

1638

OPŁATA POZTOWA UISZCZONA RYCZAŁTEM

PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

**D
M
C
H
S
K
I
N
S
K
I**

pod redakcją

DR. MED. ALFREDA GALEWSKIEGO

Rok III.

Styczeń — Luty 1933 r.

Zeszyt 1.

2692 D 1948

AKADEMIA LEKARSKA W GDAŃSKU
BIBLIOTEKA

GENOSTR RYCHNINA

GRANULKI
PEVN
AMPULKI

250 RAZY MNIEJ TOKSYCZNA OD STRYCHNINY

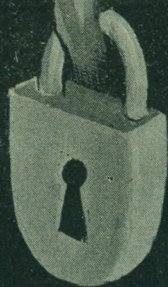
WSZYSTKIE WSKAZANIA STRYCHNINY

LAB. CHEM., FARM.

„ASMIDAR”

WARSZAWA GRZYBOWSKA 88

RECTOPANBILINE



LAB. CHEM. FARM.
"ASMIDAR"
WARSZAWA GRZYBOWSKA 88

Inotyol

maść przeciwnośc

wszelkim postaciom
pryszczycy
swędzeniu skóry
owrzodzeniom
oparzeniom
wszelkim podraż-
nieniom i uszkodze-
niom skóry.

preparat
krajowy!



LAB. CHEM. FARM.
"ASMIDAR"
WARSZAWA GRZYBOWSKA 88

PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

DZIAŁ NAUKOWY

Dr. med. D. LUBICZ. (Warszawa).

Leczenie nieżyty wrzodziejącego jelit grubych (colitis ulcerosa)

Nieżyt wrzodziejący jelit grubych z punktu widzenia etiologicznego obejmuje różne postacie chorobowe. Klinika zna przede wszystkim postacie pochodzenia zakaźnego: 1) po przebytej czerwonce, wywołanej pałeczkami Shiga - Kruse (colitis ulcerosa epidemica), 2) po czerwonce, wywołanej pierwotniakami (dysenteria endemica), 3) w następstwie colitis gravis niewiadomego pochodzenia, 4) durowe (col. ulc. typhosa et paratyphosa), 5) pasorzytnicze (col. ulc. parasitaria), 6) kiłowe (col. ulc. luetica), 7) gruźlicze (col. ulc. tuberculosa), 8) wywołane grzybkami promienicy (col. ulc. actinomycotica). Należy wspomnieć również o nieżytach wrzodziejących, spowodowanych zatruciami: rtęcią (col. ulc. mercurialis) lub arsenikiem (col. ulc. arsenicosa), w przebiegu mocznicy (col. ulc. uraemica), na tle zaburzeń w układzie wegetatywnym, na tle zatorowem przy zapaleniu wrzodziejącym wsierdzia (col. ulc. embolica), wreszcie postacie, spowodowane uciskiem kamieni kałowych lub obcych ciał.

LECZENIE

Ze względu na tak różnorodną etiologię nieżyty wrzodziejącego jelit grubych, należy zastosować w każdym przypadku leczenie specyficzne, o ile tylko znana jest przyczyna, wywołująca schorzenie; niezależnie zaś od tego leczenie ogólne: miejscowe, objawowe, dietetyczne.

Leczenie ogólne w przypadkach obostrzenia sprawy chorobowej (którym towarzyszą biegunki i silne parcia) polega na jednorazowym podaniu środka przeczyszczającego (1 łyżka Ol. Ricini, Calomel 0,2, 1 łyżka stołowa soli karlsbadzkiej na szklanekę wody). Środki przeczyszczające zalecane są również w przypadkach podostrych i przewlekłych, w których, wskutek spazmów jelit, stwierdzamy zaleganie kału. Niemniej dobre usługi oddaje w tych przypadkach płókanie jelit grubych przy pomocy specjalnego przyrządu (zabieg Brosch'a), lub irygatora z długą rurą gumową. Do płókania jelit stosujemy następujące środki: 1) roztwór fizjologiczny soli, 2) wodę albo sól kuchenną 10,0 : 100,0, 3) so-

dę 10,0 : 100,0, 4) wodę wapienną 100,0 : 1000,0, 5) kwas borny 3,0 : 1000,0, 6) kwas salicylowy 1,0 : 1000,0, 7) Rivanol 1 — 2%, 8) Yatren.

Pierwsze cztery (1 — 4) środki służą do rozpuszczenia i spłókania śluzu, pozostałe (5 — 8) do odkażenia błony śluzowej jelit. Powyższe płyny muszą być ogrzane do ciepłoty ciała. Ilość płynu do jednorazowego płókania winna wynosić 1 — 2 litrów. Einhorn zaleca płókanie jelit grubych przy pomocy sondy długości 4 cm., wprowadzonej przez usta. Płókanie stosujemy codziennie lub co drugi dzień; przy dużych krwawieniach jest ono wogóle przeciwwskazane, dążymy wówczas do zatamowania krwotoków, wstrzykując: 1) 10 — 20 cm.³ roztworu fizjologicznego soli, 2) Coagulen, 3) Clauden. Coagulen można użyć w czopkach lub lawatywach p/g następującego wzoru:

Rp. Coagulen 2,0
Mucilago Gummi Arab. 60,0.
MDS 1 łyżkę stołową na lawatywę.

Często zdarzają się przypadki, że płókania drażnią śluzówkę jelit, nasilając objawy chorobowe (parcia i bóle); należy wówczas zastosować środki ściągające śluzówkę w postaci lawatyw, które powinny pozostać dłuższy czas w jelitach. Wzór lawatywy:

Rp. Dermatoli 2,0
Mucil. Salep. 200,0
S. lawatywa.

W razie silniejszego parcia lub bólów dodaje się: 1) Anaesthesini 0,3, 2) Extr. Belladonnae 0,025, 3) Sol. adrenalin. 1⁰/₁₀₀ — 0,25, 4) Tinct. Opii simpl. gtt. X.

W przypadkach długotrwałych biegunek należy stosować do wewnątrz: dermatol, preparaty taninowe (acid. tannicum, tannalbina tannigen), bizmutowe (bismut. carbon., bismut subgallic.), wapno (calc. carbon. praecip. albo calc. phosph.).

Wzory:

Rp. Bismuti carbon. (subgallici) 0,5
Saloli 0,5
M. f. p. d t. d. N. XII
S. 3 × dz. po 1 proszku.

Rp. Tannalbini 0,5—1,0
Resorcini 0,5
M. f. p. d. t. d. N. XII.
S. 3 × dz. po 1 proszku.

Rp. Calcii phosphorici
Carbo medicinalis 10,0
M. f. p. po łyżeczce do kawy kilka razy dziennie.

Należy podkreślić, że przy owrzodzeniach nisko położonych dobre usługi daje leczenie miejscowe, kontrolowane endoskopem i polegające na przyżeganiu: 1) 2 — 5% azotanem srebra, 2) 1 — 5% ichtyolem lub posypywaniu: dermatolem, airolelem, xeroformem, względnie proszkiem yatrenowym.

Zaparcia nawykowe na tle niedomogi wątrobowej usuwa
RECTOPANBILINA.

Dieta ma na celu oszczędzanie podrażnionej śluzówki przez usunięcie procesów gnilnych i fermentacyjnych. Wykreślamy z diety pokarmy obfitujące w błonnik, ciężkostrawne, ostre przyprawy, chłodne i gazowe napoje. W okresach pogorszenia wszelkie potrawy bywają przez chorych źle znoszone; stosujemy wówczas w ciągu 2 — 3 dni dietę głodową, podając wyłącznie ciepłą herbatę, bez cukru, z cytryną lub czerwonym winem. Inaczej postępujemy przy biegunce, inaczej przy zaparciu. W pierwszym przypadku podajemy zupy, potrawy mączne, przetarty ryż, dobrze rozgotowaną mianę, lane kluski, kleiki, kakao, sok z borówek, żelatynę, śmietankę, biały śmietankowy ser, masło i żółtka jaj. O ile stan polepsza się, przechodzimy na siekane mięso, białą rybę, jarzyny w postaci purée.

Przy zaparciach do powyższej diety dodać miód, purée z jabłek. Bezwzględnie usunąć: kapustę, jarzyny strączkowe (groch, soczewicę, bób), sałatę, ogórki, surowa owoce, alkohol (oprócz czerwonego wina), ostre przyprawy. Mleko bywa indywidualnie znoszone.

Norden zaleca na początku leczenia przez 2 — 3 dni albo podawać tylko twaróg, albo dni ryżowe, owsiane, cukrowe. Dieta ta polega na jednostajności pokarmów (t. j. powinna składać się tylko z jednego produktu) i ma na celu przeciwdziałanie procesom fermentacyjnym, które zdarzają się u chorych po czerwonce.

Col. ulc. po przebytej czerwonce, wywołanej pałeczkami S h i g a - K r u s e. W tej postaci stosujemy surowicę czerwonkową, wielowartościową, domięśniowo, 1-go dnia 40 cm³, zwiększając dawkę każdego następnego dnia o 10 cm³, dochodzi się do 100 cm³ dziennie.

Col. ulc. po przebytej czerwonce pierwotniakowej. Wstrzykuje się w ciągu tygodnia domięśniowo lub dożylnie emetynę według wzoru (S c h u r):

Emetini hydrochl. 0,02 w ampułkach
S. 3 × dz. po 1 ampułce, lub po 0,05 dziennie.

Nie należy przekroczyć ogólnej dawki 0,15, gdyż w przeciwnym razie spowodujemy zatrucie. Pozatem stosujemy Yatren bądź w postaci proszku lub pigulek po 0,25 cztery razy dziennie, bądź w postaci lawatywy stałej; skład lawatywy: 200 — 400 cm³ 1,5% — 2,5% Yatrenu.

Przy owrzodzeniach po przebytej col. gravis niewiadomego pochodzenia. Wielu klinicystów zaleca autoszczepionkę, wyhodowaną z kału chorego, w dawce od 0,5 do 2,0 co trzeci dzień. Szczepionka ta w wielu przypadkach (G r o s s f e l d, R u b i n s z t a j n, K n o r r) daje poprawę.

W ostatnich czasach próbowano leczyć col. ulc. przetaczaniem krwi w ilości 300 cm³ — 400 cm³. Metoda ta daje w wielu przypadkach wyniki zachęcające (S t r a u s s).

Col. ulc. typhosa i paratyphosa nie wymaga specjalnego leczenia, gdyż z chwilą ustąpienia objawów chorobowych, znikają również owrzodzenia jelitowe.

Leczenie col. ulc. na tle pasorzytniczem polega na usunięciu paso-

rzytów z przewodu pokarmowego. W tym celu stosuje się znane środki: Extr. Filicis maris (taenia sol.), santoninę (ascaris et oxyur.), Tymol (ankylostoma duodenale), jak również alizatyne 3 × dz. po 2 pigułki.

Col. ulc. luetica. Kuracja specyficzna, kombinowana. Stosuje się neosalwarsan i bizmut. Rtęci należy naogół unikać, gdyż może ona wywołać col. mercur.

Leczenie owrzodzeń gruźliczych jelit grubych i cienkich polega przede wszystkim na zwalczaniu biegunek. Dążymy do tego celu zapomożą odpowiedniej diety oraz środków leczniczych, stosowanych i przy innych owrzodzeniach jelit. Dobre usługi oddają duże dawki thiocolu. Oprócz tego wielkie znaczenie ma leczenie ogólne: klimatyczne (kąpiele słoneczne na okolicę brzucha), naświetlania lampą finsenowską.

Leczenie owrzodzenia gruźliczego kątnicy i wyrostka robaczkowego wymaga, o ile stan ogólny na to pozwala, zabiegu chirurgicznego. W przeciwnym razie ograniczamy się do leczenia objawowego.

Leczenie swoiste tuberkuliną należy próbować bardzo ostrożnie, ponieważ może ono wywołać z jednej strony zaostrenie i nasilenie sprawy chorobowej, zlokalizowanej najczęściej w płucach, z drugiej strony niebezpieczne powikłania, w postaci silnego odczynu ogniskowego w o r z o d z e n i a c h drażących głęboko i mogących dać przytem miejscowe zapalenie otrzewnej lub nawet rozpad z przebicciem ściany.

H e l w e s, stosując tuberkulinę, miał jednak dodatnie wyniki.

Col ulc. actynomycotica. Podaje się duże dawki jodu dożylnie lub doustnie, stosuje się również dożylnie wstrzykiwania 4% Yatrenu, w ilości 3 — 5 cm³, dwa razy tygodniowo w ciągu miesiąca. Oprócz tego należy pamiętać o leczeniu bodźcowem w postaci proteinoterapii, a także o naświetlaniach promieniami roentgenowskimi.

Przy col. ulc. na tle zaburzeń w układzie vegetatywnym podaje się atropinę i wapno.

Wzory:

- I. Sol. atrop. sulphurici 0,01 : 10,0
S. 3 × dz. po 10 kropli.
- II. Extr. Belladonnae 0,2
Calc. chlorat 15,0
Aq. dest. 200,0
Mfs. 3 × dz. po 1 łyżce.

Przy col. ulc. na tle zastoinowem, zdarzającym się przy zapaleniu wsierdzia wrzodziejącym, należy leczyć tło choroby.

Leczenie col. ulc., wywołane kamieniami kałowymi lub obcym ciałem, polega na usunięciu tego ciała i zastosowaniu leczenia miejscowego i objawowego, o czym wyżej.

Leczenie chirurgiczne polega na zastosowaniu appendikostomji i anus coecalis. Do zabiegu tego uciekamy się niechętnie i tylko w tych przypadkach, w których długotrwałe leczenie wewnętrzne nie daje wyniku. Ponieważ zabiegi chirurgiczne najczęściej odbywają się na osobnikach wycieńczonych, dają one duży odsetek śmiertelności (S t r a u s s). Pozatem operacja ma jeszcze i te ujemne strony, że wytworzone przetoki

lub sztuczny odbył wymagają długotrwałych płókań (do dwóch lat). **B u s c h** jednak radzi nie odwlekać operacji, zastosować appendikostomię, która może uratować chorego. **S e y f a r t**, stosując leczenie chirurgiczne, miał również dobre wyniki (colostomia). Chorzy po zabiegu poprawili się i przybyło im na wadze. **S e e f i s c h** opisuje przypadek, w którym żadne leczenie nie dało wyniku, jedynie tylko colostomia doprowadziło do wyleczenia.

PIŚMIENICTWO.

- 1) Brugsch: Lehrbuch der inner Medizin. 2) Busch: Zur Frage der Colitis ulcerosa, M. m. W., N. 26, 1926. 3) Carré, Borchard: Lehrbuch der Chirurgie. 4) Einhorn: Ar. f. Verd, Rd 45, 1929. 5) Galewski: Dietetyka, Warszawa 1933. 6) Grossfeld: Archim. für Verdangskr., Bd 36, 1926. 7) Januszkiewicz, Narząd pokarmowy a gruźlica. 8) Knorr, Wiener klin. Woch., Nr. 14, 1925. 9) Rubinstajn: Arch. für Verd., Bd. 39, 1926. 10) Schur: W. k. W., Nr. 47, 1927. 11) Seefisch: D. m. W. Nr. 47, 1925. 12) Seyfarth: M. m. W., Nr. 5, 1928. 13) Strauss: D. m. W., Nr. 46, 1926. 14) Strauss: Arch. für Verdangskr., Bd. 45, 1929.

STRESZCZENIA

Przegląd prasy lekarskiej zagranicznej

Medycyna wewnętrzna

H. Schlessinger. Dalsze próby lecznicze w hydrops articulorum intermittens (Ther. der Gegenw. 1932, N. 4).

Tę grupę schorzeń charakteryzuje okresowe zjawienie się obrzęków stawów kolanowych, które trwać mogą latami i znikają, nie pozostawiając po sobie śladów. Co do patogenyzy tej sprawy chorobowej, autor przypuszcza, że pozostaje ona w związku z zaburzeniami wewnątrzwydzielniczymi, przy czym decydującą rolę odegrać miałaby dysfunkcja gruczołów płciowych. Do wniosków tych dochodzi Schles. na zasadzie obserwowanych 18 przyp., w tem 16 kobiet. Schorzenie dotyczy kobiet, przeważnie w okresie pełnego rozwoju płciowego; początek choroby z reguły powstaje po zjawieniu się perjodów, często po porodzie.

Ciąża zwykle przerywa i hamuje obrzęki, które wracają po porodzie. W wielu przypadkach, w okresie przekwitania, sprawa chorobowa całkowicie cichnie. Na podstawie tych spo-

strzeżeń autor przypuszcza, że dysfunkcja wzgl. hypofunkcja jajników stanowi przyczynę obrzęków stawowych. Wychodząc z tych założeń, rozpoczął stosować w przypadkach hydr. artic. intermittens preparaty jajnikowe w postaci zastrzyków menformonu w dawce 50 jedn. mysich. W 3 zaobserwowanych przez siebie przypadkach już po pierwszym wstrzyknięciu menformonu obrzęk zmniejszał się, nawet zniknął na parę miesięcy. Dotychczasowe doświadczenia autora przemawiają przeto za dalszem stosowaniem preparatów jajnikowych. Jeżeli chce się zapobiec nawrotowi obrzęków, należy terapię tę stosować stale. Ponieważ jednak leczenie to jest kosztowne, nasuwa się pytanie, czy w przypadkach z wyraźną poprawą po podawaniu preparatów jajnikowych, nie należałoby przeszczepiać jajnika. Dr. med. H. Zalcman.

H. Cohen. O stosowaniu diatermji w zapaleniach nerek. (D. Med. Woch. 1932, Nr. 40).

Leczenie zapalenia nerek przy pomocy diatermji po ukazaniu się prac

**Znacznie (250 razy) mniej toksyczna od strychniny
GENOSTRYCHNINA.**

Edwig'a i Intenberg'a wzbudziło ostatnio żywe zainteresowanie. Autorzy ci w przypadkach ostrego zapalenia nerek otrzymali znaczne zwiększenie się diurezy po zastosowaniu diatermji. Spornym 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 nerczycy 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 bezmocem, 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 ścisłe przestrzeganie diety winno stanowić nadal leczenia zasadnicze.

Dr. med. H. Zalcman.

Alfred Ninrich. Czy dla dajagnostyki różnicowej schorzeń serca wystarczają zwykle elektrokardjograficzne odprowadzenia? (D. M. Woch. 1932, N. 51).

Badania doświadczalne przeprowadzone na królikach oraz obserwacje przypadków klinicznych, pozwalają autorowi twierdzić, że nie wszystkie, nawet poważne procesy patologiczne, zachodzące w mięśniu sercowym, znajdują swój wyraz na krzywych elektrokardjograficznych, otrzymanych w normalnych odprowadzeniach (I, II, III). Niezbędne jest według autora zastosowanie nowych odprowadzeń, a mia-

nowicie: w przypadkach zajęcia przedniej powierzchni serca należy stosować odprowadzenie piersiowe, w przypadkach zaś zajęcia tylnej powierzchni serca — odprowadzenie przelykowo odbytnicze. To ostatnie autor przesywał tylko u niemowląt.

Dr. med. Ignacy Kornberg.

Ferrari. Przegląd literatury włoskiej o gruźlicy (Med. Kl. 1933, Nr. 6).

Canzio. Ciepłota w dole pachowym w jednostronnej gruźlicy płuc jest o $0,1-0,2^\circ$ wyższa po stronie chorej, niż po stronie zdrowej. Po założeniu odmy sztucznej ciepłota wyrównywa się. Jeżeli zaś nie wyrównywa się, wskazuje to na jakies powikłania w przebiegu odmy sztucznej.

Sforza. Wyciągi wątrobowe i śledzionowe pobudzają w gruźlicy płuc czynność narządów krwiotwórczych, przemianę cholesterynową i zwiększają siły odpornościowe ustroju.

Borsalino otrzymał dobre wyniki w leczeniu krwiopłucia w ten sposób, że po znieczuleniu gardzieli 5% kokainą wprowadził dotchawicowo strzykawką Rosenthala 10 cm^3 koagulu z 1 cm^3 1/1000 adrenaliny. Udało mu się we wszystkich przypadkach zatamować krwiopłucie.

Geronimo próbuje leczyć gruźlicę, z korzystnymi, zwłaszcza w postaciach włóknistych, wymiakami drogą autoseroterapii. Autor pobiera 4 — 8 cm^3 krwi, przechowuje ją przez 2 doby w ciepłocie 3° , podaje następnie wirowaniu przez 3 godziny, ochładza surowicę przez 12 godzin i wstrzykuje ją potem domięśniowo, od 4 do 18 razy. Surowica powinna tylko lekko opalizować; żadnych miejscowych ani ogólnych odczynów autor nie spostrzegł.

Dr. med. A. Walfisz.

Sonhofsón. Stan alergji powiązanych bārbiturowych (Med. Kl. 1933, Nr. 6).

Autor opisuje szereg przypadków, w których u osób osłabionych wskutek innych cierpień przewlekłych — najczęściej serca — występowało po podaniu lumnalu ostre schorzenie z wysoką ciepłotą, świądem skóry, wysypką rumieńcową, zwykle typu plonicze-

Ogólną działalność tkankową ustroju pobudza DELBIASE.

go, rzadziej odrowego, niekiedy mieszanego. Skóra po ustąpieniu wysypki luszczyla się, jak w plonicy. Stan taki w kilku przypadkach niewątpliwie przyspieszył zejście śmiertelne. W innych przypadkach spostrzegano zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, języka i warg. Podobną allergję wywołać mogą: weronal i inne pochodne kwasu barbiturowego. Po wyleczeniu wysypki poluminalowej wcierano w miejsce wygojone maść, zawierającą 50% luminalu. Otrzymano odczyn skóry typu Moro; u zdrowych ludzi taka próba wypadła ujemnie.

Dr. med. A. Walfisz.

Choroby oczu

K. Lindner. Pierwsza pomoc w uszkodzeniach i chorobach oczu (W. Kl. Wochenschr. 1932, Nr. 4).

Autor omawia zadanie lekarza praktykującego na wsi przy uszkodzeniach oczu. Obce ciała rogówki wymagają dokładnego znieczulenia przed usunięciem, po usunięciu należy założyć do worka spojówkowego maść col-largolową lub optochinową w celach zapobiegawczych. Do ran drążących lekarz - praktyk powinien wstrzyknąć mleko lub inny preparat białkowy. Wprawienie lub obcięcie tęczówki wypadniętej, oraz usunięcie obcego ciała z głębi oczu należy pozostawić lekarzowi specjalście.

Jeżeli lekarz - praktyk zmuszony jest leczyć dalej uszkodzenie drążące, musi sobie uświadomić możliwość współzulnego zapalenia drugiego oka. Zeszycie uszkodzonych powiek musi wykonać lekarz okulista, jako zabieg kosmetyczny.

Z uszkodzeń chemicznych najczęstsze są uszkodzenia wapnem. Należy wówczas dobrze oczyścić oko i nie zapominać o możliwości późniejszych wzrostów.

W innych schorzeniach ingerencja lekarza - praktyka nie jest tak nagła. W ostrych niezbytach spojówek trzeba mieć na uwadze możliwość rzeźączki i wówczas należy ochronić drugie oko szkielekmem zegarkowym lub opaską.

W niezbytach dyftertycznych bezwzględnie należy zastosować surowicę, nawet w przypadkach podejrzanych.

Z innych schorzeń oczu, ważnych dla lekarza - praktyka, wypada wymienić jaskrę i zapalenie tęczówki. Szybkie rozpoznanie i zastosowanie pilokarpiny w jaskrze, atropiny zaś w zapaleniu tęczówki może uratować wzrok. W rozpoznaniu należy mieć na uwadze szerokość źrenicy, która w jaskrze rozszerza się, w zapaleniu zaś tęczówki zwęża.

Dr. med. W. Arkin.

K. Lindner. Nasze dotychczasowe doświadczenia z metodą „podminowania“ w operacjach odklejenia siatkówki (Spraw. z 49-go Zjazdu okulistów niemieckich w Lipsku 1932).

W końcu 1931 r. L. operował 2 przypadki odklejenia siatkówki z przedziurawieniem plamki żółtej. Celem zamknięcia tych otworów L. zastosował następującą nową technikę. Po cięciu twardówki do naczyniówki wchodzi się między twardówkę i naczyniówkę zapomocą wyginającej się szpatułki. Koniec szpatułki doprowadza się do plamki żółtej, poczem w kieszeń, wytworzoną między twardówką a naczyniówką, wlewa się roztwór 6% ługu potasowego. Zachęcony dobrym wynikiem, L. zaczął stosować ten sposób, który nazwał „podminowaniem“ (Unterminierungsmethode) i w innych przypadkach, przedewszwstkiem tam, gdzie należało wykonać przypalenie daleko z tyłu. Następnie L. zastosował tę metodę i w zwykłych przypadkach. Zaletą jej jest skrócenie czasu operacji i zamiast kilku otworów, trepanujących twardówkę, wykonuje się tylko 2, które łączy się szpatułką, wprowadzoną pod twardówkę z jednego otworu do drugiego. Zamiast pałeczki ługu, jak w operacji przypalania podług Guiste, stosuje się słabszy 3% roztwór ługu, który wlewa się odpowiednią kanką. L. przytacza kilka historyj chorób, które należy przeczytać w oryginale.

Dr. med. W. Arkin.

H. Copper. Wrodzony brak ruchów bocznych jednego oka (Zespół objawów Stillinga). Sur un nouveau cas d'absence congénitale des mouvements de lateralité d'un oeil. (Syndrome de Stilling). (Arch. Ophtalmologie 1932).

GENEZERYNA usuwa niedokwaśność żołądka.

Autor opisuje II-letnią dziewczynkę, dobrze zbudowaną, która ma wrodzoną nieregularność oka lewego, polegającą na zmniejszeniu ruchów czynnych gałki oraz zupełnym zaniku ruchów biernych. Przy odpychaniu gałki palcem odczuwa się silny opór. Rąbek rogówki, dotknięty szczypczykami, wywołuje ból i silne przekrwienie całej gałki. Ostrość wzroku oka lewego poniżej 0,1; rozbieżność nieregularna; reakcja źrenicy regularna; dno oka prawidłowe. Pierwszy analogiczny przypadek zanotowany był przez Stillinga w r. 1877 i dlatego autor proponuje wszystkie podobne przypadki gromadzić pod nazwą zespołu objawów Stillinga. Autor dziwi się, że piśmiennictwo francuskie o tej sprawie mil-

czy, w Encyklopedji francuskiej Morax poświęca jej zaledwie kilka wierszy i przytacza obserwacje Turka, Künna i Wolffa.

Autor tłumaczy zanik ruchów biernych wadliwym przyłączeniem mięśni prostych: wewnętrznego i zewnętrznego do twardówki, lub uszkodzeniem tych mięśni; w wielu przypadkach zaobserwował włókniste zwyrodnienie mięśni prostych; podkreśla przytem, że są to wadliwości powierzchniowe, dotyczące mięśni i ścian oraz niemające nic wspólnego z jądrem lub nieprawidłowym funkcjonowaniem nerwu sympatycznego, tak jak twierdzili Eason Herbert, Fromaget i Wibo.

Dr. med. B. Turkus-Sterlingowa.

Przegląd prasy lekarskiej polskiej

Doc. dr. J. Rutkowski: **Symptomatologia zapalenia przewlekłego wyrostka robaczkowego.** (W. Cz. L. 1932, Nr. 49).

Mówiąc o sympatologii powyższego schorzenia, podaje autor niektóre własne objawy. Autora bliżej obchodzą zmiany czucia powierzchownego i głębokiego w przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego; porównuje stronę prawą ze stroną lewą brzucha, dolną część z górną. Czucie powierzchowne bada, głaszcząc delikatnie palcem lub kawałkiem waty; czucie zaś głębokie, ujmując skórę w fałdę skośnię, zlekka szczypiąc symetrycznie ponad obu dołami biodrowymi. Pacjent może wówczas twierdzić, że z jednej strony odczuwa to uszczypnięcie wyraźniej, niż po stronie drugiej. Stosując tę metodę badania, autor wykrył objaw, który nazywa objawem rozszczępienia (dysocjacji) czuć; symptom ten polega na tem, że równocześnie istnieje znieczulenie powierzchowne z przeczułicą głęboką. Zjawisko to autor stwierdził w 80% przypadków.

Drugi zaobserwowany przez niego objaw polega na nierównomiernym (asymetrycznym) zaniku podściółki tłuszczowej w przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego. Bada się

chorego, ujmując po obu stronach ściśle symetrycznie ponad dołami biodrowymi równą ilość skóry w fałdy skośne. W razie dodatniego wyniku objawu, stwierdza się wzrokowo i dotykowo ścięczenie podściółki tłuszczowej po stronie prawej. Objaw ten występuje częściej u kobiet, u osób zasobniejszych w tłuszcz i przy dłuższym trwaniu choroby. Autor tłumaczy powyższe objawy w sposób następujący: podrażnienie chorobowe, zrodzone w narządzie wewnętrznym, biegnie drogą nerwu współczulnego do komórek rdzenia, podrażnienie tych komórek przechodzi na inne sąsiednie, które odpowiadają swoiście: wydzielnicze — wydzielaniem, mięśniowe — napięciem mięśni, czuciowe — zmianami czucia, odżywcze — zmianami odżywczemi.

Autor omawia również inne znane objawy, jak bólu samoistnego, rozszczępienia źrenicy prawej w 93% przypadków (objaw ten trwa od 2½ — 7 miesięcy po zabiegu), bolesności uciśkowej (punkty Mac - Burneya, Lanca, Leopera i Esmonneta), objawy Row-singa i Orłowskiego.

Wypukiwanie daje niekiedy dźwięk wyższy po stronie prawej. Wynik badania promieniami Roentgena w app. chr. posiada małą wartość.

Dr. med. A. Galewski.

PANBILINA usuwa kamieć żółciową.

Ocena książek

Na pograniczu literatury i medycyny.

Michał Choromański: **Zadrość i medycyna**. Powieść. Nakład Gebethnera i Wolffa, Warszawa 1933.

Historja zupełnie zwyczajna: dzieje zadróżci starszego pana, który ma młodą żonę. Przypadek, że którymś zkołei kochankiem pani Rebece Widmarowej zostaje chirurg Tamten, nie usprawiedliwiały jeszcze drugiej części tytułu. Powieść medycynie zawdzięcza jednak rzeczywiście wiele. Treść jest nią nabrzmiała. Autor potraktował przytem zadróżci jak psychoanalityk nowrozę i w rezultacie dał jej „obraz kliniczny“. Metoda badań sprzegła się tu wcale osobliwie z techniką pisarską. U Joyce'a i in. konstrukcja jest typowo „rozumowana“, jest sztuczna, gdy tu trudno poprostu powiedzieć, czy literatura bardziej czy medycyna wykrystalizowała talent pisarski Choromańskiego.

Formalnie powieść składa się z „zeznań“ i pamięciowych reprodukcji jej postaci, z fragmentów pamiętnika kobiety, z fascynujących rzutów autora. Elementy te scalone, zmontowane — doskonale. Historyczna niedledwie operacja, dokonana przez chirurga Tamtena na pani Widmarowej pod nieobecność jej męża, operacja, która powoduje „kompleks“ w przemysłowcu Widmarze, a w polu widzenia Rebece stawia Tamtena — to jąd-ro, dokoła którego nawarstwiają się wszystkie inne fakty. Z drugiej strony, dla chirurga ciemna twarz Rebece, przypominająca mu natrętnie motywy bizantyjskiej architektury, staje się najwyraźniej obsesją. Takie jest „psychopatyczne“ podłoże konfliktu.

W powieści Choromańskiego wszystko jest przeszłością — prócz jednej, początkowej sceny, będącej zarazem sceną końcową. Wracamy więc do punktu wyjścia. Powieść sama jest bez- czy pozaczasowa. Fakt po fakcie ulega powolnemu odwarstwieniu — nie retrospektywnie nawet, zgoła achronologicznie, zależnie od psychicznych motywów i skojarzeń „bohaterów“, zależnie od bodźców, działają-

cych z zewnątrz. Demaskuje się powoli i to, co normalnie ulega stłumieniu. Z jakąś nieposkromioną, napastliwą pasją.

W tym sensie jest w tej książce coś z zaciętrzewienia paszkwila, coś z gniewności namiętnej inwektywy. Odnosi się wrażenie, że autor tu z kimś czy z czemś się rozprawia, że ciska komuś w twarz to całe ludzkie kłębowisko psychicznych i fizjologicznych spraw, jak wichura wywołanym przez niego postaciom kupę zeschłych liści albo podarte szmaciska.

Ludzie Choromańskiego są obiektami fizjologicznej i psychoanalitycznej obserwacji; tylko w tej płaszczyźnie materjalizują się wśród przedziwnych atmosferycznych wyładowań. Dlatego zapewne, jako ludzie, są nie-realni. Są widmowi i makabryczni niegorzej czasem od ludzi Edgara Poe i Maeterlincka. Autor, daleki od sublimowania ich popędów, stwarza widowisko miejscami koszarne. Ze wszystkich zbrutalizowanych docna postaci Choromańskiego najmniej realna, najwięcej żywiołowa jest Rebe-ka. Jest niczem w sobie, prawie nie istnieje: wszystkim w konfliktcie. Jest emanacją płci. Siłą, która wszystko wprawia w ruch. Jak owa tropikalna wichura, hucząca przez cały czas w tej najdziwniejszej z powieści. W tej wichurze, w tych dwóch wichurach przecinają się działania Tamtena i Widmara. Mefistofelicznym pośrednikiem między nimi jest najmakabryczniejszy z wszystkich krawiec Gold wraz ze swym cudacznym Boru-chem. Elektrotechnik Izaak Gold, zły duch elektrowni fantastycznego miasta, szafujący mrokiem i światłem narówni, opina to widowisko przy końcu śmiertelnym łukiem prądu elektrycznego o wysokim napięciu.

Dominanty Widmarowej epepei: pamiętna ósma minuta podczas operacji Rebece, kiedy chirurg w rzekomej a p p e n d i c i t i s rozeznaje ciężę pozamaciczną, oraz fatalna siódma wieczór, o której zamiast Widmara w garsonjerze Tamtena widzimy krawca Golda, znieruchomionego dziwacznie

ANGIOXYL wzmacnia sprawność mięśnia sercowego.

na połowie swej drogi — znalazły świetne uwypuklenie w strukturze całości.

Z impetem narastające sceny, światłem i barwą nasycone, „zachodzenie” na siebie faktów z różnych odcinków życia wielkomięjskiego, błyskawicznie zsynchronizowanych, przy spotęgowanej, a zawsze na właściwe tylko miejsce nastawionej wizualności — mówi o tem, że książka Choromańskiego ma w sobie coś z ducha filmu. Autor stosuje nawet filmowe „zblżenia” (ucho Widmara!). Wogóle wrażliwość i chłonność wzrokowa i słuchowa autora są zdumiewające. W tryby jakiegoś rozwichrzonego, napastliwego stylu chwytają Choromański ludzi, rzeczy, fakty. Złączają w swej powieści w sposób całkiem niezwykły ekspresjonistyczną, kontras-

tującą z naturą obrazowość, freudowską przenikliwość analizy, muzyczną symfoniczność sprzymierzonych sił — kosmicznych i seksualnych. Trafnie nazwano tę powieść „symfonią” (Hulka - Laskowski).

Takiego specyficznego pod każdym względem „klimatu” nie stworzył żaden pisarz - psychoanalityk; o taką atmosferę kliniki nie pokusił się dotąd żaden z lekarzy - literatów, których od Rabelais'go do Duhamela było tylu. I dlatego, cokolwiekby się chciało zarzucić powieści Choromańskiego (a można o niej pisać równie napastliwie jak panegirycznie), trzeba uznać w niej dzieło talentu samorodnego i trzeba stwierdzić, że jest ona w literaturze dzisiejszej zjawiskiem niepowszedniem.

Dr. fil. Mieczysław Ostowski.

DZIAŁ ZAWODOWY

Dr. med. A. S. (Warszawa).

Bolączki zawodowe

Depresja ekonomiczna, która ogarnęła cały świat, odbiła się dotkliwie na wyzwolonej inteligencji, a w szczególności na zawodzie lekarskim. Pauperyzacja wśród lekarzy prawie w całej Europie czyni duże spustoszenia, najdotkliwiej jednak dało się to odczuć w Polsce, co jest tem dziwniejsze, że u nas, jak dotychczas mylnie twierdzono, jeszcze niema wystarczającej ilości lekarzy. Jeżeli wziąć pod uwagę, że w Polsce jest około 11.600 lekarzy na 32 milj. ludności, to widzimy, że wśród krajów europejskich pod względem ilości lekarzy stoimy na najniższym poziomie, a więc przyczyną zubożenia stanu lekarskiego w danym wypadku nie jest nadmierna podaż, jak w innych zawodach, lecz fatalna organizacja.

Przeżywamy okres zmiany charakteru lecznictwa, które z indywidualistycznego przechodzi stopniowo w społeczne. Jednym z etapów takiego uspołecznienia lecznictwa są Kasy Chorych, które w Polsce obejmują około 6 milj. ludności, t. j. tylko przedstawiciele najemnej pracy. Co zrobić z pomocą lekarską dla ludzi pracy nienajemnej? Przecież tych mamy 3 razy więcej. Dlaczego więc ma być pozbawiona pomocy lekarskiej? Wystarczy zajrzeć do statystyki lekarskiej, aby przekonać się, jakie spustoszenia czyni na wsi śmiertelność wśród niemowląt i zakażenie połogowe u położnic. Należałoby pomyśleć o rozwiązaniu tego zagadnienia, chociażby w taki sposób, w jaki rozwiązano je przed wojną w Rosji przy pomocy t. zw. „ziemskich lekarzy”.

Schorzenie wątroby i dróg żółciowych leczy BILIVAL.
Preparat krajowy.

Należy również dążyć do uprzystępnienia pomocy lekarskiej wszystkim warstwom naszego społeczeństwa, dotkniętym, bez wyjątku, kryzysem gospodarczym i bezrobociem. Głód jest najlepszym sprzymierzeńcem chorób, przedewszystkiem — gruźlicy. Musimy pamiętać, że w Polsce 17% zgonów to pokłosie gruźlicy. Widzimy więc, że zdrowotność w Polsce pozostawia jeszcze wiele do życzenia. Mimo tego jednak większość lekarzy nie znajduje zajęcia. Jak tragiczna jest sytuacja wśród lekarzy, świadczy najlepiej fakt, podany ostatnio w prasie codziennej: w Łodzi na 500 lekarzy 130 cierpi nędzę. Wytworzyła się niezrozumiała sytuacja: większa część ludności bez pomocy lekarskiej, większość lekarzy bez zajęcia.

Jesteśmy na skraju przepaści; powinien ten stan obudzić zatem czujność wszystkich czynników, przedewszystkiem zaś organizacyj zawodowych. Nie można bowiem dopuścić, aby lekarze zwracali się do władz miejskich z prośbą o umieszczenie ich w przytułkach (jak to miało miejsce niedawno w Warszawie) lub o posadę portjera... Często zdarzają się wypadki, że lekarz nie ma środków na kupno dla siebie lekarstwa. Na co czekamy? Czy głodny lekarz może stać na wysokości swojego zadania?

Dopóki czynniki miarodajne nie zajmą się radykalnym rozwiązaniem tego problemu, sami lekarze powinni częściowo uregulować tę sprawę. Widzimy przecież, że jedno z najtrudniejszych zagadnień, jakim jest bezrobocie, obejmujące na całym świecie około 30 milj. ludności (wraz z rodzinami około 100 milj.), starają się rozwiązać przez zmniejszenie ilości godzin pracy, aby umożliwić innym zarobek. Takie rozwiązanie kwestji tembardziej możliwe jest dla garstki 11.000 osób.

Czy dopuszczalnym jest, aby niektórzy lekarze byli zajęci bez przerwy na rozmaitych placówkach od godz. 9 rano do 9 wieczór, gdy inni nie mogą otrzymać ani jednej godziny pracy? Wogóle, jaka może być korzyść z ośmiogodzinnego dnia pracy w ambulatorjum, w którym lekarz zobowiązany jest przyjmować chorych od 8 — 10 godzin? Praca lekarza jest tak wyczerpująca, że powinna trwać najwyżej 4 godz.; resztę czasu powinien lekarz poświęcić, między innymi, na dalsze kształcenie się, uzupełnianie swoich wiadomości, zaznajamianie się z postęпами wiedzy lekarskiej.

Gwoli sprawiedliwości trzeba zaznaczyć, że znajdzie się jeszcze w Polsce kilkunastu lekarzy, których zarobki są dość duże, ale co znaczy ta garstka wobec przepracowanych, przemęczonych i źle wyposażonych 11 tys. lekarzy, którzy na średnie utrzymanie muszą pracować po osiem godzin dziennie? Wynika to przedewszystkiem z niskiego wynagrodzenia lekarzy na rozmaitych placówkach.

Jak nisko ceniona jest praca lekarza w Polsce, świadczy wynagrodzenie okręgowego lekarza, wynoszące aż... zł. 80.— miesięcznie.

W zrozumieniu powagi sytuacji i w trosce o los zawodu lekarskiego Zarząd Nacz. Izby Lek. przesłał we wrześniu ub. r. do wszystkich Izb Lek. komunikat, w którym ostro występuje przeciwko kumulacji posad

lekarskich. Oto między innymi treść tego komunikatu: „Niedopuszczalnym jest, aby lekarz zajmował jednocześnie kilka dobrze płatnych posad, podczas gdy inni koledzy, stojący na wysokości zadania — głodują. Tembardziej niedopuszczalnym, a nawet za nieetyczne uważać należy, zajmowanie takich posad, które wymagają wykonywania zajęć w tych samych godzinach, co musi z konieczności odbijać się niekorzystnie na sprawności pracy i wywołuje słuszne narzekanie zainteresowanych.

Zarząd Nacz. Izby Lek. ma niepłonną nadzieję, że poszczególne Izby poczynią niezwłocznie energiczne zarządzenia, celem rozpoczęcia akcji pomocy lekarzom poszukującym pracy (np. zorganizują biura pośrednictwa pracy), jak również przyczynią się do rzucenia nowych projektów w skali ogólnopństwowej, mających na widoku poprawę obecnego stanu, a przynajmniej zahamowanie szybko postępującej pauperyzacji lekarzy“.

W pierwszym rządzie powinni lekarze wpływać na swoje organizacje zawodowe, aby one niezwłocznie, mając na uwadze dobro społeczeństwa i lekarzy, wszczęły energiczną akcję w myśl powyższych postulatów Nacz. Izby Lek.

Wiele również zależy od samych lekarzy, którzy winni poważnie zastanowić się nad poprawą obecnej sytuacji, aby nie dopuścić do upadku stanu lekarskiego.

Notatki terapeutyczne

Albert Batier wydał swoją pracę doktorską p. t.: „L'Amelioration de collapsus pulmonaire dans le pneumothorax artificiel par l'injection sous-cutanée de Cinnamate de Benzyle - Cholesterine“ (Moderne Impimerie, Paryż).

Autor opisuje przebieg leczenia gruźlicy płuc w Sanatorium d'Oissel.

Chorem, jednocześnie ze stosowaniem odmy sztucznej, wstrzykiwano roztwór olejowy cynamonianu benzylowego w połączeniu z cholesteryną i kamforą. W skład tego połączenia *) wchodziły:

cynamonian benzylu 0,05
cholesteryna czysta 0,10
kamfora 0,125
olej oliwkowy 5 cm³.

Po omówieniu własności chemicznych i farmakologicznych powyższego połączenia autor daje szczegółowy opis historii chorób, w których, obok stosowania odmy sztucznej, podawano również to połączenie.

Wnioski:

1) stan ogólny chorych, leczonych odmą sztuczną, jak również i pozostałych gruźlików (t. j. tych, którym odmy nie stosowano) znacznie polepszał się pod wpływem wstrzykiwań związku cynamonianu benzylu i cholesteryny,

*) Połączenie to znane jest p. n. Cinnozyl.

2) ten sposób leczenia zwiększa odporność ustroju w stosunku do zakażenia gruźliczego, zmniejsza możliwość bilateralizacji procesów gruźliczych i powstrzymuje ich rozwój,

3) powyższe połączenie daje dobre usługi w starych procesach, którym towarzyszą wysięki bądź ropne, bądź surowiczo - włóknikowe,

4) przy jamach otwartych należy bezwzględnie stosować to połączenie,

5) jednoczesne wstrzykiwania tego związku i stosowania odmy sztucznej przyczyniają się do szybszego znikania mas serowatych.

Autor jest zdania, że roztwór olejowy cynamonianu benzylowego w połączeniu z cholesteryną i kamforą, pobudzając — jak to wynika z doświadczeń na królikach — bujanie tkanki łącznej, oraz odma sztuczna, dzięki której następuje zapadnięcie się tkanki płucnej, przyczyniają się do szybszej poprawy stanu choroby.

Znikanie mas serowatych w ogniskach płucnych, według autora, należy zawdzięczać działaniu cholesteryny, znikanie zaś krwawej płwociny przypisuje działaniu związków cynamo - benzylowych.

W ostatnich dniach ukazał się w Polsce nowy preparat follikuliny krystalicznej p. n. Gynoestryl d-ra Roussel'a, chemicznie czysty hormon jajnikowy, o wzorze chemicznym $C_{18}H_{22}O_2$, d a w k o w a n y w a g o w o p o 1/10 młg Follikuliny na 1 amp. à 1 cm³ oliwy.

Powyższe dawkowanie odpowiada fizjologicznym potrzebom kobiety w stosunku do czynności jej funkcji jajnikowych.

Wykryształowanie hormonu jajnikowego sposobem przemysłowym jest wynikiem długoletnich prac najwybitniejszych badaczy substancji rujtowórczej (Doisy, Zondek, Butenandt, Laqueur, Marrian).

W związku z umożliwieniem wprowadzenia do lecznictwa tego hormonu w postaci roztworów czystych kryształków, odbyła się Międzynarodowa Konferencja pod egidą Ligi Narodów, która uchwaliła między innymi następujące wnioski:

1) określenie typu hormonu według własności chemicznych i fizykalnych substancji rujtowórczej,

2) określenie wagi hormonu celem zaadoptowania jej jako jednostkę międzynarodową,

3) możliwość ujednostajnienia nazwy.

Wiadomości bieżące

12 — 15 marca 1933 r. XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu.

Z okazji Zjazdu zorganizowana będzie w tym czasie wystawa: „Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna”.

8 — 10 grudnia 1933 r. odbędzie się w Warszawie V Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy.

Referaty programowe następujące: 1. biologiczny — Nowe meto-

GENATROPINA usuwa nadkwaśność żołądka.

dy rozpoznawania bakterjologicznego (ref. doc. L. Karwacki, koref. doc. A. Ławrynowicz); 2. kliniczny — Powikłania poodmowe (ref. dr. O. Sokołowski, koref. dr. P. Martyszewski); 3. społeczny — Stan walki z gruźlicą na ziemiach polskich (ref. prof. T. Janiszewski, koref. dr. M. Grodecki); 4. odczyt — Stan walki z gruźlicą na terenie Warszawy (dr. Cz. Wroczyński).

W dniach 5 i 6 marca r. b. odbył się w Warszawie Drugi Krajowy Zjazd Lekarski Toz'u pod przewodnictwem p. d-ra Jana Landaua z Krakowa, przy udziale przeszło 300 lekarzy oraz przedstawicieli: Departamentu Służby Zdrowia, Magistratu m. st. Warszawy, Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, Medycyny Społecznej i innych.

ODPOWIEDZI REDAKCJI

Dr. med. Z. M. S., Zaleszczyki. Dziękujemy. Brakujące zeszyty „Przeglądu Terapeutycznego“ wysłaliśmy.

DZIAŁ CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNY.

Czy preparaty szkodzą lekarzom?

W ostatnim zeszycie „Lekarza Polskiego“ (z dn. 1 lutego r. b.) dr. Henryk Kłuszyński opublikował swój wykład, wygłoszony na X-tym Lekarskim Kursie Wakacyjnym w Ciechocinku w roku ub., p. t. „Współczesne prądy w medycynie“.

Niezwykłe ciekawa praca d-ra H. Kłuszyńskiego musi zainteresować nie tylko lekarzy, lecz również i przemysł chemiczno-farmaceutyczny, gdyż autor potrąca w niej o zagadnienie bardzo ważne i ściśle związane z wytwórczością gotowych środków leczniczych.

Dr. H. Kłuszyński, poruszając aktualną sprawę znaczenia lekarza wśród współczesnej publiczności, zaznacza między innymi: „powadze i znaczeniu lekarza u publiczności wyrządzają wielką szkodę patentowe środki, wytwarzane przez przemysł farmaceutyczny. Recepta była zawsze indywidualną pracą lekarza. Na podstawie swego doświadczenia i sztuki lekarskiej nad nią się zastanawiał i zestawiał. Dzisiaj przemysł wytwarza, chory otrzymuje gotowy towar handlowy z zaznaczeniem, na jaką chorobę działa i jak należy go używać. Przemysł farmaceutyczny ustawicznie nas zasypuje nowymi środkami, a szalejąca rywalizacja fabryk nie daje lekarzowi czasu do spokojnego wypróbowania i oceny. Handel i przemysł opanował wytwórczość środków leczniczych i zapełnił rynek niesłychaną ilością specyfików, z rozważań przedewszystkiem czysto kupieckich i zaleca je jarmarczłą natarczywością nie tylko lekarzowi, ale nawet publiczności“.

Nie możemy, niestety, podzielić powyższej opinii d-ra H. Kłuszyńskiego z wielu względów, ale przedewszystkiem dlatego, że do jednego

GENHYOSCYAMINĘ stosuje się w chorobie Parkinsona.

mianownika sprowadza zarówno wytwórczość „cudownych leków”, zalecanych z „jarmarczłą natarczywością”, jak i wielce pożyteczną pracę powożnego odłamu przemysłu chemiczno - farmaceutycznego, który przy pomocy naukowej propagandy toruje sobie drogę do lekarza. Nieporozumienie. Poważny odłam przemysłu chemiczno - farmaceutycznego nie ma nic wspólnego z czysto kupieckimi rozważaniami fabrykantów „zbawiennych środków”, czerpie swoje pomysły z medycyny i chemji farmaceutycznej i, korzystając z doświadczeń tych nauk oraz zdobytych techniki, uprzystępnia lekarzowi i choremu to wszystko, czego apteka nie jest w stanie — z braku odpowiednich urządzeń i środków — dostarczyć im w określonym czasie.

Czy współczesna wiedza lekarska mogłaby się obejść bez tych środków? Śmiemy wątpić. Na to pytanie zresztą daje odpowiedź sam dr. H. Kłuszyński. „Zapewne — powiada — wiele z tych środków ma niezaprzeczną wartość leczniczą (nasze podkreślenie)”. Ale autor obawia się, że „każdy nowy specyfik, wytwarzany przez przemysł farmaceutyczny, to nowy cios dla znaczenia lekarskiej sztuki i indywidualności lekarza”. Dlaczego?

Każdy nowy specyfik — to przecież nowy pomysł leczniczy, powstanie którego zawdzięcza ludzkość przede wszystkim twórczym wysiłkom lekarza przy łóżku chorego, a następnie dopiero usilnym i długotrwałym doświadczeniom laboratoryjnym chemika i farmaceuty. W każdym specyfiku tkwi myśl i wiele pracy lekarza, pracy cichej i długotrwałej. I chociaż chory bierze do ręki gotowy preparat, przygotowany w fabryce chemiczno - farmaceutycznej, musi pamiętać, że jego pomysł zrodziła kiedyś recepta lekarza.

I jeszcze jedno: skarży się dr. H. Kłuszyński na powódź gotowych środków. Prawda, jest ich dużo. Ale świadczy to — naszym zdaniem — tylko o żywotności przemysłu chemiczno - farmaceutycznego, o jego stałych poszukiwaniach nowych środków do walki z chorobą. Może wśród tych środków jest wiele niepotrzebnych, ale bez nich nigdy nie powstałyby koncepcje — niezbędne i wymagające często długoletnich mniej doskonałych prób. Wytwórczość gotowych środków leczniczych ma to na względzie.

Bardzo dużo szkody zarówno medycynie, jak i spokrewnionemu z nią przemysłowi chemiczno - farmaceutycznemu przynosi często właśnie ten nieprzychylny stosunek lekarza do specyfików. Zamiast życzliwej współpracy, zgrzyty i nieporozumienia.

Jeśli chcemy, aby przemysł chemiczno - farmaceutyczny nie błądził po manowcach, lecz kroczył wyłącznie naukową drogą, aby był na usługach lekarza w jego walce z chorobą, musimy dążyć do zgodnej współpracy. Trzeba zrozumieć, że są koncepcje lecznicze (np. organopreparaty i t. p.), niezbędne i niezastąpione, których apteka, bez pomocy fabryki chemiczno - farmaceutycznej, nigdy by nie zrealizowała. Trzeba pogodzić się z faktem, słusznie niedawno podkreślonym przez d-ra Z.

**CINNOZYL = cinameina + cholesteryna + kamfora
w sterylizowanym roztworze olejowym.**

Kramsztyka*), że „lecznictwo współczesne jest wykładnikiem tych ogromnych zdobyczy w zakresie doświadczalnym i klinicznym, w jakie tak obfituje terażniejszość, i każdy, kto zdaje sobie sprawę z tych postępów, pojmuje, że lecznictwo musi z kolei odpowiadać niespotykanym dawniej wymaganiom”.

W tem świetle skarga dr. H. Kłuszyńskiego na powódź gotowych środków leczniczych oraz zarzuty, że wytwórczość ich wyrządza wielką szkodę powadze i znaczeniu lekarza u publiczności, wydają nam się zupełnie niesłuszne.

h. l. o.

*) Z. Kramsztyk: Lekarze a przemysł chemiczno - farmaceutyczny, Warsz. Czas. Lek., 1932, zeszyt VI.

Przegląd prasy farmaceutycznej.

Nr. 10 „Wiadomości Farmaceutycznych“ zawiera między innymi: dokończenie pracy M. Dominikiewicza, J. Opieńskiej - Blauth i Z. Metzke p. t.: „Badanie i ocena jodwasogenów naszego rynku farmaceutycznego“, „Niewłaściwa reklama w dziennikach“, „Materiały do zagadnienia próbek lekarskich“.

Nr. 5 „Kroniki Farmaceutycznej“ przynosi pracę d-ra Stefana Otolskiego p. t.: „Roślinne związki fosforowe stosowane w lecznictwie“.

TREŚĆ ZESZYTU Nr. 1.

str

Dział naukowy:	Dr. med. D. Lubicz — Leczenie nieżytu wrzodziejącego jelit grubych (colitis ulcerosa)	1
Streszczenia:	Przegląd prasy lekarskiej zagranicznej	5
	Przegląd prasy lekarskiej polskiej	8
Ocena książek:	Na pograniczu medycyny i literatury	9
Dział zawodowy:	Dr. med. A. S. — Bolączki zawodowe	10
Notatki terapeutyczne	12
Wiadomości bieżące	13
Dział Chemiczno - Farmaceutyczny:	Czy preparaty szkodzą lekarzom?	14

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.

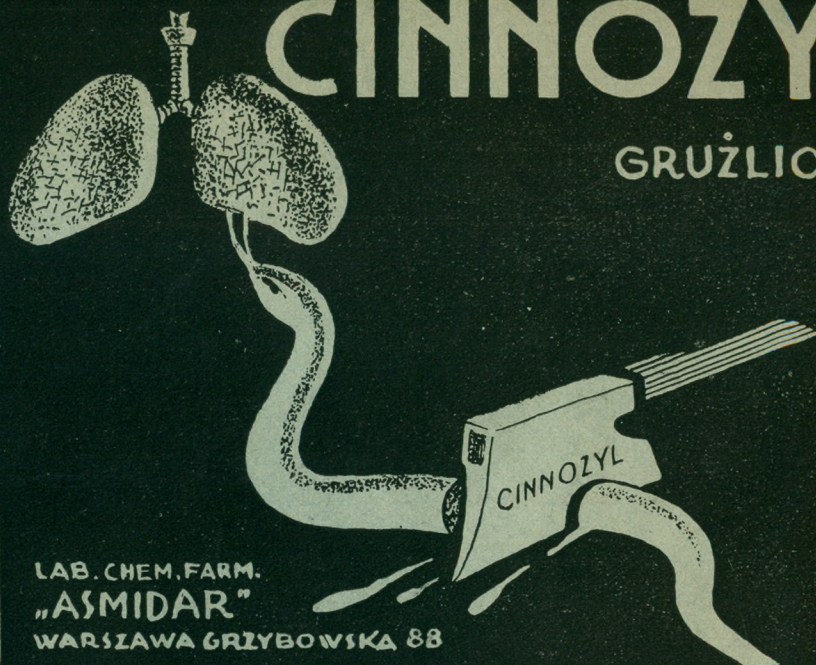
Sekretariat czynny codziennie, oprócz niedziel i świąt: od g. 10—12.

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

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

CINNOZYL

GRUŻLICA



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

HT

Już ukazała się w sprzedaży

Dr. med. ALFREDA GALEWSKIEGO

DIETETYKA

wraz ze sposobami przyrządzania potraw

Cena dla pp. Lekarzy zł. 4.—

Do nabycia u autora (Warszawa, Solna Nr. 6).

Konto w P. K. O. 1778.

NADEŚLANO DO REDAKCJI

M. Choroński. Zazdrość i medycyna. Gebethner i Wolff,
Warszawa, 1933.

Monde Medical, Nr. 824, 1933.

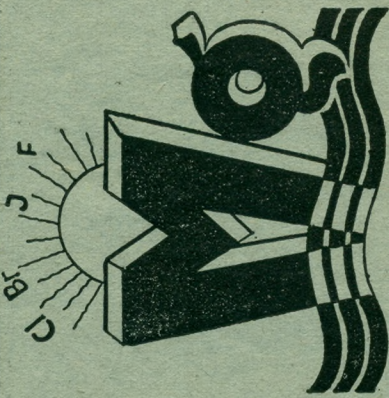
Kronika Dentystyczna, Nr. 6, rocznika XXVII, 1932.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych, Nr. 2 i 3, 1933.

Prasa Lekarska, Nr. 2, 1933.

Lekarz Tybetański, Nr. 8, 1933.

Kronika Farmaceutyczna N. 5, 1933.



**LECZENIE SOLAMI
CHLOROWCOWEMI
MAGNEZU**

DELBETASE

**METODA
CYTOFILAKTYCZNA
PROF. P. DELBETĄ**

WYRÓB. KRAJOWY
METODA
LABOR. CHAPELLE, PARYŻ.

**UPORCZYWE
SCHORZENIA SKÓRNE**

[ŁUSZCZYCA, ŚWIĄD, TRĄDZIK, OBRA-
ŻENIA TYPU PRZEDRAKOWATEGO]

**Generalne Przedstawicielstwo D^r. E. Paulin
sp. z o.o. Warszawa, Królewska 29 a**

1692

OPŁATA POCZTOWA UISZCZONA RYCZAŁTEM

PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

**DEKRET-
SY-
JUNIA-
K-**

pod redakcją

DR. MED. ALFREDA GALEWSKIEGO

Rok III.

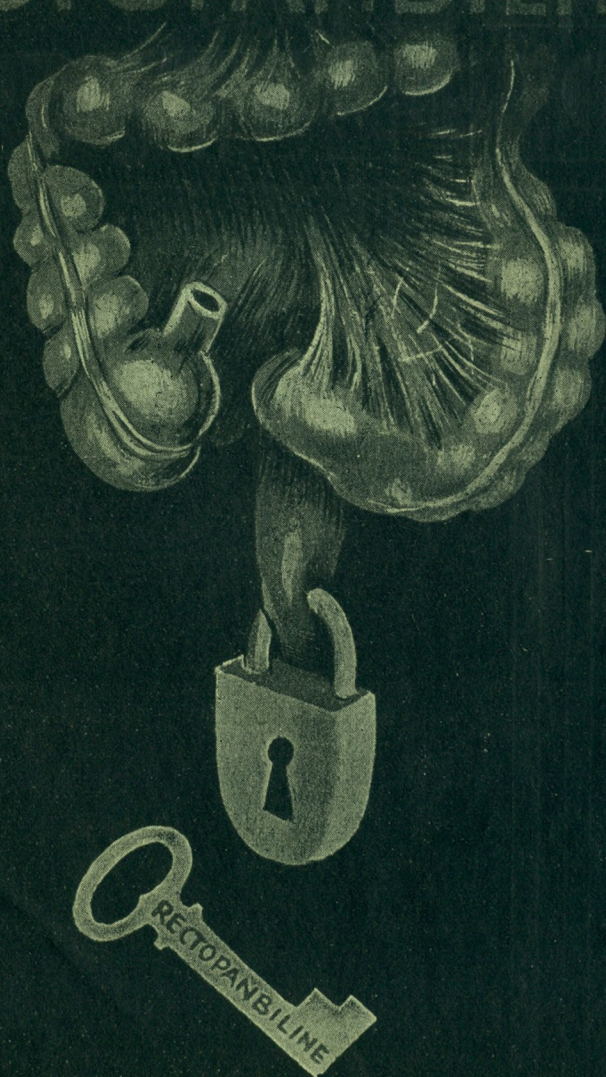
1933 r.

Zeszyt 3 (10)

1692 D. 1948

AKADEMIA LEKARSTWA W GDAŃSKU
BIBLIOTEKA

RECTOPANBILINE



LAB. CHEM. FARM.
"ASMIDAR"
WARSZAWA GRZYBOWSKA 88

SUPPOSITOIRES

CORBIERE

CZOPKI Z ARSENOBENZOLEM

**DO DOODBYTNICZEGO LECZENIA KIŁY
WSZELKICH OKRESÓW I POSTACI**

Każdy czopek zawiera arsenobenzolu

0,10 gr. dla dorosłych

0,03 gr. dla dzieci

0,01 gr. dla osesków

Opakowanie: pudełko à 6 czopków w hermetycznym zamknięciu
aluminjowym każdy.

PREPARAT KRAJOWY Z KRAJOWEGO ARSENOBENZOLU.

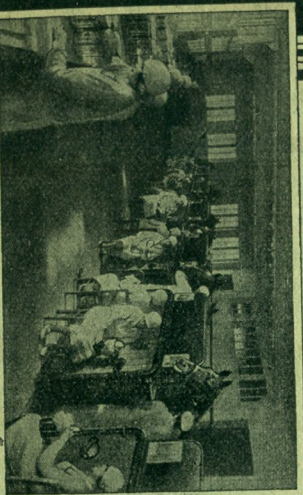
Dr. E. PAULIN Sp. z o. o.

Warszawa, Królewska 29a.

HEMOSTYL D^r ROUSSELA

1700 KONI
DAJE KREW

Krócej i wygodnie piwniak, kłosem, jeździ
HEMOSTYL D^r ROUSSELA
najskuteczniejszy biologiczny preparat
krwiotwórczy i przeciwkrwotoczny.



Flakoniki - ampulki

Syrop.

PROBY: **HEMOSTYL**, D^r ROUSSELA, Warszawa, Grzybowska 88

STEROQYL

ERGOSTERYNA
NASWIETLANA

WITAMINA D
PRZECIWKRZYWICOWA

**SAMOISTNY UTRWALACZ
WAPNIA I FOSFORU**

W RZĘTWOZIE NARZĘTOWNIANY 78 W OLANIE

LITERATURA I PROBY: **STEROQYL**, D^r ROUSSELA
WARSZAWA, GRZYBOWSKA 88

PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

DZIAŁ NAUKOWY

Dr. S. LEWINSON (Warszawa).

Nowotwory nerek

Anatomja patologiczna

Nowotwory nerek dzielą się na dobrotliwe i złośliwe.

Nowotwory dobrotliwe praktycznie nie mają większego znaczenia, gdyż spotykają się dość rzadko i rozpoznać je można przypadkowo na materiale sekcyjnym. Do nich zaliczają się: włókniaki, tłuszczaki, chłoniaki, naczylniaki, mięśniaki, oraz gruczolaki.

Według statystyki kliniki Mayo na 283 przypadki nowotworów nerek przypadły trzy przypadki nowotworów dobrotliwych.

Nowotwory złośliwe zdarzają się częściej i posiadają duże znaczenie tak kliniczne jak i anatomo - patologiczne. Nowotwory złośliwe według Aschoffa dzielą się na pierwotne i wtórne; te ostatnie powstają jako przerzuty na drodze krwionośnej albo przez styczość, nie mają jednak dużego znaczenia klinicznego, gdyż nie podlegają operacji.

Anatomja patologiczna rozróżnia dwa rodzaje nowotworów złośliwych pierwotnych: 1) u dzieci od najwcześniejszego okresu (nawet w życiu płodowym) aż do dojrzewania płciowego, 2) u ludzi dorosłych.

Według statystyki Küstera częstość występowania nowotworów była większa u dzieci w wieku od 1 — 5 lat oraz u dorosłych między 40 — 60 rokiem życia. Częściej spotykane są nowotwory nerek u mężczyzn, niż u kobiet, natomiast u kobiet zdarzają się przypadki, nienadające się do zabiegu operacyjnego.

Według Baenscha i Boeminhauza nowotwory częściej zajmują biegun górny nerki. W moich przypadkach było odwrotnie.

Postacie nowotworów złośliwych

U dzieci do lat dziesięciu najczęściej spotykamy guzy zarodkowe mieszane (tumor mixtus), oraz mięsaki (sarcomata), w wieku późniejszym nadnerczaki, rzadziej raki, najrzadziej mięsaki. Nowotwór zajmuje zwykle jedną nerkę, bardzo rzadko obydwie, prawa ulega częściej schorzeniu. Mój własny materiał obejmuje jeden przypadek mięsaka u dziecka, jeden mięsaka u osoby dorosłej, jeden — gruczolaka brodawkowatego złośliwego i pięć przypadków nadnerczaków.

Raki są pochodzenia nabłonkowego i mogą przybierać postać albo szeroko naciekających twardych guzów, niezmiennających kształtu nerki, albo miękkich guzków. Ta ostatnia postać jest bardziej częsta i złośliwa od poprzedniej, gdyż guzki mają skłonność wrastania do miedniczki nerkowej i dużych naczyń krwionośnych.

Mięsaki powstają zarówno z komórek tkanki łącznej jak i śródbłonna; są to guzy dość rzadkie, szybko rosnące i dochodzące, zwłaszcza u dzieci, do olbrzymich rozmiarów.

Zarodkowe guzy mieszane są zawsze wrodzone i spotykają się tylko u dzieci.

Nadnerczaki stanowią 80% wszystkich guzów złośliwych. Według Grawitza powstają one ze zbłąkanych komórek nadnercza. Z początku rosną powoli (długie lata), w pewnym okresie dopiero zaczynają się szybko rozrastać.

Etjologia

Przyczyna nowotworów nerek nie jest znana. Pewne znaczenie mają przewlekłe sprawy zapalne i urazowe oraz kamienie, pozostające przez długi okres czasu w nerce. Niektórzy zaznaczają, iż nowotwory częściej powstają w nerkach ruchomych. W moich dwóch przypadkach nerka była ruchoma.

Wywiady

Przedewszystkiem należy podkreślić trzy objawy charakterystyczne dla nowotworu nerki: ból, krwiomocz i guz. Te trzy objawy razem, albo też każdy oddzielnie, sprowadzają chorego do lekarza. Bóle występują o charakterze albo stałym, tęnym, albo w postaci ostrych ataków kolki nerkowej, spowodowanych zatrzymaniem się skrzepów krwi w miedniczce lub w moczowodzie. Krewimocz zjawia się nagle wśród dobrego samopoczucia, nie towarzyszą mu bóle, natomiast później zjawia się atak kolki. Obecność guza tylko w wyjątkowych wypadkach zostaje zauważo-

na przez samego chorego. Z objawów dalszych wymienić należy ogólne złe samopoczucie, utrata wagi, żylaki powrózka nasiennego, przerzuty i t. d.

Objawy kliniczne

Najważniejszym objawem jest obecność guza. Przy luźnych powłokach brzusznych można wymacać guz, badając chorego dwuręcznie w pozycji leżącej, albo według Israela w pozycji bocznej. Według niektórych autorów, stosując przy obmacywaniu uspienie lub ciepłą kąpiel, można w 70 do 80% przypadków wymacać guz nerki. W dziewięciu przypadkach, obserwowanych przeze mnie, guz wymacywał się sześć razy.

W przypadkach guza nerki, wychodzącego z górnego bieguna, wymacać można dolny biegun, a wypukowo stwierdzić wysokie ustawienie przepony. Przy obmacywaniu nerki nowotworowej występuje często ból od ucisku, a niekiedy krwawienie. Ból występuje również przy mocnym opukiwaniu okolicy nerki od tyłu.

U pacjentów szczupłych już przy oglądaniu można niekiedy zaobserwować wygórowanie od przodu lub tyłu. Guz może być gładki lub nierówny, nieruchomy lub ruchomy — szczególnie przy nadnerczakach (bałotująca nerka Guyona). Guzy nerki bywają przeważnie przesuwalne przy oddechaniu. Spoistość guzów jest zazwyczaj twarda, zdarzają się jednak guzy o spoistości miękkiej, lub twarde z ogniskami rozmiękczenia. Guzy te, jakto zdarzyło się w jednym z moich przypadków, przyjmowane być mogą za torbiele, wodonercze lub bąblowiec, gdyż przy badaniu wyczuwa się chęłbotanie. W tych przypadkach przy pomocy nakłucia próbnego można postawić rozpoznanie. Nakłucie nowotworów nerek daje płyn krwawy, zmieszany z rozpadającą się masą, lub jasny, zawierający dużą ilość białka. Stosunek guza do otrzewny i kiszki grubej ustala się przez wypełnienie jelit powietrzem.

Krwiomocz jest jednym ze stałych i najwcześniej występujących objawów nowotworów nerek. Spotyka się w 50 — 80% przypadków (w moich przypadkach 6 razy). Krwiomocz występuje nagle, bez wyraźnej przyczyny, rzadziej po wstrząsie. Przyczyną krwawienia jest przerwanie się nowotworu do miedniczki nerkowej, lub zastój i przekrwienie.

Krwiomocz może być różnego stopnia: obfity, średni, lub mały (ten ostatni stwierdzony być może tylko drobnowidowo).

Czas trwania krwawienia jest również niejednakowy. Krwawienie może zdarzyć się tylko przy jednorazowym oddaniu moczu, może

też trwać szereg tygodni. Krwiomocz przebiega zwykle bez bólu. Ból występuje dopiero wówczas, gdy skrzepy zatykają moczowód. Obecność skrzepów, szczególnie długich, robaczkowych, jest charakterystyczna dla krwiomoczu z nerki nowotworowej.

Ból jest objawem występującym w 40 — 50% przypadków. Występował on we wszystkich moich przypadkach. Przyczyną bólu jest krwawienie do samego guza, powodujące powiększenie się nerki i rozciągnięcie otoczki nerkowej, lub krwawienie do miedniczki nerkowej. Bóle mają charakter bądź przejściowych napadów kolki nerkowej, bądź też stałego tępego ucisku w okolicy lędźwiowej, dolnej części brzucha, oraz krzyża. Te ostatnie bóle są zwykle słabe, w niektórych przypadkach — szczególnie przy postaciach neuralgicznych — bywają b. silne.

Podwyższona ciepłota przy złośliwych nowotworach zjawia się w 14 — 25% przypadków. Przyczyną gorączki jest wtórne zakażenie miedniczki, w większości jednak przypadków wsysanie się produktów rozpadu nowotworu.

Zylaki powrózka nasiennego (varicocele) są również objawami nowotworu nerki. Na te objawy zwrócił uwagę Guyon. Israel obserwował te objawy w 25% przypadków. Zjawiają się one przeważnie ze strony lewej, gdyż żyła wewnętrzna nasienne lewa (vena spermatica interna sinistra) wpada do żyły nerkowej lewej (vena renalis sinistra), a żyła nasienne wewnętrzna prawa (vena spermatica interna dextra) wprost do żyły próżnej (vena cava).

Z innych objawów uciskowych należy wymienić obrzęki, płyn w jamie brzusznej, zylaki oraz rozszerzenie skórnych żył brzucha, szczególnie u dzieci. Ten ostatni objaw powstaje wskutek wytworzenia się krwiobiegu okrężnego, spowodowanego uciskiem na duże naczynia.

Trudności przy oddawaniu moczu mogą powstawać tylko na drodze odruchowej.

Stan ogólny chorego przez długi czas może być zupełnie dobry. Na samym początku choroby, gdy brak jeszcze typowych objawów, zjawiają się niekiedy objawy ogólnego osłabienia, bóle głowy, brak łaknienia, senność, strata na wadze. Objawy te sprzeczają często chorego do lekarza. W późnych okresach choroby do obrazu powyższego dołącza się wyniszczenie.

Mniej ważnym objawem są zmiany w zabarwieniu skóry, spotykane szczególnie przy nadnerczakach.

Przerzuty. Przerzuty z nerki zdarzają się najczęściej do płuc, kości, wątroby i mózgu; bardzo rzadko do drugiej nerki.

M o c z. Prócz makro lub mikroskopowej domieszki krwi charakterystyczna jest dla nowotworów nerek obecność w moczu kryształów hematomidyny, nietypowych komórek nabłonkowych, oraz strzępów tłuszczowo zwyrodniałej tkanki. W daleko posuniętych przypadkach znajdujemy komórki nowotworowe, pochodzące z rozpadu nowotworu.

R o z p o z n a n i e. Wobec złego rokowania w późno rozpoznanych przypadkach nowotworów nerek i ze względu na brak na początku choroby zwykłych objawów charakterystycznych, przy najmniejszym podejrzeniu na rozpoczynającą się sprawę nowotworową w nerkach, musimy poddać chorego dokładnemu badaniu urologicznemu, które pomimo całej swej precyzji niekiedy zawodzi.

W z i e r n i k o w a n i e p ę c h e r z a wskazuje tylko, która nerka krwawi, lub w którym ujściu znajduje się skrzep krwi.

Jeszcze mniejsze znaczenie ma cewnikowanie moczowodów. Krwawy mocz, zebrany z cewnika, jeszcze nie dowodzi, że krwawi nerka. Krwawienie może być spowodowane wprowadzeniem cewnika. Jeżeli krew jest ciemna, przemawia to za krwawieniem nerki.

B a d a n i e c z y n n o ś c i o w e n e r e k zapomocą wstrzyknięcia barwnika nie daje w większości przypadków właściwego rozpoznania. Nawet w daleko posuniętych przypadkach zniszczenia nerki przez nowotwór, czynność jej może być w zupełności zachowana lub tylko nieco słabsza od czynności nerki zdrowej. W moich przypadkach trzy razy czynność nerki była prawidłowa, dwa razy nieco upośledzona.

R o e n t g e n. Dobre zdjęcie bezpośrednio okolicy nerki może wykazać zmianę w konturze, oraz możliwość porównania konturów obu nerek: zdrowej i chorej. Dla nowotworu nerki charakterystyczne jest duże jej powiększenie. Nieprawidłowy kształt nerki może również nasunąć przypuszczenie o nowotworze. W jednym z moich przypadków już na podstawie samego zdjęcia bezpośredniego można było rozpoznać nowotwór nerki. Należy zaznaczyć, że w wielu przypadkach wyraźne otrzymanie konturu nerki jest trudne. Grauham i Morc słusznie zwracają uwagę, iż powiększony kontur nerki może charakteryzować zarówno nowotwór, jak i inne schorzenie (torbiele).

P y e l o g r a f j a ma duże znaczenie rozpoznawcze. Badanie to wykonywujemy natychmiast po otrzymaniu zdjęcia rentgenowskiego. Przy pyelografii wypełniamy miedniczkę płynem kontrastowym aż do wy-

stąpienia bólu i robimy zdjęcia lub oglądamy miedniczkę pod ekranem (pyeloskopja). To ostatnie badanie daje nam możliwość **jednoczesnego obmacywania guzów pozanerkowych**. Zmiany w miedniczce i kielichach nerkowych zależne są od rozrostu i położenia guza. Guzy rosnące do miedniczki dają obraz uwypuklenia się ściany miedniczki do światła. Czasami dochodzi do skręcenia się miedniczki, nerki i moczowodu. Guzy, wychodzące z górnego bieguna, przemieszczają nerkę nazewnątrz i na dół, a moczowody tworzą łuk uwypuklony nazewnątrz, natomiast guzy z dolnego bieguna przemieszczają nerkę dośrodkowo w stronę kręgosłupa.

Najbardziej charakterystyczną cechą pyelografji przy nowotworach jest brak całkowitego lub częściowego wypełnienia miedniczki i kielichów. Ubytek całkowity zdarza się rzadko i zależy od wypełnienia miedniczki rozpadającymi się masami nowotworowymi lub od uciśnięcia przez nowotwór miedniczki moczowodów. Najczęściej rozpoznajemy nowotwór na podstawie częściowego ubytku. Godzi się zaznaczyć, że obrazy te dają także i inne sprawy chorobowe, jak kamienie nerkowe, skrzepy w miedniczce, nerka hypoplastyczna.

Czasami nowotwór wypełnia światło moczowodu, wskutek opadnięcia nerki nowotworowej moczowód zagina się. Wtedy otrzymujemy przy pyelografji rozszerzenie miedniczki nerkowej i kielichów.

Tak też było w jednym z moich przypadków. Najtypowszym jednak obrazem jest brak jednego, lub wszystkich kielichów, spłaszczenie miedniczki lub kielichów. Powstaje to albo przez wrastanie nowotworu do światła miedniczki i kielichów albo przez ucisk rozrastającego się guza. W tym ostatnim przypadku kielichy są często skrócone.

W innych zaś przypadkach za rozrostem guza podąża również rozrost kielichów i wówczas widzimy kielichy wydłużone, wrzecionowate lub przybierające najdziwaczniejsze kształty.

Ustalić na zasadzie pyelografji, z jaką postacią nowotworu nerki mamy do czynienia, nie jest rzeczą łatwą, jakkolwiek są niektóre objawy charakterystyczne dla tego lub owego nowotworu. Również nie łatwo stanowczo stwierdzić, czy zmiany w konturze miedniczki i kielichów przemawiają za istnieniem nowotworu, czy za inną sprawą chorobową w nerce, gdyż żaden z opisanych przeze mnie obrazów nie jest patognomiczny dla nowotworu nerki.

Pyelografja dożylna, najnowsza zdobycz urologji, nie zawsze daje tyle, co pyelografja wstępująca. Przy daleko posuniętych zmianach wogóle nie otrzymujemy żadnego obrazu, gdyż nerka nie wydziela środka kontrastowego. Przy zachowanej czynności nerki znaj-

dujemy te same zmiany, jakie spotykają się przy pyelografii wstępującej.

Pneumoradiografia, polegająca na nastrzyknięciu okolicy nerki powietrzem, jestto dobra metoda rozpoznawania guzów nerki, szczególnie pomocna przy określaniu, czy guz należy do nerki, czy do innego narządu.

Wlewanie kontrastowe, celem wypełnienia jelita grubego, jest tylko metodą pomocniczą.

Różnicowanie

Przy różnicowaniu nowotworów nerek w rachubę wchodzi nowotwory miedniczki nerkowej, nadnercza, oraz guzy, wychodzące z otoczek nerkowych. Odróżnienie tych wszystkich guzów przedstawia dla kliniki wielkie trudności, a w większości przypadków bywa niemożliwe. Obecność znamiennej tryjady objawów: bólu, guza i krwimoczem przemawia za guzem, wychodzącym z nerki; jednak te wszystkie razem objawy występują w przypadkach daleko posuniętych, w których rokowanie jest złe. Najbardziej jednak wartościowym objawem jest krwimocz. Wziernikowanie pęcherza, stwierdzające krwimocz jednostronny wyklucza poniekąd sprawę zapalną (obustronną). Celem odróżnienia krwimoczem pochodzenia toksycznego (hemoglobinuria), mikroskop rozstrzyga sprawę — znajdujemy bowiem w moczu jedynie barwnik. Krwimocz wprawdzie cechuje i gruźlicę nerek, której towarzyszy prawie zawsze ropomocz. Większe trudności rozpoznawcze napotykamy przy wodonerczu, przebiegającym z krwimoczem. Wtedy, oprócz krwawienia w obrazie klinicznym, mamy dwa charakterystyczne objawy dla nowotworu nerki: ból i guz, jednak wodonercze cechuje zmienność wielkości guza, czego nie mamy przy nowotworach; pozatem powiększeniu się wodonercza towarzyszy ból i naodwrot, gdy wodonercze zmniejsza się, ból ustępuje. Rozszerzenie miedniczki nerkowej, charakterystyczne dla wodonercza, nie wyklucza obecności nowotworu, gdyż jakto już wspomniałem, przy nowotworach miedniczka może być również rozszerzona.

Odróżnienie nowotworu nerki od kamicy nerkowej przeważnie nie nastęca poważniejszych trudności, jednakowoż zdarzają się przypadki, że mamy wszelkie objawy, charakterystyczne dla nowotworów (guz, krwimocz i ból), a obecny kamień nerkowy nie uwidacznia się na zdjęciu, odwrotnie, zdjęcie wykazuje obecność kamienia, a niezależnie od tego istnieje nowotwór nerki; wreszcie cień, przemawiający za kamieniem, zależy jest od zwapienia warstw nowotworowych.

Zwyrodnienie torbielowate nerek, dające zbliżone objawy do nowotworów, jest jednak cierpieniem obustronnem; przy obmacywaniu — z obu stron znajdujemy guzy o powierzchni nierównej. W przypadkach tych czynność obu nerek jest upośledzona. W tych rzadkich przypadkach, kiedy cierpienie to występuje jednostronnie — trudno odróżnić je od nowotworu.

Nerka ruchoma może dawać krwimocz, występujący wskutek zastoju żylnego, co może prowadzić do pomyłek w rozpoznaniu, jakto było w jednym z moich przypadków.

Ból nie jest objawem decydującym w rozpoznaniu guza nerki.

Sama obecność guza, bez innych objawów nowotworu nerki, może być wyrazem istnienia nie tylko tego schorzenia, lecz również ropnicza zamkniętego, pojedynczej torbieli nerki, bąblowca lub nowotworu wychodzącego z innych narządów.

Pomimo wszelkich istniejących metod badania zdarzają się niekiedy pomyłki rozpoznawcze, które stwierdza się dopiero na stole operacyjnym lub sekcyjnym.

R o k o w a n i e przy guzach złośliwych jest złe, nawroty są rzadkie, przerzuty natomiast bardzo częste. W moich przypadkach jeden chory operowany był przed 4 laty i pomimo, że nadnerczak wstąpił do żyły nerkowej, przerzutu dotychczas chory nie ma. Po operacji otrzymał on parę seryj naświetlań promieniami Roentgena. Drugi przypadek nadnerczaka operowany był przed 5-ciu laty, przerzutu również dotychczas niema.

Wyniki operacji przy guzach u dorosłych, w pierwszym rzędzie przy nadnerczakach, według statystyki są następujące: śmiertelność bezpośrednia po operacji — 20%, z powodu nawrotów — 50 - 60%, wyzdrowienie — 20 - 30%. Przeciętny okres wolny od nowotworów jest 4 — 5 lat.

P o s t ę p o w a n i e w nowotworach nerek jest niezawsze jednakowe. W przypadkach daleko posuniętych, gdy nerka zajmuje bardzo dużą przestrzeń i jest nieruchoma, trudności operacyjne są wielkie, a wynik operacji niepewny: w tych przypadkach, jak również przy stwierdzonych przerzutach do innych narządów, lepiej jest naświetlać chorego promieniami Roentgena. Ta metoda leczenia daje czasami bardzo dobre wyniki; w każdym razie guz po naświetlaniu zmniejsza się i jest łatwiejszy do usunięcia. Zabieg operacyjny polega w zasadzie na usunięciu nerki. W jednym z 17 opisanych przypadków dobrotliwego gruczolaka nerki dokonano częściowego wycięcia nerki.

GENHYOSCYAMINĘ stosuje się w chorobie Parkinsona.

Przypadki własne.

Przypadki	Strona	Płeć	Rozpoznanie	Wiek	Ból	Guz	Krwimocz	Czas trwania choroby	Badanie czynnościowe nerek	Pyelografia dożylna	Wynik
1	Prawa	żeńską	adenoma benignum	22	napady	-	+	3 miesiące	+	spłaszczenie miedniczki i kielichów	14 miesięcy bez nawrotów i przetrzutów
2	Lewa	żeńską	sarcoma	25	tępy	+	-	6 — 7 miesięcy	-	zniszczenie kielichów i miedniczki	9 miesięcy bez nawrotów i przetrzutów
3	Prawa	męską	carcinoma	62	tępy	-	-	1½ roku	+ — niew. upośledz. czynności	rozszerzenie miedniczki, spłaszczenie górnego kielicha, zagłębienie moczowodu	brak wiadomości
4	Lewa	żeńską	hypernephroma (tum. mixtus)	54	1 napad	+	+	8 lat opuszczona nerka	+	miedn. rozszerzona, kształt niepr. na wys. 4 kr. ledw., kielichy znieksz.	13 miesięcy bez nawrotów i przetrzutów
5	Prawa	żeńską	hypernephroma	56	1 napad	+	+	od szeregu lat opuszczona nerka	-	nerka opuszczona, spłaszczenie kielichów i miedniczki	6 miesięcy bez nawrotów i przetrzutów
6	Lewa	męską	sarcoma	2	-	++	++	6 tygodni	-	brak zarysu miedniczki i kielichów	po 4 tygodniach przetrzuty do płuc
7	Lewa	męską	adenoma papillare	52	częste ataki	-	+	2 lata	+	miedniczka nie wypełnia się	3 lata bez nawrotów
8	Lewa	męską	hypernephroma	37	napady	+	+	2 tygodnie	+	brak środkowego kielicha, górny i dolny spłaszczony	4 lata bez nawrotów
9	Lewa	męską	hypernephroma mal.	50	+	-	+	6 — 7 miesięcy	-	brak wypełnienia miedniczki i kielichów	5 lat bez nawrotów

STRESZCZENIA

Przeгляд prasy lekarskiej zagranicznej

Medycyna wewnętrzna

R. Fleckseder. *O leczeniu przewlekłych obustronnych schorzeń nerkowych.* (W. kl. Woch., 1933, Nr. 3).

Autor na wstępie podaje w zarysie diety, stośowane w schorzeniach nerkowych. A. Diety, których podstawą jest niedożywianie. 1. Dni głodowe i suche według Volhard'a. 2. Dni mleczne wg. Karell'a. 3. Dni owocowe. 4. Surowe pokarmy bez soli kuchennej. B. Dieta sucha, małosolna (przy obrzękach i wysokim ciśnieniu). 1. Ścisła dieta bezsolna. 2. Dieta małosolna z ograniczeniem soli do 2 — 5 gr.. C. Małosolna i małotuszczowa, bogata w białko dieta sucha (nerczyce z lipidemją i obrzękami). D. Dieta uboga w białko (mocznica) 1. Ścisła dieta z większą ilością białka roślinnego: dieta odtruwająca Volhard'a. 2. Łagodna dieta z ilością białka od 3 — 10 gr. dziennie, w postaci mleka i białka roślinnego. E. Małobiałkowa i małosolna dieta sucha (mocznica z wysokim ciśnieniem lub z niedomogą serca). Następnie autor omawia leczenie 4 wielkich grup przewlekłych schorzeń nerkowych. 1. Nerczyce. W nerczycach metaluetycznych w okresie obrzękowym podawanie jodku sodu w ilości 1,5 gr. dziennie może przyczynić się do odwodnienia. Poza-tem wchodzą w grę preparaty bismutowe i rtęciowe, oraz neosalvarsan; skrobiawica, powstała w przebiegu grzłicy kości, stawów i gruczołów chłonnych może ulec poprawie a nawet wyleczeniu. Usunięcie operacyjne przewlekłych ognisk ropnych może się

przyczynić do cofnięcia względnie zapobiega wystąpieniu nerczycy. Leczenie przyczynowe nerczyc pierwotnych polega na usunięciu ewentualnych ognisk w migdalkach, uszach lub w zębach. Leczenie objawowe ma na celu odwodnienie ustroju, przedewszystkiem przez ograniczenie płynów i soli kuchennej. Pozatem jako środki pomocnicze wchodzą w grę śr. moczopędne: theobromina, theophyllina, kalium aceticum, mocznik i prepar. tarczycowe. Najlepiej działają zastrzyki salyriganu z decholiną w cukrze gronowym po 2 dniowym zakwaszeniu salmjakiem. Leżenie w łóżku niezbędne jest w okresie obrzękowym. 2. Ogniskowe zapalenia nerek. Leczenie jest tu przedewszystkiem przyczynowe i polega na szeregu ognisk pierwotnych w migdalkach, uszach i zębach. Leczenie objawowe winno dążyć do zmniejszenia krwimoczu przez podawanie soli wapnia wzgl. infus. secal. corn. 10.0 — 150.0 i styptycyny. Poza-tem wchodzą w grę zastrzyki coagulenu, claudenu, surowicy, mleka, ewentualnie naświetlanie prom. X śledziony i nerek. 3. Zapal. nerek rozlane. Leczenie przyczynowe wymaga usunięcia ognisk pierwotnych. Co się tyczy leczenia objawowego, to przy obrzękach stosuje się przez 3 — 5 dni dietę suchą wzgl. głodówkę, potem jednorazowe podanie dużej ilości płynów i wreszcie dieta sucha bezsolna. Poza-tem śr. moczopędne, jak w nerczycach. Mocznik i salyrigan przy retencji azotowej są przeciwwskazane. Wkładająca przebieg niedomoga serca wymaga klasycznego leczenia. W okresie bez-

Znacznie (250 razy) mniej toksyczna od strychniny
GENOSTRYCHNINA.

obrzękowym chorzy mogą opuszczać łóżko przy stałej kontroli wagi, ciśnienia krwi i moczu. Przy utrzymującym się stale ponad 180 mm. ciśnienia wskazana jest dieta małosolna z ograniczeniem płynów, z dużą ilością węglowodanów, tłuszczów, owoców i jarzyn. W mocznicy rzekomej drgawkowej należy wykonać nakłucie lędźwiowe, ewent. poprzedzić je krwioupustem. Poza tym dożylnie należy stosować cukier gronowy 30% lub 50%, chloLARhydrat 2/60,0 w ławatywie, bądź doustnie brom z luminalem. W mocznicy prawdziwej stosuje się schemat dietetyczny D₁ lub D₂. Przy sprawnym sercu należy rozcieńczyć jady mocznicowe przez dożylnie stosowanie roztworów izo wzgl. hypotonicznych; w tymże celu można wykonywać upusty krwi z każdorazowym przetaczaniem krwi osobnika zdrowego. W niedomodze serca → śr. nasercowe. 4. Nefrosklerozy. Leczenie objawowe w postaciach dobrotliwych polega na podawaniu diety B₁ lub B₂. Ważnym jest uregulowanie trybu życia, celowe są środki przeczyszczające, kąpiele kwasowęglowe i jodowe. Z lekarstw wchodzi w grę środki rozszerzające naczynia, a więc jod, rodanki, cholina, theobromina, papaweryna, azotyny, małe dawki chloralhydratu i luminalu, wresz-

cie terapia bodźcowa (mleko, tuberkulina).
Dr. med. H. Zalcman.

W. Levy. *Własności odczynowe wyciągów cytocholowych i ich działanie wobec surowicy czynnej.* (Ztschr. f. Immun., 12.X.1932, str. 400, t. LXXVI).

Surowice, dające dodatni odczyn B.-W., zachowują się często negatywnie w reakcji cytocholowej. Zwiększenie zawartości NaCl w roztworze cytocholu (do 5%) zbliża wyniki odcz. cytocholowego do odczynu B.-W.

Wysokie stężenie NaCl (10%) powoduje kłaczkowanie niespecyficzne we wszystkich surowicach. Przy koncentracji 3% substancje lipidowe surowic negatywnych B.-W. zostają strącone przez sole, podczas gdy w surowicach pozytywnych, chronione przez przeciwciała koloidalne, pozostają w roztworze. Istnieje zatem wyraźny antagonizm między kłaczkowaniem nieswoistym i reakcją specyficzną. Wyciąg niecholesterolowy cytocholu, strącony przez surowicę i rozcieńczony płynem fizjologicznym, reaguje intensywniej wobec surowic dodatnich B.-W., niż wyciąg pierwotny.

Roztwór powyższy jest bardziej jednolity, niż roztwór alkoholowy.

Dr. med. M. Szejnman.

Przegląd prasy lekarskiej polskiej

Dr. St. Januszkiewicz i Dr. A. Makower. *Badanie radiologiczne śluzówki przewodu pokarmowego i jego wartość kliniczna.* (Medycyna, 1933, Nr. 9).

Autorzy chcą spopularyzować nową radiologiczną metodę badania powierzchni błony śluzowej przewodu pokarmowego.

Badania te były w swoim czasie zapoczątkowane przez Scotta, Holzknechta, Schwarza, Forsella i innych, a największe zasługi w tej dziedzinie położyli Berg (1931) i Chaoul (1932).

Śluzówka przewodu pokarmowego, mając własne unerwienie, jest do pewnego stopnia niezależna ruchowo od właściwej błony mięsnej; stany cho-

robotowe na śluzówce nie powodują więc zmian na warstwie mięśniowej właściwej, stąd doniosłość powyższej metody, mogącej uwidocznić zmiany na śluzówce.

Przedewszystkiem, celem uniknięcia zatarcia szczegółów obrazu śluzówki, należy wziąć niewielką ilość kontrastu, badanie zaś radiologiczne ułatwia się, albo obracając chorego, albo przy pomocy ucisku ręką lub łyżką Holzknechta. W ten sposób można uwidocznić rysunek rowków i zagłębień w postaci smug kontrastu, wypukłe zaś fałdy śluzówki znajdują się w miejscach wolnych od tych smug. U ludzi otyłych często badanie śluzówki bywa niewykonalne. Jelito cienkie nie poddaje się badaniu, a jelito grube wymaga według autorów techniki uciążliwej.

Do badań autorzy używali, jako kontrastu, zawiesiny wodnej siarczynu barowego o konsystencji rzadkiej śmietany.

Drugim warunkiem badania śluzówki przewodu pokarmowego jest zupełne opróżnienie danego odcinka, chociażby przy pomocy zgłębnika dwunastniczego. Pacjent musi być naczczo i winien pozostać parę dni na diecie kleikowo-płynnej.

Podstawą do zrozumienia obrazu śluzówki w stanach patologicznych jest dokładna znajomość obrazu prawidłowego.

Śluzówka ze zmianami zapalnymi ma fałdy grube, sztywne, nieprawidłowo pokręcone, lub pokrzyżowane. Wydzielina śluzowa rzadka daje klaczkowate osiadanie kontrastu, ge-

sta — obraz drobnych, jasnych ziarenek. W przewlekłych sprawach zapalnych śluzówki: fałdy mogą ulec zanikowi, spłaszczeniu, niekiedy ulegają bujaniu, dając twory polipowate, w postaci okrągłych ubytków cienionych.

Atonja śluzówki żołądka wyraża się spłaszczeniem i smukłością fałd, wzmożone zaś napięcie daje obraz fałd silnie zaznaczonych, nieznikających łatwo przy ucisku.

Wrzód okrągły żołądka według autorów może dać obraz krateru, uwiidoczniający się niekiedy wybitnie dzięki obrzękowi otaczającej go śluzówki (towarzyszący nieżyt).

Nowotwór złośliwy charakteryzuje się przerwaniem ciągłości fałd i zupełnie nieprawidłowym rysunkiem; metoda ta pozwala określić wielkość obszaru, zajętego przez nowotwór. Wypełnienie całkowite daje obrazy znacznie mniejsze, a niekiedy wcale ich może nie ujawnić.

Nowa ta metoda badania radiologicznego śluzówki przewodu pokarmowego rozszerza według autorów granice i pogłębia ścisłość rozpoznania. Nadaje się ona przedewszystkiem do wykrycia zmian ograniczonych, a zwłaszcza do rozpoznania wrzodu i raka; w stosunku do zmian zapalnych rozlanych ustępuje innym.

Wkońcu autorzy stwierdzają, że metoda wypełnienia całkowitego nie powinna być w żadnym wypadku zaniedbana, lecz zejść do roli pomocniczej; metoda zaś powyższa daje prawdziwą płaskorzeźbę śluzówki żołądka.

Dr. med. Alfred Galewski.

Ocena książek

Dr. M. Girszowicz. *Krótki zbiór recept dla lekarzy praktyków*. Wilno, 1933, stron 197.

Autor, przy współpracy lekarzy specjalistów, ułożył szereg recept z różnych działów medycyny. Przy re-

ceptach podany jest sposób stosowania leku oraz jego cena.

Praca ta oparta jest na własnych doświadczeniach autora i jego współpracowników. Książka niewątpliwie potrzebna dla każdego lekarza. Przy

następnym jednak wydaniu należałoby zwrócić uwagę, aby:

1) nazwy w miarę możliwości były polskie, a nie mieszane (łacińsko - polskie), 2) korekta została starannie dokonana.

Dr. A. C.

Notatki terapeutyczne

Leczenie kiły przez odbytnicę

Wielki postęp stanowi leczenie kiły narządów wewnętrznych i układu nerwowego przez odbytnicę. Wychodząc z założenia, że niektóre środki, jak naprz. arsenobenzol, po przejściu przez wątrobę stoją się bardziej trujące dla krętków białych, szkoła francuska wprowadza do lecznictwa przeciwiłowego czopki z arsenobenzolem — Suppositoires Corbière, — zawierające dla dorosłych 0,1 arsenobenzolu, dla dzieci 0.03, a dla osesków 0.01. Leczenie to ma tę zaletę, że nie stosuje się dożylnie, co jest uciążliwe zarówno dla chorego, jak i niekiedy dla lekarza.

Przeciętna dawka wynosi 1 czopek dziennie. Kuracja winna trwać 2 — 4 tygodni, z przerwą dziesięciodniową.

Leczenie schorzeń wątrobowo - żółciowych

Szkoła francuska ostatnimi czasy posiłkuje się w leczeniu schorzeń wątrobowo - żółciowych specjalnym systemem, opartym na operacji wątrobowo-żółciowej. W tym celu używa preparatów: Panbilyn i Rectopanbilyn, w skład których wchodzi substancje żółciotwórcze i żółciopędne (wyciąg wątrobowy, wzmagający sprawność komórek wątrobowych; wyciągi żółciowy i wodny Boldo oraz Podofylina, działające żółciopędnie i zlekką czyszcząco). Głównymi wskazaniami są: kamica żółciowa, stany zapalne pęcherzyka i dróg żółciowych, choroby jelit (zaparcia i nieżyty) na tle niedomogi wątroby, samozatrucia jelitowe, choroby wątroby. Dalszemi wskazaniami są: choroby skóry, narządów oddechowych (dychawica), serca, nerek i gruczołów dokrewnych.

Panbilyn stosuje się od 4 — 12 pigułek dziennie, lub od 4 — 12 łyżeczek w napoju letnim. Dzieciom połowę dawki dla dorosłych.

Dział chemiczno-farmaceutyczny

Propaganda preparatów farmaceutycznych a ich cena

Świeżo ukazała się na półkach księgarskich praca Hipolita Lucjana Ostowskiego p. t. „Propaganda farmaceutyczna, jej cel i metody”. Wyjmujemy z niej ustęp, omawiający powyższe zagadnienie. Redakcja.

Jednym z najczęściej wysuwanych argumentów przeciwko propagandzie gotowych środków leczniczych jest jej kosztowność. Odzywają się głosy, że gdyby wytwórnice chemiczno - farmaceutyczne nie wydały wielkich sum na rozpowszechnianie preparatów, cena ich byłaby znacznie dostępniejsza.

Tak nie jest. Cena preparatów — bez ich racjonalnego rozpowszechniania — nie uległaby niższe ani o jeden grosz, naodwrot stale podnosiłaby się (gdyż do tego zmuszałaby minimalna ich sprzedaż) i w rezultacie wytwórnia stanęłaby przed koniecznością przerwania swojej produkcji. Czy byłoby to z pożytkiem dla cierpiących, zostawiamy ocenie ludzi, którzy umieją patrzeć na rzeczy nie przez różowe szkiełka fantazji, lecz trzeźwo i uczciwie.

Warto przypomnieć tu słowa dr. Maksymiljana Flauma, bynajmniej nie entuzjasty wszystkich pojawiających się na rynku preparatów; owszem, lekarza, zdającego sobie dokładnie sprawę z faktycznego stanu rzeczy i dlatego domagającego się — bez żadnych zastrzeżeń — poważnych badań nad rozmaitymi związkami i kombinacjami związków chemicznych, bo wyniki tych doświadczeń mogą być ważne i cenne zarówno pod względem naukowym, jak i praktycznym, i nigdy niewiadomo — cytuję d-ra Flauma — „w jakim stopniu badany środek może się przydać w leczeniu chorób ludzkich“**).

Czy tylko zresztą przemysł chemiczno - farmaceutyczny toruje sobie drogę do życia i rozwoju przy pomocy całego skomplikowanego i kosztownego aparatu propagandowego? Czy podobnych metod nie chwytamy się przy sprzedaży innych artykułów, nawet pierwszej potrzeby, jak naprz.: cukru i (niestety!) papierosów? Czy propaganda czystości — rzeczy, zdawałoby się, tak elementarnej — nie dochodzi do głosu stale i wszędzie? Czy pieniądze, wydawane na popularyzację wyrobów monopolu tytoniowego i na wzmoże-

*) M. Flaum: Nauka i reklama, Warsz. Czasop. Lek. 1927, zes. 2, str. 85.

nie konsumpcji cukru („cukier krzepi”), zaoszczędzone i uwzględnione w kalkulacji cen tych artykułów, nie przyczyniłyby się do ich obniżenia? Czy za pieniądze, wydawane na propagandę czystości, nie dałoby się wybudować niejednej publicznej łaźni lub domów noclegowych dla bezdomnych, które w dzisiejszych oplakanych warunkach mieszkaniowych, pomimo wysiłków higienistów, nie są szklane i domami Żeromskiego?...

Jeśli te pieniądze nie są obracane na wszystkie słuszne, konieczne, humanitarne cele, widocznie jest w tem jakaś głębsza przyczyna. Przecież nie można ludzi, którzy nie postępują w myśl powyższych przesłanek, zajmujących jednak wybitne stanowiska, posądzić o krótkowzroczność lub działanie na szkodę ludności. Z pewnością wiedzą co robią. Robią dobrze i przyczyniają się nie tylko do powiększenia konsumpcji cukru i papierosów, lecz do podniesienia zdrowotności i dobrobytu kraju.

Kto szczerze patrzy w oczy rzeczywistości, kto dokładnie zdaje sobie sprawę z postępu techniki i błyskawicznego tempa współczesnego życia, rozumie dobrze, że reklama i propaganda są dziś koniecznościami, bez których nie mogą się obejść ani przemysł, ani handel, ani nawet szczytne hasła. Reklama czy propaganda, bez względu na swój charakter i bez względu na cel, któremu służy, jest już dziś zjawiskiem powszednim, dokładnie zbadanem, osądzonem, ustalonym i dlatego nie należy do tych rzeczy powracać tylko z jednym na ustach pytaniem: *po co?* i jedną tylko odpowiedzią: *zbyteczne, bo zbyt kosztowne*. Jeśli zaś przekonaliśmy się, że pewne wyniki doświadczeń są prawdziwe, że propaganda jest celowa i konieczna, to dlaczego przemysł chemiczno-farmaceutyczny ma nie brać tego wszystkiego pod uwagę, dlaczego ma on dać posłuch podszeptom nierozważnej krytyki, opierającej się na zupełnie mylnych i nieżywciovych przesłankach? Gdyby jej uległ, gdyby zaprzestał narzucać się lekarzom swoją propagandą, wydałby na siebie tem samem wyrok śmierci.

Mylą się ci, którzy z taką pewnością chcą wmówić ogółowi, że olbrzymie sumy, rzucane na propagandę, są przyczyną kosztowności preparatów farmaceutycznych, często prawie niedostępnych dla szerokiego mas. Nie wydatki na propagandę wpływają na cenę specyfiku (rozkładane są one na dziesiątki i setki tysięcy sztuk), lecz koszt jego składników oraz wartość pracy laboratoryjnej i klinicznej, która została zużytkowana, nieraz w ciągu długich lat, na zrealizowanie danej koncepcji leczniczej.

Hipolit Lucjan Ostowski.

**Zaparcia nawykowe na tle niedomogi wątrobowej usuwa
RECTOPANBILINA.**

NADEŚLANO DO REDAKCJI

Dr. Mieczysław Goldman (senior): O ciepłocie podgorączkowej ze stanowiska klinicznego, ze szczególnem uwzględnieniem gruźlicy płuc. Warszawa 1933, stron.

„Przeгляд Ubezpieczeń Społecznych“, zeszyt za lipiec 1933, zawierający między innymi następujące artykuły:

R. Szymanko: Ubezpieczenia społeczne w Sowieciech.

Jan Zawadzki: Uwagi w sprawie organizacji ubezpieczenia, przewidzianej w ustawie o ubezpieczeniu społecznem.

Dr. Henryk Kluszyński: Zarys społecznej medycyny.

Lekarz Tybetański, zeszyt 12 (czerwiec 1933).

Pozostałe egzemplarze

Dietetyki (wraz ze sposobami przyrządzania potraw) Dr. med. Alfreda Galewskiego

w cenie Zł. 4.— (dla pp. Lekarzy) do nabycia u autora
(Warszawa, Solna 6). Konto w P. K. O. 1778.

TREŚĆ ZESZYTU Nr. 3 (10).

Dział naukowy: Dr. S. Lewinson — Nowotwory nerek	1
Streszczenia: Przegląd prasy zagranicznej	10
Przegląd prasy polskiej	11
Ocena książek	12
Notatki terapeutyczne	13
Dział chemiczno-farmaceutyczny	15

PRENUMERATA		CENY OGŁOSZEŃ:	
	Miejscowa	Zamiejscowa	1/1 strony Zł. 300.—
Rocznie . . .	Zł. 6.—	Zł. 7.—	1/2 „ „ 175.—
Kwartalnie . .	Zł. 1.50	Zł. 1.75	1/3 „ „ 92.—

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. 834-48.

250 RAZY MNIEJ TOKSYCZNA
OD ATROPINY

ZABURZENIA VA-
GOTONICZNE

BÓLE JELITOWE
ZAPALENIA JELIT

NADKWAŚNOŚĆ
ZOŁADKA

SKURCZE I WRZO-
DY ODZWIERNIKA

ZAPARCIA SKUR-
CZOWE

venatropina

GRANULKI
PEŁN
AMPULKI

LAB. CHEM. FARM.

„ASMIDAR”

WARSZAWA GRZYBOWSKA 88

.HT

ANGIOXYL

Dra ROUSSELÁ

LECZENIE SWOISTE
DZIĘKI TROFICZNEMU DZIAŁANIU
NA ŚCIANKI NACZYŃ

stosuje się w

DUSZNYCH BOLESNEJ
NADCIŚNIENIU TĘTNICZYM
MIAŻDŻYCY TĘTNIC
ZAPALENIU TĘTNIC

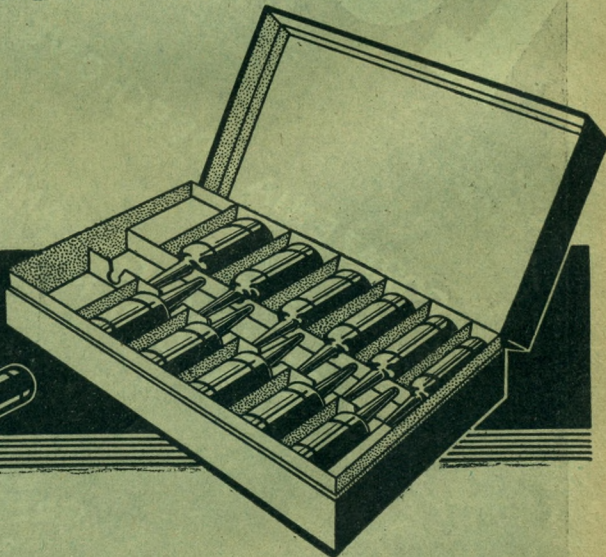
wskazany
ponadto w

ZABURZENIACH OKRESU
PRZEKWITANIA

AMPUŁKI: 2 do 4 dziennie naraz domięśniowo.

SYROP: 3 łyżeczki do kawy dziennie między
posiłkami.

NIE POSIADA PRZECIWWKAZAŃ



LITERATURA I PRÓBY:

WARSZAWA, — GRZYBOWSKA 88.

51632

OPŁATA POCZTOWA UISZCZONA RYCZAŁEM

PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

**D
O
C
E
N
T
Y
-
M
I
-
S
T
R
O
W
Y
-
C
Z
E
S
T
N
I
K**

pod redakcją

DR. MED. ALFREDA GALEWSKIEGO

Rok III.

1933 r.

Zeszyt 4 (11)

2692 D.1948

AKADEMIA LEKARSKA W GDAŃSKU
BIBLIOTEKA

SALICYLAN METYLOWY
ROZPUSZCZALNY W WODZIE
W POSTACI PŁYNU DO KĄPIELI



KLEROL

HT

**ŚRODEK PRZECIWIW-
REUMATYCZNY**

cena flakonu
Zł. 1.80

LAB. CHEM. FARMAC.
„ASMIDAR”
WARSZAWA GRZYBOWSKA 88



PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

DZIAŁ NAUKOWY.

Dr. Alfred GALEWSKI (Warszawa).

Dieta Ketogenna

Jest rzeczą wiadomą, że długotrwałe głodzenie oraz ostre choroby gorączkowe wpływają do pewnego stopnia dodatnio na redukcję napadów padaczkowych. Cel ten można również osiągnąć, wprowadzając do ustroju odpowiednie pokarmy, z których wytwarzają się w obfitej ilości ciała ketonowe. Dietę tę, t. zw. ketogenną, stosowali pierwsi, w klinice Mayo, Wilder i Peterman.

Nowoczesne metody lecznicze padaczki między innymi polegają na stosowaniu diety ketogennej. Cechuje ją pokaźna ilość tłuszczów, natomiast minimalna białka i węglowodanów, stąd nadmiar ketokwasów w ustroju, w moczu zjawia się aceton i kwas acetoctowy.

Typy diet:

Dieta ketogenna bywa rozmaitego typu w zależności od stosunku (wyrażonego w gramach) tłuszczów do sumy białka i węglowodanów.

Typ 1 — F : (c + p) = 1 : 1

„ 2 — F : (c + p) = 1½ : 1

„ 3 — F : (c + p) = 2 : 1

„ 4 — F : (c + p) = 3 : 1

„ 5 — F : (c + p) = 4 : 1

F — ilość tłuszczu w gramach, c — ilość węglowodanów w gramach,
p — ilość białka w gramach.

Ilość kaloryj: zależy od wieku, wagi i indywidualności chorego, naogół wystarcza 35 kaloryj na kilo wagi ciała, dzieciom można dodać 50% kaloryj.

Zawartość białka: Dzieciom należy podawać 1 g białka na kilo wagi, dorosłym 2/3 g.

J a k o ś ć p o k a r m ó w: Ponieważ dieta ketogenna obfituje w tłuszczce, podajemy je w postaci masła, śmietany, słoniny, jaj i majonezu.

Ponieważ ilość białka ulega ograniczeniu, podajemy więc niewielkie ilości mięsa lub ryb, 1 — 2 jaj dziennie.

Z jarzyn podajemy te, które zawierają minimalne ilości węglowodanów (2 — 5%), a mianowicie: szparagi, szpinak, ogórki, kapustę, sałatę i seler. Zamiast cukru używana jest sacharyna, pozatem niewielka ilość owoców (10%).

Z zup: szparagowa, ogórkowa, selerowa, pomidorowa, rosół mięsny lub rybny, kapuśniak.

Przykład obliczania ilości kaloryj diety typu 1:1.

(Ilość tłuszczów = sumie ilości węglowodanów i białka). Dziecko wagi 26 kg. Średnio trzeba dostarczyć mu $26 \times 35 = 910$ kal.; $910 + 455 =$ około 1400 kaloryj.

Wiedząc, że 1 g tłuszczu = 9 kal.; 1 g węglow. = 4 kal. i 1 g białka = 4 kal., możemy napisać:

$$9F + 4(c + p) = 1400, \text{ ponieważ w tym wypadku } F = c + p.$$

$$13F = 1400,$$

$$F = 107,7 \text{ g tłuszczów.}$$

Ilość białka powinna wynosić 26 g (1 g na 1 kg wagi).

Ilość więc węglowodanów winna równać się $107,7 - 26 = 81,7$ g.

Niżej podajemy schemat diety typu 3:1.

Węglowodanów — 20 g

$$F : (c + p) = 3 : 1$$

Białka — 40 „

Tłuszczu — 180 „

Ilość kaloryj — 1860 kal.

Śniadanie.

Obiad.

Pokarmy	Waga w gramach
Pomarańcz	40
Jajo	50
Słonina	30
Masło	20
Śmietana 40%	60
Kakao	—

Pokarmy	Waga w gramach
Mięso	30
Kapusta	120
Salata	30
Majonez	10
Masło	30
Śmietana 40%	60

Kolacja.

<i>Pokarmy</i>	<i>Waga w gramach</i>
Kurczę	15
Jajo	50
Szparagi	120
Śmietana 40%	60
Masło	35

Inny schemat diety typu 3:1.

Węglowodany	18 g
Białko	50 „
Tłuszcze	198 „
Kaloryj	2064 „

Śniadanie.

<i>Pokarmy</i>	<i>Waga w gramach</i>
2 jaja	100
20% śmietany	80
Śłonina	50

Obiad.

<i>Pokarmy</i>	<i>Waga w gramach</i>
Salata	15
3% jarzyn	85
Mięso lub ryba	75
20% śmietany	80
Masło	30
Majonez	25

Kolacja.

<i>Pokarmy</i>	<i>Waga w gramach</i>
Salata	15
3% jarzyn	85
Jajo	50
20% śmietany	80
Masło	30
Majonez	25

Schemat diety Pulford'a.

W tej diecie stosunek tłuszczów do węglowodanów wynosi 12 : 1, węglowodanów zaś do białka 1 : 2. Ilość kaloryj na kilo wagi wynosi 50; białka — 1 g na kilo wagi; ilość węglowodanów ulega bardzo znacznemu ograniczeniu: do 25, 20 a czasem 10 g. W razie zjawienia się wymiotów (zatrucie acetonowe) podajemy pierwszego dnia 75 g węglowodanów.

Węglowodanów	13,5 g
Białka	35 „
Tłuszczu	188,5 „

Śniadanie.

<i>Pokarmy</i>	<i>Waga w gramach</i>	<i>C</i>	<i>P</i>	<i>F</i>
Pomarańcz	30	3	—	—
Śmietana 40%	50	2	2	20
Śłonina	20	—	2	13.5
Masło	20	—	—	17
Jajo	50	—	6,5	6

Ogółem	5	10,5	56,5
--------	---	------	------

Obiad.

		Pokarmy	Waga w gramach	C	P	F
		Rosół	—	—	—	—
		Mięso	43	—	8	8,5
		Salata	40	1	—	—
		Majonez	14	—	—	12
Zupa szparagowa	Szparagi	50	1	1	—	
	Masło	20	—	—	17,5	
	Śmietana 40%	75	2	3	30	
	Woda	—	—	—	—	
	Masło	10	—	—	8,5	
Ogółem			4	12	76,5	

Kolacja.

		Pokarmy	Waga w gramach	C	P	F
Zupa pomidorowa	Świeże pomidory	50	1,5	0,5	—	
	Śmietana 40%	100	3	2	40	
	½ łyżki soli	—	—	—	—	
	Masło	12	—	—	10	
	Mięso	60	—	10	5	
Ogółem			4,5	12,5	55	

Ponieważ niektórym osobnikom, ze względu na większą wagę, należy podać większą ilość białka (65,70 g), poniżej podajemy odpowiednie schematy dietetyczne.

Schemat diety ogólnej.**Wzór I-szy.**

Pokarmy	Waga w gramach
Białka	65 g
Węglowodanów	12 „
Tłuszczów	200 „
Kaloryj	2100 „

Pokarmy	Waga w gramach
Śmietana 40%	200
4 jaja	200
Ślonina	50
Masło	40
Mięso tłuste	120
5% jarzyn	100
Mięso chude	20
10% owoców	40

Wzór II-gi.

Pokarmy	Waga w gramach
Białko	70
Węglowodany	35
Tłuszcze	300
Kaloryj	3120

Pokarmy	Waga w gramach
Śmietana 40%	300
3 — 4 jaj	200
Ślonina	50
Masło	70
Mięso tłuste	140
5% jarzyn	200
Chleb	20
10% owoców	100
Oliwa	30

Schemat szczegółowy dla obydwu wzorów.**Śniadanie.**

1 — 2 jaj
 Ślonina (50 g)
 1 sucharek
 1½ łyżki stołowej masła
 ¼ fil. śmietany (40%).

Obiad.

Mięso
 Szpinak, szparagi lub kapusta
 Ogórek
 2 łyżki stołowe masła
 ½ fil. śmietany (40%) z sacharyną
 i poziomkami.

Kolacja:

1 jajo
 Chude mięso
 Chleb
 Szpinak, szparagi lub kapusta
 ½ fil. śmietany (40%) bitej z sa-
 charyną
 Sałata, seler lub ogórek.

Powyższa dieta ketogenna podobna jest do stosowanej niekiedy w cukrzycy diety Pétrena. Dieta Pétrena jest pełnokaloryczna, zawiera około 2000 kaloryj, cechuje ją ograniczona ilość białka, minimalna węglowodanów oraz obfita tłuszczów; określają ją również dietą tłuszczowo - jarzynową, gdyż składa się z 1 kg jarzyn zielonych, około 250 g tłuszczu oraz z napojów: buljonu mięsnego, kawy i herbaty.

STRESZCZENIA.**Przegląd prasy lekarskiej zagranicznej****Medycyna wewnętrzna.**

M. Weinberger. *Leczenie chininą zapalenia płuc płatowego.* (W. Kl. Woch. 1933, Nr. 4).

Aufrecht, opierając się na podstawach farmakologicznych Bruz'a i doświadczeniach klinicznych Finkler'a, wprowadził jako środek specyficzny chininę, stosowaną pozajelitowo, do leczenia zapalenia płuc. Metodę tę można określić jako późne leczenie zapalenia płuc podskórnymi wstrzykiwaniami chininy. Cahn - Bronner (r. 1919) pierwszy zwrócił uwagę, że dzięki wczesnemu wstrzykiwaniu chi-

niny domięśniowo można skrócić okres choroby, a nawet przerwać jej proces. Używał on początkowo rozcieńczonych roztworów chininy z uretanem w/g formuły Aufrecht'a: Chinini hydrochl. 2,0, Uretani 1,0, Aq. dest. ad 20,0, z tego 5 cm.³ jednorazowo, przyczem uretan zwiększał znacznie rozpuszczalność chininy, wstrzykiwania zaś domięśniowe nie powodowały nacieków i ropni, tak częstych po wstrzykiwaniach podskórnych. Ponadto korzystano z ampulek chinini bihydrochlor, carbamid, Merck'a po 0,3 i 0,4, wstrzykiwania te jednak były bolesne. Doświadczenia

**Zaparcia nawykowe na tle niedomogi wątrobowej usuwa
 RECTOPANBILINA.**

wykazały, że bolesność zabiegu jest tem większa, im bardziej ph roztworu różni się od ph tkanek. Dlatego też Cahn - Bronner przygotował roztwór wodny chininy o ph 7,2, odpowiadający ph tkanek. Wprowadzona w roku 1925 solwochina odpowiada wymaganym warunkom, gdyż w obecności antypiryny zasadowa chinina rozpuszcza się w nadmiarze kwaśnej chininy, wskutek czego powstaje roztwór o ph tkanek; roztwór ten zawierać może do 25% chininy. Solwochinę, zawierającą w 2 cm.³ 0,5 chininy można stosować codziennie domięśniowo przez 3 — 4 dni. Zwiększenie dawki nie daje lepszych wyników. Wynik pomyślny ujawnia się tylko w przypadkach, w których przyczyną zapalenia płuc był pneumokok. Dlatego też Cahn-Bronner twierdzi, że chinina działa nie bezpośrednio zabójczo na dwoinki zap. płuc (gdyż in vitro zabija ona pneumokoki dopiero w roztworze 50 razy mocniejszym, niż optochina), lecz wpływa w szczególności sposobem na mechanizm procesu chorobowego. Cahn - Bronner na zasadzie dużego materiału, obejmującego 890 chorych, dochodzi do wniosku, że chinina w 75 — 80% skraca przebieg o 1 — 4 dni, przyczem śmiertelność z 20% spadła do 5%, gdy przez pierwsze trzy dni trwania choroby stosowano wstrzykiwania chininy. Sylla u chorych poniżej lat 50 stwierdza spadek śmiertelności po leczeniu chininą z 15,86% do 9,87%, nie zauważył jednak skrócenia czasu trwania schorzenia; Külbs natomiast nie widział nigdy jakiegokolwiek wpływu leku na przebieg choroby. O ile chinina względnie solwochina nie powodują żadnych przykrych objawów ubocznych, o tyle optochina, mimo niewątpliwego działania bakterjobójczego na pneumokoki, powoduje czę-

sto dość ciężkie uszkodzenia nerwu wzrokowego aż do ślepoty włącznie, niekiedy już po dawce 0,5. Dopiero gdy zarzucono optochinum hydrochl. i zastąpiono ją optochinum basicum, gdy przestano stosować duże dawki 0,25 a zastąpiono je małymi 0,03 — 0,05 co trzy godziny, aż do ogólnej ilości 1,5 — 2 g, zostały przywrócone temu leкови prawa obywatelstwa, zwłaszcza okazało się celowe kojarzenie optochiny z surowicą przeciw-pneumokokową. Cahn-Bronner zebrał 738 przypadków zapalenia płuc, leczonych optochiną. W 33,6% przypadków stwierdził przedwczesny spadek ciepłoty, śmiertelność wynosiła 9,5%. Wreszcie wymienić należy transpulminę, stosowaną w przebiegu stanów zapalnych dolnych dróg oddechowych. Transpulmina nie nadaje się do leczenia zapalenia płuc płatowego, ze względu na małą zawartość chininy; daje ona natomiast dobre wyniki w zapaleniu płuc odoskrzelowym, zwłaszcza pogrypowem. Transpulmina stanowi roztwór zasadowej chininy (3%) z kamforą i eukalyptolem. Stosuje się ją raz dziennie domięśniowo po 1 — 2 cm.³, niekiedy przez dłuższy czas; czynniki składowe transpulminy wywierają działanie dzięki wydzielaniu się przez płuca, pozatem wchodzi w grę specyficzne działanie na pewne bakterje oraz przeciwzapalne.

Dr. med. H. Zaleman.

A r n d t. *Klinika grypy ze szczególnem uwzględnieniem obrazu krwi.* (Medizinische Klinik 1933, Nr. 37).

Autor opiera swe spostrzeżenia na obszernym materiale klinicznym, uzyskanym w czasie epidemji grypy w zimie 1932/33 r. Epidemja wybuchła nagle z nadejściem pierwszych mroźnych i wietrznych dni w styczniu

i równie nagle wygasła ku końcowi lutego.

Zapadalo na tę chorobę wiele osób, przebieg jej był naogół łagodny, śmiertelność mała. Z powikłań najczęstsze były zrazikowe zapalenia płuc, zresztą szybko cofające się, oraz zapalenia nerek. Natomiast powikłania sercowe i ciężkie zaburzenia psychiczne, wielokrotnie obserwowane w 1918 r., należały w ostatniej epidemii do ciężkich wypadków. Za najlepszy środek zapobiegawczy i leczniczy uważa autor chininę, podawaną doustnie lub domięśniowo.

Autor szczegółowiej omawia obraz morfologiczny krwi. W przypadkach niepowikłanych stwierdził na początku choroby nieznaczny leukocytozę obojętnochłonną z równoczesnym spadkiem liczby limfocytów. Na szczycie schorzenia ilość leukocytów spadała jednak do 4000, niekiedy jeszcze nawet niżej. Łącznie z tą ogólną leukopenią zmniejszała się procentowo ilość obojętnochłonnych leukocytów, a wzrastała ilość limfocytów i monocytów. Komórki kwasochłonne znikaly prawie zupełnie, nawet u astmatyków, którzy zapadli na grypę. Toksyna grypowa działa zapewne hamująco na czynność szpiku kostnego. Po zwalczeniu infekcji

ilość leukocytów podnosi się nawet nadmiernie (reakcja szpiku kostnego!) i zjawiają się eozynofile — „już trzrenka wyzdrowienia“ — jak to określił Schilling.

Wszelkie powikłania zapalne w grypie drażnią szpik kostny, zwalczają zatem hamujący wpływ toksyny grypowej i wówczas mamy leukocytozę, która w grypowym zapaleniu płuc nie przekracza jednak 12—14.000, podczas kiedy w zwykłym pierwotnym zapaleniu płuc dochodzi do 20 — 30.000. W tem miejscu potwierdza się więc zasadnicza teza autora, że czysta toksyna grypowa działa porażająco na szpik kostny.

Leukopenja w grypowym zapaleniu płuc jest prognostycznie fatalnym objawem, gdyż wskazuje na zupełne porażenie szpiku kostnego.

Ilość krwinek czerwonych w grypie zwiększa się. W związku z tą erytrocytozą zwalnia się znacznie szybkość opadania krwinek. W powikłaniach zapalnych opadanie krwinek jest przyspieszone.

Obraz krwi w grypie zależy od okresu schorzenia, nasilenia infekcji, oraz powikłań i daje cenne wskazówki rozpoznawcze i prognostyczne.

Dr. med. Artur Walfisz.

Przegląd prasy lekarskiej polskiej

Dr. Jerzy Jasiński. *O wartości podskórnej wstrzykiwania tebeprotyny Toenniessena dla dżagnostyki gruźlicy chirurgicznej.* (Polska Gazeta Lekarska 1933, NNr. 6 i 7).

Autor, pracując nad dżagnostyką swoistą gruźlicy chirurgicznej, wprowadza do kliniki nową metodę dżagnostyczną, polegającą na podskórnym wstrzykiwaniu „Tebeprotyn“ Toen-

niessena bezpośrednio ponad ogniskiem chorobowym.

Przed 11 laty Toenniessen podał nowy białkowy preparat z prątków „Tebeprotin“. Jestto białko, otrzymane z prątków, strącalne kwasem octowym, zawierające 12,6% azotu, wolne od kwasu tuberkulinowego — czynnej substancji starej tuberkuliny i resztek ciał prątków; występuje w po-

staci proszku, rozpuszczonego następnie w roztworze fizjologicznym. Preparat ten jest znacznie mniej toksyczny od tuberkuliny. Autor stosował tę próbę w 1000 przypadkach gruźlicy kostno-stawowej i cierpieniach niegruźliczych; według niego Tebeprotyna Toenniessena, wstrzyknięta jednorazowo podskórnie w najbliższym sąsiedztwie ogniska gruźliczego w dawce 0,1 mg (w stanach zaś podgorączkowych 0,05 mg, u dzieci dawki jeszcze mniejsze) w przypadkach powierzchownie położonych ognisk gruźlicy chirurgicznej, zwłaszcza stawowej i kostnej, jest dobrym środkiem rozpoznawczym.

Odczyn miejscowy, polegający na rozlanem silnem zaczerwienieniu na przestrzeni dłoni, z lekkim obrzękiem skóry, występującym najczęściej w końcu pierwszej lub w ciągu drugiej doby po wykonaniu próby i utrzymującym się w ciągu kilku dni z odczynem przeważnie, choć niezawsze, ogólnym, przemawia za gruźliczem tłem ogniska chorobowego.

Odczyn miejscowy słabszy w postaci zaczerwienienia i nacieku skóry w miejscu wkłucia na przestrzeni mniejwięcej dwuzłotówki nie świadczy o tle gruźliczem schorzenia miejscowego.

Stopień odczynu miejscowego nie

pozostaje w związku ze stopniem i rozległością miejscowych zmian gruźliczych, lecz powierzchownem czy głębokiem — w stosunku do powierzchni ciała — umiejscowieniem ogniska gruźliczego. Brak obydwu odczynów — miejscowego i ogólnego — przemawia przeciwko gruźlicy.

Sam odczyn ogólny lub wraz ze słabym odczynem wkłucia nie świadczą bezwzględnie pewnie o istnieniu gdziekolwiek w ustroju czynnego ogniska gruźliczego.

Przeciwwskazaniem do stosowania powyższej metody są stany gorączkowe powyżej 38°, gruźlica krtni, gruźlicze zapalenie opon mózgowych, próchnica górnych kręgów szyjnych, przypadki bardzo, lub niebardzo pouniętej czynnej gruźlicy płuc, oraz zmiany skóry, znajdujące się ponad ogniskiem chorobowem.

Metoda ta jest niezawodna prawie we wszystkich przypadkach ognisk gruźliczych powierzchownie położonych, zwłaszcza w stawach: kolanowych, skokowych, łokciowych i garstkowych.

Przy ścislem przestrzeganiu wyżej wymienionych przeciwwskazań tebeprotyna jest środkiem zupełnie nieszkodliwym.

Dr. med. A. G.

DZIAŁ ZAWODOWO - SPOŁECZNY.

Dr. med. M. SZEJNMAN (Warszawa).

Znaczenie społeczne szczepień przeciwbłoniczych

Wiadomo, jak groźną chorobą jest błonica, zwłaszcza w wieku dziecięcym. Wybuch epidemji pociąga za sobą szereg zejść śmiertelnych.

PANBILINA usuwa kamieć żółciową.

Jakkolwiek stosowanie surowicy przeciwbłoniczej jest nieraz dobroczynne i tysiące dzieci zawdzięcza jej życie, to jednak liczne są wypadki, gdy zawodzi i chory ginie. Tem większej wagi, z punktu widzenia społecznego, nabierają szczepienia przeciwbłonicze.

Szczepienia ochronne przeciwbłonicze zaczęto stosować masowo względnie niedawno, gdyż stały temu na przeszkodzie znaczne trudności w uzyskaniu nietrujących surowic antytoksycznych. Dawniej używano toksyny błoniczej, osłabianej antytoksyną. Przy tych szczepionkach ani niebezpieczeństwo zatrucia czynną toksyną nie było całkowicie usunięte ani działanie uodporniające zbyt pewne. Dopiero opracowana w r. 1924 przez badacza francuskiego Ramona metoda uzyskiwania anatoksyny błoniczej, posunęła naprzód sprawę szczepień przeciwbłoniczych.

Anatoksyna jestto toksyna błonicza, poddana działaniu 40% formaliny i przechowana w cieplarni w ciągu 30 dni w temperaturze 38°—39°; stosowana w praktyce zawiera 6 — 10 jednostek antygennych, które określa się odczynem klączkowania w surowicy (wzorcowej).

Anatoksynę stosuje się podskórnie w dawce 0,5 cm³, po 3 tygodniach — 1 cm³, po następnych 2 tygodniach — 1,5 cm³.

Codzienna praktyka uczy jednak, że rodzice niechętnie sprowadzają dzieci aż do trzykrotnych szczepień, toteż ostatnio ograniczono ilość szczepień do dwóch: za pierwszym razem — 1 cm³, za drugim, po przerwie trzytygodniowej — 2 cm³. W celu uzyskania niezawodnego skutku, stosuje się anatoksynę mocniejszą, zawierającą 30 jednostek antygennych.

Pierwsze szczepienie należy poprzedzić badaniem odczynu Schick'a; sprawdzamy ten odczyn również po ostatnim szczepieniu. Odczyn Schick'a wykonywuje się w ten sposób, że w lewe przedramię wstrzykuje się podskórnie toksynę czynną (T), a w prawe kontrolną ogrzaną (K) w dawkach po 0,1 cm³. Wynik dodatni występuje bądź po 48 godzinach, bądź po 2 — 6 dniach.

Wyżej opisana metoda, przy ustalonej wartości anatoksyny (Państw. Zakł. Higjenu w Warsz.), rozwiązała sprawę ochronnych szczepień masowych. Anatoksyna jest absolutnie bezpieczna w stosowaniu i wytwarza odporność, praktycznie utrzymującą się przez całe życie. Zmiana odczynu Schick'a z dodatniego na ujemny świadczy o uzyskaniu odporności.

Zwykle już po pierwszym szczepieniu prawie połowa szczepionych wykazuje odczyn Schick'a ujemny, czyli uodpornia się.

W trzy tygodnie po drugim szczepieniu odsetek uodpornionych podnosi się do 88% (Sparrow). Trzykrotne szczepienie (lub dwukrotne

**KLEROL wprowadza do ustroju drogą zewnętrzną z pominięciem
narządów trawiennych SALICYL.**

anatoksyną mocniejszą) daje uodpornienie prawie w 100% (Sparrow). Wrażliwość na błonicę obniża się z wiekiem. Dzieci najmłodsze, od 1 — 5 lat, są szczególnie wrażliwe, reagują bowiem w 70% na toksynę. Dziewczynki, poczynając od 5 lat, są wrażliwsze od chłopców (Sparrow i Kaczyński). Stopień wrażliwości na błonicę zależy również od środowiska i rasy — dzieci proletariatu żydowskiego są mniej wrażliwe, niż dzieci aryjskie (Sparrow i Kaczyński).

Uodpornienie zatem jest tem łatwiejsze, im dziecko jest starsze, więcej przejdzie szczepień oraz im wrażliwość jest mniejsza, a odczyn Schick'a słabszy. Odczyny poszczepienne mogą być miejscowe i ogólne. Po pierwszym szczepieniu około 20% przypadków wykazuje odczyn mniejszy w postaci zaczerwienienia i obrzęku. W 2% odczyn jest silny. Odczyny te znikają w ciągu 1 — 7 dni. Najczęstsze są odczyny po drugim szczepieniu (40%). Niekiedy obserwujemy wysypkę pokrzywkową (Głowacka). Odczyny ogólne występują stale u dzieci ponad lat 7, przyczem ciepłota może sięgać 40°. Po kilku dniach spada do normy. Ozdrowieńcy po błonicy reagują szczególnie silnie w ciągu pierwszych 2 miesięcy po chorobie, dlatego nie należy ich wcześniej szczepić. Wśród dzieci szczepionych notowano jednak przypadki błonicy.

Z zestawień Głowackiej wynika, że z pośród 154 dzieci, szczepionych trzykrotnie, zachorowało 3; z pośród 379, szczepionych dwukrotnie — 3; z pośród 162 — szczepionych jednorazowo — 3.

Przeciwwskazaniami do szczepień są: choroby nerek, serca, gruźlica, wycieńczenie po chorobach zakaźnych. W Ameryce masowe szczepienia przeciwbłonicze zainicjowano już w r. 1914, stosując mieszaninę toksyny i antytoksyny. W ciągu 19 lat uodporniono miliony dzieci przeciw błonicy. W Nowym Jorku szczepi się corocznie przeszło 100 tys. dzieci w kilkudziesięciu przychodniach. Również szeroko stosowane są szczepienia w Niemczech i Rosji. Statystyka niemiecka podaje, że na 100 tys. szczepionych zachorowało około 200 dzieci, gdy na tę samą liczbę nieszczepionych zapadło na błonicę około tysiąca. We Francji szczepienia anatoksyną prowadzone są od 1924 r. Do 1930 r. zaszczepiono przeszło milion dzieci. W Belgii w ciągu pięciolecia 1925 — 1930 zaszczepiono około 30 tys. dzieci. W Kanadzie 500 tys., masowo szczepi Argentyna i inne rzeczypospolite południowo-amerykańskie. W Polsce — w przychodni P. Z. H. — rozpoczęto szczepienia w r. 1925, a od 1930 r. przeprowadza się masową akcję na terenie Warszawy w przychodniach oraz przy pomocy lotnych kolumn. Według sprawozdania Komitetu Szczepień Przeciwbłoniczych w ciągu pierwszych 15 miesięcy zakrojonej

GENEZERYNA usuwa niedokwaśność żołądka.

na szeroką skalę akcji wykonano odczynów Schick'a 25.254, szczepień pierwszych — 1937, drugich — 3.962, trzecich — 654. Szczepiono w 50 szkołach powszechnych, 6 żłobkach, 10 zakładach wychowawczych i 7 przychodniach. Odtąd rozwój szczepień ochronnych postępuje naprzód, ogarnia prowincję, gdzie lekarze uświadamiają ludność i nakłaniają ją do tego zabiegu. Sieć punktów szczepiennych rozrasta się, co szczególnie pożądane jest w okręgach większych, gdzie dzieci są wrażliwsze na błonicę. Uznając doniosłość tej akcji, winniśmy dążyć, aby dorównać Zachodowi, gdzie w wielu państwach istnieje przymus szczepienia, znakomicie sprzyjający podniesieniu zdrowotności wśród dzieci.

Godzi się również zaznaczyć, że można kombinować szczepienia przeciwbłonicze z przeciwploniczemi. Bada się wówczas odczyn Schick'a i Dick'a z odczynem kontrolnym. Dzieci, wykazujące dodatni odczyn Schick'a, szczepi się anatoksyną Ramona, dzieci zaś z odczynem Schick'a ujemnym a Dick'a dodatnim — anatoksyną ploniczą P. Z. H.; dzieci z odczynami Schick'a i Dick'a dodatnimi — szczepi się szczepionką B.-P. (błoniczo-ploniczą), wyrabianą przez P. Z. H.

ZRÓDŁA PIŚMIENNICZE:

- 1) Doc. dr. Sparrow. Anatoksyna błonicza. Odbitka z „W. Cz. Lek.” 1930, Nr. 7.
- 2) Doc. dr. Sparrow i dr. Kaczyński. Sprawozd. Kom. Szczep. Przeciwbłon. w Warszawie 1931.
- 3) Dr. Głowacka. Z praktyki szczep. przeciwbłon. w Przychodni P. Z. H. Odbitka z „Pedj. Polsk.” 1931.

Notatki terapeutyczne

Wielki postęp stanowi leczenie gościa stawowego i podobnych schorzeń przy pomocy salicylanu metylowego w postaci kąpieli.

U niektórych osób doustne podawanie preparatów salicylowych powoduje często występowanie objawów ubocznych, jak brak łaknienia, palenie, mdłości, wymioty i szum w uszach.

Nowy polski preparat przeciwgoścowy p. n. „Klerol”, wyszczupiony przed kilku zaledwie dniami na rynek, ma na celu wprowadzenie salicylanu do ustroju drogą zewnętrzną z pominięciem narządów trawiennych.

„Klerol” składa się z salicylanu metylowego, kamfory i salolu; wszystkie te składniki doprowadzone są do stanu rozpuszczalności w wodzie.

**CINNOZYL = cinameina + cholesteryna + kamfora
w sterylizowanym roztworze olejowym.**

Wszystkie dotychczasowe preparaty salicylowe, stosowane w leczeniu stanów reumatycznych, były niedogodne, gdyż posiadały wiele cech ujemnych. Zawarty w nich salicylan metylowy, jako związek rozpuszczalny jedynie w tłuszczach, mógł być stosowany wyłącznie w postaci maści, stąd działanie jego ograniczało się do leczenia miejscowego (t. j. miejscowego uśmierzania bólów i działania przeciwpalnego).

Salicylan metylowy należy do najbardziej cenionych środków przeciwrumatycznych, doraźnie uśmierzających bóle i zapobiegających ich nawrotom. Ujemną jednak stroną tego związku, względnie przygotowanych z niego preparatów, jest jego nadzwyczaj przenikliwy i naogół przykry zapach, z trudem znoszony przez wielu chorych, a w szczególności przez ich otoczenie. Jako związek zupełnie nierozpuszczalny w wodzie, salicylan metylowy mógł być dotychczas stosowany wyłącznie tylko do wcierań w mieszaninach płynnych z olejami, terpentyną, chloroformem i alkoholem; używano go również w maściach w połączeniu ze szmalcem, wazeliną i lanoliną.

Stosowanie „Klerolu“ w postaci kąpeli ma tę zaletę, że salicylan metylowy działa na całą powierzchnię ciała, tem samem może powodować szybkie efekty lecznicze, gdyż skóra, zresztą jak każdy inny narząd wewnętrzny (nerki, jelita, wątroba), bierze czynny udział w funkcjach ustrojowych.

Srodek ten wskazany jest w gościecu stawowym i mięśniowym, stanach artretycznych i rwie kulszowej.

Niekiedy po ukończeniu kuracji właściwej w zdrojowisku lub dla chorych, niemogących wyjechać do miejscowości kąpielowych, wskazana jest kuracja domowa wodą Vichy.

W tym celu służą butelkowane wody Vichy-Etat. Mogą one być podzielone na dwie kategorie: 1) o wysokiej mineralizacji — Grande-Grille, Hôpital i Chômél oraz 2) o stężeniu soli niższem — Célestin.

Wody ze źródeł Hôpital, Grande-Grille i Chômél wskazane są zwłaszcza w zapaleniu mięszu wątrobowego, przekrwieniu czynnem wątroby, rekonwalescencji po żółtacze, w schorzeniach dróg żółciowych, przy kamicy żółciowej, zapaleniu woreczka żółciowego; pozatem w nadkwaśności żołądka, przy opuszczeniu żołądka, cukrzycy, oraz u syfityków, podczas intensywnej kuracji arsenikowej.

Najracjonalniej leczy artretyzm i reumatyzm KLEROL.

Woda zaś ze źródła Célestin wskazana jest u dzieci, obciążonych dziedzicznie schorzeniem wątroby, wykazujących acetonemję.

Wreszcie wody Vichy można używać w postaci tabletek Vichy-État, i pastylek, zawierających stężoną sól Vichy. Ta postać nadaje się zwłaszcza do stosowania u ludzi podróżujących.

Nowe wydawnictwa

„**Rocznik Lekarski**“. Nakładem Biura Propagandy Medycyny Polskiej przy Naczelnej Izbie Lekarskiej i redakcji „Lekarza Wojskowego“ opuścił prasę wzorowo opracowany przez dr. Stanisława Konopkę „Rocznik Lekarski Rzeczypospolitej Polskiej na 1933 r.“.

„Rocznik“ ten zawiera następujące działy: 1) najważniejsze ustawodawstwo sanitarne, 2) spis klinik i zakładów wydziałów lekarskich uniwersytetów polskich, 3) spis szpitali, zakładów leczniczych, sanatorjów, 4) spis Kas Chorych, 5) spis towarzystw lekarskich, 6) spis lekarzy, lekarzy-dentystów i aptekarzy, 7) spis zdrojowisk i uzdrowisk, 8) spis czasopism lekarskich. „Rocznik“ zaopatrzony jest w dokładny skorowidz nazwisk i miejscowości.

„**Tętno Medycyny**“. Ukazał się zeszyt 1-szy tomu 1-szego nowego dwutygodnika, poświęconego przeglądowi piśmiennictwa lekarskiego polskiego i obcego oraz bibliografji lekarskiej.

„Tętno Medycyny“ obrało sobie za zadanie planowe podawanie streszczeń w jak największej ilości.

„**Nowiny Lecznictwa Farmaceutycznego i Fizykalnego**“. Cel tego nowego pisma określa bliżej w artykule wstępnym p. t. „Przemysł chemiczno - farmaceutyczny i lecznictwo współczesne“ kpt.-apt. mr. Aleksander Hirszfeld. Autor tego artykułu dochodzi do wniosku, że istnieje cały szereg kwestyj i zagadnień, interesujących zarówno lekarzy, jak i przemysł chemiczno-farmaceutyczny. Wobec tego — czytamy w tym artykule — „zagadnienia te będą w naszym piśmie poruszane i oświetlane zarówno przez świat naukowo-lekarski, jak i przemysł chemiczno-farmaceutyczny. Lekarze będą poruszali sprawy lecznictwa, jego bolączek i potrzeb, będą wydawali swe sądy o istniejących środkach leczniczych,

LOBELINA pobudza ośrodki oddechowe.
Preparat krajowy.

dając tem samem cenne wskazówki dla przemysłu, z drugiej zaś strony przemysł chemiczno-farmaceutyczny będzie informował na łamach naszego pisma ogół lekarzy o swych pracach i dążeniach, o nowych preparatach, co będzie z dużym pożytkiem dla obu stron, mających tyle wspólnych spraw, a tak mało znających się nawzajem“.

Wypada zwrócić uwagę, że powyższe założenie „Nowin Lecznictwa Farmaceutycznego i Fizykalnego“ kazały nam przed rokiem utworzyć w naszym piśmie specjalny dział chemiczno-farmaceutyczny.

Z żałobnej karty

Medycyna polska okryła się znowu ciężką żałobą. Z jej szeregów ubyło w ostatnich czasach kilka wybitniejszych jednostek.

Dnia 11 lipca r. b. zmarł wybitny działacz społeczny **ś. p. dr. med. Stanisław Kopczyński**.

Dnia 6 sierpnia r. b. zmarł nagle w Warszawie **ś. p. Władysław Mazurkiewicz**, doktor medycyny, prof. zwyczajny farmakognozji Uniwersytetu Warszawskiego.

Poza olbrzymimi zasługami na polu naukowem nazwisko zmarłego profesora ściśle związane jest z wypadkami politycznymi ostatnich kilkunastu lat naszych walk o Niepodległość. Jak wiadomo **ś. p. prof. dr. Władysław Mazurkiewicz** uwolnił ze szpitala więziennego w Petersburgu w roku 1901 Marszałka Józefa Piłsudskiego.

Dnia 13 września r. b. podczas XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Poznaniu zmarł również nagle główny organizator tego Zjazdu i zasłużony **profesor dr. med. Adam Karwowski**.

Z młodego pokolenia lekarzy odszedł we wrześniu, zaledwie w 35 roku życia, **doktor medycyny Zygmunt Krajerkraft**, lekarz oddziału chirurgicznego Szpitala na Czystem w Warszawie, porucznik rezerwy W. P. Zmarły, jakkolwiek należał do młodszej generacji lekarzy, potrafił wyjątkowemi zdolnościami oraz zaletami charakteru zaskarbić sobie szerokie uznanie kolegów i pacjentów.

Cześć Ich pamięci!

KLEROL jest znakomitym środkiem przeciwbólowym i przeciwzapalnym.

Wiadomości bieżące

Z Uniwersytetu Warszawskiego.

Dziekanem Wydziału Lekarskiego Uniw. Warsz. został wybrany na rok akademicki 1933/34 dr. med. Feliks Erbrich, prof. n. otolaryngologii.

Zwinięcie katedr.

Nr. 71 „Dziennika Ustaw Rzplitej Polskiej” z dn. 26.9.1933 r. przynosi rozporządzenie Min. Wyznań Relig. i Oświecenia Publ. o zwinięciu niektórych katedr i zakładów naukowych w szkołach akademickich. W rozporządzeniu tem znajdujemy między innymi skasowanie następujących katedr na wydziałach lekarskich.

W Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie:

- 1) medycyny sądowej,
- 2) chirurgii, zajętej przez prof. dr. Jana Glatzla.

W Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie:

- 1) chorób wewnętrznych, zajęta przez prof. dr. Zenona Orłowskiego,
- 2) neurologii,
- 3) biologii.

W Uniwersytecie Poznańskim:
higieny.

Kasa Chorych w Warszawie.

Dyrektorem Kasy Chorych w Warszawie został mianowany Tadeusz Szubartowicz.

Nowy szpital psychiatryczny.

W Gostyninie wybudowano nowy szpital dla umysłowo-chorych. Narazie zainstalowanych jest 120 łóżek.

Echa lotu kpt.-pil. Stanisława Skarżyńskiego.

Jak wiadomo sława naszego Lotnictwa kpt.-pil. Stanisław Skarżyński podczas swego ostatniego brawurowego lotu przez Atlantyk na awjonetce. odżywił się środkiem odżywczo-pobudzającym Kola Astier.

Z tej okazji przedstawicielstwo firmy Dr. P. Astier w Paryżu — Laboratorjum chem.-farm. Asmidar w Warszawie—wręczyło bohaterowi

przestworzy kpt.-pil. Stanisławowi Skarżyńskiemu piękny puchar pamiątkowy. Uroczystość wręczenia pucharu odbyła się dn. 9 września r. b. w lokalu Laboratorium Asmidar w Warszawie w obecności przedstawicieli prasy oraz zaproszonych gości.

NADEŚLANO DO REDAKCJI:

Kronika Farmaceutyczna N. 19.
Przegląd Ubezpieczeń Społ. N. 9.
Lekarz Tybetański N. 15.

DIETETYKA

(wraz ze sporządzaniem potraw)

Dr. med. Alfreda Galewskiego

do nabycia we wszystkich księgarniach oraz u autora
(Warszawa, Solna 6. Konto P. K. O. Nr. 1778).

Cena dla pp. Lekarzy Zł. 4.—

TREŚĆ ZESZYTU Nr. 4 (11).

Dział naukowy: Dr. Alfred Galewski — Dieta Ketogenna	1
Streszczenia: Przegląd prasy lekarskiej zagranicznej	5
Przegląd prasy lekarskiej polskiej	7
Dział zawodowo-społeczny: Dr. med. M. Szejnman — Znaczenie społeczne szczepień przeciwbłoniczych	8
Notatki terapeutyczne	11
Nowe wydawnictwa	13
Z żałobnej karty	14
Wiadomości bieżące	15

PRENUMERATA

	Miejskowa	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 „	„ 92.—

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.

Hemostyl

D^{RA} ROUSSELA

preparat

KRWIOTWÓRCZY
i PRZECIWKRWOTOCZNY

LITERATURA

WARSZAWA GRZYBOWSKA 88

Naturalne produkty

VICHY-ETAT:

Wody

(Célestins, Grande-Grille, Hôpital, Chomel)

Sól

Comprimés

(tabletki musujące)

Pastyłki

(do ssania o różnych smakach)

stanowią najbardziej racjonalną kurację:

SCHORZEŃ WĄTROBY,

ŻOŁĄDKA i JELIT,

CHOROŃ PRZEMIANY MATERJI

(REUMATYZM i ARTRETYZM).

skuteczne jedynie ze znakiem



GENERALNE PRZEDSTAWICIELSTWO

Dr. E. PAULIN

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

Warszawa, Królewska 29a. tel. 632-17

II 1632

OPŁATA POCZTOWA UISZCZONA RYCZAŁTEM

PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

**DEBIE-
WY-
JUNIK-
K-
ZNA-
W-
N-
C-
D**

pod redakcją

DR. MED. ALFREDA GALEWSKIEGO

Rok III.

1933 r.

Zeszyt 5 (12)

2692.D.1948
AKADEMIA ICHNIOLOGII W GDAŃSKU
BIBLIOTEKA

ANGIOXYL

D^{ra} ROUSSELA

LECZENIE SWOISTE
DZIĘKI TROFICZNEMU DZIAŁANIU
NA ŚCIANKI NACZYŃ

stosuje się w

DUSZNICY BOLESNEJ
NADCIŚNIENIU TĘTNICZYM
MIAŻDŻYCY TĘTNIC
ZAPALENIU TĘTNIC

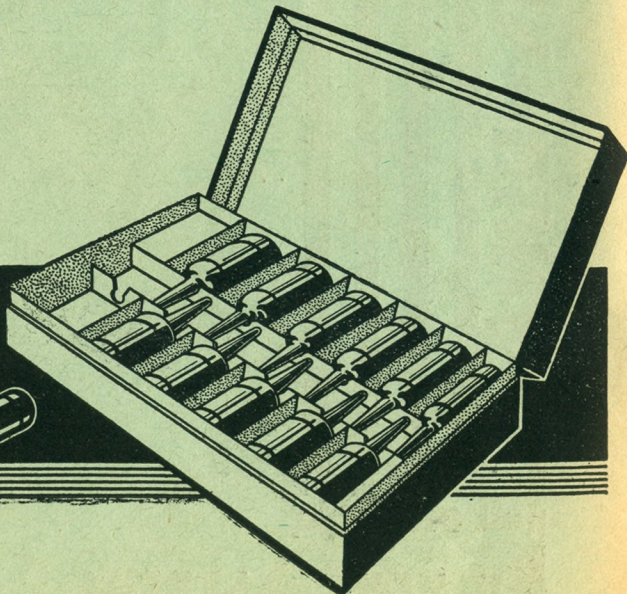
wskazany
ponadto w

ZABURZENIACH OKRESU
PRZEKWITANIA

AMPUŁKI: 2 do 4 dziennie naraz domięśniowo.

SYROP: 3 łyżeczki do kawy dziennie między
posiłkami.

NIE POSIADA PRZECIWWSKAZAŃ



LITERATURA I PRÓBY:
WARSZAWA, GRZYBOWSKA 88

200 RAZY MNIEJ TOKSYCZNA
OD HYOSCYAMINY

GENHYOSCYAMINA

GRANULKI
PEŁN
AMPULKI

STANY SKURCZOWE
NA TLE HIPERWAGO-

STANY PARKINSONO-
NICZNE,

PLASAWICA,
RÓŻNEGO RODZAJU
DRZEWIA.

LAB. CHEM. FARM.
AS MIDAR

WARSZAWA, GRZYBOWKA 88

KLEROL

NAJSKUTECZNIJ ZWALCZA
REUMATYZM



MAŚĆ I PŁYN
DO KAPIELI.

PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

NAJSERDECZNIEJSZE ŻYCZENIA

z okazji

BOŻEGO NARODZENIA

oraz

NOWEGO ROKU 1934

zasyła Sz. Czytelnikom

REDAKCJA

DZIAŁ NAUKOWY

Dr. med. Maksymiljan NUSBAUM

Nowoczesne leczenie dychawicy oskrzelowej (asthma bronchiale)

Z pośród różnych rodzajów dychawic (sercowej, nerkowej lub mocznikowej, na tle toksycznym, tachypnoe u histeryczek) wyodrębniono dzięki Flogerowi i Willisowi — dychawicę oskrzelową, którą cechuje szereg poszczególnych ataków duszności. Ataki te występują w rozmaitych odstępach czasu u pozornie zdrowych ludzi. Okresowo występujące paroksyzmami ataki duszności o charakterze wydechowym zaczynają się przeważnie w nocy (zwięźnienie drobnych oskrzeli i przekrwienie śluzówek), trwają godzinami, rzadziej całymi dniami. Atak astmatyczny występuje bądź nagle bądź poprzedzony jest ścisaniem, nieżytem nosa, bólem głowy, zapaleniem spojówek, niestrawnością, podkaszływaniem, wybitnym ziewaniem i kichaniem. Okresowość napadów nie jest wyświetlona: według Coca częstość napadów zależna jest od ilości wdychanych allergenów lub od zaostrzenia się nieżytów oskrzeli, trwających w okresach międzypadawych. Przyczyna powstania napadów dychawicy oskrzelowej nie jest wyjaśniona, albowiem liczne teorie w tej dziedzinie nie tłumaczą wyczerpująco etiologii tej sprawy chorobowej.

W dychawicy oskrzelowej odgrywają rolę następ. czynniki: anafaktyczny, alergiczny, psychiczny, toksyczny, jak również choroby innych narządów (przewodu trawiennego, nosa i t. d.), które mogą wywołać atak dychawicy oskrzelowej na drodze odruchowej. Momentem decydującym w powstawaniu dychawicy jest usposobienie neuropatyczne; wg. zaś Czerny'ego dychawica oskrzelowa dotyka tych ludzi, którzy w dzieciństwie cierpieli na skazę wysiękową; Eppinger i Hess uważają astmatyka za wagotonika.

W czasie ataku dychawicy oskrzelowej twarz chorego pokrywa się często zimnym potem. Oddech bywa krótki i świszczący, wdech krótszy i głębszy, wydech zaś dłuższy, kurczowy, sapiący. Klatka piersiowa ustawiona bywa wdechowo; mięśnie brzucha oraz szyi napięte. Ilość oddechów na szczycie napadu wynosi 8 — 12 na minutę. Atak kończy się wydzielaniem kleistej wydzieliny, odznaczającej się zawartością kryształów Charcot'a, wężownicami Curschmann'a, oraz znaczną ilością komórek eozynochłonnych.

Leczenie dychawicy oskrzelowej dzielimy na dwa okresy: 1) w czasie ataku, mające na celu usunięcie zaburzeń równowagi układu nerwu błędnego i współczulnego oraz 2) w okresach między napadami. Podczas napadu należy działać na nerw współczulny lub błędny, którego napięcie winno być złagodzone w stosunku do nerwu współczulnego. Adrenalina, atropina (względnie genatropina) i jej pochodne (lobelina, hyoscyamina, efedryna i inne) oraz belladonna czynią zadość tym warunkom.

Adrenalina. U osobników ze wzmożonym ciśnieniem, ze zmianami miażdżycowymi w naczyniach i niedomogą serca należy stosować adrenalinę b. ogólnie, albowiem po zastrzyku, z powodu zwiększonego oporu w naczyniach na obwodzie oraz podniesienia ciśnienia krwi, serce musi wykonać zbyt wielką pracę, której nie zawsze może poddać.

Atropinę wykorzystujemy w leczeniu dychawicy oskrzelowej, ponieważ pobudza ona ośrodek oddechowy, poraża zakończenie n. błędnego oraz zmniejsza wydzielanie gruczołów. Stosujemy ją w czasie napadu w postaci zastrzyku podskórnego, jako atropini sulphurici 0,00005 — 0,0005.

Efedryna zwalcza skurcz oskrzelików płucnych i pobudza układ współczulny. Działa więc podobnie jak adrenalina, lecz daleko dłużej. Dawka efedryny wynosi: 0,025 w tabletkach lub 0,03 podskórnie w 1 cm³. Zmiany w mięśniu sercowym lub w tętnicy głównej są przeciwskazaniami do stosowania **efedryny**.

Salicylan metylowy rozpuszczalny w wodzie = KLEROL.

Oprócz efedryny stosuje się:

Lobelinę — alkaloid z *Lobelia inflata* — , która pobudza ośrodek oddechowy oraz poraża zakończenia nerwu błędnego w płucach. Używa się ją w postaci nalewki — T-ra *Lobeliae* w ilości 10 — 15 kropli pro dosi. Lobelina, usuwając spazm mięśni oskrzelowych i wzmacniając przytem oddychanie, nadaje się jako *antiasthmaticum*.

Z innych środków wspomnieć wypada o **hyoscyaminie**, zalecanej przez Michon'a. W czasie ataku stosuje on z dobrym wynikiem $\frac{1}{4}$ mg hyoscyaminy wraz z adrenaliną ($\frac{1}{2}$ — 1 mg). Można także stosować genhyoscyaminę, która jest 200 razy mniej toksyczna od hyoscyaminy.

W celu zmniejszenia napięcia nerwu błędnego Lian stosuje *Ext. Belladonnae* po 0,01 lub $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ mg podskórnie.

Wkońcu należy wspomnieć o **astmoliynie**; preparat ten składa się z adrenaliny i pituitryny. Hoffmann twierdzi, że dzięki pituitrynie działanie adrenaliny jest dłuższe.

W ciężkich napadach udaje się przerwać stan astmatyczny przy pomocy morfiny, stosowanej podskórnie w dawce 0,01 — 0,02. Działanie jej jest prawdopodobnie podwójne: ośrodkowe — przez uspokojenie ogólne systemu nerwowego oraz obwodowe przez znieczulenie zakończeń nerwu błędnego w mięśniach oskrzelików. Tutaj wymienić wypada również środki następujące: chloral, aether i chloroform. Wartość leczniczą posiadają także papierosy astmatyczne, ze względu na zawartość w nich małych dawek lobeliny i atropiny.

Trousseau i inni zalecają liście stroiczki (*Herb. Lobeliae inflatae*), ziele lulka (*Herb. Hyoscyami*), liście wilczej jagody (*Fol. Belladonnae*) oraz liście bielunia kędzierzawego (*Herb. Stramonii*).

Niekiedy dobrze działają powyższe środki farmakologiczne o ile jednocześnie stosować ucisk na nerw błędny na szyi lub gorące kąpiele nożne, pijawki, upust krwi i t. d.

Skuteczne leczenie między napadami zależy od ustalenia przyczyny, wywołującej ataki. W okresach wolnych od ataków stosujemy arsenik (w postaci *natr. cacodylicum* lub *Solutio Fowleri*), pobudzający stan odżywiania oraz jod. Jod jest najlepszym środkiem wykrztuśnym; ułatwia w znacznym stopniu wydalanie gęstej, ciągnącej się plwociny, która, zwężając światło oskrzeli, utrudnia oddechanie.

Niektórzy autorzy (Grumme, Morawitz) uważają, iż jod zapobiega napadom dychawicy. W przypadkach powiększenia gruczołu tarczowego oraz czynnej gruźlicy płuc, winniśmy stosować jod nadwyrząd

GENATROPINA usuwa nadkwaśność żołądka.

ogłędnie, albowiem preparaty jodowe u osobników z powiększonym gruczołem tarczycowym mogą wywołać objawy nadczynności gruczołu tarczycowego w postaci choroby Basedowa. Należy wypróbować jod z innymi środkami farmakologicznymi (lobeliną, bromem, chloralem i t. d.). Wapń, wprowadzony do terapii dychawicy oskrzelowej przez Kayser'a i Curschmanna, ma własności zmniejszania tworzenia się wysięku w drobnych oskrzelikach oraz działa przeciwskurczowo; sole wapnia zmniejszają również pobudliwość nerwów oskrzelowych. Wapń stosujemy w postaci: calcium lacticum, calcium chloratum — doustnie lub w postaci zastrzyków dożylnych.

Według Danielopolu chinina zmniejsza stan napięcia nerwu błędnego. Wg. V. Noorden'a częstość ataków może zmniejszyć długotrwała kuracja atropiną; radzi stosować kurację w ciągu 4 — 6 tygodni w małych dawkach (po 0,3 mg kilka razy dziennie). Metoda ta w leczeniu nie przyjęła się ze względu na jej toksyczne własności. Jednak podawanie długotrwałe małych dawek genatropiny nie daje objawów toksycznych.

Wziewanie środków znieczulających ma na celu zmniejszenie nadwrażliwości śluzówki górnych dróg oddechowych. W tym celu stosujemy kokainę, niekiedy adrenalinę. Uważając dychawicę oskrzelową za neurozę oddechową, należy w okresach między napadami stosować brom oraz efedrynę przez czas dłuższy po 0,05 lub Ext. Belladonnae po 0,15 dziennie; środki te działają na zaburzenia czynności układu vegetatywnego.

Z dobrymi wynikami leczona jest dychawica oskrzelowa przy pomocy psychoterapii, autosugestji oraz przez podawanie wyciągów gruczołów tarczycy i płciowych (jajników i jąder), gdyż zaburzenia wydzielania wewnętrznego mogą również być przyczyną dychawicy oskrzelowej.

W razie niemożności wykrycia przyczyny dychawicy, leczenie winno polegać na odczulaniu zapomocą swoistych antygenów lub na unikaniu styczności z allergenami (Storm van Leewen oraz Coca). Autorzy ci radzą stosować leczenie tuberkulinowe w przypadkach, w których nie można znaleźć swoistego antygeny, wywołującego napad dychawicy oskrzelowej. Autoseroterapia dychawicy oskrzelowej polega na wstrzykiwaniu własnej surowicy chorych, wziętej ze krwi w czasie ataku. Wstrzykuje się ją w ciągu 20 dni codziennie, rozpoczynając od 0,2 cm³ i zwiększając dawkę do 0,5 cm³. Autoseroterapia daje niekiedy niezłe wyniki w ciężkich przypadkach, opornych na zwykłe sposoby leczenia (Jacquelin, Davous, Reveilland).

Leczenie fizykalne dychawicy

Rentgenoterapia wprowadzona została do lecznictwa dychawicy oskrzelowej poraz pierwszy przez Schillinga; działanie jej jest prawdopodobnie miejscowe, autoproteinowe. Naświetlenie promieniami Roentgena dotyczy klatki piersiowej lub śledziony. Najlepsze wyniki zauważono przy rentgenoterapii mieszanej. Pasteur, Gibert i inni stwierdzili poprawę po zastosowaniu 6 — 10 naświetlań.

Klewitz, stosując naświetlanie śledziony przy dychawicy oskrzelowej, stwierdził, iż poprawa nastąpiła w 30% przypadków; wybitne polepszenie — w 30%; przejściowa ulga — w 15%, a w 25% naświetlanie promieniami Roentgena nie odniosło żadnego skutku.

Diatermia. Stosuje się ją na okolicę wątroby lub na okolicę węzłów płucnych.

Lampy kwarcowe i szafki elektryczne dają niekiedy dobre efekty lecznicze.

Korzystnie działa leczenie dietetyczne (dieta Gersona) oraz **klimat wysokogórski**, dzięki czystości powietrza górskiego. Niektórzy autorzy (Danielopolu i inni) stwierdzili, iż, podczas gorączki naturalnej lub sztucznie wywołanej, napady dychawicy oskrzelowej często ustępują na dłuższy przeciąg czasu.

Wreszcie nadmienić należy o zabiegach chirurgicznych, które stosuje się w przypadkach opornych. Kümmel usuwa operacyjnie sploty szyjne nerwu współczulnego, dzięki czemu osiąga porażenie nerwów zwężających oskrzela. Po tym zabiegu powyższy autor otrzymywał natychmiastową przerwę napadu.

Z innych zabiegów operacyjnych wymienić należy usuwanie polipów nosa, guzów macicy lub jajnika i t. d. Zabiegi te, jak zauważono, często usuwają napady dychawicy oskrzelowej dzięki ogólnej narkozie (Troissier).

STRESZCZENIA

Przegląd prasy lekarskiej zagranicznej

J. Kowarschik. *O leczeniu schorzeń gośćcowych.* (Wien. Klín. Wochenschr. 1932, Nr. 19).

Leczenie schorzeń gośćcowych może być farmakologiczne, fizykalne,

bądź ortopedyczno - chirurgiczne. Leczenie farmakolog. święci swe tryumfy w ostrych sprawach gośćcowych. Zbyt wczesne stosowanie fizykoterapii może wpłynąć ujemnie

Astenję i wyczerpanie ustroju leczy skutecznie DELBIASE.

na stan chorego. Fizykoterapia dopiero wtedy daje pożądane wyniki, gdy minął już i przebrzmiał okres zaostrzenia schorzenia goścowego, właściwą zaś domenę tej metody stanowią postaci przewlekłe gościa stawowego. Leczenie chirurgiczne wchodzi w grę w ostatnich okresach sprawy chorobowej, gdy doszło już do większych zniekształceń.

Leczenie farmakolog. jest niezbędne w ostrym gościcu stawowym, lecz i w sprawach przewlekłych musimy się do niego uciec, zwłaszcza, gdy chodzi o złagodzenie bólu. Unikamy w tych razach, w miarę możliwości środków narkotycznych i nasennych i staramy się osiągnąć poprawę przy pomocy preparatów salicylowych, z grupy pyramidonu i atophanu. Wszystkie środki mają na celu nietylko łagodzenie bólu, lecz działają także przeciwzapalnie. Zamiast doustnego podawania środków przeciwgościcowych, zaleca się niekiedy stosowanie ich domięśniowo względnie dożylnie, najczęściej w postaci połączenia atophanu z salicylanem sodu. Do środków farmakolog. zaliczyć należy stosowanie wcierań, maści i plastrów. Metoda nie jest zupełnie bezwartościowa, jak to się ostatnio zwykle twierdzi; wpływa ona nietylko kojąco na bóle lecz przyspiesza znacznie wyleczenie. Środki przeciwgościcowe zewnętrzne można podzielić na 2 grupy:

1) te, których wyłącznym celem jest podrażnienie skóry, czyli t. zw. derivantia. Do nich należą: kamfora, gorczyca, mydło i jod. Środki te rozszerzają naczynia skóry, powodując przekrwienie jej i głębiej leżących tkanek, pozatem pobudzają one zakończenia nerwów współczulnych

i na drodze odruchu wpływają na głębiej leżące tkanki w sensie przestrojenia ich; 2) grupa śr. zewnętrznych obejmuje te, które poza podrażnieniem skóry, ulegają resorpcji i dostają się do krwiobiegu. Ta grupa obejmuje preparaty mesothan, spiro-sal, rheumasan i capsifor. Przewlekłe schorzenia gościcowe stanowią wdzięczny teren dla terapii bodźcowej. Ta metoda lecznicza stanowi odmianę leczenia farmakolog., której działanie nie jest skierowane bezpośrednio przeciw schorzeniu; ma ona raczej działanie pośrednie, wywołując pewne odczyny w ustroju, powodujące jego przestrojenie, a tem samem zwiększając odporność przeciw schorzeniu. Początkowo do terapii bodźcowej zaliczano tylko ciała białkowe, podawane drogą pozajelitową. Dzisiaj wiemy, że podobne odczyny wyzwalają mogą najróżnorodniejsze substancje, niekoniecznie białkowe i że o wyniku decyduje nie jakoś stosowanego środka, lecz jego ilość.

Do terapii bodźcowej w szerszym znaczeniu tego słowa należy także fizykoterapia, tylko bodźce są tutaj natury fizycznej i działają nie drogą krwi, lecz na powierzchnię ciała. Fizykoterapia posługuje się ciepłem, prądami elektrycznymi, siłami mechanicznymi (w postaci masażu i gimnastyki), promieniami pozafiolkowymi i Roentgenem.

Ciepło stosować można bądź drogą przewodzenia bądź promieniowania. W pierwszym wypadku posługujemy się kąpielami wodnymi, powietrznymi, wreszcie ciałami stałymi, jak borowina. Do napromieniowania używane są lampy elektryczne, Sollux, Vitalux, wreszcie jako trzecia

**Zaparcia nawykowe na tle niedomogi wątrobowej usuwa
RECTOPANBILINA.**

metoda termoterapii wchodzi w grę diatermja. Wspólnym celem wszystkich metod termoterapeutycznych jest podniesienie ciepłoty miejscowe wzgl. ogólne, które stanowi bodziec wyzwalający odczyn przyspieszające wyleczenie schorzeń stawowych przewlekłych.

Mechanoterapia ma na celu usunięcie i zwalczenie zaników mięśniowych oraz uruchomienie stawów. Z reguły poprzedzamy ją termoterapią, która, powodując przekrwienie schorzałych tkanek, ułatwia i przygotowuje odpowiedni teren dla zadziałania bodźca mechanicznego. Mechanoterapię należy stosować względnie wcześniej, zanim dojdzie do zeszywnienia stawów i do zaniku mięśni.

Naświetlania lampą kwarcową stanowią znakomicie działającą postać lokalnej terapii bodźcowej, która przyspiesza wyleczenie przewlekłych zapaleń stawowych, pozatem wpływa łagodząco na ból. Również z dobrym wynikiem stosować można w tych razach naświetlanie promieniami Roentgena.

Dr. med. H. Z a l c m a n.

Marcel Labbé i R. Boulin. *Leczenie zapaści podczas śpiączki cukrzycowej.* (Presse médicale 1933, Nr. 88).

Niektóre przypadki śpiączki cukrzycowej mimo usunięcia kwasicy kończą się zejściem śmiertelnym z powodu szybko powstającej zapaści sercowej. Groźne to powikłanie występuje jedynie u ludzi starszych z przewlekłymi zmianami w mięśniu sercowym, niemniej często zdarza się i u osobników młodych.

Chory nawet wyleczony z kwasicy śpiączkowej może zginać niespodzianie na zapaść i dlatego w każdym przypadku należy bacznie śledzić za stanem parcia krwi w naczyniach i wielkością diurezy.

Zapaść rzadko zdarza się jednocześnie ze śpiączką, zazwyczaj w 6—12 godzin po utracie świadomości, czasami dopiero po 36 godzinach. Początkowo ciśnienie może być prawidłowe, wynosić 10 — 12 cm., tętno 100 — 120 na min. W czasie zapaści, w ciągu kilku godzin parcie krwi obniża się do 9 — 8 — 5 cm., wreszcie nie można już zmierzyć ani metodą palpacyjną ani osłuchową; oscylo-metr nie wykazuje również żadnych wahań. Tętno przeważnie jest miarowe i przyspiesza się bardzo nieznacznie. Tętno serca zachowują prawidłową dźwięczność i tylko rzadko ulegają nieznacznemu przygłuszeniu. Nigdy autorzy nie spostrzegli niemiarowości, szmerów, rytmu cwałowego, zastoju w płucach lub wątrobie. Ciepłota nie ulega znacniejszemu obniżeniu. Często natomiast zjawia się bezmocz lub skąpomocz — objawy te niezawsze są jednak wyrazem zjawiającej się zapaści, gdyż towarzyszą pospolitym powikłaniom nerkowym.

Terapia: naparstnica i jej pochodne podawane doustnie lub dożylnie okazały się nieskuteczne.

Autorzy, mając na uwadze zapaść pochodzenia obwodowego, stosują z pożytkiem dożylnie wlewania adrenalinę w litrze roztworu fizjologicznego.

Lawrence doszukuje się przyczyny zapaści w przedśpiączkowym odwodnieniu ustroju i stara się wszelkimi sposobami nawodnić tych chorych. Obie metody okazały się b. skuteczne.

Dr. med. L. D e l o f f.

Przegląd prasy lekarskiej polskiej

R. Bornstein i E. Lendel. *Metoda leczenia tyreotoksykoz przy pomocy doustnego podawania krwi zwierzęcej* (Warsz. Czas. Lek. 1933, Nr. 4).

W ostatnich czasach zaczęto leczyć chorobę Basedowa przy pomocy krwi zwierzęcej. Bier w roku 1923 poraz pierwszy zaczął wstrzykiwać dożylnie krew chorym, dotkniętym chorobą Basedowa. Później jednak (Zimmer) stosowano krew tylko domięśniowo. Leczenie przedstawia się w sposób następujący: chory zostaje przyjęty na oddział kliniczny na przeciąg 2 — 3 dni, określa się wagę, tętno, przemianę podstawową, leczenie rozpoczyna się domięśniowym wstrzyknięciem 3 — 5 cm³ uprzednio odwłóknionej krwi baraniej. Chory reaguje wówczas nieznacznym odczynem ogólnym. Mniej więcej po tygodniu zgłasza się powtórnie na oddział i otrzymuje tę samą ilość krwi wołowej. Po tym zabiegu chory silnie reaguje: ciepłota dochodzi do 39°, tętno przyspiesza się, często stwierdza się ubytek na wadze. Objawy te trwają dość krótko, przyczem daje się zaznaczyć przyrost wagi z jednoczesnym obniżeniem przemiany pod-

stawowej, jedynie tylko częstoskurcz (tachycardia) utrzymuje się jakiś czas. Po upływie 4-ch i 8-u tygodni dokonywuje się 3-cie i 4-te wstrzyknięcia krwi, naprzemian baraniej i wołowej. Na tem kończy się kuracja.

Zimmer stosował tę metodę w 92 przypadkach. Chorzy wykazywali wyraźne obniżenie przemiany podstawowej oraz przyrost na wadze.

Następnie autorzy (Bornstein i Lendel) podają własny materiał obserwacyjny, składający się z 8-miu chorych, którym podawali doustnie krew zwierzęcą sproszkowaną, pochodzącą z różnych gatunków krwi. Autorzy stwierdzają, iż przeciętnie przyrost wagi wynosi 3,2 kg, przemiana podstawowa obniża się o 15%, jedynie tylko tętno pozostaje przez czas dłuższy przyspieszone. Czas leczenia trwa od 7 — 9 miesięcy. Wyniki lecznicze tłumaczą sobie autorzy działaniem swoistem i nieswoistem krwi—hormonami krwi, którym przypisują doprowadzenie tarczycy i grasicy do stanu równowagi. W każdym razie metoda ta, obok domięśniowych wstrzykiwań krwi, stanowi znaczny postęp w leczeniu choroby Basedowa.

Dr. med. A. Galewski.

DZIAŁ ZAWODOWO - SPOŁECZNY

Dr. med. Alfred GALEWSKI

Znaczenie dietytyki dla oddziałów chirurgicznych

O ile dawniej stosowano dietę w chirurgji w wyjątkowych wypadkach, o tyle dziś zajmuje ona ważne miejsce, narówni z innymi metodami leczniczymi, jak farmakologią i bakterjologią.

PANBILINA usuwa kamieć żółciową.

Zadanie dietetyki w chirurgji polega przede wszystkim na przygotowaniu ustroju do danego zabiegu operacyjnego, do usuwania ubocznych działań narkozy i przeciwdziałania utracie krwi. Oprócz tego dietetyka ma na względzie specjalny kierunek leczenia, skierowany przeciwko niektórym stanom pooperacyjnym, np. po operacji wrzodu żołądka, dróg żółciowych i moczowych.

Dietetyka przedoperacyjna ma szczególne wskazania w cukrzycy, otyłości, chorobie Basedowa i niedokrwistości.

Główne niebezpieczeństwo dla cukrzyków tkwi w narkozie. Tkaniki ustrojowe wymagają glikogenu jako ciała ochronnego przeciw narkozie, która prowadzi szybko do kwasicy; z tego też względu nie nadają się przed zabiegami operacyjnymi wszelkie diety głodowe i białkowo-tłuszczowe, natomiast zalecić należy diety, obfitujące w węglowodany wraz z jednoczesnem podawaniem insuliny. Nadają się do tego diety: Noordena, Porgesa - Adlesberga, Chabanier, Lappa i t. d.

Przed zabiegami operacyjnymi na gruczole tarczycowym należy dbać o dowóz do organizmu tłuszczów i węglowodanów, stosować diety mleczno - jarzynowo - owocowe — wysoce kaloryczne, dochodzące do 5000 ciepłostek dziennie, usunąć mięso, narządy wewnętrzne (wątrobę, nerki, mózg) i pokarmy, zawierające nukleiny (ryż i mąka owsiana), które zwiększają czynność tarczycy.

Jak ważną jest ta sprawa, świadczy o tem referat prof. Glatzela z Krakowa, wygłoszony na IX Zjeździe internistów polskich w Krakowie, w którym autor podkreślił, iż odpowiednie przygotowanie chorego do zabiegu zwiększa jego szanse operacyjne.

Osobnicy otyli nie bardzo nadają się do zabiegu operacyjnego, dlatego też należy w miarę możliwości odtłuścić ich, stosując odpowiednią kurację odchudzającą. Na szczególną uwagę zasługuje dieta dla niedokrwistych, polegająca na podawaniu wątroby, żołądka, dużej ilości białka i pokarmów, obfitujących w żelazo.

Przed operacjami dróg żółciowych i moczowych należy zawsze usunąć pokarmy białkowe, jako mogące wywołać azotemję. tłuszczowe — mogące spowodować zakwaszenie, wreszcie — sól kuchenną, natomiast podawać węglowodany w postaci owoców i potraw mącznych.

Nie jest tu miejsce na szczegółowe opisy diet przygotowawczych przed operacjami jelit cienkich, jak również specjalnych diet, przeznaczonych po zabiegach operacyjnych; chcę tylko zaznaczyć, że jest to niezmiernie ważny dział, tak zwanej dietetyki pooperacyjnej, zawierającej metody leczenia dietetycznego cukrzycy, następowego leczenia dietetycz-

GENEZERYNA usuwa niedokwaśność żołądka.

nego w stanach pooperacyjnych przewodu trawiennego, po gastrostomji, resekcji żołądka, zespoleniu żołądkowo - jelitowem (gastroenterostomji), operacjach dróg żółciowych, moczowych i grubej kiszki. Ważną rolę w tych przypadkach odgrywa znajomość dietytyki. Wyniki rezekcji żołądka w ostatnich czasach znacznie poprawiły się nie dzięki ulepszonej technice operacyjnej, lecz wskutek umiejętnej odżywiania chorych, unikanie bowiem błędów dietetycznych, jak również odpowiednie żywienie (płyiny) nie dopuszcza do znacznego wycieńczenia organizmu. Dawniej chorym takim stosowano lawatywy odżywcze. Jedną z ważnych diet jest — **dieta beztłuszczowa**, stosowana po operacjach dróg żółciowych; w tych przypadkach podajemy jedynie pokarmy, niezawierające zupełnie tłuszczu. Usuwa się żółtka jaj, tłusty ser, tłuste mięso, pozatem sól kuchenną i ostre przyprawy, natomiast zaleca się dietę węglowodanową.

Specjalną również dietę stosuje się po zabiegach operacyjnych grubej kiszki. Biorąc pod uwagę czynności fizjologiczne tego narządu — resorbcja wody, fermentacja błonnika, przemiana skrobi na dekstrozę — będziemy się starali narząd ten oszczędzać. Zalecać należy dietę ubogą w płyny, stałsze pokarmy, papki (upośledzona funkcja zagęszczania), usuwać pokarmy, zawierające błonnik i skrobię (jarzyny i owoce). Podczas procesów zapalnych gnilnych, jak również fermentacyjnych stosować diety podobne do tych, jakie używamy przy niezbytach jelit gnilnych i fermentacyjnych.

Na specjalną uwagę zasługuje w chirurgji dieta zakwaszająca, wpływająca na rany w sensie zmniejszenia wydzieliny. Dzięki tej diecie rany stają się suchsze i szybko zjawia się ziarnina. Najbardziej do tego celu nadaje się dieta Hermannsdorfera, jako obfitująca w białko (mięso i ryby), a zatem działająca zakwaszająco na ustrój; jestto dieta bezsolna, działająca na ustrój przeciwwzapalnie, osusza tkanki. Dzięki brakowi soli kuchennej, zostają pobudzone do działania jony wapniowe — przeciwwzapalne.

Niniejsze uwagi nie są poświęcone szczegółowym opisom diet chirurgicznych, jednak już z tych luźnych notatek można łatwo wnioskować, jak ważne znaczenie dla chirurgji zarówno w przypadkach przed jak i pooperacyjnych ma dietytyka.

Wypada również podkreślić, że duże znaczenie posiada znajomość sposobów przygotowania odpowiednich potraw dla danych przypadków. Sprawę tę poruszał z polskich autorów dr. M. B l a s s b e r g z Krakowa w swym cennym referacie, wygłoszonym w Krak. Tow. Lekar-

**CINNOZYL = cinameina + cholesteryna + kamfora
w sterylizowanym roztworze olejowym.**

skiem. W każdym publicznym zakładzie chirurgicznym (szpitalnym oddziale) powinna odpowiednio wykwalifikowana osoba prowadzić specjalną kuchnię dietetyczną pod kierunkiem lekarza - specjalisty. Kuchnia taka winna uwzględniać następujące diety: 1) bezsolną, 2) przeciwcukrzycową, 3) ochudzającą, 4) przy chorobie Basedowa, 5) tuczącą, 6) płynną, 7) półpłynną, 8) głodową, 9) beztłuszczową, 10) bezbiałkową lub ubogą w białko, 11) węglowodanową i 12) wątrobową.

Godzi się zaznaczyć, że zarówno zasób wiadomości dietetyczno - leczniczych, jak również sama sztuka dietetyczna (umiejętność technicznego przyrządzania potraw dietetycznych) w ostatnich latach zdobyły jedno z pierwszych miejsc w lecznictwie i dlatego nowoczesna chirurgia musi się z tem poważnie liczyć.

DZIAŁ CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNY

Hipolit Lucjan OSTOWSKI

Lekarz jako propagator preparatów farmaceutycznych

W ostatnich czasach coraz częściej wytwórnice chemiczno - farmaceutyczne zarówno u nas jak i zagranicą zapraszają do współpracy w charakterze propagatorów gotowych środków leczniczych doktorów medycyny. Praca ta polega na odwiedzaniu klinik uniwersyteckich, szpitali oraz gabinetów prywatnych przyjęć lekarzy i propagowaniu naukowych wiadomości o preparatach farmaceutycznych tej lub innej marki fabrycznej.

Na innym miejscu podkreśliłem już w swoim czasie, że ta forma propagandy preparatów farmaceutycznych **nie ma nic wspólnego z handlową akwizycją**. Drogą umiejętnej akwizycji firmy handlowo - przemysłowe dążą do **zdobycia odbiorców** swoich towarów. Przy pomocy propagatora firmy farmaceutyczne **starają się uzupełniać wiadomości** lekarzy o gotowych środkach leczniczych. O ile celem pierwszej jest **doraźna sprzedaż**, o tyle w drugim wypadku chodzi **tylko o szczegółową, naukową informację**, popartą wynikami doświadczeń klinicznych i laboratoryjnych.

Biorąc pod uwagę tę właśnie charakterystyczną różnicę, jaka istnieje

je między akwizytorem firmy handlowej a propagatorem wytwórni chemiczno - farmaceutycznej, należy zastanowić się, komu powinno się powierzać propagandę preparatów farmaceutycznych.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że propaganda środków leczniczych musi być prowadzona przez ludzi posiadających odpowiednie wykształcenie naukowe. Trudno bowiem przypuścić, aby można było zachęcić lekarza do wypróbowania preparatu farmaceutycznego, nie dając mu rzeczowej o nim informacji. Tę jednak rzeczową informację może mu udzielić osoba do tego powołana, t. j. posiadająca wyczerpujące wiadomości o preparacie i umiejąca dokładnie wytłumaczyć działanie terapeutyczne leku.

Zbyteczne chyba dowodzić, że o działaniu terapeutycznym mniej lub więcej przekonywująco, ale w każdym razie naukowo, może mówić tylko ten, kto poznał organizm ludzki, jego cierpienia, terapię oraz ma niezbędne wiadomości z chemii i nauk jej pokrewnych.

Do tej roli nadaje się, oczywiście, przede wszystkim lekarz, może również podjąć się jej farmaceuta, jednak pod warunkiem uzupełnienia wiadomości z nauk ściśle lekarskich.

Zastanówmy się narazie nad rolą lekarza - propagatora.

Taki propagator oddaje usługi nie tylko firmie farmaceutycznej, którą reprezentuje, ale również pogłębia wiadomości lekarzy o gotowych środkach leczniczych, zajmujących dziś już poważną pozycję w ogólnej terapii.

Gdyby wytwórniom chemiczno - farmaceutycznym zależało jedynie na bezkrytycznym reklamowaniu swoich wyrobów, do tej pracy nie angażowałyby ludzi z wyższym wykształceniem. Dbając jednak o naukowy poziom tej propagandy oraz jej racjonalny kierunek, korzystają ze współpracy lekarzy, którzy odwiedzają kolegów, aby ich informować, względnie nakłaniać do wypróbowania środka, o którym istnieniu niewiele lub wcale nie wiedzą.

Już sam fakt, że pracę tę wykonywa lekarz, wyklucza możliwość niepoważnego traktowania przez kogokolwiek tej formy propagandy środków leczniczych i przekształcenia jej na zwykłą akwizycję. Rozmowa lekarza - praktyka z lekarzem - propagatorem powinna być raczej dyskusją naukową na temat jakiegoś preparatu farmaceutycznego, niż jego tylko propagandą. Ale zależy tutaj bardzo dużo od samego lekarza - praktyka. Jeśli potraktuje on lekarza - propagatora niesłusznie jako akwizytora, oczywiście rozmowa tych ludzi będzie nieciekawa, może na-

**LOBELINA pobudza ośrodki oddechowe.
Preparat krajowy.**

wet zbędna i bezcelowa. Gdy natomiast lekarz - praktyk powita lekarza-propagatora jako swego kolegę, który, posiadając z tytułu swego zajęcia więcej od niego wiadomości o preparatach farmaceutycznych, chce go o czemś ważnym poinformować lub chce mu coś wyjaśnić, wówczas taka rozmowa będzie miała zgoła inny charakter i stanie się dla lekarza-praktyka **i n f o r m a c j ą p o t r z e b n ą**. Gdy lekarz - praktyk dojdzie do przekonania, że lekarz - propagator to zawód, któremu poświęcają się ludzie nie tylko dla osobistych i przemysłu korzyści, lecz również dla dobra lecznictwa, wówczas napewno zniknie niejedno uprzedzenie.

Dziwnem dlatego wydaje mi się zdanie p. dr. Skowrońskiego ze Lwowa, który, omawiając moją książkę o propagandzie farmaceutycznej na łamach „Polskiej Gazety Lekarskiej“ (Nr. 41 z dnia 8 października 1933 r.), wyraża się o tej formie propagandy preparatów farmaceutycznych w następujący sposób:

„Przedstawiciela firmy osobiście namawiającego lekarza nazywa autor (t. j. ja) propagatorem i żąda od niego, ażeby umiał reprezentować wiedzę przed ludźmi nauki i by był przede wszystkim naukowcem. Zdaje się jednak, że te szumne wyrażenia mają oznaczać tylko to, że propagator musi być gładki w rozmowie i musi znać frazeologję naukową. Bo najczęściej lekarz nie słucha na serjo naukowych wywodów propagatora w czasie jego odwiedzin i stara się go jak najprędzej pozbyć. Takie odwiedziny po klinikach, szpitalach, co gorsza po gabinetach prywatnych, powinny wogóle ustać, a propaganda dałaby lepszy skutek i byłaby mniej kosztowna, gdyby firma co pewien czas wysyłała prelegenta, któryby odbył rzeczowy wykład w sposób naukowy, informujący o nowych preparatach. Takim prelegentem może być lekarz lub farmaceuta czy chemik, pracujący w laboratorium naukowym firmy. Natomiast nie mógłbym się zgodzić z tem, że dobrym propagatorem - akwizytorem, jak to jest obecnie, może być lekarz“.

Powyzsze uwagi wymagają wyjaśnienia.

Pisząc w swej pracy o kwalifikacjach propagatora, bynajmniej nie żądałem od niego znajomości „**frazeologji naukowej**“, lecz naodwrot—**ś c i ś t e j w i e d z y**, gdyż tylko przy współpracy takich ludzi mogę sobie wyobrazić racjonalnie prowadzoną propagandę preparatów farmaceutycznych i tylko wówczas mogę uwierzyć, że lekarz zechce na serjo słuchać naukowych wywodów propagatora i zainteresuje się naprawdę danym lekiem.

**KLEROL jest znakomitym środkiem przeciwbólowym
i przeciwwzapalnym.**

Pan dr. Skowroński proponuje zamiast lekarza - akwizytora — prelegenta, którym — jego zdaniem — może być lekarz, farmaceuta lub chemik.

Nie sprzeczcujmy się o nazwę. Ale czy w mojem pojęciu propagator, informujący lekarza o preparatach farmaceutycznych, nie jest takim *p r e l e g e n t e m*? Szkoda tylko, że za takiego nie traktuje go autor powyższych uwag.

Niema lekarzy - akwizytorów, pracujących dla przemysłu chemiczno - farmaceutycznego, są natomiast **lekarze - propagatorzy - prelegenci**, informujący kolegów o gotowych środkach leczniczych. Muszą tę pracę wykonywać zarówno na sali odczytowej, w szpitalu, klinice uniwersyteckiej, jak również w prywatnym gabinecie przyjęć, gdyż ich zadaniem jak najbardziej udostępnić lekarzom - praktykom zdobycie wiadomości o propagowanych lekach. Należy mocno wątpić czy po informacje te przychodziłoby samorzutnie lekarze - praktycy, zaś bez nich wytwórczość preparatów farmaceutycznych istnieć nie może.

Właściwy poziom ustnej propagandy preparatów leczniczych zależy nie od wytwórni chemiczno - farmaceutycznej, lecz przede wszystkim od samych lekarzy - praktyków, od ich należytego ustosunkowania się do lekarzy - propagatorów.

Lekarz jako propagator preparatów farmaceutycznych nie przedstawia być **reprezentantem wiedzy**. Lekarz - praktyk musi natomiast zbadać i ocenić, czy informacje jego **kolegi - propagatora** mogą mu się przydać przy łóżku chorego.

Notatki terapeutyczne

Magnez a wątroba

Długotrwałe badania prof. P. Delbet'a nad rozwojem raka woreczka żółciowego u świnek morskich, wywołanego sztucznie metoda Kazama, wykazały, że rozwój ten hamowany jest wybitnie przez podawanie soli chlorowcowych magnezu. W wyniku badań tych powstało zagadnienie, czy magnez wydzielany jest przez żółć?

Badania te udało się przeprowadzić prof. Delbet na trzech chorych, którzy poddali się zabiegowi chirurgicznemu woreczka żółciowego. Każdy z nich operowany był po zastosowaniu mniej lub więcej in-

tensywnego nasycenia ustroju solami chlorowcowemi magnezu, a mianowicie:

1-mu podawano 7 tabl. Delbiase dziennie (leczenie intensywne).

2-mu 2 tabl. (leczenie umiarkowane).

3-ci chory był kontrolny.

Daje się zauważyć, że stosunek Mg/Ca wzrasta w miarę zwiększania dawki magnezu, wydzielającego się przez żółć.

Przyjmując pod uwagę powyższe oraz dalsze wyniki prac prof. Delbet'a stwierdzono, że sole magnezu zwiększają rozpuszczalność cholesteroliny, podobnie jak sole wapnia, że chlorek magnezu w przeciwieństwie do chloru wapnia zmniejsza in vitro osad, powstały z odwirowania żółci, i zawartość w niej barwnika.

Według zdania prof. Delbet'a regularne stosowanie Delbiase hamuje tworzenie się złożeń żółciowych.

Wiadomości bieżące

Kalendarzyk Zjazdowy

6—7—8 stycznia 1934 r — V. Zjazd Lekarski w Krynicy. Zgłoszenia przyjmuje Generalny Sekretarz Zjazdu dr. Stanisław L e w i c k i, Krynica, Dom „Pod Trąbką”.

25-lecie Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego

W związku z 25-leciem Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego w dniach 9, 10 i 11 grudnia odbył się w Warszawie V Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy połączony z wystawą pod hasłem „Walcmy z gruźlicą”.

Z żałobnej karty

W grudniu r. b. zmarł dr. med. Antoni N a t a n s o n, długoletni ordynator oddziału ginekologicznego Szpitala na Czystym w Warszawie, członek licznych **towarzystw lekarskich**.

NADESŁANO DO REDAKCJI

Klinika Współczesna, miesięcznik referatowy, Nr. 1.

Dla Zdrowia, miesięcznik naukowo - popularny poświęcony racjonalizacji odżywiania, wychowania fizycznego oraz walce z chorobami społecznymi i znachorstwem, pod redakcją dr. J. Raciążka, N. I.

KLEROL wprowadza do ustroju drogą zewnętrzną (z pominięciem narządów trawiennych) **SALICYL**.

Kronika Dentystyczna — N.4, za lipiec i sierpień 1933 r.

Tętno Medycyny, dwutygodnik poświęcony przeglądowi piśmiennictwa lekarskiego polskiego i obcego oraz bibliografii lekarskiej, zeszyt 2, tomu 1.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych, zeszyt 12, za grudzień 1933 r.

Kronika Farmaceutyczna — N. 23 (1 grudnia 1933 r.).

Lekarz Tybetański — N. 16 (październik 1933 r.).

Prasa Lekarska — Nr. 12.

Pozostałe egzemplarze

Dietetyki (wraz ze sposobami przyrządzania potraw) Dr. med. Alfreda Galewskiego

w cenie **Zł. 4.—** (dla pp. Lekarzy) do nabycia u autora
(**Warszawa, Solna 6**). Konto w P. K. O. 1778.

TREŚĆ ZESZYTU Nr. 5 (12).

Dział naukowy:	Dr. med. Maksymiljan Nusbaum — Nowoczesne leczenie dychawicy oskrzelowej (asthma bronchiale)	1
Streszczenia:	Przegląd prasy lekarskiej zagranicznej	5
	Przegląd prasy lekarskiej polskiej	8
Dział zawodowo-społeczny:	Dr. med. Alfred Galewski — Znaczenie dietetyki dla oddziałów chirurgicznych	8
Dział chemiczno-farmaceutyczny:	H. L. Ostowski — Lekarz jako propagator preparatów farmaceutycznych	11
Notatki terapeutyczne		14
Wiadomości bieżące		15

PRENUMERATA		CENY OGŁ. Z. N°:	
	Miejscowa	Zamiejscowa	1/1 strony
Rocznie	Zł. 6.—	Zł. 7.—	Zł. 300.—
Kwartalnie	Zł. 1.50	Zł. 1.75	" 175.—
			" 92.—

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

HEMOSTYL Dra ROUSSELA

1700 KONI
DAJE KREW

której czynnym pierwiastkiem jest
HEMOSTYL Dra ROUSSELA
najaktywniejszy biologiczny preparat
krwiotwórczy i przeciwkrwotoczny.



Flakoniki - ampulki

Syrop.

PRÓBY: HEMOSTYL Dra ROUSSELA, Warszawa, Grzybowska 88

FOSFATYNA FALIERA



NIEODZOWNY POKARM
NIEMOWLĘCIA OD
7 MIESIĄCA ŻYCIA.

WZMACNIA KONSTYTUCJĘ DZIECKA
UŁATWIA ZĄBKOWANIE I WYBITNIE
WPŁYWA NA
PRAWIDŁOWY ROZWÓJ
KOŚĆCA I MIĘŚNI.

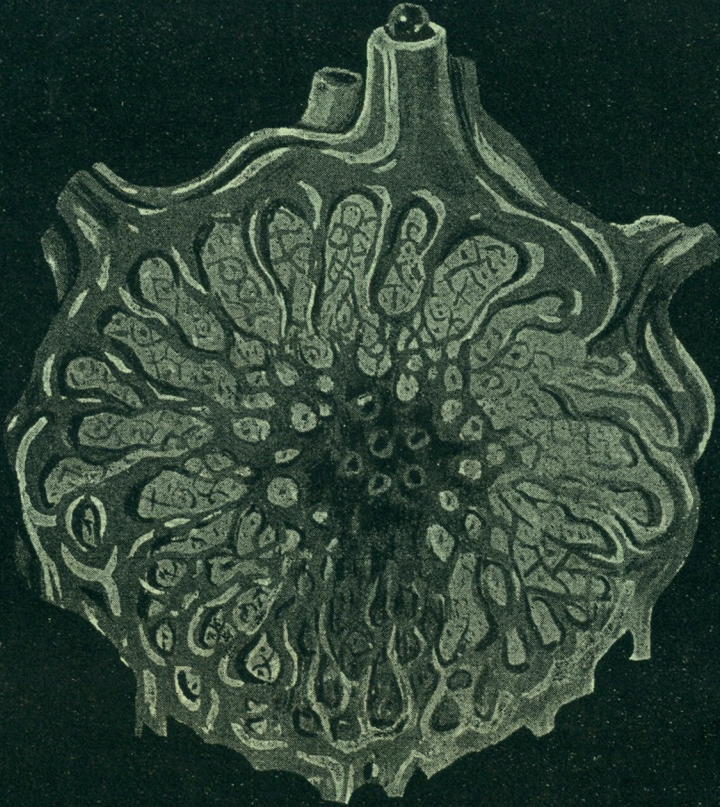


47

WARSZAWA, GRZYBOWSKA 88.

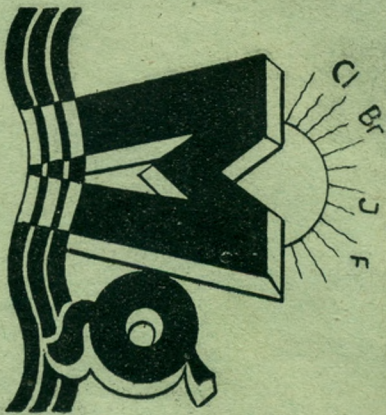


KAMICA ŻÓŁCIOWA
KOLKA WĄTROBIANA
ŻÓŁTACZKA



PANBILINE

LAB. CHEM. FARM.
"ASMIDAR"
WARSZAWA GRZYBOWSKA 88



**LECZENIE SOLAMI
CHLOROWCOWEMI
MAGNEZU**

DELBIASE

**METODA
CYTOFILAKTYCZNA
PROF. P. DELBET'A**

WYROB. KRAJOWY
METODA
LABOR. CHAPELLE, PARYZ

*Asterynia,
wyczerpanie
umysłowe i fizyczne*

*Generalne Przedstawicielstwo D-5. E. Paulin
Sp. z o.o. Warszawa, Królewska 29 a*