

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 6

WARSZAWA, 7 LUTEGO 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

O leczeniu zapaleń miedniczek nerkowych u dzieci.

Podał

Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

Jedną z postaci chorobowych, którą w ostatnich czasach spotykamy znacznie częściej, aniżeli dawniej, są ropne zapalenia dróg moczowych. Szczególnie w praktyce dziecięcej schorzenia te odgrywają znaczną rolę, odkąd Escherich już w 1894 r. pierwszy wskazał na ich znaczenie. Ale pomimo licznych prac, dotyczących tego przedmiotu, istnieje wciąż jeszcze duża rozbieżność zdań zarówno co do patogenyzy, jak i przedewszystkiem co do leczenia tych schorzeń. Wiadomo, jak wielkim tutaj postępem było wprowadzenie do leczenia Heksametylentetraminy przez Nicolaiera w r. 1894, obecnie istnieje już cały szereg pochodnych i odmian tego środka, i stanowią one wszystkie jeden z najbardziej rozpowszechnionych sposobów leczenia ropnych spraw dróg moczowych. Ale również znany jest i fakt, że niezawsze Heksametylentetramina (urotropina) i jej pochodne dają pożądane wyniki.

Jeżeli idzie o zagadnienie patogenyzy cierpienia, to dziś jeszcze stoją tu przeciw sobie dwa krańcowo różne poglądy. Jeden z nich uznaje drogę naczyń krwionośnych, jako prowadzącą do wywołania zakażenia Drobnoustroje z kiszek przechodzą do krwi, poczem dostają się do nerek, a stamtąd do pęcherza. Pogląd przeciwny dopatruje się powstawania zakażenia na drodze zewnętrznej: drobnoustroje z zewnątrz dostają się do cewki moczowej, a stamtąd do pęcherza.

Ostatni pogląd opierał się przedewszystkiem na fakcie, że choroba ta w ogromnej większości dotykała dzieci płci żeńskiej. Jednakże, aczkolwiek obecnie w statystykach można spotkać do 25% chłopców, to mimo to niema podstaw i u tych ostatnich inną, aniżeli zewnętrzną, wysuwać przy-

czynę. Popierwsze wiadomo jest, że cewka zawsze zawiera drobnoustroje, podługie, jak to zaznaczają Noeggerath i Eckstein, również i u niemowląt płci męskiej następuje często zanurzenie członka w kale, a cewka działać może, jak rurka włosowata. Powyżej drugiego roku życia statystyki już tylko wyjątkowo wykazują ropne zakażenia dróg moczowych u chłopców.

Aczkolwiek, jeżeli idzie o zakażenia lasecznikiem okrężnicy, a ten rodzaj zakażenia stanowi od 65% do 90% wszystkich przypadków, należy uznać drogę zewnętrzną za dominującą, to jednakże trzeba uważać również za możliwą, aczkolwiek nierównie rzadszą, drogę krwionośną. Ta ostatnia możliwość zachodzi w przypadkach zachorowania, występujących po grypie, zapaleniu płuc, zaburzeniu odżywiania i t. d. Stwierdzenie drogi, jaką nastąpiło zakażenie, a przedewszystkiem dokładne stwierdzenie charakteru drobnoustrojów ma ogromne znaczenie dla wybrania odpowiedniego i pomyslnego sposobu leczenia.

W ostatnich właśnie czasach ukazał się szereg prac, zajmujących się badaniem warunków, w jakich prosperować mogą w ustroju drobnoustroje chorobotwórcze, oraz warunków, w których najlepiej działać mogą środki odkażające. Wiadomo, że doniedawna jednym z najbardziej rozpowszechnionych sposobów leczenia stanów zapalnych dróg moczowych było możliwie obfite przepłukiwanie ich, a więc stosowane było podawanie znacznych ilości płynów. Tymczasem Meyer-Betz zdołał zauważyć, że wodnisty, słabo kwaśny moczek chorych na zapalenie miedniczek nerkowych pozwala na bujny rozrost pałeczek okrężnicy, gdy tymczasem moczek mocno kwaśny w ogólności, a osobliwie moczek kwaśny skoncentrowany powstrzymuje przez czas dłuższy rozwój powyższych drobnoustrojów. Spostrzeżenia te pociągnęły za sobą pytanie, czy właśnie przez spowodowanie mocno kwaśnego odczynu i mocnej koncentracji u chorych na zapalenie miedniczek nie dałoby się ograniczyć, a nawet zahamować u nich rozwoju pałeczek okrężnicy.

Dążenie do osiągnięcia na tej drodze wpływu na czynnik chorobotwórczy w miedniczkach było podtrzymywane i przez fakt, że działanie środków, odkażających drogi moczowe, nie jest bynajmniej dostatecznie silne. Meyer-Betz zdołał stwierdzić, że mocz posiadać musi bardzo wysoką kwasotę, aby wywołać wyraźne działanie na rozrost laseczników okrężnicy w samym moczu.

Duże dawki kwasu fosforowego, podawanego w postaci lemoniady, mogą wprawdzie podnosić kwasotę moczu, ale, jak to wykazał Meyer-Betz, nie są w stanie zapobiec w zupełności rozwojowi pałeczki okrężnicy. Przy koncentracji jonów wodorowych, wynoszącej $P_H=4,8$, jeszcze po 6 godzinach mógł ten autor stwierdzić 50% zarodników, i dopiero po upływie 24 godzin wpływ wyraźny. Ten stopień kwasoty jednak w rzeczywistości nie daje się otrzymać, można uzyskać tylko kwasotę równą $P_H=5,4$.

Z klinicznych i doświadczalnych prac Meyera-Betza wynika ostatecznie, że poszczególnie szczepy *Bact. Coli* zachowują się nader rozmaicie w kwaśnym odczynie, i że wogółności potrzebne są bardzo wysokie stopnie kwasoty dla otrzymania wyraźnego działania na te laseczki. Należy zauważyć, że laseczki okrężnicy posiadają własność wytwarzania same kwasów i że odznaczają się wielką zdolnością przystosowywania się, tak, że mogą opierać się silnie działaniu kwaśnego odczynu.

Ta własność wytwarzania kwasów przez laseczki *Coli* w ich pożywkach była przedmiotem licznych badań, a w r. 1922 Scheer, badając bakterjobójcze na te pałeczki działanie określonych koncentracji jonowych, stwierdził, że drobnoustrój ten może rozwijać się w szerokich granicach koncentracji jonowej. Zdaniem Scheera kwasota, jaka jest w stanie zabić bakterje okrężnicy, jest $P_H=4,6$. Z autorów polskich badania nad koncentracją jonów wodorowych w hodowlach laseczników okrężnicy przeprowadził Sierakowski; autor ten znalazł, że *optimum* wynosi $P_H=7,6$, minimum $P_H=5,0$.

Pojęcie o szczególnej wrażliwości na odczyn kwaśny *Bacterium Coli* nie mogło nie odegrać wielkiej roli w zabiegach leczniczych, stosowanych w zapaleniu miedniczek nerkowych. Wahania w stężeniu jonów wodoru w moczu, jako czynnik leczniczy w zapaleniu miedniczek, wywołanem przez laseczki okrężnicy, zużytkował w szeregu przypadków tego cierpienia Kaczyński z II Kliniki wewnętrznej Uniwersytetu Warszawskiego. Doszedł on do wniosku, że leczenie zapalenia miedniczek nerkowych przez obniżanie stężenia jonów wodoru w moczu pacjentów jest metodą łatwo wykonalną w praktyce i daje wyniki w większości przypadków dodatnie.

Wyniki leczenia jednakże są, zdaniem Kaczyńskiego, zależne od rodzaju bakterji powodujących cierpienie, a niezdolność nerki do stężenia moczu lub do zmiany oddziaływania moczu jest przeszkodą w stosowaniu tej metody. W tymże roku, co i praca Kaczyńskiego, ukazały się wyniki badań Bogendörfera z kliniki Morawitza w Würzburgu. Bogendörfer zajął się zbadaniem sprawy: jak zachowują się laseczki okrężnicy w moczu kwaśnym i alkalicznym, oraz jakie stopnie kwasoty i zasadowości dają się pra-

tycznie uzyskać w moczu za pomocą środków djetetycznych i lekarskich. I oto z doświadczeń jego wynika, że laseczki okrężnicy posiadają bardzo wybitną odporność w stosunku do kwasów. Nawet przy $P_H=3,0$ był możliwy jeszcze wzrost laseczników. Obok określenia kwasoty Bogendörfer zwrócił się również i w kierunku badania wpływu moczu zasadowego na rozrost *Bact. Coli*. Tutaj okazało się, że przy koncentracji $P_H=8,2$ daje się stwierdzić już widoczne zahamowanie wzrostu drobnoustrojów, a odczyn alkaliczny o $P_H=8,4$ okazuje już bardzo wybitne działanie w tym kierunku.

Porównyując wyniki, otrzymywane w moczach kwaśnych, z takimiż wynikami, otrzymywanymi w moczach zasadowych, Bogendörfer dochodzi do wniosku, że pod względem swego wpływu na rozwój laseczników okrężnicy koncentracja jonowa w moczu kwaśnym równa $P_H=4,8-4,6$ odpowiada takiejże koncentracji w moczu zasadowym równej $P_H=8,4$. Jeżeli teraz zapagniemy na tym fakcie oprócz wskazania do postępowania terapeutycznego, to powstaje pytanie, która z tych koncentracji jonowych szkodliwych dla *Bact. Coli* daje się łatwiej osiągnąć. Wiadomem jest, że rozciągłość wahań koncentracji jonowej u dorosłych jest dość znaczna. Za normalną granicę uważać należy ilości, zawarte pomiędzy $P_H=5,3$ i $P_H=6,8$, najbardziej krańcowe koncentracje są $P_H=4,7$ w stronę kwaśną i $P_H=8,7$ w stronę zasadową.

Z danych tych Bogendörfer wyciągnął wniosek, że łatwiej jest dojść do pożądanej z punktu leczniczego koncentracji na drodze zasadowej, aniżeli na drodze kwaśnej, i twierdzenie to umotywował szeregiem odnośnych doświadczeń.

Okazało się przytem, że odpowiednia kwasota moczu nie tylko jest praktycznie trudniejsza do osiągnięcia, ale odznacza się przytem niestalością, co również przemawia przeciwko tej metodzie leczenia djetetycznego. Oprócz stosowania sposobów, dążących do otrzymania moczu alkalicznego, Bogendörfer zaleca też próbowanie oddziaływania niszczącego na laseczki okrężnicy przez gwałtowne przechodzenie od odczynu zasadowego do kwaśnego lub odwrotnie.

Jeżeli czysto „djetetyczne“, a zwłaszcza djetetyczne w znaczeniu kwaśnem leczenie zapalenia miedniczek nerkowych, wywołanego przez laseczki okrężnicy, nie jest w każdym przypadku jedyną prowadzącą do celu drogą, to posiada ono bardzo wielkie znaczenie przy jednoczesnem stosowaniu środków, odkażających drogi moczowe. Trendelenburg dowiódł, że odszczepienie się formaldehydu i amoniaku z heksametylentetraminy zależne jest od koncentracji jonów wodorowych. Zdaniem tego autora, najwyższa kwasota moczu wynosi $P_H=3,0$ i w tych warunkach podlega rozszczepieniu 3,5—10% heksametylentetraminy. Przy przeciętnej kwasocie, wynoszącej $P_H=6,0$, ilość rozszczepionej heksametylentetraminy wynosi 1,0—2,5%, przy odczynie obojętnym, wynoszącym $P_H=6,75$, podlega rozszczepieniu 0,3—0,9% w ciągu 6 godzin. Ponieważ zaś laseczki okrężnicy zostają zabijane dopiero przy koncentracji formaldehydu, wynoszącej od 1:6000 do 1:10000, a więc powinienby 1,0 heksametylentetraminy równy 1,0 formaldehydu, znajdować się w ciągu 6 go-

dzin w 100 cm.³ obojętnego moczu, zawartego w pęcherzu. Już z tych doświadczeń wynika, jak ważna jest koncentracja jonowa moczu dla wywołania należytego działania heksametylentetraminy. Znaczenie kwaśnego odczynu moczu dla rozszczepienia tego środka wykazały również badania Schirokauera i Brinkmanna.

Niezmiernie ważnym przyczynkiem do danego zagadnienia były badania Langer'a, ogłoszone w r. 1924. Z tych badań okazało się, że znaczenia leczniczego sztucznego zakwaszania moczu nie należy doszukiwać się w działaniu antyseptycznym, gdyż osiągnięte zmiany kwasoty moczu nie wystarczają do zabijania zarodników. Korzystne działanie alkaliczowania, zmierzającego do uzyskania koncentracji jonowej powyżej 8,1, polega na wyzyskiwaniu antagonizmu, jaki zachodzi między *Streptococcus lacticus* i *Bact. Coli*. Otóż przy wysokim stopniu zasadowości pierwszy z tych drobnoustrojów osiąga przewagę nad lasecznikiem okrężnicy, i w ten sposób następuje zmiana flory bakteryjnej, która daje się obserwować i przy samorzutnym przebiegu leczenia zapalenia miedniczek nerkowych.

Wszystkie powyższe wyniki i rozważania powinny posłużyć za zasadniczą nić przewodnią w leczeniu zapalenia miedniczek nerkowych, tego, zwłaszcza w praktyce dziecięcej, tak rozpowszechnionego cierpienia. Tymczasem i ten zasadniczy zdawałoby się punkt widzenia nie jest nawet i w ostatnich czasach należycie uwzględniany. Często ujemne wyniki, otrzymywane przy podawaniu heksametylentetraminy dają się od razu wytłumaczyć jednoczesną alkaliczacją moczu. Zasadniczy ten błąd ciągle jeszcze daje się spotykać w odnośnym piśmiennictwie. Tak np. K. Kaspar uważa za najpewniejszy sposób leczenia zapalenia miedniczek u dzieci płukanie pęcherza roztworem lapisu, gdyż podawana przez niego jednocześnie z *kal. citricum* urotropina dawała mu złe wyniki. Pierwszym oczywiście warunkiem skutecznie przeprowadzonego leczenia zapalenia miedniczek nerkowych musi być ściśle rozpoznanie bakterjologiczne. Tymczasem wciąż jeszcze ten punkt widzenia nie jest należycie uwzględniany, i zapalenie miedniczek nerkowych figuruje wyłącznie prawie jako postać kliniczna, a różne odmiany i komplikacje tego cierpienia objaśniane są przez klinicystów bardzo często li tylko warunkami ustrojowymi. Inaczej musi być leczone zapalenie miedniczek nerkowych, wywołane przez lasecznik okrężnicy, a inaczej przez inne drobnoustroje chorobotwórcze. Sam miewałem przypadki, w których na podstawie zwykłej tylko analizy moczu, uwzględniającej w osadzie li tylko liczbę leukocytów, komórki nabłonkowe, krwinki i ogólnikowe wzmianki o drobnoustrojach, zastosowywałem alkaliczację moczu z zupełnie ujemnym wynikiem, a dopiero przeprowadzone później badanie bakterjoskopowe wykrywało w osadzie takie np. gramujemne diplokokki i diplobacille, na które oczywiście mocz zasadowy nie mógł wywierać żadnego działania.

Jest rzeczą charakterystyczną, że zależność objawów klinicznych zapalenia miedniczek nerkowych od jakości wywołującego to cierpienie drobnoustroju idzie b. daleko. Tak np. w roku 1925 Bitter i Gundel z Instytutu Higienicznego

w Kilonji ogłosili pracę o znaczeniu typów laseczników okrężnicy dla przebiegu wywołowanego przez te laseczники zapalenia miedniczek nerkowych. Zdaniem tych autorów, fakt ten ma dużą wartość zarówno dla leczenia, jak i rokowania zapalenia miedniczek. Bitter i Gundel stwierdzili, że wogóle *pyelitis*, powodowana przez laseczники okrężnicy typu hemolizującego, zaczyna się w sposób ostry, z burzliwymi objawami jak silne bóle i wysoka ciepłota. Ta postać zapalenia miedniczek odznacza się szybkim przebiegiem w przeciwieństwie do zapalenia miedniczek, wywołanego przez lasecznik *Coli* typu niehemolizującego, która to postać odznacza się przebiegiem wybitnie przewlekłym. Powyższym autorom udało się wyodrębnić szereg typów *Bact. Coli*, przytem na szczególną uwagę zasługują zakażenia mieszane, wywołane przez różne grupy wymienionych drobnoustrojów. Wszystkie te spostrzeżenia muszą być brane pod uwagę, gdy idzie o wybór tej czy innej metody leczniczej. Badania Bittera i Gundela zostały niedawno potwierdzone przez Went'a, który w 5-ciu przypadkach zapalenia miedniczek nerkowych odpornych względem wszelkiego leczenia lekarskiego, zdołał wyhodować z moczu szczepy *Bact. Coli* typu niehemolizującego. Zdaniem tego autora, zakażenia wywołane przez te właśnie szczepy lasecznika okrężnicy odznaczają się szczególną uporczywością i nadają się osobiście do leczenia autowakcynami. Wskutek tego Went uważa za konieczne wprowadzenie badania własności hemolizacyjnych drobnoustrojów w każdym bakterjologicznym badaniu moczu w przebiegu zakażeń dróg moczowych, wywołanych przez lasecznik okrężnicy. Obok niehemolizujących szczepów *Bact. Coli* do leczenia autowakcyną nadają się również zakażenia miedniczek, wywołane przez *Diplococcus ureae pyogenes*; nie należy zaś stosować tej metody w razie obecności *Bact. lactis aërogenes*.

Wyniki badań nad *optimum* działania urotropiny doprowadziły do wniosku, że obok odpowiedniej diety przy stosowaniu tego środka i jego pochodnych należy myśleć zawsze o odpowiednim zakwaszaniu moczu. Przyczem jedni autorzy, jak wspomniany już Meyer-Betz i Morawitz, radzą podawać lemoniadę z kwasem fosforowym, inni, jak Beckmann i Van der Reis, dążą do uzyskania należytej kwasoty przez podawanie chlorku amonowego. U niemowląt Langer osiągał pożądane zakwaszenie przez podawanie 0,8 — 1,0 gr. kwasu solnego; wystarczy wtedy dawka 0,25 gr. urotropiny, ażeby mocz niemowlęcia utrzymać w stanie jałowym w ciągu 6-ciu godzin. Do tegoż celu Langer zaleca preparat kombinowany w postaci pastylek Acidolaminowych.

Jeżeli u niemowląt dla osiągnięcia pożądanego celu podajemy kwas solny, to u dzieci starszych (a oczywiście i u dorosłych) pożądanym tutaj warunkom odpowiada przetwórcz kombinowany w postaci Heksametylentetraminy np. połączonej z kwasem bornym, jakim jest Borotropina Klawe. Dzięki takiej kombinacji, zapewniającej rozszczepienie preparatu na kwas borny i formaldehyd osiągnięta zostaje odpowiednia kwasota moczu i należyte działanie odkażające.

Reasumując wszystko, powyżej powiedziane, dojdziemy do wniosku, że tak sprzeczne dotych-

czas wyniki, osiągane przez różnych autorów przy stosowaniu wszelkich będących obecnie w użyciu metod leczenia zapaleń miedniczek nerkowych (a dotyczy to zwłaszcza kliniki wieku dziecięcego) należy w znacznym stopniu przypisać nieuwzględnianiu należytemu rezultatów badań bakterjologicznych.

A więc pierwszym warunkiem skutecznego leczenia tego cierpienia jest możliwie ścisła analiza bakterjologiczna aż do określenia według możliwości danego szczepu *Bact. Coli* (w myśl żądań Bittera i Gundela oraz Wenta).

Wtedy, jeżeli stwierdzona jest obecność *Bact. Coli*, należy przedewszystkiem zastosować leczenie alkalizujące, a więc podawać *Natr. bicarb.*, *Natr. citric.* lub *Magn. bicarb.*, oprócz tego wodę mineralną alkaliczną. Co do pożywienia, stosować dietę jarską, dużo soków owocowych, usunąć potrawy mięsne. Po okresie alkalizacji następuje okres zakwaszania moczu, przy czym stosuje się t. zw. dietę „kwaśną”, nie wyłączając mięsa. W okresie tym ogranicza się możliwie ilość podawanych płynów, a podaje się jako lek heksametylentetraminę, a zwłaszcza pochodne jej, sprzężone z kwasami (Borotropina). W przypadkach uporczywych należy uciekać się do przepłukiwań pęcherza odpowiedniami rozczynikami. Przy odpowiedniej kwalifikacji bakterjologicznej wskazane jest również leczenie szczepionkami.

Jeżeli jako źródło zakażenia wchodzi w grę nie łasecznik okrężnicy, lecz jakikolwiek inny drobnoustroj, upada zupełnie stosowanie leczenia dje-

tetycznego w znaczeniu alkalizowania, a pomyśleć należy przedewszystkiem o stosowaniu przetworów heksametylentetraminy i innych zabiegów.

PIŚMIENICTWO.

1) K a s p a r. Klinische u. Therapeut. Beobachtungen bei Infektionen der Harnwege in Kleinkinderalter Klin. Wochenschr. 1927. Nr. 14. — 2) Meyer-Betz D. Arch. f. klin. Med. tom 105 — 3) Froehlich. Der derzeitige Stand der Pyelitis therapie. Fortschritte der Therapie 1927. zeszyt 13. — 4) Went Beiträge zur Pathologie und Therapie der Pyelocystitis im Säuglings- und Kindesalter. Jahrbuch f. Kinderh. 1925. tom 110 — 5) Grunow. Ueber Pyelocystitis im Säuglings- und Kindesalter u. deren Vakzine-therapie. Archiv f. Kinderh. 1925 tom 75. — 6) Langer. Die Grundlagen der Therapeutischen Desinfektion der Harnwege (Säure — Alkalitherapie. Hexamethylentetramin — Therapie) Ztschr. f. Kinderh. 1924 tom 37. — 7) Scheer. Die Wasserstoffionenkonzentration und das Bacterium Coli. Biochem. Zeitschr. 1922. tom 130. — 8) Sierakowski. Badania nad pożywkami. Medycyna Doświadczalna i Społeczna. 1923. tom I, zeszyt 1 — 2. — 9) Kaczyński. Wahania w stężeniu jonów H w moczu jako czynnik leczniczy w przewlekłych zapaleniach miedniczek nerkowych. Polskie Archiwum Medycyny Wewn. 1925. tom III, zeszyt 2. — 10) Bachem. Ueber moderne Harnantiseptica. Fortsch. der Ther. 1925 zeszyt 3. — 11) Bogenhöfer. Zur Frage der Säuretherapie bei Coli-pyelitis. Fortsch. der Therap. 1925. zeszyt 11. — 12) Morawitz. Therapeutische Erfahrungen bei Infektionen der Harnwege. Ztschr. f. Urologie. 1925. tom 19, zeszyt 1. — 13) Beckmann i Van der Reis. Zur klinischen Bakteriologie u. Therapie der Pyelitis u. Cystopyelitis. Zeitschr. f. Klin. Med. tom 101. 1924. — 14) Bitter i Gundel Ueber die Bedeutung der Typen für den Verlauf von Coli-pyelitis. Klin. Wochenschr. 1925. Nr. 29. — 15) Trendelenburg München. Mediz. Wochenschr. 1919 Nr. 24. — 16) Brinkmann Zeitschrift für die ges. exper. Medizin. 1924 oraz Münch. Med. Wochenschrift 1924 Nr. 10. — 17) Schirokauer Therapie der Gegenwart 1926. Nr. 4.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Ze szpitala dla dzieci Gminy Żydowskiej w Wilnie.

(Lek. Nacz. Dr. H. KOWARSKI).

Przyczynk do leczenia zapalenia płuc u niemowląt¹⁾.

Podał

Dr Leon BARANOWSKI (Wilno).

Wśród przyczyn, powodujących wielką śmiertelność niemowląt, doniosłe znaczenie mają choroby dróg oddechowych, w szczególności zaś zapalenie płuc. Według statystyki Schlossmanna, Winklera, Gottsteina i inn. choroby dróg oddechowych zajmują trzecie miejsce; na pierwszych dwóch miejscach stoją zaburzenia odżywiania i „słabość życia”. Wiadomem jest, że zaburzenia odżywiania stanowią przyczynę większej śmiertelności niemowląt w lecie, zapalenie płuc zaś — na jesieni i w zimie. W ciągu ostatnich lat, kiedy medycyna społeczna zaopiekowała się niemowlętami i prowadzi energiczną akcję na rzecz prawidłowego odżywiania niemowląt, śmier-

telność z zaburzeń odżywiania zmniejszyła się znacznie, i zapalenie płuc stanowi bodaj najczęstszą przyczynę wielkiej śmiertelności niemowląt. Propaganda prawidłowego pielęgnowania niemowląt ma wielkie znaczenie dla uchronienia ich od chorób dróg oddechowych — ale ten temat całkiem pomijam i zatrzymam się jedynie na leczeniu zapalenia płuc u niemowląt.

Doniesienie niniejsze oparte jest na materiale, obejmującym 96 przypadków zapalenia płuc u niemowląt w wieku od 2 tygodni do 1½ roku, które były pod naszą obserwacją w ciągu ostatniego roku w Szpitalu Dziecięcym. Według wieku materiał ten przedstawia się następująco: pierwsze półrocze — 17 przypadków, drugie półrocze 43 przyp., trzecie — 36 przyp. Według płci: chłopców 62, dziewczynek 34. Ze względu na etiologię: w czterech przypadkach tło odrowe, w jednym przypadku — krztusiec. Pozostałe przypadki należą do schorzeń grypowych albo też do pierwotnych zapaleń płuc, które na pierwszy rzut oka podobne są do włóknikowego zapalenia płuc u dorosłych, w rzeczywistości jednak są zupełnie od niego odmienne. Wśród naszych przypadków nie było zupełnie „wtórnej parawartebralnej pneumonii” na tle zaburzeń odżywiania, opisaną przez Czernyego i Mosera i występującą szczególnie w pierwszych trzech miesiącach życia.

¹⁾ Odczyt wygłoszony na Posiedz. Wil. Oddz. Polsk. Tow. Pedjatrycznego dn. 29.X 1928 r.

Jak zaznaczyliśmy, zapalenie płuc niemowląt kończy się często śmiertelnie. Pirquet podaje wysoki odsetek śmiertelności, wynoszący 66% dla pierwszego i 55% dla drugiego roku życia. Finkelstein twierdzi, że od 50 do 66% niemowląt, dotkniętych odoskrzelowem zapaleniem płuc, ginie. Na podstawie materiału berlińskich ochronek Nassau podaje liczby następujące: w 1921/22 roku z ogólnej liczby 223 niemowląt chorych na zapalenie płuc zmarło 79% (ten wysoki odsetek spowodowany był ciężkimi warunkami powojennymi, kiedy dzieci chorowały na szkorbut); w 1924/25 roku z 49 chorych na zapalenie płuc zmarło 54%; w 1926 roku śmiertelność z powodu zapalenia płuc w tych samych zakładach spada na 35%. Ze sprawozdania z oddziału dla niemowląt Kliniki Dziecięcej U. S. B., wygłoszonego przez Gerlée wynika, iż w ciągu 2 lat z 22 chorych na zapalenie płuc zmarło 11 t. zn. 50%.

Nasz materiał z roku ubiegłego przedstawia się następująco: z ogólnej liczby 96 przypadków wyzdrowienie nastąpiło w 81 przypadkach, zmarło 12, pozatem troje wypisano w stanie ciężkim; jeżeli przypuszczać, że i tych troje zginęło, śmiertelność u nas nie przekracza 15,5%. Ten niższy odsetek śmiertelności u nas, w porównaniu z danymi autorów niemieckich, zależy od różnych okoliczności: 1) nie mamy oddziału dla chorych zakaźnych, dlatego też wśród naszego materiału nie było prawie zupełnie krztuśca, ani też odry; 2) nie mieliśmy parawertebralnej pneumonii; 3) klinicyści niemieccy opierają się przeważnie na materiale ochronek albo zakładów zamkniętych, w których śmiertelność jest zawsze wyższa, aniżeli w warunkach domowych (u nas w szpitalu niemowlęta przyjmowane są prawie wyłącznie z matkami); 4) najprawdopodobniej *genius epidemicus* był u nas niezbyt złośliwy, chociaż muszę zaznaczyć, że większość przypadków zapalenia płuc należała do bardzo ciężkich.

Zanim przejdę do oceny różnych sposobów leczniczych, wspomnę klasyfikację pneumonii niemowląt, zaproponowaną przez Nassaua w 1926 roku. Opierając się głównie na dominujących objawach, zależnych od tego czy owego narządu, Nassau wyodrębnia sześć postaci zapalenia płuc niemowląt: 1) płucną (pulmonalną), 2) sercowo-naczyniową (cardio-vaskularną), 3) atoniczną, 4) alimentarną, 5) oponową (meningealną), i 6) toksyczno-septyczną. Nie podaje naszego materiału według tych postaci, gdyż każdy przypadek stanowi, moim zdaniem, kombinację dwóch co najmniej postaci. Jednak klasyfikacja ta jest bardzo dogodna przy wyborze tego czy owego sposobu leczenia, w zależności od przeważających objawów.

Przystępując do omówienia leczenia pneumonii u niemowląt, nie będę zatrzymywał się na głównych zasadach, że czyste powietrze, prawidłowe pielęgnowanie i odżywianie, wysokie ułożenie i spokój dziecka stanowią najważniejsze momenty w tem leczeniu. Ze środków hidropatycznych stosujemy okłady, przeważnie z ceratką, ogólne zawijania, pozatem okłady gorczycowe i ogólne zawijania gorczycowe według Heubnera. Kąpieli nie używamy zupełnie. W razie sinicy niezbędny jest tlen; w niektórych przypadkach stosowaliśmy upust krwi. Pozatem stosuje się leczenie objawowe, które,

jakby się zdawało, nie powinno dawać powodu do kontrowersyj. W rzeczywistości jednak tak nie jest.

W ciągu ostatnich dwóch lat niektórzy klinicyści niemieccy uważają za zbyt częste stosowanie środków nasercowych w zapaleniu płuc u niemowląt. Nassau uważa je nawet za szkodliwe i proponuje nie stosować tych środków nawet w postaci sercowej, zanim nie nastąpi zapaść. Trudno zgodzić się z takim zdaniem. W przypadkach lekkich małe dawki środków nasercowych nie mogą zaszkodzić, w przypadkach zaś ciężkich są one niezbędne. Czy nie będzie bardziej celowe wczesne stosowanie tych środków dla uniknięcia zapaści, aniżeli sięganie do nich wtenczas kiedy zapaść już wystąpiła? Szkodliwość środków nasercowych w zapaleniu płuc nie została dowiedziona, i w sercowej postaci zapalenia płuc u niemowlęcia pedjatra w przyszłości będzie posługiwał się środkami temi, jak dotychczas.

Ci sami klinicyści, którzy nie stosują środków nasercowych w pneumonii, zalecają duże dawki środków nasennych i kojących (brom, allonal, luminal), ażeby uspokoić układ nerwowy dziecka i zmniejszyć jego duszność. W ciągu ostatnich dwu lat w literaturze pedjatrycznej spotykamy się dość często z podobnem zdaniem. Naprzykład, Temming zalecał tylko Bromural i Allonal, nie używał natomiast zupełnie środków hidropatycznych, mając na względzie spokój dziecka. Zdaje się, że i pod tym względem poglądy tych klinicystów są zbyt skrajne. W pneumonii niemowląt bardzo rozlegle stosujemy środki nasenne i kojące (Luminal, Brom), lecz środki te zalecamy tylko w razie bezsenności, niepokoju dziecka i przeciwko objawom podrażnienia układu nerwowego. Leki te istotnie działają kojąco, pozostaje jednak bardzo wątpliwem, czy leki te wpływają na krwiobieg i duszność. Szczególnego znaczenia nabierają *sedativa* w postaci oponowej pneumonii. Wśród naszych przypadków u 24 dzieci t. zn. w 25% występowały objawy oponowe, we wszystkich tych przypadkach stosowaliśmy nakłucia lędźwiowe, zarówno dla celów rozpoznawczych jak i leczniczych. W razie wzmoczonego ciśnienia w kanale mózgowo-rdzeniowym nakłucia te przynoszą ulgę choremu dziecku. Z 24 przypadków z objawami oponowemi w szesnastu nakłucie lędźwiowe wykazywało wzmoczone ciśnienie w kanale mózgowo-rdzeniowym i zwiększoną ilość płynu, w sześciu zaś przypadkach ilość płynu i ciśnienie w kanale nie wykazywały odchylenia od normy. W pozostałych dwóch przypadkach mieliśmy do czynienia z ropnem pneumokokowem zapaleniem opon mózgowych. We wszystkich 22 przypadkach z przezroczystym płynem m.-rdz. skład chemiczny i cytologiczny płynu był zupełnie normalny. Mamy tutaj do czynienia z podrażnieniem opon (*meningismus*), jak chcą jedni, albo z zapaleniem surowiczym opon, jak twierdzą inni. Wszystkie te przypadki meningealnej postaci pneumonii wymagają stosowania środków kojących i nakłuć lędźwiowych.

W szczegółowej pracy Nassaua o pneumonii niemowląt wiele uwagi poświęcono leczeniu cukrem gronowym, który w postaci 10% roztworu zastrzykuje się dożylnie, wzgl. domięśniowo. Nassau gorąco poleca ten środek w osłabieniu czynności

serca, w sercowej i atonicznej postaci pneumonii. Pod wpływem cukru gronowego zwiększa się *tonus* układu mięśniowego, poprawia się odżywianie mięśnia sercowego (Büdingera) i zwiększa się pobudliwość układu roślinnego, pozatem cukier gronowy działa, jako przeciwnad przy rozpadzie białka (Himmel i Pribram).

Należałoby tu poruszyć kwestję udziału wątroby w zapaleniu płuc u niemowląt. Wiadomem jest, iż w pneumonii niemowląt stwierdzamy często powiększenie wątroby. Spotykamy się z tem zjawiskiem w 20% przypadków. Przyczyna i patogeniza tego zjawiska nie jest jeszcze wyświełona. Zdarza się, co prawda, że powiększenie wątroby zależy od ogólnego zastoju krwi naskutek osłabienia czynności serca. Jednak systematyczne badania wątroby w zapaleniu płuc niemowląt wykazały nam, że powiększenie wątroby nie idzie w parze z ciężkością sprawy chorobowej. Pozatem nie stwierdzono, aby powiększona wątroba zależna była tylko od osłabienia czynności serca i ogólnego zastoju w innych narządach. Widocznie oprócz osłabienia czynności serca jeszcze inny czynnik wpływa na powiększenie wątroby w pneumonii niemowląt. Wprowadzono więc tu pojęcie tamy wątrobowej (Lebersperre), której obecność została dowiedziona przez Picka, Mautnera i innych. Powiększenie wątroby powstaje jakoby w ten sposób, że toksyny działają na układ nerwowy roślinny, i pod wpływem układu parasympatycznego następuje przedwczesny skurcz mięśniówki żył wątrobowych i zahamowanie odpływu krwi. Znaczne powiększenie wątroby stwierdzaliśmy w toksycznej, atonicznej i kardjalnej postaci pneumonii. Pod wpływem domięśniowych wstrzykiwań cukru gronowego w tych przypadkach wątroba często zmniejszała się rażąco. To działanie cukru gronowego polega prawdopodobnie na wpływie jego na układ nerwowy roślinny i tą drogą na mięśniówkę żył wątrobowych; mechanizm tego działania nie jest dokładniej znany. Wstrzykiwania cukru gronowego stosowaliśmy w 14 ciężkich przypadkach, z nich 7 dzieci wyzdrowiało, 7 zmarło. Jeżeli wziąć pod uwagę, iż stosowaliśmy glukozę w przypadkach bardzo ciężkich, wyniki te są zadawalające. Wstrzykiwań tych dokonywaliśmy codziennie 1—2 razy po 50—80—100 cm.³ 10—15% roztworu domięśniowo; glukoza doskonale była znoszona przez niemowlęta, żadnych nacieków miejscowych nie było. Pod wpływem glukozy następuje poprawa stanu ogólnego, tony serca zyskują na sile, wzmacnia się *tonus* układu mięśniowego, sinica zmniejsza się. Na szczególną uwagę zasługuje wpływ glukozy na wątrobę, która wyraźnie się zmniejsza; nie stosowaliśmy przytem ani adrenaliny, ani też wapnia. Co do znaczenia glukozy w zapaleniu płuc podzielimy w zupełności zdanie Nassaua, jak również Flescha, który zdawał sprawę na zjeździe pedjatrów w Debreczynie w 1927 roku z dobrych wyników, osiągniętych dzięki stosowaniu tego środka. Glukoza wskazana jest w postaci toksycznej, atonicznej i kardjalnej.

Z preparatów chinowych stosujemy *Chininum-bimuriaticum* i Transpulminę. Pierwszy stosujemy w przypadkach świeżych, nie później, niż czwartego dnia choroby. Z omawianych 96 przypadków *Chin. bimur.* stosowano tylko 2 razy, ponieważ dzie-

ci z pneumonią wstępują do szpitala zwykle w 5—10 dniu choroby. Lerner donosi ze szpitala Anny Marji w Łodzi o zadawalających wynikach stosowania domięśniowych zastrzykiwań *Chinin-Uretan*. w pneumonii niemowląt w późniejszych okresach choroby. Nie mamy co do tego doświadczenia własnego, stosowaliśmy natomiast preparat Transpulminę. Według Cahn-Bronnera, Alkera, Lörchera i inn. Transpulmina ma wpływ skuteczny na wszelkie przewlekłe niespecyficzne sprawy chorobowe dróg oddechowych i na długo trwające pneumonie u dorosłych. Buttenwieser i Reuter stosowali Transpulminę u dzieci i podkreślają dodatni wpływ preparatu na rozstrzeń oskrzeli i ropne zapalenia oskrzeli, negują natomiast działanie tego preparatu w zapaleniu płuc. Autorowie ci stosowali Transpulminę u starszych dzieci. Na naszym materiale stosowaliśmy Transpulminę w 15 przypadkach zapalenia płuc u niemowląt. Podkreślam, iż były to przypadki przeważnie ciężkie lub zadawnione. Z tych 15 przypadków w ośmiu leczenie Transpulminą rozpoczęto w trzecim tygodniu choroby, w pozostałych siedmiu przypadkach w początku drugiego tygodnia. Zastrzykiwania domięśniowe robiono codziennie w ciągu 7—12 dni po 0,3 cm.³ w pierwszym roku i 0,5 cm.³ w drugim roku życia. Żadnych komplikacji miejscowych nie było. Z siedmiu przypadków, w których zaczęliśmy stosować Transpulminę w drugim tygodniu choroby, jedno dziecko zmarło; w pozostałych sześciu przypadkach Transpulmina nie wywierała żadnego wpływu na przebieg cierpienia, i temperatura zaczęła opadać dopiero wówczas, kiedy zaprzestano stosowania tego preparatu. Jeżeli zwrócimy się teraz do pozostałych ośmiu przypadków, gdzie stosowanie Transpulminy rozpoczęto w trzecim tygodniu choroby, to okazuje się, że w sześciu z nich wyniki były dość dobre, temperatura zaczęła opadać w 5—6 dniu od początku tego leczenia, w pozostałych dwóch przypadkach wyniki nie są zadawalające. Stąd wynika, że Transpulmina nie jest specyfikiem w pneumonii niemowląt. W przypadkach świeżych nie wywiera ona żadnego wpływu i jest przeciwwskazana. Nadaje się ten preparat tylko dla przypadków uporczywych, zadawnionych, przeważnie dla postaci płucnej, dla zapalenia płuc wędrującego, ale i w tych przypadkach działanie Transpulminy nie jest pewne.

W ciężkim zapaleniu płuc stosujemy również preparaty srebra, przede wszystkim Electrocollargol Heyden. Wśród omawianych 96 przypadków przetwory srebra stosowane były u 14 niemowląt z ciężką pneumonią, przeważnie w postaci septycznej, jak również w pneumonii, przebiegającej z bardzo wysoką gorączką. Z tych 14 przypadków jeden skończył się śmiertelnie, 13—wyzdrowieniem. Jednak dodatni wpływ preparatów srebra mogliśmy stwierdzić tylko w 10 przypadkach, w pozostałych trzech preparaty srebra nie skutkowały, i temperatura zaczęła spadać dopiero po zaprzestaniu zastrzykiwań. Przy stosowaniu preparatów srebra gorączka opadała stopniowo, litycznie, stan ogólny stopniowo poprawiał się, przytem należy zaznaczyć że w pięciu przypadkach ciepłota wieczorna była niższa aniżeli ranna, co można uzależnić od zastrzykiwań srebra, które wykonywano w godzinach

popołudniowych. Stosując preparat srebra, nie mogliśmy zauważyć odmiennego działania w zależności od chwili rozpoczęcia leczenia lub czasu trwania choroby — przetwory srebra działają jednakowo w przypadkach świeżych i zadawnionych. Zastrzykiwaliśmy zwykle domięśniowo 1 raz dziennie po 2 — 2,5 cm.³ w ciągu 7 — 12 dni, przestajemy natomiast zastrzykiwać tylko wówczas, jeżeli normalna ciepłota ciała utrzymuje się 3 — 4 dni. Na podstawie naszego skromnego doświadczenia możemy polecić do dalszego próbowania zastrzykiwania domięśniowe preparatów srebra, szczególnie zaś Electrocollargol Heyden, w ciężkich septycznych i sercowych postaciach zapalenia płuc niemowląt.

Materiał nasz jest narazie zbyt szczupły, ażeby wyprowadzać jakieś daleko idące wnioski. Zachowując ogólnie przyjęte zasady leczenia zapalenia płuc niemowląt, wprowadziliśmy trzy nowe środki farmaceutyczne: Glukozę dla przypadków toksycznych, atonicznych i przebiegających z powiększeniem wątroby, Transpulminę — dla długotrwałej postaci płucnej oraz Electrocollargol dla postaci septycznej i sercowej. Osiągnięte na razie wyniki zachęcają do dalszych prób.

Z II-go oddziału chirurgicznego szpitala im. małż. Poznańskich w Łodzi
(Ordynator: Dr. GOLDMAN).

O leczeniu gruźlicy pęcherza moczowego.

Podał

Dr. Ludwik PIKIELNY (Łódź).

Podług obecnych poglądów na patogenезę gruźlicy narządów moczopłciowych, gruźlica pęcherza moczowego jest schorzeniem wtórnym, a mianowicie, prawie zawsze następstwem gruźlicy nerek. Nader rzadko powstaje zapalenie gruźlicze pęcherza przez szerzenie się swoistej sprawy zapalnej z organów sąsiednich: z przyjądrza, pęcherzyków nasiennych, gruczołu krokowego, macicy i jej przydatków. W każdym więc niemal przypadku stwierdzonej gruźlicy pęcherza moczowego musimy przyjąć jednoczesne istnienie gruźlicy nerek, jako bezpośredniego źródła zakażenia. W ok. 90% przypadków zachorowań na gruźlicę nerki współistnieje gruźlica pęcherza moczowego. W początkowych okresach gruźlica nerki przeważnie niczem nie daje się choremu we znaki, i dopiero wystąpienie dolegliwości ze strony pęcherza moczowego zwraca uwagę chorego na stan chorobowy i zmusza go do szukania pomocy lekarskiej.

Patogeneza gruźlicy dróg moczowych jest zagadnieniem nie tylko o znaczeniu teoretycznym, lecz również o wielkiej doniosłości praktycznej. Dopóki bowiem uważano gruźlicę pęcherza moczowego za pierwotne schorzenie dróg moczowych (szkoła Guyona) — miejscem stosowania leczenia był pęcherz; ze zmianą od końca ubiegłego stulecia poglądu na sposób powstawania gruźlicy dróg moczowych mu-

siał również zmienić się sposób leczenia: obecne leczenie gruźlicy pęcherza moczowego jest w zasadzie leczeniem gruźlicy nerki.

Zgodnie zaś z obecnym stanem naszej wiedzy, leczenie gruźlicy nerki może być tylko chirurgiczne i polegać musi na całkowitem usunięciu chorego narządu. Chcieć wyleczyć gruźlicę organów moczowych środkami wewnętrznymi, ulepszonymi warunkami życia codziennego, światłolecznictwem i t. p. jest jak wyraża się Casper, fantazją.

Po usunięciu gruźliczej nerki w więcej niż połowie przypadków następuje wyleczenie sprawy swoistej w pęcherzu moczowym. Leguen podaje 70% wyleczenia gruźlicy pęcherza po usunięciu chorej nerki; czas, w ciągu którego ono następuje, zależy od natężenia stanu chorobowego, odporności organizmu i t. d. i trwa zazwyczaj od kilku do kilkunastu miesięcy. Wyrazem klinicznym wyleczenia jest ustąpienie parcia na mocz, bólów pęcherzowych oraz ropomoczu. W tych zaś przypadkach gruźlicy pęcherza moczowego, w których, pomimo usunięcia chorej nerki, wyleczenie nie następuje, przyczyną tego jest, zdaniem tegoż autora, gruźlica drugiej nerki, nie zawsze dająca się stwierdzić przed zabiegiem lub rozwijająca się już po zabiegu, albo też duża zjadliwość drobnoustrojów oraz zmniejszona względem nich odporność tkanek pęcherza moczowego.

Wildbolz podaje 56% wyleczenia gruźlicy pęcherza moczowego, w których od czasu usunięcia gruźliczej nerki upłynęło co najmniej 10 lat, a u niektórych chorych nawet lat 20. Dane te upoważniają do stwierdzenia zupełnego wyleczenia. W przypadkach zaś, operowanych w okresie choroby możliwie wczesnym, odsetek wyleczonych jest jeszcze większy. Z operowanych ginie ok. 25% w pierwszym lub drugim roku po zabiegu z powodu gruźlicy opon mózgowych, jelit i t. d., najczęściej zaś płuc, co nie powinno dziwić, gdy się uwzględni, że i po usunięciu gruźliczej nerki chory nie przestaje być chorym na gruźlicę, gdyż, jak wiadomo, nerka nie jest pierwszym organem, w którym zachodzą pierwotne zmiany swoiste w ustroju ludzkim.

Śmiertelność wskutek samego zabiegu operacyjnego, wynosząca w statystykach z lat 80—90-cho zeszłego stulecia 36%, dzięki badaniu sprawności czynnościowej nerek przed zabiegiem, wynosi obecnie podług wielu danych statystycznych ok. 6%. — Leczenie gruźlicy dróg moczowych sposobem zachowawczym daje 60% śmiertelności w pierwszych 5 latach choroby, reszta chorych, z małym wyjątkiem, ginie w ciągu następnych 5 lat schorzenia. Jansen podaje, że z 26 chorych na gruźlicę nerkowo-pęcherzową, leczonych konserwatywnie, w ciągu pięciu lat obserwacji pozostało przy życiu 2, natomiast w 844 przypadkach operowanych (usunięcie nerki) śmiertelność w ciągu tego samego okresu czasu wyniosła 11%.

Na podstawie powyższych cyfr wartość usunięcia dotkniętej gruźlicą nerki w gruźlicy dróg moczowych nie ulega wątpliwości, a wszelkie inne sposoby leczenia nie przynoszą poza chwilowym polepszeniem stanu ogólnego, pożądanego skutku leczniczego.

Czy możliwe jest samoistne zagojenie się gruczliczych zmian w nerce i pęcherzu moczowym? Aczkolwiek zbliźnowacenie pojedynczych gruzełków gruczliczych w nerce jest możliwe, to jednakże, jak dowiodły spostrzeżenia kliniczne oraz badania anatomico-patologiczne, wyleczenie się z gruczicy nerki, a tem samem więc i pęcherza moczowego jest rzeczą tak niesłychanie rzadką, iż liczyć na możliwość wyleczenia samoistnego nie wolno. Opisane zaś sporadyczne przypadki „samowyleczenia” gruczicy dróg moczowych polegały na błędnem tłumaczeniu ustania ropomoczu, czego rzeczywistą przyczyną było zamknięcie się światła moczowodu wskutek toczącej się w nim swoistej sprawy zapalnej.

Leczenie objawowe zapalenia gruczliczego pęcherza moczowego pozostaje zatem dla tych przypadków, w których leczenie radykalne jest przeciwwskazane bądź ze względu na istnienie prócz gruczicy nerki innego czynnego ogniska gruczliczego lub wobec jednoczesnej gruczicy obu nerek. Dawniej sądzono, że usunięcie bardziej uszkodzonej nerki dodatnio wpłynie na stan drugiej nerki gruczliczej, jednakże wyleczenie pozostałej nerki lub polepszenie stanu chorobowego osiągnąć się nie dało.

W początkowych okresach choroby udaje się leczeniem objawowem, mającem za zadanie zmniejszenie wrażliwości pęcherza moczowego, przynieść na dłuższy lub krótszy okres czasu pewną ulgę choremu. Leczenie dietetyczne i klimatyczne oraz spokój wzmacniają siły obronne ustroju w walce z zarazkami i przyczyniają się do polepszenia stanu ogólnego i samopoczucia chorego. Wyniki, osiągnięte za pomocą leczenia tuberkuliną, są wątpliwe, a samo jej stosowanie wymaga bardzo wielkiej ostrożności, albowiem nieodpowiednie dawkowanie łatwo wywołać może odczyn niepożądany, wyrażający się w podniesieniu ciepłoty ciała, wzmożeniu krwimoczu i białkomoczu, powiększeniu bólów pęcherzowych i częstomoczu; to też sposób leczenia ten nie ma obecnie wielu zwolenników. W przypadku obustronnej gruczicy nerek leczenie tuberkuliną jest przeciwwskazane. Do sposobów leczenia objawowego zaliczyć musimy również naświetlanie promieniami Roentgena pęcherza moczowego, pod którego wpływem bolesne parcie na mocz może czasowo ustać, a liczba białych i czerwonych ciałek krwi w moczu się zmniejszyć. Naświetlanie rentgenowskie nerki gruczliczej pozostaje bez skutku leczniczego. — W razie bólów i parcia na mocz naogół trudno się obejść bez środków narkotycznych. Względnie najlepsze wyniki daje leczenie miejscowe pęcherza moczowego, mające na celu nie tyle odkażanie, co bez usunięcia źródła zakażenia pozostaje czczym zamiarem, ile działanie kojące na owrzodzenia i podrażnioną śluzówkę.

Z pośród środków, stosowanych w tym celu, należy wymienić przede wszystkim rivanol; natomiast azotan srebra wywołuje wzmożenie bólów i parcia na mocz. Do przepłukiwań stosujemy małe ilości płynu, gdyż pęcherz moczowy, dotknięty zmianami gruczliczymi, nie znosi, jak wiadomo, zbytniego rozciągania, lub zamiast przemywań stosujemy wkraplania. Środki, w których skład wchodzi oliwa, pozostawione w pęcherzu, wpływają na zmniejszenie bólów i parcia.

Przy połączeniu leczenia ogólnego z miejscowem udaje się w niezbyt posuniętych przypadkach gruczicy pęcherza moczowego osiągnąć pewną poprawę: stan zapalny zmniejsza się, parcie na mocz ustaje, a gruzełki gruczlicze mogą nawet zablźnić się; poprawa ta atoli nie trwa długo, gdyż przedostający się z nerki do pęcherza zakażony mocz powoduje tworzenie się świeżych gruzełków oraz obostrzenie stanu zapalnego, którego wynikiem końcowym jest zmniejszenie pojemności pęcherza do tego stopnia, iż zmusza chorego do wielokrotnego połączonego z silnemi bólami oddawania moczu w ciągu jednej godziny, co czyni chorego niezdolnym do pracy normalnej. W tym okresie gruczica pęcherza moczowego należy do najcięższych chorób. Starano się przynieść tu ulgę przez wytworzenie sztucznej przetoki, celem odciążenia pęcherza, jednakże, jak poucza doświadczenie kliniczne, nie doprowadza ten sposób postępowania do zamierzonego celu, a zakażenie samej przetoki czyni często stan chorego jeszcze bardziej rozpaczliwym, niż przed zabiegiem. Usunięcie całkowite pęcherza moczowego lub wyeliminowanie go pzez przeszczepienie obu moczowodów są zabiegami tak ciężkimi, że zasadniczo, jako sposób leczenia, nie mogą być brane pod uwagę.

Widzimy zatem, do jak ciężkiego obrazu chorobowego prowadzi gruczica pęcherza moczowego, o ile zawczasu nie zostało przeprowadzone leczenie przyczynowe. Streszczając zaś wywody nasze, dochodzimy do wniosku, że rokowanie w gruczicy pęcherza moczowego jest pomyślne, o ile choroba została rozpoznana wcześniej, co dzięki obecnym sposobom badania jest rzeczą nie trudną, i o ile wcześniej przeprowadzone zostało leczenie radykalne, jako jedyne leczenie racjonalne.

PIŚMIENNICTWO.

Casper, Med. Kl. Nr. 18, 1923. Jansen, Urogenital-tuberkulose. Legeun, Journal des Practiciens Nr. 5, 1926. Lichtenstern, W. M. W. Nr. 39, 1921. Werboff, Z. f. Urologie Nr. 10, 1926. Wildbolz, Tuberkulose der Harnorgane. Zondek, Tuberkulose der Niere. Spez. Pathologie u. Therapie Bd. VII.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego i jego znaczenie kliniczne ¹⁾).

Podał

J. PINCZEWSKI (Warszawa).

Uwagi wstępne.

Płyn m.-rdzeniowy znajduje się w zbiorniku, składającym się z przestrzeni podpajęczynówkowej oraz układu komór, połączonych ze sobą przez otwór Magendie w sklepieniu IV-tej komory oraz przez dwa mniejsze otwory boczne tejże komory, t. zw. otwory Luschki. Przestrzeń podpajęczynówkowa ograniczona jest, z jednej strony, przez oponę miękką, ściśle przylegającą do substancji mózgowej, i z drugiej strony przez oponę pajęczynową, luźno owijającą mózg i tworzącą na podstawie mózgu większe zbiorniki, jak móżdżkowo-rdzeniowy, międzyszypułowy, mostowy, pasma wzrokowego i t. d. Zakończenie rezerwoaru płynu m.-rdz. stanowią przestrzenie dokołanaczyniowe. Przestrzeń podpajęczynowa rdzenia stanowi dalszy ciąg tejże przestrzeni mózgu i kończy się workiem końcowym na poziomie II-go—III-go kręgu krzyżowego, o 5 — 6 kręgów poniżej stożka końcowego, stanowiącego zakończenie rdzenia.

Ilość płynu, znajdującego się w tej przestrzeni, różnie podawana była przez rozmaitych badaczy. Cotugno obliczał ją na 125 — 150 cm.³, a Magendie 62 — 372 cm.³. Z nowszych badaczy Weigeldt podaje ilość 150 — 176 cm.³ płynu u osobników w średnim wieku, albowiem w wieku starczym, gdy tkanka mózgowa ulega zanikowi, jama czaszkowa wypełnia się większą ilością płynu, która wzrasta o 100 — 200 cm.³. Różnica pomiędzy pojemnością czaszki a objętością zawartej w niej tkanki mózgowej zmienia się wraz z wiekiem. U dziecka wynosi ona 2,5%, pojemności czaszki, u osobnika w wieku średnim 7,5%, a u starców — 15%, to też odpowiednio zmienia się ilość płynu w jamie czaszkowej.

Poglądy co do istoty płynu są bardzo rozbieżne. Ograniczam się przeto do powtórzenia za Zandową (Splot naczyniasty Warszawa 1928), że płyn m.-rdzeniowy jest to wydzielina splotu naczyniastego o cechach dyalizatu. Cechy te płyn zawdzięcza tej okoliczności, iż materiał, z którego nabłonek go produkuje, nie jest czystym osoczem, lecz cieczą, przepuszczoną przez barierę ochronną pomiędzy naczyniami krwionośnymi a nabłonkiem. W barjerze ochronnej, której siedliskiem jest opona miękką, uwalniane jest osocze od części zbędnych, a z tak przerobionego płynu nabłonek splotu naczyniastego tworzy płyn m.-rdzeniowy. Znikoma

część płynu powstaje po za obrębem splotu w przestrzeni podpajęczynówkowej. Z komór mózgowych płyn dostaje się do przestrzeni podpajęczynówkowej najpewniej przez otwór Magendie i tu znajduje drogi, przez które może odpływać. Są to drogi żyłne, do których przedostaje się przez ziarnistości Pacchiona. Nieznaczną wszakże ilość płynu m.-rdz., jak tego dowodzi wprowadzanie barwnych płynów do przestrzeni podpajęczynówkowej, przechodzi o wiele później, niż do żył, do naczyń chłonnych. W rdzeniu drogami odpływu są pochewki nerwów, prowadzące do naczyń chłonnych. Normalna ilość płynu m.-rdz. jest zależna od stosunku pomiędzy jego wytwarzaniem a wchłanianiem.

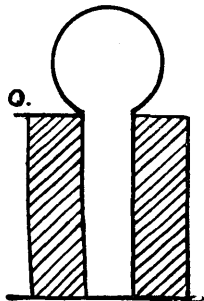
Normalne ciśnienie płynu m.-rdz.

Płyn m.-rdzeniowy znajduje się w zbiorniku swym stale pod pewnem ciśnieniem, które w zwykłych warunkach mierzone w części lędźwiowej kanału kręgowego, jest większe od ciśnienia atmosferycznego. Ciśnienie to bywa oceniane rozmaicie przez różnych badaczy i zależne jest przede wszystkim od pozycji, w jakiej osoba badana się znajduje. W ściśle poziomem leżącym położeniu Cymbulski określał normalne ciśnienie płynu m.-rdz. na 72 — 90 mm. wody, Naunyn i Falkenheim — 250 — 275 mm. wody. Nowsi badacze: Becher podaje — 162, Claude 150 — 200, Zandowa — 10 — 100, a Weigeldt — 150 — 170 mm. wody. Tak znaczne różnice zależne są od licznych wahań, jakim ulega ciśnienie płynu już w warunkach fizjologicznych. W ściśle poziomej leżącej pozycji ciśnienie płynu m.-rdz. na wszystkich poziomach kanału m.-rdz. jest jednakowe, jak tego, zresztą, należy oczekiwać w myśl praw hidromechaniki. Weigeldt znajdował jednak, że w komorach jest ono cokolwiek wyższe, a spostrzeżenia te potwierdza też Pappenheim. Badacze amerykańscy Ayer i Hodgson stwierdzali prawie jednakowe ciśnienie w worku lędźwiowym i w komorach mózgowych.

Przy zmianie pozycji z leżącej na siedzącą wszyscy bez wyjątku badacze stwierdzają wzrost ciśnienia albowiem do czynników wywołujących ciśnienie płynu m.-rdz. w położeniu poziomym, dochodzi hydrostatyczne ciśnienie słupa płynu. Claude określa ciśnienie płynu m.-rdz. w pozycji siedzącej na 230 — 300 mm. wody. Zandowa — 200 — 300, Barre i Schrapf — 250 — 400 mm. wody. W pozycji siedzącej ciśnienie płynu m.-rdz. oczywiście zależne jest od miejsca, w którym je mierzymy i zmniejsza się w miarę posuwania się ku górze w kanale rdzeniowym. Jednakowoż, jak to pierwszy wykazał na modelach Grashey, punkt zerowy, t. j. ciśnienie równe atmosferycznemu znajduje się nie w czaszce, lecz niżej, wg. Grasheya na poziomie otworu potylicznego.

¹⁾ Odczyt, wygłoszony na posiedz. Sekcji Klinicznej Polskiego Tow. Medycyny Społecznej w dn. 3.XI. 1928 r.

Grashey tłumaczy zjawisko to w sposób następujący: w jamie czaszkowej opona twarda ściśle przylega do kości, wówczas gdy w kanale kręgowym między nią a kanałem kostnym znajdują się sploty żyłne, otaczające jakgdyby kręgowy worek oponowy warstwą płynu, krwią żylną. Mamy więc tu warunki takie, jakgdyby spinalna część worka oponowego aż do przejścia do jamy czaszkowej znajdowała się w naczyniu sztywnym, wypełnionem cieczą, w które zanurzone jest otworem swym inne sztywne naczynie — czaszka (worek oponowy

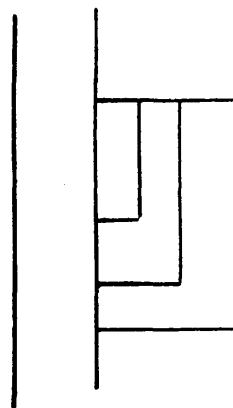


Rys. 1.

w czaszce i w kanale kręgowym również wypełniony jest cieczą — płynem m.-rdzeniowym). W takim układzie fizycznym ciśnienie atmosferyczne, t. j. punkt zerowy, panuje na granicy między obu naczyniami, co w przeniesieniu na stosunki między kanałem kręgowym a czaszką powinno mieć miejsce u wylotu czaszki, t. j. na poziomie dużego otworu potylicznego (Rys. 1). Na dnie tego naczynia, a więc w miejscu, odpowiadającym V-emu kręgowi lędźwiowemu panuje w pozycji pionowej ciśnienie odpowiadające słupowi cieczy o wysokości około 60 cm, równemu odległości tego miejsca od otworu potylicznego, oddalając się od otworu potylicznego ku górze, mamy ciśnienie mniejsze od atmosferycznego, ujemne, tak, że na wierzchołku czaszki, odległym o około 13 cm od *for. occipit.*, równa się ono — 13 cm wody. Z boków worka oponowego w kanale kręgowym wobec tego, że na zewnątrz i od wewnątrz panują jednakowe stosunki, ciśnienie równa się zeru. Odwracając osobnika badanego nogami ku górze dodajemy do słupa cieczy w kanale kręgowym ciśnienie słupa cieczy w czaszce, i zamiast ciśnienia ujemnego, jakie panuje na wierzchołku czaszki w pozycji normalnej pionowej, wytwarzamy tam ciśnienie dodatnie równe $60 + 13$ cm. wody.

Rozważania Grasheya potwierdza spostrzeżenie kliniczne oraz późniejsze badania Hilla, Proppinga, Bechera i innych. Na pacjentach z ubytkami kości czaszki widać, że w pozycji stojącej lub siedzącej opona twarda w otworze trepanacyjnym zapada się, czyli, że ciśnienie jest tu mniejsze od 0; gdy opuścić ich głowę w dół, opona twarda wypukła się. Należy jednak dodać, że ciśnienie ujemne płynu m.-rdz. w pozycji pionowej ciała tylko wtedy panuje w jamie czaszkowej, o ile inne składniki ciśnienia płynu m.-rdzeniowego nie przewyższają ujemnego ciśnienia hydrostatycznego. U dzieci np. z wzmożoną produkcją płynu w zapaleniach ostrych lub przewlekłych opon nawet w siedzącej pozycji otrzymuje się płyn, który sam wytryska,

Jeżeli jednak fakt ujemnego ciśnienia płynu w jamie czaszkowej w pozycji pionowej ciała został ogólnie uznany, to spór wywołało twierdzenie Grasheya, że punkt 0 znajduje się na poziomie otworu potylicznego. Kronig i Gauss, dokonując nakłucia kanału kręgowego na zwłokach w siedzącej pozycji, zauważyli, że bez względu na miejsce, w którym nakłuwali kanał nigdy słupek w manometrze nie podnosił się powyżej poziomu, odpowiadającego dolnym kręgom szyjnym (rys 2). Badacze ci sądzili więc, że łącząc manometr z pomocą igły z kanałem kręgowym wytwarza się w pewnym rodzaju naczyniu połączone, którego jedno kolano stanowi kanał kręgowy, a drugie — rurka manometryczna. W naczyniu połączonym poziom cieczy o tym samym ciężarze gatunkowym jest jednakowy w obydwu kolanach. Jeżeli zatem słupek w manometrze nigdy nie podnosi się wyżej poziomu dolnych kręgów szyjnych, to widocznie na tej wysokości panuje ciśnienie atmosferyczne, t. j. punkt 0 ciśnienia. Dalej, Propping, nakłuwając kanał kręgowy powyżej domniemanego punktu 0, stwierdził, że powietrze, sycząc przy nakłuciu, zostaje wessane, co dowodzi, że w miejscu tem panuje ciśnienie ujemne, mniejsze od atmosferycznego.



Rys. 2.

Ażeby wytłumaczyć sobie to zachowanie się ciśnienia w kanale kręgowym, Propping uważał za konieczne odmówić słuszności pogładowi Grasheya, jakoby przestrzeń epiduralna stanowiła rodzaj sztywnego naczynia z cieczą, nie pozwalającego workowi oponowemu zmieniać swej konfiguracji. Propping ustawił pionowo elastyczną rurę gumową, zamkniętą u dołu i napełnił ją wodą. W takiej rurze dolny odcinek uległ rozdęciu, górny zaś zapadł się, gdy płyn, zawarty w rurze, wskutek siły ciężkości opadł ku dołowi. To samo dzieje się w kanale oponowym. W pozycji pionowej płyn m.-rdz. ma tendencję do opadania ku dołowi wskutek siły ciężkości; w ten sposób dolny odcinek worka oponowego powinien się rozszerzyć, a górny — zapaść. Według Proppinga jest to możliwe dzięki temu, że tłuszcz, znajdujący się w przestrzeni ponadtwardówkowej między kręgami, posiada pewien stopień elastyczności. Tam, gdzie worek oponowy rozszerza się, t. j. w dolnych jego częściach, tłuszcz ten zostaje uciśnięty i ustępuje miejsca odpychanym masom krwi żyłnej, wypełniającym przestrzeń ponadtwardówkową; wyżej zaś, gdzie worek oponowy się zapada, tłuszcz ma

możność zająć więcej miejsca. Późniejsi badacze zakwestjonowali rolę tłuszczu epiduralnego, zwracając słuszenie uwagę na to, że wszak ścian spłotów żylnych nie można uważać za sztywne, że przeciwnie, posiadają one tak, jak i inne ściany naczyń, elastyczność, dzięki czemu potrafią każdorazowo dostosować się do zmienionych warunków.

Proces odbywający się w kanale kręgowym, możnaby sobie wytłumaczyć w sposób następujący. W pozycji leżącej na boku ciśnienie epiduralne w spłotach żylnych równoważy ciśnienie płynu m.-rdz. w kanale kręgowym. W pozycji pionowej ciała płyn m.-rdz. wskutek siły ciężkości dąży do zajęcia jaknajniższego punktu w kanale. Napięcie elastyczne opon w górnych odcinkach z powodu opadania płynu zmniejsza się, ciśnienie żyłne spłotów ponadtwórkowych przeważa wtedy w tych miejscach ciśnienie w worku oponowym, którego ściany zapadają się, gdyż w nich istnieje tu ciśnienie ujemne. Płyn, który opadł do niżej położonego odcinka worka oponowego, wzmacnia tam ciśnienie na jego ściany, które przekracza panujące dookoła epiduralne ciśnienie żyłne i daje możność rozszerzania się w tych miejscach workowi oponowemu. Oczywiście, że konieczną przesłanką tego rozumowania jest zdolność spłotów żylnych do zmiany swej objętości, czy to wskutek czynnego zmniejszania swego światła, czy też wskutek zmniejszania zawartości masy krwi, która posiada możność odpływania do pni żylnych, znajdujących się poza kanałem kręgowym. Tak samo, jak w czasie, czynnik hydrostatyczny nie jest w stanie wywołać ciśnienia ujemnego w którymkolwiek bądź odcinku kanału kręgowego, jeżeli inne warunki temu przeciwdziałają. Zaznaczyć też należy, że istnienie ujemnego ciśnienia płynu m.-rdz. w niektórych odcinkach kanału kręgowego nie oznacza bynajmniej, że w miejscach tych nie ma płynu m.-rdz.; płyn w miejscach tych jest, nie wypływa on jednak sam, lecz można go otrzymać przez aspirację.

Niezależnie od pozycji, którą zajmuje osobnik badany, stwierdza się w warunkach fizjologicznych wahania ciśnienia płynu m.-rdz., zależne od ruchów serca i wynoszące od 1 — 6 mm. wody, i od ruchów oddechowych — do 20 mm. wody. Wahania pulsacyjne ciśnienia płynu m.-rdz. są łatwo zrozumiałe, jeżeli wraz z Mossó wyobrazimy sobie czaszkę jako pletysmograf, w którym rolę płynu odgrywa płyn m.-rdz. Tak jak kończyła w pletysmografie zmienia swą objętość zależnie od skurczu czy rozkurczu serca, mózg, jako narząd, powiększa się za każdym dopływem krwi podczas skurczu i zmniejsza się za każdym odpływem podczas rozkurczu serca. Wobec tego, że jama czaszki, z wyjątkiem niektórych nielicznych tylko miejsc, nie może zmienić swej pojemności, część płynu m.-rdz. za każdym skurczem odpływa z jamy czaszki, aby w fazie rozkurczu powrócić do niej. (Ruch falowy, w płynie m.-rdz., w ten sposób wytworzony, odbywa się według Bechera z szybkością 3 mtr. na l'). Jeżeli nastąpi przerwa w komunikacji w kanale, to oczywiście, fale te nie mogą być przenoszone. Jeżeli nastąpi przerwanie opony twardej w którymkolwiek miejscu, to również nie możemy obserwować ani fal pulsacyjnych, ani też respira-

cyjnych, gdyż zbędny płyn ma możność ujęcia od razu przez sztucznie wytworzony otwór w oponie.

Zmiany w ciśnieniu płynu m.-rdz. zachodzące przy ruchach oddechowych, są bardziej skomplikowane. Są one również zależne od zmian, w napełnianiu naczyń w czasie i w kanale kręgowym.

Podczas wdechu, wskutek wytwarzającego się w klatce piersiowej ciśnienia ujemnego, następuje wessanie krwi żyłnej przez prawy przedsionek serca, wskutek czego ilość krwi w żyłach czaszkowych i w kanale kręgowym zmniejsza się, i ciśnienie płynu m.-rdz. opada; odwrotnie, podczas wydechu żyły czaszkowe i w kanale kręgowym w odcinku ponadprzeponowym wypełniają się, i ciśnienie płynu m.-rdz. podnosi się. W niektórych jednak wypadkach dzieje się inaczej: przy wdechu ciśnienie się podnosi, a podczas wydechu opada. Ewig i Lullies, którzy przeprowadzili w ostatnich latach nader precyzyjne badania nad tem zagadnieniem, wykazali, dlaczego rozmaite osobniki tak odmiennie się zachowują. Dowodzą oni, że przy spokojnym oddechu o typie piersiowym następuje spadek inspiracyjny i wzrost ekspiracyjny ciśnienia płynu; natomiast przy typie oddechu brzuszny — dzieje się odwrotnie. W pierwszym wypadku jednocześnie ze spadkiem ciśnienia śródpiersiowego podczas wdechu następuje opróżnienie żył spłotów epiduralnych ponad przeponą oraz żył czaszkowych, co pociąga za sobą spadek ciśnienia płynu m.-rdz. w drugim wypadku — przy brzuszny typie oddechowym — podczas wdechu odbywa się również opróżnienie żył ponadprzeponowych, ale jednocześnie wzmacnia się ciśnienie śródbrzuszne, które utrudnia odpływ krwi z żył, znajdujących się poniżej przepony. Ten wzrost ciśnienia żylnego poniżej przepony przekracza spadek w żyłach powyżej przepony, co w wyniku podnosi ciśnienie płynu, m.-rdz. mierzonego w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Tak więc wahania oddechowe ciśnienia płynu m.-rdz. w części lędźwiowej kanału są wynikiem sumowania. wzgl. interferencji wahań, odbywających się w całym kanale czaszkowo-kręgowym.

Inne wahania fizjologiczne ciśnienia płynu m. rdz., które według Quinckego dochodzą do 30 mm. wody, zależne są w pierwszym rzędzie od stanu psychicznego osoby badanej. Wzruszenia, podniecenia, odwrócenie uwagi przez jakiegokolwiek bądź bodźce zmysłowe zwiększają stopień napełnienia naczyń mózgu, jak tego dowodzą badania Mossa. Równocześnie, ze względu na to, że jama czaszkowa nie może zmienić swej pojemności, płyn m. rdz., ustępując miejsca powiększonym naczyniom, przechodzi do kanału kręgowego i w ten sposób wzmacnia ciśnienie w kanale kręgowym. Przygięcie głowy do tułowia, utrudniając odpływ krwi żyłnej z czaszki, ma wpływ podobny do ucisku żył szyjnych, a więc przy wolnej komunikacji w kanale kręgowym powoduje wzrost ciśnienia płynu m.-rdz. Ucisk na brzuch, parcie, forsowny kaszel, wzmagając ciśnienie śródbrzuszne, wywołują w ten sposób wzrost ciśnienia płynu m.-rdz.

Spróbujmy teraz ustalić, z jakich elementów składa się ciśnienie płynu m. rdz., i jakim one ulegają zmianom w stanach patologicznych? Za punkt wyjścia dla na-

szych rozważań niech posłuży pojęcie ciśnienia krwi. Coż to jest ciśnienie krwi w naczyniach? Jest to, ściśle rzecz biorąc, oddziaływanie masy krwi, zawartej w naczyniach, na ich ściany; oddziaływanie to wywołuje reakcję ze strony ścian naczyń, zależną od ich elastyczności. Dzięki tej reakcji ściany naczyń powstaje siła, z którą bywa wyrzucana krew, gdy się otworzy naczynie. To napięcie elastyczne ścian naczyń musi być równoważne ciśnieniu słupa krwi na nie, czyli że napięcie elastyczne np. ścian naczyń tętniczego i ciśnienie krwi w tętnicy są to pojęcia zupełnie identyczne. Ciśnienie płynu m. rdzeniowego jest identyczne z napięciem elastycznym ścian zbiornika, w którym ten płyn się znajduje. Rzecz prosta, że ciśnienie płynu m. rdz. i napięcie elastyczne ścian zbiornika płynu są równoważnościowe tylko wtedy, gdy mierzymy ciśnienie w pozycji ściśle poziomej w kanale kręgowym, albowiem w pozycji stojącej lub siedzącej wchodzi w grę czynnik hydrostatyczny, jak o tem mówiliśmy wyżej. W jamie czaszkowej wpływ czynnika hydrostatycznego na ciśnienie płynu zmienia się wraz ze zmianą położenia czaszki w przestrzeni oraz zależny jest również od miejsca, w którym mierzymy ciśnienie płynu. Tak np., gdy nakłuwamy przedni róg komór bocznych w położeniu twarżowym, to nawet w wypadku dużego wodogłowia wewnętrznego po wytryśnięciu pierwszej porcji, wpływ płynu następnie ustaje, aczkolwiek płyn można w dalszym ciągu aspirować w dużych ilościach; przechylając głowę ku dołowi, powodujemy samoistne wycieknięcie płynu. Nakłuwając tylny róg komory bocznej, obserwować możemy również to samo zjawisko. Streszczając zatem powyższe wywody, możnaby powiedzieć, że ciśnienie płynu m. rdz. i napięcie elastyczne ścian zbiornika płynu są identyczne w pewnych warunkach. W pewnej mierze napięcie elastyczne ścian zbiornika płynu m. rdz. zależne jest od stosunku między pojemnością tego zbiornika V , a ilością znajdującego się w nim płynu

Q , przyczem ciśnienie płynu m. rdz. jest odwrotnie proporcjonalne do stosunku $\frac{V}{Q}$. Jeżeli więc zbiornik płynu m. rdz. ulegnie zmniejszeniu wskutek powiększenia się objętości normalnie zawartej w nim masy tkankowej, jak np. wskutek mas nowotworowych, ropni to przy tej samej ilości płynu m. rdz. napięcie elastyczne ścian jego ulegnie powiększeniu. Objętość tego zbiornika może się zmienić wskutek większego lub mniejszego wypełnienia naczyń, znajdujących się w jamie czaszkowej lub w kanale kręgowym, zależnego z kolei od ciśnienia krwi w naczyniach — w ten sposób też może się zmieniać napięcie elastyczne ścian zbiornika płynu m. rdz. Z drugiej strony, jeżeli ilość płynu przy tej samej pojemności zbiornika powiększy się lub zmniejszy, to również nastąpi zmiana ciśnienia w kanale czaszkowo - kręgowym. Ilość płynu m. rdz. reguluje stosunek między wydzielaniem jego a wchłanianiem — tak więc zaburzenia w jednej lub drugiej czynności nie pozostają bez wpływu na ciśnienie płynu m. rdz. Elastyczne napięcie ścian zbiornika może się też zmienić wskutek zmian w jego konfiguracji. Obserwujemy to, gdy pochylamy głowę na zwłokach ku przodowi lub ku tyłowi, w tych warunkach zmienia się bowiem pojemność zbiornika płynu m. rdz. Ten sam czynnik modyfikuje ciśnienie płynu w razie skrzywienia kręgosłupa. Trudno określić, w jakim stopniu ma wpływ na napięcie ścian przestrzeni podpajęczynowej napięcie ścian naczyń czaszkowych i kręgowych, które można uważać za część składową błon, ograniczających przestrzeń podpajęczynową.

Z powyższego wynika zatem, że napięcie elastyczne błon, ograniczających zbiornik płynu m. rdzeniowego, zależne jest od 1) ciśnienia naczyniowego: żylnego i tętniczego, 2) wydzielania i wchłaniania płynu m. rdz. i 3) ciśnienia śródczaszkowego, zależnego od masy tkanki i płynu, zawartej w jamie czaszkowej.

(C. d. n.).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Gruźlica.

K. CHOREMIS. Bliźnięta z wrodzoną gruźlicą. (Jahrb. für Kinderh. 70 tom, 5/6 zeszyt.).

Autor poddaje analizie przypadek dwojga trzytygodniowych bliźniąt zmatłych na gruźlicę w wieku 5-ciu tygodni. W chwili przybycia do szpitala, waga i wzrost dzieci odpowiadały wiekowi, stan ogólny był zupełnie dobry. Dokonany w 25-tym dniu życia śródskórny odczyn tuberkulinowy w rozcieńczeniu 1:10.000 wypadł dodatnio. W dalszym przebiegu u jednego z dzieci zjawiła się gorączka i badanie fizykalne wykazało stłumienie wraz z nielicznymi drobnymi rzężeniami u podstawy prawego płuca, u drugiego zaś, poza niewielkimi wznieśieniami ciepłoty oraz objawami dyspeptycznymi, obserwacja kliniczna nic szczególnego nie wykryła. Wśród tych objawów nastąpiło wybitne pogorszenie i zajęcie śmiertelne.

Sekcyjnie stwierdzono: w obu przypadkach powiększenie i częściowe zserowacenie gruczołów tchawiczo-oskrzelowych oraz powiększenie gruczołów krezkowych bez zserowacenia. Ponadto w I-ym przypadku znaleziono: nacieczenie prawego

płuca w okolicy wnęki i podstawy oraz gruźlicę prosówkową lewego płuca, wątroby i śledziony, w II-im zaś: w obu płucach u podstaw gruźlicę, dochodzące do wielkości grochu, oraz nieliczne świeże gruzełki w śledzionie.

W obu przypadkach opony mózgowe były wolne. Pomimo zupełnego braku wywiadów (omówione dzieci były podrutkami), autor jest zdania, że mamy tu do czynienia z gruźlicą wrodzoną, za czem przemawia wczesny dodatni odczyn tuberkulinowy, szybkie załamanie się dzieci oraz rozległość zmian anatomo - patologicznych. Przypadki te autor zalicza do t. zw. wczesnej postaci gruźlicy wrodzonej, w której zakażenie idzie drogą wewnątrzmaciczną, w przeciwstawieniu do postaci późnej, w której zakażenie następuje podczas porodu.

M. Stopnicka.

H. KOOPMANN. W sprawie gruźliczego zakażenia kontaktowego w małżeństwie. (Med. Klin. Nr. 27 1928).

Na podstawie dłuższej obserwacji 52 par małżeńskich, w których jedno z małżonków prątkowało, dochodzi autor do wniosku, że zakażenie kontaktowe zdarza się, ale stosunkowo

bardzo rzadko. Przyczynę tego napozór dziwnego zjawiska widzi autor po pierwsze w zachowywaniu środków ostrożności w stosunku do otoczenia przez osobników, dotkniętych otwartą gruźlicą; zachowywać zaś środki ostrożności uczą się oni w zakładach szpitalnych i poradniach przeciwgruźliczych; po drugie — w nabywaniu względnej odporności przeciwko gruźlicy, jaką większość ludzi osiąga w wieku małżeńskim.

Jan Srebrny.

RADÓ i HUTH. O badaniu prątków gruźliczych w moczu. (Deutsch. med. Woch. Nr. 21 1928).

Autorzy poruszają konieczność skrupulatnego poszukiwania laseczników w moczu w okresach możliwie wczesnych cierpienia swoistego dróg moczowych.

Dobre wyniki daje zwykła metoda Ziehl-Neelsena oraz barwienie wedł. Osola — grubego rozmazu: kroplę osadu rozmazuje się lekko na szkiełku i suszy na powietrzu; 3½ min. barwi się fuksyną karbolową, ogrzewając aż do powstania oparów; odbarwia się 10% kwasem siarkowym, poczem dodaje świeżo przyrządzoną mieszaninę 1 cz. alkoholu absolutnego i 5 cz. świeżego również 10% roztworu siarczanu sodu.

M. Goldman junior.

Choroby płuc.

W. J. MERLE SCOTT i E. C. CUTLER. O leczeniu pooperacyjnych zapadnięć płuc. (J. of the A. M. A. Nr. 22, tom 90, 1928).

Celem zapobieżenia pooperacyjnym atelektazom autorzy proponują stosowanie w końcu operacji pod ogólnym znieczuleniem wziewań mieszaniny tlenu i dwutlenku węgla, który działa jako silny środek hiperwentylacyjny.

W ciągu pierwszych 48 godzin, następujących po operacji, pacjenci winni pozostawać w t. zw. pozycji na wpół Fowlera, o ile oczywiście niema przeciwwskazań, pacjent ponadto nie powinien leżeć długo na jednym boku.

W ciągu tego okresu należy zachęcać chorego do powtarzania od czasu do czasu serii głębokich oddechów.

Opatrunki pooperacyjne należy tak nakładać, by możliwie najmniej przeszkadzały w oddychaniu.

Hiperwentylacja płuc, jako środek, zapobiegający masowemu niedodmowi pooperacyjnemu wespół z pozycją pół — Fowlerowską zmniejsza znakomicie odsetek powikłań.

W jednym przypadku prawie już zupełnego zapadnięcia się płuc hiperwentylacja dała wyraźny, acz przejściowy wynik widoczny zresztą na ekranie rentgenowskim.

B. G.

C. A. L. BINGER i R. V. CHRISTIE. O stosowaniu djatermji w zapaleniu płuc. (J. A. M. A. Nr. 6. Tom 91 1928).

Obfite unaczynienie płuc powoduje, że ciepło, przenikające wgłąb ciała, nagrzewa krew, która ciągle odpływa; płuca przedstawiają więc sobą doskonały system chłodzenia.

Te części płuc, przez które świeża krew nie przebiega, nie korzystają zatem z dobrodziejstw djatermji.

Działanie na miąższ płucny sprowadza się więc do polepszenia krążenia, zmniejszenia duszności i sinicy, zwiększenia ilości tlenu w tkankach.

Z drugiej strony przypuszczają, że djatermja płucna działa jednocześnie na towarzyszące zapaleniu płuc zajęcie opłucny, zmniejszając bóle.

Co się dotyczy zawartości tlenu we krwi, to djatermja na stan ten nie wpływa.

Znikanie sinicy należy tedy przypisać innym czynnikom, prawdopodobnie zależnym od samych naczyń włosowatych.

B. G.

A. WINKLER. O zachowaniu się jam w płucach podczas kaszlu. (D. Arch. f. Klin. Med. Tom 160 Zesz. 5/6).

Przy prześwietlaniu płuc można zauważyć, że podczas kaszlu przepona gwałtownie unosi się ku górze zaś wobec zamknięcia głośni następuje rozdzęcie stosunkowo luźnych części płuc między innymi wierzchołków, które się rozjaśniają.

Podobnie się zachowują podczas kaszlu także jamy płucne, o ile są dostatecznie duże, powietrzne i mają ściany dość elastyczne. Ściany te podczas kaszlu zaczynają drgać, jama zaś w całości początkowo się zmniejsza, potem się zwiększa.

Zmiany wielkości, a raczej pojemności jamy, które występują podczas kaszlu, zależą od zmian w ilości powietrza, za wartego w jamie.

Objawy osłuchowe, towarzyszące temu ruchowi powietrza szczególnie w obecności wydzieliny w oskrzelach, są dowodem obecności jam, a poniekąd dają niejaki pojęcie o ich wielkości.

W przypadkach istnienia dużych, wypełnionych powietrzem kawern można zauważyć zjawisko następujące: jeżeli po silnym krótkim kaszlnięciu kazać choremu zupełnie zatrzymać oddech przez dłuższą chwilę to występują wyraźne rzęzenia wydechowe.

Zjawisko to polega na dopływie powietrza do jam po silnym kaszlu. Charakter osłuchowy zjawiska przypomina nieco miażdżenie kota. Występuje tylko w przypadkach dużych jam, niekiedy jako jedyny objaw pewny.

B. G.

Choroby serca i naczyń.

C. R. SCHLAYER. O dusznicy bolesnej. (Münch. Med. Woch. 1928. N. 47).

Autor podaje szereg cech dusznicy bolesnej prawdziwej, mających znaczenie w rokowaniu oraz opisuje zespoły chorobowe. imitujące dusznicę bolesną (D. b.).

D. b., występująca w spokoju (Ruheangina), w nocy, po jedzeniu daje gorsze rokowanie, niż po wysiłkach fizycznych

D. b. w wieku 40 — 45 l., u mężczyzn, u typów apoplektycznych, przebiegająca z niskim ciśnieniem, daje gorsze rokowanie, niż w wieku 60 — 65 l., u kobiet, u asteników i przy wysokim ciśnieniu.

D. b., występująca w związku z porą roku (marzec, październik), daje o tyle dobre rokowanie, że przez zmianę klimatu można uniknąć momentu wywołującego. D. b. na tle *mesaort. luetica* z rozszerzeniem aorty i szmerem skurczowym jest prognostycznie zła, gdyż nie poddaje się terapii.

Przechodząc do *ang. pect. spuria*, autor opisuje 4 następujące zespoły, imitujące dusznicę prawdziwą:

I. nerwica naczynioruchowa młodych kobiet (25 — 40 l.) z napadami ucisku w okolicy serca, zimnymi kończynami, zawrotami i omdleniem. Ból niezbyt wielki, natymat silny lęk, że serce przestanie bić.

II. Nerwica naczynioruchowa w okresie przekwitania. Obraz może czasami zupełnie odpowiadać dusznicy prawdziwej przeważnie brak jest uczucia nicości, zbliżającej się śmierci.

III. Zatrucie nikotyną. Młody wiek (30 — 35 l.), objawy zapalenia nerwu na podudziach.

IV. U naczyniochwiejnych mężczyzn, zwykle atletycznie zbudowanych blondynów, co ¼ — ½ roku napady ściskania za mostkiem z promieniowaniem do l. kończyny górnej, uczuciem śmierci, zimnym potem. Po napadzie stolec i *urina spastica*.

Prócz powyższych zespołów mogą imitować d. b. również kolki żółciowe, nerkowe, przełomy gastryczne, niezłyty infekcyjne oraz zespół gastro-kardialny Römhelda (silny ból w dołku, promieniujący do lewej ręki, występujący po spożyciu pokarmów i przebiegający bez uczucia lęku).

H. Rasolt,

C. S. KEEFER i W. N. REZNIK. *Dusznica bolesna na tle anoksemji.* (Arch. of. Int. Med. Tom 41 N. 5/1928)

Autorzy dowodzą, że niedostateczne ukrwienie (anoksemja) serca objaśnia zarówno napady bólowe jakoteż możliwość nagłego zejścia śmiertelnego.

B. Goldstein

H. Mc. CULLOCH. *O gośćcowych schorzeniach serca.* (Journ. of. the Am. Med. Ass. N. 26 z r. 1928).

Gośćcове cierpienia serca występują w pierwszej połowie życia, szczególnie w pierwszych 10 latach. W tym to okresie choroba najczęściej atakuje serce i prowadzi bądź to od razu do śmierci, bądź też do dożywotniej wady sercowej. Po okresie dojrzewania zakażenie gośćcове jest mniej groźne, natomiast u młodych osobników zejście niepomysłne jest bardzo częste.

Gościec występuje częściej u ludności miejskiej, uboższej, w klimacie zimniejszym, głównie na wiosnę i w zimie. Pozatem zdaje się istnieć wyraźne usposobienie, względnie skłonność wrodzona.

Żarzek nie jest jeszcze znany, przypuszcza się atoli, że należy on do grupy paciorkowców. Przypuszcza się także obecnie, że osobniki chore na gościec są szczególnie wrażliwe na paciorkowce.

Bardzo często przypadki gościa nie są rozpoznawane, i dopiero powikłanie ze strony serca nasuwa myśl o pochodzeniu cierpienia.

Co się tyczy zapobiegania powstawaniu powikłań, względnie nawrotów sercowych, to należy zwrócić uwagę na doniosłość dłuższego pozostawienia chorego w łóżku, jeszcze szereg dni i tygodni to ustąpieniu objawów klinicznych stawowych oraz odstawieniu salicylu. Ścisłego miernika dla wykazania czy ogniska są jeszcze czynne, dotychczas nie mamy.

Autor wysuwa szereg punktów, na których radzi się opierać w tych razach:

1) Normalna ciepłota (do 100° F), mierzona regularnie przynajmniej w ciągu tygodnia. Dienne wahania nie powinny przekraczać 1½° F.

2) Tętno nie powinno w spoczynku wynosić więcej, niż 100 na minutę (kontrola 7-10 dniowa).

3) Tętno powinno wracać po wysiłkach do stanu poprzedniego spoczynkowego w ciągu 3 minut.

4) Stopniowy wzrost wagi ciała, przyczem waga dziecka winna być najwyżej o 10% mniejsza od wagi należnej (przy uwzględnieniu innych warunków).

5) Brak objawów zmęczenia — jako to: brak łaknienia, podrażnienie wieczorne, niespokojny sen.

6) Normalny obraz białej krwi (7000 — 9000 leukocytów z 60 — 70% neutrofilów) oraz czerwony (najmniej 4 miliony).

7) Normalne ciśnienie krwi (nie za duże, ani za niskie).

8) Normalne napięcie tętna.

9) Wielkość serca normalna lub zmniejszająca się, w każdym razie ustalona. Ton, względnie szmery winny mieć charakter stały.

10) Czynność serca winna być równomierna. Wyjątkowo mogą być uwzględnione skurcze dodatkowe lub nieregularność zatokowa.

11) Brak objawów niewydolności serca (obrzęków, sinicy i t. p.).

12) Normalna pojemność oddechowa płuc.

13) Brak wysypek na skórze lub objawów skazy krwotocznej.

14) Brak guzków gośćcowych — tak długo jak te istnieją należy przypuszczać, że i w sercu mogą one powstawać.

15) Uspokojenie się zakażenia jamy nosowo-gardzielowej.

16) Po odstawieniu salicylu poczekać z wstawianiem jakieg 2 tygodnie, w przeciwnym bowiem razie objawy mogą wrócić.

B. G.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

LOWENBERG i NOAH. *Rokowanie u chorych cukrzycy, leczonych insulina.* (Deutsch. med. Woch. N 22. 1928).

Aut. podają bilans wyników 3½ — letniego stosowania insuliny w klinice Kuttnera, porównyując dane z okresem przedinsulinowym.

42 pacjentów badanych było w odstępie kilkuletnim dwukrotnie. Wyniki powtórnego badania były naogół gorsze. Za ledwie w 10% przypadków nie znaleziono cukromoczu. Cukier we krwi naczno w 35% był wyższy. Szczególnie uderzający był wzrost ciśnienia krwi, wynoszący w 41% więcej, niż 20 mm. Hg. Aut. przypuszczają, iż długotrwałe przecukwienie organizmu stanowi czynnik, ułatwiający powstawanie nadciśnienia. To nadciśnienie ma tem większe znaczenie, iż w 25% przypadków nadymano zmiany czynnościowe nerek. Chorobowy stan układu krążenia tłumaczy te nierzadkie przypadki, w których nie udaje się chorego uratować w czasie śpiączki cukrzyczej, mimo należytego zastosowania insuliny i usunięcia przecukwienia oraz kwasicy; w tych przypadkach odmawia posłuszeństwa serce i naczynia.

Niepomysłne dane statystyki autorów są częściowo następstwem trudności, jakie mają chorzy z dokładnem stosowaniem się do wskazań lekarza, co w wielu przypadkach wynika z warunków społecznych chorego. Autorzy podkreślają konieczność założenia odpowiednich przychodni dla chorych cukrzyczych.

M. Goldman junior.

N. ULRICH. *O antagonizmie pomiędzy insulina a hipofizyną.* (Arch. of. Internal Medicine Tom 41, Nr. 6 1928).

Autor przytacza przypadek nadczynności przysadki mózgowej z typowym wzrostem kończyn (*acromegalia*) oraz cukromoczem.

Autor wyraża mniemanie, że równowaga między wydzieliną trzustki a przysadki waha się rozmaicie u różnych osobników.

To też stosowanie insuliny w przypadkach przysadkowego cukromoczu niezawsze jest jednakowo skuteczne.

B. Goldstein.

K. HOESCH. *Wpływ tłuszczów na acetonurję i kwasicę w cukrzycy.* (Deutsch. Arch. f. Klin. Med. 160 Tom, zeszyt 3,4).

Autor przeprowadził szereg badań nad działaniem tłuszczów, w szczególności t. zw. diatłuszczów (o nieparzystej liczbie atomów węgla), na wytwarzanie acetonu w ustroju. Rozpoznaniu tego rodzaju tłuszczów, jak wiadomo, sioi na przeszczepie ich zły smak, który niczem nie daje się poprawić. Autorzy używali diatłuszczu, jako dodatku do jarzyn, co do pewnego stopnia pokrywało zły smak.

Tłuszcz ten co do budowy jest trójglicydem o kwasach z 11 lub 13 atomami węgla.

W ustroju zostaje on szybko przyswojony, działa przeciwketonicznie oraz wpływa korzystnie na tolerancję węglowodanową. Powstawanie węglowodanów z tego tłuszczu wydaje się nieprawdopodobne.

Tłuszcz ten działa oszczędzająco na spalanie, toteż w ciężkich przypadkach cukrzycy zupełnie dobrze zastępuje tłuszcze zwykłe i w ten sposób zmniejsza kwasicę. Ustalono także, że dodawanie tłuszczu zwykłego w ciężkich przypadkach cukrzycy wywołuje kwasicę acetonową w stopniu, ściśle niemal odpowiadającym ilości podanego tłuszczu.

Autor wypowiada się przeciwko mniemaniu Petrena, że tłuszcz nie odgrywa większej roli w powstawaniu acetonu.

Co się tyczy białka, to i ono bierze udział w wytwarzaniu ciał ketonowych. Odgrywa więc ono raczej rolę czynnika pośredniego.

W dalszym ciągu wpływa na ketonurję także układ roślinny, gruczoły wewnątrzwydzielnicze i t. p. czynniki.

B. Goldstein.

R. UHLMANN. Leczenie cukrzycy, a nieparzyste kwasy tłuszczowe. (Dtsch. Arch. f. Klin. Med. Tom. 161, zes. 3/4).

W leczeniu cukrzycy insulina rezerwowana jest głównie dla przypadków cięższych. Przypadki lżejsze są leczone głównie dietetycznie, i tu wysuwa się na pierwsze miejsce zagadnienie ochrony chorego przed ketozą. M. in. probowano rozstrzygnąć tę sprawę zapomocą podawania tłuszczów o nieparzystej ilości atomów węgla t. zw. diatłuszczów, których prototypem była intarwina.

Badania wykazały, że rzeczywiście przy diecie ubogiej w węglowodany, a opartej na tłuszczach „nieparzystych”, ciała ketonowe nie występowały, podczas gdy ta sama ilość tłuszczu zwykłego przy innych składnikach diety niezmienionych dawała ketozę.

Kwestja znaczenia białka dla powstawania ciał ketonowych została rozstrzygnięta w ten sposób, że pewne aminokwasy mogą dawać ketozę, lecz tylko w stopniu nieznacznym (16⁰/₀ masy, reszta może przejść w węglowodany).

Ciekawe jest natomiast spostrzeżenie, że substancje białkowe, jako podrażniające układ sympatyczny, pobudzają w ten sposób wydzielanie adrenaliny, która jest antagonistą insuliny, hormonu parasympatycznego.

Działanie insuliny przy diecie białkowej zatem będzie słabsze.

Wreszcie poruszona zostaje sprawa wytwarzania cukru z tłuszczów. Sprawa ta, zdaniem autora, winna być rozstrzygnięta w sensie ujemnym, najwyżej możnaby mówić o cukrotwórczym działaniu gliceryny, która wchodzi w skład tłuszczów. Ostatecznie sprawa jeszcze nie jest rozstrzygnięta.

B. Goldstein.

Leon BINET. Nadnercza a przemiana siarkowa. (Presse Med. N. 78 1928).

Znana jest rola nadnerczy w wytwarzaniu adrenaliny oraz w odkazaniu ustroju. Nowsze zaś badania doświadczalne przypisują nadnerczom znaczenie w przemianie siarkowej (Loeper i jego współpracownicy).

Określając ogólną ilość siarki, siarkę obojętną i kwaśną w odbiałczonej surowicy krwi i innych tkankach, Loeper doszedł do ważnych wniosków, dotyczących fizjologii wątroby, śledziony i nadnerczy.

W niniejszym artykule Binet porusza tylko spostrzeżenia nad nadnerczami.

1. Badania surowicy krwi chorych na chorobę Addisona wykazują zwiększenie ilości siarki zwłaszcza obojętnej (0,20 — 0,30 gr. zamiast 0,07 — 0,08 na litr).

2. Jednostronne wycięcia nadnercza u psa daje zwiększenie ilości siarki w skórze.

3. Kora i istota rdzeniowa nadnerczy zawierają dużo siarki obojętnej — 8 — 11 na 1000 istoty suchej. Część jej idzie na wytwarzanie się barwnika w warstwie siateczkowej kory nadnerczy.

W ostatnich czasach Campanacci z Parmy podaje jeszcze większe liczby siarki w nadnerczach psa — 9,5 na 100 istoty suchej.

Nadnercza mają zawierać 5 razy więcej siarki, niż nerki, lecz mniej, niż wątroba i trzustka.

4. Badania porównawcze krwi żyłnej i tętniczej wykazały większe ilości siarki w krwi tętniczej nadnerczy, co przemawiałoby za zdolnością nadnerczy zatrzymywania siarki. Czynność tę nazwano *thiopexis*. (Loeper, Decourt, Parcin). Zaburzenia w tej czynności powodują zwiększenie się ilości siarki obojętnej w surowicy krwi. Autor przypuszcza, iż krążenie we

krwi większej ilości siarki u takich chorych mogłoby tłumaczyć wytwarzanie się większej ilości barwnika w skórze (ciemne zabarwienie skóry w chorobie Addisona). W r. 1921 Hopkins wyodrębnił z drożdży piwnych, wątroby i mięśni prażkowanych ssaków związek siarkowy Glutathion; jest to dwupeptyda, zawierająca grupę SH. Znane są obecnie sposoby jakościowe i ilościowe określenia Glutathionu w tkankach, oraz istnieje metoda mikrochemiczna, za pomocą której w skrawkach mrożonych wykazuje się umiejscowienie tego związku siarkowego w nadnerczach (i w innych tkankach).

Używa się do tego nitroprussydki sodu (50⁰/₀ roztwór wodny) i amoniaku, co daje zabarwienie czerwone z odcieniem fioletowym. Okazuje się, że istota korowa, zwłaszcza warstwa siateczkowa, zawiera więcej glutathionu, niż istota rdzeniowa.

Szent Györgyi w wyciągu z istoty korowej nadnerczy ssaków wyodrębnił związek siarkowy silnie redukujący, który nazwał C XII. Związek ten spotyka się w niektórych roślinach, a niema go wcale lub też znajduje się on w nieznacznych ilościach w innych narządach. Jest to ciało czynne, niezbędne do procesu utleniania w tkankach.

Po wycięciu dwustronnem nadnerczy u białego szczura Hyssay i Marrocco otrzymywali zwiększanie się ilości Glutathionu w mięśniach szkieletowych (58 mgr. na 100 gr.) gdy normalnie 29 — 41, co znikało w miesiąc po operacji.

Wyżej wyłuszczone badania doświadczalne wskazują na pewien wpływ nadnerczy w przemianie siarkowej. Zadaniem przyszłych badań będzie wykazanie konieczności tego wpływu.

J. Dąbrowska.

D. JOHN i O. KESSELKAUL. O zależności przemiany jodowej od czynności jajników. (Dtsch. Arch. f. Klin. Med. Tom 161, zes. 3/4).

Przemiana jodowa zależna jest, jak wiadomo, w pierwszym rzędzie od czynności tarczycy.

Drugim czynnikiem regulującym jest układ nerwowy autonomiczny, który działa w ten sposób, że pobudzenie układu sympatycznego podnosi zawartość jodu we krwi, zaś pobudzenie układu parasympatycznego obniża tę zawartość.

Istnieją stany fizjologiczne, które cechują się przewagą jednego z tych układów. Tak np. miesiączkowanie, przekwitanie wzgl. sztuczna menopauza działają w sensie sympatykotonicznym, to też zawartość jodu w tych stanach wzrasta.

Okresowa działalność jajników, powodująca przewagę kolejną to jednego, to drugiego układu, przyczynia się znakomicie do wytworzenia stanu równowagi chwiejnej w ustroju.

Szczególnie jednak są znamienne stany o wzmożonej sympatykotonii, a więc okres miesiączkowania, względnie przekwitania, o zwiększonej zawartości jodu we krwi. Stany te ze względów dobrze zrozumiałych wytwarzają szczególnie podatny grunt dla powstawania stanów zatrucia tarczycznego stanów basedowoidalnych. Podobnie rzecz się ma ze sztuczną menopauzą.

W pewnej sprzeczności z tym stanem sympatykotonii i wzmożonej przemiany materii stoi poniekąd otyłość, rozwijająca się u osobników w tym okresie. Ważne jest więc określanie zawartości jodu we krwi, które jest nawet czulszym wskaźnikiem od przemiany podstawowej, jeśli chodzi o zaburzenia obrotu energetycznego.

B. G.

Choroby narządów trawienia.

ERNST, PURJESZ, ZILZER. Czy należy przed badaniem na krew utajoną zalecić dietę bezchlorofilową. (Arch. f. Vrdgkrkh. I. 42, zes. 3).

E. P. i Z. w badaniach swych doszli do wniosku, iż chlorofil nie wpływa na wynik reakcji katalitycznej. Enzymy, zawarte w roślinach, a powodujące tę reakcję, daje się przez

10 cio minutowe gotowanie unieczynnić. Wyjątek stanowią ciepłotrwałe: groszek i drożdże.

Wobec powyższego w djecie próbnej należy prócz mięsa i ryb wyłączyć jedynie groszek; emulsję kałową zaś przed wykonaniem próby benzydynamowej należy przesaczyć i przez 10 minut gotować.

Józef N u s b a u m.

RUHMANN Miejscowe oddziaływanie na skórę w cierpieniach żołądka i jego podstawy fizjologiczne. (Arch. f. Verd. Krkh. Tom 41, zes. 5 — 6).

Wskazania do miejscowego oddziaływania na skórę stanowią rozmaite cierpienia żołądka, jak wrzód trawiący, gdzie stosowanie zewn. ciepła, i stąd przekrwienie śluzówki żołądka ma być leczeniem przyczynowym (autor wychodzi z założenia, iż b. często powodem wrzodu jest skaza angiospastyczna), dalej nieżyty żołądkowe, hipertonia i hiperperistaltyka, hipotonja, jak i zwolnione opróżnianie żołądka łącznie ze skurczem odźwiernika.

Istnieje trojkie postępowanie: 1) stosowanie na okolicę nadbrzusza ciepła, 2) miejscowe szczotkowanie i 3) pendzlowanie zapomocą roztworu, rozszerzającego naczynia na drodze chemicznej.

Wyniki zostały potwierdzone zapomocą laparoskopji, która wykazała odruchowe przekrwienie narządów wewnętrznych. Także radiologicznie stwierdzono wpływ na napięcie mięśni żołądka, a mianowicie, osłabienie w razie ich nadmiernej pobudliwości i odwrotnie.

Wpływ miejscowego oddziaływania na skórę na żołądek tłumaczy się odruchem odcinkowym, wychodzącym z nerwów naczyniowych skóry poprzez rdzeń, zwój trzewny do nerwów nacz. narządów wewnętrznych.

Józef N u s b a u m.

JARNO. O zmniejszeniu ilości cholesteroliny we krwi. (Arch. f. Vrdgrkh. T. 42. zes. 1 — 2).

Stwierdzono, iż we wrzodzie żołądka ilość cholesteroliny we krwi jest zmniejszona. Przez lecznicze podawanie cholesteroliny, a tem samem zwiększenie jej ilości we krwi — objawy wrzodu, w większości przypadków znikają. To samo dotyczyło innych stanów wagotonicznych, zwłaszcza *hyperemesis* u ciężarnych, kiedy zazwyczaj we krwi stwierdza się obniżone wartości cholesteroliny. W 12 podobnych przypadkach autor, zgodnie z poglądem, iż sprawa ta jest wywołana przez obce ustrojowi produkty białkowe, podawał dla zneutralizowania ich cholesterolinę domięśniowo i otrzymywał wyniki bardzo zachęcające.

Miedzy wrzodem żołądka a ilością cholesteroliny istnieje najprawdopodobniej związek podwójny: równoległy ze zwiększeniem zawartości cholesteroliny idzie polepszenie, względnie wygojenie wrzoda i odwrotnie, o ile wrzód poprawia się lub goi, to jednocześnie zwiększa się ilość cholesteroliny we krwi.

Z drugiej strony istnieje cierpienia, w których stwierdza się podwyższone ilości cholesteroliny. Zredukować je udaje się przez systematyczne podawanie lecytyny. Dzieje się to prawdopodobnie przez podrażnienie n. błędnego za pomocą cholinyl.

Józef N u s b a u m.

MOLNAR i SEREGH. Wpływ rozmaicie przygotowanych jarzyn na ruchomość i czas opróżnienia żołądka. (Arch. f. Vrdkrkh. T. 41. z. 5 — 6).

Badani otrzymywali pierwszego dnia: 90 gr. purée grochowego + 10 gr. *Barium sulf.* II-go — 80 gr. purée + 10 gr. masła + 10 *Ba. sulf.*, III-go — 70 puré + 10 gr. pszennej mąki + 10 smalcu wieprzowego + 10 *Ba. sulf.*

Świeże masło, jak również baryt mieszano zwyczajnie z papką grochową.

Mąkę i smalec smażyono, mieszano z papką, wreszcie do tego dodawano baryt.

Już małe ilości barytu, zmieszane z papką grochową, dają zupełnie wyraźne obrazy rentgenowskie.

Badania wykazały, iż, już nieznaczna ilość masła, (100 gr.) dodanego do purée grochowego, zwiększa czas opróżniania się żołądka: przeciętnie o 50%.

Jeszcze bardziej opóźnia mąka smażona na smalcu: przeciętnie o 75%.

Józef N u s b a u m.

A. GOSSET, Leon BINET et D. PETIT - DUTAILLIS. O wartości leczniczej hipertonicznych roztworów chlorku sodu w postaci wlewań dożylnych, stosowanych w niedrożności jelit. (Presse medicale Nr. 2.1928 r.).

Na wstępie autorzy przypominają badania z dziedziny fizjologii patologicznej niedrożności jelit, przeprowadzane wielokrotnie przez chirurgów amerykańskich. Jednym z najważniejszych wniosków wysnutych na zasadzie tych badań, było stwierdzenie gwałtownego spadku ilości chlorku sodu we krwi u zwierząt ze sztucznie wywołaną niedokrewnością jelit. Na zasadzie obliczeń zawartości Na Cl w wydzielinach i wydalinach u zwierząt doświadczalnych badacze amerykańscy dochodzą do wniosku, że sól zostaje zatrzymana w ustroju schorzałym, i stawiają hipotezę, że miejscem zatrzymania Na Cl jest prawdopodobnie dwunastnica i górny odcinek jelita cienkiego, w których to odcinkach Na Cl zostaje zużyte celem zobojętnienia toksyn, wytwarzających się na skutek patologicznej przemiany materji u chorych z niedrożnością jelit.

Na zasadzie powyższych przesłanek zaczęto stosować wlewanie dożylne hipertonicznych roztworów Na Cl w dużych ilościach (100 cc Sol. Na Cl 20% dożylnie *refracta dosi* + 1 litr Sol. *physiolog.* podskórnie — *pro die*, czyli razem około 28 gr. Na Cl *in substantia*), celem dostarczenia ustrojowi możliwie większych ilości Na Cl.

Chirurdzy francuscy w 2 przypadkach, szczegółowo opisanych, mieli wyniki bardzo pomyślne.

G r u b s t e i n.

Choroby oczu.

∞ Dr. Kurt STEINDORFF. *Die Behandlung der Augenkrankheiten in der Allgemeinpraxis.* Lipsk 1928, Georg Thieme, str. 124. Cena mk. 5.80.

Książka ta stanowi jeden z tomów wydawnictwa „Therapie in Einzeldarstellungen“ wychodzącego pod redakcją von der Veldena i Wolffa. Podzielona jest na część ogólną i część szczegółową.

W części ogólnej autor podaje krótkie ale bardzo praktyczne wiadomości o lekach, używanych w okulistyce, oraz wskazówki, dotyczące techniki ich stosowania. Krople muszą być zupełnie jałowe. Należy więc rozczyny, przeznaczone do zakraplania, wygotowywać, ale ponieważ alkaloidy, tak często w okulistyce używane, przy tem się rozkładają, autor radzi przygotowywać je w ten sposób, że do świeżo zagotowanej wody przekroplonej wsypuje się odpowiednią ilość alkaloidu i gotuje się jeszcze raz bardzo krótko. Takie krótkie zagotowanie niektórych środków, jak np. kokaina, znoszą tylko dwa lub trzy razy. Wskazane zatem jest przygotowywanie tylko małej ilości roztworów.

Należy również pamiętać, że niektóre substancje, jak np. adrenalina, holokaina, psikaina i t. d. należy gotować i przechowywać tylko w szkle jenajskiem lub w porcelanie.

Z preparatów zastępczych kokainy autor zaleca tylko nowokainę, która jednak przy dłuższem używaniu może wywołać suchą ekzemę powiek i nieżyt spojówek. Dobrym środkiem do krótkiego i powierzchownego znieczulenia jest psikaina N.

Co do dioniny, należy pamiętać, że działanie jej ustaje po kilkodziwnem stosowaniu i wraca dopiero po kilku dniach przerwy. Pozatem jest doskonałym środkiem kojącym ból.

Atropinę należy stosować tylko wtedy, gdy jest niezbędna, albowiem przeszkadza w pracy przez cały szereg dni. Gdy

zmuszeni jesteśmy stosować ją częściej, trzeba pamiętać o mogących wystąpić objawach zatrucia spowodowanego przedostawaniem się jej przez nos do gardzieli. Dobrze więc zrobimy przyciskając palcem dolny kanalik łzowy przy zakraplaniu.

Z nowych środków, zwężających źrenicę, bardzo energiczna jest, co prawda, histamina (Amin - Glaucon), wywołuje jednak silne przekrwienie spojówki, powiek i twarzy.

Co się zaś dotyczy nowych środków przeciwwaskalnych, jak Glaucon i Ergotamina (gynergen), są one, zdaniem autora, niekiedy pożyteczne, nie mogą jednak zastąpić operacji.

Co się dotyczy środków ściągających, należy wiedzieć, że powszechnie używany roztwór siarczynu cynku psuje się po 3 tygodniach, wytwarza się osad, i środek ten wówczas drażni oko. Po stałym używaniu cynku następuje przyzwyczajenie, i trzeba go wtedy zastąpić innymi środkami jak rezorcyna, boraks, ka. chloric, ormizet i t. d. Siarczan miedzi radzi autor stosować delikatnie, nie raniąc spojówki. Z preparatów srebra najwięcej ceni azotan, przyczem uważa, że choroby rogówki nie stanowią przeciwwskazania. Za najlepszy sposób użycia azotanu srebra uważa tuszowanie za pomocą wacika, poczem stosuje zimne okłady. Wkraplanie tylko profilaktycznie u noworodków. Należy pamiętać o tem, że po paru tygodniach stosowania srebra występuje srebrzyca, nie radzi więc dawać go do rąk pacjentom.

Z innych preparatów srebra stosuje autor protargol, który trzeba dawać w stężeniu nie mniejszym niż 50%. Argyrolu nie zaleca, gdyż skleja powieki. Targesinu 5---100% używa w sprawach przewlekłych. Z preparatów rtęciowych autor chętnie używa Hg. oxycyanatum. Powszechnie używaną maść żółtą zaleca przechowywać w czarnych porcelanowych słoikach. Constituens do tej maści powinien zawierać wodę i być wolny od kwasów tłuszczowych. Pamiętać o jodzie tak samo, jak i przy stosowaniu Kalomelu. Z preparatów bismu owych najlepszy jest, zdaniem autora, nowiform. Ołów może być używany tylko przez specjalistów. Z preparatów chin nowych zaleca optochinę kwaśną, zwraca jednak uwagę że 2% roztwór jej jest bardzo nietrwały. Przypomina że podana wewnątrz może ujemnie działać na nerw wzrokowy. Rivanol uważa też za dobry środek.

Następnie podaje autor bardzo szczegółowe wskazówki dotyczące techniki wlewania kropli do oczu, zakładania maści, oraz stosowania ciepłych i zimnych okładów. Praktyczne wiadomości o tem, jak się robi kataplazmy z lnianego siemienia albo z rozgotowanych ziemniaków, a nawet jak się zaparza rumianek, mogą się przydać niejednemu lekarzowi.

Co do szkielec ochronnych, radzi S. unikać używania ich w naszym klimacie, gdyż w większości przypadków można się bez nich obejść, natomiast gdy pacjent zbyt się do nich przyzwyczai, odczuwa brak ich nawet po wyleczeniu.

Po omówieniu ogólnych zasad leczenia kiły i gruźlicy oraz leczenia proteinowego ogólnego, autor przechodzi do omawiania chorób poszczególnych części oka.

Tu podaje, jak lekarz praktyk ma się zachować w różnych przypadkach, gdzie rozpoznanie nie jest wątpliwe. Szczególną uwagę poświęca chorobom spojówki, a zwłaszcza jaglicy i rzeżączce. Omawiając leczenie chorób rogówki, kładzie nacisk na odpowiedzialność, jaką na siebie bierze lekarz niespecjalista w przypadkach wrzodu pełzającego, która to choroba wymaga wielkiego doświadczenia. Podaje dalej dokładne objawy różniczkowe zapalenia tęczówki i jaskry, gdyż tu nieznaną rzecz może spowodować utratę wzroku a leczenie jaskry powinno bezwzględnie spocząć w ręku specjalisty. Ostrzega przed zbyt pośpiesznym rozpoznawaniem zaćmy tam, gdzie jej nie ma, gdyż nieraz niepotrzebnie odbiera się spokój ludziom ze zmętnieniami starcami, prawie niepostępującymi. Na leczenie nie operacyjne zaćmy zapatruje się sceptycznie.

Nieco więcej uwagi poświęca autor skaleczeniu oka, gdyż każdy lekarz powinien umieć udzielić tu pierwszej pomocy

Wreszcie podaje wskazówki dotyczące zapisywania okularów, uważając, że tam, gdzie nie ma specjalisty lekarz praktyk może sobie z tem dać radę przynajmniej w tych przypadkach, gdzie ostrość wzroku nie jest niższą od 0,5 i gdzie zatem można wyłączyć schorzenie części głębokich oka. W każdym razie lepiej jest, powiada autor, żeby zajmował się tem lekarz, a nie optyk lub, jak to często bywa, miejscowy zegarmistrz!

Szczegółowy skorowidz ułatwia orientację w tej bardzo pożytecznej książce, w której widać zresztą duże doświadczenie praktyczne autora. Napisana dla lekarzy praktyków nie zawiera ona rzeczy zbyt specjalnych i wymagających precyzyjnych sposobów badania lub bardzo wprawnej ręki. Autor na każdym niemal kroku przypomina, że w przypadkach ciężkich lub o wątpliwem rozpoznaniu należy chorego kierować do specjalisty. A jednak w całym szeregu przypadków lekarz praktyk powinien umieć pomóc choremu, zaniedbać zaś byłoby karygodne. Zresztą książka zawiera tyle cennych wskazówek i rad praktycznych, że nawet specjalista wiele skorzysta, gdy ją uważnie przejrzy, tembardziej że uwzględnione są w niej najnowsze poglądy i zdobycze z dziedziny leczenia choroby ocznej.

Z a m e n h o f.

MARX i SCHMIDT. Przypadek choroby Brighta z retinitis albuminurica bez zapalenia nerek. (Deutsch. med. Woch. N. 22. 1918).

Aut. opisują u 34 l. pacjentki szereg objawów, spotykanych w ostrym zapaleniu nerek: *retinitis albuminurica*, niewielkie obrzęki, obfite wydzielanie moczu w próbie wodnej Krzywa hemoglobinowa miała przebieg charakterystyczny dla ostrego zapalenia nerek: zaraz po wypiciu płynu podczas próby wodnej nie wystąpiło początkowe rozrzedzenie, lecz dopiero po 1½ godziny wystąpiła wyraźna hydremja. Jednocześnie badanie moczu nie wykazywało białka, krwinek ani wałeczków. Stężenie moczu było normalne; ciśnienie krwi — normalne. Po zastosowaniu diety bezmięsnej i małosolnej oraz kąpeli świetlnych nastąpiła szybka poprawa wzroku, obrzęki ustąpiły.

Dopiero po kilku miesiącach badanie moczu po wysiłku fizycznym wykazało po raz pierwszy białko i wałeczki. Taką wrażliwość wykazują nerki w okresie mijającego zapalenia nerek. W tymże czasie ciśnienie krwi, które dotychczas zachowywało się normalnie, po wysiłku fizycznym zdradzało wzmożoną pobudliwość.

Opisane objawy oraz przebieg cierpienia uzależniają aut. od ogólnego uszkodzenia aparatu naczyniowego.

M. Goldman junior.

WERNER BAB. Przebiegiem ocienienie o podłożu gruźliczym. (D. Med. Woch. N. 21 1928).

Chora lat 19 zgłosiła się ze skargami na bóle w powiece górnej pr. przyczem badanie nie wykryło żadnych zmian chorobowych. Po kilku dniach ostrość wzroku oka prawego zaczęła się zmniejszać, i po 9 dniach chora widziała zaledwie 1/50. Na dzień oka pr. prócz lekkiego zaróżowienia tarczy zmian nie stwierdzono. Chora niegdyś przebyła katar wierzchołka płuc i była leczona tuberkuliną Friedmanna.

Obecnie nie reagowała na tuberkulinę.

Po naradzie z prof. Silexem autor zastosował t. zw. odcinające leczenie przypuszczając istnienie zapalenia n. wzrokowego. Po 2-ch dniach ostrość wzroku zaczęła się podnosić i po 6-tygodniach osiągnęła 5/4; jednocześnie z poprawą po raz pierwszy wystąpiło zblednięcie tarczy n. wzrokowego, jak w prostym zaniku, które pozostało jako objaw stały.

Omawiając piśmiennictwo B. stara się wyjaśnić przyczynę zaniewidzenia w następujący sposób.

W otoczkach n. wzrokowego lub w samym pniu wytworzył się gruzełek, który uciskiem doprowadził do czasowego

zniesienia czynności nerwu; po ustaniu ucisku czynność n. powróciła całkowicie, chociaż część włókien uległa zanikowi. Przeciw toksycznemu schorzeniu nerwu przemawia szybkość powstania ociemnienia i szybkość poprawy. Schorzenie wiązki środkowej nerwu (*neurit. retrobulbaris*) jest mało prawdopodobne ze

względem na brak mroczka środkowego. Brak zaś tarczy zastoinowej przemawia przeciw wysiękowi.

Ujemny odczyn Pirqueta stoi, podług B., w związku z anergją po uprzednim zastosowaniu tuberkuliny Friedmanna.
W. Arkin.

Wskazówki praktyczne.

— Według Brama w chorobie Basedowa daje się stwierdzić względna odporność na chininę: chorzy znoszą duże dawki tego środka z pożytkiem i bez objawów ubocznych. Jest to podstawą rozpoznania choroby Basedowa i odróżnienia jej od zespołu wczesnej gruźlicy i neurastenji. Bram zaleca przeto w chorobie Basedowa bromek lub siarczan chininy.
(Arch. Intern. Med. Chicago. Czerwiec 1928).

— A. Winteroll zastosował w przypadku złośliwego wola pozamostkowego z rozszerzeniem serca i przerzutami — naświetlania promieniami Roentgena. W rok po ostatnim naświetleniu nie można było stwierdzić ani przerzutów, ani rozszerzenia serca
(M. m. Woch. 1928 N. 45).

— W leczeniu extrasystole zaleca Scholz: Chin. sulf. 4,0 Strichn. nitr. 0,08, Mass. pill. q. s. ut f. pil. № 90. S. Trzy razy dziennie 2—3 pigulek.

(Wien. Kl. Woch. 1928 N 27).

— Małgorzata Danzer stosowała w 20 przypadkach kiły osesków spirocid wewnętrznie w pastylkach po 0,01 (fabr. I. G. Farbenindustrie) w sposób następujący: w pierwszym miesiącu 10 dni—0,01; 10 dni—0,02; 10 dni—0,03; w drugim miesiącu —

30 dni—0,03; w 3 miesiącu—10 dni—0,03; 20 dni—0,06. Po 3-miesięcznej pauzie następowała druga, a po następnych 3-ch miesiącach 3 serie leczenia: zaczynało od 0,3 i stopniowo dochodzono do 0,06—0,09 aż do ilości 4—5 gr. na całą serię. Wyniki były bardzo zachęcające: objawy kiły szybko zniknęły, dodatnie odczyny serologiczne często przechodziły w ujemne; żadnego działania ubocznego nie spostrzegano, dzieci znosiły kurację dobrze; leczenie ambulatoryjne ze względu na dogodną formę stosowania—łatwe do przeprowadzenia.

(Med. Klin. 1929 N. 4).

— Na oddziale chorób zakaźnych miejskiego szpitala dla dzieci w Berlinie leczył Cohn 25 przypadków choroby posurowiczkiej i rozmaitych swędzących wysypek skórnych za pomocą zastrzyków domięśniowych Sanoalcyny. W 20 przypadkach wystarczyła ampułka gramowa do przerwania najcięższych napadów w ciągu 3—4 godzin — w 5 przypadkach okazały się konieczne kilkakrotne zastrzyknięcia, a objawy choroby ustąpiły dopiero po 60 godzinach. Działanie profilaktyczne sanoalcyny jest jeszcze niepewne. Dawka dla dorosłych, jak się zdaje, musi być większa.

(Ther. d. Gegenw. 1928. Z. 6).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

Posiedzenie z dn. 3. XI. 1928 r.

Pokazy:

1. Pinczewski i Wolff. Przypadek powrotnej postaci zapalenia wielonerwowego z drganiem włókienkowymi.

Chory lat 42 przybył poraz drugi na oddział 25. IX. 28 r. Poraz pierwszy był w r. 1910. Podawał wtedy, że przed 5-u tyg. dostał nagle wymiotów, dreszczy i gorączki, poczem stopniowo wystąpiło osłabienie kończyn dolnych, a następnie odcinków dystalnych kk. górnych. Stan przedmiotowy przedstawiał się wtedy następująco: osłabienie siły mięśniowej kończyn górnych i dolnych z wyraźną bolesnością mięśni i nerwów na ucisk; w kończynach dolnych drgania włókienkowo-pęczkowe, ataksja w kk. g. i d. Odr.: Tr. i Per. — słabe. Pr. i Ak. — 0. Podszwowe — fleksja plantarna. Abd. +. Cr. — 0. Hypaesthesia i hypalgesia na kk. d. i w dłoniach; opóźnianie i przedłużenie odczuwania bodźców bólowych. Czucie głębokie zniesione w palcach rąk i nóg oraz w stawach skokowych. Ruchy pseudotetotyczne w palcach kk. górnych.

Po dwumiesięcznym pobycie wypisał się, jako zdrowy. Przez cały czas pobytu poza szpitalem czuł się dobrze; pracował, jako zegarmistrz. Przed dwoma miesiącami nagle kilkakrotnie wymioty, ogólne osłabienie, drętwienie w kk. dolnych, a potem w dłoniach, następnie rwące bóle od stóp do kolan. Zwieracze bez zmian. Osłabienie siły i ruchów w odcinkach dystalnych kk. górnych oraz dolnych. Osłabienie czucia i bólu w kk., czasami przeculica w palcach dłoni oraz na wewnętrznej powierzchni ud. Zaburzenia percepcji kinestetycznych w palcach kk. górnych i w stawach garstkowych oraz w palcach stóp i stawach skokowych. Ataksja w kk. g. i d.; ruchy pseudotetotyczne pęczkowe, rzadsze w mięśniach ramienia i przedramienia. Wybitna bolesność mięśni i pni nerwowych kk. g. i d.

Odruchy: Tr. — + Per. — 0. Abd. i Cr. — 0. PR. i AR. — 0. Podeszwowe — 0. Obwód uda lewego o 2 cm. mniejszy, niż prawego, i prawego podudzia mniejszy o 2 cm., niż lewego. Badanie elektryczne wykazało zmiany ilościowe na prąd galwaniczny w mięśniach grupy n. peroneus, WaR we krwi i płynie m.-rdz. — ujemny. Pl. — pleocytoza — 0. NA. — +. Białko — 0,5⁰/₁₀₀. Badanie moczu na miedź, ołów, arsen dało wynik ujemny. Ziarnistości zasadochłonnych w cz. c. krwi nie stwierdzono. W danym przypadku zapalenia wielonerwowego na uwagę zasługują następujące momenty: 1) zupełnie podobny nawrót cierpienia, przebytego przed 18-tu laty; 2) hipestezja i hipalgesia obok hiperestezji; 3) ruchy pseudo-tetotyczne; 4) drgania włókienkowopęczkowe. Wszystkie te objawy występowały również za pierwszym razem.

Dyskusja:

Higier. Ciekawy jest w tym przypadku podobnie, jak w przypadkach, opisanych przed kilkunastu laty przez H., brak czynnika etiologicznego, gdyż przypuszczenie kolegów o roli autointoksykacji lub hipoteza Higiera o powrotnej awitaminozie w rodzaju Beriberi wymaga potwierdzenia. Wymioty i rozwolnienie są w zapaleniu wielonerwowym nierzadkie. Powrotność cierpienia jest cechą uderającą. H. wysunął tę cechę w niektórych cierpieniach mózgowych i rdzeniowych. Rozległe drgania włókienkowe opisał H. w przypadku neuritis ischiadica recidivans, połączonym ze skurczami miotonicznymi. Przypadek ten H. zaliczył z innych powodów do miokimji zanikowej.

Goldflam zalicza przedstawiony przypadek zapalenia wielonerwowego do wyjątkowych. Ze względu na wstąpienie drgań włókienkowych i bardzo szybką poprawę. G. przypuszcza, że w przypadku tym sprawa chorobowa objęła też rdzeń, o czym świadczyć mogą zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym.

2. Lubelski. Pokaz chorego po doszczepnej operacji zatoki czołowej z powodu ropnego zapalenia. Zapalenie zatoki czołowej, jako powikłanie grypy, kończy się w większości przypadków samowyleczeniem. W przypadku przedstawianym nastąpiło przedziurawienie przedniej ściany zatoki, i chory był dwukrotnie

operowany. Początek cierpienia chory datuje od roku. Po dreszczach i gorączce, które trwały cały tydzień, wystąpiły silne bóle głowy, przeważnie w obrębie czoła. Po dwóch miesiącach wytworzył się na czole ropień wielkości pięści, który pęknął samistnie, i powstała przetoka. Wobec tego, że w przeciągu 6-ciu miesięcy przetoka nie goiła się, chory poddał się operacji, ale i po operacji, dokonanej przed 2-ma miesiącami, przetoka się nie zagoiła. Obecnie widać u chorego ze strony lewej na czole na wysokości 3 cm. nad górnym brzegiem oczodołu bliźniętoperacyjną z przetoką, z której wydziela się ropa. Przetokę prowadzi do zatoki czołowej. Operacji dokonano w znieczuleniu miejscowym. Cięciem długości 4-ch cm. równoległym do górnego brzegu oczodołu i dochodzącym do linii środkowej, wycięto bliźniętoperacyjną pozostającą po uprzednio dokonanej operacji. Od linii środkowej cięcie przez skórę i okostną przedłużono ku dołowi do nasady kości nosowej. Płat skóry razem z okostną oddzielono od kości, jak można było najdalej, ku dołowi do górnego brzegu oczodołu, ku górze i nazewnątrz. Korzystając z istniejącego niewielkiego otworu w kości czołowej, szczypcami Luera usunięto całą obnażoną z okostny ścianę zatoki czołowej przyczem stwierdzono, iż zatoka lewa łączyła się bezpośrednio z prawą i była prawie dwa razy większa, niż prawa. Zatoka była wypełniona masą galaretowatą różowego koloru (badanie drobnowidzowe stwierdziło ziarninę — kol. Płoński), a z załuków gdzieś tam sięczyła się ropa. Całą tę masę wraz z błoną śluzową doszczętnie wyłuszczyliśmy ze wszystkich załuków do kości. Na dolnej ścianie zatoki, tuż za nasadą kości nosowych ze strony lewej, usunięto przednią część kości sitowej i utworzono w ten sposób komunikację z jamą nosa. Za pomocą nitki jedwabnej przeciągnięto cewnik gumowy Petzera z zatoki do nosa i, umieściwszy główkę cewnika w zatoce, zaszyto przednią ścianę zatoki; w jednym miejscu wprowadzono mały sączek z gazy wioformowej. Sączek usunięto po 2-ch dniach, szwy na 7-my dzień, a cewnik Petzera po 3-ch tygodniach. Rana skórna zagoiła się przez rychło, roś. W kilka dni po operacji rozpoczęto przepłukiwanie zatoki czołowej roztworem kwasu borowego przez cewnik Petzera, wprowadzony do niej na stałe przez jamę nosową. Obecnie, po 3-ch tygodniach, przepłukuje się zatokę przez cewnik metalowy. Wydzielina z zatoki obecnie jest nieduża.

Dyskusja:

Higier zaznacza, że widuje często uporczywy, tygodnie trwający nerwoból nadoczodołowy w przypadkach zajęcia zatoki czołowej wskutek ostrego nieżyty nosa lub grypy. Ból ten przeważnie występuje w godzinach przedobiednich, a podgorączkowe wahania ciepłoty czynią prawdopodobną sprawę ropną, widoczną łagodną lub mającą ostatecznie dobry odpływ do jamy nosowej.

Biro sądzi, że do chirurgów dostają się przypadki cierpienia zatok czołowych dlatego rzadko, że poczęści przebiegają one łagodnie. Z tego nie wynika, by przypadków ciężkich nie kierowano do chirurgów, i to nie zapóźno, jak wskazują jego spostrzeżenia. Przypadki cierpienia zatok czołowych są o tyle częste, że Biro już przed laty w poliklinice D-ra Goldflama znalazł łatwy sposób, pozwalający mu przypuszczać istnienie tego cierpienia w odróżnieniu od nerwobólu nadoczodołowego. Bolesność na większej przestrzeni nad tym punktem drogą opukiwania nasuwa mu myśl o zajęciu zatoki. Może być tylko jeden punkt bolesny, gdy zajęcie zatoki jest nieznaczne.

Srebrny podnosi, że ostre przypadki zapalenia zatoki czołowej rzadko dają powód do zabiegu chirurgicznego, gdyż ropa ze względu na stosunki anatomiczne łatwo znajduje ujście.

Nazewnątrz ropa przebiega się rzadko, gdyż przednia ściana zatoki jest najgrubsza. Omawiając różne metody operacyjne S. uważa, iż metoda Jansena jest najlepsza.

Goldflam omawia częste występowanie zapalenia zatoki czołowej w katarze nosa, kończy się ono zwykle pomyślnie, w przebiegu swym wykazuje dość charakterystyczną symptomatologię.

Goldstein uważa, że zabiegu, wykonanego przez Lubelskiego, nie należałoby nazywać operacją doszczętną.

Chorażycki: nie można powiedzieć, że przetoka zewnętrzna jest wskaźnikiem ciężkości przypadku tak samo, jak ropień podokostnowy na wyrostku sutkowym nie przemawia za ciężką postacią zapalenia wyrostka sutkowego.

Karbowski: o wyleczeniu zatoki po operacji doszczętnie może być mowa wówczas tylko, kiedy badanie ryнологiczne kilka miesięcy po operacji nie stwierdza zmian chorobowych w nosie. Naogół operacje doszczętnie nie dają dobrych wyników. Hajek po długoletnim doświadczeniu doszedł do wniosku, że nie należy zeszywać rany i trzymać zatokę czołową otwartą do zupełnego wyleczenia. Otwór zamyka Hajek plastycznie.

Lubelski zaznacza w odpowiedzi, że podziela pogląd Biry, iż w większości przypadków zapalenie zatoki czołowej kończy się wyzdrowieniem dzięki temu, że wydzielina ma dobry odpływ do nosa; przypuszcza natomiast, że w tych przypadkach, gdzie samowyleczenie nie nastąpiło, może nastąpić przedziurawienie do oczodołu, lub może utworzyć się ropień nadoponowy, albo ropień w mózgu. W takich przypadkach interwencja chirurgiczna jest niezbędna.

Otwarcie zatoki czołowej w miejscu typowym jest zabiegiem małym i łatwym, natomiast wyczekiwanie jest wielce niebezpieczne, gdyż przedziurawienie zwykle następuje w kierunku oczodołu lub tylnej ściany zatoki i kończy się zejściem śmiertelnym.

Usunięcie całej przedniej ściany zatoki, wyskrobanie całej ziarniny i błony śluzowej ze wszystkich załuków zatoki, utworzenie połączenia zatoki z nosem przez usunięcie przedniej części kości sitowej, — jest operacją doszczętną dlatego, że stwarzamy warunki do zupełnego zagojenia: wydzielina stale wydziela się do nosa i może być przez sztuczny otwór wypłukiwana; z powierzchni tylnej płata okostnowo-skórnego i ścian kostnych zatoki wyrasta zdrowa ziarnina, która wypełnia zatokę.

Utworzenie płatu skórno-kostnego i trzymanie zatoki otwartej do czasu zagojenia się z późniejszą operacją wytwórczą — prowadzi do dużych zniekształceń. Dla uniknięcia tych zniekształceń podali Jansen, Kilian i inni swoje operacje doszczętnie.

Odczyty:

1. Karbowski. *O drogach, istniejących między przestrzenią podpajęczynówkową a narządem słuchu u zwierząt i u ludzi*. Doświadczenia, przeprowadzone na królikach i psach wykazały, że u zwierząt drogą bezpośrednią między przestrzenią podpajęczynówkową a uchem wewnętrznym jest wodociąg błonisty, który w warunkach normalnych stwierdzamy w wodociągu kostnym. U królika wodociąg błonisty ma gąbczastą budowę i jest o tyle drożny, że karmin żelatyna w większej ilości dostaje się do schodów bębna z przestrzeni podpajęczynówkowej. U psa wodociąg błonisty ma budowę więzu łącznotkankowego, w którym są dość duże szpary. Karminżelatyna, wprowadzona do przestrzeni podpajęczynówkowej wypełnia cały wiąz aż do ujścia wewnętrznego.

Ludzie nie posiadają wodociągu błonistego. Pajęczynówka w leju, gdzie znajduje się ujście wodociągu kostnego, zrasta się z twardówką i tworzy wysiętkę jednolitą kanału kostnego. Tusz chiński, wprowadzony na zwłokach za pomocą przekłucia podpotylicznego do przestrzeni podpajęczynówkowej odnaleziony został w wodociągu ślimakowym i w schodach bębna. Tusz chiński okazał się również w szpiku kostnym wzdłuż naczyń i jezior naczyń. Przypuszczać należy, że tak samo, jak istnieją okołonaczyniowe przestrzenie chłonne, istnieją też okołonaczyniowe przestrzenie pajęczynowate w szpiku kostnym. Wbrew wszelkim oczekiwaniom znaleziono zostały ziarenka i to dość liczne tuszu chińskiego wzdłuż naczyń śluzówki dolnej ściany ucha środkowego (*paries jugularis*). Udało się ustalić przy badaniu seryj, że tusz chiński przedostał się do ucha środkowego przez kanał dla nerwu bębnowego. Fakty te zupełnie nowe tłumaczą nam cały szereg zjawisk, związanych z przebiegiem klinicznym spraw ropnych narządu słuchu.

Dyskusja.

Chorażycki uważa, że preparat drobnowidzowy Karbowskiego nie jest przekonywujący, gdyż nie jest wyłączone, że barwnik lub tusz mogą dostać się do błonistego przewodu ślimakowego drogą nerwów i naczyń.

2. J. Pinczewski. *Znaczenie kliniczne ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego*.

(Druk rozpoczęty w numerze dzisiejszym).

Jelenkiewicz.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Leriche i Fontaine (Acad. des Sciences 14. I. 1929) do chodzą na podstawie swych doświadczeń do wniosku, że lewe ganglion *stellatum* odgrywa niepoślednią rolę w powstawaniu *ang'na pectoris*. Elektryzacja lub nakłucie tego węzła nerwu sympatycznego wywołuje zespół anginy, który nie następuje po podobnym traktowaniu innych części łańcucha sympatycznego. Wyłupałyby z tego wskazówka, że leżenie chirurgiczne anginy piersiowej powinno mieć za cel izolowane usunięcie ganglii *stellati*. (Pr. méd. N 9).

Na posiedzeniu paryskiego tow. lekarzy szpitalnych 25. I. 1929 (Pr. méd. N 9) Emile-Weil, rzytaczca historię *powikłań grypowych u hemofilika*. Chory w czasie grypy dostał dwóch wylewów krwawych, jednego na dnie jamy ustnej, utrudniającego łykanie, mówienie i oddychanie, i drugiego poza obu oczami. wysadzającego gałki oczne i prawie znoszącego widzenie. Badanie krwi wykazało między innymi znaczne zwolnienie krzepnięcia i przedłużenie czasu krwawienia. Przetoczenie 225 cm. krwi wstrzymało krwawienie i doprowadziło, po pewnych jeszcze powikłaniach ocznych, do cofnięcia się objawów i uratowania oczu.

Przypadek wysypki, wywołanej przez manipulowanie z wanilią demonstrował Lortat-Jacob w franc. tow. dermatologicznym 10. I. 29 (Pr. méd. N 9); wysypka o charakterze ekzematycznym pokrywała twarz i odkryte części ciała.

Na tem samym posiedzeniu Gougarot i Burnier podkreślali wzrost liczby przypadków świeżej kiły, leczonych w szpitalu Św. Ludwika w Paryżu (w r. 1926 — 491, w r. 1927 — 611, w r. 1928 — 670). Zdaniem autorów przyczyną jest zwiększenie się prostytucji i niemożność trzymania chorych w szpitalu do zupełnego wyleczenia. Na 452 pacjentów z świeżą kiłą 293 zaprzestało leczenia.

Z j a z d y.

Trzeci zjazd, poświęcony zagadnieniu reumatyzmu, w Berlinie.

(Dokończenie—p. Nr. 5).

Prof. Gocht (Berlin). *Leczenie kontraktur reumatycznych*. Prelegent, omówiwszy czynnościową łączność stawów z mięśniami, w ruch je wprowadzającami, i określiwszy pojęcie kontraktury i ankilozy, przechodzi do zmian patologicznych w ostrym i chronicznym reumatyzmie. Szczególną wagę mają uszkodzenia w mięśniach, które powstają wskutek stałego drażnienia i skrócenia, jakoteż w chrząstkach wskutek ucisku patologicznego. Przedewszystkiem ważne jest zapobieganie, celem niedopuszczenia do uszkodzeń, nie dających się usunąć. W leczeniu, zwłaszcza w przypadkach bardzo dolesnych, są niezbędne odpowiednie opatrunki, przyczem główną rolę odgrywają równomierna ciepłota i wzmacnianie mięśni. Przy dobrym masażu można zrezygnować z leczenia prądem elektrycznym. Prelegent demonstrował ważniejsze szyny i opatrunki. W ciężkim schorzeniu obydwu stawów kolanowych należy zrezygnować z ruchomości bardziej zajętego stawu i pozwolić na jego zeszywnienie w pozycji wyprostnej. Po drugiej stronie ruchomości utrzymuje się za pomocą osteotomii powyżej stawu. W razie zeszywnienia obydwu stawów biodrowych należy jedną drogą operacyjną uruchomić.

W chronicznym zapaleniu kręgosłupa z postępującą ankilozą należy wspierać proces zeszywnienia i nie czynić nadziei choremu. Wielkie cierpienia takich chorych dają się usunąć w ciągu 3-4 miesięcy za pomocą gorsetu gipsowego z późniejszym gorsetem z materiału. Również w lokalnym zeszywnieniu kręgosłupa natury reumatycznej nie należy robić żadnych ćwiczeń, lecz należy go unieruchomić.

Dr. Kroner (Berlin). *Końcowe stadia schorzeń reumatycznych*. Badania dotyczyły 225 inwalidów (z powodu zapaleń stawów) zamieszkich szpitali Berlina. Statystyka, oparta na tym materiale, wykazuje przeciętny czas trwania choroby 15, a inwalidztwa 10 lat. U badanych przeważał typ dystroficzny. Należy uznać wpływ ostrego zakażenia w powstawaniu reumatyzmu chronicznego. Na znaczenie zakażenia ogniskowego należy jeszcze zapytywać się krytycznie. Dla pewnej liczby przypadków należy przyjąć jako istniejącą pierwotną chroniczną zakaźną *arthritis*. Zaziębienie (ochłodzenie) odgrywa większą rolę w powstawaniu reumatyzmu chronicznego, co ma znaczenie zwłaszcza dla higieny przemysłu. W poradniach zawodowych należy zwrócić uwagę, aby osoby pochodzące z rodzin skłonnych do zapalenia stawów, wstrzymać od wyboru zawodu, w którym istnieją warunki sprzyjające zaziębieniu. Znaczenie urazu polega przedewszystkiem na stałym działaniu drobnych uszkodzeń traumatycznych, jak na jednostronnym obciążeniu i zwiększonej czynności niektórych stawów, zwłaszcza w zawodzie i sporcie. Klimat i przyzwyczajenie życiowe odgrywają poważną rolę w powstawaniu reumatycznych schorzeń, zwłaszcza powietrze, wilgotność klimatu, domestykacja. Ludność miejska daje większy kontyngent

Moure przekłada leczenie chirurgiczne raka języka nad curieterapię, miał bowiem 82% wyleczeń od zabiegów chirurgicznych, gdy leczenie radem dało mu ich tylko 46%. Uważa przytem za zupełnie zbyteczną biopsję, sądząc że lepiej wówczas systematycznie usuwać części podejrzanego pod znieczuleniem miejscowym. W bardziej posuniętych przypadkach rozpoznanie kliniczne jest jasne, biopsja zaś bez korzyści a nawet szkodliwa. Dobrze jest zdaniem Mourea, usuwać podczas operacji gruczoły nie tylko po stronie chorej lecz i przeciwnej, by nie otrzymać nawrotu w gruczołach strony przeciwnej, jak to sam widział 4 razy na 6. (Tow. chirurg. paryskie grudz. 1928 — Pr. méd. N 101 r. 1928).

Bezançon i Bernard podkreślają na posiedzeniu grudniowym lekarzy szpitalnych w Paryżu wartość eozynofilji w krwi i płwocinie. Zdaniem ich, jest to niezmiernie ważny objaw w celu odróżnienia stanów astmowych od innych do nich bardzo podobnych. Eozynofilia nie znajduje się wprawdzie w bardzo ścisłym związku z anafilaksją czy zmianami chorobowymi układu wegetatywnego, lecz jest przejawem przełomu astmowego czy też równoważników astmy.

(Pr. méd. 1928 N 101).

chronicznie chorych reumatyków, aniżeli wieś. Wpływ aparatu dokrewnego na chroniczne schorzenia stawów ma nie tylko znaczenie dla przypadków, oznaczonych jako dokrewny; i dla powstawania chronicznego reumatyzmu stawowego musi istnieć wrażliwość układu dokrewno-roślinnego. Wiele przemawia za tem, że u reumatyka istnieje specjalna wrażliwość układu nerwowego współczulnego. Zakażeniu nie należy przypisywać podstawowego znaczenia w powstawaniu tego cierpienia.

Dr. Laquer (Berlin). *Różne schorzenia reumatyczne i ich leczenie*. Terapia fizykalna mimo postępu innych metod leczniczych odgrywa jeszcze pierwszorzędą rolę w leczeniu chorób reumatycznych. W razie stosowania zastrzykiwań środków drażniących niespecyficznych i innych leków należy to uczynić przed stosowaniem zabiegów fizykalnych. W przeciwnym bowiem wypadku ryzykuje się szkodliwe następstwa wskutek zbyt silnych reakcji. Tylko niektóre lokalne aplikacje fizykalne można stosować równocześnie z iniekcjami. Korzystne wyniki w następstwie terapii fizykalnej nawet w pozornie nieuleczalnych przypadkach dadzą się w ten sposób wytłumaczyć, że bolesne procesy zachodzą głównie w częściach miękkich, które są przystępne leczeniu fizykalnemu. Przy stosowaniu ogólnem lub lokalnem należy często zmieniać zarządzenia, albowiem wpływ drażniący pewnego zabiegu z czasem się wyczerpuje. Co się tyczy leczenia zdrojowego w miejscach kuracyjnych należy zwrócić uwagę, że jednostronna ordynacja kąpeli borowinowych we wszystkich przypadkach reumatyzmu winna ustąpić ścisłemu wskazaniu. Pobyt w klimacie cieplejszym jest w niektórych uporczywych formach reumatyzmu skutecznym.

Prelegent przedstawił kilku pacjentów z *arthritis gonorrhoeica*. Rokowanie się poprawiło z chwilą usunięcia długotrwałego unieruchomienia w opatrunku gipsowym i wprowadzenia leczenia za pomocą wstrzykiwań środków specyficznych i niespecyficznych. Po ustąpieniu stanu ostrego przychodzi kolej na terapię fizykalną dla uzyskania szybkiego wessania i uruchomienia, przyczem stosowanie wilgotnego ciepła odgrywa główną rolę. *Polyarthritis gonorrhoeica* zdarza się prawie wyłącznie u mężczyzn, i to głównie u klasy pracującej. Z nowych metod poleca się pełne kąpiele galwaniczne z silniejszym prądem, nadto połączenie opakowania za pomocą fango z prądem faradycznym i inne metody, przy których bodziec cieplny łączy się z innymi bodźcami. Prelegent demonstrował metodykę jontoforezy, która daje dobre wyniki w schorzeniu pojedynczych stawów. Również i miejscowe opakowania parafiną działają nader korzystnie jako silny środek termiczny. W końcu należy wspomnieć, że w uporczywych przypadkach reumatyzmu mięśniowego, szczególnie w *lumbago* elektroterapia w postaci faradyzacji lub pełnych kąpeli faradycznych daje korzystne wyniki.

Prof. Dr. Strauss (Berlin). *Chroniczne choroby stawów ze szczególnem uwzględnieniem kiły stawów i choroby Stilla*. W chorobach stawów należy odróżniać *arthritis* od *arthrosis*; szczególne cechy charakterystyczne przypadku należy odróżniać według przymiotników: *arthritis — sicca, exsudativa, gonorrhoeica, luica* i t. d. Zaburzenia dokrewny należy przyjąć tylko warunkowo, gdyż same one nie wystarczają jeszcze do wywołania choroby stawów, ale często stwarzają warunki ułatwiające innej szkodliwej

ści działanie ujemne. Można tylko mówić o dokrewnych stymulacjach w chorobach stawów. *Arthro-lues* stanowi u dorosłych — według własnych doświadczeń — około 6% przypadków chronicznych schorzeń stawów, z predylekcją usadawia się ona w kolanie i wyraża się mocnymi bólami. Reakcja *Wassermann* na o ile we krwi jest ujemna, jest dodatnia w płynie z kolana. Obraz rentgenowski niezawsze jest charakterystyczny. Leczenie specyficzne wywołuje nieraz bóle gorączkę jako wyraz odczynu. Często wynik leczenia jest tylko częściowy. Choroba *Still*a jest spotęgowaniem zakażeniem zapalenia stawów, występuje prawie wyłącznie u dzieci i charakteryzuje się obrzękami stawów, obrzękiem ogólnym gruczołów, obrzękiem śledziony, zapaleniem opłucny, osierdzia, gorączką chroniczną.

Dna wapniowa umiejscawia się w tkance okołostawowej, może być stwierdzona tylko przez badanie rentgenowskie. Tak jak w dnie kwasu moczowego również i w dnie wapniowej rozchodzi się o szczególną miejscową zmianę tkanki, która wywiera wpływ przyciągający na wapń, albowiem w przypadku demonstrowanym nie znaleziono zwiększonej zawartości wapnia we krwi. Terapeutycznie należy połączyć terapię fizykalną z kąpielową. Leczenie środkami drażniącymi daje często, ale nie zawsze, wynik korzystny, nigdy jednak nie zastąpi leczenia fizykalnego. Bierne ruchy mają być wykonane szybko i dostatecznie w kąpeli. Sprawy chorobowe w stawach kończyn dolnych wymagać mogą terapii odciążającej przez odłuszczenie.

Prof. U m b e r (Szarlottenburg). *Z dziedziny rozpoznawania i leczenia chronicznych schorzeń stawów.* Zadawano się często przy rozpoznawaniu reumatycznych chorób oddzielaniem reumatyzmu od dny. Powoli zaczyna się zamęt w nomenklaturze wyjaśniać, zwłaszcza, że rentgenologia tak skutecznie popiera klinikę. Zasadniczy podział chorób stawów zawdzięczamy *Müllerowi*. Dominującą grupą chronicznych chorób stawów jest *arthritis* infekcyjna. Grają tu rolę streptokoki i inne bakterje. Choroba stawów jest przeważnie chroniczna, pierwotne ognisko znajduje się gdzieindziej. Dlatego w zapaleniach stawów ważna jest troskliwa anamneza. Mniejsza grupa zapaleń stawów zależy od zaburzeń układu dokrewnego. Występuje przeważnie u kobiet. Trzecia grupa chronicznych chorób stawów, dość licznie występuje jako *osteoarthritis deformans*, w istocie swojej polega na bujaniu nowotworowem synowji, chrząstki i okostny i sprowadza ciężkie zmiany w kształcie stawów. Przy stosowaniu terapii należy odróżniać pojedyncze grupy. W zapaleniach stawów pochodzenia zakaźnego wchodzi w rachubę preparaty złota, jak również terapia drażniąca obok fizykalnej i balneoterapii. Zapalenie stawów charakteru dokrewnego wymaga preparatów jajnikowych, w *osteoarthritis deformans* wymagana jest terapia przede wszystkim przyczynowa. Być może, że wchodzi w rachubę odciążenie chorych stawów przez zmniejszenie wagi.

K ł u s z y ń s k i (Warszawa)

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Zastosowanie torfu do asenizacji.

Podał

Inż. agr. J. LENTZ (Warszawa).

Torf przed wojną był dość szeroko stosowany do asenizacji z bardzo dobrymi wynikami. Dowodem tego u nas było np. wielkie zapotrzebowanie w okolicach Warszawy na proszek otwocki. W czasie wojny produkcja ta całkowicie stanęła. Wobec jednak wielkiej roli, jaką torf winien odgrywać w asenizacji naszych zaniedbanych pod względem sanitarnym osiedli, należałoby sprawę torfu poddać pod ocenę higienistów. W tym celu poruszam tę sprawę choć pobieżnie.

Najdawniejszy sposób przechowywania fekalij — to zwykłe doły kłoczące z ich wsiakaniem. Ponieważ początkowo ściany dołów były przepuszczalne, więc fekalija wsiąkały w nie i przechodziły przez otaczającą ziemię do studzien i źródeł, zarażały wodę i bywały przyczyną wielkich epidemij. Należy przy tem pamiętać, że z czasem ziemia traci swoje filtrujące zalety.

Przekonawszy się o szkodliwości dla zdrowia ludzkiego takich dołów z wsiakaniem fekalij, rozpoczęto budować doły o szczelnych nieprzepuszczalnych cementowych ścianach i takie same duże. Chociaż takie doły są znacznie lepsze od zwykłych ziemnych, z czasem przepuszczają przez szpary choć w niewielkiej ilości ciecz i wydzielają bardzo nieprzyjemną woń.

Ażeby tych niedogodności uniknąć, zaczęto używać do tych dołów miału torfowego. Propagatorami takiego przechowywania fekalij byli *Müller* z Berlina (w r. 1882), *Ludwik Happe* z Brunświku i *O. Eyselein* w Blankenburgu (w r. 1885). Nie każdy torf jest do celów asenizacji odpowiedni. Bierze się tylko torf z górnych jego warstw, i to z wysokich (powstałych z mchu) torfowisk, mało rozłożony, z jeszcze widocznymi włókienkami niezupełnie przegniłych roślin.

Po wysuszeniu taki torf powinien być brązowego koloru, a z nie czarnego, co jest charakterystyczne dla torfu opałowego. Próby wykazały, że chłonność tego samego torfu z górnych warstw (w głębokości 15 — 147 cm) wynosi 1225 do 1601% wody, a z tego samego torfowiska, ale z głębszych warstw (315 — 381 cm), tylko 114 — 872%.

Bardzo jest pożądane, ażeby ten torf był przemrożony, wtedy jego chłonność powiększy się prawie dwukrotnie. Całkowicie wysuszony i przemrożony torf, (powinien zawierać nie więcej, niż 30% wilgoci), trzeba rozdrobnić na specjalnej maszynie, albo w młocarni. Odsiane włókienka (około 80%) najczęściej używane są na ściółkę dla inwentarza oraz dla innych celów, a proszek (około 20%) do asenizacji i przechowywania produktów spożywczych. W ten sposób przygotowany torf posiada największą chłonność dla rozmaitych płynów. Sto części rozmaitych ściółek chłonie następujące ilości cieczy:

	części do zupełnego nasycenia się
Piasek	26
Wrzos	111
Igły sosnowe	144
Wata drzewna	150 — 330
Paproć sucha	212
Słoma jara owsiana	214
„ żytnia górny koniec	208
„ „ dolny „	255
Trociny z drzew iglastych	450
„ „ liściastych	667
Mech torfowy	1418
Włókienka torfowe	1100 — 2400

Chłonność torfu jest jednak rozmaita, zależnie od jego gatunku. Miał torfowy zatrzymuje całkowicie co najmniej 7—9 razy więcej wilgoci, niż sam waży, czasami znacznie więcej, przez co ciężar transportu tylko nieznacznie się powiększa, bo do wywozu naturalnych fekalij potrzebne są beczki, które powiększają ich wagę o 30 — 50%.

Oprócz dużej chłonności dla cieczy, torf absorbuje również bardzo silnie wszelkie gazy. Tę zaletę torfu dokładnie zbadano w inwentarskich budynkach, gdzie obliczono absorbcję amoniaku i bezwodnika węgla przez torf.

Arnold stwierdził, że w stajni konńskiej dopiero po 15 dniach powietrze nad ściółką torfową było tak zepsute, jak nad ogólnie używaną ściółką słomianą już 6-ego dnia.

Gdy w Berlinie były jeszcze w użyciu konne tramwaje, B o r n badał powietrze w stajniach, w których stało po 50 koni na ściółce nie zmienianej przez 14 dni, okazało się, że nad ściółką słomianą w 1000 częściach powietrza było 1,4—2,9 cz. CO₂, a nad ściółką torfową tylko 1 część.

Z tych względów przed kilkudziesięciu laty w niektórych większych osiedlach wymagano, ażeby na ściółkę pod zwierzęta używano wyłącznie torfu.

W niektórych miastach możnaby wymagać, ażeby pod inwentarz używano ściółki torfowej, która jest przy stosownem użyciu lepszą od słomianej, a daje lepsze powietrze, bo wstrzymuje szybko rozkład wydzielin.

Świeży torf, szczególnie z wysokich torfowisk, jest doskonałym materiałem dezynfekcyjnym, bo zawarte w nim kwasy humusowe (próchnicowe) działają zabójczo na wszelkie chorobotwórcze drobnoustroje. Wykazały to badania nad zdrowotnością zwierząt.

Koch twierdził, że skutkiem natychmiastowego wchłaniania przez torf stałych i płynnych odchodów, nie znajdują tam drobnoustroje chorobotwórcze potrzebnych dla ich życia ciepła i wilgoci, więc giną.

Ze względu na takie walory ściółki torfowej, instytuty dla produkcji surowic trzymają często zwierzęta na ściółce torfowej i wydają o niej bardzo pochlebne opinie. Instytut farmaceutyczny i surowicowy L. G a n s a, saski instytut bakterjoterapii i zakłady B e h r i n g a stosują torf dla wszystkich swoich zwierząt, t. j. dla koni, królików i świń morskich. Na torfie zwierzęta są zdrowsze, powietrze jest czystsze i mniej zawiera w sobie bakterij, co w tych warunkach ma duże bardzo znaczenie.

Użycie torfu do fekalij i nawozów zwierzęcych może też bardzo ułatwić walkę z muchami. Tępie nie much należy do trudnych zadań. Gdzie niema kanalizacji i w ustępach gromadzą się niedezynfekowane fekalja lub gnój w budynkach inwentarskich i na gnojowniach, tam larwy much mają ułatwiony rozwój i mnożą się w olbrzymiej liczbie. Ponieważ torf bardzo chciwie odciąga wszelką wilgoć i zatrzymuje ją w sobie, więc wstrzymuje gnienie, czego znowu potrzebują muchy. W suchych a nie gnijących odpadkach larwy much nie mogą się rozwijać.

Wszystkie te zalety proszku torfowego przemawiają za jaknajwiększym stosowaniem go w celach asenizacji i dezynfekcji. O posypywaniu fekalij w dołach poprzednio już wspomniałem. Jednak doły cementowe posiadają sporo wad.

Znacznie lepsze i dogodniejsze jest gromadzenie fekalij w kubłach objętości 15 — 20 litrów i beczkach, stawianych wprost na wozach, sankach i t. p., ażeby je łatwiej po napełnieniu wywozić. Mają one tę zaletę, że dzięki ich szczelnym ścia-

nom nie wyciekają z nich fekalja. Ponieważ jednak fekalja nawet w małej ilości wydzielają niemiłą woń, więc albo trzeba by je bardzo często wywozić, albo lepiej jest wstrzymać ich gnienie i ułatwienie się gazów, osuszając je suchym miałem torfowym. Trzeba też dodać, że w dołach skutkiem fermentacji straty organicznej materji dochodzą w fekaljach do 75%, a w kubłach zaledwie się traci 1/2. Na dno tych zbiorników sypie się zwykle trochę suchego miału, ażeby fekalja nie miały bezpośredniej styczności ze zbiornikiem, bo wtedy pozostają na jego ścianach rozmaite grzybki. Do zasypywania fekalij, po jednej garści suchego miału torfowego po każdorazowym użyciu, zazwyczaj wystarcza na jedną osobę rocznie 1/2 metra sześciennego torfu, czyli około 50 kilogramów. W kubły przy zmianie 2 razy na tydzień po 1 — 1 1/2 litra miału torfowego. Z powodu zamknięcia fabryk miału torfowego (proszków otwcockich) w czasie wojny i bardzo powolnego ich uruchamiania, a braku zbytu na miał torfowy produkcja jego jest narazie małą i rozwija się powoli. Obecnie jeszcze mało mamy na rynku proszku torfowego, najwięcej jest spotykany torf niemiecki, drogi, bo kalkulujący się około 15 złotych za 100 kg. loco Warszawa. W miarę miejscowej produkcji krajowego miału torfowego cena jego będzie się obniżać.

Taką mieszaninę fekalij z torfem można kompostować. Jeżeli weźmiemy normy dr. H e i d e n a, t. j. za dzienną produkcję 1200 grm. moczu i 133 grm. kału, to w nich jest około 1240 gram. wody. Przy ośmiokrotnej absorbcji miału torfowego potrzeba byłoby $1240:8 = 155$ grm. suchego torfu na 1 osobę dziennie, to przez cały rok 56,6 kg. W Brunświku wystarczało 50 — 55 kg. rocznie miału torfowego na 1 osobę, bo część wody z moczu wyparowywała w ustępach. Przy dziennej produkcji 1200 gr. moczu, azotu jest około 12 grm. czyli około 14,7 grm. amoniaku. Do tego dochodzi 2,1 grm. azotu z kału, która to ilość nie mogłaby być całkowicie zatrzymana wstrzymującym wilgoć miałem torfowym. W tym wypadku dodawano do miału trochę gipsu. Gdyby fekalja były rozcieńczone wodą, to dla całkowitego zatrzymania wilgoci trzeba by wzięć więcej miału torfowego, ale wtenczas cały amoniak mógłby być absorbowany. Dla dzieci, wytwarzających mniej fekalij, potrzeba i mniej miału torfowego. W niektórych miejscowościach zagranicą do wspólnych klozetów, naprz. w koszarach, dużych domach i t. p. podjeżdża codziennie wóz magistracki i do każdego otworu sypią robotnicy po 10 kg. suchego miału torfowego. Torf z torfowisk przychodzi sprasowany w belach, związanych drutem i listwami drewnianymi.

Dobra mieszanina fekalij z torfem ma wygląd zwykłej, czarnej wilgotnej ziemi, jest bezwonna, można ją wozić zwykłemi odkrytymi wozami lub wagonami. Trzeba tylko pamiętać, że im torf jest słabiej przemrożony, tem ma więcej kwasów, i dla ich zneutralizowania potrzebny jest małeńki dodatek wapna.

Prócz asenizacji torf może być używany do różnych innych potrzeb w medycynie jak np. jest podkładką dla moczących pod siebie np. paralityków, do przewożenia trupów, na opatrunki, do opakowań, wreszcie do przechowywania produktów spożywczych

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	16/XII-22/XII	22/XII-31/XII	1/1-5/1 1929	6/1-12/1
Dżuma	0	0	0	0
Ospa.	1 (zg. 0)	0	0	1 (zg. 1)
Cholera.	0	0	0	0
Dur brzuszny. . . .	208 (zg. 17)	241 (zg. 24)	108 (zg. 8)	158 (zg. 21)
Dur rzekomy	1 (zg. 0)	0	0	0
Dur osutkowy	47 (zg. 2)	73 (zg. 5)	38 (zg. 4)	45 (zg. 5)
Dur powrotny	1 (zg. 0)	2 (zg. 1)	0	0
Czerwonka.	8 (zg. 0)	4 (zg. 1)	4 (zg. 1)	7 (zg. 3)
Płonica	456 (zg. 28)	502 (zg. 42)	266 (zg. 15)	380 (zg. 29)
Błonica	204 (zg. 24)	254 (zg. 29)	169 (zg. 18)	224 (zg. 18)
Zapal. op. mózg. . .	6 (zg. 2)	9 (zg. 2)	9 (zg. 1)	8 (zg. 4)
Odra.	856 (zg. 7)	990 (zg. 21)	640 (zg. 3)	758 (zg. 14)
Róża.	100 (zg. 6)	76 (zg. 1)	86 (zg. 6)	109 (zg. 5)
Krzusiec	176 (zg. 9)	171 (zg. 11)	157 (zg. 16)	185 (zg. 9)
Malarja	1 (zg. 0)	2 (zg. 0)	2 (zg. 0)	3 (zg. 0)
Posoczn. poług. . .	25 (zg. 10)	23 (zg. 5)	18 (zg. 5)	21 (zg. 4)
Trąd.	0	0	0	0
Jaglica	157 (zg. 0)	152 (zg. 0)	87 (zg. 0)	97 (zg. 0)
Wąglik	0	2 (zg. 1)	0	0
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	1 (zg. 0)	1 (zg. 0)	0	0
Wścieklizna	0 (zg. 1)	0	0	0
Zatrucie jad. kielb. .	1 (zg. 1)	0	0	0
Choroba Heine-Medina	1 (zg. 0)	1 (zg. 0)	0	0
Inne choroby zakaźne.	228 (zg. 9)	323 (zg. 10)	245 (zg. 3)	567 (zg. 12)

— Staraniem Polskiego Tow. Eugenicznego i Warszawskiego Oddziału Tow. Dermatologicznego, odbędzie się w sali wykładowej T-wa Eugenicznego, w szpitalu Ś-go Łazarza i klinikach kurs dla lekarzy z dziedziny.

„Syfilis a dziecko“

Kurs trwać będzie od dnia 18 do 28 lutego r. b.

Dnia 18 lutego (poniedziałek), godz. 9,30 rano. Przemówienia i rozdawanie programów (Sala wykł. Tow. Eug. Nowy Świat 1). Godz. 11 — 12. Prof. Dr. med. Krzyształowicz „Zagadnienia przenoszenia kiły na potomstwo w rozwoju historycznym i w świetle najnowszych badań”. (Sala wykł. Kliniki Dermatologicznej ul. Koszykowa 82a). Godz. 13 — 14. Prof. Dr. med. Czyżewicz „Cięża i poród, a zakażenie kiłowe”. (Sala wykładowa kliniki położniczej — Starynkiewicza).

Dnia 19 lutego (wtorek), godz. 9 — 10¹/₂ rano. Doc. Dr. med. Melanowski „Schorzenia narządu wzroku w kile wrodzonej”. (Sala wykł. Tow. Eugenicznego Nowy-Świat 1). Godz. 10¹/₂ — 12¹/₂. Dr. med. Wł. Jarecki „Zaburzenia mowy i słuchu w kile wrodzonej”. (Sala wykł. Tow. Eugenicznego Nowy-Świat 1). Godz. 13 — 14. Prof. Dr. med. Orzechowski „Schorzenia układu nerwowego w kile wrodzonej”. (Sala wykł. Kliniki Dermatologicznej Koszykowa 82a).

Dnia 20 lutego (środa), godz. 9 — 10 rano. Dr. med. Watraszewski nacz. lek. szpitala Ś-go Łazarza „Szpital Ś-go Łazarza i rola jego w zwalczaniu kiły wrodzonej”. (Sala wykł. Szpitala Ś-go Łazarza Książęca 2). Godz. 10 — 11. Dr. med. L. Wernic Prezes Polskiego Tow. Eugenicznego „Leczenie kiły wrodzonej”. (Sala wykł. Szpitala Ś-go Łazarza Książęca 2). Godz. 11 — 12. Dr. med. Trzeciński ordynator oddz. szpit. Ś-go Łazarza „Przebieg i rokowanie w kile wrodzonej”. (Sala wykł. Szp. Ś-go Łazarza). Godz. 12 — 14. Dr. med. R. Bernhardt Prezes T-wa Dermatologicznego ordynator oddziału szpitala Ś-go Łazarza „Kiła wrodzona skóry i błon śluzowych”. (Sala wykł. Szpitala Ś-go Łazarza Książęca 2).

Dnia 21 lutego (czwartek), godz. 9 — 11 rano. Dr. med. Grocholski „Schorzenia narządu słuchu, krtani i gardła w kile wrodzonej”. (Sala wykł. Tow. Eugenicznego Nowy-

Świat 1). Godz. 12 — 13. Prof. Meisner „Zmiany jamy ustnej i zębów w kile wrodzonej”. (Sala wykł. Państw. Inst. Dentyst. Marszałkowska 116).

Dnia 22 lutego (piątek), godz. 10 — 12 rano. Prof. Dr. med. Michałowicz „Kiła wrodzona narządów wewnętrznych u dzieci”. (Sala wykł. Kliniki chor. dziecięcych Litewska 16). Godz. 13 — 15. Doc. Dr. med. Łapiński „Schorzenia kości i stawów w kile wrodzonej”. (Sala wykł. Szpitala Karola i Marii Leszno 116).

Dnia 23 lutego (sobota), godz. 9 — 11 rano. Dr. med. W. Borkowski „Opieka nad dzieckiem i matką kiłową u nas i zagranicą”. Sala wykł. Polskiego T-wa Eugenicznego Nowy-Świat 1). Godz. 12 — 14. Prezes Tow. Eugen. Dr. med. L. Wernic „Ruch eugeniczny a walka z kiłą wrodzoną”. (Sala wykł. Polsk. T-wa Eugén. Nowy-Świat 1). Godz. 18 — 19. Dr. med. Handelsman „Choroby umysłowe a kiła wrodzona”. (Sala wykł. Polsk. T-wa Eugenicznego Nowy-Świat 1).

Dnia 24 lutego (niedziela), godz. 10 — 11 rano. Dr. med. Handelsman „Choroby umysłowe a kiła wrodzona”. (Dalszy ciąg „Demonstracja chorych”). (Szpital w Tworkach — wyjazd o godz. 9 m. 15 z przystanku elektrycznej kolejki dojazdowej przy Nowogrodzkiej róg Marszałkowskiej).

Dnia 25 lutego (poniedziałek), godz. 9 — 10¹/₂ rano. Doc. Dr. med. Melanowski „Schorzenia narządu wzroku w kile wrodzonej”. (Sala wykł. Polskiego T-wa Eugenicznego Nowy-Świat 1). Godz. 11 — 12. Dr. med. A. Straszyński „Sero-logia kiły wrodzonej”. (Sala wykł. Polsk. T-wa Eugenicznego Nowy-Świat 1).

Dnia 26 lutego (wtorek), godz. 12 — 13. Doc. Dr. med. Semerau-Semianowski „Gruczoły dokrewne a kiła wrodzona”. (Szpital Ś-go Łazarza Książęca 2). Godz. 1 m. 30. Zamknięcie kursu (Sala wykł. Tow. Eugenicznego).

Zapisy na kurs przyjmuje Sekretariat Polskiego Tow. Eugenicznego, Warszawa, Nowy-Świat 1. Tel. 89-99).

Opłata za kurs zł. 35.

P. p. lekarze wojskowi, miejscy i komunalni korzystają z ulg.

Wszelkich szczegółowych informacji udziela Sekretariat kursów (Dr. med. T. Sienko) codziennie 12—2 lub 4—6 po poł.

— Na XIII-yim Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich, który odbędzie się w Wilnie od 26 — 29 września 1929 r. utworzona zostanie, podobnie jak na poprzednich zjazdach, odrębna sekcja pediatryczna.

Temat główny, zaproponowany przez Komisję Uchwał III-go Zjazdu Pediatrów Polskich ma obejmować „Odrębności przebiegu chorób w wieku dziecięcym”.

Temat ten będzie omówiony ogólnie oraz będzie ilustrowany w referatach, dotyczących szeregu poszczególnych jednostek chorobowych, jak: zapalenie płuc i opłucny, gościec stawowy, niezbyt jelita grubego, zapalenie wyrostka robaczkowego, choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

Tematy te zajmą prawdopodobnie jeden dzień (2 posiedzenia) Zjazdu. Dalej przewidywany jest temat główny z zakresu higieny społecznej, dotyczącej walki ze śmiertelnością niemowląt w opracowaniu pedjatri i higienisty na wspólnym (3-ciem) posiedzeniu Sekcji Pediatrycznej i Sekcji Higieny z Mikrobiologią.

Czwarte posiedzenie będzie wspólne z Sekcją Chorób wewnętrznych, a to w celu zapoznania się z tematem głównym tej sekcji p. t. „Układ siateczkowo-śródbłonkowy i jego patologia”.

Wreszcie na osobnym posiedzeniu Sekcji Pediatrycznej omówione będą tematy luźne, o ile takowe zostaną zgłoszone.

Zapowiedziane dotąd odczyty nie wyczerpują całokształtu odrębności chorób w wieku dziecięcym — pożądanym byłoby opracowanie materiału klinicznego i szpitalnego, dotyczącego poszczególnych jednostek chorobowych — bądź jako odrębne tematy, bądź jako udział w dyskusji.

Pożądane są również tematy z zakresu Higieny Społecznej, które umieszczone będą na wspólnym z Hygienistami posiedzeniu Sekcji.

Układ siateczkowo-śródbłonkowy jest dotychczas mało opracowany w patologii dziecięcej. Ze względu na zapowiedziany udział pedjatrów w posiedzeniu internistów cenne będą przyczynki w tej sprawie z zakresu pedjatrii.

Wreszcie chętnie widziane będą luźne tematy.

Zarząd Sekcji prosi o zgłaszanie prac pod adresem sekretarza Sekcji.

Adres: Wilno, Klinika Chorób Dziecięcych U. S. B. Wilno, Antokol.

Sekretarz Sekcji Gospodarz Sekcji
Dr. H. Kaulbersz-Marynowska Prof. Dr. W. Jasiński

— Wydział Handlowy Poselstwa Angielskiego w Warszawie podaje do wiadomości, że tegoroczne Targi Angielskie odbędą się między 18 lutego i 1 marca, i wzorem lat dawnych drobny przemysł będzie wystawiony w Londynie (White City), a ciężki w Birmingham (West Bromwich). Poszczególne działy każdej wystawy podane są poniżej.

Londyn: Wyroby nożownicze, srebrne i platerowane, biżuteria, zegarki, norymberszczyzna, wyroby szklane różnego rodzaju, porcelana, fajans i wyroby kamienne, papier, materiały piśmienne i przybory biurowe, metalowe urządzenia biurowe, druki, książki, galanteria i różne artykuły dla sklepów tabacz-

nych, skóra, wyroby skórzanе i przybory podróżnicze, wyroby rymarskie i uprząż, szczotki i miotły, gry i zabawki, artykuły sportowe (włączając wędki i strzelby), ubrania sportowe, instrumenty naukowe i optyczne, instrumenty i urządzenia medyczne i chirurgiczne, okulary i przybory optyczne, aparaty i przyrządy fotograficzne i kinematograficzne, aparaty radiowe, instrumenty muzyczne, meble z drzewa, trzciny i wikliny, łóżka i pościel, dywany, linoleum, wyroby koszykarskie, lekkie i ciężkie chemikalja, domowe produkty chemiczne, drogerja, perfumerja, barwniki, artykuły spożywcze i konserwy, wyroby cukiernicze (cukier i czekolada), tytoń, papierosy i cygara, tekstyle i ubrania, sztuczny jedwab, wózki dziecięce i dla inwalidów.

Birmingham. Instalacje do oświetlenia na elektryczność, gaz i t. d., piece i naczynia do gotowania, również z aluminium, kamienia i t. d., przyrządy do wielkich pieców, wyroby żelazne (do budowniczych, żegluga i użytku domowego), maszyny różnego rodzaju i małe narzędzia, urządzenia młynarskie, wyroby gumowe dla celów przemysłowych i do użytku domowego, motocykle i rowery, akcesoria automobilowe, rowerowe i aeroplanowe, przyrządy i instrumenty miernicze i do ważenia, przyrządy sanitarne, farby, lakiery i artykuły malarskie, urządzenia kolejowe, metale wszelkiego rodzaju (z wyjątkiem metali szlachetnych), maszyny i przyrządy rolnicze i ogrodnicze, instalacje dla kopalń i dla kamieniołomów, instalacje dla browarów i rektyfikacji, meble metalowe do ogrodów, namiotów i t. d., konstrukcje budownicze, broń (z wyjątkiem sportowej), rury miedziane, ołowiane, mosiężne i ze stali przyrządy do rur i do pary, architektoniczne ornamentacyjne wyroby metalowe, liny ze stali i konopi oraz powrozy i sznury.

Ułatwienia dla zwiedzających wystawę będą w roku bieżącym znacznie rozszerzone. Największe z nich są: a) wydawanie, po zgłoszeniu do wymienionych poniżej urzędów, bezpłatnych kart wejścia, upoważniających do otrzymania gratisowych angielskich wiz paszportowych, b) zamawianie naprzód pokoi w Londynie i Birmingham przez Towarzystwo Podróżnicze T. Cook & Son, obecnie sfuzjowanego z Międzynarodowym Towarzystwem Wagonów Sypialnych, które również udzielać będzie wskazówek co do podróży do Anglii c) Możliwość korzystania z bezpłatnych usług tłumaczy na terenie wystawowym, d) Urządzenie specjalnych pomieszczeń dla kupujących dla prowadzenia korespondencji i rozmów i t. d.

Wszelkich bliższych informacji, tak ustnych jak piśmienne, udzielać będzie Departament Handlu zagranicznego w Londynie (Department of Overseas Trade, 35 Old Queen Street, London, S W. 1); Wydział Handlowy Poselstwa Angielskiego w Warszawie, ul. Piękna No. 6, oraz Wice-Konsulaty angielskie w Katowicach, Lwowie, Łodzi, Poznaniu i Borysławiu.

ZMARLI.

Jan Kiełkiewicz, ordynator oddziału urologicznego Szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze — w Warszawie.

TREŚĆ: ST. KRAMSZTYK. O leczeniu zapaleń miedniczek nerkowych u dzieci. — L. BARANOWSKI. Przyczynki do leczenia zapalenia płuc u niemowląt. — L. PIKIELNY. O leczeniu gruźlicy pęcherza moczowego. — J. PINCZEWSKI. Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego i jego znaczenie kliniczne (str. zbior). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich — Zjazdy. — J. LENTZ. Zastosowanie torfu do asenizacji. — Wiadomości bieżące. — Zmarli.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: ST. KRAMSZTYK. Traitement des pyélites chez les enfants. — L. BARANOWSKI. Contribution au traitement de la pneumonie chez les nourrissons. — L. PIKIELNY. Traitement de la tuberculose de la vessie urinaire. — J. PINCZEWSKI. La pression du liquide céphalo-rachidien et son importance clinique. (Rév. gén.). — J. LENTZ. L'assainissement au moyen de tourbe.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O. 86-96.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej r.

Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich. Warszawa. Zielna 47. Tel. 19-57.