

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: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

Rok XIV

WARSZAWA, 23 WRZEŚNIA 1937 R.

Nr. 36

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z Oddziału chorób skórnych i wenerycznych państwowego
szpitala św. Łazarza w Krakowie
(Ordynator: Doc. Dr. Henryk Reiss).

Stwardnienie przerostowe prącia i przykurcz powięzi dłoniowej (Dupuytren).

Podał
Dr Leon HIRSCH (Kraków).

Stwardnienie przerostowe prącia — *Induratio penis plastica* (I. p. p.) — nie jest schorzeniem częstym, i do pewnego stopnia dlatego wiele pytań co do patogenety i etiologii tej sprawy pozostać musi bez odpowiedzi. Jako przykład rzadkości tego schorzenia można przytoczyć to, że np. w zestawieniu statystycznym Oddziału lwowskiego Pol. Tow. Dermatologicznego za okres 15-letni nie ma ani jednego przypadku *Induratio penis plastica*; z autorów polskich Stopczyński z kliniki krakowskiej opisał dokładnie w 1908 r. przypadek *Indur. pen. pl.* Praca o tyle cenniejsza, że mogła się oprzeć na badaniu anatomicznym. W przypadku powyższym zmiany patologiczne usunięto w całości chirurgicznie (jako sposób radykalnego leczenia). Opierając się na badaniach histologicznych, mógł Stopczyński na tej podstawie wyciągać pewne wnioski; zostały one, co prawda, później zmienione, ale zachowały nadal swą wartość.

Na wstępie uwag niniejszych przytaczam spostrzegany na naszym oddziale przypadek: chory S. W., 34-letni urzędnik kancelaryjny, obecnie bezrobotny, zgłosił się w grudniu 1936 r. do oddziału chorób skórnych i wener. szpitala św. Łazarza w Krakowie, zaniepokojony zmianami chorobowymi na prąciu. W sierpniu 1936 r. zauważył bowiem stwardnienie na grzbiecie prącia po stronie prawej i skrzywianie się, zaginanie się prącia pod kątem rozwartym w prawo podczas erekcji. Pierwszym objawem, jaki chory był zauważył, było nawet nie stwardnienie, lecz skrzywianie się i zaginanie prącia w czasie erekcji. Chory uskarża się również na pewną bolesność i to zarówno w czasie erekcji, jak i poza tym. Zaniepokojony jest jednak przede wszystkim samym faktem zjawienia się zmiany na prąciu, a nie nieznacznymi tylko dolegliwościami bólowymi.

Z wywiadów wynika, że chory rozpoczął stosunki płciowe na ogół nie przedwcześnie, bo w 20 r. życia. Początkowo stosunki płciowe miewał rzadko; po pierwszym rocznej przerwie. Dwukrotnie zdarzyło się, że przez okres kilkunastodniowy spó-

kował codziennie. Tak np. w lecie 1936 r., a więc niemal bezpośrednio przed zauważeniem zmian chorobowych.

Dwukrotnie przechodził rzeżączkę: po raz pierwszy w 1926 r., a po raz drugi w lutym r. 1936. Przebieg jej był za pierwszym i za drugim razem łagodny; nie było żadnych powikłań, wyleczenie następowało po 5—6 tygodniach.

W 19 r. życia miał pierwszy napad dychawicy oskrzelowej (*asthma bronchiale*). Do dziś nie uwolnił się od tego cierpienia; przeciwnie, ostatnio ataki duszności miewa częściej. Leczy się z tego powodu u internisty.

Ojciec chorego zmarł wskutek jakichś zmian w gardle, po krótkiej chorobie. Matka, obecnie mająca 65 lat, cierpiała na bliżej przez chorego nieokreślone napady nerwowe; obecnie jednak jest zupełnie zdrowa. 4 siostry chorego żyją i są zupełnie zdrowe.

Badaniem przedmiotowym stwierdzono u chorego S. W. wzrostu wysokiego, o stanie odżywiania miernym, stwardnienie mniej więcej wielkości bobu, wyczuwalne na grzbietowej stronie prącia po prawej stronie, w połowie trzonu. Skóra nad tym zgrubieniem i stwardnieniem zupełnie niezmieniona, przesuwalna. Zgrubienie i stwardnienie, choć daje się od boku dokładnie odgraniczyć, jest w ścisłym związku z *tunica albuginea*. Powierzchnia tego guzowatego stwardnienia jest gładka. Spoistość zbita, twarda (chrząstkowata). W czasie wzwodu prącia widoczne jest wyraźne zaginanie się prącia w prawo, przy czym kąt zagięcia przypada w miejscu stwardnienia („*strabismus penis*“).

Można również zauważyć, że distalna część prącia obwodowo od tego zgrubienia jest w czasie wzwodu tylko niedostatecznie ukrwiona (*erection louche, humile*). Samo zaś stwardnienie nie znika w czasie erekcji, przeciwnie, nie tylko jest równie dobrze wyczuwalne, lecz jest nawet widoczne.

Na dłoni prawej stwierdziliśmy postronkowate stwardnienie, zgrubienie i zaciągnięcie, powodujące przykurczenie (niezbyt znaczne) palca trzeciego. Jako punkt wyjścia i siedzibę tych zmian określić trzeba aponeurozę dłoniową ręki prawej, co jasno wynikało z całego obrazu klinicznego. Zmianę tę zauważył chory przed 2 laty. Stopniowo stawała się ona coraz większa. Do tej zmiany nie przykładał chory wielkiego znaczenia.

Jak z przytoczonego opisu wynika, mieliśmy przed sobą przypadek „*Induratio penis plastica*” i „*Contractura palmaris Dupuytreni*”. Inne możliwości rozpoznawcze, nie wchodzące zresztą poważnie w rachubę, można było wykluczyć na podstawie badań dodatkowych. Tak więc przede wszystkim należało wy-

biegu rzeżączki, które mogą później przejść nawet w zmiany trwałe. Wprawdzie chory przechodził dwukrotnie rzeżączkę; obecnie jednak nie tylko że nie było żadnych klinicznych objawów tego schorzenia, lecz również wszystkie badania w tym kierunku wypadły ujemnie. W szczególności więc nie było żadnej wydzieliny z cewki moczowej, moczu był zupełnie przezroczysty; badaniem mikroskopowym zeszkrobiny z błony śluzowej distalnej części cewki moczowej nie stwierdzono obecności dwoinek rzeżączkowych, a nawet liczba ciałek ropnych była bardzo mała. Badaniem najądrzy, gruczołu krokowego nie stwierdzono również żadnych zmian chorobowych. Ważne było stwierdzenie, iż stwardnienie prącia nie ma żadnego związku z cewką moczową; można to było wykazać szczególnie dobrze badaniem instrumentalnym: sondą, cewnikiem i wziernikiem (*urethroscopia anterior*). Błona śluzowa cewki okazała się zupełnie prawidłowa.

W wywiadach, ani też w badaniach (zarówno klinicznych, jak i serologicznych) nie stwierdzono tła kiłowego. Wobec ujemnych wyników badania moczu (braku takich składników chorobowych, jak cukru i białka) i ujemnej co do tego obserwacji klinicznej, nie można było uważać tej sprawy za schorzenie na tle przemiany materii.

Nie było też żadnych danych do przypuszczenia jakiegos schorzenia nowotworowego, ani też jakiegokolwiek „guza” swoistego; sprawa bowiem nie powiększała się, lecz utrzymywała się w stanie jednakowym. Przerzutów również żadnych nie było.

Tak samo nie było żadnych danych, przemawiających za schorzeniem krwi, czy układu krwio i limfo-twórczego. Badanie krwi poza eozynofilią, tłumaczącą się istnieniem dusznicy oskrzelowej, nie odbiegało od normy:

Hbl	90 %
Liczba c. czerw.	5.284.000
Indeks	0.84
Liczba c. białych	8.000
Hemogram:	
wielojądrzastych obojętnochłonnych	51 %
pałeczkowatych	1 %
limfocytów	32 %
monocytów	6 %
eozynochłonnych	10 %

Tak więc rozpoznanie opisanego stwardniałego zgrubienia jako „*Induratio penis plastica*” nie ulegało żadnej wątpliwości. Stwierdzenie równoczesnego istnienia „*Contractura Dupuytreni*” umocniło tylko jeszcze to rozpoznanie, jak o tym będzie jeszcze niżej mowa.

Nie można było ani badaniami przedmiotowymi, ani wywiadami wykryć żadnych szczegółów, którymi byśmy wytłumaczyć sobie mogli przyczynę tego cierpienia. Jest to zresztą zupełnie oczywiste, bo, gdyby można było przez takie badania rozwiązać problem etiologii „*Induratio penis plastica*”, nie byłaby ta sprawa wciąż jeszcze niezafatwiona, tym bardziej, że nie od wczoraj znano to schorzenie. Już u nadwornego chirurga i medyka króla Ludwika XIV znajdujemy dość szczegółowe opisy tych zmian. Prawdopodobnie schorzenie znane było już dawniej, skoro de la Peyronie w sposób dość zdecydowany przypisuje przyczynę powstawania stwardnienia nadużyciom *in Venere*, bądź też nadmiernemu uprawianiu stosunków płciowych.

Ten pogląd etiologiczny trwał przez długie lata, i dopiero w połowie XIX wieku spotykamy się z odmiennym ujęciem tego schorzenia. Zjawiają się przypuszczenia, że przyczyną jest dna (*arthritis*). Ricord rozróżnia rozmaite rodzaje stwardnień prącia: zapalne, kiłowe i urazowe. W swej pierwotnej postaci hipoteza o wpływie urazu, czy też nadużyciu *in Venere* nie ostała się. Pewne jednak znaczenie czynników mechanicznych

uwidacznia się również i w teoriach najnowszych, o czym później jeszcze będzie mowa. Nie utrzymały się poglądy, jakoby należało uważać stwardnienie prącia za skutek pewnych zaburzeń przemiany materii, a więc przede wszystkim dny i cukrzycy, bo i badania statystyczno-porównawcze i anatomiczne nie wykrywają żadnego związku między tymi schorzeniami. Nawet przeciwnie: zmiany dnawe mają charakter zmian zapalnych, tu zaś jako cechę charakterystyczną obrazu anatomicznego wymienić należy zupełny brak jakiegokolwiek odczynu zapalnego.

W obrazach histologicznych niezbyt licznych badanych w tym kierunku przypadków stwierdzają autorowie zgodnie jedynie tylko przerost włókien klejorodnych, tworzących zbite pasma, nieraz już nawet i barwieniem różniące się od prawidłowych. Włókna sprężyste są jakościowo niezmienione; jest ich tylko mniejsza liczba. O badaniach Stopczyńskiego i znalezionych przez niego zmianach w naczyniach będzie jeszcze mowa później. W tym miejscu wspomnieć jeszcze tylko warto o nowych badaniach histologicznych: stwierdza się w nich gniazda komórek wrzecionowatych wokoło najmniejszych naczyń krwionośnych. Mają to być nieodróżniane komórki (macierzyste) (Sachs, Frangenheim, Rothschild), które mają zdolność przechodzenia zarówno w komórki łącznotkankowe, jak i w chrzęstne i kostne, a co najważniejsze, mają być one punktem wyjścia i źródłem bujania łącznotkankowego, które pociągnąć by za sobą miało stwardnienie.

Nieraz podejrzewano już choroby weneryczne o to, że bywają one przyczyną stwardnienia prącia. Przede wszystkim posądzano kiłę (Fusco i Jungano), podając na dowód etiologii kiłowej wchłanianie się stwardnienia pod wpływem leczenia swoistego. Stwierdzić jednak trzeba, że tego rodzaju przypadki nie są właściwym stwardnieniem, lecz tylko naciekaniami kiłowymi. Podobne do tego przypadki nacieków kiłowych w ciałach jamistych opisuje Scherber.

Rzeżączka wytwarza, co prawda, nieraz bliznowate stwardnienia i zwężenia jako zejście nacieków zapalnych; bywają one jednak usadowione w cewce moczowej i wokoło niej; mają też, oczywiście, inne cechy, niż stwardnienie plastyczne prącia; nie ma więc żadnego pokrewieństwa między tymi sprawami.

Jako przyczynę stwardnienia podawano również i miażdżycę tętnic; za tym przemawiał starszy zazwyczaj wiek chorych. Według zestawień Callomona, najczęściej zdarza się I. p. p. między 40—60 rokiem życia, a więc w tym wieku, w którym często już bywa miażdżycza tętnic. Badania anatomiczne wyjątkowo tylko wykrywały zmiany w naczyniach. Tak Stopczyński w swoim przypadku znalazł zgrubienie warstwy wewnętrznej naczyń; tętnice sprychowe i skroniowe natomiast żadnych zmian nie wykazywały. Włókna elastyczne też jakościowo nie były zmienione, było ich tylko mniej, niż zazwyczaj.

Tuffier, przypuszczając, że chodzi w I. p. p. o zmiany starcze, badał systematycznie na zwłokach zachowanie się powięzi prącia i otoczeki ciał jamistych i stwierdził zgrubienie *tunica albuginea* i *septum*.

Dla wyjaśnienia etiologii I. p. p. niezwykle ważny jest związek z *Contractura Dupuytreni*. Wprawdzie tylko w 10% przypadków I. p. p. zachodzi równocześnie przykurcz powięzi dłoniowej; odsetek ten jest jednak na tyle duży, że należy go brać w rachubę. Za łącznością I. p. p. z C. D. przemawia również ta sama budowa

anatomiczna. Również i tutaj nie ma żadnych zmian zapalnych, lecz tylko przerosła, wybijająca tkanka łączna, uboga w komórki. Również i tutaj włókna elastyczne są bez zmian jakościowych, jest ich tylko mniej. I tak samo jak w *I. p. p.* spotyka się i tu gniazda komórek wrzecionowatych (młodych) wokoło drobnych naczyń. Również i oporność na leczenie jest wspólna obu schorzeniom. Tak samo jednak, jak nie udało się dotychczas wykryć właściwej przyczyny stwardnienia prącia, tak samo nie rozwiązano jeszcze zagadki przykurczu powięzi dłoniowej. Według Ali Krogiusa, chodzi w *C. D.* o pewne zaburzenia rozwojowe: resztki embrionalnej tkanki mięśniowo-ścięgnistej, jaką widzimy też u niektórych ssaków, pod wpływem pewnych bodźców rozrastają się i kurczą. Jedną z trudności teorii o wrodzonej podatności stanowi brak przypadków dziedzicznego, czy rodzinnego występowania *I. p. p.* Ważny dlatego jest przypadek opisany przez Bruhnsa, który obserwował stwardnienie prącia u 2 braci. W naszym przypadku, choć stwierdza się równocześnie *Indur. p. pl.* i *Contr. Dupuytr.*, wywiady w kierunku rodzinnego, czy dziedzicznego występowania któregoś z tych schorzeń wypadły (jak już wspomniano) ujemnie.

W ogólnej skłonności tkanki łącznej do charakterystycznego bujania dopatrywał się Martenstein przyczyny stwardnienia prącia; w swoim bowiem przypadku stwierdził równocześnie i stwardnienie prącia i przykurcz powięzi dłoniowej oraz bliznowiec (keloid).

Oprócz dyspozycji indywidualnej doszukiwał się Sachs w specjalnych substancjach, krążących we krwi, czynnika, powodującego bujanie tkanki łącznej. Doświadczalnie próbował wykazać istnienie przeciwdziałających substancji fibrolitycznych, które uzyskiwał przez działanie trypsyny na otoczkę ciał jamistych prącia wołów. Substancja ta istotnie wywoływała zmniejszanie się i ustępowanie stwardnień po zapaleniach najądrzy.

Stwardnienie prącia próbowano też tłumaczyć filogenetycznie przez doszukiwanie się analogii z *os priapi*. U niektórych małp, niedźwiedzi, psów, kotów, świnek morskich istnieje istotnie w żołądki kość jako przedłużenie przegrody prącia. Między tym narządem kostnym a stwardnieniem prącia istnieją zasadnicze różnice: *os priapi* jest narządem czynnościowo ważnym, rośnie równolegle z całym organizmem. Natomiast tkanka kostna, którą czasami spotkać można w stwardnieniu prącia, jest następstwem metaplastji, podobnie jak np. wytwarzanie się tkanki kostnej w różnych bliznach po laparotomii lub w mięśniach. W *Contr. D.* znajduje się czasami również tkankę kostną, którą niektórzy autorowie tłumaczą jako sesamoidy. Urazy i wylewy krwawe mają w każdym razie duże znaczenie w wytwarzaniu się zwapnień i metaplastji kostnych.

Rolę czynnika decydującego gra uraz w koncepcji Rothschilda. Autor ten wskazuje na zmienność warunków ciśnienia, na jakie bywają narażone tkanki prącia. Podobnie jak przyczyny miażdżycy tętnic doszukujemy się w wahaniach ciśnienia krwi, w ich dużej rozpiętości, tak samo i w *I. p. p.* głównym czynnikiem uszkadzającym bywa nadmierne przeciążenie osłonek prącia u osobników skłonnych do zwyrodnień łącznotkankowych.

Być może, że również i gruczoły dokrewne odgrywają pewną (czy nawet dużą) rolę w powstawaniu i *I. p. p.* i innych przerostów tkanki łącznej (Von Gaza). Brak, czy niedostatek pewnych inkretów powodowałby starzenie się tkanki mezenchymalnej i skłon-

ność do przerostów i stwardnień, w czym uraz miałby pewne znaczenie wyzwalające.

Zatem ostateczna przyczyna stwardnienia prącia jest na razie jeszcze nieznana, pomimo poznania wielu faktów, towarzyszących powstawaniu tej sprawy, i pomimo szeregu wnikliwych pomysłów i teorii, którymi próbowano wytłumaczyć to zjawisko chorobowe. Polegając na wynikach badań w naszym przypadku, nie zdołaliśmy znaleźć przyczyny tego schorzenia. Mogliśmy odrzucić z pewnością i kiłę i rzeżączkę i cukrzycę i dnę jako czynniki etiologiczne. Nie mogliśmy też znaleźć żadnych zmian, ani cech klinicznych, któreby mogły świadczyć o uchwytynych zaburzeniach hormonalnych; co zaś do sprawy dziedziczności, trudno nam wydać o tym jakkolwiek sąd, bo chory nie ma braci, a sam wiadomości o dalszych członkach swej rodziny, a w szczególności o swych przodkach, nie posiada.

W końcu kilka słów o leczeniu. Choroba ma przebieg przewlekły, po pewnym okresie postępowania sprawa się zatrzymuje, ustala. Stan taki może trwać latami, czasami jednak może się zupełnie cofnąć. Najskuteczniejszym środkiem leczniczym okazały się naświetlania promieniami radu, lecz nawet i one nie zawsze są skuteczne i mogą często zawodzić. W każdym razie leczyć powinno się przez długi okres czasu, naświetlania powtarzać w dawkach frakcjonowanych, nie dużych i nie częstych. Zalecone przez Holzknechta naświetlania promieniami Roentgena okazywały się czasami tylko skuteczne. Niektórzy widywali poprawę i wyleczenie po leczeniu skojarzonym za pomocą naświetlań promieniami Roentgena i nagrzewaniami diatermią. Jako leczenie pomocnicze zaleca się wstrzykiwania 10% roztworu oleju terpentynowego lub też Olobinthy. Radykalny skutek leczniczy odnosi się czasem przez operacyjne usunięcie stwardnienia; bywa to wskazane przede wszystkim w tych przypadkach, gdzie istnieją złogi wapniowe, lub gdzie powstała tkanka kostna. Lecz i tu zdarzają się nawroty, dlatego po zabiegu operacyjnym wskazane jest również naświetlanie radem lub promieniami Roentgena.

W naszym przypadku zastosowaliśmy kombinowane leczenie: przegrzewanie prądem diatermicznym stwardnienia i naświetlania promieniami Roentgena (3 razy po 400 r:170 KV; 0,5 Cu + 2 mm Al). Pomimo bardzo dużej liczby przegrzewań prądem diatermicznym (około 100) i naświetlania promieniami Roentgena nie zaobserwowaliśmy dotychczas żadnego efektu leczniczego. Mogliśmy jedynie tylko zanotować zmniejszenie się dolegliwości podmiotowych pod wpływem przegrzewań.

PIŚMIENICTWO.

- Bruhns: Zbl. f. H. u. Geschl. B. 40. — Buschke u. Langer: Lehrbuch d. Gonorrh. 1926. — Callomon F.: w Handb. d. Haut u. Geschlechtskrankh. Bd. 21. 1927. (red. Jadassohna). — Gaza Von: Ztrbl. f. Chirurg. Jg. 52 Nr. 49 (1925). — Galewsky i Hübener: Münch. med. Wchschr. 1901 Nr. 5. — Horowitz: Wiener med. Press. 1900 Nr. 10. — Iungano M.: Pinasseux med. Ann. 2. Nr. 15. — Krogius, Ali: Ztrbl. f. d. ges. Chirurg. Jg. 47. Nr. 30. — Martenstein H.: Med. Klin. Jg. 16 Nr. 8. — Tenze: Med. Klin. Jg. 17. Nr. 2. — Merenlender: Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 14. — Rothschild; Zeitschr. f. Urol. Bd. 16. H. 2.—Sachs O.: Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 85. — Tenze: Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 139. — Tenze: w Hdbch d. Geschlechtskrankh. (Finger). 1911. — Scherber G.: w Arzt-Zieler: Die Haut u. Geschlechtskrankh. 1935. — Stopczanski J.: Wien. klin. Wchschr. Nr. 10/1908. — Tuffier: Annal. des malad. des org. gén.-urin. — Zur Verth i K. Scheele: Dtsch. Ztschr. f. Chirurg. Bd. 121 (1913).

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Ambulatorium i z Oddziału chorób wewnętrznych Szpitala na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: Dr. B. Jochweds).

Przypadek lipodystrophia localis insulinica.

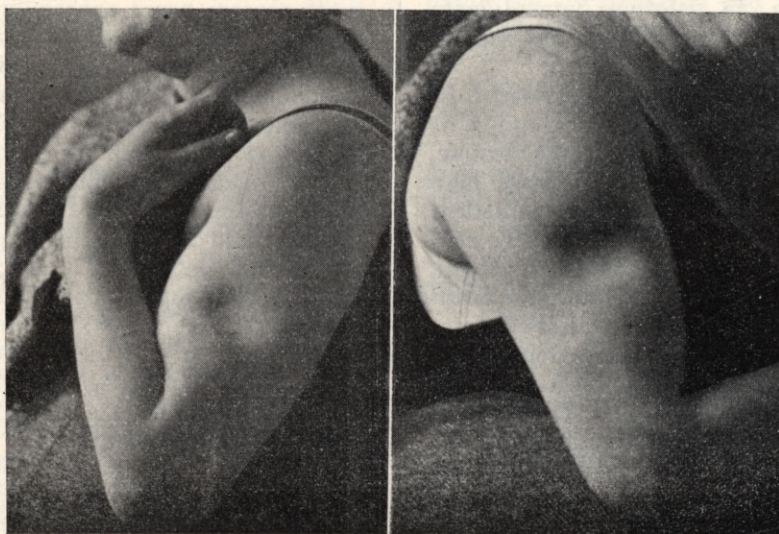
Podał

Dr. P. ZARECKI (Warszawa).

W roku 1926 Depisch (Wien. klin. Wschr. 1926 — 554) opisał 5 przypadków zaniku tkanki tłuszczowej po zastrzykiwaniach insuliny. Bezpośrednio potem ukazał się szereg prac, zawierających podobne spostrzeżenia [E. A. Carmichael i G. Graham, Lancet 1928, I, 601, P. Chapman, Lancet 1928, 674, Priesel i Wagner Z. Kinderheilk. 46, 453 (1928), H. Avery, Brit. med. J. 1929 Nr. 3560, F. Engelbach, Ann. Int. Med. 6, 1322 (1933) i t. d.].

Do chwili obecnej prace w językach obcych na ten temat osiągnęły bardzo pokaźną liczbę. Natomiast w dostępnym mi piśmiennictwie polskim przypadków lipodystrofii insulinowej nie znalazłem.

Chora lat 51. Cierpi od 12-u lat na cukrzycę. Poziom cukru we krwi wynosi stale od 0,25%—0,30%. W moczu od 4% do 7% cukru przy najbardziej ścisłej diecie. Od 6 lat otrzymuje bez przerwy jeden albo dwa razy dziennie po 20—30 jednostek insuliny. Insulina była zastrzykiwana cały czas wyłącznie do zewnętrznych okolic obu ramion. Przed 5 miesiącami wystąpiły zupełnie bez bólu powiększające się coraz bardziej zaniki tych okolic, wobec czego insulinę wstrzykuje się od tego czasu wyłącznie w okolice ud. Przed 6 tygodniami również i w tych okolicach wystąpiły drobne ogniska zanikowe.



Stan obecny: budowa ciała prawidłowa, wzrost średni, odżywianie dobre. Na zewnętrznej powierzchni obu ramion na wysokości $\frac{1}{3}$ górnej części stwierdza się wgłębienie wielkości pięści. Skóra w tych miejscach normalna, niezgrubiała, niezrośnięta z podłożem, co należy specjalnie podkreślić, gdyż przemawia to przeciwko sprawom zapalno-włóknistym. Mięśnie naramienne z obu stron wymacują się prawidłowo. Siła mięśniowa dobra. Badanie elektryczne, dokonane przez D-ra L. Prussak, odchylen od normy nie wykazało. W obrębie przedniej powierzchni obu ud na wysokości $\frac{1}{4}$ górnej przednio-zewnętrznej części po jednym wkłknięciu średnicy dwuzłotówki, o cechach takich samych, jak na kończynach górnych.

Serce. Wymiary prawidłowe; tony czyste; drugi ton nad aortą dźwięczny. Tętno — 80'. Ciśnienie krwi maksymalne od 170 do 200, minimalne od 100 do 105. Układ oddechowy i jama brzuszna bez zmian. Układ nerwowy: ze strony układu ośrodkowego, jak i obwodowego wyraźnych zmian brak (Dr. L. Prussak). Ponieważ układ nerwowy nie wykazuje odchylen od normy, zaś zaniki wystąpiły wyłącznie w miejscach zastrzykiwania insuliny, powtarzanych w ciągu długiego szeregu lat — rozpoznanie „lipodystrophia localis insulinica“ nie ulega wątpliwości. Lipodystrofię należy w przypadku tym uważać za prawdziwą, a nie rzekomą, gdyż lipodystrofie rzekome są to właściwie czysto zapalne uszkodzenia skóry i tkanki podskórnej. Skóra w przeciwieństwie do naszego przypadku ulega wówczas zgrubieniu i stwardnieniu. Tę sprawę możemy w naszym przypadku z łatwością wykluczyć.

Jeżeli chodzi o patogenезę lipodystrofii, to należy przytoczyć następujące teorie:

I. Teoria urazowa (traumatyczna). Przeciwno tej teorii przemawia najbardziej fakt, że badania histologiczne miejsc zanikłych nie wykazują absolutnie żadnych objawów zapalnych, ani naciekowych [H. Avery, Brit. Med. J. 1929 Nr. 3560, S. H. Mentzer i E. S. du Bray, California Med. 26, 212 (1927), Price Woodhouse, Lancet 1930, I, 1015].

Zmiany stwardnieniowo-łącznotkankowe skóry, opisane przez Lawrence'a (Lancet 1928 — 1328) — należą do zupełnie innej grupy zjawisk.

II. Teoria chemiczna, według której zanik tłuszczu zależy od domieszek antyseptycznych insu-

liny sprzedażnej. Otóż badania kontrolne z zastrzykami substancji, używanych do odkazania insuliny, wykazały, że substancje te same przez się nie powodują zaniku tłuszczu nawet u chorych z lipodystrofią insulinową (Depisch, Wien. klin. Wschr. 1926 — 554).

III. Trzecia teoria stara się wytłumaczyć zanik tłuszczu obecnością fermentu lipolitycznego w insulinie (E. A. Carmichael i G. Graham, Lancet 1928, I, 601). Jednak badania dokładniejsze J. M. Rabinowitscha (Canad. Med. Assoc. J. 18. 560 (1928) wykazały, że insulina nie zawiera ani śladu lipazy.

IV. Czwarta teoria opiera się właściwie tylko na 2-ch przypadkach (zwłaszcza przypadek Stranskiego), w których lipodystrofia powstawała w okolicach bardzo odległych od miejsc zastrzykiwań. Według Stranskiego, istotę sprawy stanowi ogólnoustrojowe zaburzenie przemiany tłuszczowej na tle wewnątrzwydzielniczym, przy czym insulina ma jedynie wyzwać te zaburzenia (Wien. med. Wschr. IV. 1930). Oczywiście, teoria ta nie da się zastosować w naszym przypadku, albowiem zanik tłuszczu następuje tu wyłącznie i jedynie w miejscach zastrzykiwań.

V. Następną teorią, piątą z kolei, tłumaczy lipodystrofię insulinową zwiększonym spalaniem tłuszczu, względnie swoistym działaniem hormonu insulinowego na przemianę tłuszczową w miejscu zastrzykiwań. Na korzyść tej teorii przemawiają fakty następujące:

1. Przewaga momentów lokalnych.

2. Przypadki, w których w miejscu zastrzykiwań insuliny powstają, odwrotnie, tłuszczaki — *Lipomatosis localis insulinica* (odpowiednie piśmiennictwo, zebrane między in. w obszernej tezie: — Dr. A. Pacholder. Obésités et Lipodystrophies insuliniques. Toulouse 1936). Dowodzi to, że insulina u jednych osobników rozpuszcza tłuszcz, u innych zaś powoduje nagromadzenie się tłuszczu w tkance. Przypuszczać należy, że wielką rolę odgrywa tu predyspozycja osobnicza, albowiem lipodystrofia występuje tylko u nielicznych diabetyków, zresztą, prawie wyłącznie u kobiet. Jak wiadomo, lipodystrofia nie występuje po wielokrotnych zastrzykaniach nawet masowych dawek insuliny u osobników niecukrzycowych.

Depisch — w jednym z ostatnich numerów Klinische Wochenschrift (24.IV.1937 — 605), — powołując się na opisane ostatnio przypadki współistnienia

bujania i zaniku tkanki tłuszczowej u jednego i tego samego osobnika (R. Priesel, Arch. Kinderheilk 106, I, 1935, G. Dinkler, Münch. med. Wschr. 1936 — 312), usiłuje znaleźć wspólne wytłumaczenie dla obu tych zjawisk. Mianowicie, insulina ma powodować wzmożoną asymilację glikogenu przez tkankę tłuszczową w miejscu zastrzykiwań, zaś komórki tłuszczowe przekształcałyby glikogen w tłuszcz. Zanik tłuszczu byłby natomiast skutkiem nadmiernego odczynu obronnego układu nerwowego, podrażnionego przez miejscowe nagromadzenie się glikogenu i tłuszczu. Teoria ta, jak, zresztą, sam Depisch przyznaje, ma następujące słabe strony: 1) rzadkość występowania lipomatów, 2) fakt, że dotychczas nie obserwowano przejścia lipomatów poinsulinowych w lipodystrofię i 3) współistnienie bujania i zaniku tłuszczu u jednego i tego samego osobnika. Toteż ostateczny wniosek Depischa brzmi: „Wymienione zjawiska stoją w pewnym niewyjaśnionym dotąd związku z insuliną“ (podkreślenie nasze).

VI. Teoria szóstą. W wielu przypadkach należy niewątpliwie przyjąć ewentualne uszkodzenie przez insulinę zakończeń nerwowych. (Teoria neurotropowa). Na korzyść tego poglądu przemawia fakt, zaobserwowany przez wielu autorów, a przede wszystkim przez Bollera (Klin. Wschr. 1930 — 2433), że dodanie nowokainy do insuliny zapobiega powstawaniu zmian w tkance tłuszczowej. Teoria ta jednak nie może być zastosowana we wszystkich przypadkach, albowiem ostatnio podane są przypadki odwrotne (Schlütter, Klin. Wschr. 1936 — 276), w których dodanie nowokainy do insuliny nie zapobiegało występowaniu lipodystrofii, co miało miejsce również i w naszym przypadku.

Najbliższą prawdy w naszym przypadku wydaje się więc możliwość zadziałania insuliny na miejscową gospodarkę tłuszczową.

Z praktyki prywatnej.

O nakłuciu podpotylicznym.

Podał

Stanisław JUSTMAN (Łódź).

Sicard, zastosowując w r. 1923 nakłucie podpotyliczne dla wprowadzenia do worka oponowego lipodolu 40% -owego i uwidocznienia w ten sposób drożności tegoż worka, miał szczęśliwą rękę, gdyż od tego czasu datuje szybka i świetna kariera tego nakłucia. Złożył się na tę karierę cały szereg czynników, które dowodnie świadczą o wyższości nakłucia podpotylicznego nad nakłuciem lędźwiowym. Pierwszym tego rodzaju czynnikiem jest łatwość wykonania. Każdy, często robiący nakłucia lędźwiowe, przyzna mi, że nieraz zdarzają się przy tym większe lub mniejsze trudności, zależne od zachowania chorego lub zmian w więzach żółtych albo od skrzywienia kręgosłupa. Chory trwożliwy kurczy się w sobie, pomimo nakazu siedzenia prosto, jedynie z przygiętą *ad maximum* do piersi głową; w ten sposób przestrzeń międzykręgową zwęża się i z trudem przepuszcza igłę. Podobnie w przypadku skrzywienia dolnej części kręgosłupa przestrzenie międzykręgowe mogą być znacznie zwężone. Są to jednak trudności, z którymi doświadczony neurolog zawsze da sobie radę. Inaczej dzieje się jednak w przypadkach posuniętej miażdżycy tętnic, z którą idzie w parze rozległe zwapnienie więzów żółtych. Przypadki tego rodzaju

w wieku podeszłym wcale nie są rzadkie. Wtedy igła pomimo kilkakrotnego nakłuwania natyka się stale na kamienną ścianę, której nawet przy użyciu dużego wysiłku nie udaje się przebić.

Te wszystkie trudności przy nakłuciu podpotylicznym w ogóle nie istnieją. Wysokość błony szczytowo-potylicznej przy głowie, przygiętej podbródkiem do piersi, wynosi u dorosłego człowieka 2—2½ cm, nie ma zatem mowy o utrudnionym do niej dostępie, z drugiej strony nawet przy rozległym zwapnieniu starczym więzów i chrząstek nie zdarzyło mi się jeszcze nigdy stwierdzić zwapnienia błony szczytowo-potylicznej, uniemożliwiającego nakłucie podpotyliczne. Podczas ćwiczeń na trupach z młodymi kolegami ci ostatni zgodnie przyznawali mi słuszność, że nakłucie podpotyliczne jest łatwiejsze technicznie, niż lędźwiowe.

Drugim czynnikiem, sprzyjającym coraz częściej stosowaniu nakłucia podpotylicznego, jest zupełny brak przeciwwskazań. Nie jest bowiem przeciwwskazaniem wiek, wręcz przeciwnie, jak to wyżej wyjaśniliśmy, wiek podeszły nieraz sprawia, że nakłucie podpotyliczne jest zabiegiem nie tylko z wyboru, lecz z konieczności. Nie jest przeciwwskazaniem parcie tętnicze wzmożone, przeciwnie, nakłucie podpotyliczne staje się nieraz zabiegiem nie tylko rozpoznawczym, lecz również leczniczym, gdyż, sprowadzając spadek parcia wzmożonego, usuwa lub przynajmniej zmniejsza dole-

gliwości, z nim związane: bóle, wzgl. zawroty głowy, uderzenia do głowy („wali, jak młotem“). Co się tyczy niepokoju chorego, to i on nie jest przeciwwskazaniem do wykonania nakłucia podpotylicznego, łatwiej bowiem utrzymać w spokoju głowę leżącego chorego, niż chorego siedzącego do nakłucia lędźwiowego. Zresztą, spokój i autorytet lekarza jest najlepszym środkiem, uspokajającym niespokojnego chorego. Nie jest również przeciwwskazaniem skłonność do omdleń, spostrzegana u asteników i wagotoników. Wystarczy mieć pod ręką i zastosować natychmiast w razie potrzeby stiminol, korpyrinę, kofeinę, kamforę, strychninę, glukozę i, last but not least, amoniak pod nos. Skrzywienie kręgosłupa szyjnego, nawet znaczne, jakie zdarza się spostrzegać w przypadkach syringomyelii, nie wpływa całkiem lub wpływa minimalnie na wysokość błony szczytowo-potylicznej, nie może przeto stanowić przeszkody do wykonania nakłucia podpotylicznego. Co się tyczy zmian anatomicznych skóry karku, to zmiany stare w postaci blizn nie mogą stanowić przeciwwskazania do nakłucia, natomiast świeże zmiany zapalne są oczywiście doń przeszkodą. Stwierdzona skaza krwotoczna jest, oczywiście, przeciwwskazaniem do zabiegu, na szczęście jednak jest ona zjawiskiem dość rzadkim, praktycznie nie wchodzącym w rachubę.

Jeśli tedy nakłucie podpotyliczne nie ma właściwie żadnych przeciwwskazań, to w pewnych okolicznościach jest się wprost zmuszonym uciec się doń wobec absolutnej niemożności wykonania nakłucia lędźwiowego, czy to z powodu zwapnienia więzów żółtych lub znacznego skrzywienia części lędźwiowej kręgosłupa, czy to z powodu częstych odleżyn okolicy kuprowej.

Co się tyczy techniki nakłucia podpotylicznego, to jestem stanowczym przeciwnikiem samego pojęcia nakłucia bezpośredniego, propagowanego przez Ayera. Uważam, iż okolica podpotyliczna ze względu na bliskość dna czwartej komory nie jest miejscem odpowiednim dla popisywania się swą zręcznością wbrew zasadzie „*primum non nocere*“, że w okolicy tej, jak w ogóle w całej neurochirurgii, obowiązuje zasada powolnego, ostrożnego operowania, możliwego tylko przy stosowaniu metody Eskuchena. Wobec coraz częstszego stosowania nakłucia podpotylicznego, szczególnie cenionego przez syfilidologów z powodu możliwości ambulatoryjnego jego wykonania i zupełnej zbędności następczego zachowania położenia poziomego, sądzę, że

nie będzie zbyteczne szczegółowe podanie sposobu przygotowania i wykonania nakłucia podpotylicznego.

Chorego układa się na bok z głową, przygietą podbródkiem do piersi, goli się całą tylną część głowy, wyciera dokładnie watą, nasiąkniętą benzyną, po czym jodynuje się całą okolicę potylicy i karku. Wyczuwa się, jako punkty orientacyjne, wyniosłość potyliczną zewnętrzną (*protuberantia occipitalis externa*) i wyrostek kolczasty kręgu obrotowego (*processus spinosus epistrophei*) i w połowie odległości między nimi wkłuwają się pionowo do powierzchni igłę z mandrynem, posuwają ją spokojnym ruchem w głąb aż do zetknięcia się z kością potyliczną, wyjmują się mandryn, posuwają wzdłuż kości aż do miejsca, kiedy traci się kontakt z kością — jesteśmy wtedy na brzegu otworu potylicznego wielkiego, wtedy nachylamy nasadę igły ku obwodowi, a tym samym koniec igły dogłownie, jeszcze mały ruch postępujący, i nagle wyraźnie czujemy przebicie błony szczytowo-potylicznej i ustanie oporu, po chwili płyn mózgowy zaczyna wyciekać. Czasem jednak, szczególnie u asteników o niskim parciu tętnicznym, nie odczuwamy ustania oporu i przebicia błony, i wtedy należy, co się wykona mały ruch postępujący, aspirować strzykawką 1—2-gramową.

Utrudnia również samoistne wyciekanie płynu mózgowego niedawno przedtem wykonane nakłucie lędźwiowe, i dlatego trzeba w takich razach trzymać się zasady nakłuwania podpotylicznego dopiero w 3 tygodnie po nakłuciu lędźwiowym, kiedy ilość płynu mózgowo-rdzeniowego odnowiła się do normy, a zatem ciśnienie tegoż płynu wróciło do swej normalnej wysokości.

Wnioski. 1. Nakłucie podpotyliczne jest zabiegiem łatwym, łatwiejszym od nakłucia lędźwiowego.

2. Nakłucie podpotyliczne nie zna właściwie przeciwwskazań, pominąwszy, oczywiście, zmiany zapalne karku.

3. Ogromną zaletą nakłucia podpotylicznego jest możliwość wykonywania go ambulatoryjnie i zbędność następczego leżenia przez 3 dni, koniecznego po nakłuciu lędźwiowym.

4. Koniecznym warunkiem łatwości i bezpieczeństwa nakłucia podpotylicznego jest ściśle trzymanie się techniki, ustalonej przez Eskuchena oraz Sicarda i jego szkołę.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Nowsze prace z dziedziny ftizjologii.

Podał

H. J. LANDAU (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 35.).

G. BICKEL. Przelotne nacieczenia płucne z eozynofilią.

Każdemu prawie lekarzowi udaje się przy systematycznych badaniach rentgenowskich od czasu do czasu stwierdzać u osobników w pozornie doskonałym stanie zdrowia wśród zupełnie normalnego miąższu płucnego cienie miąższowe, mniej lub bardziej rozległe, na pierwszy rzut oka budzące silny niepokój, lecz zupełnie znikające przy badaniu kontrolnym, wykonanym w kilka tygodni lub miesięcy później. Te przemijające nacieczenia płucne bywają dwóch rodzajów. Najczęściej ma

się do czynienia z odczynami zapalnymi lub obrzękowymi w otoczeniu przeważnie nieznacznego ogniska gruzliczego, odpowiadającego „naciekowi wczesnemu“ lub „zespołowi pierwotnemu“ Redekera i Assmanna. Trwają one kilka miesięcy i ulegają wyjątkowo tylko całkowitemu wessaniu, pozostawiając po sobie z zasady bądź bliznę włóknistą, bądź też proces serowaty, prowadzący do powstania jamy.

W drugiej grupie przypadków, spotykanych prawie równie często, lecz mało dotychczas znanych, te nacieczenia płucne cechują się łagodnością, stanowiącą kontrast do pozornie ponurego obrazu rentgenowskiego, i oczyszczają się całkowicie w ciągu jednego do dwóch tygodni, nie pozostawiając po sobie najmniejszego śladu na następnych zdjęciach rentgenowskich.

Pierwszy tego rodzaju przypadek spostrzegł autor w r. 1926. Dotyczył 27-letniego medyka, którego badano z okazji ubezpieczania się. Badanie fizykalne nie wykazało żadnych zmian opukowych, ani osłuchowych, natomiast badanie rentgenowskie, ku zdumieniu autora i badanego, wykryło cień podobojczykowy lewy o rozmiarach małego jabłka i zarysach pozazębianych i cieniowanych. Przepona była dobrze ruchoma, bez jakichkolwiek zniekształceń, szczyty dobrze się wyjaśniały. To samo stwierdzono na zdjęciu rentgenowskim. Pacjent silny i wysportowany nie gorączkował, był rzeźki i czuł się zupełnie zdrow. Badanie krwi wykazało 4.820.000 czerwonych i 8.600 białych ciałek w 1 mm.³, w tym 64% obojętnochłonnych, 13% kwasochłonnych, 18% limfocytów i 5% monocytów. Opadanie krwi było z lekka przyspieszone: 8 mm. w ciągu godziny, 17 mm. w ciągu dwóch godzin i 81 mm. w ciągu 24 godzin. W pięć dni później nie stwierdzało się ani śladu cienia podobojczykowego lewego, natomiast w dolnym płacie lewym, który uprzednio nie wykazywał żadnych zmian, stwierdzono obecnie cień wielkości orzecha o zarysach nieprawidłowych, ginący bez wyraźnych granic w otaczającym mięszu. To nowe ognisko znikło po dwóch dniach, zaś dalsze badania, prowadzone w ciągu kilku miesięcy, stwierdzały brak jakichkolwiek zmian w płucach.

Te przelotne nacieczenia płucne Loefflera stanowią dobrze określony obraz kliniczny, stosunkowo często spotykany, który powinien znać każdy lekarz, by uniknąć ciężkich błędów.

Jest to cierpienie łagodne, o szybkim przebiegu, którego prawdziwe podłoże pozostaje zupełnie nieznanne, gdyż choroba, pomimo ciężkiego obrazu rentgenowskiego, kończy się zawsze wyleczeniem. Najważniejszy objaw stanowi nagle zjawienie się w ciągu kilku godzin lub dni mniej lub bardziej rozległego cienia rentgenowskiego o rozmaitym umiejscowieniu, najczęściej jednak w okolicy podobojczykowej. Nasycenie cienia bywa rozmaite, zarysy czasem ostre, czasami pozazębiane. Ognisko może być odosobnione lub też mnogie, jedno lub obustronne, przy czym rozległość i mnogość ognisk nie ma wpływu na przebieg choroby. Najważniejszą cechą tego nacieczenia stanowi jego przelotność: zjawia się ono i znika w ciągu kilku dni, czasami nosi ono charakter wędrujący, znikając w jednym, a zjawiając się w innym płacie.

Drugim, prawie również ważnym, jak nacieczenie płucne, objawem jest eozynofilia krwi, wahająca się od 5% do 20%, choć czasami może dochodzić do 66%. Ta eozynofilia, współistniejąca z nacieczeniem płucnym, osiąga zwykle swe *maximum* w chwili, gdy ognisko płucne już się wyraźnie cofa. Opadanie krwinek bywa zwykle nieco przyspieszone, lecz nigdy nie przekracza 20 mm. na godzinę; przyspieszone opadanie krwinek stwierdza się mniej więcej w połowie przypadków.

Stan ogólny bywa zawsze nieco upośledzony. Wyjątkowo tylko w ciągu 3—4 dni na szczycie choroby stwierdza się podniesienie ciepłoty, nie przekraczające 38°—38°5.

Objawy opukowe i wysłuchowe bywają minimalne, często nie stwierdza się ich zupełnie. Można jednak spostrzegać lekkie przytłumienie wypuku, ograniczone zaostrenie oddechu, nieco drobnych rzężeń lub trzeszczeń, świadczących o lekkim współudziale opłucnej. Czasami bywa kaszel, odpluwanie zdarza się wyjątkowo, płwocina jest skąpa, o charakterze śluzowym lub śluzowo-ropnym; stwierdza się w niej czasami obecność

leukocytów kwasochłonnych, nigdy — prątków Kocha.

Choroba występuje najczęściej latem, czas jej trwania wynosi z zasady 8 do 10 dni. Cień rentgenowski zaczyna się często przejaśniać już wtedy, gdy się jeszcze rozszerza. Nawroty mogą nastąpić po 2—3 dniach spokoju, rzadko się jednak zdarza, by w ciągu 2 tygodni nie nastąpił całkowity powrót do zdrowia.

Patogeneza i anatomia patologiczna tego cierpienia są zupełnie nieznanne. Korowiaże je z wędrowką do klatki piersiowej larw glist. Leczą ją glisty znajdowano w kale tych chorych w nieznacznym tylko odsetku przypadków. Przeciwno ujmowaniu sprawy jako wczesnego nacieku gruźliczego o bardzo szybkim przebiegu i charakterze poronnym przemawia fakt całkowitego ustępowania objawów chorobowych w ciągu mniej więcej 10 dni. Możliwe wydaje się przypuszczenie, że mamy tutaj do czynienia z częściową niedodmą pochodzenia odruchowego, tak często spotykaną w gruźlicy płuc, powstającą na tle powiększenia gruczołów. Wobec braku wszelkich kryteriów anatomicznych i stałej eozynofilii krwi, nagłego powstawania, dobrego samopoczucia i braku gorączki dopuszczalne jest przyjęcie teorii anafilaktycznej, przy czym cień rentgenowski należałoby tłumaczyć prawdziwym zapaleniem surowiczym w znaczeniu Eppingera. Loeffler, przyjmując istnienie stanu alergii, uważa za czynnik wywołujący drobnoustroje lub ich toksyny. Teoria ta ma tym większe dane prawdopodobieństwa, że eozynofilowe nacieczenia płucne powstają często u osobników z objawami zaburzeń wątrobowych, pokrzywką, migreną lub katarem siennym. Istnieje pewne podobieństwo między tą sprawą a rumieniem guzowatym: w obu sprawach rolę dominującą odgrywa uczulenie terenu, w obu nacieczenie nosi charakter przelotny i wysiękowy i powstaje pod wpływem licznych czynników toksyczno-zakaźnych. Bardzo prawdopodobne jest, że w obu tych sprawach gruźlica stanowi najczęstszy czynnik etiologiczny, aczkolwiek próby tuberkulinowe Pirqueta i Mantoux wypadają dodatnio zaledwie w trzeciej części przypadków. Przelotne nacieczenia eozynofilowe nie należą, zresztą, do rzadkości u zdeklarowanych gruźlików, o czym świadczy materiał sanatoryjny Oeri.

Wszystko to przemawia za tym, że przelotne nacieczenie płucne z eozynofilią możnaby, zdając sobie całkowicie sprawę ze znaczenia odczynu uczulenia na rozmaite wywołujące w tym schorzeniu, uważać w dużej liczbie przypadków za prawdziwy tuberkulid trzewny.

E. ESTACHY. Kilka rozważań nad gruźliczymi zapaleniami jajowodów.

Gruźlica przydatków macicznych nie należy do rzadkości; jest ona częstszą sprawą, niż podają podręczniki. Wiele przewlekłych zapaleń jajowodów, przypisywanych chętnie gonokokom lub paciorkowcom, należy położyć na karb prątki Kocha. Niestety, rozpoznawanie jest tutaj bardzo trudne.

Kiedy należy podejrzewać gruźlicze schorzenie przydatków?

We wszystkich przypadkach schorzenia przydatków, występującego:

- 1) u dziewcząt,
- 2) u młodych kobiet z ciężkim gruźliczym obciążeniem rodzinnym,
- 3) u młodych jeszcze kobiet, w których wywiadach znajduje się nieżyty oskrzele, zapalenie opłucnej, ropienia gruczołów, oraz tych, u których stwierdza się

współistnienie cierpienia gruźliczego (płucnego, kostnowastowego, pęcherzowo-nerkowego),

4) u chorych, wykazujących wyraźne objawy zakażenia gruźliczego: wieczorne podniesienia ciepłoty, bardzo wyraźne wychudnięcie, biała cera, poty nocne, znaczne osłabienie, podciśnienie tętnicze.

W wątpliwych przypadkach uciekamy się do pomocy pracowni i wykonywamy odczyn wiązania dopełniacza B e s r e d k i z surowicą nieogrzaną: dodatni wynik posiada bardzo ważne znaczenie.

Gruźlicze zapalenie jajowodów przebiega pod dwiema głównymi postaciami:

a) gruźlicy przydatków z wodobrzuszem i zapaleniem otrzewnej;

b) zapalenia przydatków, cechującego się obecnością dużych mas obustronnych w miednicy.

Gruźlica przydatków z wodobrzuszem i zapaleniem otrzewnej jest schorzeniem obustronnym o złagodzonej zjadliwości. Występuje u młodych kobiet i przebiega podstępnie. Chore uskarżają się na uczucie ciężaru w miednicy i ciągnięcia w lędźwiach, zaburzenia trawienne (brak łaknienia, nudności, wymioty), nieprawidłowości w miesiączkowaniu (skąpe, bolesne miesiączki, brak miesiączki, bezpłodność); ciepłota waha się około 38°. Przy badaniu stwierdza się obecność wolnego płynu w jamie brzusznej; przy badaniu oburęcznym przez pochwę lub odbytnicę stwierdza się stwardnienia przydatków i rozlany ciastowaty opór w przestrzeni D o u g l a s a i wywołuje się bóle w uchyłkach otrzewnowych i jamie brzusznej. Cierpienie to dobrze odpowiada na odpowiednie zabiegi lecznicze, do których należy zaliczyć: długotrwały spokój, podawanie soli wapnia, pożywienie zdrowe i obfite, opoterapię śledzionową, klimatoterapię górską. Leczenie światłem ma ograniczone wskazania: jest ono przeciwwskazane u chorych gorączkujących i ze zmianami płucnymi. Miejscowe stosowanie lampy łukowej natrafia na mniej przeciwwskazań, zwłaszcza, jeżeli stosować naświetlania dłuższe, lecz mniej intensywne. Homeopaci niemieccy proponują następujące leczenie: długotrwały spokój, ciepłe okłady słone na brzuch oraz następujące środki farmakologiczne: *Apis mellifica*, *Sodium*, *Platinum*, *Palladium*, *Bryonia alba*, *Cimicifuga racemosa*, *Arsenicum*, *Graphites*, *Sargum carbonicum*, *Calcium phosphoricum*, *Ferrum*, *Helonias dioica*, *Phosphorus*.

b) Gruźlicze zapalenie przydatków cechuje się przeciągającym się i przewlekłym przebiegiem, przerywanym ostrymi pogorszeniami. Miesiączki są skąpe, bądź brak ich zupełnie. Zespoły menuragiczne są rzadkie. Wyniki badania obmacywaniem są paradoksalne: niezbyt rozległe zmiany są bardzo bolesne, odwrotnie poruszanie ogromnych trąbek odbywa się bez żywszych sensacji. Ciepłota waha się od 38° do 40°. Nielezione zmiany te prowadzą nieubłaganie do charłactwa. Jedyńm skutecznym leczeniem jest zabieg chirurgiczny: wycięcie macicy z całkowitym usunięciem przydatków, gdyż jajniki bywają często formalnie wmurowane w masy przydatkowe. Operacja usuwa doszczętnie zjadliwe ognisko. Wyniki są znakomite, tak, że lekarz bywa często świadkiem prawdziwego zmartwychwstania.

P. AMENILLE. Postępy w leczeniu gruźlicy.

W przeciwieństwie do gruźlicy świnek morskich gruźlica ludzka nie zawsze jest chorobą. Obok ciężkiej gruźlicy, prowadzącej do śmierci, istnieją przypadki gruźlicy, nie stającej się nigdy chorobą, a będącej jedynie pasożytnictwem bez dalszych następstw. Przypadki te nazywa autor niewinną gruźlicą.

Ostatnio coraz lepiej poznajemy gruźlicę niewinną. Zejściem prawie wszystkich przypadków zakażenia pierwotnego jest znikanie ogniska pierwotnego, bliznowacenie towarzyszących zmian gruczołowych, zaś osobnik, dotknięty tą sprawą, przeważnie już więcej nie choruje. Liczba przypadków, w których po zakażeniu pierwotnym występują poważniejsze zmiany, nie przekracza 2%.

W dalszym ciągu życia po zakażeniu pierwotnym następują inne procesy, spowodowane przez t. zw. nadzakażenie. Powodują je bądź żywe prątki, pozostałe w bliźnie gruczołowej, bądź też prątki, które wtargnęły do ustroju z zewnątrz. Nadzakażenie zdarza się często u mieszkańców dużych miast, każdy z nich ulega mu co najmniej raz na dwadzieścia lat, lecz do powstania prawdziwej choroby doprowadza ono zaledwie w 2—3% przypadków.

Liczba więc przypadków gruźlicy niewinnej jest bardzo znaczna, przekracza z górą dwudziestokrotnie liczbę przypadków gruźlicy patologicznej.

Stanowisko pośrednie między gruźlicą niewinną a gruźlicą o przebiegu ciężkim zajmują przypadki, rozpoczynające się jak ciężka gruźlica, zaburzeniami czynnościowymi, fizykalnymi objawami zmian rozległych i rozpadowych, odkrztuszaniem płwociny, zawierającej prątki, a które ulegają samistnemu i całkowitemu wyleczeniu. Stanowią one około 4% przypadków, rozpoczynających się, jak ciężka gruźlica.

Widzimy więc, że wtargnięcie prątka gruźlicy do ustroju staje się chorobą tylko w 2—3% przypadków, z czego prawie 4% ulega samoistnemu wyleczeniu. O faktach tych należy pamiętać, oceniając wyniki rozmaitych metod leczenia gruźlicy.

Nie ma potrzeby stosować szczególnego leczenia postaci gruźlicy niewinnej: zakażeń pierwotnych i gruźlicy poronnej, które się goją samoistnie.

Metody o pewnej i stałej skuteczności w leczeniu rozległej gruźlicy, zmian jamistych i t. d. dotychczas, niestety, nie znamy; być może, odkryje się ją w przyszłości.

Lecz między postaciami gruźlicy niewinnej, niewymagającymi żadnego leczenia, a nieuleczalnymi postaciami ciężkiej gruźlicy istnieją przypadki pośrednie, dobrze reagujące na nasze skromne środki lecznicze. Ocena wyników leczniczych w tych przypadkach jest nader trudna, gdyż nigdy nie mamy pewności, czy dany przypadek nie uległby samowyleczeniu. Pojęcie o skuteczności metod leczniczych dałoby porównanie przebiegu choroby w dwóch grupach: jednej — zupełnie nieleczonej, drugiej — leczonej określoną metodą. Stosując tę metodę porównawczą, dochodzi autor do poniższych wniosków.

Leczenie preparatami złota nie wykazuje wyraźnej skuteczności.

Wyniki leczenia odną sztuczną można łatwiej ocenić, bowiem łatwiej jest tutaj przeprowadzić podział analogicznych przypadków na leczone i nieleczone, gdyż, po pierwsze, wskazania do założenia odmy są prawie zawsze jednakowe (rozległe i rozpadowe zmiany), po drugie, do grupy leczonej zaliczamy te przypadki, w których odnę udało się założyć, do nieleczonej — te, w których się to nie udało z powodu zrostów opłucnowych, względnie z powodu braku zgody na leczenie odną ze strony chorych. Wszystkie odnośne statystyki przemawiają przekonująco za wybitną skutecznością tej metody leczenia uciskowego.

Niestety, żadna inna metoda nie daje tak przekonującego materiału porównawczego; dotyczy to zarówno metod chirurgicznych, jak i leczenia tuberkulinowego, złotowego, klimatycznego.

W ocenie wyników leczniczych należy uwzględniać rozmaite momenty: w leczeniu złotem — czy częstość dobrych wyników równoważy ryzyko ciężkiego zatrucia, na które naraża ono chorego; w leczeniu klimatycznym — czy skuteczność jego usprawiedliwia wysiłek ekonomiczny i równoważy uraz psychiczny, związany z nim, w chirurgicznym leczeniu uciskowym — czy częstość i trwałość wyleczeń jest dostatecznym równoważ-

nikiem cierpień i okaleczeń, na które naraża ono chorego.

Metoda statystyczna nie powinna służyć jedynie do usprawiedliwienia naszych dotychczasowych zdobyczy leczniczych, lecz musi posiadać trwałe podstawy i być dostatecznie umotywowana, byśmy mogli wiedzieć z dość dużą pewnością, jakie są widoki samowyleczenia każdej postaci gruźlicy.

Jeżeli będziemy wiedzieli w każdym poszczególnym przypadku, co mogą zrobić same siły obronne ustroju bez naszego wkraczania leczniczego, będzie to już oznaczało duży postęp we ftizjoterapii. (Dok. nast.).

Oceny książek.

Vademecum obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej ludności cywilnej. (Warszawa 1936, nakładem Z. U. S.).

Na tle wzmożonego ciśnienia nastrojów „przedwojennych“ chwili obecnej książka ta jest na czasie. Sam rozmiar jej (ok. tysiąca stronic) wskazuje na obfitość zawartego materiału, i w rzeczywistości znaleźć w niej można wszystko, cokolwiek może zainteresować osoby cywilne w związku z wojną przyszłości, której właściwą charakterystykę nada udział lotnictwa i chemicznych środków bojowych. Specjalnie dla użytku lekarzy i personelu sanitarnego przeznaczone są rozdziały, poświęcone toksykologii, klinice i ratownictwu w uszkodzeniach chemicznymi środkami bojowymi. Rozważania na ten temat, przeniesione *caeteris paribus* na teren zagadnień niektórych uszkodzeń zawodowych mogą również i w tym zakresie oddać usługi lekarzom fabrycznym. Wyjątkowe stanowisko wśród owych rozdziałów lekarskich stanowi artykuł Doc. Owczarewicza na temat możliwości wojny bakteriologicznej. Wynika z niego, iż te możliwości praktycznie nie istnieją.

A. Wajngot.

M. MILLER. Rozpoznawanie i leczenie upławów. (Zeszyt 12 monografii lek. Wyd. Eskulap. 1935 r.).

W krótkiej tej broszurce podaje autor wszystkie ważniejsze poglądy na sprawę powstawania upławów i ich leczenia. Autor rozpoczyna od omówienia pokrótce fizjologii oraz patologii wydzieliny narządu płciowego, a następnie wymienia przyczyny upławów, podaje rozpoznanie, rokowanie oraz leczenie. Broszura napisana jest treściwie i w sposób przejrzysty.

Szenwicz.

M. MILLER. Diagnostyka i terapia krwawień okresowych z macicy. (Zeszyt 2 monografii lek. 1937. Wyd. Eskulap).

Na początku książeczki podane są podstawy anatomiczno-fizjologiczne krwawień miesięczkowych, oraz dobrze i krótko wyszczególnione wszystkie główne poglądy na sprawę czynności jajników, na istotę hormonów płciowych i przysadki, jak też na działanie tych hormonów. Poruszoną też została sprawa wzajemnego stosunku jajnika do innych gruczołów dokrewnych. Po omówieniu wszystkich znanych rodzajów i przyczyn zaburzeń krwawień miesięczkowych podaje autor również w streszczeniu i odpowiednio sposoby leczenia. Autor w tej krótkiej broszurce potrafił dać dobre streszczenie zbiorowe wszystkich najważniejszych zagadnień oraz poglądów w skomplikowanej sprawie zaburzeń hormonalnych i ich oddziaływań na czynności narządu rodnej kobiety.

Szenwicz.

Janina WICHER GIBOWSKA-ZEMKE. Higiena ciąży i położu. (Wyd. Eskulap 1937. Zeszyt 7 monografii lekarskich).

Dr. Gibowska-Zemke dała nam książeczkę, w której zdołała na zaledwie 37 stronicach druku omówić bardzo szczegółowo sprawę higieny ciąży i położu. Bez zbytecznego obciążenia nazwiskami autorów, a jednak z uwzględnieniem rozmaitych zapatrywań monografia ta wyczerpuje całkowicie zagadnienia higieny ciąży i położu i odpowiada w zupełności potrzebom zarówno lekarza — praktyka, jak i studenta. Nawet najbardziej nowoczesne zagadnienia, jak kierowanie samochodem, jazda aeroplanem, gimnastyka w położu zostały przez autorkę omówione, co jest dowodem starannego i wyczerpującego opracowania przedmiotu. Książka godna polecenia, szczególnie dla lekarza praktyka. Przeczyta ją też z korzyścią inteligentna pacjentka.

Szenwicz.

René du MESNIL de ROCHEMONT. „Einführung in die Strahlenheilkunde“. (Stron druku 283, ilustracji 162, nakładem Urban u. Schwarzenberg Berlin und Wien 1937).

Książka poświęcona jest zaznajomieniu niefachowca z zasadą, metodami i możliwościami stosowania promieni X w lecnictwie i ułatwieniu tym samym współpracy z fachowcem.

B. Kryński.

Dr. Frieda BÖHNING. Diphtherie und Konstitution. (Nakład, Georg Thieme. Lipsk 1937).

W tej 23 stronicowej broszurce rozważa autorka sprawę konstytucji ludzkiej w stosunku do zapadalności na błonicę. Materiał obserwacyjny, obejmujący 5281 przypadków gruźlicy, pochodzi z kliniki dla dzieci gruźliczych w Scheidegg i dotyczy 553 dzieci, które w 10-letnim okresie czasu (1926—1935) zapadły na błonicę. Z bardzo szczegółowych zestawień i ścisłych rozważań autorki wynika, że szczególnie podatne w kierunku zapadalności na błonicę są dzieci z konstytucją wysiękowo-limfatyczną, w której rozróżnia się typ szczupły i nalany. Pierwszy typ dawał odsetek błonicy prawie 3 razy większy, niż drugi. Z pomiędzy wielu innych ciekawych szczegółów zasługuje na podkreślenie fakt, że dzieci z gruźlicą otwartą zapadały na błonicę bardzo rzadko, mianowicie na 370 przypadków takiej gruźlicy było tylko 5 przypadków błonicy. Wytlumaczenie tego faktu znajduje autorka w tym, że dzieci z gruźlicą otwartą wyjątkowo tylko należą do typu konstytucji limfatycznej. Godna zaznaczenia jest również okoliczność, że przebyta błonica nie miała ujemnego wpływu na przebieg gruźlicy. — Pomimo szczupłych rozmiarów broszurka Dra Friedy Böhnning zawiera dużo ciekawego materiału, z którym zapoznać się warto.

Z. Srebrny.

Wskazówki praktyczne.

W wychudnięciu pochodzenia przysadkowego radzi W. Menzel obok przetworów przysadki stosować insulinę, follikulinę albo hormon kory nadnercza, gdyż doświadczenie uczy,

że w wymienionym schorzeniu często mamy do czynienia z zaburzeniem wielogruzołowym. (M. m. W. 1937 Nr. 25).

—o—

Według R. Schindlera pewne rozpoznanie przewlekłego nieżytu żołądka możliwe jest jedynie przy pomocy gęstego gastrokopu. (Journ. Amer. med. Assoc. T. 108. Z. 6).

—o—

K. Voit poleca w krwawiącym wrzodzie żołądka i dwunastnicy przetwór Aplona, przygotowany z jabłek. Ubija się 30 g aplony z małą domieszką wody w papkę i daje się choremu co godzinę łyżkę stołową. Zawarty w aplonie kwas pektynowy warunkuje jej działanie tamujące krew. (M. m. W. 1937 Nr. 27).

—o—

W celach zapobiegawczych przeciwko żółtaczce noworodków poleca Hotz leczenie wątroby matki w okresie ciąży. Le-

czenie to przeprowadza Hotz w ciągu ostatnich trzech miesięcy w ten sposób, że ciężarna otrzymuje dziennie 100 g surowej wątroby lub tyleż przetworu wątrobowego w postaci kostek bułionowych. W ciągu ostatnich 6 tygodni stosował H. wątrobę w postaci zastrzykiwań campolonu. (Kinderärztl. Praxis. 1937 Nr. 7).

—o—

Według Dursta brak kolki żółciowej przy braku obrazu pęcherzyka żółciowego na zdjęciu rentgenowskim przemawia za sprawą zapalną, zaś obecność kolki przy tym samym obrazie rentgenowskim — za zatkanie przewodu pęcherzykowego kamieniem. (M. m. W. 1937 Nr. 24).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

CCXXXV Posiedzenie z dnia 22 marca 1937 r.

Obecnych 74.

Przewodniczył Brokman.

Pokazy:

1) K. Ereciński: Przypadek choroby Bouillauda (ostrego gościa stawowego) z objawami wielonarządowymi.

10-letnia dziewczynka, która przez 2½ miesiącami przeżyła pierwszy napad choroby gośćcowej, zgłasza się obecnie z powodu nawrotu tej choroby, trwającego od trzech dni. W Klinice w pierwszych dniach pobytu gorączkuje do 38,2°. Tętno dość dobrze napięte i wypełnione, miarowe, 100—110 na minutę. Oddech prawidłowy. Nieznaczna bolesność i zatarcie obrysów stawowych (kolanowych, nadgarstkowych). Płuca bez uchwytynych zmian. Serce powiększone we wszystkich wymiarach, o konfiguracji mitralnej, osłuchowo dwa tony miarowe, szmer skurczowy, słyszalny nad wszystkimi ujściami, akcentuacja II tonu nad tętnicą płucną. Objawów niedomogi narządu krążenia nie stwierdza się. Wątroba powiększona na 1½ palca. W dwunastym dniu pobytu dziecka w Klinice wystąpił silny niepokój psychomotoryczny, omamy, duszność miernego stopnia, sinica warg. Badanie płuc wykazało obustronne zrazikowe zapalenie. Ze względu na wyżej stwierdzone objawy dokonano upustu 75 cm³ krwi, podano środki nasercowe, chininę. Poza tym dziecko stale otrzymuje *Natrium salicylicum* (5,0 g) i *Pyramidon* (1,5 g) oraz środki uspokajające. W następnym dniu objawy płucne zostały pokryte pojawieniem się wysięku w worku opłucnowym. Celem upewnienia się co do charakteru płynu dokonano nakłucia opłucny prawej, które wykazało płyn o charakterze wysiękowym. Badanie krwi w tym czasie nie wykazuje zmian charakterystycznych. Badanie moczu nie wykazuje odchyleń od normy. Odczyn Wassermann'a ujemny. Ciśnienie krwi prawidłowe. Dalsze sprostowanie wykazało stopniowo nasilający się obrzęk twarzy z lekkim niedowładem nerwu twarowego lewego, którego nie można było tłumaczyć zaburzeniami w krążeniu krwi. Wątroba miernie powiększona, wystaje na 3 cm z pod prawego łuku żebrowego. W następnych dniach sylwetka serca uległa powiększeniu, tony serca stały się głuche i ciche, pojawiło się uwypuklenie powłok brzusznych, w jamie otrzewnowej stwierdzono niewielką ilość wolnego płynu. Prześwietlenie promieniami Roentgena wykazało źle widoczną falę skurczową mięśnia sercowego, rozpoznano wysięk w osierdziu. Na wardze górnej i na łukach brwiowych utworzyły się po kilku dniach czyraki, z których po kilku dniach zaczęła wyciekać ropa. Z ropy tej wyhodowano gronkowce i paciorkowce. Po zastosowaniu miejscowo okładów i do wewnątrz Antistreptin obok leczenia przeciwgośćcowego stan ogólny uległ znacznej poprawie. Ciepłota opadła do 37,2°. Obrzęki na twarzy prawie zupełnie ustąpiły. Czyraki zagoiły się. Objawy stawowe zniknęły. W płucach stwierdzano nieznaczne tylko przytłumienie pod kątami łopatek oraz tarcie opłucnowe. Sylwetka serca stopniowo zmniejszała się, tony serca stały się głośniejsze, natomiast szmer skurczowy utrzymuje się przez cały czas. Wątroba wystaje z pod łuku żebrowego na 1 cm. W przypadku pokazywanym zasługuje na podkreślenie rozległe zajęcie błon surowiczych (opłucnych, osierdza, otrzewny), zapalenie płuc, przejściowe zmiany zapalne w mózgu, rozległe zmiany zapalne osierdza i wsierdza, przebiegające pod postacią niedomykalności zastawki dwudzielnej, wywołane przez schorzenie gośćcowe. (Streszczenie własne).

Dyskusja:

Jelenkiewicz zapytuje, jak się zachowywał w tym przypadku odczyn odchylenia dopełniacza Brokmana.

Ereciński odpowiada, iż odczyn Brokmana wypadł dodatnio.

Brokman stwierdza, iż objawy ze strony opłucny i osierdza w przebiegu gościa są częste u dzieci. Zmiany płucne zostały prawdopodobnie wywołane przez *virus* gośćcowy, te powikłania należą do częstych, ostatnio ukazał się w „Presse médicale” artykuł na ten temat. Co do płynu w jamie otrzewnowej, której nie nakłuwano, nie wiadomo, czy był on zastoinowy, czy też zapalny; możliwe jest zarówno jedno, jak i drugie. Mówca cytuje przypadek, w którym odczyn otrzewnowy w przebiegu gościa naśladował napad zapalenia wyrostka robaczkowego.

Ereciński uważał, że płyn otrzewnowy był zapalny. Objawy mózgowe uważa również za wywołane przez zakażenie gośćcowe. W płynie opłucnowym stwierdzono dużo limfocytów.

Brokman podkreśla, iż w płynach wysiękowych stwierdza się limfocytozę nie tylko w gruźlicy, lecz również w goście stawowym, chociaż na ogół twierdzi się, że w płynie gruźliczym przeważają limfocyty, zaś w płynie gośćcowym — komórki wielojądrzaste. Wobec tego przewaga limfocytów nie może służyć jako moment różniczkowo-rozpoznawczy w różniczkowaniu pomiędzy gruźlicą a gościami.

2) B. Karbowski. Z kazuistyki złośliwych nowotworów krtani.

Przypadek pierwszy dotyczy dwudziestokilkuletniego chorego, u którego podczas dokonywania biopsji z powodu guza zatoki gruszkowatej wystąpiła tak silna duszność, że lekarz na miejscu zmuszony był dokonać przecięcia krtani. Kiedy przyniesiono chorego na oddział, stwierdzało się guz wielkości orzecha włoskiego na lewej bocznej ścianie dolnego gardła. Krtani nie wykazywała zmian chorobowych. Po kilku dniach usunięto u chorego rurkę tracheotomijną, chory zaś jako nie nadający się do leczenia chirurgicznego został skierowany do leczenia energią promienną. Guz, który przy badaniu histopatologicznym okazał się rakiem, znikł, i dopiero po roku stwierdzono nawrót. Powtórnie zastosowane leczenie energią promienną nie dało poprawy. Za zgodą chorego metodą „pharyngotomia subhyoidea” usunięty został guz wraz z częścią błony śluzowej gardzieli. Po założeniu zgłębnika nosowo-żołądkowego ranę zaszyto. Po kilku dniach szwy puściły i na skutek zmian troficznych w tkankach miękkich powstała duża rana ziejąca, pokryta szarymi nalotami. W końcu drugiego tygodnia wystąpiła nagle silna duszność. Przyczyną duszności okazał się zanik chrząstek krtaniowych w następstwie długotrwałych naświetlań. Po dokonaniu przecięcia tchawicy w ciągu dwóch miesięcy rana się oczyściła, i szybko postępowało zabliznienie. Po trzech miesiącach usunięty został zgłębnik nosowo-żołądkowy, i chory zaczął się żywić drogą naturalną. Stan chorego jest na razie zadawalający.

Drugi przypadek dotyczy chorego, operowanego z powodu rozległego raka krtani. Krtani wraz z nagłośnią została usunięta ogólnie przyjętą metodą, zmodyfikowaną przez Wojatschka. Cięciem po linii środkowej bez utworzenia płatów skórnych została wyłuszczone krtani. Wobec niedostatecznego dostępu przy oddzielaniu krtani od nasady języka dokonano dodatkowego cięcia poprzecznego na wysokości kości gnykowej. Po dwóch tygodniach został usunięty zgłębnik nosowo-żołądkowy, rana była już zablizniona, i żywienie odbywało się bez przeszkód drogą naturalną.

Dyskusja:

Mościskierówna uważa mowę zastępczą laryngotomowanych za najwdzięczniejsze zadanie.

Odczyt.

3) J. Węgierko. *Zasady leczenia cukrzycy jako cierpienia, wynikającego z upośledzonego przyswajania materiału ciepłostkowego.* (Streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja:

Jelenkiewicz uważa, że teoria prelegenta, ujmująca cukrzycę jako cierpienie, wynikające z upośledzonego przyswajania materiału ciepłostkowego, ma wątpliwe uzasadnienie i nie może zastąpić poglądów dotychczasowych, opartych na licznych faktach doświadczalnych i klinicznych, według których cukrzyca jest hormonalnym zaburzeniem gospodarki węglowodanowej. W leczeniu cukrzycy trzustkowej należy bardzo indywidualizować, licząc się jednak z dotychczasowymi kanonami ogólnymi, że węglowodany, nadmiar ciepłostek i białko są tymi czynnikami, które zmniejszają tolerancję węglowodanową ustroju cukrzycowego.

Jochweds podaje wyniki porównawczego stosowania diety skąpowęglowodanowej i obficie węglowodanowej u około 30 chorych szpitalnych i prywatnych. Każdą z tych diet stosowano po 10—14 dni. Wyniki były następujące:

1) w niektórych przypadkach samopoczucie chorych poprawiało się bardzo znacznie na diecie obficie węglowodanowej, przy czym poziom cukru we krwi i moczu nie ulegał większym zmianom. W większości przypadków jednak już po bardzo krótkim czasie następowało gwałtowne załamanie osiągniętej równowagi i znaczne pogorszenie, wymagające powiększenia dawek insuliny;

2) korzystne działanie diety obficie węglowodanowej było bez porównania wybitniejsze, jeżeli dietę tę stosowano dopiero po okresie klasycznej diety skąpowęglowodanowej;

3) na początku stosowania diety obfitującej w węglowodany i jednocześnie mało tłuszczowej chorzy są bardzo zadowoleni z tego powodu, że mogą jadać to, co było dotychczas zakazane, jednak już po pewnym czasie, okresie kilkudniowym, kilkutygodniowym lub kilkumiesięcznym, zaczynają dotkliwie odczuwać brak dostatecznej ilości tłuszczów w pożywieniu. Wbrew twierdzeniu prelegenta, cukrzyca wciąż jeszcze jest wielką tragedią dla cukrzycowców; na diecie, zaproponowanej przez Doc. Węgierkę, nie waży oni węglowodanów, ale za to waży, względnie mierzą tłuszcz. Nie można również lekceważyć tego zjawiska, że wielu pacjentów uważa stałe zastrzykiwanie insuliny za nieszczęście. Mówca podkreśla częste pogarszanie się obwodowych zapaleń błony wewnętrznej tętnic pod wpływem diety obficie węglowodanowej, zaś dusznicę bolesną — pod wpływem dużych dawek insuliny, która u sercowo chorych nie może być w żadnym razie uważana za środek nieszkodliwy;

4) krzywa obciążeniowa po 10-dniowym okresie obficie węglowodanowym (300 g węglowodanów, 20 g tłuszczów, 50—60 g białka) przebiegała zawsze gorzej, aniżeli po okresie skąpowęglowodanowym (100 g węglowodanów, 90 g tłuszczów, 90 g białka), co stwierdzono w 20 przypadkach. Rany atoniczne u chorych cukrzycowych goiły się również gorzej;

5) niezależnie od tego wszystkiego, w niektórych przypadkach dieta obficie węglowodanowa oddaje niewątpliwie wielkie przysługi i daje bardzo dobre wyniki; dotyczy to przede wszystkim chorych wyniszczonych oraz odwrotnie niektórych chorych otyłych.

J. Pen son stwierdza, iż dawniej panował niepodzielnie pogląd, że w leczeniu cukrzycy należy dążyć do oszczędzania trzustki przez ograniczenie podawania węglowodanów. Pierwszym wyłomem z tej zasady była dieta owsiankowa v. Noorden a. Stopniowo liczne badania na zwierzętach i ludziach wykazały, że dieta, uboga w węglowodany, a obfita w tłuszcz i białko, obniża tolerancję węglowodanową, wywołuje przecukrzenie krwi, usposabia ustrój do kwasicy. Po stwierdzeniu tego faktu zaczęto stosować dietę obfitszą w węglowodany. Istnieją jednak znaczne różnice w poglądzie na maksymalną ilość węglowodanów. Niektórzy (do tych należy również prelegent) zalecają dietę obficie węglowodanową (250—300 g na dobę), inni zajmują stanowisko pośrednie, stosując dietę o następującym składzie: 150 g węglowodanów, 90 g tłuszczu, 80 g białka, zastrzegając sobie pewne odchylenia w poszczególnych przypadkach cukrzycy. Mówcy wydaje się, że dieta, którą obecnie przedstawił prelegent, jest niedogodna na dłuższą metę, między innymi dlatego, że zawiera bardzo mało tłuszczu, co ogromnie utrudnia układanie jadłospisu i działa na chorego równie deprymująco, jak dawniejszy lęk przed węglowodanami. Najważniejszą wreszcie sprawą jest konieczność wybitnego indywidualizowania, gdyż tolerancja węglowodanowa jest różna nie tylko w każdym przypadku cukrzycy, lecz nawet u tego samego chorego w różnych okresach schorzenia. Dzisiaj można powiedzieć z całą pewnością,

że obawa przed podawaniem węglowodanów w cukrzycy jest niesłuszna. Ostateczną jednak odpowiedź na pytanie, czy należy stosować dietę obficie (250—300 g), czy też umiarkowaną (130—150 g) węglowodanową, będzie można dać dopiero po wieloletnim doświadczeniu.

Kell zapytuje prelegenta, w jaki sposób da się pogodzić jego twierdzenie, że poziom cukru we krwi nie ma znaczenia jako kryterium przebiegu cukrzycy i że powinniśmy tylko ograniczyć się do badania bilansu cukrowego, z istnieniem przypadków cukrzycy, zwłaszcza w podeszłym wieku, cechujących się aglikozurią przy wysokim poziomie cukru we krwi z powodu zagęszczenia nerek i wywołanego procesem miażdżycowym kłębuszków podniesieniem progu nerkowego dla cukru. Jak w tych przypadkach oceniać przebieg kliniczny cukrzycy, jeżeli nie z wysokości poziomu cukru we krwi? Mówca nawiązuje do zastrzeżeń, wyrażonych przez D-ra Pen s o n a, i ponawia jego wątpliwości, czy leczenie ćwiczebne dietą, bogatą w węglowodany, może być stosowane u chorych z cukrzycą na dłuższą metę, gdyż stoi ona, jak to udowodnia mówca na przykładzie efektu Stauba - Traugotta, w sprzeczności z założeniami teoretycznymi. Mówca nie podziela optymizmu prelegenta w stosunku do cukrzycy, którą prelegent porównuje z wadami refrakcji oczu, a której powikłania odnosi wyłącznie do wadliwego żywienia chorych. Trudno przyjąć, iż czystość, zmiany miażdżycowe naczyń kończyn dolnych wraz z ich zgorzelą oraz skłonność do gruźlicy nie są powikłaniami samej cukrzycy, lecz są tylko wywołane niedożywieniem, wyrażającym się w ujemnym bilansie cukrowym.

Fejgin stwierdza, iż stosowanie diety, tak obfitującej w węglowodany, jak proponuje i stosuje prelegent, stanowi istotnie ogromny i, należy przyznać, niezwykle atrakcyjny przewrót w pojęciach o cukrzycy, szczególnie dla laików i dla pacjentów. Już cały szereg zresztą autorów w ciągu ostatnich kilkunastu lat zerwał z dawnymi tradycjami surowych i ścisłych ograniczeń dietetycznych, i pozostając tylko przy ograniczeniu ilości tłuszczów, podają oni stosunkowo znaczne ilości węglowodanów, bądź białka, bądź jednych i drugich. Bądź co bądź dzisiaj zarówno diety skąpowęglowodanowe a obficie tłuszczowe i białkowe typu diet Naunynowskich, jak i diety niemal głodowe, skąpokaloryczne i ubogobiałkowe typu Newbougha i Marcha, Woodyatta i innych należą do przeszłości. Pozostała może tylko ogólna zasada zachowania pewnej równowagi pomiędzy czynnikami keto- i antyketotwórczymi, wyrażona przez Allena i stosowana przez większość diabetologów z Joslinem na czele. Z tego więc punktu widzenia metoda prelegenta stanowi krańcowe rozwinięcie idei i kierunków ostatnich lat. Ale właśnie czy nie nazbyt krańcowe, i czy krańcowość ta jest uzasadniona istotną potrzebą praktyczną i względami teoretycznymi? Niebezpieczeństwo udowadniania jakiegokolwiek, nawet najbardziej paradoksalnej i krańcowej tezy w leczeniu cukrzycy na podstawie przypadków pomyslnych polega na łatwej możliwości poparcia każdej tezy przykładami z praktyki. Skala wrażliwości i indywidualność oddziaływania tych chorych jest tak wielka, że nie ma chyba takiej metody leczniczej, takiej kombinacji dietetycznej, dla której nie można by było znaleźć odpowiednio korzystnej statystyki. Przecież nawet taka, oczywiście, szkodliwa i przeciwwskazana kombinacja, jak obficie tłuszczowa i białkowa a skąpowęglowodanowa dieta dawniejszych autorów miała swoich zwolenników i napewno swoje wdzięczne przypadki. Mówcy wydaje się jednak niemożliwą do przyjęcia teza prelegenta, że nie należy się zupełnie liczyć ani z wysokością cukromoczu, ani z poziomem cukru we krwi, jeżeli pacjent czuje się dobrze. Owszem, pacjent może się na razie czuć dobrze, ale jest rzeczą niemożliwą, aby stale wysoki poziom glikemii był dla ustroju obojętny. Skądby się w takim razie brały te uporczywe przypadki czystości u chorych z cukrzycą, te zaćmy, te zapalenia nerwu kulszowego, niemoc płciowa u mężczyzn, wczesna miażdżyca i zgorzel kończyn, jeżeliby tolerancja ustroju w stosunku do przecukrzenia krwi była tak wielka, jak to wynika ze słów prelegenta? A łatwość i częstość powikłań zakaźnych u osobników z przecukrzeniem krwi? Z drugiej strony utrzymywanie diety tak obfitej w węglowodany, a tak ubogiej w tłuszcz, jak tego chce prelegent, po pierwszym okresie entuzjazmu staje się uciążliwe i przykre, szczególnie dla ludzi uboższych, tym bardziej, że związane bywa często z koniecznością stałego używania większych dawek insuliny. Nie negując wielu dodatkowych stron idei, których tak gorliwym rzecznikiem jest prelegent, a które polegają na rozwianiu tej zaiste często przesadnej i zbędnej obawy przed węglowodanami, jaka niepotrzebnie komplikuje życie pacjentom i zatruwa spokój lekarzowi, nie przecząc, iż w pewnych przypadkach i na pewien okres czasu korzystne być może żywienie obficie węglowodanowe i skąpotłuszczowe, mówca sądzi, iż w ogromnej, przeważającej liczbie przypadków cukrzycy w zupełności zadawalające wyniki otrzymać

można, stosując dietę o mniej krącowym i jednostronnym składzie. Mówca przekonał się w ciągu szeregu lat do diety, zawierającej 150—180 g węglowodanów, od 80 do 100 g białka i 60—80 g tłuszczu, która pozwala na utrzymanie większości tych chorych w stanie równowagi, ewentualnie przy zastosowaniu w cięższych przypadkach stosunkowo niewielkich dawek insuliny, nie raz tylko okresowo. Dieta ta bywa doskonale znoszona, pozwala na układanie menu, zupełnie zbliżonych do normalnego sposobu żywienia się przeciętnego człowieka, może być dzięki temu stosowana w ciągu nieograniczonego długiego czasu. Nie wymaga ona przy tym tak skrupulatnego ważenia i mierzenia, jest więc dostępna i dla ludzi pracujących i nie mających warunków do zbyt wielkiej dbałości o własną osobę, jak o tym wielokrotnie przekonał się mówca u chorych ambulatoryjnych, na przykład w przechodniach dla ubogich, i dlatego nie odczuwa zupełnie potrzeby jakichkolwiek głębszych reform pod tym względem. Mówca zastrzega sobie oczywiście w poszczególnych przypadkach i sytuacjach pewne modyfikacje, a więc głodówki węglowodanowe w ciężkiej kwasicy, czasami okresy diety zbliżonej do diety Adlersberga i Porgesa i t. d.

Węgierko odpowiada.

CCXXXVII posiedzenie z dnia 26 kwietnia 1937 r.

Obecnych 38.

Przewodniczył Brokman.

Odczyt:

G. Bychowski. *Leczenie chorób psychicznych insuliną* (streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja:

Węgierko stwierdza, że w stosowaniu pozacukrzycowym insuliny należy rozróżniać dwie metody lecznicze: metodę wywoływania śpiączki insulinowej oraz metodę wywoływania wstrząsów wegetatywnych. Wstrząs insulinowy jest jednym z najlepszych środków leczenia przestrajającego. Może on znaleźć zastosowanie nie tylko w leczeniu dychowicy oskrzelowej, lecz i w innych cierpieniach dzięki jego działaniu znieczulającemu, przeciwkurczowemu i nasennemu.

Prelegent nie odpowiadał.

CCXXXVIII posiedzenie z dnia 12 maja 1937 r.

Obecnych 45.

Przewodniczył Brokman.

Odczyt:

I. M. Landsberg, H. Szpidbaum i J. Dworecki. *Badania nad wpływem kory nadnerczy na przemianę białkową* (streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja:

J. Dworecki: Z badań chemicznych krwi do najpospolitszych należy oznaczenie stężenia mocznika, wprowadzone przez szkołę Widala i Strausa jako miernik stanu czynnościowego nerek w azociach. Badanie to uzyskało powszechne prawo obywatelstwa, choć oddawna wysuwano przeciwko niemu zastrzeżenia. Przede wszystkim stosowana zazwyczaj metoda podbrominowa daje liczby, nie odpowiadające ściśle mocznikowi, a obejmujące inne składniki azotowe, które ulegają — jak i mocznik — rozpadowi pod wpływem podbrominu. To też do celów naukowych stosowana być winna metoda bardziej swoista, naprz. ureazowa, lub ksanthydrolowa. Drugim zastrzeżeniem bardziej zasadniczym, jest to, że mocznik najprawdopodobniej nie odgrywa najistotniejszej roli w mechanizmie powstawania „mocznicy”, ustępując w tym względzie innym składnikom azotowym. W poszukiwaniu tych właśnie innych składników, które można byłoby uważać za istotne w wywołaniu zaburzeń uremicznych, wiele zajmowano się oznaczeniem ilościowym we krwi kwasu moczowego, kwasów aminowych, zwł. wolnych, indykanu, kreatyniny, pewnych ciał aromatycznych, dających odczyn ksantoproteinowy. Ostatnio zaś szkoła francuska szczególną uwagę zwraca na bardziej złożone produkty rozpadu białka, czyli na t. zw. polipeptydy, upatrując w nich najbardziej trującą frakcję azotu niebiałkowego. Wszystkie te badania nie doprowadziły jednak do sprecyzowania istoty chemicznej jadu uremicznego, jakkolwiek niewątpliwie wzbogaciły klinikę pod względem semiologicznym, zwłaszcza w dziedzinie rokowania. Większość prac tu omawianych posiada jedną wadę: jest nią fragmentaryczność ujęcia zagadnienia. Różni autorzy zbyt często usiłują oprzeć swe wnioski bądź na jakiejś pojedynczej wartości, naprz. stężeniu mocznika lub globalnego azotu niebiałkowego, lub na różnicy tych liczb, to jest na t. zw. azocie rezydualnym, bądź też rzadziej za podstawę wniosków obierają równoległe określenia stężeń 2, 3, co najwyżej 4 składników azotowych we krwi. Niewątpliwie tylko przez całkowite ujęcie liczbowe wszystkich dostępnych oznaczeniu składników azotu można będzie ocenić istotną wartość charakterystycznych odchyleń i przesunąć wzajemnych w obrębie azotu niebiałkowego, jakie stwierdzić się

dadzą w zależności od jednostki chorobowej, jej nasilenia i t. p. momentów patologii, z jednej strony oraz ewentualnie od wpływu czynników doświadczalnych z drugiej. Ilustrację takiej tezy stanowią badania wykonane z kol. Landsbergiem, Szpidbaumem i Guzmanem nad wpływem kortyny na przemianę azotową. Przechodząc do metodyki badań takich „zaspółów”, Dworecki podkreśla niedoskonałość sposobów tych oznaczeń pewnych komponent, naprz. ciał kreatyninowych, oraz chwiejność chemicznego uzasadnienia indywidualności frakcji „polipeptydowej”. Narazie słuszniej byłoby ją ze względów metodologicznych nazywać „frakcją podwójnego azotu” (Doppelstickstoff u Niemców). W technice najszerszej uwzględniono tu mikrometodykę krwi. Dworecki podaje, że w próbkach krwi, nadesłanej z oddz. 4-go w ilości ok. 20 cm. sz. a zmieszanej z suchym szczawianem potasu, określano (w osoczu): cały azot niebiałkowy (mikrokjeldahlometrycznie), „polipeptydy” również mikrokjeld. (techniką „podwójnego azotu” Cristol-Puecha), kwasy aminowe (O. Folin), mocznik (Van-Slyke-Cullen-Rappaport), kwas moczowy (Benedict-Becher-Hermann), kreatyninę (Folin-Wu). Wyniki tych oznaczeń były o tyle zgodne, że suma azotu wszystkich podanych wyżej składników była prawie zawsze nieco mniejsza od liczby azotu niebiałkowego, pozostawiając „luz” dla t. zw. „azotu nieokreślonego”. Prócz tych wartości oznaczano w wielu próbach krwi stężenia indykanu i „ciał ksantoproteinowych”. Interpretacja uzyskanych liczb wymaga ustalenia dla każdego składnika zakresu jego wahań fizjologicznych. Niestety już pobieżny przegląd „norm”, podawanych przez autorów, świadczy o wybitnej rozbieżności liczb. Dla przykładu Dworecki przedstawia grafikę norm mocznika we krwi, z której wynika, że dla jednych skala ta ma rozpiętość bardzo szeroką (naprz. 15—50 mgr% wg. Widala), dla innych wąską (naprz. 19—32 mgr% wg. Berglunda); różnią się również wartości maksymalne (32—40—42—50 mgr%). Nie mniejszą rozbieżność zdań stwierdza się w odniesieniu do innych składników azotu niebiałkowego. Nie wdając się w analizę przyczyn tej niezgodności (głównie: sprawa metodyki chemicznej; poza tym niejednakowość materiału wyjściowego: krew całkowita, surowica, osocze) Dworecki podaje, że nie pozostawało nic innego, jak wziąć za podstawę górnej i dolnej granicy „norm” dla każdego składnika liczby, wypośrodkowane z badań autorów, którzy posługiwali się metodyką oznaczeń, analogiczną do obranej przez Dworeckiego. Po przerachowaniu uzyskanych tą drogą danych na liczby samego azotu, wchodzącego w skład tych ciał, okazało się, że całkowita wartość azotu niebiałkowego osocza waha się w granicach od 20 do 40 mgr%, a na nią składa się 9—19 mgr% azotu mocznika, 5—8 mgr% azotu kwasów aminowych, 3—8 mgr azotu polipeptydów, 5—3 mgr% az. kreatyniny, 0,8—1,5 mgr% kwasu moczowego i do kilku mgr% azotu nieokreślonego. Opierając się na tych normach, Dworecki przedstawił w postaci wykresów odchylenia jakie w przebiegu doświadczeń stwierdzano. Na wykresach tych przyjęto dla każdego związku azotowego odmienną skalę — odmienną dlatego, że dla wszystkich badanych ciał zakres wahań fizjologicznych oznaczony był na wykresie poziomym pasem jednej i tej samej szerokości. Wynika stąd, że jakkolwiek położenie każdego punktu na tej tablicy oznacza inną liczbę absolutną dla mocznika, a inną dla kwasu moczowego i t. d. to jednak tenże punkt symbolizuje dla każdego składnika jeden i ten sam względny stopień odchylenia od normy *in plus in minus*.

Uzyskuje się tą drogą wyjątkową plastyczność w graficznej rejestracji przebiegu krzywych wykreślonych równoległe dla wszystkich składników azotu na jednej tablicy (streszczenie własne).

2) A. Galewski. *Niedomoga wątroby ze stanowiska biochemicznego* (było drukowane w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim”).

Dyskusji nie było.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu pokazowym Polikliniki Powszechnej w Wiedniu z dnia 6 marca 1937 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 24/1937) pokazywał M. Taubenhaus przypadek *zatoru tętnicy udowej*. 72-letnia pacjentka z moczową cukrową zachorowała na zapalenie płuc. Gdy zmiany w płucach się cofnęły, gorączka zupełnie ustąpiła, a zawartość cukru we krwi znajdowała się na górnej granicy normy, chora dostała nagle w nocy bardzo silnych bólów w prawej kończynie dolnej. Przeprowadzone natychmiast badanie wykazało uderzającą bledność i niską ciepłotę prawego podudzia i stopy, począwszy od połowy łydki w dół. Tętna stopy nie można było wyczuć. W oczach lekarza przesunęła się granica między różowo-sinawym odcinkiem dośrodkowym a białym obwodowym ku dołowi i to skokami zrazu do kostek, na-

stępnie do przedniej części stopy, tak, że wreszcie tylko trzy pierwsze palce nogi były bardzo blade, zimne i nader bolesne. Miało się niewątpliwie do czynienia z zatorom tętnicy udowej, przy czym zator przesunął się etapami ku obwodowi. Konieczne było jak najszybsze wkroczenie. Prelegent zdecydował się na *śródtętnicze wstrzyknięcie perabrodilu* do tętnicy udowej poniżej więzadła Pouparta. Wstrzyknięto szybko 20 cm³ leku w 35% roztworze za pomocą dość grubej długiej igły. Bezpośrednio po wstrzyknięciu odniosła chora uczucie gorąca w całej nodze, palce jej stały się żywo czerwone i gorące, powróciło tętno w stopie. Bóle momentalnie ustąpiły. Badanie kontrolne w następnych dniach ujawniło znowu dobre krążenie i niebolesność całej nogi. Śród stosowanych metod leczenia zatorów kończyn

dolnych zastosowana tutaj jest z pewnością najbardziej oszczędzająca chorego. Wycinanie zatoru byłoby u pokazywanej silnie wyczerpanej chorej zbyt poważnym zabiegiem. Dużych dawek papaweryny, względnie eupaweryny (Denk) pragnął prelegent uniknąć, gdyż ciśnienie i tak już spadło podczas zapalenia płuc ze 140 na 90 mm. Hg, zaś pod wpływem papaweryny mogłoby spaść jeszcze niżej. Perabrodil wywiera silne działanie rozszerzające naczynia. Tylko tym można tłumaczyć fakt, że ustąpił skurcz tętnicy, wywołany przez zator, sam zaś zator przesunął się do bardziej obwodowych odcinków, gdzie obfite połączenia tętnicze zapewniają dostateczne ukrwienie. Podobnie dobry wynik otrzymał za pomocą abrodilu przed kilku laty M. Schur.

Przegląd terapeutyczny.

Z *Przychodni Przeciwgruźliczej X Ośrodka Zdrowia*
(Kierownik Ośrodka: Dr. Felicja Brodzka).

Przyczynę do leczenia schorzeń dróg oddechowych u dzieci.

Podają
Zofia CHREMPIŃSKA (Warszawa).

Mieszanina pochodnych fenolowych, otrzymana pierwotnie z mazi drzewa bukowego i z produktów destylacji żywicy gwajakolowej, zwana kreozotem, cieszy się od dawna dużym powodzeniem w leczeniu chorób płucnych; kreozot, stosowany zrazu jedynie w przewlekłych nieżytach dróg oddechowych, zyskał należyte uznanie również i w leczeniu schorzeń miąższu płucnego.

Wielką przeszkodą w stosowaniu kreozotu jest jego przykry zapach i smak oraz zaburzenia w trawieniu (biegunki) i zmiany zapalne w nerkach, które wywołuje.

Toteż starano się wykryć środek leczniczy o działaniu kreozotu, pokrewny mu, jednak bez cech ujemnych swego pierwowzoru.

Z mieszaniny związków fenolowych wyosobniono główny składnik kreozotu, zwany gwajakolem. Jest to ester metylowy pyrokatechiny (dwuorto-fenolu), wydobywany pierwotnie drogą suchej destylacji z pewnych gatunków drzew (buk), zaś od końca ubiegłego stulecia — drogą syntetyczną.

Antyseptyczne własności gwajakolu, jego szybkie wchłanianie się przez błonę śluzową przewodu pokarmowego i następne wydalanie się z powietrzem wydychanym, warunkują bezpośrednie działanie tego środka leczniczego na miąższ płuc, tak ważne w jego schorzeniach.

Stosowanie związków fenolowych w leczeniu dziecięcym przedstawia duże trudności przede wszystkim ze względu na przykry zapach i smak kreozotu i jego pochodnych, następnie ze względu na łatwość wywoływania zaburzeń w układzie trawiennym i moczowym, o czym wspomniałam już wyżej.

Ważny jest przeto dobór odpowiedniego środka farmakologicznego z grupy gwajakolu w odmianie o przyjemnym smaku, środka, podlegającego w organizmie takim zmianom chemicznym, w których wyniku powstałyby produkty niedrażniące, nieszkodliwe dla ustroju.

W świetle najnowszych doświadczeń farmakodynamicznych warunkom powyższym odpowiada całkowicie ester glicerynowy gwajakolu, ulegający w organizmie zwierzęcym zaledwie nieznacznej rozkładowi.

Doświadczenia, przeprowadzone „*in vitro*” z mieszaninami trawiennymi z dodatkiem estru glicerynowego gwajakolu, nie wykazały obecności wolnych związków fenolowych.

W świetle spostrzeżeń chemii klinicznej ester glicerynowy gwajakolu zostaje w przeważającej części zreorbowany przez błonę śluzową żołądka, częściowo zaś wydzielony z moczem jako produkt utlenienia, związany z kwasem siarkowym. Około 40% estru glicerynowego gwajakolu zostaje związane (zobojętnione) przez kwas glukuronowy, zawarty w ślinie, to zdaje się tłumaczyć brak zaburzeń w trawieniu, który stwierdziłam przy stosowaniu estru glicerynowego gwajakolu, zawartego w środku farmakologicznym „Rezyl” („Ciba”). Poniżej podaję przebieg moich spostrzeżeń:

Przyp. I. K. R., dziewczynka lat 7. Dziecko na ogół zdrowe, przed 2½ l. przechodziła grype, od tego czasu stale skłonna do przeziębień i stanów gorączkowych. Zgłasza się z powodu kaszlu, trwającego od 4 tygodni; kaszle, jak podaje matka, bez przerwy w dzień i w nocy. Gorączkuje do 37,6°C. Stan ogólny niezły, T. 37,2°C., tętno 82, miarowe. Budowa prawidłowa, wiotka, odżywienie upośledzone. Skóra bez zmian, gruczoły chłonne karkowe i pachowe do wielkości ziarna grochu, twarde, nieprzesuwalne, niebolesne. Jama ustna bez zmian. Noso-gardziel żywo czerwona. Płuca — wypuk jawny z obu stron, granice prawidłowe. Oddech pęcherzykowy z licznymi furczeniami i świstami. Serce, jama brzuszna — norma.

Odczyn Pirqueta dodatni (+). Prześwietlenie kl. piersiowej: „Pola płucne bez uchwytanych zmian. Cienie wętkowe umiarkowanie zagęszczone, niezbyt duże. Ruchy przepony prawidłowe”.

Zastosowałam „Rezyl” w postaci syropu, zalecając 3 łyżeczki od herbaty dziennie.

Już po 6 dniach poprawa stanu ogólnego, kaszel „wilgotny”, mniej uporczywy, dobre samopoczucie dziecka, poprawa łaknienia, temperatura utrzymuje się stale na poziomie 37, — 36,4°C.

Po 2 tygodniach — kaszel ustępuje całkowicie, jak również i stany podgorączkowe. Przybytek na wadze — 600 gr., b. dobre samopoczucie, łaknienie i trawienie. Badanie moczu zmian nie wykazuje. Dziecko podlega opiece lekarskiej jeszcze przez ½ roku — przy każdorazowym „przeziębieniu” stosuję „Rezyl” w postaci i dawkach, wyżej wymienionych; kaszel zwykle uśmierza się już po 1—2 dniach, nawrotowe nieżyty oskrzeli występują coraz rzadziej, stany podgorączkowe ustąpiły. Widoczna poprawa stanu ogólnego i łaknienia.

Przyp. II. M. J. Chłopiec lat 6 zgłasza się z wywiadami podobnymi do poprzednich. Przed 2 laty „zapalenie płuc” — od tego czasu b. wątki, ma apetyt zły, stale pokasłuje, skłonny do przeziębień. Od 3 tygodni kaszel (suchy) nasilił się, dziecko gorączkuje do 37,8°C.

Stan obecny. Dziecko wiotkie, wybitne znamiona krzywicy głowy (guzy) i kl. piersiowej („różaniec”). Odżywianie upośledzone, gruczoły chłonne podszczekowe powiększone. Próchnica zębów. Śluzówki noso-gardzieli rozpalnione, zaczerwienione. Płuca — wypuk jawny, granice prawidłowe. Osluchowo — liczne furczenia i świsty. Inne narz. wewn. bez zmian.

Prześwietlenie kl. piersiowej: „Pola płucne bez uchwytynych zmian, cienie wętkowe nieco powiększone, zagęszczone“.

Odczyn Pirqueta dodatni (+). Zastosowałam „Rezyl“ w postaci syropu — 3 łyżeczki od herbaty dziennie. Po 10 dniach matka prosi o „powtórzenie lekarstwa“. Podaje, że spostrzega dużą poprawę; dziecko nie gorączkuje, mniej kaszle, samopoczucie i łaknienie lepsze.

Po 3 tygodniach badanie dziecka wykazuje: stan ogólny lepszy, temperatura 36,4°C. przybytek wagi — 400 gr. Łaknienie b. dobre. Płuca — wypuk jawny, oddech pęcherzykowy bez dźwięków dodatkowych. Badanie moczu — zmian brak. Dziecko podlega obserwacji lekarskiej przez 4 mies. — W tym czasie 2 krotnie przechodzi stany „przeziębienia“ — zalecam każdorazowo stosowanie Rezylu (jak poprzednio), co przynosi poprawę stanu ogólnego dziecka i ustępowanie nieżyty oskrzeli. Mocz bez zmian.

Przyp. III. P. J. Chłopiec, lat 5, zgłasza się z powodu złego stanu ogólnego i skłonności do przeziębienia. Łaknienie b. złe. Od 10 dni przeziębiony, kaszle, temperatura wieczorami do 37,6°C. Stan ogólny niezły, dziecko wątłe, odżywianie mierne. Skóra śniado-błada, dość jędrna, gruczoły chłonne podszczękowe wielkości ziarna grochu, twarde, przesuwalne, niebolesne. Jama ustna bez zmian. Śluzówki noso-gardzieli żywo czerwone. Płuca — wypuk jawny z obu stron, granice prawidłowe. Oddech pęcherzykowy, liczne furczenia i świsty. Odczyny tuberkulinowe (Pirquet, Mantoux) ujemne. Zastosowano „Rezyl“ — syrop — 3 łyżeczki od kawy pro die. Po 3 dniach — poprawa samopoczucia dziecka. Kaszel wilgotny, mniej męczący, temperatura 36,2°C., wieczorami 37,1°C. Poprawa łaknienia dziecka. Po 10 dniach — stan ogólny i łaknienie b. dobre. Przybrał na wadze 150 gr. Nie kaszle od 4 dni. Nie gorączkuje. Trawi prawidłowo. Badanie moczu zmian nie wykazało.

Chłopiec pozostaje pod obserwacją lekarską jeszcze ½ roku: okresy przeziębienia powtarzają się rzadziej, zastosowanie „Rezylu“ przynosi nieomal natychmiastową ulgę; dziecko pije syrop b. chętnie, obok ustępowania kaszlu matka spostrzega zawsze poprawę łaknienia.

Przyp. IV. S. M. Dziewczynka lat 4. W 3-cim roku życia — krztusiec, powikłany zapaleniem płuc. Od tego czasu często się przeziębia i miewa kaszel o charakterze krztuscowym. Od 3 tygodni gorączkuje do 37,8°C. kaszle, zanosi się. Napady kaszlu trwają 3—5 minut, występują kilka razy w ciągu dnia. W nocy kaszle, wg. słów matki, nieomal bez przerwy. Stan ogólny dziecka wykazuje duży niepokój i zmęczenie. Budowa wątła, odżywianie upośledzone. Narządy wewnętrzne bez zmian, prócz licznych furczeń i świstów w płucach. Odczyny tuberkulinowe (Pirquet, Mantoux) ujemne. Zastosowałam „Rezyl“ syrop w ilości 6 łyżeczek od kawy dziennie przez 3 dni, zalecając, w razie poprawy, podawanie „Rezylu“ jeszcze przez 2 tygodnie w dawkach o połowę mniejszych.

Już na trzeci dzień kaszel łagodnieje, jego napady występują rzadziej, trwają krócej. Badanie moczu zmian nie wykazuje. Trawienie dobre. Po 2 tygodniach stosowania „Rezylu“ kaszel znika, pozostaje jedynie niewielkie „pokąsanie“, jednocześnie poprawia się samopoczucie i łaknienie, a co za tym idzie, stan ogólny dziecka. Mocz bez zmian.

Dalsza obserwacja trwa 7 mies. — dziecko 2-ukrotnie ulega „przeziębieniu“. Stosowanie „Rezylu“ w ilości 3 łyżeczek od kawy dziennie przynosi — według słów matki — natychmiastową ulgę, „stany przeziębienia“ ustępują po 2—3 dniach.

Przyp. V. K. R. 7 lat. Dziecko b. wątłe, od 2 lat cierpi na napady dychawicy oskrzelowej, występujące ostatnio co kilka tygodni. Ostatni napad był przed 2 dniami — nad ranem dziecko, według słów matki, wprost „dusiło się“.

Stan obecny: dziecko wątłe, odżywianie mierne. Klatka piersiowa o ustawieniu wdechowym. Krótki, „szczekający“ kaszel co kilka minut. Płuca — wypuk jawny bębnowy z obu stron.

Obniżenie granic do III, VIII i XI ż. Serce przykryte. Osluchowo w płucach oddech pęcherzykowy osłabiony, liczne furczenia i świsty. Tętno serca głucho. Inne narządy wewn. bez zmian. Noso-gardziel żywo czerwona. Odczyn tuberkulinowy (Pirquet, Mantoux) ujemne. Badanie kału — jaj pasożytów nie znaleziono.

Zastosowano „Rezyl“ — syrop — 6 łyżeczek od kawy dziennie. Po 3-ch dniach przy powtórnym badaniu stwierdzam: samopoczucie dziecka lepsze, niepokój ustąpił. Klatka piersiowa ustawiona prawidłowo. Płuca — opukowo bez zmian, osłuchowo — liczne furczenia i świsty. Przez 3 dni napadów dychawicy nie miało.

Zaleciłam dalsze stosowanie Rezylu w dawce poprzedniej. Po tygodniu stan ogólny i samopoczucie dobre, matka podaje, że synek nie kaszle, nie miewa napadów duszności. Płuca fizykalnie — bez zmian.

Badanie moczu — norma.

Dalsze stosowanie Rezylu przy każdorazowym „przeziębieniu“ czy kaszlu w ilości 3—4 łyżeczek od kawy pro die.

Dziecko obserwuję od 8 miesięcy — napadów dychawicy nie było.

Przyp. VI. M. Z. lat 9, uczennica, zgłasza się z powodu braku apetytu i stanów podgorączkowych, trwających od 4 tygodni. Dotychczas zdrowa. Ojciec dziewczynki od ½ roku przebywa w sanatorium z powodu gruźlicy płuc. Matka zdrowa.

Dziecko blade, budowa prawidłowa, wiotka, odżywianie upośledzone. Temperatura 37,4°C., tętno 76, miarowe. Gruczoły chłonne szyjne i pachowe — do wielkości ziarna grochu, twarde. Płuca opukowo bez zmian. Osluchowo w prawej okolicy międzyłopatkowej oddech zaostrzony; pojedyncze drobne rzęzenia w okolicy kąta prawej łopatki. Odczyn Pirqueta wybitnie dodatni (+ +), opadanie czer. c. krwi: 25 mm/godz.

Zdjęcie kl. piers.: „Zacienienie pola płuca prawego w dolnej jego części, cień wewnątrz prawej znacznie powiększony, zagęszczony. Płuco lewe bez zmian“.

Zaleciłam przerwanie zajęć szkolnych, wyjazd na wieś, pobieranie Rezylu w ilości 3 tabl. dziennie.

Po 6 tygodniach — stan ogólny lepszy, łaknienie dobre. Na wieś nie wyjechała ze względów rodzinnych. Płuca — opukowo i osłuchowo bez zmian. Opad. czerw. c. krwi — 18 mm/godz. Rt.g. klatki piers. — zmiany, jak poprzednio. Badanie moczu — norma.

Po 3 miesiącach — stan ogólny, samopoczucie i łaknienie b. dobre. Trawi prawidłowo. Nie gorączkuje. Przybrała na wadze 1½ kg. Badanie płuc zmian fizykalnych nie wykazało. Badanie rtg. klatki piersiowej wykazuje: zacienienie w dole prawego płuca mniej intensywne, niż poprzednio, cień wewnątrz prawej miernie powiększony, zawiera pojedyncze, wapienające gruczoły chłonne. Opad. cz. c. krwi — 12 mm/godz. — Badanie moczu — norma.

Przyp. VII. Z. K. lat 11. Dziecko zdrowe, zgłasza się celem zbadania stanu zdrowia, gdyż koleżanka dziewczynki, jak podaje matka, „zachorowała na płuca“.

Stan ogólny b. dobry, temperatura 37°C., tętno 74. miarowe. Płuca — wypuk jawny po str. lewej, po str. prawej w okol. kąta łopatki przytłumienie, nie dochodzące do l. pachowej środkowej.

Oddech w obrębie przytłumienia pęcherzykowy, niezmienniony, pojedyncze drobne rzęzenia. Odczyn Pirqueta dodatni (+ +). Roentgen: płuco lewe bez zmian; cień wewnątrz prawej znacznie powiększony, zagęszczony. W dole pola płucnego prawego niezbyt intensywne zacienienie, łączące się z biegunem dolnym wewnątrz. Ruchy przepony swobodne. Sylwetka serca bez zmian. Opad. cz. c. krwi — 32 mm/godz.

Dziewczynka przerwała chodzenie do szkoły i pobierała stale Rezyl w ilości 3 razy dziennie 1 tabl. Leczenia klimatycznego nie zastosowano. Po 3 miesiącach — stan dziecka b. dobry. Przybrała na wadze 1½ kg. Nie gorączkuje. Łaknienie i trawie-

nie b. dobre. Badanie fizykalne płuc zmian nie wykazuje. Opad. cz. c. krwi — 13 mm/godz. Badanie rtg. klatki piersiowej wykazuje: Płuco lewe bez zmian. Cień wnęki prawej powiększony; zagęszczenie w dolnym jego biegunie mniej intensywne, niż w bad. poprzednim. W obrębie cienia prawej wnęki widoczne wapniające gruczoły chłonne.

Przyp. VIII. K. S. lat 12, uczeń. Przed 1½ r. przechodził „grypę” — od tego czasu stale gorączkuje, pokasłuje, b. osłabiony. Od 2 mies. matka zauważyła brak apetytu i upośledzenie stanu ogólnego.

Stan obecny. Dziecko budowy prawidłowej, waga 28 kg. (norma 33).

Po 8 mies. — (chłopiec stale pobiera Rezyli w ilości, zalecanej pierwotnie) — stan ogólny b. dobry, przybytek wagi — 4 kg., łaknienie, trawienie i samopoczucie b. dobre. Płuca — opukowo i osłuchowo bez zmian. Opad. cz. c. krwi 14 mm/godz. Rtg. klatki piersiowej: — „Zacienienie w górze prawego płuca mniej intensywne, niż poprzednio. Wnęka prawa powiększona, w górnym swym biegunie zawiera kilka intensywnych cieni, odpowiadających gruczołom chłonnym w okresie wapnienia. Płuco lewe bez zmian. Sylwetka serca prawidłowa; ruchy przepony swo-bodne”. Badanie moczu bez zmian.

Spostrzeżenia powyższe schematycznie ujmuję nast. tablica:

Lp.	Nazwisko i imię	Rozpoznanie	Okres stosowania Rezyli	Czas trwania obserwacji	Uwagi.
1.	K. R. dziewcz. l. 7	<i>Bronchitis griposa. Infectio tbc.</i>	2 tyg. 3 × dz. łyż. od herbaty powtórzyć w razie „przeziębienia”	6½ mies.	poprawa
2.	M. J. chl. l. 6	<i>Bronchitis. Infectio tbc.</i>	3 tyg. 3 × dz. łyż. jak w przyp. 1.	5 mies.	poprawa
3.	P. J. chl. l. 5	<i>Bronchitis</i>	10 dni 3 × dz. łyż. od kawy	6½ mies.	poprawa
4.	S. M. dziewcz. l. 4	<i>Bronchitis post pertussim</i>	3 dni 6 łyż. od kawy następnie 2 tyg. 3 × dz. 1 łyż. od kawy, nast. w razie przeziębienia 3 × dz. łyż. od kawy.	7½ mies.	poprawa
5.	K. R. dziewcz. l. 7	<i>Asthma bronchiale essentielle</i>	6 × dz. łyż. od herbaty przez 10 dni, następnie przy przeziębieniu 3 × dz. łyż. od kawy.	8 mies.	poprawa
6.	M. Z. dziewcz. l. 9	<i>Infiltratio perif. pulm. dextri.</i>	3 × dz. 1 tabl. przez 4½ mies.	4½ mies.	poprawa
7.	Z. K. dziewcz. l. 11	<i>Infiltratio tbc. pulm. dextri.</i>	3 × dz. 1 tabl.	3 mies.	poprawa
8.	K. S. chl. l. 12	<i>Infiltratio tbc. p. sup. pulm. dextri Koch.+</i>	3 × dz. 1 tabl. przez 9½ mies.	9½ mies.	poprawa

Skóra i gruczoły chłonne bez zmian. Płuca — po str. lewej opukowo i osłuchowo — norma; w okolicy podobojczykowej prawej nieznaczne przytłumienie od obojczyka do V-go ż. w l. sutkowej, dochodzące do l. pachowej przedniej. W obrębie przytłumienia oddech nieco zaostrzony, w dole pachowym prawym pojedyncze drobne rżenia. Badanie wykrztusiny (nie pluje) — prątki Kocha obecne — 1—3 co 2—4 pola widzenia.

Opadanie cz. c. krwi 35 mm/godz. Zdjęcie klp. — Zacienienie w górze pola płucnego prawego, obejmujące dolną część górnego zraza. Wnęka prawa znacznie powiększona, zagęszczona; pole płuca lewego bez zmian. Ruchy przepony i sylwetka serca — norma.

Wobec niezgodzenia się rodziców na leczenie uciskowe i niemożności leczenia klimatycznego zaleciłam jedynie przerwanie zajęć szkolnych, intensywne żywienie i podawanie Rezyli w ilości 3 tabl. dziennie. Po 4 tygodniach — stan ogólny lepszy, przybrał na wadze 300 gr., łaknienie b. dobre. Poprawa samopoczucia. Nie kaszle, jednak stale gorączkuje do 37,4°C. Badanie płuc — płuco lewe bez zmian; w płucu prawym przytłumienie, jak poprzednio, oddech pęcherzykowy, nieco zaostrzony, bez dźwięków dodatkowych. Opad. cz. c. krwi — 28 mm/godz. — Badanie wykrztusiny — prątków Kocha nie znaleziono. Badanie moczu — zmian nie ma.

Wyniki moich spostrzeżeń, aczkolwiek przeprowadzone na nader szczupłym materiale, zdają się wykazywać dodatnie działanie estru glicerynowego gwajakolu nie tylko w swoistych zmianach miąższu płucnego u dzieci, ale i w schorzeniach nieżyłowych oskrzeli o charakterze grypowym, czy pokrzywkowym (1 przyp.). Dodatni wynik leczniczy otrzymałam również w 1 przypadku *Asthma bronchiale*, gdyż napady dychawicy nie powtórzyły się w przeciągu 8 mies. — obecnie dziecko znikło z mojej obserwacji z powodu wyjazdu.

Dodatni wpływ Rezyli u chorych na gruźlicę płuc jest znany w klinice dorosłych; zaznaczali to wielokrotnie Peytral, Brachat, Molinier, Houdeville, Crohn i inni.

A. Leroy, przytaczając wyniki swych spostrzeżeń klinicznych, mówi: „Rezyli” dzięki swemu antyseptycznemu działaniu na bakterie dróg oddechowych usuwa wszelkie schorzenia oskrzeli, a zwłaszcza zakażenia gruźlicze. Pod wpływem Rezyli kaszel i duszność stopniowo ustępują, ilość płwociny ulega zmniejszeniu, z ropnej staje się śluzowa”.

Według Houdevillea, bakteriobójcze działanie estru glicerynowego gwajakolu zarówno w swoistych,

jak i nieswoistych schorzeniach płuc i oskrzeli u dorosłych uwydatnia się daleko więcej, niż pod wpływem innych preparatów gwałtownych, a to dzięki stałemu i regularnemu wydalaniu się Rezyłu przez drogi oddechowe.

Według tego autora, działanie Rezyłu nie ogranicza się do miejscowego odtruwania przewodu oddechowego. Ester glicerynowy gwałtowny jest substancją, jak dowiodły badania farmako-dynamiczne, niezmiernie reaktywną; jego czynny składnik działa odkażająco, przeciwnie nie tylko miejscowo, ale i ogólnie antytoksycznie, dając poprawę stanu ogólnego. Powyższą właściwość Rezyłu stwierdziłam najwyraźniej w przypadku nacieku swoistego podobojczykowego u chłopca lat 12 (przyp. 8). Ponadto u wszystkich moich chorych spostrzegałam przy podawaniu Rezyłu, zwłaszcza w postaci syropu, poprawę łaknienia i samopoczucia dzieci.

W świetle moich obserwacji najlepszą postacią Rezyłu dla dzieci jest syrop — pacjenci zażywają go bardzo chętnie ze względu na przyjemny wygląd, zapach i smak, poza tym substancje goryczkowe, zawarte w syropie, podrażniają lekko błonę śluzową żołądka, powodując wzmożone wydzielanie soków trawiennych. Stąd wzrost łaknienia u dzieci, a w parze z tym — poprawa stanu ogólnego i wzmożenie naturalnych sił obronnych organizmu.

Ujemnych wpływów Rezyłu na przewod pokarmowy, tak często notowanych przy stosowaniu innych pochodnych fenolowych, a zwłaszcza czystego gwałtowny, uzależnionych od bezpośredniego działania tych związków na błonę śluzową przewodu pokarmowego, u dzieci, obserwowanych przeze mnie, nie było. Tłumaczę to reakcją chemiczną estru glicerynowego z kwasem glukuronowym, zawartym w ślinie, o czym wspominałam już poprzednio. Również nie spostrzegałam jakichkolwiek zmian w układzie moczowym (każde z dzieci miało kilkakrotnie badany mocz).

Wyżej wymienione właściwości estru glicerynowego gwałtowny winny mu zapewnić, w miarę dalszych spostrzeżeń klinicznych, niepoślednie miejsce w leczeniu schorzeń dróg oddechowych u dzieci.

PIŚMIENNICTWO:

1. Th. Knapp. Suter - Arch. f. exp. Pathologie und Pharmacie Bd. 50. 1930.
2. Th. Knapp. Schweiz. Wschr. f. Chemie u. Pharmacie Jg. 49. Nr. 17—19 — 1911.
3. Peytral M. Le progrès médical Nr. 13 — 1928.
4. Moliwery R. — Concours Medical Nr. 36 — 1919.
5. Leroy A. — Concours Médical — II — 1920.
6. Houdeville. — Les Sciences Médicales — octobre 1925.
7. Crohn. W. H. Med. Klin. Nr. 21 — 1931.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Poglądy na dezynfekcję *).

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 35).

Jako zasadę ogólną można powiedzieć, że odkażanie końcowe powinno być traktowane jako uzupełnienie dezynfekcji bieżącej. Im bardziej staranne było odkażanie w czasie choroby, tym mniej jest konieczne odkażanie po zakończeniu choroby. Dezynfekcja końcowa powinna być zachowana w środowisku biednym i zaniedbanym, gdyż wiąże się z dokładnym oczyszczeniem lokalu, znajdujących się w nim przedmiotów i samych mieszkańców, jak również wydaniem innych zarządzeń zapobiegawczych. Jest to często jeszcze jeden powód do przeprowadzenia generalnych porządków w mieszkaniu na wzór świątecznych.

Odkażanie końcowe formalinowe powinno być stosowane w wyjątkowych tylko okolicznościach, w chorobach, bardzo rzadko spotykanych, importowanych, w chorobach, w których zarazek jest lotny, czasem nieznan, a przypuszczalnie trwający przez jakiś czas na przedmiotach. Jako przykład można przytoczyć dżumę płucną, ospę, nosaciznę. To dotyczy mieszkania. Dezynfekcja ubrania, bielizny, pościeli i innych przedmiotów codziennego użytku w specjalnych aparatach może być stosowana z dobrym skutkiem, a w niektórych okolicznościach, np. w szpitalach, powinna być stosowana obowiązkowo. Po chorobach, przenoszonych przez owady, jak np. po durze płamistym lub durze powrotnym, dezynsekcja siarką lub cjanowodorem jest niezbędna. Dezynsekcja przy pomocy siarki jest mniej skuteczna, lecz

jest w użyciu ze względu na łatwość w zastosowaniu; natomiast cjanowodór, będący najlepszym środkiem dezynsekcyjnym, jest bardzo niebezpieczny, wymaga specjalnych warunków, umiejętnej i starannej techniki.

W chorobach, ogólnie u nas panujących, jak dur brzuszny, czerwotka, błonica, płońca, gruźlica, po usunięciu chorego do szpitala, po jego wyzdrowieniu lub śmierci, stosujemy odkażanie końcowe mechaniczno-chemiczne (nie zwalnia to nas bynajmniej od dezynfekcji bieżącej, ważniejszej), przy czym należy położyć jak największy nacisk na szorowanie, gotowanie, bielienie i dłuższe działanie powietrza i słońca.

Jeśli może tu być mowa o dezynfekcji formalinowej, to w wyjątkowych okolicznościach można by ją zastosować w chorobach, szerzących się drogą kropelkową (płońca, błonica i t. d.), nigdy w chorobach przewodu pokarmowego (dur brzuszny, czerwotka). Po chorobach takich, jak odra, krztusiec, świnka, ospa wietrzna, grypa, wszelkie zabiegi odkażające poza zwykłą czystością i wietrzeniem są zbyteczne.

Pomimo zdecydowanej opinii najpoważniejszych przedstawicieli nauki i potwierdzającego tę opinię doświadczenia, administracje Służby Zdrowia we wszystkich prawie krajach przytrzymują się, przynajmniej częściowo, starych metod dezynfekcyjnych, i w praktyce tylko w bardzo niewielu krajach końcowa dezynfekcja jest zarzucona całkowicie.

Z ankiety, przeprowadzonej przez Międzynarodowy Urząd Zdrowia w roku 1934, na 15 państw (samodzielnych administracji sanitarnych) w większości krajów przeprowadzana jest jakaś dezynfekcja i prawie we wszystkich krajach istnieją choroby, po których dokonywana jest dezynfekcja końcowa. W krajach takich, jak Stany Zjednoczone Ameryki Północnej, Kanada, Holandia, Dania, w szeregu miast francuskich, angielskich, niemieckich stosuje się odkażanie końcowe raczej teore-

*) W skróceniu tworzy część artykułu, wchodzącego w skład podręcznika „Choroby zakaźne” pod red. Prof. Prof. L. Karwackiego i F. Malinowskiego, wyd. Delta.

tycznie, bo po trądzie, dżumie, ospie, cholerze, a więc po chorobach groźnych, lecz zdarzających się bardzo rzadko. I tu zresztą przepisy są przestarzałe. W szeregu krajów dokonywana jest dezynfekcja formalinowa po durze plamistym, choć formalina nie jest środkiem dezynsekcijnym i po cholery, choć nie ma żadnych podstaw teoretycznych do stosowania w chorobach przewodu pokarmowego jakiegokolwiek zabiegu poza odkażaniem mechaniczno-chemicznym, gdyż zarazki cholery mogą być tylko na przedmiotach, na których w ten lub w inny sposób mogą się znaleźć wydaliny (kał, wymiociny), a więc nie mogą być ani w powietrzu, ani na ścianach i przedmiotach, których nie sięga ręka ludzka. Dezynfekcja więc odgrywa tu rolę jeszcze jednego środka zapobiegawczego, stosowanego na „wszelki wypadek” przez tradycję.

U nas sprawa dezynfekcji nie jest dotąd uregulowana, i postępowanie różni się, zależnie od okolic kraju. Tworzy to dużą lukę, którą dla dobra sprawy należałoby wypełnić. O mniej lub więcej racjonalnie przeprowadzanym odkażaniu można mówić tylko w naszych dużych miastach, które stopniowo zarzucają dezynfekcję formalinową, a przechodzą na mechaniczno-chemiczną. Jeszcze lat temu kilkanaście spraw wyglądało zupełnie inaczej. W latach powojennych, w okresie wytężonej walki z chorobami zakaźnymi w dużych miastach znaczna część funduszków Służby Zdrowia szła na dezynfekcję. W małych miasteczkach, na wsiach prawdziwej dezynfekcji nigdy nie przeprowadzano, i obecnie nie może być o tym mowa, gdyż brak jest i aparatury i personelu wykwalifikowanego. Na przeszkodzie stoją także trudności lokomocji: istniejące aparaty są bardzo trudne do transportu, szczególnie po złych drogach, a więc w miejscowościach, gdzie są właśnie najpotrzebniejsze. Duże koszty, związane z dezynfekcją, uniemożliwiły rozwój jej w pierwszych latach niepodległości, kiedy na potrzeby jej kładziono największy nacisk.

Jedynie dezynsekcja po durze plamistym jest przeprowadzana u nas bardzo energicznie i dość skutecznie.

Pewne uregulowanie dezynfekcji w kraju może wprowadzić instrukcja M. O. S. z dnia 18 marca 1935 r., zawierająca niezbędne wskazówki techniczne. Opierając się częściowo na tej instrukcji, podaję krótkie praktyczne wskazówki odkażania.

Środki odkażające można podzielić na 2 grupy: fizyczne i chemiczne.

Środki fizyczne. Spalanie jest idealnym środkiem odkażającym, może jednak być zastosowane tylko do odpadków (śmieci) i przedmiotów mało wartościowych. Spalanie płwociny jest najlepszym sposobem jej unieszkodliwienia. Natomiast szybkie opalenie przedmiotów przez płomień jest najczęściej niewystarczające.

Gotowanie w ciągu 10—15 minut zabija zarazki prócz zarodnikujących. Dodatek 1—2% sody zwiększa efekt gotowania i zmniejsza ujemne jego działanie na ostre narzędzia. Gotowanie w 3%—5% roztworze kwasu karbolowego niszczy zarodniki. Gotowanie powinno być jak najszerszej stosowane w życiu codziennym w stosunku do bielizny, naczyń kuchennych i stołowych, przedmiotów używanych do pielęgnacji chorych.

Suche powietrze, działające w temperaturze 150°C w ciągu godziny, zabija najbardziej trwałe zarodniki. Praktycznie ½ godziny jest wystarczające. Suche powietrze posiada słabą zdolność przenikania do wnętrza np. tkanin, poza tym niszczy tkaniny i dlatego ma niewielkie zastosowanie w dezynfekcji, wyjąwszy szkło i narzędzia chirurgiczne. Suche powietrze ok.

100°C może być używane i do odkażania ubrań, gdyż w ciągu 1 godziny zabija prawie wszystkie bakterie, ubrania zaś nie niszczy. Gnidy, będące głęboko w fałdach ubrania, mogą jednak pozostać żywe po takim zabiegu.

Para wodna jest jednym z najlepszych środków odkażających, działa szybko, i posiada znaczną zdolność przenikania, jeżeli jest w stanie nasycenia. Działanie pary wodnej przy temperaturze 100°C w ciągu ½ godziny zabija wszystkie zarazki. Duże zastosowanie mają aparaty dezynfekcyjne, działające parą bieżącą lub sprężoną. W użyciu są również aparaty paroformalinowe, działające parą wodną z dodatkiem formaliny przy temperaturze 65°—70°C w ciągu 20—30 minut (komora japońska), lub aparaty, działające pod zmniejszonym ciśnieniem 600—660 mm (komora Rubnera). Komory te mogą być stosowane do odkażania nawet bardzo wrażliwych materiałów, mebli, skór, kozuchów i futer, poduszek, kołder.

Środki chemiczne. Sublimat używany w rozcieńczeniu 1‰ (rozcieńczać w gorącej wodzie z dodatkiem soli kuchennej) do mycia różnych przedmiotów, mebli, do odkażania ścian i podłóg. Sublimat niszczy metale i tworzy nierozpuszczalne związki z białkiem, dlatego nie może być używany do nieemaliowanych przedmiotów metalowych, do przedmiotów, zanieczyszczonych kałem, krwią, ropą, płwociną, do przedmiotów tłustych i naczyń służących do jedzenia.

Kwas karbolowy, jeden z najstarszych środków dezynfekcyjnych, używa się w rozcieńczeniu 3%—5%. Działanie jego musi być dłuższe. Używa się do odkażania bielizny, zawałanej krwią, kałem, ropą, i do mycia wszelkich zanieczyszczonych przedmiotów. 3% karbolu używa się do moczenia bielizny ludzi chorych. **Kwas karbolowy nieoczyszczony i krezol** mają duże zastosowanie w dezynfekcji wydaliny, w szorowaniu podłóg w ustępach i budynkach, które mogły być zanieczyszczone wydaliny lub wydzielinami chorych. Płyny te trudno rozpuszczają się w wodzie, dlatego trzeba je przygotować z mydłem szarym w następujący sposób: 30 gramów mydła rozpuszcza się w 300 ctm.³ wody gorącej i, dobrze mieszając, dolewa się stopniowo 30 ctm.³ krezolu lub karbolu, po czym dolewa się wody gorącej do litra. Roztwory te zastępują lizol i kreolinę. 5% roztwór krezolu mydlanego może być używany do moczenia bielizny chorych. Do dezynfekcji wydaliny używać pół na pół.

Roztwór naftowo-krezolowy (karbolowo) — mydłany: w 30 ctm.³ gorącego krezolu lub karbolu surowego rozpuszcza się 50 gr. mydła szarego, dobrze mieszając i podgrzewając, po czym dolewa się 50 ctm.³ nafty, znów miesza się dokładnie i dolewa 900 ctm.³ wody gorącej. Roztwór ten zabija nie tylko bakterie, lecz i owady.

Roztwór formalinowo-mydłany. 3% roztwór formalinowo-mydłany (zamiast 3% lizoformu) przygotować można, biorąc 30 gr. mydła szarego, rozpuszczając w 900 ctm.³ wody gorącej i dolewając do tego 75 cm.³ 40% formaliny (40% formalina odpowiada 400 gramom formaldehydu w litrze wody).

Mleko wapienne 20% jest doskonałym i tanim środkiem odkażającym; należy je zawsze sporządzać świeżo w takiej ilości, jaką ma się od razu zużyć, gdyż przy dłuższym przechowywaniu traci ono swe właściwości odkażające. Przygotowuje się je z niezwiędniętego wapna palonego, wolnego od domieszki piasku i kamieni. Na 1 kg. wapna bierze się ½ litra wody, żeby

otrzymać wapno gaszone. Do tego wapna rozsypanego na proszek należy dodać 4½ litra wody. Używa się do odkażania miejsc ustępowych w stosunku pół na pół, jak również do bielenia ścian.

Podchloryn wapnia czyli wapno bielące (chlorek) jest bardzo silnym środkiem odkażającym, działającym przez zawarty w nim chlor. Dobry niezwiędziały podchloryn wapnia powinien zawierać od 25—30% czystego chloru. Należy go trzymać w szczelnych beczkach lub drewnianych skrzyniach oraz w pomieszczeniach, w których nie ma ludzi i zwierząt, gdyż chlor jest trujący. Najczęściej używa się w roztworze 2%—4%.

Stosować należy tylko świeżo przygotowane roztwory do odkażania kamiennych posadzek, podłóg w stajniach i oborach, dołów kloacznych, ścieków kanalizacyjnych. Do dezynfekcji studzien bierze się 60—120 gr. podchlorynu wapnia na 1 m.³ wody.

Soda, jako środek rozpuszczający substancje białkowe i zmydlający tłuszcze, posiada własności dezynfekujące jedynie w roztworach gorących ok. 70°C i wyżej. Najczęściej używa się 10%—5% i nawet 2% roztworów do oczyszczania mechanicznego.

Dezynsekcja. Najlepszym środkiem dezynsekcijnym, choć bardzo niebezpiecznym, jest cjanowodor. Istnieją dwa systemy dezynsekcji cjanowodorowej.

1. System amerykański polega na nalewaniu do szczelnych stożkowatych beczek drewnianych wody z kwasem siarczanym, do których się potem wrzuca cjanek sodu. Przy dostatecznie uszczelnionych pomieszczeniach używać należy 1% nasycenia gazu, a więc na 1 m.³

pomieszczenia 27 gr. cjanu sodu, 40 cm. kwasu siarczanego technicznego (60—66° B e a u m é) i tyleż wody, czyli na 100 m.³ pomieszczenia bierze się 2,7 kg. NaCN i 4 litry H₂SO₄, dodając tyleż wody. Przy niedostatecznym uszczelnieniu w budynkach drewnianych trzeba do dezynsekcji stosować nie 1%, a 2%—3% nasycenia.

2. System „Galardi“ jest to płynny cjanowodor zgęszczony (stężony gaz o 98% czystego cjanu), w butlach hermetycznie zamkniętych. Na 1 m.³ pomieszczenia dla dezynsekcji używa się 5—7 grm. płynnego cjanu, czyli na 100 m.³ 500—700 gramów. Dezynsekcja cjanowodorowa nie może odbywać się bez lekarza, który posiadać winien środki ratownicze na wypadek zatrucia się gazem personelem.

Przy dezynsekcji siarkowej, po dokładnym uszczelnieniu pomieszczenia, należy metalowe rzeczy posmarować tłuszczem, olejem, wazeliną lub mydłem, obrazy przykryć pokrowcami i zdjąć ze ściany, tapety w miejscach zapluskwionych odciągnąć lub zedrzeć. Aparat do spalania siarki należy umieścić wysoko, gdyż dwutlenek siarki jest cięższy od powietrza. Rzeczy należy rozłożyć lub rozwiesić niżej. Na żelaznej blasze lub brytwannie usypać małymi grudkami siarkę, do grudek tych powkładać patyczki, zmoczone denaturatem, i całość zlać również denaturatem (40 cm.³ na kilo siarki). Dodatek saletry powoduje łatwiejsze spalanie siarki. Saletry bierzemy ok. 15% w stosunku do ilości siarki. Siarki należy użyć 60—80 gr. na 1 m.³

Przy stosowaniu wszystkich środków chemicznych w celach dezynfekcji należy mieć na względzie żeby środek używany był nieepsuty, niezmienny pod względem chemicznym.

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	8/VIII— 14/VIII	15/VIII— 21/VIII	22/VIII— 28/VIII	29/VIII— 4 IX
Ospa	0	0	0	0
Dur brzuszny	428 (20)*	518 (35)	556 (34)	564 (32)
Dur rzekomy	1 (0)	0	1 (0)	3 (0)
Dur osutkowy	19 (1)	6 (0)	5 (0)	5 (0)
Dur powrotny	0	1 (0)	0	0
Czerwonka	285 (47)	262 (23)	311 (45)	394 (45)
Płonica	520 (6)	531 (10)	536 (3)	558 (4)
Błonica	322 (12)	302 (18)	337 (15)	398 (19)
Zapal. op. mózg.	15 (6)	17 (3)	13 (3)	11 (5)
Odra	91 (2)	80 (1)	73 (1)	62 (1)
Krztusiec	176 (9)	71 (8)	89 (8)	234 (6)
Malária	7 (0)	7 (0)	62 (0)	4 (0)
Gorączka połogowa	29 (4)	24 (3)	23 (9)	40 (5)
Chor. Heine-Medina	3 (0)	6 (0)	1 (0)	4 (0)
Zap. mózg. śpiączk.	0	0	0	0 (1)
Choroba Banga	0	0	0	0
Trąd	0	0	0	0
Gruźlica	499 (210)	499 (196)	497 (182)	389 (187)
Róża	139 (5)	112 (5)	153 (7)	132 (5)
Jaglica	285 (0)	289 (0)	301 (0)	411 (0)
Twardziel	0	0	0	0
Waglik	7 (0)	7 (0)	12 (1)	5 (1)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	17 (0)	1 (0)	0	3 (1)
Wścieklizna	0 (4)	0 (3)	0 (1)	0 (1)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Komunikat. W dniach od 11.X do 21.X b. r. odbędzie się w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Św. Łazarza w Warszawie pod kierownictwem Prof. Dr. med. Semerau-Siemianowskiego II-gi kurs

dokształcający dla lekarzy z dziedziny chorób układu krążenia. Na program Kursu składać się będą: 1) Wykłady teoretyczne z anatomii opisowej, fizjologii i anatomii patologicznej układu krążenia. 2) Wykłady kliniczne z wybranych dziedzin układu krążenia ważnych dla lekarza-praktyka. (Stany niewydolności krążenia i ich leczenie, wady serca nabyte i wrodzone, nadciśnienie samoistne, dławica piersiowa, niemiarowości, zawały serca, powolne zapalenie wsierdza, zapalenie tętnic, miażdżycy naczyń w poszczególnych odcinkach, stwardnienia tętnicy płucnej, nerwice naczyniowe, choroby serca a sport, operacje a ciąża, schorzenia układu żylnego, leczenie naparstnicą, leczenie balneologiczne, receptura przy schorzeniach układu krążenia). 3) Wykłady teoretyczne i zajęcia praktyczne z dziedziny najważniejszych sposobów badania układu sercowo-naczyniowego. (Elektrokardiografia, rentgenodiagnostyka z kinografią, oscyllogromia, kapillaroskopia, czynnościowe badanie serca, flebometria). 4) Seminaryjne omawianie przypadków chorobowych pod względem rozpoznawczym i leczniczym. Kurs będzie miał charakter głównie kliniczny z uwzględnieniem zainteresowań lekarza praktyka i będzie obejmował 75 godzin, z których 30 przeznaczona jest na wykłady teoretyczne, a 45 na zajęcia praktyczne. Opłata za Kurs wynosi 60 zł. z których 10 zł. płatnych przy zapisie. Ostateczny termin zapisów upływa dn. 1.X.1937 r. Dla uczestników przyjeżdżnych mieszkania nie są przewidziane. Szczegółowy rozkład zajęć na Kursie otrzymuje każdy z uczestników w dniu rozpoczęcia Kursu t. zn. dn. 11.X.1937 r. Zapisy na Kurs przyjmuje i wszelkich informacji udziela Doc. dr. med. Julian Walawski, Warszawa, ul. Książęca 2, Szpital Św. Łazarza Oddział Chorób Wewnętrznych. Wykładowcy Kursu: Prof. dr. med. Semerau-Siemianowski, Dr. med. Kiciński, Dr. med. Kołodziej-

ski, Dr. med. Łuczyński, Dr. med. Rachoniewa, Dr. med. Rasolt, Dr. med. Rowiński, Dr. med. Siedlecki, Dr. med. Sledziewski, Dr. med. Wajnsztok, Doc. dr. med. Walawski, Dr. med. Żera.

— W ministerstwie opieki społecznej opracowywany jest projekt ustawy o zwalczaniu gruźlicy. Przypuszczalnie projekt złożony będzie izbom ustawodawczym na nadchodzącej sesji parlamentu. Projekt ustawy ma mieć charakter ustawy ramowej i zawierać przepisy konieczne do skutecznego zwalczania kłęski społecznej, jaką jest gruźlica. M. inn. projektowana ustawa wprowadzać ma obowiązek zgłaszania do lekarza powiatowego każdego stwierdzonego przypadku gruźlicy, który mógłby być niebezpieczny dla otoczenia, jak również obowiązek zgłaszania zmiany miejsca zamieszkania osoby chorej oraz zgłaszania zgonu na gruźlicę. Obowiązek zgłaszania choroby ciążyć ma na lekarzu, oraz, o ile chory przebywa w zakładzie leczniczym, wychowawczym, więzieniu i t. p. — na przełożonym zakładzie. Dalej projekt ustawy reguluje szczegółowo sprawę zakładania, urządzania i prowadzenia nie obliczonych na zysk przychodni i zakładów przeciwgruźliczych dla dzieci i dorosłych. Doniosłą innowacją jest projekt powołania głównego komitetu walki z gruźlicą przy ministerstwie opieki społecznej oraz komitetów walki z gruźlicą przy urzędach wojewódzkich, celem zespolenia akcji zwalczania gruźlicy, prowadzonej przez wszelkie instytucje i organizacje, jak związki samorządu terytorialnego, Zakład ubezpieczeń społecznych, Polski Związek przeciwgruźliczy i inne. Wreszcie projekt ustawy zawierać ma sankcje karne przeciwko osobom, niestosującym się do jej przepisów, sięgające grzywny do 1 tys. zł. lub aresztu do 1 miesiąca.

— Zarząd miejski nie tylko zajmuje się lecnictwem alkoholików, lecz również prowadzi profilaktykę w formie szeroko rozwiniętej propagandy walki z alkoholizmem. W miejskim Muzeum higieny walka z alkoholizmem stanowi osobny dział. Modele i preparaty w nim zamieszczone obrazują spustoszenia, jakie powoduje alkohol w organizmie człowieka. Szeregi tablic i barwnych plakatów obrazują, ile niedoli wnosi alkoholizm do rodziny, stopniowo rujnując jej byt, niszcząc spokój, zabijając radość życia — jakie niebezpieczeństwo stanowi również alkoholizm rodziców dla zdrowia ciała i umysłu dzieci. Ciekawy ten dział zwiedzają wycieczki szkół wszelkiego typu, zespoły pracowników różnych zawodów, organizacje młodzieży, członkowie stowarzyszeń kulturalno-oświatowych. Dyskusje, toczące się podczas zwiedzania, świadczące o zrozumieniu szkodliwej roli alkoholizmu w życiu indywidualnym i zbiorowym dają często bardzo ciekawe wytyczne co do metod zwalczania kłęski alkoholizmu.

— Po przeprowadzeniu badań lekarskich wśród pracowników piekarni stołecznych, które wykazały, że znaczny odsetek osób zatrudnionych w tej branży choruje na gruźlicę, zaraźliwe schorzenia skóry i t. p. — miejska służba zdrowia w najbliższym czasie rozpocznie badanie pracowników branży mleczarskiej. Odtąd więc wszyscy pracownicy zaopatrzeni będą w specjalne karty badań lekarskich. Pracownicy chorzy będą musieli wstrzymać się od pracy do czasu zupełnego wyleczenia. Badania przeprowadzają lekarze sanitarni w miejskich ośrodkach zdrowia i opieki, w wypadkach wątpliwych zaś lekarze specjaliści z poradni. Pracownicy branż spożywczych pozostawać będą teraz pod stałą i systematyczną kontrolą miejskiej służby zdrowia.

— Akcja likwidowania „samopłuczek“ na terenie stolicy ma się ku końcowi. Dotychczas zajęto te niehigieniczne urządzenia w 234 sodołarniach oraz innych miejscach spożycia wód i napojów chłodzących. Zajęte „samopłuczki“ zdeponowano w miejskim Instytucie higieny. Będą one wydane właścicielom po przeprowadzeniu wymaganej instalacji wodociągowej. „Samopłuczki“, jak wiadomo, są rozsądnikiem chorób zakaźnych, co ma szczególne znaczenie w obecnym okresie nasilenia duru brzusz-

nego i szkarlatyny. Miejska służba zdrowia apeluje raz jeszcze do wszystkich mieszkańców Warszawy, aby spożywali napoje chłodzące jedynie w tych zakładach, gdzie umieszczone są specjalne tabliczki z napisem: „Płuczka połączona z wodociągiem“.

— Znany ze swej ofiarności Dr. farmacji Stanisław Klawe, prezes T-wa Przemysłu Chemiczno-Farmaceutycznego d. Mgr Klawe S. A., chcąc uczcić pamięć i zasługi dla farmacji ojca swego ś. p. Henryka Klawego, utworzył fundację stypendialną, mającą na celu niesienie pomocy materialnej młodzieży akademickiej, kończącej studia farmaceutyczne. Należy przypomnieć, że Henryk Klawe, z którego imieniem została fundacja związana, urodził się w roku 1831, zmarł zaś przed laty jedenaście — w roku 1926. Był jednym z założycieli Warszawskiego T-wa Farmaceutycznego, które w roku bieżącym święci 65 lecie swego istnienia, przez lat 10 (1886—1896) sprawował godność prezesa tego Towarzystwa, przyczyniając się do jego rozkwitu. Jeden z pierwszych pionierów przemysłu chemiczno-farmaceutycznego uprzemysłowił aptekę swą na Placu Trzech Krzyży w Warszawie. Aktem rejestralnym z dnia 3 września rb. Fundacja uzyskała formę prawną. Majątek Fundacji wynosi 12.000 złotych. Fundacją administruje Zarząd, złożony z czterech osób, wybieranych corocznie przez Zarząd Warszawskiego T-wa Farmaceutycznego spośród swego grona oraz dr Stanisław Klawe, ewentualnie wskazane przezeń i przez jego następców osoby. W czynnościach swych Zarząd będzie się kierować regulaminem, zatwierdzonym przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. Corocznie przed rozpoczęciem roku akademickiego Zarząd ogłosi konkurs na wakujące stypendia. Stypendia składające się z rocznych zwyczajnych dochodów Fundacji, mogą otrzymać akademicy z trzeciego i czwartego roku studiów na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu J. Piłsudskiego w Warszawie obywatele państwa Polskiego bez różnicy płci, wyznania chrześcijańskiego, czyniący dobre postępy w studiach, a znajdujący się w trudnych warunkach materialnych. Stypendia będą wypłacane w dwóch ratach półrocznych. Stypendyści, kwitując z otrzymanego stypendium, podpiszą zobowiązanie — oczywiście natury moralnej, że pobraną kwotę zwrócą, o ile tylko pozwolą im na to warunki materialne. Fundacja wejdzie w życie po zatwierdzeniu jej przez Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

— Towarzystwo Przyjaciół Wydziałów i Oddziałów Farmaceutycznych przy Uniwersytetach w Polsce urządza pod kierownictwem Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu J. Piłsudskiego w Warszawie i przy współudziale wszystkich polskich stowarzyszeń farmaceutycznych pierwszy kurs dokształcający dla farmaceutów. Kurs ten odbędzie się w dniach 4—16 października rb. w audytorium farmaceutycznym Uniwersytetu J. P. i obejmie 39 godzin wykładów z zakresu nauk farmaceutycznych, i nauk przyrodniczych związanych z farmacją. Program kursu przewiduje następujące wykłady: Farmakopea Polska. Metoda farmakopealna chemicznej i fizycznej oceny dobroci leków. Najnowsze zdobycze w dziedzinie syntetycznych środków leczniczych. Zagadnienia związane z uprawą roślin leczniczych w Polsce. Witaminy i hormony. Biologiczna kontrola dobroci leków. Organizacja kontroli żywności w Polsce. Współczesna metodyka badania środków spożywczych i używek. Ustawodawstwo farmaceutyczne ze szczególnym uwzględnieniem środków odurzających, specyfików i wydawania z aptek środków leczniczych. Informacji o kursie udzielać oraz zgłoszenia przyjmują do dn. 15 bm. sekretariaty wszystkich stowarzyszeń farmaceutycznych.

COLLOQUIUM TERMINOLOGICUM.

XVII. Hipertonia a hipertensja.

Hipertonia, wyraz grecki, złożony z przyimka ὑπερ po — polsku „nad“ i rzeczownika τῆν — po polsku „stan napięcia“

pochodnego od rzeczownika $\tauένος$, o którym była mowa w XI rozmowie. Ponieważ $\tauένος$, polskie „napiecie”, dotyczy układu mięśniowego, przeto termin „hipertonia” oznacza stan wzmożonego napięcia mięśni, zależny od uszkodzenia toru piramidowego. Termin „hipertensja” jest potworkiem językowym, składającym się z greckiego przyimka $ύπερ$ oraz łacińskiego rzeczownika „*tensio*”, pochodnego od czasownika „*tendo*” — rozciągam.

Tensio znaczy więc po — polsku „rozciąganie, parcie” w sensie ciśnienia płynu na ściany naczynia, zawierającego ten płyn. Cały więc termin „hipertensja” oznacza wzmożone parcie krążącego w tętnicach płynu — krwi na ściany tętnicy. Dwa wyżej wyjaśnione terminy oznaczają więc rzeczy całkiem różne, i nie należy ich łączyć ze sobą.

Stanisław Justman.

Résumé des articles originaux.

L. HIRSZ. Induration hyperplastique de la verge et contracture palmaire de Dupuytren.

Nous avons constaté chez un homme de trente ans, qui vint nous consulter à cause d'une inflexion latérale de la verge pendant l'érection et d'une induration en cet endroit, une induration hyperplastique de la verge (*induratio penis plastica*). En même temps nous avons remarqué une contracture de l'aponévrose palmaire de la main droite (contracture palmaire de Dupuytren). Ces deux affections doivent être considérées, ainsi que nous le savons depuis quelque temps, comme des affections au fond identiques. Un examen clinique et de laboratoire minutieux ne nous a cependant pas permis d'élucider l'étiologie de cette affection. Il est vrai que le malade souffre depuis son enfance d'une asthme bronchique (d'où éosinophilie dans le sang); il est tout de même difficile d'admettre une relation entre ces affections. La revue des hypothèses et théories, qui expliquent d'une façon parfois très approfondie la genèse de cette rare et curieuse affection, ne nous permet pas encore de juger d'une façon décisive de l'étiologie de l'induration hyperplastique de la verge. Un traitement combiné—diathermie (80 séances environ), applications profondes des rayons X — est resté dans notre cas (pour l'instant au moins) sans résultat.

P. ZARECKI. Un cas de lipodystrophie locale insulínique.

Chez une femme de 51 ans atteinte d'un diabète assez grave, après un traitement insulínien longtemps continué on a remarqué dans les endroits des injections, à savoir au niveau des bras et des cuisses, des atrophies de tissu graisseux souscutané. Après avoir discuté des diverses pathogénies l'auteur croit, que dans son cas l'action locale de l'insuline sur la graisse pourrait être considérée comme l'hypothèse la plus probable.

S. JUSTMAN. Sur la ponction sous - occipitale.

1. La ponction sous-occipitale est une manoeuvre facile, plus facile que la ponction lombaire. 2. La ponction sous-occipitale n'a à vrai dire aucunes contreindications sauf évidemment l'état inflammatoire de la nuque. 3. La possibilité de la faire ambulatoirement est une qualité importante de la ponction sous-occipitale, à qui elle doit sa propagation rapide et de plus en plus croissante. 4. La stricte observation de la technique stabilisée par Eskuchen et par Sicard et son école est une condition *sine qua non* de la facilité et sécurité de la ponction sous-occipitale.

S. CHREMPIŃSKA. Contribution au traitement des maladies des voies respiratoires chez l'enfant.

Les effets thérapeutiques du traitement des maladies pulmonaires chez les enfants par l'estre glycérique de guaiacol (Ré-syl — produit d'usine pharmaceutique „Ciba”) sont — selon les 8 observations de l'auteur — très satisfaisants. Parmi les maladies il y en avait qui étaient atteints de tuberculose pulmonaire, de bronchite grippale, de coqueluche et d'asthme bronchial. Le Ré-syl était administré en tablettes et comme sirop. Ce dernier grâce à son goût agréable est pris par les petits malades très volontiers. Le Ré-syl est un remède efficace et ne présente aucun danger pour l'appareil digestif et les reins.

M. KACPRZAK. Sur la désinfection.

La valeur de la désinfection terminale est bien limitée. La pratique de la désinfection au moyen de fumigations et de liquides antiseptiques est basée sur les données très anciennes, quand on a cherché les agents pathogènes en dehors de l'organisme humain. Il est nécessaire d'examiner nos prescriptions concernant ce sujet et de les modifier suivant la science moderne. A chaque maladie correspond une prophylaxie spécifique; ça concerne aussi la désinfection.

TREŚĆ: L. HIRSZ. Stwardnienie przerostowe prącia i przykurcz powięzi dłoniowej (Dupuytren). — P. ZARECKI. Przypadek lipodystrophia localis insulínica. — St. JUSTMAN. O nakłuciu podpotylicznym. — H. J. LANDAU. Nowe prace z dziedziny fizjologii. (Str. zbior. c. d.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystwa Lekarskich. — Z. CHREMPIŃSKA. Przyczynek do leczenia schorzeń dróg oddechowych u dzieci. — M. KACPRZAK. Poglądy na dezynfekcję. (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Colloquium terminologicum.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. HIRSZ. Induration hyperplastique de la verge et contracture palmaire du Dupuytren. — P. ZARECKI. Un cas de lipodystrophie locale insulínique. — St. JUSTMAN. Sur la ponction sous - occipitale. — H. LANDAU. Travaux phthysiologiques récents. (Rev. gén. suite). — S. CHREMPIŃSKA. Contribution au traitement des maladies des voies respiratoires chez l'enfant. — M. KACPRZAK. Sur la désinfection (fin).

Następny numer wyjdzie dnia 7 października r. b.

WARUNKI PRENUMERATY:

w Warszawie 12 Zł., na prowincji 14 Zł., zagranicą 16 Zł. kwartalnie.