstytucjonalne (Bauer). Konstytucję taką cechuje: budowa ciała wiotka, blask oczu, wzmóżona pobudliwość naczynioruchowa, skóra różowa, wąskie i długie palce, skłonność do biegunek, pocenie się.

Poza czynnikami konstytucjonalnymi nadczynność tarczycy mogą wywoływać: 1) ostre choroby zakaźne, 2) przewlekłe, jak gruźlica (Białokur, Janowski), kiła, 3) wreszcie podawanie jodu, który niekiedy jest przyczyną powstania nadczynności tarczycy w postaci Jod-Basedowa.

CHOROBA BASEDOWA. Czy choroba Basedowa jest hipertyreozą, czy też dystyreozą (spaczenie jakościowe hormonu). Kwestja ta do dnia dzisiejszego jest nierozstrzygniętą. Za hipertyreozą przemawiają: 1) względnie częste ustępowanie objawów chorobowych w następstwie zabiegu operacyjnego lub stosowania energii promienistej oraz 2) analogja do nadczynności tarczycy, osiąganaj doświadczalnie.

Za dystyreozą przemawiają: 1) niektóre objawy myxoedemy, jak obrzęki, wypadanie włosów oraz 2) jednoczesne objawy nadczynności i niedomogi tarczycy.

Choroba Basedowa jest typową oznaką nadczynności tarczycy. Obok klasycznej trójcy — wole, wytrzeszcz i częstoskurcz — objawów ocznych — Stellwaga, Kochera, Moebiusa i innych jak, Jellinek (brązowy odcień powiek), Joffroie (brak zmarszczek na czole przy patrzeniu w dal), istnieją mniej charakterystyczne objawy: chudnienie, drżenie nie tylko rąk (Marie), ale warg,

języka, powiek, przepony, mięśni prążkowanych; pozatem cechuje — częstość występowania wzmożonej podstawowej przemiany materji, która zwiększa się w miesiącach letnich (lipcu — sierpniu), co pozostaje w związku ze zwiększeniem się ilości jodu w przyrodzie — świat roślinny (H i r s c h).

Za wczesne objawy należy uważać zaburzenia sercowo-naczyniowe (J a g i c). W miarę trwania choroby i nasilania objawów następuje przerost, następnie rozstrzeń lewego serca, niekiedy uszkodzenie samego mięśnia sercowego (myodegeneratio thyreotoxica). Czynność serca bywa przyspieszona, nieraz zjawia się niemiarowość zupełna lub migotanie przedsionków, w późniejszych okresach — niedomykalność zastawki dwudzielnej. Elektrokardjograf wykazuje zwiększenie fali P, jako wyraz przerostu przedsionka i fali końcowej T, jako wyraz hipertyreotoksykozy (Z o n d e k).

Ze strony naczyń — objaw Q u i n c k e'g o dodatni, tętno chybkie, w tętnicach szyjnych często szmer skurczowy, poty, objaw M a r a n o n (zaróżwienie skóry w okolicy tarczycy), ziębniecie kończyn ze skłonnością do odmrożeń.

Ciśnienie rozkurczowe obniżone.

We krwi bywa: wzmożenie liczby krwinek czerwonych, retikulocytów, leukocytoza z limfocytozą (M o ł d a w s k i, G a l e w s k i), zmiany w krzepliwości, lepkości, pozatem globulinemja, hypercholesterolemja, zawartość jodu większa, od 25 — 50 gamma‰. (w normie 7,5 — 15,3‰, H i r s c h).

Ze strony przewodu pokarmowego — częste biegunki, niekiedy napadowy ślinotok i nadkwaśność.

Ustrój osobnika, dotkniętego chorobą Basedowa, odznacza się wzmożoną mobilizacją białkową, węglowodanową, tłuszczową i wodną oraz ujemnym bilansem wapniowym, fosforowym i chlorkowym.

Zapotrzebowanie tlenu przez ustrój jest wzmożone i zużytkowanie jego w krążeniu obwodowym złe. Wyrównywa on to dzięki: 1) wzmożeniu rzutu minutowego serca (przyspieszenie krwiobiegu, 7 — 8 na minutę, w normie 3 — 4 na min.), stąd częstoskurcze, 2) wzmożeniu ilości krwi krążącej: 100 — 120 cm.³ (norma 80 cm.³), 3) rozszerzeniu naczyń włoskowatych i wreszcie 4) przez zmianę powinowactwa hemoglobiny do tlenu.

Cała przemiana materji chorego wygląda, jakby ustrój miał do pokonania wyteżoną pracę.

JOD - BASEDOW. C o i n d e t, który w ubiegłym stuleciu pierwszy zaczął stosować nalewkę jodową w leczeniu wola, zauważył, że u niektórych osobników, poddanych temu leczeniu, występują objawy chorobowe, polegające na chudnięciu, osłabieniu, wymiotach, bieguncie, drżeniu, kołataniu serca, przyspieszeniu tętna i silnych potach. Dla tej postaci wprowadzono nazwę Jod-Basedow (K o c h e r). Piśmiennictwo polskie uwzględnia również przypadki Jod-Basedowa (G o l d f l a m, P u ł a s k i, P u s z e t). Rozpoznanie tego rodzaju tyreotoksykozy jest

Zaparcia nawykowe na tle nieomogci wątrobowej usuwa
RECTOPANBILINA.

trudne, ponieważ nie różni się on zasadniczo od choroby Basedowa i cechuje go brak objawów neurovegetatywnych (wytrzeszcz).

Należy zaznaczyć, że wysokość dawki jodu i droga wprowadzenia go do ustroju nie odgrywa tutaj żadnej roli. Znane są przypadki Jod-Basedowa u ludzi, którym wstrzyknięto jod w celach rozpoznawczych, np. do kanału kręgowego (E l e k t o r o w i c z).

PRAEBASEDOW jest okresem poprzedzającym wystąpienie choroby Basedowa. Klinicznie cechuje go wytrzeszcz, wole, częstoskurcz, stany podgorączkowe. Przemiana podstawowa niezwiększona, we krwi znamienne występowanie młodych postaci krwinek czerwonych (granulofilocytów). Praebasedow może ulec zupełnej likwidacji, lub przeobrazić się w chorobę Basedowa.

PARABASEDOW LABBÉ'GO niekiedy przebiegiem klinicznym zupełnie przypomina chorobę Basedowa, jednak różni się od niej brakiem wzmoczenia przemiany podstawowej, brakiem wytrzeszczu i spadku na wadze. Postać ta ma charakter bardziej stacjonarny, niełatwo przechodzi w chorobę Basedowa.

STRUMA BASEDOFICATA SECUNDARIA KOCHERA albo postaci poronne **PIERRE - MARIE** stanowią jednostki, które cechuje wole przez czas dłuższy nieczynne; może ono jednak ulec wkońcu przeobrażeniu w czynne, toksyczne ze wzmoczeniem przemiany podstawowej, z drżeniem i przyspieszeniem czynności serca.

GRUCZOLAK TOKSYCZNY (adenoma toxicum) należy już do grupy wola z hypertyreozą bez czynników sympatycznych. Wyodrębniony został przez szkołę amerykańską, jako osobna jednostka chorobowa. Istnieją postaci ciężkie i lekkie.

Postać ciężka: podłożem morfologicznym jest (struma nodosa) wole guzowate zwykłe lub kolloidowe. Związek jego z nadczynnością tarczycy jest niewątpliwy, przyczem brak w nim niektórych objawów (wytrzeszczu, drżenia, zwiększonej przemiany podstawowej). Choroba przebiega przewlekłe, powoli, jednak cechuje ją szybkie chudnięcie; spotyka się ona przeważnie u kobiet po 40 — 50 roku życia, towarzyszą jej zaburzenia sercowe, żółty odcień skóry. Czasami brak wola (adenoma toxicum larvatum). W różnicowaniu należy podkreślić, że choroba Basedowa spotyka się u ludzi młodych i rozwija się szybko; gruczol tarczowy w chorobie Basedowa jest powiększony jednolicie, a w gruczolaku dają się wymacać guzy.

Postać lekka: odznacza się zgrubieniem szyi, wzmoczeniem przemiany podstawowej, jednak brakiem wytrzeszczu i drżenia; spotyka się u młodych w przebiegu chorób zakaźnych.

Godzi się na tem miejscu uwzględnić klasyfikację wola według **P l u m m e r a**, który odróżnia wole jadowite (struma toxica, adenoma toxicum) od wola zwykłego (struma non toxica), do którego zalicza wola gruczolakowe (s. adenomatosa) i kolloidowe (s. colloïdes). Podawanie jodu w wolu zwykłym prowadzi do przeistoczenia go w jadowite.

CINNOZYL = cinameina + cholesteryna + kamfora
w sterylizowanym roztworze olejowym.

GRUPA TYREOZ MIESZANYCH obejmuje te postaci choroby Basedowa, w których obok objawów nadczynności tarczycy, spotykamy objawy podczynności (np. obrzęki śluzakowe kończyn, twarzy oraz sucha skóra, otępienie psychiczne, obniżenie przemiany podstawowej, otyłość). Wytlumaczenie tej sprawy chorobowej nastęrcza poważne trudności; prawdopodobnie zachodzą jakieś sprawy w korelacji innych gruczołów dokrewnych.

Patogeneza choroby Basedowa jest dziś niezupełnie wyjaśniona. O ile jedni uważają, że punkt ciężkości sprawy tkwi w gruczole tarczowym, o tyle inni, jak *Z o n d e k*, twierdzą, że pierwotna przyczyna leży nie tyle w układzie roślinnym lub humoralnym, ile na obwodzie ustroju, w mięśniach. Zaburzenia te mają prowadzić do nieprawidłowego rozpadu i odbudowy glikogenu, co powoduje zwiększenie fazy tlenowej w mięśniach; to zaś zapotrzebowanie tlenu ma być przyczyną uruchomienia hormonu tarczowego. Pogląd ten, jakkolwiek oparty na doświadczeniu, jest jednakże hipotezą. Inni autorzy widzą w tem schorzenie pewnych ośrodków nerwowych.

LECZENIE wyżej wymienionej sprawy chorobowej polega na leczeniu jodem, borem, fluorem, zabiegami chirurgicznymi, energią promienistą, diatermją, w odpowiednim klimacie i diecie.

Leczenie jodem. Doniedawna stosowanie jodu w chorobie Basedowa uważano za błąd lekarski, jednak w ubiegłym stuleciu spostrzegano pojedyncze przypadki tegoż cierpienia, które ulegały poprawie po podawaniu jodu.

T r o u s s e a u w r. 1863 pacjentce z chorobą Basedowa przepisał przez pomyłkę, zamiast nalewki naparstnicowej, nalewkę jodową, przyczem stan jej zdrowia znacznie się poprawił. Zwrot do stosowania jodu datuje się od r. 1920, kiedy to *N e i s s e r* opublikował dodatnie wyniki w 7 przypadkach przy podawaniu małych dawek jodku potasu. Za maksymalną dawkę uważał 50 — 70 mg. jodu dziennie. Pod wpływem jodu następuje szybka poprawa, jod łagodzi ciężkie objawy toksyczne, choremu przybywa na wadze, tętno zwalnia się, przemiana podstawowa obniża się. Według *P l u m m e r a*, *B o o t h b y e'g o* i innych działanie dodatnie jodu w chorobie Basedowa bywa przejściowe; przy dalszem podawaniu jodu przestaje on działać. Jod można stosować całemi miesiącami, przerwa w kuracji jodowej sprowadza znaczne pogorszenie, dlatego też leczenie jodem winno bezwzględnie skończyć się strumektomją. Wbrew szkole amerykańskiej, niektórzy badacze, jak *L a b b é*, *D a u t r e b a n d e*, *Z o n d e k* są zwolennikami leczenia zachowawczego. Ten ostatni twierdzi, że umiejętne, indywidualne dawkowanie i długotrwałe leczenie przy ciągłej kontroli podstawowej przemiany materji, daje wybitną poprawę; stosuje on małe dawki jodu w postaci 1% roztworu Lugola (jodi puri 0,1, kalii jodati 0,2, aquae destillatae 10,0). W ciągu pierwszych 8 — 10 dni chory otrzymuje 5 — 8 kropli powyższego roztworu trzy razy dziennie, następnie po 2 — 3 kropli przez 2 tygodnie, wreszcie w ciągu 5 — 8 tygodni i dłużej po

LOBELINA pobudza ośrodki oddechowe.

jednej kropli 3 razy dziennie. Początkowa dawka najwyższa wynosi 20—30 mg. na dobę.

D a u t r e b a n d e posługuje się 10% Lugolem (jodi puri 1,0, kalii jodati 2,0, aquae destill. 10,0), nie przekraczając 30 kropli dziennie, do 400 mg pro die. Różnica w poglądzie na dawkowanie między tymi badaczami jest b. duża.

Niektórzy w chorobie Basedowa przeprowadzają leczenie próbne, które odbywa się w sposób następujący: przez 3 dni podaje się raz dziennie 5 kropli 1% Lugola, w razie braku efektu — zwiększa się dawkę do 10 kropli, którą stosuje się przez dalsze 3 dni po 15 kropli. W wypadku nasilenia się objawów jod odstawia się i prowadzi się leczenie energią promienistą lub zabiegiem operacyjnym. W przeciwnym razie podaje się w dalszym ciągu małe dawki jodu.

Obecność wola gruczolakowego jest bezwzględnie przeciwwskazaniem do stosowania jodu, bo wole nieczynne przeistacza się w jadowite, ale przed operacją stosuje się niewielkie dawki — 3 razy dziennie po 10 kropli roztworu Lugola.

Leczenie Jod-Basedowa w zasadzie jest podobne do leczenia choroby Basedowa; stosowania jodu nie należy przerywać, gdyż otrzymuje się wówczas daleko gorsze rezultaty; w przypadkach cięższych należy uciec się do stosowania promieni Roentgena, jeśli zaś to nie pomaga, do usunięcia tarczycy.

Jod działa w ustroju jako jon, niezależnie od tego, czy zostaje wprowadzony w postaci zjonizowanej (jodki), czy też — organicznej. Niektóre pokarmy zawierają stosunkowo większą ilość jodu — tłuste ryby morskie, flondry, sztokfisz, tran.

Leczenie borem, fluorem, insuliną, krwią baranią i t. d. W ostatnich czasach próbowano leczyć chorobę Basedowa innemi halogenami. **G o l d e m b e r g** w Ameryce uzyskał poprawę, stosując doustnie 2% roztwór fluorku sodu. U nas, w Polsce, podobne doświadczenia przeprowadził w swojej klinice prof. **O r ł o w s k i** i doszedł do przekonania, że pod wpływem fluoru następuje poprawa łaknienia, ustąpienie dolegliwości sercowych, wzrost wagi ciała i obniżenie przemiany podstawowej. Natrium fluoricum przepisuje się w 2% roztworze, 4 razy dziennie po 10 kropli w mleku, dochodząc stopniowo do 50 kropli. Kuracja trwa kilka miesięcy, aż do osiągnięcia spadku podstawowej przemiany materji.

Poza fluorem próbowano stosować w leczeniu choroby Basedowa bor (**L o e p e r**, **O l l i v i e r**). Lek ten ma łagodzić objawy podmiotowe, zmniejszać, częstotść i pobudliwość tętna.

Natrium boricum przepisuje się 2 — 4 g na dobę w 5% roztworze w czasie jedzenia, w ciągu 2 — 4 tygodni.

Niektórzy stosują środki obniżające przemianę materji, jak arsen i chininę. Tę drugą lepiej jest podawać z bromem, obniżającym jednocześnie pobudliwość układu nerwowego, w postaci chinini hydrobromici 0,1 — 0,2 kilka razy dziennie.

GENATROPINA usuwa nadkwaśność żołądka.

Richter, Klein, u nas Latkowski i Ptaszek stosują w chorobie Basedowa insulinę, jako antagonistę hormonu tarczycy. Insulinę podaje się po 2,5 albo 5 jednostek 2 razy dziennie podskórnie, kuracja trwa dwa miesiące. Stosując takie leczenie, autorzy uzyskiwali poprawę, przybytek na wadze, zwolnienie czynności serca, ustąpienie wytrzeszczu.

Adlesberg i Porges stosowali w chorobie Basedowa środek porażający układ współczulny — ergotaminę; w 15 przypadkach na 22 uzyskali pewną poprawę.

Bieri i Zimmer wstrzykiwali chorym odwłóknioną krew baranią oraz wołową i osiągnęli jakoby niezłe wyniki.

Metodę tę stosowano od roku 1923 — 1930 120 chorym. Odwłóknioną krew baranią i cielęcą na zmianę wstrzykiwano domięśniowo w ilości 3 — 5 cm.³; dokonywano 2 — 5 wstrzykiwań. Objawy chorobowe (poty, drżenie rąk, biegunki, wypadanie włosów) ustępowały, jedynie wytrzeszcz i blask oczu nie ulegały poprawie.

His stosował powyższą metodę u 18 osób (2 mężczyzn i 16 kobiet), jednak bez rezultatu.

Herzfeld i Frieder podawali chorym na zespół Basedowa świeżą krew per os lub suszoną w postaci tabletek — Hämokrinin, przy diecie bezmięsnej.

Leczenie chirurgiczne doniedawna śmiertelność po zabiegach operacyjnych na gruczole tarczowym była wielka, do 30%. Wynikało to z niedostatecznie przeprowadzonej przedoperacyjnej kuracji jodowej. Obecnie śmiertelność jest znacznie mniejsza. Chorego do operacji należy przygotować, podając mu jod, który łagodzi ciężkie objawy przedoperacyjne, skracając wybitnie sam zabieg, ograniczając go do jednego tempa (zbędne są dawne przygotowania, jak podwiązanie tętnic), oraz zapobiega nawrotom toksycznym pooperacyjnym.

Plummer stosuje 2 — 6 razy dziennie po 10 kropli 5% roztworu Lugola (jodi puri 0,5, kalii jodati 0,2, aquae dest. 10,0), t. j. 70—200 mg jodu pro die. Kuracja trwa 2 — 3 tygodni. W dniu operacji podaje się 50 — 100 kropli, po zabiegu — 5 kropli trzy razy dziennie w ciągu tygodnia.

Springborn i Goltschalt radzą stosować kurację jodową przed każdą operacją Basedowa, gdyż obniżenie przemiany podstawowej daje większe szanse wyleczenia i zmniejsza odsetek śmiertelności. Autorzy stosują 5% jodek potasu od 3 — 15 kropli 3 razy dziennie (Neisser), albo jodi puri 0,1, natrii jodati 1,0, aquae destill. 10,0 w ciągu 12 dni po 15 kropli, następnie pięciodniowa przerwa.

Parade i Haas zalecają przed operacją w ciągu 5 dni 5—20 kropli—jodi puri 5,0, kalii jodati 10,0, aquae dest. 100,0, od 5-go dnia 3 razy dziennie verodigen 0,5 i chinidynę 0,2. W 20 przypadkach na 22 operacje dały wybitną poprawę.

Lahay podaje, że na 116 przypadków Basedowa, leczonych jodem, mógł wykonać jednocześnie strumektomję w 100 przypadkach.

C r i l e, podając jod w 441 operacjach, nie miał zejścia śmiertelnego.

P l u m m e r ma 1% śmiertelności; według sprawozdania P e m b e r t e n o z kliniki M a y o śmiertelność zmniejszyła się do 0,98%.

B é r a r d w ciągu 30 lat obserwował 2500 przypadków, w których śmiertelność wahała się 2 — 4%. Autor ten twierdzi, że nadwyzczaj ważną rolę odgrywa przygotowanie do zabiegu i postępowanie pooperacyjne (w ciągu 6 — 8, a nawet 12 miesięcy) — spokój, pobyt na powietrzu, jod, salicylan sodu.

L ä t e n sądzi, że często przyczyną śmiertelności jest stan grasiczo-chłonny.

Technika operacyjna. W przypadkach cięższych operacji na gruczole tarczowym dokonywa się w dwóch tempach. Pierwszy zabieg polega na podwiązaniu i przecięciu obu górnych tętnic tarczowych; ulega wówczas zanikowi znaczna część mięszsu, skutkiem czego łagodnieją objawy zatrucia. Dopiero wtedy należy dokonać drugiego zabiegu — radykalnego.

Ostatnio coraz częściej oba zabiegi odbywają się jednocześnie, po uprzednim przygotowaniu chorego (o czym pisaliśmy wyżej).

Wskazania do zabiegu operacyjnego są następujące (G l a t z e l):

1) ciężki przebieg tyreotoksykozy, 2) gruczolak jadowity, 3) tyreotoksykoza z powiększeniem tarczycy, wywołującym objawy uciskowe, 4) tyreotoksykoza, nieustępująca pod wpływem leczenia wewnątrznego i trzymiesięcznych naświetlań, 5) warunki socjalne chorego.

Przeciwwskazania do operacji: 1) bardzo ciężkie przypadki tyreotoksykozy z gwałtownym chudnięciem, 2) przypadki z daleko posuniętymi zmianami w sercu (wybitne przyspieszenie i niemiarywość tętna, obrzęki, 3) przypadki, w których objawy chorobowe są niezupełnie wyraźne — brak wola, wzmożenia przemiany podstawowej.

Na zabieg chirurgiczny trzeba decydować się szybko, gdyż zwłoka może powodować daleko posunięte, nieodwracalne zmiany, które są bezwzględnie przeciwwskazaniami do operacji.

Po operacji wszystkie objawy łagodnieją, jednak wytrzeszcz pozostaje bez zmiany, a w niektórych przypadkach bywa nawet większy (Z i m m e r m a n) i nie poddaje się żadnemu leczeniu, mimo faktu, że metabolizm i inne dane kliniczne przemawiają za poprawą.

Leczenie energią promienistą, diatermją, galwanizacją, faradyzacją.

W ostatnich czasach coraz więcej jest zwolenników leczenia energią promienistą, która powinna być stosowana w przypadkach wyraźnej tyreotoksykozy.

Pierwsze próby naświetlania tarczycy w chorobie Basedowa zostały dokonane w Ameryce (M a y o) w r. 1904. R a v e w r. 1911 zebrał 321 przypadków, z których w 86% stwierdzono pomyślny wynik. F i s c h e r w r. 1916 podaje, że w 350 przypadkach otrzymał

BILIVAL zapobiega tworzeniu się nadmiaru cholesterolu.

80% poprawy. Sielmann w r. 1923 na 500 własnych przypadków miał: 1) zupełne wyleczenie — 50%, 2) poprawę — 44,5%, 3) bez poprawy — 5%. Haudek miał wynik pomyślny w 80 — 90% przypadków.

Gorącym zwolennikiem tej terapii jest Thompson Stevens, który osiągnął wyleczenie w 90% przypadków, w 4,5% — wyraźną poprawę, w 4,5% — brak poprawy, a w 1% zająście śmiertelne.

Holzknecht uzyskuje poprawę w 80 — 90% przypadków, Vastin — w 88%, Groover wyleczenie — w 88%, poprawę — w 8,5%.

Niektórzy twierdzą, że niekiedy naświetlanie Roentgenem wywołuje niepożądane następstwa, jak zrosty i krwawienia, czasami hypofunkcję, obecnie jednak technika naświetlań, stosowanych przy stałej i ścisłej kontroli przemiany materji, daje znaczną poprawę.

Gutzent i Kussat, naświetlając 45 przypadków wola, otrzymali dobre wyniki w zwykłym przeroście. W przypadku wola bez objawów nadczynności tarczycy, autorzy przypisują większe znaczenie zabiegowi operacyjnemu, niż naświetlaniom. W przypadkach typowych choroby Basedowa autorzy stawiają na pierwszym miejscu naświetlania, gdyż uzyskali poprawę w 100%.

Naświetlania radem są według niektórych łagodniejsze, niż promieniami X. Höglér twierdzi, że naświetlania radem są co najmniej tak skuteczne, jak naświetlania promieniami X.

Promienie X mogą mieć zastosowanie przed operacją, celem przygotowania chorego do zabiegu (podobnie jak leczenie jodowe), i po operacji, o ile pozostają objawy tyreotoksyczne.

W pierwszych dniach leczenia następuje pewne pogorszenie, które potem ustępuje. Po naświetleniu promieniami X zwykle znikają wymioty, rozwolnienie, powracają siły, wzrasta waga, ustępują: bicie serca, częstoskurcze i drżenie, wytrzeszcz jednak pozostaje. Leczenie energją promienistą winno odbywać się przy stałej kontroli przemiany podstawowej (przynajmniej raz na dwa miesiące).

Zbyt duża dawka promieni może wywołać niedomogę tarczycy. Zejście śmiertelne w związku z naświetlaniem tarczycy należy do rzadkości; według Salzmanna istnieje w piśmiennictwie 6 opisanych przypadków. Radjoterapia znajduje zastosowanie w przypadkach ciężkich, niepozwalających narazie na zabieg operacyjny (niedomoga serca).

Technika naświetlań (Rubinrot). Większość autorów stosuje dawki niewielkie, promieniowanie średniej twardości, przy napięciu 130 — 150 K.V. pod filtrem 3 — 10 Al, albo 0,5 Zn. Naświetla się bądź jedno przednie pole, bądź dwa boczne. Dawka jednorazowa nie powinna przekraczać 300 — 400 R. Naświetlania stosuje się raz na tydzień. Ogólna dawka na pole wynosi, zależnie od przypadku, 1000 — 2000 R; po wykonaniu serji — przerwa 6 — 8 tygodni. Im cięższy przypadek, tem dawka winna być mniejsza. Wola włókniste, guzkowate, tor-

bielowate, kolloidowe są mało czule na promieniowanie, natomiast wole mięszone winno być naświetlane, jakkolwiek radjoterapia rzadko prowadzi do wyleczenia. W przypadkach wola zamostkowego (struma retrosternale), przedstawiającego trudności operacyjne, radjoterapia niekiedy wywiera dobry wpływ.

Wielokrotnie stwierdzono, że radjoterapia daje dobre wyniki w przypadkach wola złośliwego. Naświetlanie wola wskazane jest w przypadkach złejszych, u osób niedecydujących się na operację oraz w przypadkach jednoczesnej choroby serca, miażdżycy i gruźlicy. Ta ostatnia po operacji może ulec znacznemu pogorszeniu.

Według **L o r e y** naświetlań w chorobie Basedowa należy dokonywać jak najwcześniej; naświetlanie przypadków przedawnionych efektu nie daje; w przypadkach, w których zawodzi naświetlanie, stosuje się zabieg operacyjny. Według **B o r a k a** brak poprawy po 4-miesięcznym naświetlaniu decyduje o konieczności zabiegu.

Leczenie diatermją. Oprócz naświetlań promieniami X i radem, niektórzy stosują diatermję. **S a v i n i** i **A c k e r m a n** stosowali elektrody z cyny; elektroda czynna (9 × 4) winna dobrze przylegać do okolicy tarczycy, druga większa (16 × 12) do karku. Seans trwa 5 — 15 minut. Każda serja według **B o d i e r a** składa się z 10 seansów, a po 15 - dniowej przerwie druga serja.

Najpierw znikał częstoskurcz i zjawiała się poprawa stanu ogólnego i nerwowego, nieco później ustępowało drżenie. Obwód szyi zmniejszał się powoli. Najdłużej utrzymywały się poty i wytrzeszcz.

Leczenie elektroterapią. Stosuje się galwanizację części szyjnej nerwu współczulnego. Według **P i n e l e s a** katodę umieszcza się między kręgosłupem szyjnym a kątem żuchwy, anodę nisko na karku. Seans trwa 5 minut, natężenie prądu - 2 miliampery. Galwanizuje się naprzemian oba nerwy. Kuracja trwa 3 — 4 tygodni, leczenie to ma zmniejszać ogólną pobudliwość nerwową, dolegliwości sercowe, drżenie.

Leczenie klimatyczne. Istnieją poglądy, że klimat górski oddziaływa korzystnie, jednak niektórzy chorzy źle go znoszą, natomiast czują się najlepiej w możliwie obojętnym klimacie, w okolicach lesistych; na innych — wpływa bardzo korzystnie klimat morski. Przy wyborze miejscowości, oczywiście, należy się kierować porą roku i warunkami osobistymi pacjenta, np. chorym z łatwo pobudliwym sercem nie można polecić ani pobytu w górach, ani też nad Morzem Północnym. Leczenie zdrowie nie posiada w tej chorobie szczególnej wartości. Bywają jednak zalecane do picia wody żelaziste i żelazisto-arsenowe; mogą one oddać dobre usługi, jako czynnik dodatkowy, w czasie leczenia klimatycznego.

Leczenie dietą. Bardzo ważną rzeczą jest unormowanie odpowiedniej diety. W hypertyreozie pokarmy białkowe wzmagają przemianę podstawową o wiele silniej, niż u zdrowych (swoiste dynamiczne działanie białka) i dlatego też usuwamy je z diety, a zwłaszcza te, które

zwiększając wydzielanie tarczycy — mięso, wątrobę, nerki, mózg (substancje zawierające nukleiny), natomiast zalecamy te produkty, które zmniejszają czynność tarczycy — tłuszcz, jaja, mleko, ser, śmietanę. Chorym należy zalecać dietę mleczno-roślinną, podawać masło, pokarmy mączne (z wyjątkiem ryżu i mąki owsianej), jarzyny, owoce, miód.

Chorego nie należy przekarmiać i nie należy podawać mu dużej ilości węglowodanów, gdyż tacy chorzy skłonni są do hyperglikemii i glikozurji (dokładniejszy opis diety — patrz „Dietetyka — dr. A. Galewki“, str. 41 i 48). W ciężkich przypadkach choroby Basedowa należy ograniczyć ilość tłuszczów.

Według K u m m e r e l l a dieta bezbiałkowa daje wyraźną poprawę w 62,5% przypadków; w 12,5% — poprawę nieznaczną. Dodatni wpływ diety bezbiałkowej polega na zmianie wrażliwości tkanek na działanie hormonu tarczycowego.

Przy leczeniu choroby Basedowa należy dbać o zupełny spokój psychiczny chorego, ograniczyć nadmierne wysiłki fizyczne. W przypadkach ciężkich zalecić dłuższe leżenie w łóżku.

ŹRÓDŁA PIŚMIENNICZE.

1. Adlesberg i Porges „Kl. Woch.“, Nr. 31, 1925.
2. Bauer, „Klin. Woch.“, Nr. 14, 1931.
3. Bérard, „Monde Méd.“ Nr. 794, 1932.
4. Galewski, „Wpływ tarczycy i łożyska na obraz morfologiczny krwi“, odczyt wygł. w Warsz. Tow. Lek. (praca w druku).
5. Galewski, „Dietetyka“ (dział o chorobie Basedowa).
6. Glass, „Warsz. Czasop. Lek.“, 1932.
7. Glatzel, „P.A.M.W.“, tom IX, zes. 3.
8. Goldemberg, „Presse Médicale“, Nr. 102, 1930.
9. Grafe, „Med. Klin.“ Nr. 41, 1931.
10. Gutzent i Kussat, „D. M. W.“ Nr. 20, 1927.
11. Högler, „W. Kl. Woch.“, Nr. 31, 1931.
12. Högler, „W. Kl. W.“, Nr. 1930.
13. Kiciński i Horvatt, „Therapia Nova“, Nr. 4 i 5, 1932.
14. Labbé, „Monde Médical“, Nr. 305, 1932.
15. Landau A., „Warsz. Czas. Lek.“, Nr. 5 i 6, 1926.
16. Loeper i Ollivier, „Bull. A. M. de la soc. Med. des Hopitaux de Paris“, N. 17, 1925.
17. Lorey, „D. M. W.“, Nr. 7, 1930.
18. Maciąg, „Pol. Arch. Med. Wewn.“, tom IX, zes. 3.
19. Orłowski, „Pol. Arch. Med. Wewn.“, tom IX, zes. 4, 1931.
20. Parade i Haas, „M. M. W.“, Nr. 6, 1931.
21. Pineles, „W. Kl. Woch.“, Nr. 10, 1929.
22. Puszet, „Warsz. Czas. Lek.“, Nr. 37, 1932.
23. Redlich, „W. Kl. Woch.“, Nr. 41, 1925.
24. Richter, „Med. Klin.“ Nr. 39, 1925.
25. Rubinrot, „Zarys Rentgenologii“ (lec. chor. Basedowa), Warszawa, 1931.
26. Savini, „Paris Médical“, Nr. 38, 1926.
27. Springborn i Gottschalk, „Dt. Arch. Kl. Med.“, t. 161, 1928.
28. Zimmer, „D. M. W.“, Nr. 15, 1930.
29. Zimmermann, „M. M. Woch.“, Nr. 2, 1931.
30. Zondek, „Kl. Woch.“, 1930.

Przegląd prasy lekarskiej zagranicznej

Anne Marie Nebe. Angina z limfocytozą we krwi. (D. M. W., Nr. 51, 1932).

Znany jest obraz ciężkiej anginy z wysoką gorączką, obrzękiem gruczołów chłonnych, powiększeniem śledzi-

ny i wątroby, z przewagą limfocytów we krwi.

Autorka podaje 13 przypadków anginy, którą można było zaliczyć do typu limfocytozowej jedynie tylko na podstawie obrazu krwi, gdyż pozatem by-

PANBILINA usuwa kamieć żółciową.

ly to przypadki lekkie. Wszystkie przypadki spostrzegano u młodych, naogół zdrowych, mężczyzn w wieku od 17 do 26 lat, bez wszelkich danych, wskazujących na zmniejszoną wartośćsiowiczą konstytucjonalną. W jednym przypadku, przed ostatnią chorobą, w czasie ciężkiej anginy septycznej, znaleziono dużą ilość ciałek obojętnochłonnych z przesunięciem ich w lewo. Początek choroby we wszystkich przypadkach był naogół lekki. Połowa chorych gorączkowała od 12 do 31 dni, sama choroba trwała do 5 tygodni, u innych po kilku dniach gorączka ustępowała i po 6 — 10 dniach chory wracał do zdrowia. U jednego chorego stwierdzono obrzęk gruczołów chłonnych, w 4 przypadkach powiększoną śledzionę; w 2 przypadkach powiększoną wątrobę. U wszystkich chorych stwierdzano duże naloty szarawo martwicze, które po usunięciu pozostawiały dość znaczne ubytki tkanki. Wszyscy chorzy po przebiegu choroby odczuwali wybitne osłabienie.

Pod względem bakterjologicznym 3 przypadki należały do typu Plaut-Vincent'a, w innych — stwierdzano paciorkowce hemolityczne, anhemolityczne, gronkowce, pałeczki pseudobłoniczne, oraz wrzecionowce. Krew na początku wykazywała dużą leukocytozę od 10 — 27 tys., przyczem limfocytów było od 50 — 87%, wśród których spotykano dużą ilość młodych oraz przejściowych postaci. Ciężkość stanu chorobowego nie szła w parze z obrazem krwi. Ciekawem jest, że limfocytoza w obserwowanych przypadkach utrzymywała się dość długo (do 5 miesięcy).

Pozatem autorka stwierdzała wybitne zmniejszenie się liczby ciałek obojętnochłonnych — w jednym przypadku — 1500, w drugim — 390 w 1 mm^3 .

Liczba krwinek czerwonych w przypadkach autorki nie odbiegała od normy, w odróżnieniu od agranulocytozy. Jako powikłanie obserwowanych przypadków anginy, autorka podaje wrzodzące zapalenie jamy ustnej, zjawienie się wysypki grudkowej, oraz przejściowych zmian w moczu.

Wbrew poglądom Friedemana i Zikowskiego, którzy, opierając się na

przypadkach anginy Plaut Vincent'a, uważają anginę limfocytową za odczyn ustroju na zakażenie wrzecionowcowe, autorka jest zdania, że wrzecionowce są dodatkowym zakażeniem przy anginie nieznanego pochodzenia.

Często w przypadkach prawdziwej błonicy spotyka się tak dużą ilość wrzecionowców (Jochman), że możliwe są nawet pomyłki co do przyczyny choroby. Pozatem wrzecionowce nie były stwierdzane w żadnym przypadku, z podanych przez autorkę.

U własnych pacjentów autorka stosowała Neosalvarsan z rezultatem zmiennym, pozatem środki ogólne, używane w anginach.

Dr. Ignacy Kornberg.

Ernst Steinitz i Erno Th a u. Leczenie choroby Basedowa Di-jodo-tyrosiną. („D. M. Woch.", Nr. 51, 1932 r.).

Autorzy stosowali Dijodotyrosinę w przypadkach ciężkiego Basedowa z dobrym rezultatem. Już po kilku dniach stosowania tego preparatu zmniejszają się: częstoskurcz, pocenie, ogólne podniecenie chorego; ustępują biegunki; pacjenci przybierają na wadze. Jednak po 3—5 tygodniach poprawy z powrotem wzmagają się przemiana podstawowa, zjawia się częstoskurcz przy zachowaniu naogół wagi, nabyte w ciągu okresu poprawy. Pogorszenie to autorzy uważają za moment do zastosowania przerwy w leczeniu.

Jednakże już po tygodniu autorzy wznowiają podawanie Di-jodo-tyrosiny, osiągając podczas nowej kuracji jeszcze lepsze rezultaty.

W ten sposób kontynuują leczenie, przyczem kuracja trwa 1 — 2 tygodni, a przerwy od 4 do 7 dni. Dawkowanie preparatu jest następujące — leczenie rozpoczyna się od $\frac{1}{2}$ pastylki dziennie i dochodzi się do 2 — 3 pastylek (1 pastylka zawiera 0,1 Di-jodo-tyrosiny).

Według Abelina podstawą stosowania Di-jodo-tyrosiny jest następujące teoretyczne rozważanie: w chorobie Basedowa zwalczają się wzajemnie dwa hormony — tyroksyna i diodotyrosyna, przyczem osiąga przewagę tyroksyna, zwiększająca przemianę

STEROGYL utrwała wapń i fosfor w ustroju.

nę podstawową. Wskutek podawania Di-jodo-tyrosyny początkowo zostaje zahamowane działanie tyrozyiny. W następstwie tego faktu powstaje nowe wytrąsanie tyrozyiny przez chorą tarczycę. Dlatego też po poprawie następuje pogorszenie, które wymaga nowego podawania Di-jodo-tyrosyny.

Dr. Ignacy Kornberg.

H. C o h e n. O stosowaniu diatermji w zapaleniach nerek. (D. Med. Woch. Nr. 40, 1932).

Leczenie zapalenia nerek przy pomocy diatermji po ukazaniu się prac Edwiga i Intenberg'a wzbudziło ostatnio żywe zainteresowanie. Autorzy ci w przypadkach ostrego zapalenia nerek otrzymali znaczne zwiększenie się diurezy po zastosowaniu diatermji. Spornem jest dotąd zagadnienie, w jakich przypadkach wskazana jest diatermja; Strauss i Eppinger polecają ją w sprawach ostrych, podczas gdy Kowarschik, Bronner i Schüller stosują ją tylko w sprawach przewlekłych, inni wreszcie, jak Nagelschmidt, są zdania, że zarówno w ostrych jak i przewlekłych zapaleniach nerek diatermja wywiera korzystny wpływ. Co się tyczy techniki stosowania diatermji, autor poleca następującą metodę: co 2-gi dzień 2 godzinna diatermja, o sile 3—3, 5 ampera, przyczem elektrodę wielkości 30 × 30 cm kładzie się na brzuch, drugą zaś 15 × 20 cm na okolicę nerek. Autor w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek i nerczicy nie zaobserwował po diatermji żadnej poprawy; w 4 przyp. podostrego zapalenia nerek leczenie tą metodą przyczyniło się do szybkiego wygaśnięcia sprawy chorobowej. W ostrych sprawach, z bezmoczem, stanami mocznicowemi, diatermja nie wywarła żadnego wpływu na przebieg sprawy chorobowej. Na zasadzie tych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że diatermję należy uważać tylko za środek pomocniczy w leczeniu ostrych i podostrych zapaleń nerek, podczas gdy leżenie w łóżku i ściśle przestrzeganie diety winno stanowić nadal leczenie zasadnicze.

Dr. H. Zalcan.

N. J a g i ć. O wskazaniach do transfuzji krwi w chorobach wewnętrz-

nych. („Wien. Klin. Wochenschr.“, Nr. 31, 1932).

Działanie transfuzji krwi na ustrój uwydatnia się w różnych kierunkach. Stanowi ono przedewszystkiem leczenie zastępcze, gdyż wprowadzone krwinki czerwone pozostają przez 2—3 tygodnie przy życiu i spełniają nadal funkcję przenoszenia tlenu. Poza tem transfuzja dostarcza ciał odpornościowych i wzmagających krzepliwość, przyczynia się również do lepszego wypełnienia naczyń, a tem samem do lepszego ukrwienia narządów, wreszcie stanowi bodziec, podrażniający szpik kostny. Zakres wskazań do transfuzji obejmuje następujące schorzenia: 1) Ostre postaci niedokrwistości po znacznej utracie krwi. We wszystkich przypadkach z tej grupy, zwłaszcza po krwotokach wskutek wrzodu żołądka, transfuzja jest wskazana i często ratuje życie choremu. Również w krwotokach z rozszerzonych żył przelyku, w przebiegu marskości wątroby, w krwotokach kiszkowych, w przebiegu duru brzuszno, transfuzja wywiera korzystny wpływ, z jednej strony wzmagając krzepliwość krwi, z drugiej zaś strony pobudzając szpik kostny. 2) Wtórne niedokrwistości po często powtarzających się, lecz drobnych, krwawieniach z guzów krwawnicowych, jelit, żołądka i macicy, zwłaszcza wtedy, gdy po ustąpieniu krwawień regeneracja krwi odbywa się w sposób niedostateczny. Są to postaci anemii aplastycznych, wtórnych, w przebiegu których po jednej, względnie paru transfuzjach, następuje wyraźna poprawa w obrazie krwi. 3) Z pierwotnych przewlekłych niedokrwistości należy w pierwszym rzędzie wymienić niedokrwistość złośliwą. Wprowadzenie do lecznictwa terapii wątrobowej i preparatów żołądka ograniczyło znacznie zakres stosowania transfuzji, w pewnych jednak przypadkach daje ona dobre wyniki. Autor w każdym przypadku niedokrwistości złośliwej, z ilością krwinek czerwonych poniżej miliona, poprzedza terapię wątrobową jedną bądź też kilkoma transfuzjami; dzięki tej metodzie działanie wątroby uwydatnia się znacznie wcześniej. 4) Żółtaczka hemolityczna w okresie ciężkiej niedokrwistości; transfuzja stanowi tu czę-

GENEZERYNA usuwa niedokwaśność żołądka.

sto moment przygotowawczy do wy-
 cięcia śledziony. 5) Dalszą grupę sta-
 nowią przypadki ciężkich postępują-
 cych niedokrwistości, wskutek zaniku
 szpiku kostnego bez uchwytniej przy-
 czyny; przypadki te określamy mia-
 nem anemij aplastycznych pierwot-
 nych. Jedynie tylko w tych przypad-
 kach transfuzja uzyskuje się poprawę,
 wyleczenia jednak ona nie powoduje.
 6) W skazach krwotocznych, zwłaszcza
 o cechach małopłytkowości, transfuzje
 stanowią silny bodziec dla narządu
 płotwórczego w szpiku kostnym. Po
 transfuzji zwykle ustępują krwawienia
 z nosa i dziąseł, dlatego autor w każ-
 dym ciężkim przypadku skazy krwo-
 tocznej gorąco poleca tę metodę lecz-
 nia. Również w przypadkach t.zw. agran-
 ulocytozy częste transfuzje w krótkich
 odstępach czasu mogą wpłynąć dodat-
 nio na przebieg choroby. 7) W prze-
 wlekłych białaczkach limfatycz-
 nych transfuzje dają przejściową po-
 prawę współistniejącej zwykle niedo-
 krwistości, na przebieg natomiast bia-
 łaczek szpikowych wpływają ujemnie
 z powodu silnego odczynu gorączkowe-
 go i pogorszenia się stanu ogólnego.
 W ziarnicy złośliwej z niedokrwistością
 po paru transfuzjach występuje zwykle
 przejściowa poprawa, a niekiedy na-
 wet dłużej trwająca remisja. 8) W za-
 truciach tlenkiem węgla i benzolem
 transfuzje są b. wskazane. 9) Zapale-
 nie jelit wrzodziejące (colitis ulcero-
 sa) z towarzyszącą mu anemią. Wąt-
 pliwem jest, by transfuzja bezpośrednio
 wpływała dodatnio na owrzodzenia ki-
 szki grubej, jeżeli jednak w obrazie
 chorobowym dominuje anemia, wynik
 transfuzji może być nader skuteczny.
 10) Wielokrotnie obserwowano dobre
 wyniki po transfuzjach w przebiegu
 ostrego zapalenia trzustki, zwłaszcza ja-

ko przygotowanie do zabiegu. 11) Sto-
 sowano także transfuzje w chole-
 mji i przewlekłych zapaleniach nerek
 z anemią i objawami mocznicowemi;
 wielokrotnie stwierdzano dobre wyni-
 ki. Autor podkreśla wreszcie, że sto-
 sowanie transfuzji nie jest związane
 z żadnym niebezpieczeństwem dla cho-
 rego, zwłaszcza nie należy się obawiać
 większego obciążenia serca i krwio-
 biegu.

Dr. H. Zalcman.

L. Devraigne i G. Sauphar. **Żeński hormon krystaliczny w lecznictwie.** („Revue Médicale Française“, Nr. 7, 1932).

30 lipca 1932 r. odbyła się, pod-
 czas Kongresu Lekarskiego w Londynie,
 Międzynarodowa Konferencja, celem
 ustalenia standardyzacji hormo-
 nów płciowych. W Konferencji brali
 udział najwybitniejsi uczeni, znawcy
 tej organoterapii: Butenandt (Niem-
 cy), Doisy (Ameryka), Marrian
 i Parkes (Anglja), Laqueur (Holan-
 djja) i Girard (Francja).

Pałacą była sprawa standardyza-
 cji folikuliny krystalicznej, której
 miareczkowanie do dnia dzisiejszego
 nie jest ustalone. Według techniki
 Butenandta 1 g folikuliny krystalicz-
 nej zawiera 7 — 8 milionów jedno-
 stek mysich, według de Doisy'ego 14
 — 15 milionów j. m., Marrian'a 30
 milionów j. m., a Zondeka 40 milio-
 nów. Sprawa ta jest bardzo ważna
 z tego względu, że folikulina znajduje
 szerokie zastosowanie w lecznictwie:
 wywołuje pokwitanie, zwalcza zabu-
 rzenia sympatyczne w ciąży, ułatwia
 zapłodnienie u niektórych kobiet, re-
 guluje miesiączkowanie, zwalcza za-
 burzenia w przekwitaniu i wywołane
 kastracją oraz zwiększa przemianę pod-
 stawową.

Dr. R. Kirszbium.

Przegląd prasy lekarskiej polskiej

Jerzy G o e r t z. **O leczeniu naciśnienia tętniczego i stanów szkieletowych wyciągami z mięśni szkieletowych.** („P. G. L.“, Nr. 27, 1932).

Autor stosował u 28 chorych pre-
 parat wyciągowy z mięśni szkieleto-
 wych, który znajdował się w zatopio-

nych ampułkach o objętości 1 cm³:
 każda ampułka zawierała od 40 —
 100 jednostek hypotensyjnych. Jako
 jednostkę hypotensyjną obrał autor tak-
 ką ilość substancji czynnej, która u
 królika wagi 2 kg, pozostającego nacz-
 czno od 24 godz. w uśpieniu uretano-

CADECHOL wzmacnia mięsień sercowy.

wem i pod działaniem atropiny, obniża ciśnienie krwi najmniej o 8 mm.Hg. Autor doszedł do wniosków następujących:

1) Preparat obniża ciśnienie krwi nieprawidłowo zwiększone, podwyższa ciśnienie krwi nieprawidłowo niskie, wywiera zatem działanie regulujące na ciśnienie tętnicze.

2) Wahania te odnoszą się do ciśnienia skurczowego; ciśnienie rozkurczowe nie wykazywało odchyłań równoległych.

3) Preparat jest wskazany we wszelkich stanach nadciśnienia tętniczego bez uszkodzenia nerek, a zwłaszcza na tle miażdżycowym lub swoistym, w stanie niedomogi mięśnia sercowego wraz z lekami nasercowymi w dusznicy bolesnej, w stanach dusznicowych na tle niedomogi serca i z przyczyn mechanicznych.

Przeciwwskazań do stosowania wy ciągu niema. Dr. A. G.

Józef Granatowicz. O hepato-lienografji. („Nowiny Lekarskie“, z. 19, 1932).

Celem uwidocznienia rentgenologicznego wątroby i śledziony, autor stosował niedawno wynalezioną metodę, polegającą na wstrzykiwaniu dożylnym kolloidowego preparatu toru. Jestto 25% roztwór dwutlenku toru w glukozie. Wartość jego dla hepato-lienografji opiera się na danych następujących: 1) preparat o wysokiej wadze cząsteczkowej nie przepuszcza promieni, 2) magazynuje się w komórkach układu siateczkowo-śródbłonkowego.

Ludziom autor wstrzykiwał w ciągu 3 — 5 minut po 24 cm³ tego pre-

paratu, ogrzanego do ciepłoty ciała. Chorzy znoszą zabieg dobrze.

Hepato-lienografja uwidocznia stonki wielkościowe i położenie wątroby oraz śledziony. Pośrednio przyczynia się ona do rozpoznania różnicowego między guzem śledziony, nerki, nadnercza, torbieli trzustki i t. d. Różnice zaś w gęstości cienia wątroby, względnie śledziony, pozwalają na wnioski, dotyczące zmian w obrębie mięszu—guzy, torbiele, zawały, ropnie (na zdjęciu ograniczone rozrzedzenia).

Mało intensywiny cień zaznacza się w marskości wątroby i białaczce.

Przeciwwskazania do hepato-lienografji stanowią: marskość wątroby, choroba Wilsona, białaczka, oraz silna żółtaczka.

Technika zdjęć: do zdjęć używa się promieni miękkich o długim czasie naświetlania, przyczem chorego układa się na brzuch i wznak. Jako udane uważa się zdjęcia, na których wątroba wykazuje swoje unaczynienie, a śledziona strukturę bełeczkową.

W celu uzyskania obrazu, mającego uwydatnić szczegóły morfologiczne, kładzie się chorego na brzuch, przyczem kierunek promieni tworzy z osią podłużną ciała ostry kąt, od 60—70°, w kierunku do głowy. W ten sposób wpadają promienie prostopadle na największą płaszczyznę wątroby. Dla uzyskania lepszego zdjęcia śledziony chorego kładzie się na wznak z odchyleniem zlekką z prawej ku lewej stronie i przechyleniem nieco górnej części ciała wdół. Wskazane jest uprzednie wypełnienie żołądka i jelit powietrzem.

Dr. A. G.

Wiadomości bieżące

W celu uczczenia 35-lecia pracy naukowo-lekarskiej oraz pedagogicznej p. prof. dra med. Witolda Orłowskiego o T-wo Internistów Polskich wydało z inicjatywy grona jego uczniów specjalny zeszyt (tom X, zeszyt 3) „Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej“.

Imponujące to wydawnictwo, obejmujące około 700 stron druku, zawiera między innymi 32 prace oryginalne oraz wykaz prac i publikacji prof. W. Orłowskiego. Cena zeszytu zł. 20.—

ANGIOXYL obniża ciśnienie tętnicze.

Ukazała się obszerna i starannie wydana praca dra A. Galewskiego p. t. „Dietetyka wraz ze sposobami przyrządzania potraw”, podręcznik dla lekarzy, studentów i chorych. Do nabycia we wszystkich księgarniach oraz u autora (Warszawa, Solna 6 m. 30). Cena zł. 5.—.

Omówienie tej pracy zamieścimy w jednym z najbliższych zeszytów naszego czasopisma.

Notatki terapeutyczne

Metoda cytofilaktyczna prof. P. Delbet'a polega na uczuleniu ustroju oraz wzmożeniu czynności jego komórek. Prof. Delbet, dzięki swym badaniom, przeprowadzonym podczas wojny doszedł do wniosku, że sole magnezu są czynnikami, pobudzającymi fagocytozę, a tem samem odporność tkankową ustroju. Fagocytoza zwiększa się bardziej in vivo, niż in vitro. Sole chlorowcowe magnezu, według Delbet'a, wzmacniają komórki całego układu nerwowego ośrodkowego i współczulnego, pośrednio zaś działają dodatnio na inne narządy. Prof. Delbet i inni widzą pewną zależność pomiędzy brakiem magnezu w ustroju a skłonnościami do schorzeń nowotworowych. Spostrzeżenie to oparte jest na doświadczeniach, przeprowadzonych na zwierzętach i ludziach. Ludzie, spożywający pokarmy ubogie w sole magnezu, okazują mniejszą odporność w stosunku do schorzeń rakowych.

Sole magnezu wpływają hamująco na rozwój komórki rakowej; pozatem sole chlorowcowe magnezu stosuje się w leczeniu niektórych schorzeń skórnych (np. łuszczycy), astenji, w leczeniu wyczerpania umysłowego, wreszcie mogą działać złoćciopędnie.

W praktyce stosuje się tabletki preparatu soli chlorowcowych magnezu, rozpuszczonych w wodzie; podaje się kilka razy dziennie.

Dr. Charpy. Cztery nowe spostrzeżenia, dotyczące Cinnozyłu w leczeniu gruźlicy. „Annales des laboratoires Clin” (str. 59 — 63).

Wiadomo, że obniżanie poziomu cholesteroliny we krwi stanowi do pewnego stopnia signum mali ominis w przebiegu chorób zakaźnych, jak również i gruźlicy. Dlatego też autorzy (naprz. Barbary) wprowadzają do ustroju cholesterolinę w postaci oleju kamforowego cholesteroliny (Cinnozyl), która wzmacnia odporność tkankową i zwalcza łatwiej zakażenie.

Charpy przytacza 4 przypadki ciężkiej gruźlicy, które znacznie się poprawiły po zastosowaniu Cinnozyłu. Metoda ta nie wywołuje ubocznego działania i pozwala zastosować nowoczesny zabieg, jakim jest odma sztuczna (pneumothorax artificialis).

Należy dodać, że na 22 chorych, leczonych jednocześnie odmą sztuczną i Cinnozyłem, poprawa nastąpiła szybciej, niż u tych osób, którym nie podawano Cinnozyłu.

Cinnozyl wzmacnia odporność ustroju; wraz z odmą sztuczną przyspiesza efekty lecznicze.

HEMOSTYL zwiększa liczbę czerwonych krwinek.

Dział chemiczno-farmaceutyczny

Postępy chemii farmaceutycznej oraz szybki rozwój wytwórczości gotowych środków leczniczych wymagają coraz większego zainteresowania się lekarza temi dziedzinami. Dotychczas wszystkie sprawy, wkraczające w życie apteki i laboratorium chemiczno-farmaceutycznego, niedostatecznie zaprzętały uwagę sfer lekarskich; działo się to z wyraźną szkodą dla obu stron: lekarz zasypywany był środkami, z których niewszystkie okazywały się niezbędne lub choćby pomocne przy łóżku chorego, wytwórnia chemiczno-farmaceutyczna pozbawiona była życzliwej i stałej rady lekarza-praktyka. Wprowadzając, począwszy od następnego zeszytu, do naszego czasopisma specjalny dział chemiczno-farmaceutyczny, chcielibyśmy na tym małym odcinku sprokować szczerą wymianę zdań na temat wielu zagadnień, które jakkolwiek dotyczą wytwórni gotowych środków leczniczych, to jednak zahaczają o codzienną praktykę lekarza. Mając na względzie tylko uzgodnienie wzajemnych poglądów — lekarzy i wytwórni chemiczno-farmaceutycznych — nie zajmujemy żadnego stanowiska i chętnie notować będziemy głosy jednych i drugich, aby dać możność całkowitego wypowiedzenia się obu stronom.

Redakcja.

TREŚĆ ZESZYTU Nr. 6. str.

Dr. med. Alfred Galewski. — Nowoczesne leczenie nadczynności tarczycy	1
Przegląd prasy lekarskiej zagranicznej	10
Przegląd prasy lekarskiej polskiej	13
Wiadomości bieżące	14
Notatki terapeutyczne	15
Dział chemiczno-farmaceutyczny	16

PRENUMERATA

	Miejscowa	Zamiejscowa
Rocznie	Zł. 6.—	Zł. 7.—
Kwartalnie	Zł. 1.50	Zł. 1.75

CENY OGŁOSZEŃ

1/1 strony	Zł. 300.—
1/2 " "	" 175.—
1/3 " "	" 90.—

Cena pojedynczego zeszytu Zł. 1.—

Redakcja i Administracja:

Warszawa, Grzybowska № 88, tel.: 224-27 i 229-34.
Konto w P. K. O. 6070.

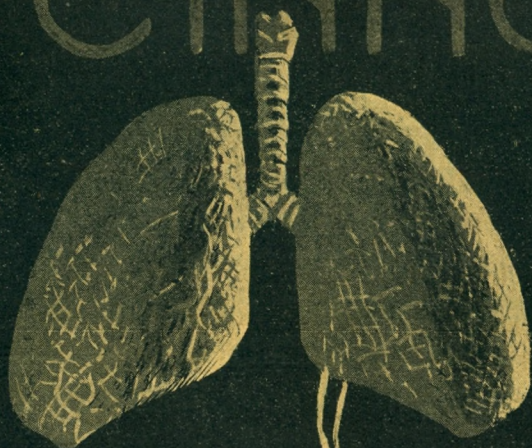
Redaktor przyjmuje interesantów w sobotę od 12—14.

Sekretariat czynny codziennie, oprócz niedziel i świąt: od g. 10—12.

Redaktor: Dr. med. Alfred Galewski. Wydawca: Aleksander Wieniewicz.
Sekretarz redakcji: Hipolit Lucjan Ostowski.

Drukarnia „SIŁA”, Warszawa, Marszałkowska 71. Tel. 8-34-48.

CINNOZYL



LAB. CHEM. FARM.

"ASMIDAR"

WARSZAWA GRZYBOWSKA 83

H
TOM



**PRZY REUMATYZMIE,
ARTRETYZMIE, CUKRZYCY,
CHOROBY WĄTROBY,
ŻOŁĄDKA I NEREK**



NIEZASTĄPIONE SĄ
naturalne wody, sól,
comprimés
i pastylki Vichy-Etat

ZE ZNAKIEM

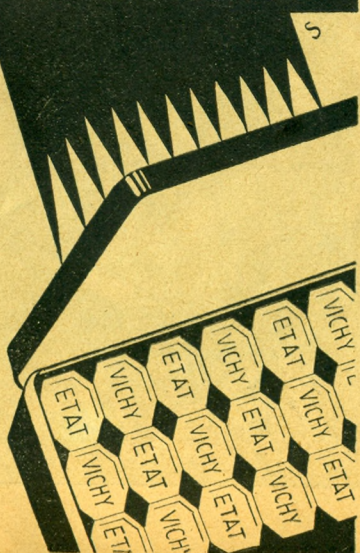
VICHY-ETAT

PASTYLKI VICHY

cukierki ze smakiem miętowym,
anyżowym i cytrynowym
zawierają
skoncentrowaną naturalną

SÓL-VICHY

niezastąpione
przy pracy i w podróży.
Przyjemna i wygodna kuracja
dla cierpiących na wątrobę,
żołądek i nerki.



PAMIĘTAJ ZAWSZE
O ZNAKU
VICHY - ETAT

METODA CYTOFILAKTYCZNA PROF. DELBET'A —

**LECZENIE SOLAMI CHLOROWYMI
MAGNEZU**

DELBIASE

ŚRODEK POBUDZAJĄCY OGÓLNA DZIAŁALNOŚĆ TRANKOWĄ USTROJU

Stosuje się w przypadkach:

Astenji, wyczerpania fizycznego i umysłowego
Zaburzeń przewodu pokarmowego i wątroby
Uporczywych schorzeń skórnych oraz
jako środek profilaktyczny przeciwko rakowi.
Rakowatym przynosi wydatną ulgę w cierpieniach.

Opakowanie: 2 rurki po 12 tabletek.

Na mocy licencji preparat DELBIASE wytwarzany jest całkowicie w kraju
metodą: **Laboratoire de Pharmacologie Générale Dr. Ph. Chapelle, Paris.**

Przedstawicielstwo Generalne na Polskę:

Dr. E. PAULIN Sp. z o. o., Warszawa, Królewska 29a.

Hemostyl

D^{RA} ROUSSELA

preparat

KRWIOTWÓRCZY
i PRZECIWKRWOTOCZNY

LITERATURA

WARSZAWA GRZYBOWSKA 88