

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Widok 9, m. 6 tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Towarowa 2/4, tel. 334-87.

Rok XVI

WARSZAWA, 2 MARCA 1939 R.

Nr. 9

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z II Kl. Chir. Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie.
(Dyrektor: prof. Dr med. Z. Radliński).

Rak wargi dolnej.

Podał
Zygmunt SIEDLECKI (Warszawa).

Wstęp.

Temat, który opracowałem, to znikoma cząstka ogromnego zagadnienia w medycynie — nowotworów złośliwych.

Bezustannie interesujące, przez cały naukowy świat lekarski od długich dziesiątków lat pogłębiane, niedostatecznie wyjaśnione. Zagadnienie, które przez swoją częstość występowania po prostu narzuca się i niejako zmusza, aby je rozwikłać i kres mu położyć.

Rak wargi dolnej zajmuje trzecie miejsce pod względem częstości występowania tej sprawy chorobowej w różnych narządach ustroju ludzkiego.

Jaki moment uderza w prawidłową komórkę nasychnych tkanek, wytrąca ją z normalnych funkcji, zmusza do chaotycznego, pospiesznego i nadmiernego mnożenia się, niszczenia wszystkiego, co w otoczeniu znajduje się, wydzielania jakichś nieznanymi substancji, podstępnie i zgubnie działających na całość organizmu ludzkiego?

Oto pytanie, w świetle dzisiejszych teorii niewyjaśnione, a dręczące wszystkich badaczy schorzeń nowotworowych.

Praca niniejsza oparta jest na 138 przypadkach chorobowych, które przebywały w II Klinice Chirurgicznej U. J. Piłsudskiego w Warszawie w latach 1921—1932, gdzie miałem zaszczyt jako asystent pracować. Jest jakby dalszym ciągiem rozprawy d-ra B. Bartkiewicza, który poza przypadkami ze szpitala w Zawierciu oparł się również na materiale II Kl. Chir. na początku ubiegłego dziesięciolecia. Różni się jednak poglądem na etiologię i sposób leczenia rakowych schorzeń wargi dolnej.

Jeśli chory miał być trwale wyleczony z tego schorzenia, winien po operacji wrócić do domu w takim stanie, aby go najbliższe rodzinne otoczenie poznać nie mogło. Oto dawniejsza zasada leczenia operacyjnego. Tak rozległy musiał być zabieg, aby był radykalny. Ostatnie sposoby leczenia są w stanie przykrości tej choremu zaoszczędzić.

Rozdział I.

Istota schorzenia.

Rak wargi dolnej jest to najczęściej guzek lub owrzodzenie, które zjawilo się na wardze bez wyraźnych powodów, wystające lub siedzące w głębi tkanki, rozrastające się i naciekające sąsiedztwo, najczęściej u osobników płci męskiej w wieku lat 50—55. Albo daje jakieś subiektywne sensacje, albo po prostu rozwija się bez żadnych dolegliwości, przez co sprawia, że chorzy zgłaszają się do lekarza, gdy choroba jest daleko zaawansowana.

Czy owrzodzenie jest pierwotną postacią, czy tylko następstwem rozpadu guzka, trudno orzec, jednak raczej w pewnym odsetku jest objawem początkowym.

Rozwój raka przejawia się w dwóch procesach: naciekający w otoczenie bez wyraźnej granicy podziału tkanek patologicznych od normalnych, bujny rozrost i rozpad. Dzięki szybkiemu rozrostowi komórek rakowych, naczynia krwionośne nie nadążają we wzroście, stąd niedożywienie, martwica i rozpad. Szaro-żółte ogniska rozpadu stają się czasem krwawliwe przy najmniejszym urazie.

Nowotwór wrasta w otoczenie, nawet kość nie stoi mu na przeszkodzie, i to jest cecha złośliwości. Niedostrzegalne zagony w postaci sopli gwiazdzistych do tkanek normalnych.

Granica nigdy nie jest ostra. Sople idą wzdłuż rurek naczyń chłonnych i szczelin tkankowych na 1 — 1½ cm od pierwotnego guza.

Gdy pod względem leczniczym zabieg nie jest dostatecznie radykalny, ze szczytów tych sopli zjawiają się nawroty. Takie jest miejscowe szerzenie się raka.

Komórki rakowe wrastając w otoczenie, napotyka ją po drodze naczynia limfatyczne, bądź krwionośne, przerastają ich ściany, dostają się do ich światła i, prądem limfy, czy krwi porwane, niesione bywają do dalszych okolic organizmu ludzkiego, gdzie zatrzymane, rozrastają się, dając wtórne ogniska rakowe, przerzuty.

Raki przerzucają się najczęściej drogami naczyń limfatycznych, zatem wtórnych ognisk szukać trzeba w gruczołach limfatycznych, które spełniają zadanie filtrów. W naszym przypadku baczna uwaga zwrócić musimy na gruczoły podbródka, podszczękowe i leżące wzdłuż dużych naczyń krwionośnych szyi.

Biorąc pod uwagę, że rak wargi dolnej to cierpienie wieku starszego, że atakuje prawie wyłącznie ludzi prostych, że, nie dając dolegliwości bólowych, sprawia

późne zgłaszanie się pacjentów do leczenia, że według statystyk otrzymuje się 70—80% uleceń, trzeba powiedzieć, że jest chorobą zupełnie uleczalną, byle leczenie było wcześniej wdrożone, byle było radykalne. Więcej, można choremu zaoszczędzić zniekształcających twarz oszpeceń dzięki promieniom radu i Roentgena, które stają się w tym względzie niezastąpione.

Rozdział II.

Etiologia.

Drobiazgowa analiza wywiadów, dotyczących sposobu powstawania raka nie dała mi pozytywnego rezultatu.

Pierwotny impuls, budzący prawidłowe komórki do patologicznego rozrostu, jest nieznany. Jest szereg teorii, tłumaczących sposób powstawania nowotworów, żadna jednak z nich nie rozwiązuje tego zagadnienia w sposób dostateczny. Najrealniejsza wydaje mi się teoria Virchowa, mówiąca o długotrwałym drażnieniu tkanek mechanicznie, termicznie, chemicznie, czy toksycznie. Wszystkie te momenty spotykamy w przypadkach raka wargi dolnej.

Rozpatrzmy, jak wygląda pierwotna postać schorzenia w moich przypadkach:

Guzek	w 52 przypadkach
Krosta	„ 19 „
Skaleczenie	„ 16 „
Owrzodzenie	„ 11 „
Pęknięcie wargi	„ 9 „
Pryszcz	„ 8 „
Oparzenie papierosem	„ 6 „
Obarczenie dziedziczne	„ 2 „
Biała łuszcząca się plama	„ 2 „
Brodawka	„ 1 „

Razem 126 przypadków.

Dwunastu pozostałych chorych nie potrafiło podać okoliczności, w jakich zaczęła się choroba.

Najczęściej zatem rak wargi dolnej rozpoczyna się twardym guzkiem, zlewającym się z otaczającymi go normalnymi tkankami, wielkości łepka szpilki. Guzek ten nie sprawia choremu żadnych dolegliwości, sączy limfą, powiększa się, a wreszcie rozpada, tworząc małe nieogojące się owrzodzenie.

Niektórych chorych z grupy owrzodzeń zaliczyć prawdopodobnie można do tych, gdzie choroba zaczęła się guzkiem, jednak nie zwrócili na to uwagi, a zainteresowali się sobą, gdy guzek rozpadł się i dał owrzodzenie. Trzeba jednak podkreślić, że czasem zjawia się od początku sączące małe owrzodzenie, które rozrasta się do rozmiarów guza owrzodzonego na powierzchni, o twardych wyniosłych brzegach.

Drugim pod względem częstości występowania pierwotnego schorzenia to krosta. Początkowo mała, pokryta zeschniętym strupem, który chorzy stale zrywają. Być może, że pierwsza krosta bywa banalnym wyrzutem, a ciągłe mechaniczne drażnienie przekształca ją w raka. Byłby to przykład teorii powstania nowotworów Virchowa.

Do grupy „skaleczeń“ zaliczam cztery przypadki skaleczeń brzytwą, jeden przypadek skaleczenia przez dentystę, trzy przypadki skaleczeń drzazgą podczas rąbania drzewa, dwa wystającym zębem, jeden słomą u rolnika przy pracy i inne (5) bez bliższego określenia.

Do grupy pęknięć wargi dolnej, jako początku ra-

ka, należą prawie wyłącznie rolnicy, którzy narażeni są w swojej pracy zawodowej na duże częstokroć kontrasty termiczne, np. żniwna praca w upalne dni lata, wyjazdy do lasu po drzewo zimą, w mróz. Gorąco, wiatr i zimno sprzyjają pękaniu wargi. Najczęściej bywa, że pęknięta warga samoistnie zagoi się, a w jakiś czas potem w tym samym miejscu powtórnie pęka, i tak się to wielokrotnie powtarza. W końcu w miejscu pęknięcia powstaje guzek lub owrzodzenie, z którym chorzy zjawiają się do lekarza. W jednym przypadku pęknięcie wargi i gojenie się jej trwało dwa lata, nareszcie chory zwrócił się do lekarza, który rozpoznał raka, zoperował go. Po miesiącu w bliźnie pooperacyjnej chory odczuwał „kąsanie“, po czym zjawiono się stwardnienie, z którym przybył do kliniki. Badaniem anatomo-patologicznym stwierdzono *canceroid*.

W drugim przypadku warga pękła przed czterema laty. Pęknięcie pokryło się strupem, który chory wielokrotnie zrywał. Zgłosił się do Szpitala Dz. Jezus, gdzie wzięto wycinek i na podstawie anatomo-patologicznego badania orzeczone, że operacja jest zbędna. W kilka miesięcy potem chory zgłosił się do kliniki, gdzie ustalono *carcinoma spinocellulare* i pacjenta radykalnie zoperowano.

Czy w przypadku pęknięcia początkowa sprawa rakowa do tego doprowadza, czy następcze drażnienie tkanek przez zrywanie strupa wywołuje sprawę rakową, trudno jest orzec. Ostatni przytoczony przypadek przemawiałby raczej za słusznością tego drugiego przypuszczenia (teoria Virchowa).

W grupie pryszczów znalazłem osiem przypadków, gdzie na pierwsze miejsce wysuwa się powstanie pryszczu wśród dreszczów i złego samopoczucia. Chodzi tu prawdopodobnie o zwykłe *herpes labiales* powstające najczęściej wiosną lub jesienią wskutek przeziębień. W miejscu pryszczów powstaje najczęściej krosta, pokryta strupem, a pod nim wydzielina ropna. Strup bywa zrywany, i wytwarza się nieogojące się owrzodzenie lub w miejscu pryszczu powstaje stwardnienie, które przechodzi w owrzodzenie.

W dziale oparzeń wargi dolnej papierosem stwierdziłem sześć przypadków. W miejscu oparzenia powstaje pęcherzyk, który chorzy zrywają. Wytwarza się ubytek, który nie goi się, lecz powiększa, brzegi jego grubieją, wreszcie sprawa nabiera typowych cech raka. Albo na miejscu pęcherzyka powstaje krosta, która, drażniona przez zrywanie strupa, przekształca się w raka. Czy momentem, budzącym chorobę, jest sam czynnik termiczny, czy może chemiczne produkty, powstałe ze spalonego tytoniu? (Kwas karbolowy, węglan amonu). Na tę okoliczność wskazywali już Jan Jacob Hollandi Soewering oraz późniejsi autorzy, jak Hannover, Melzer, Thiersch, Winiwarter (Der Lippenkrebs — dr Jacob Wolf—Jena 1911). Wolf ogranicza się w tym względzie do uwagi, że raki wargi dolnej znane były przed odkryciem tytoniu.

Zaledwie w dwóch przypadkach dopatrzyłem się współistnienia raka wargi ze schorzeniem rakowym w rodzinie (rak żołądka u siostry, rak wargi dolnej u stryja).

W dwóch przypadkach podano białą plamkę, pokrytą łuskami, wytworzoną bez uchwytnych powodów na wardze dolnej, jako początek raka. Chodzi tu zapewne o leukoplakie, o których mówi Prof. Fr. Krzysztalowiec (Choroby Skóry, Warszawa 1926), jako o wykwitach gładkich, mało wyniosłych nad powierzchnią, rozmaitego kształtu, barwy różowawej lub bia-

łej, zależnie od stopnia zgrubienia naskórka. Często, choć nie jedyną przyczyną tych zmian jest kiła, pale nie tytoniu, brak higieny jamy ustnej.

Mikroskopowo leukoplakie przedstawiają się jako nadmierne bujanie nabłonka z wytworzeniem grubych warstw, ziarnistej i jasnej, zawierających keratohyalinę i eleidynę, oraz grubej warstwy komórek zrogowaciałych. Darier nazwał tę postać: *leukokeratosis* i ściśle łączy ją z początkiem raka. W mojej pracy koncepcja ta potwierdza się tylko w 1,6%.

W jednym i ostatnim przypadku początkiem późnej stwierdzonego raka kolczasto-komórkowego była brodaweczka na dolnej wardze. Szesnaście lat siedziała tam niewinnie, „wykruszała” się od czasu do czasu, wreszcie zamieniła się w guzek, z którym chory przybył do kliniki i przeżył operację.

Przypadek ten przemawiałby za niejednokrotnie podnoszoną sprawą przekształcania się nowotworów łagodnych w złośliwe, gdyż brodaweczką tą był prawdopodobnie mały włókniak (*fibroma*), gruczolak (*adenoma*) lub brodawczak (*papilloma*).

Rozdział III.

Wywiady.

1. Wiek.

Przed wszystkim uwzględnimy wiek chorych. Sprawa ta w świetle liczb przedstawia się jak następuje:

w wieku	20 — 25	1	przypadek
„	25 — 30	1	„
„	30 — 35	2	„
„	35 — 40	6	„
„	40 — 45	12	„
„	45 — 50	15	„
„	50 — 55	32	„
„	55 — 60	21	„
„	60 — 65	21	„
„	65 — 70	12	„
„	70 — 75	13	„
„	75 — 80	2	„
Razem		138	przypadków

Najmłodszy pacjent liczył lat 23, rolnik z Opoczyńskiego, który przeżył operację i histologicznie ustalono: *cancroid* (Nr hist. 962 I a 1924/25).

Najstarszy liczył 77 lat, weteran, u którego stwierdzono histologicznie utkanie raka bez bliższego określenia (Nr hist. 538 I a 1922/23).

Z powyższego widzimy, że rak wargi dolnej najczęściej nawiedza ludzi w wieku lat 50—55.

2. Zajęcie.

Zajęcie pacjentów w liczbach przedstawia się:

rolników 79, robotników 24, wyrobników 7, woźnych 5, gospodyń domowych 2, fernali 2, dorożkarzy 2, cieśli 2, grabarzy 1, weteranów 1, rybaków 1, tokarzy 1, służących 1, szewców 1, przy rodzicach 1, młynarzy 1, kupców 1, stolarzy 1, szoferów 1, nieoznaczone zajęcia 4.

Widzimy więc, że rak wargi dolnej trapi przede wszystkim rolników, gdyż stanowią oni 57,6% wszystkich chorych.

Jeśli do rolników dołączyć inne zawody (wyrobniczy, fernali), bytujące na wsi, stwierdzić musimy, że 78,2% wszystkich chorych z powodu raka wargi dolnej to wieśniacy. Wieśniacy bez dostatecznej liczby szkół, ośrodków zdrowia, lekarzy, odżywiający się kartofla-

mi, żytem i mlekiem, mieszkający w fatalnych warunkach. Ten kulturalnie niski poziom bytowania ludzi wsi, częstokroć wręcz przestraszający, niewątpliwie kryje w sobie momenty etiologiczne.

3. Płeć.

Kobiety w ogólnej liczbie przypadków stanowią 2,9% (4 przypadki).

Również rzadkie są przypadki raka wargi górnej, w moim materiale stanowią 3,6% (5 przypadków).

4. Częstość występowania.

Interesowało mnie pytanie, jakie miejsce zajmują raki wargi dolnej w ogólnej liczbie raków tego samego okresu czasu.

Otóż ta sprawa tak się przedstawia:

<i>Ca ventriculi</i>	175	przypadków
<i>Ca mammae</i>	155	„
<i>Ca labii infer.</i>	138	„
<i>Ca oesophagi</i>	74	„
<i>Ca recti</i>	41	„
<i>Ca coli</i>	26	„
<i>Ca vesicae felleae</i>	20	„
<i>Ca linguae</i>	16	„
<i>Ca laryngis</i>	14	„
<i>Ca penis</i>	13	„
<i>Ca feciei</i>	12	„
<i>Ca maxillae sup.</i>	9	„
<i>Ca mandibulae</i>	9	„
<i>Ca tonsillae</i>	7	„
<i>Ca peritonei</i>	7	„
<i>Ca ductus hepatici</i>	7	„
<i>Ca pancreatis</i>	7	„
<i>Ca vesicae urinariae</i>	7	„
<i>Ca glandul. colli secundar.</i>	5	„
<i>Ca colli branchiogen.</i>	1	„
<i>Ca buccae</i>	6	„
<i>Ca orbitae</i>	5	„
<i>Ca palati duri</i>	5	„
<i>Ca prostatae</i>	5	„
<i>Ca hepatis</i>	5	„
innych narządów	39	„

Razem 808 przypadków

Zatem raki wargi dolnej zajmują trzecie miejsce w ogólnej liczbie raków, co stanowi 17%.

5. Lokalizacja.

Wielu autorów (Jan Jacob Holland, Soemering, Ludwig) raka wargi dolnej lokalizują w lewej połowie wargi, jako że tu palacze tytoniu z przyzwyczajenia fajkę trzymają. Autorzy liczb nie podają, mnie również nie udało się wyłączyć palących z ogólnej liczby chorych, a jeśli chodzi o lokalizację, przedstawia się ona następująco:

prawa połowa wargi	27	przypadków
środek wargi	28	„
lewa połowa wargi	36	„

Razem 91 przypadków

Według powyższych liczb nie mogę potwierdzić „fajkowych” koncepcji wspomnianych autorów.

6. Czastrowania schorzenia.

Czas od rozpoczęcia złośliwej sprawy chorobowej do chwili zgłoszenia się celem leczenia wynosi od kilku miesięcy do dwóch lat. Zależny jest od klinicznej postaci nowotworu, od stopnia, że tak powiem uzłośliwie-

nia (*ulcus rodens, cancrroid, ca basocellulare, ca spinocellulare*).

Najkrótsza anamneza, jaką w całym materiale znalazłem, to sześć tygodni. Robotnik lat 66 z pow. garwolińskiego (Nr hist. 699 I a 1926/27) przed 6-ma tygodniami uderzył się w dolną wargę drzazgą podczas rąbania drzewa. W parę dni potem utworzył się guzek, który chory zdrapał, a po miesiącu powstało nieogojące się owrzodzenie, które krwawiło, chory zwrócił się do lekarza, a ten przesłał go do kliniki. W stanie obecnym stwierdzono guz wielkości jaja kurzego na wardze dolnej oraz powiększenie gruczołów limfatycznych I-go etapu. Chorego operowano i w badaniu anatomo-patologicznym stwierdzono *ca planocellulare*. Na usunięcie gruczołów limfatycznych chory nie zgodził się. Wynik leczenia nieznany, gdyż ani chory, ani jego rodzina nie odpowiedziała na rozpisaną ankietę. Przebył w klinice 27 dni.

Najdłuższa anamneza to 25 lat (Nr hist. 451 1920/21).

Chory lat 57 z Łowickiego, rolnik, podał, że przed 25 laty skaleczył wargę dolną brzytwą podczas golenia się. Na miejscu skaleczenia powstał strupek, który chory usuwał podczas następnego każdego golenia się. W miejscu tym wytworzyło się stwardnienie, które powiększało się. W stanie obecnym stwierdzono owrzodzenie na dolnej wardze wielkości małej śliwki, o twardych wyniosłych brzegach. Gruczoły I i II-go etapu powiększone i stwardniałe. W narkozie eterowej usunięto wraz z wargą owrzodzenie i gruczoły jednocześnie. Rozpoznania anatomo-patologicznego nie znalazłem. Na rozpisaną ankietę w sprawie wyniku leczenia chory odpowiedział w dniu 29.XI.33 r., że jest zdrow i „choroba nie odnowiła się“. Przebył w klinice 17 dni.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Zakładu Farmakologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

(Dyrektor: Prof. Dr J. V. Supniewski).

Lokastyna, nowy związek chemiczny o działaniu znieczulającym miejscowo.

Podał

S. SCHMALHOLZ (Kraków).

Po odkryciu znieczulającego działania pewnych związków chemicznych, objętych farmakologiczną nazwą anestetyków lokalnych, wyłonił się problem ilościowego określenia siły ich działania znieczulającego. Kokaina, klasyczne ciało znieczulające, dokładnie poznana i zbadana, służyła za probierz porównawczy przy oznaczaniu aktywności nowych syntetycznych anestetyków miejscowych. Nauka bowiem dążyła do uzyskania drogi syntezy nowych związków, któreby w zastosowaniu praktycznym zastąpiły kokainę, a były od niej mniej toksyczne i dawały roztwory trwalsze, dające się wyjąławiać na gorąco. Trudności jednak leżały nie tylko w uzyskaniu ciał o należytym działaniu farmakodynamicznym, ale w równym stopniu w opracowaniu metody naukowej, pozwalającej z wielką dokładnością zmierzyć ilościowo i jakościowo siłę znieczulenia miejscowego wywołanego przez te preparaty. Już sama znaczna liczba metod badania dowodzi tego, że żadna z nich nie jest ani ścisła, ani dokładna. Schurmayer (1) np. mierzył działanie ciał, znieczulających miejscowo, badając ich depresyjne i uszkadzające działanie na pierwotniaki. Carbonaro (2) badał hamujące działanie anestetyków miejscowych na utleniające własności zaczynów komórek roślinnych. O. Gross (3) określał siłę działania znieczulającego związków chemicznych na podstawie ich działania hemolitycznego. Inna grupa autorów mierzyła czynność anestetyków miejscowych na podstawie ich ogólnego działania na żaby, kijanki i ryby. [O. Gross, Meyer i Overton (4), P. Regnard (5)]. Kobert (6), Kubota i Macht (7) badali działanie anestetyków miejscowych na wyosobnionych mięśniach żab, szczurów i psów. Stwierdzali oni, że w roztworze badanych anestetyków zmniejsza się pobudliwość mięśni prążkowanych na bodźce mechaniczne, a nawet znika zupełnie. M. Bayliss i H. Starling (8) stwierdzili, że kokaina i jej pochodne w małych stężeniach powodują zwiększenie napięcia mięśniówki i zwiększenie ruchów robaczkowych jelita cienkiego królika i psa. Większe stężenia hamują ruchy robaczkowe tych jelit. Rippel (9) podał metodę ilościowego oznaczania czynności anestetyków miejscowych

na wyosobnionym sercu żaby. Braun (10) w 1907 r. stosował u człowieka wstrzykiwanie śródskórne małych dawek kokainy i określał minimalne stężenia, dające jeszcze znieczulenie, a nadto oznaczał czas trwania tego znieczulenia. W przeciwstawieniu do skóry człowieka i zwierząt ssących skóra żaby ulega znieczuleniu już po zetknięciu się z roztworami anestetyków miejscowych. Niektórzy autorzy, jak Alms (11), Zorn (12), Sollman (13) wykorzystali to zjawisko do mierzenia siły działania ciał, znieczulających miejscowo. Sollman (13) prowadził te badania w sposób następujący: Dekapitowanej żabie usuwał serce. Zawieszał żabę na szczęce dolnej i zanurzał łapki tylne, każdą z osobna w naczynkach, zawierających 6—8 cm³ roztworu badanego ciała. Po upływie 10 minut wyciągał łapki i zanurzał je w roztworze 1/10N HCl. Jeżeli żaba reagowała nagłym skurczem łapek, usuwał je z kwasu, zmywał wodą i powtórnie wprowadzał do roztworu badanego ciała. Powtarzał te zabiegi co 10 minut, aż występowało zupełne znieczulenie i zanik odruchów kończynowych. Tą drogą określał on stężenie anestetyku, dające znieczulenie, oraz czas potrzebny do jego zjawienia się. Sollman (13) próbował też wprowadzić metodę miareczkowania anestetyków miejscowych, opartą na ich znieczulającym działaniu na język. Jedną z najczęściej stosowanych metod badania czynności ciał, znieczulających miejscowo, jest metoda znieczulania rogówki królika i badania jej wrażliwości na bodźce mechaniczne.

Znieczulające działanie kokainy na rogówkę królika po raz pierwszy zauważyli Coupard i Boredeau (14) w r. 1880. Zjawisko to zostało później dokładniej opisane przez Kollera (15). Na podstawie tego działania na rogówkę opracowano metody biologicznego badania siły znieczulającej kokainy i jej pochodnych oraz pochodnych kwasu benzoowego, chinoliny, guanidyny itd. [Merck (16), C. Piquand i L. Dreyfuss (17), Morgenroth i Ginsberg (18)]. Autorzy tej metody badania wkraplali roztwory badanych ciał do worka spojówkowego królika, po czym po upływie minuty drażnili sondą rogówkę, aby przekonać się, czy odruch rogówkowy utrzymuje się, czy też został zniesiony. Określali te najmniejsze stężenia badanych ciał, które powodowały znieczulenie zupełne, trwające od pół do półtorej godziny. L. Regnier (19) opracował kilka metod określenia siły znieczulającej anestetyków miejscowych. Badał ich działanie na śluzówkę języka człowieka, na rogówkę królika, na nerwy

ruchowe żaby i na nerwy czuciowe psa i żaby. Przy działaniu na rogówkę królika Regnier odróżnia znieczulenie zupełne i niezupełne, orientując się odruchem skurczu powiek. Za znieczulenie zupełne rogówki uważał stan, w którym po wkropleniu badanego ciała do worka spojówkowego, po 100 razowym dotknięciu rogówki włosem, brak było odruchu rogówkowego. O znieczuleniu niezupełnym mówi wtedy, gdy skurcz powiek występuje po wielokrotnym, jednak mniej niż 100 razowym drażnieniu rogówki włosem.

Szczegóły techniczne metody są następujące: Na początku doświadczenia określa się na obu rogówkach ilość bodźców, potrzebną do wywołania normalnego odruchu rogówkowego. Następnie wkrapla się do oka jedną kroplę, a po upływie minuty drugą kroplę badanego roztworu, po czym po dwu minutach drażni się rogówkę włosem o tym samym stale przekroju, uderzając ją, jak to już wyżej podano, rytmicznie z szybkością 100 uderzeń na minutę. Oznacza się liczbę uderzeń potrzebnych do wywołania odruchu rogówkowego. Jeżeli po 100 zadrażnieniach brak odruchu, przerywa się doświadczenie i notuje liczbę 100. Badania te powtarza się w odstępach 5-cio minutowych, notując liczbę bodźców wywołujących odruch, aż do chwili, gdy liczba bodźców będzie równa tej, która wywołuje odruch w oku kontrolnym, nie znieczulanym. Tą drogą oznacza się również czas zupełnego i częściowego znieczulenia rogówki. Ilość bodźców uzyskanych w pierwszej godzinie doświadczenia sumuje się, a uzyskana liczba wyraża siłę działania badanego ciała. Badając związek chemiczny o działaniu znieczulającym nieokreślonym, znieczula się jego roztworem o znanym stężeniu rogówkę królika, znajduje się liczbę bodźców w ciągu godziny doświadczenia. Następnie roztworami kokainy, jednym o stężeniu większym, drugim o stężeniu mniejszym, niż stężenie roztworu badanego ciała, znieczula się rogówkę królika i znajduje się dwie liczby, wyrażające liczbę bodźców, którymi drażniono rogówkę znieczulone słabszym i silniejszym roztworem kokainy. Liczby te mają mieścić między sobą liczbę, oznaczającą liczbę bodźców, znalezione dla roztworu badanego ciała. Stężenie roztworu kokainy, któreby siłą działania znieczulającego odpowiadało stężeniu badanego ciała oblicza się albo z reguły trzech, albo z wzoru G. Valette'a (20):

$$T = \frac{T(x-n) + t(N-x)}{N-n}$$

We wzorze tym T = stężenie w procentach mocnego roztworu kokainy. t = stężenie w procentach słabego roztworu kokainy. N = liczba bodźców, odpowiadająca T , n = liczba bodźców, odpowiadająca t , x = liczba bodźców, odpowiadająca roztworowi badanego ciała, Y = stężenie w procentach roztworu kokainy, które siłą działania znieczulającego odpowiada działaniu badanego roztworu. Wyniki, tą metodą uzyskane, są ściśle z błędem, jak oblicza autor, w granicach do 20%.

Frey (21) spostrzegł po raz pierwszy znikanie odruchów rogówkowych u człowieka pod wpływem działania kokainy. Kochs (22) zauważył, że działając kokainą na pień nerwu kulszowego żaby, można znieść wrażliwość skóry danej kończyny na bodźce czuciowe. Jeżeli doświadczenie powtarzane było na tym samym nerwie w krótkich odstępach czasu, w pewnej chwili zniknęło także przewodnictwo nerwów ruchowych. Storm van Leeuwen (23) badał działanie anestetyków na nerw kulszowy królika i kota wymózdzo-

nego. Za pomocą prądu z cewki indukcyjnej drażnił nerw i określał natężenie prądu, potrzebne do wywołania odruchu wyciągania łapy. Siłę działania znieczulającego badanego związku chemicznego określał różnicą w natężeniu prądu elektrycznego potrzebnego do wywołania odruchu przed znieczuleniem pnia nerwowego i po jego znieczuleniu. Niektórzy autorzy starali się posłużyć metodą znieczulenia lędźwiowego na zwierzętach dla oznaczania działania nowych anestetyków. Po wstrzyknięciu do rdzenia kręgowego królika $0,3 \text{ cm}^3 1\%$ roztworu allokainy, Seiko Kubota (24) stwierdził natychmiast porażenie kończyn tylnych, trwające 1—3 godzin.

Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn wyprodukowały związek chemiczny o miejscowym działaniu znieczulającym pod nazwą Lokastyna. Zapoznanie się z jego własnościami farmakodynamicznymi było przedmiotem poniżej opisanych doświadczeń. Wpływ na rogówkę królika określano metodą Regnier'a. Działanie lokastyny porównywano z działaniem polokainy, tutokainy i perkainy. Lokastyna jest krystalicznym związkiem barwy żółtawej, bardzo dobrze rozpuszczalnym w wodzie, dającym roztwory o odczynie obojętnym, o smaku gorzkim.

Część doświadczalna.

Działanie na rogówkę królika.

Do doświadczeń używano roztworów wodnych o rozmaitych stężeniach lokastyny, przyjmując zgodnie z metodą Regnier'a jako miernik zupełnego znieczulenia, brak odruchu rogówkowego po 100-krotnym uderzeniu rogówki włosem.

Lokastyna.

Na początku doświadczenia oznaczano normalną ilość bodźców, potrzebnych do wywołania odruchu rogówkowego przed znieczuleniem. Normę oznaczano na rogówkach obu oczu. W drugiej minucie po wkropleniu danego roztworu lokastyny drażniono rogówkę włosem i oznaczono liczbę uderzeń potrzebnych do wywołania odruchu. Jeżeli po 100-u uderzeniach odruch się nie zjawiał, przyjmowano, że znieczulenie jest zupełne; drażnienie powtarzano następnie w odstępach czasu, wymaganych przez metodę Regnier'a

Uzupełniając powyższą metodę, oznaczano jeszcze po godzinie czas trwania znieczulenia niezupełnego, tzn. określano czas potrzebny, by wrażliwość rogówki wróciła do normy. Rogówka druga, nie znieczulona, była równocześnie drażniona i wykazywała wrażliwość normalną.

Roztwór 1 : 100 sprowadzał znieczulenie zupełne, znieczulenia, nie wpływając zupełnie na normalną wrażliwość rogówki.

Roztwór 1 : 800 powodował znieczulenie niezupełne rogówki przez 20 minut.

Roztwór 1 : 500 powodował również tylko znieczulenie niezupełne, trwające przez 35 minut.

Roztwór 1 : 400 powodował znieczulenie zupełne, trwające 2 minuty i niezupełne trwające 35 minut.

Roztwór 1 : 200 powodował zupełne znieczulenie rogówki, trwające 10 minut.

Znieczulenie niezupełne, po wkropleniu do worka spojówkowego roztworu 1 : 200, trwało 80 minut.

Roztwór 1 : 100 sprowadzał znieczulenie zupełne, trwające 15 minut, znieczulenie niezupełne utrzymało się przez 85 minut.

Roztwór 2 : 100 dawał znieczulenie zupełne, utrzymujące się przez 42 minuty, znieczulenie częściowe trwało 115 minut. Przy tym stężeniu występowało równo-

częśnie ze znieczuleniem rogówki nieznaczne rozszerzenie źrenicy.

Roztwór 5 : 100 powodował znieczulenie zupełne przez okres 105 minut, a znieczulenie niezupełne przez 170 minut. Już w drugiej minucie po wklepieniu badanego roztworu do worka spojówkowego stwierdzało się słabe objawy zadrażnienia spojówki gałkowej, jak nastrożenie naczyń krwionośnych i wzmożone łzawienie. W 7-mej minucie po wklepieniu stwierdzało się zupełnie wyraźne rozpulchnienie nabłonka badanej rogówki. Rozpulchnienie to utrzymywało się przez okres 45 minut z równoczesnym obfitym łzawieniem i rozszerzeniem źrenicy.

Najmniejsze więc stężenie lokastyny, powodujące zupełne znieczulenie rogówki wynosi 1 : 400.

Polokaina.

Do doświadczeń, podobnie jak poprzednio, używano roztworów wodnych, postępując w taki sam sposób, jak przy badaniu działania lokastyny.

Roztwór 1 : 200 dawał tylko bardzo słabe znieczulenie częściowe, utrzymujące się przez 22 minuty. Również i roztwór 1 : 100 powodował tylko znieczulenie niezupełne trwające 25 minut.

Roztwór 2 : 100 sprowadzał już znieczulenie zupełne, jednak bardzo krótkotrwałe, bo utrzymujące się za ledwie przez 3 minuty. Znieczulenie częściowe trwało przez 25 minut.

Roztwór 5 : 100 powodował znieczulenie zupełne, trwające 8 minut, niezupełne 45 minut.

Przy tym stężeniu można było stwierdzić bardzo słabe objawy zadrażnienia spojówki gałkowej.

Tutokaina.

Sporządzono roztwory wodne: 5 : 100, 2 : 100, 1 : 200, 1 : 500.

Stężenie 1 : 500 dawało bardzo słabe znieczulenie niezupełne przez 25 min.

Stężenie 1 : 200 sprowadzało znieczulenie zupełne, utrzymujące się przez 10 minut, niezupełne przez 30 minut.

Stężenie 1 : 100 powodowało znieczulenie zupełne przez 12 minut, niezupełne przez 40 minut.

Stężenie 2 : 100 dawało znieczulenie zupełne, utrzymujące się przez okres 15 min., częściowe przez 50 minut.

Stężenie 5 : 100 znieczulało zupełnie rogówkę przez 35 minut. Znieczulenie częściowe trwało 65 minut. Przy tym stężeniu występowało wyraźne rozpulchnienie nabłonka badanej rogówki oraz obfite łzawienie. Brak było rozszerzenia źrenicy.

Perkaina.

Sporządzono roztwory wodne: 1 : 100, 1 : 200, 1 : 2000, 1 : 4000, 1 : 5000, 1 : 6000, 1 : 7000, 1 : 8000 i 1 : 10,000.

Rozpoczęto doświadczenie od stężenia 1 : 200. Wystąpiło zupełne znieczulenie rogówki, utrzymujące się 72 godziny. Już w 5 minut po wklepieniu badanego roztworu do worka spojówkowego wystąpiło równocześnie ze znieczuleniem zupełnym rogówki silne zadrażnienie spojówki gałkowej, rogówki oraz rozszerzenie źrenicy. Naczynia spojówkowe były silnie nastrożone, łzawienie bardzo obfite, nabłonek rogówki wyraźnie rozpulchniony. Doświadczenie przerwano po 3-ch godzinach, przy utrzymującym się zupełnym znieczuleniu i przy opisanych objawach zadrażnienia. Po 24 godzinach oko badane było silnie zaczerwienione, rogówka zupełnie znieczulona. Znieczulenie rogówki ustąpiło dopiero po 72 godzinach, a objawy zadrażnienia po 96 godzinach.

Roztwór: 1 : 10.000 powodował bardzo nieznaczne znieczulenie niezupełne, trwające 30 minut. Stężenie 1 : 8000 sprowadzało silniejsze znieczulenie częściowe przez 60 minut. Stężenie 1 : 7000 powodowało znieczulenie zupełne przez 8 minut, niezupełne przez 60 minut. Stężenie 1 : 6000 i stężenie 1 : 5000 dawały znieczulenie zupełne przez 8 minut, niezupełne przez 60 minut. Stężenie 1 : 4000 powodowało znieczulenie zupełne przez 30 minut, częściowe przez 80 minut. Stężenie 1 : 2000 dawało znieczulenie zupełne przez 125 minut, niezupełne przez 180 minut. Przy tym stężeniu nie obserwowano się jeszcze objawów zadrażnienia spojówki lub rogówki.

Dane o działaniu znieczulającym na rogówkę królka lokastyny, polokainy, tutokainy i perkainy zebrane są w tabeli Nr 1, 2 i 3.

Tabela Nr 1.

Lokastyna. Stężenie:	Czas trwania znieczulenia zupełnego:	Czas trwania znieczulenia niezupełnego:	Polokaina. Stężenie:	Czas trwania znieczulenia zupełnego:	Czas trwania znieczulenia niezupełnego:
5:100	105 min.	170 min.	5:100	8 min.	45 min.
2:100	42 „	115 „	2:100	3 „	25 „
1:100	15 „	85 „	1:100	brak zniecz.	25 „
1:200	10 „	80 „	1:200	brak zniecz.	22 „
1:400	2 „	35 „			
1:500	brak zniecz.	35 „			
1:800	brak zniecz.	20 „			
1:1000	brak znieczulenia				
1:10.000	brak znieczulenia				

Tabela Nr 2.

Perkaina. Stężenie:	Czas trwania znieczulenia zupełnego:	Czas trwania znieczulenia niezupełnego:	Tutokaina Stężenie	Czas trwania znieczulenia zupełnego:	Czas trwania znieczulenia niezupełnego:
1:200	72 godziny		5:100	35 min.	65 min.
1:2000	125 min.	180 min.	2:100	15 „	50 „
1:4000	30 „	80 „	1:100	12 „	40 „
1:5000	8 „	60 „	1:200	10 „	30 „
1:6000	8 „	60 „	1:500	brak zniecz.	25 „
1:7000	8 „	60 „			
1:8000	brak zniecz.	60 „			
1:10.000	brak zniecz.	30 „			

Tabela Nr 3.

Roztworowi o stężeniu:	Odpowiada siła działania roztworu o stężeniu:		
Lokastyna: 1%	Polokaina 7,7%	Tutokaina 3,4%	Perkaina 0,016%
Lokastyna działa:	7,7 razy silniej niż polokaina.	3,4 razy silniej niż tutokaina.	62,5 razy słabiej niż perkaina.

Na podstawie wzoru G. Valettéa można cyfrowo wyrazić siłę działania znieczulającego lokastyny w porównaniu z działaniem polokainy, tutokainy i perkainy.

Lokastyna

Polokaina

Roztwór: 1:800-265 bodźców
przeciętnie w ciągu
godz. drażnienia ro-
gówki
1:200-773 bodźców
1:100-819

Roztwór: 1:100- przeciętnie
275 bodźców

$$Y = \frac{1(275 - 265) + 0,12(819 - 275)}{819 - 265} = 0,13$$

Lokastyna.

Tutokaina.

Roztwór: 1:200-773 bodźców Roztwór: 1:100-426 bodźców
" 1:100-819 bodźców " 5:100-1061 "
" 0,12:100-265 "
5(819-426) + 1(1061-819)

$$Y = \frac{5(819-426) + 1(1061-819)}{1061-426} = 3,4$$

Lokastyna.

Perkaina.

Roztwór: 1:200-773 bodźców Roztwór: 1:2000-1.300 bodźców
" 1:100-819 bodźców " 1:7000-783 bodźców
0,05(819-783) + 0,014(1.300-819)

$$Y = \frac{0,05(819-783) + 0,014(1.300-819)}{1.300-783} = 0,016$$

Z obliczeń tych wynika, że roztworowi 1:100 polokainy odpowiada roztwór 0,13:100 lokastyny. Roztworowi 1:100 lokastyny odpowiada roztwór 3,4:100 tutokainy oraz roztwór 0,016:100 perkainy. (Dok. nast.)

Z teki lekarza praktyka.

Co powinien lekarz praktyk wiedzieć o leczeniu ważniejszych schorzeń skórnych i wenerycznych*).

Podał

J. MERENLENDER (Warszawa),

Ordynator Oddz. Dermatologicznego Szpitala na Czystem.

(Dokończenie — patrz Nr 8).

II. Grzybice nie atakujące włosów.

Łupież pstry (*Pityriasis versicolor*) nie przedstawia wielkich trudności leczniczych, a jednak należy niekiedy do uporczywych i nawracających cierpień. Sprawa jest łatwa do zwalczenia, gdyż grzyb umiejscawia się dość powierzchownie; nawroty tłumaczy się: 1) usadowieniem grzyba w mieszkach, 2) skłonnością osobniczą (N. B. znane jest zjawisko nieprzenoszenia grzyba w małżeństwie przy braku skłonności).

Należy więc w leczeniu łupieża pstrego uwzględnić następujące czynniki sprzyjające: nadmierne pocenie się (gruźlica płuc), ogólne osłabienie (zwłaszcza po przebytych poważnych schorzeniach), odporność zmniejszoną.

Najchętniej stosuję maść Joseph'a:

B. Naphtoli 6,0
Solve q. s. in spiritu
Saponis viridis 30,0
(Sapol „Motor”)
Vaselini optimi ad 100,0

Maść należy w ciągu 6-ciu dni wieczorami (1 raz na dobę) wcierać i zasypać pudrem; po 4-dniowej przerwie, a więc w 11-tym dniu wykąpać się. W razie utrzymujących się jeszcze resztek grzybicy leczenie powyższe należy powtórzyć.

W razie nieznośności maści zalecamy codziennie wcierania:

Acid. salicyl. 5,0 *Sublimati* 1,0
Glycerini 2,0 *Aq. destil.* ad 100,0
Spir. vini (60%) ad 100,0
Acid. salicyl. 8,0
T-rae benzoës 4,0
Spir. vini ad 100,0

Po skończonym leczeniu wskazane jest (celem zapobiegania nawrotom) przecieranie w ciągu wielu miesięcy:

*) p. NN 7, 21/22, 27/28, 34, r. 1938.

B. Naphtoli 0,5

Acid. salicyl. 2,0

Glycerini 1,5

Spir. vini (60%) ad 100,0

albo

Natr. hyposulfurosi 10,0

Aq. destil. ad 100,0

Epidermophytia.

Sprzyja wyprzeniu, nieraz rozległemu zapaleniu wypryskowemu skóry (zwłaszcza dookoła sromu, odbytnicy, w pachach, pachwinach, przestrzeniach międzypalcowych stóp).

Przy pewnej skłonności grzybicę tę nabywa się na łączy (umiejscowienie między palcami stóp), nawroty przy tym umiejscowieniu podtrzymywane są przez skarpetki, względnie pończochy, gdyż w praniu grzyby te nie giną; zapobiegawczo należy dlatego odkażać pończochy za pomocą krezolu (2—5%).

Po ustąpieniu schorzenia (pod wpływem odpowiedniego leczenia) stosujemy jeszcze (zapobiegawczo) leczenie antyseptyczne.

W leczeniu zmian złuszczających (uwarunkowanych E.) w przestrzeniach międzypalcowych stóp stosujemy:

Acid. borici 0,5—1,5

Acid. salicyl. 1,0

Glycerini 2,0

Spir. vini (40%) ad 100,0

S. 3 × dziennie przecierać

Acidi borici 5,0

„ *tannici* 2,0

Sulfur. depur. 10,0

Talci ad 100,0

M. S. kilka razy dziennie pudrować stopy, względnie sypać do skarpetek

Przy zmianach hiperkeratycznych:

Acid. salicyl. 4,0

Sapon. virid. 6,0

Emplastr. Lythargyr. ad 20,0

S. nagrząć przed używaniem

i odpowiednio na płótnie

rozsmarować.

w dalszym przebiegu stopniowo dodać do tej maści:

Liq. carb. deterg. 5—20%

Ol. Lithautracis „

(ew. *Prodermini*) „

Z innych wskazań zapobiegawczych wymienię: zakaz chodzenia boso po mokrej podłodze, w łazience itp.; chemicznie wyjałowić pończochy (gotowanie nie starczy); przez długie miesiące przecierać lekami antyseptycznymi.

Staranne stosowanie (zapobiegawczo) po ustąpieniu objawów nacierań:

Jod. 1,0

Spir. vini ad 100,0

2 × dziennie wcierać

Liq. carb. deterg. 15,0

Sulf. pp. 5,0

Spiritus vini

Spir. sap. kalin. aa 20,0

S. wcierać co II dzień.

Przy umiejscowieniu w pachwinie i wewnętrznych powierzchniach ud (*Epidermophytia inguinalis* — *Erythrasma*) — w postaci żółto-różowych, odgraniczonych plam wystarcza systematyczne (1 raz dziennie) nacieranie 5% kwasem salicylowym w wysoku (60%).

W razie dodatniego odczynu trichofitynowego wskazane jest również i w epidermofitii leczenie wstrzykiwaniami trichofityny.

W klinikach Gougerota i Oppenheima widziałem dobre wyniki po stosowaniu leczenia barwnikowymi przetworami, jak Trypaflawina, Karbolfuksyna, Gentianaviolet w 1—2% roztworze alkoholowym (metoda niepraktyczna ze względu na płamienie bielejny i pościeli).

Dyshydrosis (cheiropompholix).

Aczkolwiek cierpienie to, objawiające się wysypaniem drobnych lub większych pęcherzy na dłoniach i stopach, jest odmianą wypryskowego zapalenia skóry, może ono często być wywołane grzybami chorobotwórczymi; nieraz występuje ono w przebiegu epidermofitii jako objaw tej grzybicy (epidermofitid); cierpienie ustępuje i nie nawraca po wyleczeniu innych ognisk epidermofitii.

Leczenie objawowe: nacięcie pęcherzy, ciepłe kąpiele w roztworze *Kalii permangan.* (1/8000—1/1000), okłady z roztworu resorcyny (1/4—1%), tanniny (1—2%) itp.; po uspokojeniu objawów ostrych — leczenie, jak zwykłego zapalenia wypryskowego; skuteczne wyniki stwierdzałem po zastosowaniu (na zakończenie) 5—20% Proderminy w miękkiej paście cynkowej. Po całkowitym wyleczeniu zalecam stosowanie (w ciągu szeregu miesięcy) nacierania wyskokiem (30—60%), do którego dodaję *Liq. carb. deterg.* albo *Ol. Cadini* (1—2%), albo też *B. Naphthol* (0,1 — 0,5%), z *Salicyl.* (1/2 — 1%).

Erosio interdigitalis.

Schorzenie bardzo pospolite, występujące u kucharzy (na skutek częstego moczenia rąk) w przestrzeniach międzypalcowych dłoni w postaci sączących ognisk białawo-czerwonawych, którym towarzyszą nadżerki. Cierpienie jest bardzo łatwe do wyleczenia, jeżeli dana osoba może zaprzestać na pewien czas moczenia rąk; przy skłonnościach do nawrotów osoba taka musi sobie znaleźć inne zatrudnienie, nie wymagające stykania się częstego z wodą.

Po uspokojeniu zmian ostrych za pomocą okładów (*Arg. nitr.* 0,05—0,5%; *Aq. plumbi, Sol. acid. bor.* 3% aa; 0,25 — 1% rezorcyna itp.) zalecam smarowanie 2 razy dziennie roztworem jodu (1—5%) w wysoku (60%); na noc maść osłaniającą (np. 1—2% *Bismut. subnitr.* na miękkiej paście cynkowej); na zakończenie 1% maść chrysoarobinową.

C. Grzybice skóry właściwej.

Umiejscawiają się w głębszych warstwach skóry i są na ogół schorzeniami bardzo rzadkimi. Tu omówię krótko leczenie względnie częstszej głębokiej grzybicy, mianowicie:

Promienicy (*Actinomycesis*).

Leczenie tego schorzenia (mam tu na myśli wyłącznie umiejscowienie (wtórne) skórne) nastęca dużo trudności, jednakże daje się po mozolnych wysiłkach dość radykalnie wyleczyć.

Dobre wyniki uzyskiwałem po skojarzonym stosowaniu prom. Roentgena i jodku potasu doustnie w dużych dawkach (3—6 gr dziennie), względnie dożylnych wstrzykiwaniach płynu Lugola; w kilku przypadkach opornych na wiele innych metod leczenia uzyskiwałem wyleczenie po 2-ch seriach *Allochrysiny* (*Lumière*) (po 12 wstrzykiwaniach domięśniowych).

Co się tyczy bardzo bolesnych wstrzykiwań siarczanu miedzi oraz jontoforezy, to nie widziałem przekonywających wyników skutecznych.

Dobre wyniki uzyskujemy również po wyłyżeczkowaniu i miejscowym leczeniu antyseptycznym (np. *T-ra jodii*).

Błędy niedopuszczalne w praktyce:

1) w schorzeniach pasożytniczych nie wolno stosować maści antyseptycznych, a więc mocnych, przed usunięciem wtórnych objawów zapalnych skóry, inaczey bowiem wystąpić może bardzo rozległe i długotrwałe spryszczenie;

2) przeoczenie światła przeto bezskuteczne leczenie źle rozpoznanego cierpienia;

3) samo naświetlanie (epilacyjne) prom. Roentgena nie zabija pasożytów, a więc nie może wyleczyć grzybicy, usadowionej w mieszkach włosowych;

4) zaniedbanie należytego leczenia grzybicy woszczynowej oraz strzygącej (antyseptyczne, pod kontrolą mikroskopu) powoduje fatalne nawroty.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Fizjopatologia przemiany cholesterolu.

Podali

Edward KOSMAN i Antoni WAJNGOT (Warszawa).

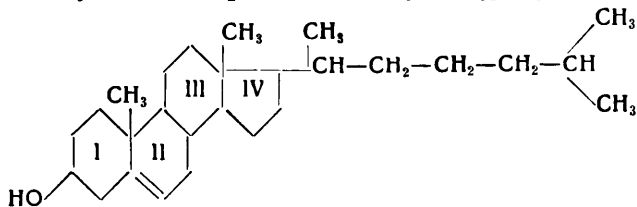
Wstęp.

Zainteresowanie dla cholesterolu wśród klinicyistów wzrosło ogromnie w ciągu ostatnich lat. Źródłem jego jest szereg odkryć, które nadały grupie ciał o wspólnym pierwiastku chemicznym, strukturalnie wywodzącym się od steroli, olbrzymie znaczenie fizjologiczne. Odkryciami tymi zainteresowali się już dość wcześnie klinicyści i ze swej strony rozpoczęli poszukiwania zmian w zawartości cholesterolu we krwi i tkankach, stojące niejako

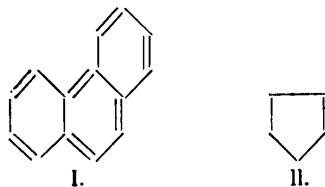
à part badań ściśle chemicznych i fizjologicznych; celem ich było, a z resztą i jest do dziś dnia, uchwycenie ilościowego związku między zawartością tego ciała w ustroju i różnymi stanami patologicznymi, jednym słowem, adaptacja danych biochemicznych dla celów rozpoznawania i leczenia. Pomimo odmiennych celów klinika i pracownia biochemiczna, szczególnie w zakresie omawianego zagadnienia, wiążą się bardzo ściśle i dostarczają sobie wzajemnie materiału doświadczalnego i krytycznych przyczynków. Wydaje się więc rzeczą słuszną, że przegląd współczesnego stanu wiedzy o przemianie cholesterolu w ustroju chorym poprzedzimy streszczeniem dotychczasowych badań tej substancji z punktu widzenia chemii i biologii ogólnej.

Historia odkrycia cholesterolu.

W roku 1769 Poulletier, a w 1775 Conrad i wykryli nowy związek — pierwszy w kamieniach żółciowych, drugi zaś w żółci zwierzęcej. Związek ten, ze względu na pochodzenie i na pewne analogie fizyczne i chemiczne ze stearyną, nazwał w r. 1816 Chevreul *cholestearyną*. Nazwa powyższa, zmieniona później na cholesterynę, przetrwała niemal do lat ostatnich, gdyż pomimo wieloletnich badań uczonych niemieckich Wielanda i Windausa dopiero w roku 1932 udało się Rosenheimowi i Kingowi ustalić wzór chemiczny cholesteryny, który można dzisiaj na zasadzie szeregu reakcji i przemian uznać za zgodny z rzeczywistością. Wzór ten przedstawia się następująco:



Grupa alkoholowa OH przy pierwszym pierścieniu nakazuje, wg współcześnie przyjętego mianownictwa, nazywać ciało o wzorze powyższym *cholesterolem*, co też jest dziś powszechnie przestrzegane. Wzór ten, wywodzący sterole, kwasy żółciowe, hormony płciowe i kory nadnercza, niektóre glikozydy i grupę witaminu D — od wspólnego aromatycznego węglowodoru fenantrenu (I), skojarzonego z cyklopentanem (II), bardzo dobrze nadaje się do wyjaśnienia nagromadzonego dotąd materiału chemicznego.



Cholesterol jest ciałem krystalizującym w postaci igiełek lub płytek o jedwabistym połysku. Pkt. topl. — 145°C. Jest czynny optycznie.

Cholesterol i jego estry posiadają swoiste odczyny, które pozwalają wykrywać je ściśle jakościowo i ilościowo.

Odczyny te są następujące:

1) Odczyn Salkowskiego: roztwór chloroformowy cholesterolu po dodaniu kwasu siarkowego w równej ilości przechodzi kolejno przez zabarwienie czerwone, purpurowe, zielone i żółte.

2) Odczyn Liebermanna-Burchardta polega na dodawaniu do chloroformowego wyciągu cholesterolu bezwodnika kwasu octowego i kilku kropeł kwasu siarkowego. Mieszanina przybiera barwę czerwoną, niebieską i wreszcie na dłuższy czas zieloną. Odczyn ten nadaje się do kolorymetrycznych określeń ilościowych (met. Autenrieth-Funka).

3) Odczyn Golodca powstaje pod wpływem dodania mieszaniny kwasu siarkowego i formaliny i polega na ciemnobrunatnym zabarwieniu roztworów cholesterolu; różni się od pozostałych tym, że nie występuje z estrami.

4) Odczyn digitoninowy polega na wytworzeniu strątu cholesterolu z digitoninem; nadaje się do określeń wagowych.

Dla badań histochemicznych użytkowano odczyn Liebermanna-Burchardta, przy czym udaje się on najlepiej po uprzednim intensywnym naświetlaniu skrawków światłem słonecznym.

Estry cholesterolu są pochodnymi kwasów stearynowego, palmitynowego i olejowego, które wchodzi w wiązanie z alkoholową grupą OH cholesterolu (p. wzór). Zmydlają się one nieco trudniej od glicerydów tychże kwasów (tłuszczów obojętnych), przede wszystkim zaś są odporniejsze na działanie lipaz i zacyznów bakterji. Zarówno cholesterol, jak i jego estry nie rozpuszczają się w wodzie, dobrze rozpuszczają się w rozpuszczalnikach organicznych (aceton, chloroform, benzen i in.); estry cholesterolu, w przeciwstawieniu do postaci wolnej, rozpuszczają się również w alkoholu etylowym.

Cholesterol w ustroju zwierzęcym.

Cholesterol występuje we wszystkich tkankach zwierzęcych, w niektórych, co prawda, w ilościach bardzo drobnych.

Stosunki powyższe ilustruje następująca tabela:

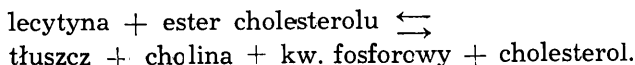
Tkanka	zawartość w % na wagę narządu świeżego
Kora nadnercza	5
Mózg subst. biała	3,2;
— szara	2
Narządy mięsne	0,4
Skóra	0,28 — 0,85
Włosy	0,4
Łój skórny	2,8 — 19,6
Żółć	0,1 — 0,6
Plemniki ryb	5 — 15
Wątroba	1 — 1,5
Tłuszcz z podskórny	0,18
Mięśnie	0,2
Nadnercze całe	5
Krwinki czerwone	0,117
Surowica krwi	0,160 — 0,210

Cholesterol występuje w ustroju w następujących postaciach: 1) jako wolny alkohol, 2) pod postacią estrów cz. wosków, 3) w postaci sympleksów cholesterolowo-białkowych. Współistnienie cholesterolu wolnego i zestryfikowanego jest, jak się wydaje, uwarunkowane obecnością enzymu hydrolizującego i syntetyzującego — cholesterolazy, analogicznej do esterazy właściwej, spotykanej u zwierząt (Sym).

Fleischmann, Tannhauser, Kondo nie znajdowali fermentu estrolitycznego u psa, natomiast mają dane, że znajduje się on w żółci ludzkiej.

Stosunek ilościowy cholesterolu wolnego do zestryfikowanego wyraża się w przybliżeniu liczbą 1:2 i w warunkach fizjologicznych jest w surowicy wielkością dość stałą.

Fizjologiczna rola steroli zarówno u roślin, jak i u zwierząt (a więc i cholesterolu) nie jest dotąd jeszcze zupełnie jasna. Wg Terroinea i Bloora przemiana cholesterolu jest jednym z ogniw w syntezie i odbudowie tłuszczów, przy czym udział jego obrazować ma następujące równanie Sobotki:

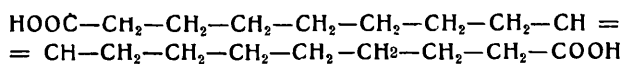


Zobrazowana w tym równaniu reakcja, odbywająca się w każdym z obu kierunków, w miarę gromadzenia się produktów reakcji i usuwania ich z układu wg. prawa działania mas — tłumaczyć może stałość stosunku cholesterolu do jego estrów i lipidów *in toto*.

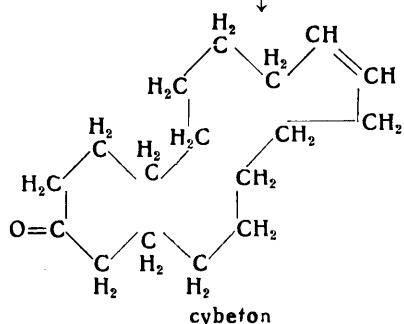
Źródła cholesterolu i jego przemiana w ustroju.

Zagadnienia te w chwili obecnej również nie przedstawiają się zupełnie jasno. Wiadomo dotąd z pewnością, że pochodzenie cholesterolu ustrojowego jest dwójakie: egzogenne czyli pokarmowe i endogenne, mające swe źródło w syntezie ustrojowej. Ustroje zwierzęce posiadają na ogół ograniczoną zdolność do syntety-

zowania związków pierścieniowych, dlatego też większość badaczy uważała przez długi czas, że cholesterol występujący w ustroju zwierzęcym jest wyłącznie pochodzenia zewnętrzznego, pokarmowego. Jednakże badania nad hodowlami drożdży i in. grzybów, wykonane przez Billsa, Terroinea i Haldane'a, dowiodły możliwości takiej syntezy z tłuszczów, kwasów tłuszczowych, a nawet dwucukrów. Jeszcze bardziej przekonujące są badania, przeprowadzone na wyższych ustrojach zwierzęcych przez Beumera i Lehmana, Tannhausera, Dama i Skarżyńskiego, które dowiodły, że zawartość cholesterolu w tkankach i wydalinach jest wyższa, niżby to wynikało z podaży tego związku w pokarmach. Natomiast materiał wyjściowy tej syntezy jest jeszcze zagadką; Rosenheim upatruje go w węglowodanach, Windaus w kwasie olejowym, a Robinson w skwalenie (węglowodór nienasycony o wzorze $C_{30}H_{50}$, znajdujący się w tranach rybich, a u człowieka nawet w tłuszczu podskórnym). Synteza cholesterolu z kwasu olejowego ma przebiegać wg. Windausa, w sposób następujący:



kwas olejowy



Cybeton ma następnie zredukować się i potem ulec przemianie na cholesterol.

Dalszego dowodu dostarczyły badania bilansowe u zwierząt i człowieka. Pożywienie zupełnie wolne od steroli wchłaniających nie przeszkadza odkładaniu się w tkankach i krwi cholesterolu i jego estrów. Tak np. Beumer i Lehmann wykazali, że szczenięta wytworzyły w ciągu czterotygodniowego życia 30-krotną ilość cholesterolu w stosunku do zawartego w spożytym przez ten czas pokarmie. Bilans cholesterolowy był stale ujemny, tj. wydaliny zawierały więcej cholesterolu, niż pokarm, co bynajmniej nie przeszkadzało odkładaniu się sporych ilości cholesterolu w tkankach. Podobne wyniki uzyskali autorzy ci u kur nośnych, które karmiono dłuższy czas pokarmem bezcholesterolowym i których bilans nigdy nie był dodatni; złożone jaja nie różniły się pod względem ilości cholesterolu od normalnych.

Przytoczone doświadczenia nie obniżają bynajmniej znaczenia pokarmów, które stanowią mimo wszystko główne źródła cholesterolu ustrojowego. Świadczą o tym znane fakty wzrostu poziomu cholesterolu pod wpływem podaży tego związku w pokarmach a także próby kliniczne z obarczeniem chorych tą substancją, do których jeszcze powrócimy niżej.

Jak już wspominaliśmy, poziom cholesterolu w krwi i w tkankach jest w warunkach fizjologicznych dość stały. Szczególnie wyraźnie przejawia się tendencja do utrzymania tego stanu we krwi. Poziom cholesterolu w surowicy waha się w granicach 160 — 210 mg%.

W miarę zwiększania dowozu liczba ta wprawdzie wzrasta, jednak nie bez ograniczeń, gdyż przeciwdziałają temu jakieś mechanizmy ochronne, a więc zapewne zahamowanie autosyntezy, wzmoczony rozkład i wzmoczone wydalanie. Fakt, że ustrój broni się przed nadmiarem cholesterolu, nie oznacza bynajmniej, że związek ten jest substancją szkodliwą, jak to kiedyś przypuszczano.

Gospodarka cholesterolowa.

Najważniejszym źródłem cholesterolu są pokarmy. Dla pobieżnego zorientowania się przytoczymy następujące liczby zawartości cholesterolu w pokarmach. Dane wg. Huecka: dobową zawartość cholesterolu wynosi w pokarmie ubogim w tłuszcz 0,04 — 0,11 g, w pokarmie mieszanym 0,20 — 0,36 g, w obficie tłuszczowym do 1,4 g. Joslin przytacza następujące liczby:

jajko	0,38%
mózg, wątroba, cynadry, trzustka	3,1—3,7%
grasica, kawior	2,2—2,3%
kurczę	0,5%
ślonina, szmalce	0,1—0,35%
masło	0,22%
wołowina chuda	0,23%

Czysty cholesterol wchłania się z jelit dość słabo, natomiast proces ten przebiega znacznie łatwiej przy równoczesnej obecności kwasów żółciowych i płynnych tłuszczów. W takich warunkach wzrasta się wyraźnie zawartość cholesterolu w krwi żyły wrotnej i w chłonce przewodu piersiowego. Tak więc los podanego cholesterolu związany jest z gospodarką tłuszczową. Podczas gdy jednak tłuszcze podlegają spalaniu lub biorą udział w przemianach pośrednich, cholesterol zachowuje się pod tym względem bardziej opornie. Większa część gospodarki cholesterolowej sprowadza się do wchłaniania i wydalania cząsteczki cholesterolu w postaci niezmięnionej. Znacznie skromniejsza część cholesterolu ulega istotnym chemicznym przemianom wewnątrzcząsteczkowym na koprosterol i, być może, na kwasy żółciowe i niektóre hormony (gruczolów płciowych, kory nadnercza).

Cholesterol niezmięnony zostaje wydany drogą żółci spowrotem do przewodu pokarmowego i opuszcza ustrój z kałem. Część cholesterolu wydalana się przez gruczoły łojowe skóry (200 mg na dobę wg. Huecka). Przez nerki opuszczają ustrój zupełnie drobne ilości cholesterolu (1—2 mg na dobę wg. Huecka).

Wydalany z kałem cholesterol pochodzi głównie z żółci, która zawiera od 0,1 — 0,5 g% tego związku; dobową ilość żółci waha się od 0,3 do 1 litra. Kał zawiera 1% cholesterolu (głównie w postaci niezmięnionej) oraz znacznie mniejszą domieszkę wspomnianego koprosterolu, który jest produktem działania bakterji na cholesterol. Smółka, która jest wydalina wolnego od bakterji przewodu pokarmowego noworodków, nie zawiera koprosterolu.

W żółci obecność cholesterolu jest wynikiem rozpadu krwinek. Tą drogą opuszczają ustrój składniki zrzębu ciałek czerwonych. Część wydzielonego do jelit cholesterolu przechodzi cykl, zbliżony do cyklu kwasów żółciowych, a mianowicie powrotnie wchłania się w postaci niezmięnionej do krwi.

Biologiczne znaczenie cholesterolu.

Od czasu, gdy przekonano się, iż cholesterol jest stałym składnikiem komórek zwierzęcych, usiłowano wyświetlić jego rolę biologiczną. Zagadnienie przeszło przez różne fazy — wystarczy wspomnieć, że jeszcze

przed laty 30 przypisywano temu związkowi własności szkodliwe, powodujące różne schorzenia, jak kamice żółciową i miażdżycę tętnic, i udział w procesie starzenia się ustroju. Nagromadzone z biegiem lat doświadczenie obaliło w pewnej mierze to symplicystyczne ujęcie i rozszerzyło udział cholesterolu w przemianie materii, jednak pomimo zebrania obfitego materiału doświadczonego i klinicznego dalecy jeszcze jesteśmy od zrozumienia istotnej roli tego rozpowszechnionego w ustrojach żywych związku. W każdym jednak razie rola cholesterolu musi być bardzo ważna, na co wskazuje kilka już dzisiaj dobrze znanych zjawisk, które w postaci schematycznej przedstawimy poniżej:

1. Rola w budowie komórki. Otoczki komórkowe składają się z dwóch lipidów: lecytyny i cholesterolu. Lecytyna, z powodu swej rozpuszczalności zarówno w wodzie, jak i rozpuszczalnikach organicznych, stanowi, co prawda, składnik, umożliwiający kontakt komórki z otoczeniem dla celów wymiennych, jednakże stwarza możliwość niebezpiecznego rozluźnienia struktury komórkowej; antagonistą lecytyny i składnikiem, warunkującym stałość i odporność zrębu komórkowego, jest właśnie cholesterol dzięki swej hidrofobii i bezwładności chemicznej wobec zaczynów i innych czynników hydrolizujących.

Zagadnienie powyższe nabiera specjalnej wagi w

razie zadziałania na ustrój czynników hemolizujących. Szczegółowych danych dostarczyły tutaj badania nad doświadczalnym zatruciem ustroju saponinami, które powodują hemolizę. Cholesterol hamuje to działanie dzięki wytwarzaniu nierozpuszczalnych połączeń z saponinami (por. odczyn z digitoninem str. 169), przy czym zjawia się we krwi w nadmiarze, co zostało wielokrotnie sprawdzone.

2. Rola w przemianie tłuszczowej. Fakt wzrastania ilości estrów cholesterolu przy obfitej podaży tłuszczów tłumaczy Bloor i Sobotka jako dowód wehikularnej roli tego związku (por. równanie Sobotki).

3. Udział w budowie i czynnościach układu nerwowego jest prawdopodobny (w związku z wzrostem zawartości cholesterolu w układzie nerwowym zwierząt i ludzi w porównaniu z ich płodami), ale nie udowodniony.

4. Ochrona skóry. Cholesterol znajduje się w znacznej ilości w łożu skórnym.

5. Sterole, a więc prawdopodobnie i cholesterol są substancją macierzystą wielu bardzo ważnych składników ustrojowych, jak hormony płciowe i kory nadnercza, witamina D i — jak przypuszczają niektórzy — kwasy żółciowe.

(C. d. n.).

Oceny książek.

Dr Henryk SZPIDBAUM. Cukrzyca. Książka dla pacjentów i ich otoczenia. Str. 163, wyd. J. Przeworski. Warszawa 1939 r.

Książka Dr Henryka Szpidbauma, jak głosi jej tytuł, przeznaczona jest dla chorych i ich otoczenia, a jak dowiadujemy się z krótkiej przedmowy: „odda również usługi i lekarzowi, zajmującemu się praktyką ogólną oraz studentom medycyny”. Tak rozległe i różnorodne przeznaczenie tego rodzaju książki jest bezwzględnie jej stroną ujemną. Chorzy bowiem nie są w możności ocenić, co jest pisane dla nich, a co dla lekarzy. Czytanie zaś wszystkiego nie tylko nie przyniesie chorym pożytku, lecz wyrządzi im wyraźną szkodę. Cóż może, na przykład, obchodzi chorego podział na cukrzycę steniczną i asteniczną, według Schmidta i Loranta (str. 25). Później ma wiedzieć o tym chory, że istnieją przypadki mniej lub bardziej skłonne do zgorzeli, oraz, że jedni chorzy mają wysokie, a drudzy niskie ciśnienie krwi. Szczegóły te, związane z podziałem Schmidta i Loranta nie tylko nie interesują chorych, lecz są również niepotrzebnym balastem dla lekarzy praktyków, a tym bardziej dla studentów medycyny. Podobne kwestie interesują jedynie specjalistów, zdolnych wejrzeć krytycznie w podobne nieustalone problemy, które nie zdobyły sobie jeszcze prawa obywatelstwa i nie posiadają dotąd wartości praktycznej. Ułożenie zaś tekstu przydatnego równocześnie i dla chorych i dla lekarzy jest pod żadnym względem niemożliwe. Książka o cukrzycy może być przeznaczona albo wyłącznie dla chorych, albo też wyłącznie dla lekarzy. Książka dla chorych powinna zawierać najniezbędniejsze wskazówki, uzupełniające zarządzenia lekarza. Powinna zatem ułatwiać zadanie lekarzowi leczącemu, z którym chory nie może mieć stale tak bezpośredniego kontaktu, jak z książką. Rzecz jasna, że powinna ona również w formie przystępnej, pomijając sprzeczne nieraz poglądy poszczególnych autorów, w miarę możności, wyświetlić przyczynę i istotę cukrzycy. Celom powyższym książka Dr Sz., niestety, nie odpowiada. Nie zawiera bowiem ani danych, pozwalających choremu dokładniej i z większą dla niego korzyścią wypełniać zlecenia lekarza, ani też nie wyjaśnia w sposób przystępny istoty cukrzycy. W książce Dr Sz. aż roi się od najrozmaitszych rozważań teoretycznych, w których zgubi się nie tylko najinteligentniejszy pacjent, ale też i nie wyrobiony krytycznie lekarz-praktyk.

Przytoczę niektóre przykłady: na str. 2 autor powiada, „że w większości przypadków choroby cukrowej stwierdza się zmiany anatomiczne pewnego narządu trawiennego — trzustki...”, a zatem trzustka w większości przypadków jest przyczyną cukrzycy. Na str. 3 autor bardziej jeszcze upewnia w tym czytelnika, twierdząc, że „pies pozbawiony trzustki zachorował zatem na cukrzycę. Spostrzeżenie to potwierdziło już bez wszelkich wątpliwości teorię o trzustkowym pochodzeniu cukrzycy...”. Ale na str. 45 autor już zaprzecza swoim pierwotnie wypowiedzianym teozom, gdyż twierdzi, że „Dotychczas nie potrafimy dać jasnej odpowiedzi na pytanie, co jest przyczyną powstawania cukrzycy?“, a dalej dodaje „fakt, że insulina usuwa objawy cukrzycy, nie dowodzi jeszcze, iż przyczyną cukrzycy jest pierwotny brak lub niedobór insuliny w ustroju“, wreszcie powiada, że „Również doświadczalne wywoływanie cukrzycy u psa w następstwie operacyjnego usunięcia trzustki nie stanowi bezwzględnego dowodu, iż cukrzyca u ludzi jest również wywołana chorobą trzustki... Nie znamy przekonywującego dowodu, iż cukrzyca jest wyłącznie chorobą trzustki“. Na str. 60 autor jednak znowu powraca do trzustki i twierdzi: „Podstawową zasadą leczenia cukrzycy jest oszczędzanie chorego narządu, tj. aparatu wysepkowego trzustki, a następnie pobudzenie jego czynności“. A zatem podstawową zasadą leczenia cukrzycy, sądząc ze słów autora, jest oszczędzanie chorego narządu (trzustki), aczkolwiek nie wiemy na pewno, czy narząd ten jest rzeczywiście odpowiedzialny za powstawanie cukrzycy. Jak się ma zapatrywać chory na taki sposób leczenia, które opiera się na oszczędzaniu narządu, w którym zmiany chorobowe może są, a może i nie są przyczyną choroby. Przecież w ten sposób dyskredytuje się metodę leczenia wobec chorego. Dużo jest w książce Dr Sz. rozważań teoretycznych, które, zamiast upraszczać sprawę, wikłają ją i dezorientują czytelnika, zarówno chorego na cukrzycę, jak i lekarza niespecjalistę. Książka, przeznaczona dla chorych, nie powinna w żadnym wypadku być terenem, na którym ścierają się poglądy rozmaitych klinicyistów. Tymczasem na str. 61 spotykamy się z twierdzeniem, że „wprawdzie rozlegają się głosy za granicą i u nas, że nie jest zadaniem lekarza leczyć mocz, lecz chorego (analiza kiepska, ale chory czuje się dobrze), ale jest to twierdzenie bałamutne i w swych skutkach — na dalszą metę —

zgunne". Krytyki odmiennego światopoglądu w obecności pacjenta i użycia przy tym wyrazu „bałamutne“ nie można uważać za trafne. Tym bardziej, że twierdzenie, że należy leczyć chorego, a nie jego mocz, jest przez Dr S. komentowane błędnie, gdyż nie chodzi tu o „złą analizę“, lecz o to, by chory czuł się dobrze. Sens tego powiedzenia tkwi w tym, że chory powinien czuć się dobrze przy dobrej analizie, a nie, jak się często zdarza, że, pomimo dobrej analizy, chory czuje się źle. Wreszcie nie wolno w książce, przeznaczonej dla chorych, powoływać się na dane statystyczne, według których „długość życia stale się zwiększa, dochodząc według statystyk z 1930 r. przeciętnie do 11 lat od chwili wykrycia pierwszych objawów cukrzycy“ (str. 53). Wydrukowanie słowa przeciętnie kursywą bynajmniej nie zmniejsza grozy tego twierdzenia. Wyobraźmy sobie nastrój cho-

rego, nawet czującego się dobrze, w chwili kiedy zbliża się 11 letnia rocznica jego choroby. A chorych takich jest przecież bardzo dużo, i wszyscy oni przed przeczytaniem książki Dr S. byli dalecy od tak przykrych myśli, jak myśl o rychłej śmierci. Należy gorąco zaprotestować przeciw takiemu bezlitosnemu (już nie „bałamutnemu“) twierdzeniu, tym bardziej, że jest ono bezpodstawne, gdyż nie ulega najmniejszej wątpliwości, że życie chorych na cukrzycę, przy racjonalnym postępowaniu, nie jest bynajmniej zagrożone. Nie wnikając w szczegółową krytykę książki D-ra S., poruszyłem tylko niektóre jej ustępy, które już świadczą wymownie, że nie „odda ona usługi lekarzowi, zajmującemu się praktyką ogólną, oraz studentom medycyny“, a choremu wyrządzi, niestety, dużą krzywdę.

Jakub Węgielko.

Wskazówki praktyczne.

Behak zwraca uwagę na duży odsetek śmiertelności po wyłuszczeniu krtani z powodu raka u osobników krtanowych. Bezwzględne przeciwwskazanie stanowi u nich tętniak tętnicy głównej i schorzenie wątroby. Na operację decydować się wolno dopiero po wyraźnym złagodzeniu odczynu Wa przez kurację przeciwkrtanową. (Monatsschr. Ohrenhkl. 1938 Nr 12).

Trasentin „Ciba“ łączy w sobie przeciwkurczowe działanie atropiny, mającej uchwyt w układzie nerwowym, i papaweryny, mającej uchwyt w układzie mięśniowym. Rolf Meier i Ulrich Saloro chwalą bardzo działanie tego środka. Ważną jego stroną dodatnią jest brak przykrych objawów atropiny. Przeciwko bólowi stosowanie odbytnicze i domięśniowe, dla dłuższych kuracji — doustne. (W. m. W. 1939 Nr 7).

Leczenie stanów zamartwiczych Cardiasolem i Lobeliną poleca Keitel. Przy słabnących tonach serca dziecka podczas

porodu zastrzykuje się matce 1 cm³ Cardiasolu domięśniowo lub dożylnie, zaś po porodzie w ciężkich stanach duszności zastrzykuje się dziecku 0,1 cardiasolu i 0,003 g lobeliny do żyły pępkowej (Ther. Gegenw. 1937, Nr 2).

M. Misasi stosuje w chorobie Heine-Medina płyn mózgowo-rdzeniowy chorego osobnika do zastrzykiwań podskórnych. Tą drogą następuje odbarczenie rdzenia kręgowego i tworzenie swoistych przeciwciał. Z 23 dzieci leczono w ten sposób 12 w pierwszych 2 dniach choroby, 8 od 5 do 12 dnia i 3 od 20 dnia. Wszystkie dzieci, leczone w ciągu pierwszych 10 dni wyzdrowiały, u innych były też wyzdrowienia lub poprawy. W porównaniu z surowicą ozdowieńców omawiana metoda w pierwszych dniach choroby zdaje się dawać lepsze wyniki. (Pediatria 1938. Str. 324 — W. m. W. 1939 N 7).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

266 posiedzenie z dnia 15.XI.1938 r.

Porządek dzienny:

- 1) Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia.
- 2) Komunikaty Zarządu i Komisji naukowej.
- 3) Płoński M.: Pokazy anatomo-patologiczne.
- 4) Fejgin M i London J.: Przypadek tzw. uremii drgawkowej.

5) Penson J. i Rajbenbach H.: Przypadek choroby Addisona.

6) Bergenbaum Ch., Brynberg B. i Berman R.: O wzajemnym stosunku suchot płuc i dychawicy oskrzelowej.

Ad 1. Protokół poprzedniego 265 posiedzenia klinicznego odczytano i bez zmian przyjęto.

Ad 2. Zarząd Zrzeszenia Lek. Rzeczyp. Polskiej podaje do wiadomości członków, iż z dn. 10.XI br. szatnia w lokalu naszym jest bezpłatna dla członków za okazaniem odpowiednich kuponów poświadczonych przez Sekretariat Zrzeszenia. Od 1 stycznia 1939 r. obowiązywać będą legitymacje, w które powinni Szan. Kol. zaopatrzyć się.

Ad 3. Kol. Płoński demonstrował preparaty z różnych dziedzin anat.-patol.

W dyskusji Kol. Goldsztejn między innymi stwierdza wielką rzadkość macicy jednoróżnej bez jajnika po stronie patologicznej. Poza tym wyraża mniemanie, że w przypadkach przerzutów rakowych do śledziony powstanie tk. kostnej dookoła przerzutu uważać należy za objaw obronny.

Kol. Higier uważa dłuższą traumatyzację za moment etiolog. dla bursitis praepatellaris, nie zaś lues. Kol. Mackiewicz: W przypadku zaozopowania art. iliaca agonia trwała 7 dni, brak zgorzeli kończyny dolnej Kol. Płoński tłumaczy niskim ciśnieniem tętniczym, spowodowanym daleko posuniętą adynamią serca; natomiast własne spostrzeżenia autora dowodzą, że w chromaniu przestankowym najlepsze rokowanie nawet w przypadkach z początkową zgorzelą obserwuje się tam, gdzie ciśnienie tętnicze jest bardzo wysokie.

Ad 4. Chora przybyła do szpitala w stanie zamroczenia z wielokrotnie powtarzającymi się drgawkami, z ciśnieniem krwi 205/100 i obrzękami. W moczu o niewysokim c. g. — do 7% białka z licznymi krwinkami i wateczkami. We krwi brak zmian serologicznych w kierunku mocznicy. Chlorki w osoczu i krwinkach — norma; mocznik 0,4 g%; białko 6,55%; polipeptydy: norma. Próba sulfafenoltalein. 49%. Chora przebyła w dzieciństwie szkarlatynę, a przed 2-ma laty rzucawkę porodową. Obecny stan trwa od kilku dni. Po niewielkim upuszczeniu krwi (około 100 cm³), oraz zastosowaniu środków uspokajających i zmniejszających ciśnienie śródczaszkowe: glukoza 40% w il. 20—50 cm, MgSO₄ 25% — 10 cm, strophantin., coffein., ol. camphor., chora na diecie głodówkowo-węglowodanowej szybko się poprawiła. Ciśnienie spadło do normy, obrzęki ustąpiły, znikły elementy patologiczne moczu. Mieliliśmy więc do czynienia z typową cz. mocznicą drgawkową w przebiegu ostrego, względnie podostrego zapalenia nerek u osoby, która w dzieciństwie przechodziła płonicę, a przed dwoma laty rzucawkę w czasie ciąży. Poza zmianami w moczu (7% białka) i wysokim poziomem ciśnienia — nie stwierdziliśmy objawów zaburzonej czynności nerek — poziom mocznika był zupełnie prawidłowy we krwi, pr. fenolf. wypadła dobrze (40%). Jeżeli chodzi o patogenę napadów drgawkowych w tym i podobnych przypadkach, w których nie ma objawów niedomogi czynnościowej nerek, a stwierdza się jedynie wzmózone ciśnienie, to noszą one nazwę „drgawkowej“ lub rzekomej „mocznicy“, aczkolwiek nie mają one nic wspólnego z mocznicą i nie zależą, jak podkreśla ostatnio np. Naegeli, zupełnie od czynników nerwowych. Stanowi one zapewne wyraz niedokrwienia mózgu wskutek wzmózonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, któremu towarzyszyć może stan obrzęku mózgowia, nie zawsze nawet dający się uchwycić na sekcji. Z tego względu stosowniejszą wydaje się być nazwa, proponowana dla tych stanów przez amerykańskich autorów (Fischberg i inni), którzy łączą je z nadciśnieniem i nazywają „encephalopathia hypertensiva“. Z tego też punktu widzenia w leczeniu tych stanów na pierwszym planie umieszczone być winny zabiegi i środki, zmierzające do zmniejszenia ciśnie-

nia wewnątrzczaszkowego i do rozluźnienia naczyń, oraz środki przeciwkurczowe, a więc zastrzykiwania dożylnie wysokoprocen-
towej glukozy, siarczanu magnezu, domięśniowo — aceholiny,
papaweryny. Naskłucie łądźwiowe często przynosi wybitną po-
prawę — przynajmniej w tych przypadkach, w których czynnik
obrzęku mózgowia i wzmocnienia ciśnienia wewnątrzczaszkowego
odgrywać się zdają rolę, — i dieta głodowa — tak, jak to u na-
szej chorej było stosowane. Natomiast nasuwają się wątpliwości,
czy upusty krwi masywne są tu wskazane, gdyż mogą one po-
gorszyć jeszcze warunki ukrwienia mózgu i wywołać pogłębie-
nie objawów nieprzytomności, a nawet przyspieszyć zgon, jak
mieliśmy możność już spostrzegać. Natomiast małe upusty krwi
— po 100—150 cm³ — wydają się w tych przypadkach nie mieć
przeciwskazań, aczkolwiek b. mało jeszcze wiemy o intymnym
mechanizmie wpływu ich na krążenie i układ naczyniowo-ser-
cowy.

Kol. Jochweds uważa, że drgawki w tej chorobie zależą
zarówno od anemizacji, jak i obrzęku mózgu. Kol. Mackie-
wicz: Mechanizm drgawkowy w przebiegu schorzeń przewlek-
łych nerek nie jest wyjaśniony. Musimy przypuścić, że istnieje
wrodzona skłonność do drgawek, co właśnie miało miejsce u
omawianej chorej (w wywiadach *eclampsia*), oraz uszkodzenie
toksyczne bariery krwiomózgowej. Z punktu widzenia neuro-
logicznego należy używać nazwy *encephalopathia toxæmica*, na-
tomiast określenie mocznica wrzekoma (*pseudouræmia*) należy
zatrzymać wyłącznie dla zespołu naczyniowo-mózgowego bez
wszelkich elementów schorzenia nerek. Kol. Szour: Nie należy
odrzucać dawnych metod leczniczych w drgawkach pseudoure-
micznych. Kol. Kosman podkreśla, że przypadek jest b. po-
uczający z punktu widzenia kurczu naczyniowego, że MgSO₄ nie
powinien być stosowany w zespołach retencyjnych. Kol. Higier,
że w białej substancji mózgu jest znacznie więcej subst.
koloidalnej skłonnej do obrzęków, aniżeli w subst. korowej.
Trudno natomiast stwierdzić pożyteczność upustów krwi.

Ad 5. J. Penso i H. Rajbenbach: Przypadek cho-
roby Addisona.

Przedstawiono przypadek choroby Addisona u 30-let-
niego mężczyzny. W obrazie klinicznym górowały objawy astenii
i postępującej adynamii obok nieznacznych objawów barwni-
kowych. Na uwagę zasługuje normalny poziom glikemii oraz
paradoksalne oddziaływanie na insulinę (8 jednostek na czczo)
w sensie braku nadwrażliwości na nią. W zespole serologicznym
wyraźnie występowała hiperkalcemia i hiperazotemia. Próba
Harropa wypadła wybitnie dodatnio. Chory był leczony du-
żymi dawkami soli kuchennej doustnie i dożylnie, poza tym przez
szereg tygodni otrzymywał domięśniowo wstrzykiwania wyciągu
kory nadnerczy (Kortyna-Organon) od 5 do 10 cm³ dziennie.
Po przemijającej poprawie wystąpiło pogorszenie w związku
z zapaleniem prawego jądra. Pomimo dalszego leczenia i po-
większenia dawki cortiny chory zmarł. W ostatnim tygodniu
życia wykazywał objawy ostrej psychozy.

Kol. Szour: W tej chorobie są głębokie zaburzenia we
wszystkich czynnościach organizmu. Proponuje podawać dużo
Na, witaminy C, B, hormony męskie. Kol. Sztajnberg:
Porusza moment braku hiperpotasemii w dwóch przypadkach
choroby Addisona, obserwowanych w oddziale. Kol. Landsberg:
Cortina nie pomaga w wielu przypadkach dlatego, że
prawdopodobnie podaje się jej mało.

Kol. Płoński: stwierdził drobne mikroskopowe ogni-
ska chorobowe w nadnerczach w przypadkach, wspomnianych
przez Kol. Sztajnera. W przerzutach rakowych do nadnerczy
nie stwierdza się Addisona. Kol. Jochweds: Mogą być
zmiany barwnikowe bez innych objawów chorobowych. Stoso-
wanie chloru w gruźlicy z jednoczesnym Addisonem może
pogorszyć sprawę, bo temperatura podnosi się. Kol. Guzman:
Może być gwałtowny spadek przemiany podstawowej przy jed-
noczesnym chudnięciu. Witamina C nie ochrania części korowej
nadnerczy.

Poza tym w dyskusji wzięli udział Kol. Kol. Trybel,
Goldkorn, Hochgelernter i Lewinson.

Ad 6. Z powodu późnej pory przeniesiono na następne po-
siedzenie.

267 posiedzenie z dnia 22. listopada 1938 r.

Porządek dzienny:

- 1) Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia.
- 2) Komunikaty Zarządu i Komisji naukowej.
- 3) Bergenbaum Ch., Brynberg B. i Berman R.:
O wzajemnym stosunku suchot płuc i dychawicy oskrzelowej.
- 4) Tausk M. (docent endokrynologii Uniwers. w Utrech-
cie): *Fortschritte der Hormonforschung vom Standpunkt des
praktischen Arztes.*

Ad 1. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przy-
jęto.

Ad 2. Zarząd i Komisja naukowa komunikatów nie zgło-
siły.

Ad 3. Koledzy Bergenbaum Ch., Brynberg B.
i Berman R. wygłosili referat o wzajemnym stosunku
suchot płuc i dychawicy oskrzelowej.

Ad 4. Referent w barwnych i żywych słowach, ilustrowa-
nych licznymi tablicami, omówił najnowsze postępy i zastoso-
wanie preparatów w chorobach niedomogi tarczycy, otyłości, cho-
robie Addisona i wreszcie o wzajemnym stosunku hormonów
męskich i żeńskich. Po czym odpowiadała na pytania, skierowa-
ne doń przez Kol. Kol. Wilnera, Sterna, Goldkorna, Pe-
kielisa, Karbowskiego, Werksztela i Bergen-
bauma.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Zwickau z
dnia 10 maja 1938 r. (Med. Klin. Nr 51/1938) pokazywał H. Eck
trzy przypadki *późnej śmierci po urazach mózgowych*. Pierwszy
dotyczył młodego człowieka, zresztą zupełnie zdrowego, który
zmarł w 4 tygodnie po urazie czaszki. Był to przypadek praw-
dziwej urazowej późnej apopleksji. W drugim przypadku miało
się do czynienia z urazową torbielą mózgową, powstałą wskutek
postrzału czaszki podczas wojny, która po upływie 20 lat prze-
biła się do jednej z komór bocznych i spowodowała śmierć wśród
objawów udaru mózgowego. Trzeci przypadek dotyczył zranie-
nia mózgu po wypadku komunikacyjnym; chorego wypisano bez
żadnych wątpliwości do domu, jednak po kilku tygodniach mu-
siano go przyjąć z powrotem do szpitala, gdzie w 3 miesiące po
wypadku zmarł wśród objawów wzmoczonego ciśnienia śród-
czaszkowego i zapalenia opon mózgowych. Badanie pośmiertne
wykazało ropień płata czołowego mózgu, który przebił do ko-
mory bocznej.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Zwickau z dnia
10 maja 1938 r. (Med. Klin. Nr 51/1938) mówił Unger o roz-
poznawaniu *groźącego zatoru płucnego*. Dla możliwości posta-
wienia w porę rozpoznania groźącego zatoru płucnego ważne są
następujące trzy momenty: 1) punkt wyjścia śmiertelnego za-
toru płucnego stanowią żyła biodrowa i udowa, i już wśród zu-
pełnie dobrego samopoczucia może krążyć w drogach krwio-
nośnych długi zator; 2) obserwacja i ocena najdrobniejszych
nawet objawów ogólnych, jak: omdlenie, przelotna zapaść, da-
lej uczucie ściskania w klatce piersiowej i zmniejszania się po-
jemności oddechowej, nieznaczne kłucie przy oddychaniu itd.,
stanowi dla nas bardzo cenny dowód, gdyż poza tymi niecharak-
terystycznymi objawami ogólnymi często kryje się ostrzegający
poprzedzający drobny zator; 3) najistotniejszym dowodem jest
bardzo staranna obserwacja stanu krążenia, odzwierciedlającego
się w zachowaniu się tętna. Prelegent podaje opis 4 przypad-
ków, w których na podstawie tych danych usunięto z żyły
biodrowej i udowej duże zakrzepy i w ten sposób zapobieżono
zapewne śmiertelnemu zatorowi.

Przegląd terapeutyczny

Z oddziału III chorób wewnętrznych Szpitala na Czystem.
(Ordynator: Dr B. Jochweds).

O wartości terapeutycznej leków wapniowo-bromowych.

Podał

J. RATNER (Warszawa).

Sprawa jednoczesnego leczenia połączeniami bro-
mowo-wapniowymi znalazła wielokrotnie oddźwięk w
piśmiennictwie lekarskim lat ostatnich. Znaczna liczba

prac, oświatlających wszechstronnie cele i zasady sto-
sowania tych związków, świadczy już sama przez się
o dużym zainteresowaniu świata lekarskiego tym no-
wym czynnikiem w lecznictwie. W niniejszym przyczyn-
ku pragniemy uwypuklić synergetyczne działanie wap-
nia i bromu na tle poszczególnych zespołów chorobow-
ych.

Podkreślić należy — co nie jest rzeczą powszechnie
znaną, — iż wapń wywiera wybitnie uspokajający

wpływ na pień mózgowia. Ciekawe jest pod tym względem doświadczenie Demolea¹⁾, który przez wstrzyknięcie niewielkich ilości chlorku wapnia do ściany trzeciej komory w obrębie lejka wywołał u zwierzęcia sen! Spostrzeżenia te potwierdzili Cloëtt i Fischer²⁾, którym udało się nawet wykazać, że już podczas snu normalnego, a więc w warunkach fizjologicznych, wzmagają się stężenie wapnia w okolicy lejka.

Natomiast brom, jak wynika z badań Picka, należy do środków, które działają przede wszystkim na korę mózgową, zmniejszając jej wzmoczoną pobudliwość. Nie wyłącza to jednak działania i na pień mózgowia, gdyż, jak wykazał Januschke, uspokajający wpływ bromu na ośrodek wymiotny i naczynioruchowy jest niezaprzeczalny.

Nakreślone wyżej uzupełniające się wzajemnie działanie wapnia i bromu w zakresie ośrodkowego układu nerwowego wyjaśnia świetne częstokroć wyniki, uzyskane czy to w organicznych, czy to w czynnościowych cierpieniach układu nerwowego. Z nowszych w tej dziedzinie spostrzeżeń zasługują na podkreślenie pomyślnie wyniki, otrzymane przez Scheida³⁾ w padaczkę, przez Duensinga i Meyera⁴⁾ w napadowych kurczach nastawienia gałek ocznych (Blickkrämpfe) w przebiegu śpiączkowego zapalenia mózgu.

Doświadczenie kliniczne poucza, że brom działa pomyślnie w rozmaitych nerwicach wegetatywnych lub też w cierpieniach, w których nerwica jest jednym ze składników schorzenia. Istnieje wszak wiele cierpień, które obok tła anatomicznego, organicznego wykazują objawy czynnościowej nerwicy ogólnej albo też umiejscowionej, narządowej. Znanie jest więc np. pomyślnie działanie bromu w nieżytych okrężnicy, w dyskinezach woreczka żółciowego, w przewlekłym wrzodzie żołądka i dwunastnicy, w kurczach odźwiernika i wpustu, w nadczynności tarczycy, w samoistnym nadciśnieniu tętniczym oraz w tak licznych w praktyce codziennej przypadkach nerwic sercowych.

Znacznie jednak wydatniejszy uzyskujemy wynik leczniczy, łącząc w powyższych przypadkach brom z wapniem. A więc np. w nieżytych okrężnicy brom usuwa czynniki psychiczne i odruchowe, wapń natomiast — ze względu na swe właściwości przeciwzapalne — działa bezpośrednio na organiczne tło schorzenia. Skutek dwóch składników, podanych jednocześnie, będzie bezsprzecznie większy, niż każdego z nich z osobna.

Na szczególną uwagę zasługuje skuteczność połączeń bromowo-wapniowych w nadciśnieniu samoistnym. Obniżenie ciśnienia pod wpływem tych leków spostrzegali Chrometzka⁶⁾, Jagić i Flaum⁷⁾, a ostatnio potwierdził w swym doniesieniu Klatzschko⁸⁾.

A już klasycznym przykładem uzupełniającego się wzajemnie działania bromu i wapnia są cierpienia alergiczne. Jeżeli weźmiemy jako przedstawiciela tej grupy schorzeń dychawicę oskrzelową, to przekonamy się, iż mimo odmiennych torów i różnych punktów uchwytu brom i wapń wspomagają się wzajemnie i w łącznym działaniu dają spotęgowany efekt leczniczy. Istotnymi zaburzeniami w dychawicy oskrzelowej są: wzmoczone napięcie nerwu błędnego, kurcze mięśniówki oskrzeli, wzmoczone wytwarzanie śluzu w gruczołach śluzowych oskrzeli, zaburzenie równowagi jonów w sensie podwyższenia stosunku potasu do wapnia (K:Ca), alkalozja i eozynofilia. Z wymienionych elementów zakłócenia równowagi jednym z ważniejszych jest zmniejszenie stężenia jonów wapnia, gdyż zmniejsza ono zdolność reagowania na leki wegetatywne (Rothlin⁹⁾,

powoduje zaburzenia w układzie nerwowym roślinnym i ośrodkowym, zwiększenie przepuszczalności naczyń itd. Stąd jasne wskazanie do stosowania wapnia, który zmniejsza napięcie nerwu błędnego, pobudza zakończenia nerwów współczulnych, usuwając skłonności kurczowe mięśniówki oskrzeli oraz zmniejsza wydzielinę oskrzeli dzięki zagęszczeniu i uszczelnieniu zarodki komórkowej. Czy jednak sam wapń wystarczy do opanowania wszystkich tych zaburzeń?

Jeżeli uwzględnimy stany podniecenia psychicznego, wywołujące niejednokrotnie napady dychawicy oskrzelowej, a niekiedy określone momenty psychiczne — np. przykra rozmowa — stale prowokujące napady, jak gdyby odruchy warunkowe — stanie się jasne, iż zastosowanie bromu, który zmniejsza wrażliwość ośrodkowego układu nerwowego, w znacznym stopniu spotęguje działanie wapnia.

Większy stopień nasycenia bromem ustroju i stopniowe zastąpienie nim chloru w tkankach możliwe są tylko przy podawaniu go przez czas dłuższy. Jednak, zwłaszcza u osobników wrażliwych na brom, spowodować to może przewlekłe zatrucie, którego najczęstszym i najwyraźniejszym objawem jest trądzik bromowy. W tym przypadku dodany wapń uszczelnia struktury komórkowe i działa przeciwzapalnie, zwalczając wystąpienie trądzika, jako też całego szeregu innych objawów bromicy, jak np. kataru nosa, wykwitów skórnych itd. Mniej, niż działanie przeciwbromicowe wapnia, znane jest spostrzeżenie Duensinga i Meyera⁴⁾ oraz Steinmanna⁵⁾, iż połączenia bromowo-wapniowe, podawane systematycznie, wzmagają tolerancję na atropinę i usuwają objawy nadwrażliwości na ten alkaloid, co jest szczególnie ważne w tych przypadkach, kiedy zachodzi konieczność stosowania atropiny lub jej przetworów przez czas dłuższy lub w dużych dawkach, np. we wrzodzie żołądka i dwunastnicy, w stanach parkinsonoidalnych.

Celowość łączenia naporstnicy z wapniem podkreślali już dawno liczni klinicyści (Ringer); stężenie jonów wapnia we krwi stanowi o działaniu lub bezskuteczności zastosowanej naporstnicy: bez jonów wapnia w sercu naporstnica w ogóle nie działa (Nathorff¹⁰⁾). Ciekawe jest pod tym względem całkiem świeżej daty spostrzeżenie Klatzschki⁸⁾: w licznych przypadkach niedomogi serca, leczonych dożylnymi wstrzykiwaniami połączenia bromo-wapniowego wraz z naporstnicą lub strofantyną, uzyskał on szybsze i bardziej wydatne działanie leków grupy naporstnicowej. W przypadku rozedmy ze stanami bronchospastycznymi, nadciśnieniem i objawami dławicy piersiowej, bezskutecznie dotąd leczonym najrozmaitszymi środkami, nie wyłączając strofantyny dożylnie, udało się temu autorowi uzyskać znakomitą poprawę przez zastosowanie połączenia bromo-wapniowego razem ze strofantyną.

W poszukiwaniu odpowiedniego preparatu krajowego, łączącego brom i wapń i nadającego się do stosowania nie tylko doustnego, ale również pozajelitowego (dożylnego, domięśniowego), zatrzymaliśmy się nad nowym przetworem bromo-wapniowym „Calcisedolem“.

Chemicznie biorąc, jest to bromo-glukoheptonian wapnia o wzorze $\text{CH}_2\text{OH} \cdot (\text{CHOH})_5\text{COO} - \text{Ca} - \text{Br}$, zawierający 24,07% Br i 11,95% Ca. Wypuszczany jest jako roztwór 10%.

Stosowaliśmy Calcisedol w 36 przypadkach, na które składały się 4 przypadki dychawicy oskrzelowej, 3 — pokrzywki, 10 — wrzodu żołądka lub dwunastnicy, 3 — kamicy żółciowej, 5 — nadciśnienia samoistnego,

11 — nerwic sercowych, a poza tym stosowaliśmy ten przetwórz w licznych przypadkach biegunek gruźliczych.

Wyniki lecznicze.

Wyniki nasze zestawiliśmy w następującej tabelce:

Schorzenie	Wyniki dobre	Wyniki dostateczne	Bez wyniku
Dychawica oskrzelowa	—	3	1
Pokrzywka	1	2	—
Wrzód żołądka i dwunastnicy	6	4	—
Kamica żółciowa	1	2	—
Nadciśnienie samoistne	2	3	—
Nerwice sercowe	6	5	—

Przechodząc do bardziej szczegółowego omówienia wyników, musimy zaznaczyć, że w dychawicy oskrzelowej otrzymywaliśmy wyniki niestałe. Na ogół przypadki zastarzałe i wykazujące domieszkę zakażenia oskrzelowego, zachowywały się bardziej opornie, aniżeli przypadki świeże. Jednak i w tych najcięższych przypadkach udawało się nieraz uzyskać czasową poprawę.

Przypadek 1. Chory M. C. lat 40, krawiec. *Asthma bronchiale*. Choruje od 10 lat, miewa bardzo ciężkie napady duszności, występujące przeważnie nocą. Uczulenie alergiczne prawdopodobnie wielorakie, ponieważ duszność występuje zarówno pod wpływem zapachów ze smażenia, jak i przy pracy (materiały krawieckie), zarówno w domu, jak i w szpitalu. Adrenalina przynosi, co prawda, natychmiastową ulgę, jednak poza adrenaliną nie działa ani efetonina, ani jod z chlorałem, ani naświetlanie wnek promieniami Roentgena. U chorego tego zaczęliśmy stosować Calcisedol w następującym dawkowaniu: w ciągu 3 dni po 30 cm³ 10% roztworu co dzień dożylnie; w ciągu następnym 3 dni po 30 cm³ dożylnie i 2 razy dziennie po 20 cm³ domięśniowo (łącznie 70 cm³ dziennie!). Czwartego dnia takiego leczenia chory odczuł wyraźną poprawę; napadu w nocy nie miał, w dzień — duszność bardzo nieznaczna (dwa tygodnie obserwacji).

Co się tyczy przypadków z wrzodami trawiennymi żołądka lub dwunastnicy, to dobieraliśmy na ogół takie przypadki, które na leczenie alkaliem reagowały dość opornie, i w których bóle i wymioty utrzymywały się uporczywie. Wyniki otrzymane w tej grupie przypadków były dość pomyślne i trwałe.

Przypadek 2. Chory J. M. lat 27. Wrzód trawienny żołądka. Chory od dwóch lat; od trzech tygodni odczuwa silny ból w okolicy nadbrzusza, zwłaszcza po stronie lewej. Bóle te potęgują się po jedzeniu i trwają kilka godzin. Chory otrzymywał mieszkankę alkaliczną, ulcerynę domięśniowo i atropinę podskórnie. W ciągu okresu dwutygodniowego nie osiągnięto żadnej poprawy; dolegliwości chorego utrzymywały się w dalszym ciągu. Podano 10 cm³ Calcisedolu dożylnie pierwszego dnia, następnego 20 cm³ i tę ostatnią dawkę powtórzono jeszcze trzykrotnie. Już pierwszego dnia chory poczuł znaczną ulgę, a dnia następnego znikły wszystkie dolegliwości. Ten stan bezbólowy utrzymał się przez cały czas pobytu chorego w szpitalu, tj. 2 tygodnie. Łaknienie zaczęło się poprawiać; waga ciała, która przez pierwsze dwa tygodnie trzymała się na jednakowym poziomie, podniosła się w ciągu pierwszego tygodnia leczenia Calcisedolem o 1,5 kg.

Poniżej podajemy jeszcze cztery przypadki, aby zilustrować pomyślne działanie Calcisedolu.

Przypadek 3 Chory B. A. lat 47, szewc. *Dyskineses vesicae felleae*. Od kilku tygodni miewa napady bólów w prawym

podżebrzu; niekiedy bóle te promieniują na przestrzał do pleców i do prawej łopatki niezależnie od przyjmowania pokarmów. Lecznictwo stosowano ciepłe okłady, urotropinę dożylnie, belladonnę oraz atropinę podskórnie. Małe dawki atropiny nie odnosiły żadnego skutku; większe dawki atropiny przynosiły wprawdzie pewną ulgę, jednakże powodowały przykre uczucie suchości języka. Calcisedol zastosowaliśmy u tego chorego w następującym dawkowaniu: po 20 cm³ 10% roztworu dożylnie. Od pierwszego już dnia chory poczuł się lepiej, poprawa stawała się z każdym dniem wyraźniejsza, i w końcu bóle ustąpiły prawie zupełnie.

Przypadek 4. Chory J. R. lat 57. *Ventriculus trilocularis* (przewężenie bliznowate; tło niewyjaśnione); *cardiospasmus*. Chory uskarża się na uczucie zalegania pokarmów za mostkiem. Rozpoczęliśmy codzienne systematyczne stosowanie Calcisedolu w postaci dożylnych wstrzykiwań 10% roztworu po 10 cm³. Trzeciego dnia choroby podał, że pokarmy schodzą znacznie łatwiej; po dalszych czterech dniach chory wypisał się z poprawą.

Przypadek 5. Chory H. C. lat 26. Potwierdzony rentgenologicznie wrzód dwunastnicy z dużą niszą. Po przeprowadzeniu kuracji szpitalnej wypisał się ze znaczną poprawą, bez skarg. Przez siedem lat nie miał żadnej dolegliwości, wszystko jadł, nie przestrzegając żadnej diety. Od kilku tygodni odczuwa ponownie pełność, palenie, kwaśne odbijania, a przede wszystkim gwałtowne bóle w dołku, promieniujące na przestrzał pomiędzy łopatki. Poza zwykłą w tych przypadkach kuracją zastosowaliśmy codzienne wstrzykiwania dożylnie w 10 cm³ Calcisedolu wraz z 1 mg *atropini sulf.* Piątego dnia bóle ustąpiły; kontynuowaliśmy leczenie nadal. Wobec ponownego wystąpienia bólów 14-go dnia leczenia w związku z błędem dietetycznym, podwoiliśmy dawkę Calcisedolu, po czym bóle ustąpiły w ciągu następnym dwóch dni. Razem otrzymał pacjent 20 wstrzyknięć Calcisedolu z atropiną; znosił je zawsze dobrze, skarżył się tylko na krótkotrwałe zresztą uczucie suchości w ustach.

Przypadek 6. Chora P. K. lat 40. Nadciśnienie samoistne. Tętnnicze ciśnienie krwi utrzymuje się na poziomie 185/115 (półroczna obserwacja). Chora miewa dość często uczucie pokłuwania i ucisku w okolicy serca. Ekg: sinistrogramma bez oznak uszkodzenia mięśnia sercowego. Zaczęliśmy stosować Calcisedol-granulki doustnie, 3 razy dziennie po 1 łyżeczce stołowej; poza tym żadnego innego leczenia uspokajającego nie stosowaliśmy. Po upływie dwóch tygodni ciśnienie krwi opadło do 165/105, kłucie w okolicy serca ustąpiło zupełnie. Zdajemy sobie sprawę, że stan chorej — jak to często bywa w podobnych przypadkach — mógł się poprawić samoistnie, i że ocena skuteczności Calcisedolu pozostaje w tym przypadku dość subiektywna. Należy jednak wziąć pod uwagę, że pomimo poprzedniego półrocznego leczenia środkami uspokajającymi i rozszerzającymi naczynia nie uzyskano żadnej poprawy.

O m ó w i e n i e.

U 35 chorych stosowaliśmy Calcisedol doustnie, domięśniowo i dożylnie. Doustnie podawaliśmy ten przetwórz w postaci ziarenek 3 razy dziennie po 1 — 2 łyżek stołowych. Był on przez chorych dobrze znoszony i nie powodował zaparcia stolca ani innych zaburzeń trawiennych. Domięśniowo wstrzykiwaliśmy najczęściej 10 cm³ 10% roztworu jednorazowo, nie wywołując żadnych nacieków, ani bolesności. Wstrzykiwania dożylnie wywoływały niezbyt znaczne uczucie ciepła, aczkolwiek podawaliśmy je niejednokrotnie do 30 cm³ jednorazowo.

Czas trwania leczenia Calcisedolem wahał się — zależnie od rodzaju cierpienia — od 3 dni do 3 tygodni.

W większości przypadków otrzymywaliśmy wyniki pomyślne. Godne podkreślenia jest działanie wybitnie

przeciwbólowe, jakie mieliśmy sposobność stwierdzać zarówno w cierpieniach o podłożu anatomicznym (wrzód żołądka lub nieżyt okrężnicy), jako też w schorzeniach o charakterze raczej czynnościowym, np. *dyskynesis vesicae felleae*. Dobre wyniki otrzymywaliśmy również w nadciśnieniu samoistnym i w nerwicach serca, polegających na uczuciu kołatania, kłujących bólach albo ucisku w okolicy serca.

W cierpieniach alergicznych (dychawica oskrzelowa, pokrzywka) skuteczność Calcisedolu była na naszym materiale mniejsza, a uzyskiwana poprawa mniej wybitna, co zależało niewątpliwie od tego, że większość przypadków naszych należała do zastarzałych, wyjątkowo ciężkich i opornych na najbardziej energiczne leczenie. Natomiast w przypadkach średnio ciężkich i lżejszych występowała wyraźna poprawa.

Reasumując, możemy stwierdzić zarówno na podstawie założeń teoretycznych, jako też w świetle doświadczeń i obserwacji klinicznych, że Calcisedol wy-

pełnia lukę w leczeniu bromo-wapniowym. W przeciwstawieniu do stosowanego powszechnie bromku wapnia (CaBr_2) daje się on stosować również domięśniowo, dzięki czemu możliwe jest stosowanie tego leku w szerszym zakresie. Calcisedol stanowi środek godny polecenia w dziedzinie schorzeń, wymagających równoczesnego stosowania bromu i wapnia, a poza tym jest on cennym lekiem, uzupełniającym i wzmacniającym działanie innych leków, jak np. naparstnicy, strofantyny, atropiny i innych.

PIŚMIENNICTWO.

1. Demol: Arch. f. exper. Path. 120; 229.
2. Cloëtta u. Fischer: Arch. f. exper. Path. 158; 174.
3. Scheid: Fortschr. Therap. 11, 222, 1935.
4. Duensing u. Meyer: Ztschr. f. die ges. Neur. u. Psych. B. 162, H. 1—2, 1938.
5. Steinman: Fortschr. Ther. 1936, H. 1, p. 39.
6. Chrometzka u. Kuhl. Münch. med. Wschr. 41, 1650.
7. Jagić u. Flaum. Ther. d. Herzkr. 2. Ausg. (1937).
8. Klatschko. Harefuah, 14, 177, 1938 (Nr 4).
9. Rotlin. Amer. J. Physiol. 90, 501, 1929.
10. Nathorff. Ther. d. Geg. 1924 X.

O d c i n e k

Wrażenia z pobytu w klinikach i szpitalach we Włoszech. *)

Podał

Dr med. Herman DATYNER (Warszawa).

Podczas ostatniej podróży naukowej do Włoch pożyłem zamiar zwiedzenia specjalnie oddziałów chirurgicznych i urologicznych w klinikach i szpitalach włoskich oraz zobaczenia ewentualnie czegoś „nowego“ w Italii. Muszę zaznaczyć, że, zwiedzając już dawniej kilkakrotnie z okazji zjazdów międzynarodowych lekarskich szpitale we Włoszech, za każdym razem stwierdzałem stały postęp we wszystkich w ogóle gałęziach wiedzy lekarskiej. Wrażenia moje obecne potwierdziły w pełni dawne spostrzeżenia. Nastąpił tam duży rozwój we wszystkich działach medycyny. Niezależnie od rozszerzonych i powiększonych starych oddziałów szpitalnych i klinik powstały w okresie ostatnich pięciu lat nowe szpitale i instytuty, na które Włosi spoglądają z dumą.

Pierwsze miejsce wśród nich zajmuje słynny już dzisiaj na całą Europę Instytut im. Carlo Forlaniniego w Rzymie do walki z gruźlicą. Instytut ten powstał w 1933 r., i koszty budowy wyniosły 60 milionów lirów. Kapitał ten dały częściowo tzw. „Narodowy Faszystowski Instytut Opieki Społecznej“ oraz Konfederacja Przemysłu. Instytut zajmuje przestrzeń 28 ha (połowa obszaru Watykanu). W Instytucie tym, zbudowanym na krańcach miasta, na wzgórzu Monteverde, znalazło pomieszczenie około 1500 chorych na gruźlicę. Jest to labirynt pierwszorzędnie urządzonych budynków i pawilonów dla chorych wewnętrznych (960 łóżek), laryngologicznych, ortopedycznych, chirurgicznych itd. Pawilony wzniesiono kilkupiętrowe zamiast rozległych jednopiętrowych budynków, ponieważ komunikacja pozioma jest bardzo męcząca, podczas gdy połączenia między piętrami ułatwiono za pomocą całego szeregu wind. Cały Instytut zbudowano w ten sposób, że można go podzielić na dwie symetryczne części: lewą połowę — część kobiecą i prawą — męską. Kliniki wewnętrzne i chirurgiczne, liczące razem 150 łóżek

mieszczą się w oddzielnym pawilonie (dla kobiet po stronie lewej, dla mężczyzn po stronie prawej).

Połączone wielkim korytarzem, wznoszą się na skrzydłach Instytutu budynki według specjalności, mianowicie: po stronie lewej mieści się na parterze i pierwszym piętrze oddział ortopedyczny (50 łóżek), a po stronie prawej mieści się na parterze oddział dla dzieci, obejmujący 54 łóżka, oraz na pierwszym piętrze oddział laryngologiczny. Na trzecim i czwartym piętrze urządzono, dzięki inicjatywie Narodowego Faszystowskiego Instytutu Opieki Społecznej, oddział na 40 łóżek, przeznaczony specjalnie dla chorych lekarzy. W pięknie urządzonych pokojach dla chorych znajduje się najwyżej 6 łóżek. Instytut posiada olbrzymie tarasy dla chorych, ogromne dwie sale jadalne, mogące pomieścić około 900 osób, poza tym salę teatralną i koncertową na 800 osób, w której występują najslawniejsi artyści i śpiewacy dla uprzyjemnienia czasu chorym. Instytut posiada ogromną kuchnię centralną, pralnię oraz środki komunikacyjne — wózki, poruszane siłą elektryczną, które za pomocą specjalnych urządzeń służą do przewożenia chorych, lekarstw i potraw. Instytut posiada aulę — audytorium na 300 osób, gdzie odbywają się kilka razy tygodniowo wykłady obowiązkowe dla studentów medycyny oraz kursy dla lekarzy. W Instytucie czynne są 4 laboratoria: histologiczne, bakteriologiczne, chemiczne i serologiczne. Przy każdym z tych laboratoriów mieszczą się dwa małe, przeznaczone specjalnie dla celów naukowych, dla lekarzy Włochów i cudzoziemców, którzy tu w dużej liczbie z różnych krańców świata przyjeżdżają w celu specjalizacji w dziedzinie fizjologii. Instytut posiada pokoiki dla zwierząt, laboratorium fizjopatologii doświadczalnej, dwie sale chirurgiczne dla operacji na zwierzętach. W Instytucie znajduje się duży oddział radiologiczny, poza tym posiada on aptekę, gabinet dentystyczny oraz specjalnie urządzone pomieszczenia dla dokonywania różnych zabiegów, jak odma sztuczna itd. Przy wejściu do Instytutu wznoszą się dwa duże pawilony: w jednym mieści się ambulatorium kliniczne, tzw. centrum diagnostyczne oraz terapeutyczne; w drugim zaś mieszczą się biura administracyjne oraz mieszkania dla urzędników i lekarzy. Ruch chorych w Instytucie jest duży. W przeciągu 5 lat przebywało w Instytucie przeszło sześć tysięcy pacjentów. Wykonano w tym okresie między innymi 20

*) Odczyt wygłoszony w Towarzystwie Chirurgicznym Warszawskim oraz na posiedzeniu naukowym Zrzeszenia Lekarzy Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie.

tysięcy radiografii, 400 autopsji oraz stosowano u 2.000 chorych odnę sztuczną. Co się tyczy personelu lekarskiego, to w okresie powyższym pracowało w nim 1.170 lekarzy, a 285 po napisaniu pracy naukowej otrzymało tytuł specjalistów ftizjologów; poza tym z Instytutu wyszło za ten okres czasu 256 prac naukowych 30-tu autorów. Obecnie zatrudnionych jest w Instytucie 60-ciu lekarzy. Dyrektorem Instytutu i właściwym jego inicjatorem jest profesor *M o r e l l i*, który położył osobiście duże zasługi przy powstaniu tego gmachu i czuwa gorliwie nad jego dalszym rozwojem.

Przodujące miejsce wśród problemów, nurtujących w umysłach lekarskich we Włoszech, jak, zresztą, wszędzie na świecie, zajmuje również sprawa walki z rakiem. Kierownictwo kampanii przeciwrakowej w Italii spoczywa w rękach tzw. „Ligi Włoskiej dla Walki z Nowotworami Złośliwymi“, nad którą protektorat objęła Królowa włoska. Liga posiada członków zwyczajnych, ofiarodawców oraz fundatorów. Siedziba Ligi znajduje się w Rzymie, a w innych miastach stworzone zostały tzw. Centry do Walki z Rakiem. Italia posiada w chwili obecnej 26 Centrów prowincjonalnych: 16 z nich jest autonomicznych i popierane są przez szpitale i kliniki uniwersyteckie, a 10-cioma zarządza Liga. Dzięki wysiłkom Ligi powstały we Włoszech dwa olbrzymie instytuty do walki z nowotworami złośliwymi: Instytut im. Królowej Heleny w Rzymie oraz Instytut im. Króla Wiktora Emanuela w Mediolanie. Każdy instytut posiada sekcję kliniczną i naukową. Instytuty te mają administrację autonomiczną i utrzymują się z kapitałów własnych, ofiar prywatnych i subsydiów państwowych. W każdym instytucie czynne jest ambulatorium dla przychodzących chorych, gdzie każdy otrzymuje poradę bezpłatną, a z bezpłatnych badań laboratoryjnych i rentgenowskich korzystają tylko niezamożni. Oba instytuty wyposażone są w nowoczesne urządzenia laboratoryjne i szpitalne oraz posiadają aparaturę rentgenowską do terapii głębokiej nowotworów, przedstawiającą ostatnie słowo wiedzy i techniki. W Mediolanie czynnych jest 5 aparatów o sile 200 kw. każdy, a Instytut Rzymski posiada 2 aparaty o sile 180 kw. każdy. Instytuty te posiadają poza tym biblioteki, muzea anatomo-patologiczne, sale sekcyjne, audytoria dla wykładów i odczytów oraz oddziały dla badań doświadczalnych u zwierząt itd. Dyrektorem Instytutu w Rzymie oraz jednocześnie prezesem Ligi jest słynny chirurg włoski profesor *B a s t i a n e l l i*, a Instytutem w Mediolanie kieruje profesor *R o n d o n i*.

Ilość radu, znajdującego się we Włoszech, wynosi około 14 gramów; z liczby tej Instytut w Mediolanie posiada 1½ grama, a w Rzymie około 2-ch gramów. Reszta radu podzielona została na użytek innych miast. Liczba łóżek dla chorych w Instytucie Mediolańskim wynosi 200, a Instytut w Rzymie posiada 130 łóżek. W tzw. Centrach w innych miastach znajdują się również oddziały z łózkami: w Genui, na przykład, znajduje się 30 łóżek dla chorych rakowatych, w Katanii — 37, w Turynie — 73 itd. W ogóle wszystkie kliniki chirurgiczne, ginekologiczne oraz instytuty fizjoterapeutyczne we Włoszech starają się pomóc Lidze w jej ani na chwilę nieustającej walce z rakiem i spełniają swoją rolę należycie. Liga wydaje miesięczne biuletyny ze sprawozdaniami z działalności oddziałów i Instytutów, zawierające również prace naukowe współpracowników.

Poza opisanymi powyżej Instytutami duże wrażenie wywiera na zwiedzającym Instytut Radiolo-

giczny powstały w 1936 r. kosztem 3 milionów li-rów na terenie klinik uniwersyteckich w Rzymie („Ospedale Policlinico Umberto I“). Obsługuje on oprócz klinik także wszystkie oddziały szpitalne, znajdujące się na tym terenie. Dyrektorem Instytutu jest prof. *B u s i*, mający do pomocy 11 asystentów i 35 wolontariuszów oraz liczny personel techniczny. Z pokazanej liczby pracowników widzimy od razu, że zakres pracy jest ogromny, i że Instytut zakrojony jest na wielką skalę. Składa się on z części podziemnej, parteru oraz 3-ch pięter i zajmuje powierzchnię 1000 m². W podziemiach znajdują się wszystkie ważniejsze urządzenia: centrala termiczna, kabina transformatorów, urządzenia automatyczne dla różnych instalacji elektrycznych Instytutu, dynamo do wytwarzania prądu stałego, archiwum radiograficzne, oddział fotograficzny, poza tym stare aparaty, wycofane z użytku i służące do pracy doświadczalnej, oraz muzeum radiologiczne, przedstawiające plastyczny rozwój rentgenologii. Na parterze znajdują się: gabinet dyrektora, wielka poczekalnia dla chorych, ambulatoria dla mężczyzn i kobiet, biblioteka, zaopatrzona w 7000 tomów, sekretariat Instytutu oraz aula, zaopatrzona w najnowsze urządzenia i aparaty rentgenowskie dla wykładów z dziedziny rentgenologii, które są obowiązujące dla słuchaczy medycyny czwartego roku. Instytut posiada 5 aparatów do terapii głębokiej, z których jeden o sile 800 tysięcy wolt znajduje się na parterze i ma specjalnego kierownika w osobie prof. *T a r a n o*. Transformator do aparatu tego znajduje się w podziemiach Instytutu. Promienie *R o e n t g e n a* pochodzą od lampy, znajdującej się w podziemiach i przedostają się przez specjalny otwór na parter, gdzie umieszczone jest łóżko ruchome, tak, że każda część ciała może być naświetlana. Kabina manipulacyjna przedstawiająca ostatnie słowo techniki, obita jest całkowicie warstwą ołowiu grubości 7 mm i pozwala dzięki specjalnemu systemowi luster (*Gorla-Sienna*) obserwować stale pacjenta. Reszta aparatów do głębokiej terapii w liczbie 4-ch o sile 200 tysięcy wolt każdy, znajduje się na pierwszym piętrze. Mieści się tam również oddział dla chorych chirurgicznych z salą operacyjną oraz pomieszczeniem dla naświetlania radem. Drugie piętro poświęcone jest całkowicie rentgenodiagnostyce, którą kieruje wicedyrektor Instytutu prof. *N u v o l i*; znajduje się tam szereg pomieszczeń, w których czynnych jest 10 aparatów do diagnostyki. Poza tym są sale oddzielne dla pyelografii, dla badań przewodów pokarmowych, dla cholecystografii, dla wywoływania filmów (5 ciemni) i cały szereg innych niezbędnych dla celów rozpoznawczych pokoiów. Wreszcie na trzecim piętrze mieści się dział radiobiologii oraz badań naukowych, którym szef Instytutu prof. *B u s i* poświęca szczególnie wiele uwagi. Dział ten posiada między innymi dwa aparaty do terapii, służące do promieniowania doświadczalnego, bardzo czuły elektroskop, specjalne aparaty do badań fizykalnych i chemicznych oraz specjalną sekcję do badań histologicznych. Instytut posiada także aparaturę dla diatermii oraz przenośne aparaty *R o e n t g e n a*. Natomiast mało miejsca udzielono w Instytucie aparatom krótkofalowym (pokazano mi tylko jeden znajdujący się w Instytucie aparat). W ogóle leczenie krótkimi falami jest słabo rozwinięte we Włoszech i nie zdołało sobie zdobyć praw obywatelstwa, jak w innych krajach. Słusznie też zauważył jeden z radiologów w rozmowie ze mną, że „nie jest się prorokiem we własnym kraju“.

Godny zwiedzenia w Rzymie jest wreszcie Insty-

t u t e n d o k r y n o l o g i c z n y, którego nazwa brzmi: „Istituto Biotipologico-ortogenetico“, i którym kieruje prof. P e n d e, który między innymi był przed trzema laty w Warszawie i wygłosił dwa odczyty na temat schorzeń hormonalnych (jeden w Instytucie Kultury Włoskiej, a drugi w Uniwersytecie Józefa Piłsudskiego w Warszawie). Instytut endokrynologiczny, założony w swoim czasie przez prof. P e n d e w Genui, obecnie przeniesiony został do Rzymu i czynny jest przy klinice chorób wewnętrznych, mieszczącej 120 łóżek. Projektowana jest budowa oddzielnego gmachu dla instytutu tego i plan ten jest bliski realizacji. W Instytucie odbywają się wszelkie badania psychotechniczne, antropometryczne itd. Sale do badań pełne są różnych tablic orientacyjnych i rysunków. P e n d e stworzył w tym celu formę piramidy „quadrangolare“, podług której dokonywane są przez niego i asystentów wszystkie badania biotypologiczne. Instytut zaopatrzony jest we

wszystkie niezbędne przyrządy i posiada własny Instytut radiologiczny, bogatą bibliotekę oraz obszerne audytorium, w którym odbywają się dwa razy tygodniowo wykłady dla studentów (na jednym z wykładów P e n d e g o, poświęconym schorzeniom mózgu i przysadki mózgowej, byłem obecny).

W dziale endokrynologii pomaga kierownikowi Instytutu asystentka Dr G u a l c o, która opiekuje się również chorymi, znajdującymi się w Instytucie na kuracji. Do Ambulatorium Instytutu zgłasza się rocznie około 5000 chorych z powodu zaburzeń czynnościowych; wśród nich jest 1000 chorych z zaburzeniami na tle hormonalnym. P e n d e stosuje w przypadkach tych przeważnie terapię mieszaną z wyciągów różnych gruczołów, na przykład, tarczycy i przysadki mózgowej jednocześnie, i z wyników swych jest, jak w rozmowie ze mną zaznaczył, zadowolony oraz pełen nadziei na przyszłość. (C. d. n.)

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

„Zmierzch czy odrodzenie liberalizmu“ Ferdynanda Zweiga.

Kilka cytat w związku z higieną psychiczną przyszłości.

Podał

Jan NELKEN (Warszawa).

Kształtowanie się przyszłości, bardziej lub nieco mniej bliskiej, nie może być obojętne zwłaszcza dla psychiatry, specjalnie wrażliwego na higienę psychiczną środowiska. Dlatego też wszelkie niepozabawione sensu wypowiedzenia się publiczne na temat ukształtowania się przyszłych stosunków społecznych zasługują na zestawienie ich i zwrócenie baczonej uwagi.

Ostatnio w sprawie tej Ferdynand Z w e i g w rozważaniach nad „Zmierzchem czy Odrodzeniem liberalizmu“ potrąca o ten temat w następujący sposób:

Socjalizm, który przeżywa dziś głęboki kryzys strukturalny, zawiódł i rozczarował społeczeństwa, może odrodzić się, według Z w e i g a, tylko przez zespolenie z liberalizmem, przez ponowny kontakt ze światopoglądem wolnościowym, z którego wyrósł i z którego się zrodził, przez ponowne akcentowanie wolności, jako naczelnego wartości człowieka i dążenie do pogodzenia tej wolności z pewnym wyrównanym startem dla obywateli.

Socjalizm, dążący do totalizmu państwowego, tj. do uspołecznienia środków produkcji, zdaniem Z w e i g a, zawiódł (w swej większości) zupełnie. Rozczarował on przede wszystkim inteligencję, która przedtem zasiłała jego kadry, a po wojnie opuściła niemal całkowicie jego szeregi.

Zródłem rozczarowania stała się przede wszystkim pierwsza realizacja marksizmu na olbrzymim obszarze, zamieszkałym przez 175 milionów ludzi. Socjalizm typu etatycznego został skompromitowany nie tylko przez Sowiety, ale i przez państwa totalne, które praktykują to samo, posługując się nieco inną frazeologią i innym odcieniem systemu. E m o c j o n a l n i e ten typ socjalizmu nie może wywołać już dziś — zdaniem Z w e i g a — głębszych ruchów i silniejszej ideowej dynamiki.

Socjalizm musi wrócić do swych źródeł w socjalizmie utopijnym... by móc powstać z kłęski, zadanej mu przez ewolucję wojenną i powojenną.

Rozpatrując przemiany ustrojowe, autor nie pomija

i socjalizmu wojennego. Gospodarka wojenna jest z natury swej gospodarką socjalistyczną specjalnego typu, która ma już w literaturze swą ustaloną nazwę. Jest to socjalizm wojenny (Kriegssozialismus). Gospodarka, która wyznacza kartki na chleb, cukier, masło i tłuszcze, która wprowadza ograniczenia walutowe, przywozowe i surowcowe, która handel przemienia w centrale, przemysł organizuje w kartele przymusowe, która biczuje produkcję, doprowadzając ją do maksimum bez względu na koszty, nakłada na ludność polityczki przymusowe, organizuje ochronę rodziny żołnierza (tj. całej ludności) przez daleko idący system opieki społecznej i moratoria, mobilizuje wszystkie dostępne źródła kapitałowe — drukiem banknotów, rekwizycjami, konfiskatami itd.

Żołnierze z dawien dawna, mówi Z w e i g, hołdują zasadom „socjalizmu wojennego“. Mają oni nastawienie socjalistyczne, jako że gospodarka obozu wojennego, gospodarka wojskowa centralistyczna, planowa, rozkazowa, operująca kryteriami solidaryzmu obozowego, ma w sobie wiele elementów gospodarki socjalistycznej. Nie jest to wprawdzie socjalizm egalitarny, ale hierarchiczny i autokratyczny, niemniej podporządkowuje on brutalnie interesy jednostki interesom obozu, ogranicza do minimum swobodę i wolność jednostki, którą poświęca bez zastrzeżeń dla wspólnego celu, tj. dla osiągnięcia zwycięstwa.

A przyszłość? A ciężąca nad cywilizacją i morderczą dla wszelkich zamierzeń higieny psychicznej przyszła wojna światowa?

Z w e i g mówi: Marzenia filozofów o wiecznym pokoju otrzymują dziś realną podstawę w ewolucji techniki wojennej, która, udoskonalając do maksimum środki wojny, przekreśliła istotny sens wojny — przynajmniej na terenie europejskim, gdzie do walki stają przeciwnicy o wyrównanym poziomie techniki wojennej.

Technika doprowadziła do absurdu środki niszczenia, tak, że wojna przestaje być walką, a staje się tylko zniszczeniem, przemienianiem wszystkiego w zgliszczą i ruiny. Wojna w tych warunkach, jak twierdzi Z w e i g, przestała mieć sens, bo przestała być zorganizowanym rabunkiem, a stała się tylko powszechnym samobójstwem, wzajemnym zniszczeniem.

Historycy, analizujący czasy rzymskie, po dziś dzień zadają sobie pytanie, jak to się stało, że Rzym, który za czasów republikańskich miał tyle wielkich charakterów i mocnych indywidualności, za czasów absolutyzmu cesarskiego wykazywał całkowity brak charakterów, zupełne ubóstwo indywidualności — co było jedną z ważnych przyczyn upadku imperium rzymskiego. Zdaje się, że w świetle ostatnich doświadczeń europejskich odpowiedź jest jasna. Rzym republikański był szkołą charakterów. Rzym absolutystyczny i terorystyczny był wylęgarnią mizernych miernot, płaszczących się i liżących stopy.

Totalizm jest niewątpliwie polityczną formą etatyzmu, tak, jak etatyzm jest gospodarczą formą totalizmu. Obydwa uzupełniają się wzajemnie, tworząc to, co nazywamy ustrojem planowo-totalnym, ustrojem wszechmocnego państwa wobec bezbronnego obywatela.

Istotą tego ustroju jest, że obywatel nie ma żadnych uprawnień, a wszystko, co otrzymuje jest tylko łaską, jest tylko przywilejem, nadanym mu przez władzę, przywilejem, który rozdawany jest według swobodnego uznania i który każdej chwili może być cofnięty...

Ustrój ten na żadnym polu nie wykazuje tak fatalnych rezultatów, jak na polu moralnym, zwłaszcza na polu oświaty. Tu spustoszenia są największe i najgroźniejsze.

Na miejsce wiary w postęp przyszła wiara w zbliżającą się katastrofę. Miejsce literatury utopijnej zajęła literatura katastroficzna o zagładzie grożącej światu kultury europejskiej, o powrocie do średniowiecza, o zbliżającym się kataklizmie dziejowym, analogicznym do tego, jaki przeżywał świat kultury grecko-rzymskiej, gdy runęła na niego nawała germańska, gdy wstępował w okres średniowiecza. Literatura średniowiecza, którą od razu po wojnie zapoczątkował Spengler, jest dziś jednym z najbardziej żywotnych, najbardziej ekspansywnych działów literatury światowej, o ogromnej poczytności i popularności. Odpowiednikiem Spenglera w socjologii jest w biologii Alexis Carrel. Ludzie dziś czytają chętnie o idącej zagładzie i nawałce barbarzyństwa, tak, jak dawniej chętnie czytali utopie, bo miejsce wiary w postęp zajęła wiara w regres, cofanie się. Optymizm ustąpił miejsce najczarniejszemu pesymizmowi.

Gdyby chcieć jednym słowem określić stan psychiczny współczesnego człowieka — to może najlepiej by powiedzieć: rozczarowanie. Wielkie rozczarowanie, wielka deziluzja — to znamię współczesnej epoki.

Jak wielkie nadzieje łączono tuż po wojnie z hasłami wolności i wiecznego pokoju, z hasłami równości, realizowanymi na wielu odcinkach, ze zburzeniem ostatnich bastionów feudalizmu, ucisku i barbaryzmu, ze zniesieniem przywilejów rasowych, rodowych i wielu innych. Jakież nadzieje łączono ze zwycięstwem socjalizmu w wielu krajach, ze spełnieniem marzeń o 8-godzinnym i krótszym dniu pracy, z ubezpieczeniem społecznym, z powstaniem Ligi Narodów, z utworzeniem Międzynarodowego Biura Pracy, ze zwycięstwem wielkich demokracji zachodnich. Spodziewano się nowego okresu odrodzenia i postępu. Ludzkość, wyzwolona z więzów wielowiekowej niewoli, miała znaleźć się w posiadaniu złotego klucza do skarbcza wiecznego szczęścia i nieograniczonego postępu...

Jak szybko i nagle przyszło rozczarowanie. Epoka wielkich haseł zdaje się mijać. Ludzkość wkracza w okres wielkiego rozczarowania. Nadzieje na postęp li tylko przez udoskonalenie zewnętrznych urządzeń, czy to urządzeń politycznych, społecznych, czy gospodarczych, słabną i, jak zwykle w takich okresach bywa, wracają automatycznie nadzieje na postęp przez udoskonalenie samego człowieka, przez uszlachetnienie duszy.

Jest to zwykły bieg rzeczy. Gdy widzi się beziłę najlepiej pomyślanych reform w świecie urządzeń zewnętrznych, gdy reformy te w zetknięciu z człowiekiem rzeczywistym, takim, jakim on jest na prawdę, dają rezultaty przeciwne zamierzeniom — wówczas wraca się myślą do przeobrażeń samego człowieka, do jego przemiany duchowej, do haseł wychowania etycznego, do haseł oświaty. Gdy przestaje się wierzyć w prymat instytucji, kształtujących człowieka, rodzi się wiara w człowieka, kształtującego instytucje i wypełniającego je realną żywą treścią.

O ile więc człowiek o wyższej etyce, wyższej obyczajowości i o wyższym charakterze ma ostać się na świecie i zdystansować człowieka o niższej etyce, niższej obyczajowości i niższym charakterze — należy wierzyć — twierdzi Zweig — w zwycięstwo „liberalizmu“...

Wiadomości bieżące.

— Drugi Zjazd Oficerów Rez. Służby Zdrowia w Warszawie. W dniu 18 i 19 marca b. r. w Warszawie w Centrum Wyszkożenia Sanitarnego (ul. Górnoślaska 45) odbędzie się drugi zjazd oficerów rez. służby zdrowia b. wychowanków baonu szkolnego podchor. rez. sanit. Protektorat nad zjazdem raczyli łaskawie objąć: pp. gen. dr St. Rouppert — szef Departamentu Zdrowia M. S. Wojsk., gen. dr Jan Kołłątaj - Srzednicki — komendant Centrum Wyszkożenia Sanitarnego, oraz gen. dr R. Górecki — prezes Zarządu Głównego Związku Oficerów Rezerwy. Poza sprawami organizacyjnymi, głównym celem zjazdu jest opracowanie szeregu zagadnień z dziedziny sanitarno-wojskowej oraz zadań społeczno-zawodowych oficera rezerwy służby zdrowia w czasie pokoju. Żywe zainteresowanie zjazdem szerszego ogółu w świecie lekarskim i farmaceutycznym świadczy o dużej popularności zagadnień, związanych z obronnością Kraju.

— „100 lat w służbie lecznictwa“. Film o polskiej produkcji farmaceutycznej. Przemysłowo - Handlowe Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn wyświetlać będą w miesiącu marcu film pod powyższym tytułem, obrazujący metody i sposoby pracy, stosowane w rodzimym przemyśle farmaceutycznym. Specjalne seanse za zaproszeniami tylko dla lekarzy i aptekarzy odbędą się we wszystkich ważniejszych miastach Polski. Film p. t. „100 lat w służbie lecznictwa“ nie jest filmem reklamowym, gdyż założeniem jego było podkreślenie jak wielką rolę odgrywa w lecznictwie poważny przemysł farmaceutyczny. W filmie tym zobaczymy więc nie tylko produkcję w fabryce Spiess w Tarchominie, ale będziemy również mogli zapoznać się z powstawaniem nowych preparatów i z tym, jak wiele skomplikowanych badań muszą one przejść, zanim zostaną dopuszczone do lecznictwa. Wysoki poziom techniczny zdjęć, przyjemna ilustracja muzyczna i treściwe objaśnienia speakera — tworzą nader

udaną całość, która trzyma widza w napięciu przez cały czas wyświetlania, trwający około godziny. Jako dodatek pokazany będzie na początku film Instytutu Pasteura pt. „Fagocytoza“, ilustrujący szereg mikroprocesów, zachodzących w ustroju podczas walki fagocytów z różnymi bakteriami. Nie wątpimy, że zarówno bardzo ciekawy program, jak i chęć popierania polskiego przemysłu farmaceutycznego, spowodują, że wszyscy lekarze i aptekarze chętnie skorzystają z otrzymanych zaproszeń i gremialnie udadzą się na obejrzenie omawianych filmów.

— Nakładem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ukazały się „Pamiętniki lekarzy“. Książka ta (680 stron wielkiego formatu) zawiera 10 pamiętników, nagrodzonych na konkursie, rozpisany przez Z. U. S. i stanowi dokument niezwyklej wagi społecznej, rzucający snop światła nie tylko na wszelkie sprawy, związane z naszym leczeniem społecznym, ale i na szereg doniosłych kwestyj obyczajowych, kulturalnych, cywilizacyjnych. Jest to bezcenny, zaiste rewelacyjny, nabytek naszej literatury społecznej. „Pamiętniki lekarzy“ napisane są w sposób żywy, barwny, wysoce interesujący. Konkurs Z. U. S. ujawnił wśród naszych lekarzy szereg prawdziwych talentów pisarskich.

— Sekcja młodych lekarzy (tzw. stażystów) przy Związku Lekarzy R. P. wystosowała memoriał do władz miejskich w sprawie warunków praktyki w szpitalach miejskich. Nie będąc już studentami, stracili prawo do korzystania z pomocy organizacji studenckich, obecnie dając swą pracę szpitalowi, w razie choroby nie mają nawet prawa do pomocy lekarskiej w tym samym szpitalu. Mając bardzo skromne środki materialne, nie są w stanie płacić za swe leczenie, wytwarza się więc sytuacja wysoce anormalna. Lekarze stażyści proszą zarząd miejski o wprowadzenie w życie postulatów, mających na celu usprawnienie praktyki lekarskiej w szpitalach miejskich: 1) zwiększenie liczby płatnych etatów lekarzy stażystów, 2) podniesienia ich wynagrodzenia z 30 do 100 zł miesięcznie plus utrzymanie szpitalne, 3) dyżury w izbie przyjęć nie mogą być traktowane jako obowiązkowe dla bezpłatnych stażystów, 4) wszyscy lekarze stażyści powinni mieć prawo korzystania z miejskiej pomocy lekarskiej.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

28.II. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Jakub Węgieńko. Zasady leczenia cukrzycy w świetle nowego poglądu na powstawanie przecukrzenia krwi w tej chorobie. 2. Emil Apfelbaum. Nowe zagadnienia kardiologiczne w świetle badań klinicznych szybkości krwi.

28.II. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

1. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia. 2. Komunikaty Zarządu i Komisji Naukowej. 3. Płoński M. Pokazy anatomo-patologiczne. 4. Glass i Lipski F. Śmiertelny krwotok rzadkiego pochodzenia. 5. Fejgin M. i Trybel J. Trudności różniczkowo-rozpoznawcze w przypadku żółtaczki. 6. Higier S. Przypadek eunuchoidyzmu z aspermatyzmem.

F. Minkowska. Życie, choroba i twórczość Van Gogha — przyczynek do struktury padaczki.

TREŚĆ: Z. SIEDLECKI. Rak wargi dolnej. — S. SCHMALHOLZ. Lokastyna, nowy związek chemiczny o działaniu znieczulającym miejscowo. — J. MERENLENDER. Co powinien lekarz praktyk wiedzieć o leczeniu ważniejszych schorzeń skórnych i wenerycznych. — VI. Leczenie chorób pasożytniczych skóry. (Dok.) — E. KOSMAN i A. WAJNGOT. Fizjopatologia przemiany cholesterolu. (Str. pogl.) — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — J. RATNER. O wartości terapeutycznej leków wapniowo-bromowych. — H. DATYNER. Wrażenia z pobytu w klinikach i szpitalach we Włoszech. — J. NELKEN. „Zmierzch czy odrodzenie liberalizmu“ Ferdynanda Zweiga. Kilka cytat w związku z higieną psychiczną przyszłości. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: S. SIEDLECKI. Cancer de la lèvre inférieure. — S. SCHMALHOLZ. La Locastine, nouvelle anesthésique locale. — J. MERENLENDER. Maladies bactériennes de la peau. (fin.) — E. KOSMAN et A. WAJNGOT. La physiopathologie du métabolisme du cholestérol. (Rev. gén.) — J. RATNER. Sur la valeur thérapeutique des médicaments calcio-bromiques. — H. DATYNER. Impressions du séjour dans les cliniques et hôpitaux en Italie. — J. NELKEN. „Le déclin ou la renaissance du libéralisme“ par Ferdinand Zweig.

Résumé des articles originaux.

I. J. MERENLENDER. Maladies bactériennes de la peau.

L'auteur présente les moyens les plus simples du traitement de la pédiculose, de la gale et de la mycose; il souligne la nécessité du traitement antiseptique approprié et attire l'attention sur l'importance du traitement antiseptique des foyers morbides anciens dans le but prophylactique.

J. RATNER. Sur la valeur thérapeutique des médicaments calcio-bromiques.

L'auteur a administré dans 43 cas le Calcisedol (bromoglycohéptonate de calcium) par voie intraveineuse, intramusculaire et buccale. Les doses ordinaires étaient les suivantes: pour injections 10—30 cc d'une solution à 10%, par voie buccale 3 cuillères à soupe de granules par jour. Parmi les malades il y avait des cas d'asthme bronchique, d'ulcère gastro-duodéal, de colite aiguë, d'hypertension essentielle, d'urticaire, de „névrose cardiaque“ etc. Les résultats obtenus étaient dans la majorité de cas favorables. Dans les cas invétérés et résistants au Calcisedol d'autres médicaments se sont montrés aussi inefficaces.

J. NELKEN. „Le Déclin ou la Renaissance du Libéralisme“ par Ferdinand Zweig.

Quelques citations en rapport avec l'hygiène psychique de l'avenir. Le psychiatre particulièrement sensible envers l'hygiène psychique ne peut pas rester indifférent à l'égard de l'hygiène psychique du milieu. Ferdinand Zweig aborde ce sujet de manière suivante: socialisme ne peut régénérer à présent que par le contact réintégré avec les idées libres, par l'accent rendu à la liberté, comme la plus haute valeur de l'homme. Socialisme tendant au totalisme d'état a perdu complètement la confiance mise en lui. Ce type du socialisme ne peut plus causer l'émotion et par conséquent n'est pas en état d'évoquer des mouvements plus profonds ou une dynamique d'idées plus forte. Le socialisme doit revenir à ses sources dans le socialisme utopique pour se lever de la défaite causée par l'évolution de guerre et d'après-guerre. Zweig regarde l'avenir et la guerre mondiale menaçante comme un suicide général et la destruction mutuelle. Le système total ne démontre dans aucun domaine des résultats si affreux que dans le domaine de morale. Ces dévastations sont les plus grandes et les plus dangereuses. En se référant à Spengler dans la sociologie et à Alexis Carrel dans la biologie l'auteur accentue le développement du pessimisme concernant l'avenir. Le grand désenchantement voici le trait caractéristique de l'époque contemporaine. L'humanité entre dans la période de la grande désillusion. L'espoir lié avec le progrès social par le perfectionnement des institutions s'affaiblit. C'est l'espoir du progrès provoqué par le perfectionnement de l'homme lui-même par sa métamorphose, par l'évolution de son âme, par les idées de l'éducation morale et par l'instruction qui revient. Quand on cesse de croire dans la primauté des institutions, formant l'homme, il surgit la croyance dans l'homme lui-même. Si nous espérons alors que l'homme à l'éthique plus élevée, au caractère plus sublime, aux moeurs meilleures va remporter la victoire et devancer celui à l'éthique aux moeurs et aux caractères moins élevés, il faut croire dans la victoire du libéralisme — nous dit Zweig.

Następny numer wyjdzie dnia 16 b. m.