

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

Rok IX

WARSZAWA, 3 MARCA 1932 R.

Nr. 9

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

*Z oddziału chorób nerw. w Szpitalu na Czystem.
(Ordyn.: L. Bregman).*

O znaczeniu djagnostycznym badania płynu mózgo-rdzeniowego.

Podał

§P. SZPILMAN-NEUDINGOWA (Warszawa).

Od czasu wprowadzenia nakłucia lędźwiowego do djagnostyki chorób nerwowych przez Quinckego w 1891 r. badanie płynu m.-rdzen. nabiera coraz większego znaczenia, zarówno pod względem rokowania, jak rozpoznania i leczenia spraw, rozgrywających się w układzie nerwowym, a częstokroć i spraw ogólnoustrojowych. Znajomość normalnego zachowania się płynu m.-rdz. jest niezbędna dla oceny wyników badania płynów patologicznych. Według Weigeldta normalna ilość płynu waha się od 118—194 cm. Ciśnienie płynu zależne jest od ilości jego w komorach i przestrzeni podpajęczynówkowej, od pozycji badanego osobnika i podlega wahaniom pod wpływem oddychania, ruchów mięśniowych, kaszlu, krzyku, działalności serca. Wahania te są dość znaczne, dlatego też spotykamy rozbieżność w danych cyfrowych u różnych badaczy. Cybulski określa ciśnienie płynu w pozycji leżącej na 72—90 mm. wody, Weigeldt stwierdził, że ciśnienie w komorach jest nieco wyższe, niż w kanale rdzeniowym, natomiast amerykańscy badacze Ayer i Hodgson uważają je za prawie jednakowe. Zmiana pozycji leżącej na siedzącą daje wzrost ciśnienia. Claude oznacza ciśnienie w pozycji siedzącej na 200—300 mm. wody; tę samą liczbę podaje Zandowa. Normalny płyn jest przezroczysty, bezbarwny, zawiera 0—3—5 elementów w 1 mm.³, białka 0,16‰—0,2‰. Cukru do 0,5‰. Globuliny nie zawiera.

Odchylenia od typu normalnego dotyczyć mogą: 1) wyglądu płynu, który może być niewodniasny, lecz opalizujący, mętnawy lub zbliżony do wyglądu ropy, krwawy lub żółtawy (ksantochro-

miczny w różnych odcieniach aż do bursztynowego), 2) różnych składników chemicznych, zawartych w płynie m.-rdzen.: białko w różnych postaciach, cukier, wapń, żelazo (sprawy te są przedmiotem oddzielnego odczytu i z tej racji muszą być w tem miejscu pominięte), 3) odczynów serologicznych, na pierwszym miejscu reakcja na jad kilowy, 4) wyników badań bakteriologicznych, 5) zawartości komórek w płynie m.-rdzen., jakości tych komórek (limfocyty, neutrofile, komórki n.-tworowe), składniki pasorzytnicze i 6) wreszcie ciśnienia płynu m.-rdzen. przy nakłuciu lędźwiowym, nakłuciu podpotylicznym; zmian tego ciśnienia przy uciskaniu żył jarzmowych, ew. działaniu tłoczni brzusznej i zmian ciśnienia w czasie wypuszczania płynu (badania Ayala).

Pragnąc uniknąć powtarzań, uważamy za zbędne rozpatrywanie pojedyncze wszystkich spotykanych odchyłeń we wskazanych kierunkach. Sądzę, że bardziej celowe będzie omówienie ich w związku z różnymi sprawami chorobowymi w układzie nerwowym. Sprawy te podzielić możemy w tym celu na 3 grupy:

I grupa: stany zapalne opon i mózgowia: nagminne i gruzlicze zapalenie opon, surowicze zapalenie opon, zapalenie ropne (pozakażne i urazowe), zapalenie jałowe (aseptyczne), rozpoznawane niekiedy jako rzekomo-gruzlicze, nagminne zapalenie mózgowia, sprawy pasorzytnicze (*cysticercus*), zapalenie krwotoczne opon miękkich, mocznica, padaczka.

II grupa: choroby uciskowe mózgu i rdzenia. Wreszcie III grupa; choroby o podłożu kiłowym. Grupa ta stoi w ścisłym związku z grupą I-ą, jednakże ze względów praktycznych winna być traktowana oddzielnie.

Grupa I. W zapaleniu opon pochodzenia gruzliczego ciśnienie jest wzmożone, płyn naogół przezroczysty, zawiera b. dużo limfocytów przy zwiększonej zawartości białka, a zmniejszonej Cl. Częstokroć w płynie stwierdza się skrzep włóknikowy, w którym najłatwiej można wykryć laseczki. Przezrystość płynu bywa

różna: od przejrzystego, opalizującego do mętno-ropnego. Zabarwienie płynu również różne: bezbarwne, żółtawe (*xantochromia*) i krwawe (*Desca m p i V i l l e r e t*). W związku z wyglądem płynu zmienia się obraz cytologiczny: w płynach niezupełnie przezroczystych stwierdzamy wybitne zmniejszenie limfocytozy na korzyść ciałek wielojądrowych, w płynach mętnych—obraz ropny.

Badania, przeprowadzone na naszym oddziale, potwierdzają powyższe dane. Spostrzegaliśmy w olbrzymiej większości przypadków płyn przezroczysty z dużą liczbą limfocytów; w nielicznych przypadkach płyn ksantochromiczny, częściej opalizujący, a w paru przypadkach—ropny, podobnie jak w nagminnym zapaleniu opon. Badanie bakteriologiczne płynu niekiedy zawodzi i dlatego nie zawsze może być miarodajne dla rozpoznania, gdyż częstokroć laseczników nie stwierdza się. Zdarza się, że w płynie z nakłucia lędźwiowego drobnoustrojów brak, natomiast w płynie z nakłucia podpotylicznego znajdowano je w dużej ilości (bliskość ogniska).

Jako przykład służyć może następujący przypadek: Chłopiec 15 l., przybył 25.X 27. Nieobarczony gruźlicą. Od 8 dni bóle głowy, dreszcze. T. 38,5° P. 92. Bredzi. Ze zbieżny l. oka. Prawa źrenica $\gg$, oddziaływanie dobre. Granice tarcz zatarte. Pirquet —. Płyn m.-rdzen. przejrzysty, wypływał strumieniem, 249 limf., 128 neutrof. w 1 mm.³ NA +. W preparatach bezpośrednich po długich poszukiwaniach—1 lasecznik. 1.XI nakłucie podpotyliczne. Płyn przejrzysty, wyciekał strumieniem, 80 limf., 64 neutrof. w 1 mm.³, NA ++ B.O, 5%. Dużo laseczników.

Badanie biologiczne (podskórne szczepienie płynu m.-rdzen. śwince) ze względu na długie oczekiwanie na wynik niema wielkiej praktycznej wartości. Zakażenie świnek dootrzewnowo, a szczeg. dogruczołowo, zamiast podskórne, daje wyniki szybsze i nadaje się bardziej do celów klinicznych, gdyż już w kilka dni można stwierdzić zmiany anatomo-patologiczne swoiste dla gruźlicy.

Dla surowiczego zapalenia opon znamienne jest wzmożone ciśnienie płynu, brak lub mała liczba komórek przy normalnej ilości białka. I w tem schorzeniu charakter płynu może być niekiedy odmienny, za dowód czego mogą służyć przypadki, opisane przez Bregmana i Krukowskiego. W 2-ch z tych przypadków przebieg cierpienia pod względem natężenia objawów odpowiadał zapaleniu ropnemu opon. W jednym przypadku nakłucie lędźwiowe wykazało płyn przezroczysty; w drugim płyn był zleka opalizujący i zawierał nieznaczną liczbę limfocytów.

Przypadek zapalenia surowiczego opon, opisany przez Hermana, miał przebieg sprawy gruźliczej. W płynie stwierdzono dużą pleocytozę (z 1 nakłucia—240 limf., 64 neut., NA+ B.O, 16%, z następ. nakłucia 48 limf., 16 neut., NA+ B.O, 16%, próba fuksynowa była ujemna. W zapaleniu rzekomogruźliczym płyn ma cechy gruźlicze, lecz decydujące dla rozpoznania jest badanie bakteriologiczne i biologiczne płynu, które wykazuje jego jałowość.

W naszej obserwacji mamy od roku chłopca, który przebył zapalenie opon rzekomogruźlicze, nazwane przez

francuskich autorów „Meningite benigne aseptique“. Pacjent nasz—to 9-letni chłopiec, nieobarczony gruźlicą, u którego nagle wystąpiły wymioty, sztywność karku z wysoką temp. Nazajutrz nastąpiła poprawa, spadek ciepłoty, samopoczucie dobre. Badanie wykazało brak objawów oponowych. Pirquet 0. Płyn m.-rdzen. zawierał 78 limfoc., 16 neutrof., białka 0,25%. Ciśnienie wzmożone. Szczepienie płynu morskiej śwince dało wynik ujemny. We krwi—duża limfocytoza (42%). Chory pozostał na oddziale +—3 tyg., czuł się przez cały czas dobrze; raz jeden tylko miał ból głowy, nudności i podniesienie ciepłoty (37,2°). Płyn przy ostatnim nakłuciu zawierał—30 limfoc., białka 0,16%. Wypisał się w stanie dobrym i dotychczas ma się dobrze.

Podobne przypadki opisali Flatau, Zandowa, Penso.

W nagminnym zapaleniu mózgowia (*Encephalitis lethargica*) płyn jest przezroczysty, bezbarwny. W b. rzadkich przypadkach stwierdza się zabarwienie żółtawe, ksantochromiczne (*Economoriley*), jak i włóknik (*Economomason*). W takich razach rozpoznanie skłania się w kierunku gruźlicy opon. W nagminnym zapaleniu mózgowia białko w płynie jest niekiedy nieco wzmożone, odczyn NA słabo zaznaczony, często ujemny. W ostrym okresie spostrzega się dość często pleocytozę; w przewlekłym—o wiele rzadziej i w mniejszym stopniu. Według Sterna pleocytoza (od 8—17 elem. w 1 mm.³) jest objawem przejściowym w ostrym okresie. Również Kraus i Pardee znajdowali ją tylko w pierwszych 3 tygodniach cierpienia. Ciśnienie w ostrym okresie bywa wzmożone. Hess określa je na 150—300 mm. H₂O. Hartmann 200—380 mm., Stern stwierdzał wahania od 150—170—250 mm., raz jeden 280 mm. W okresie chronicznym—ciśnienie zbliża się do normy. Najbardziej charakterystyczną cechą płynu dla omawianej choroby jest zwiększona zawartość cukru (*Hyperglykorhachis*). Objaw ten jest ważnym momentem różniczkowo-rozpoznawczym. Normalna ilość cukru w płynie = 0,03%—0,05%; w zapaleniu nagminnym dochodzi do 0,06%, a nawet do 0,12%; w przypadkach przewlekłych objaw ten utrzymuje się przez czas b. długi.

W rozsianym stwardnieniu skład chem.-cytol. płynu jest zwykle prawie normalny, ednakowoż w wielu razach znajduje się niewielką pleocytozę. Dla rozpoznania względnie największe znaczenie przypisujemy odczynowi lędźwiowemu.

W nagminnym zapaleniu opon mózgowych płyn przechodzi różne fazy pod względem barwy i pleocytozy. Bywa on opalizujący, mleczny, ropny i wreszcie w przebiegu chronicznym żółtawo-zielony. W początkowym okresie cierpienia przeważają komórki wielojądrowe, które w okresie zdrowienia ustępują miejsca limfocytom. Badanie bakteriologiczne wykazuje meningokokki, lecz zdarzają się także wyniki ujemne. Dotyczy to przede wszystkim przypadków, leczonych poprzednio surowicą; poza tem winna jest często wadliwa technika przenoszenia płynu do pracowni, gdyż drobnoustroje te są b. wrażliwe na zimno. Nadmienić warto, że często płyn m.-rdzen. z nakłucia lędźwiowego różni się od płynu z nakłucia podpotylicznego i komorowego pod względem

barwy, ciśnienia, a nawet i składu chem.-cytolog., co jest następstwem zlepow i zrostów, niekiedy specjalnego umiejscowienia (np. postać komorowa).

W ropnych zapaleniach opon, występujących po przebytej chorobie zakaźnej, płyn bywa ropny i nierzadko wykazuje odpowiednio drobnoustroje, a szczeg. p. n. e. u. m. o. k. o. k. i. Również powikłania oponowe w przebiegu cierpień usznych dają płyn ropny, zawierający komórki wielojądrzaste, zwiększoną ilość białka i globuliny. Gottfryd w 28 przyp. ropnych zapaleń opon mózgowych w przebiegu spraw usznych znajdował w większości przypadków paciorkowce.

Zdaniem Eagletona w początkowych okresach powikłań wewnątrzczaszkowych spraw usznych płyn zawierać może liczne komórki wielojądrzaste, które jednak po kilku dniach już znikają, zwł. wtedy, gdy ropień otacza się błoną demarkacyjną, zatem pleocytoza w tym okresie nie jest jeszcze dowodem zakażenia opon.

Bardzo ciekawy przebieg spostrzegali Bregman i Simchowicz w przypadku olbrzymiego ropnia, zajmującego prawie cały płat skroniowy i ciemieniowy. Płyn miał wygląd ropny i zawierał 800 komórek wielojądrzastych, był jednak jałowy; następnie objawy oponowe znikły, ciepłota spadała i stan dziecka znacznie się poprawił. Dopiero po pewnym czasie wystąpiły objawy wzmożonego ciśnienia z tarczą zastoinową i zejście śmiertelne.

Fremel i Neumann w przypadkach ropnia mózgu pochodzenia usznego za objaw znamienny uważają płyn m-rdzen. ropny; zaznaczają jednakże, że płyn ten jest jałowy. Karbowski nie odrzuca tej możliwości, ale twierdzi, że w podobnych przypadkach płyn m-rdzen. zazwyczaj bywa przezroczysty.

Zapalenie opon pochodzenia urazowego należy zazwyczaj do postaci surowiczych. Powikłania oponowe ze złamania podstawy czaszki bywają najczęściej ropne i kończą się niepomyślnie. Ze jednak niezawsze tak bywa, dowodzą przypadki, opisane przez Bregmana i Krukowskiego, które pomimo płynu ropnego i pomimo to, że w jednym z nich płyn zawierał nawet paciorkowce hemolizujące, zakończyły się wyzdrowieniem.

W zapaleniu opon pasorzytniczym, wywołanym przez *cysticercus*, w płynie jest limfocytoza, ilość białka normalna, a niekiedy stwierdzić można błonę pasorzytą.

Wüllenweber w przyp. *meningitis cysticercosa* o przebiegu *paral.* pr. stwierdził w płynie dużą limfocytozę (53 limf. w 1 mm.³), Pandya, odczyn Langego dodatni, Wasserm.—ujemny. Rizzo i Guillain w przyp. *cysticercus cerebri* stwierdzili w płynie eozynofilję przy braku jej we krwi. W płynie — białka 0,45 — 0,7 proc.

W padaczkę Wüllenweber i Weil stwierdzili w płynie wzmożoną ilość cukru, poza tem płyn nie patologicznego nie zawiera. Baylac w *status epilepticus* stwierdził B. O, 4%, pleocytozę o charakterze neutrofilozji (97%), limfocytów 1%, eozynofil. 2%. U tego chorego w okresie zdrowienia po 3 tyg. płyn zawierał 1 leukoc. w 1 mm.³, białka 3%, U chorego, obserwowanego na naszym oddziale, płyn m-rdzen. zawierał białka 0,2%, 16 limfoc., 9 neutrof.

W mocznicy Alpers stwierdził w płynie wzmożoną ilość mocznika.

W cukrzycy zaś przed okresem śpiączki stwierdził 0,3 — 3% acetonu; obecność kwasu octowego stwierdził tylko w b. ciężkich przypadkach śpiączki cukrzyczej.

Zapalenie krwotoczne opon, jak nazwa wskazuje jest wywołane przez krwotok do opon miękkich i zostało dopiero rozpoznane jako jednostka chorobowa dzięki wprowadzeniu nakłucia lędźwiowego. Płyn m-rdzen. jest krwawy, od jasno-czerwonej barwy do zupełnie ciemnej. Zabarwienie to utrzymuje się we wszystkich wypuszczonych porcjach płynu. Krew w płynie nie krzepnie w odróżnieniu od płynu, sztucznie skrwawionego. Po odwirowaniu płynu występuje ksantochromja (zależna od rozpuszczalności czerwonych ciałek krwi w płynie — Froin). Ciśnienie jest b. duże. Białko i globulina wzmożone. Krwinki zmienione, nadżarte (Rostaedt w swej pracy „Cytologia płynu m-rdzen.“ b. szczegółowo omawia komórki, ich formy i odmiany swoiste dla różnych postaci chorobowych). W dalszych okresach występuje w płynie pleocytoza (Froin, Widal), która jest wynikiem reakcji opon na wylaną krew (Flatau i Tarapaniówna). Charakter pleocytozy jest różny: niekiedy przeważają komórki jednojądrzaste, niekiedy wielojądrzaste, zależy to od okresu choroby. W końcowym okresie przeważa limfocytoza. Płyn m-rdzen. również przechodzi różne fazy, a mianowicie od jasno-czerwonej lub zupełnie ciemnej barwy płyn staje się mniej krwawy (gdyż krwinki rozpuszczają się, dzięki zawartym w nim hemolizynom—Guillain, Guy Laroché); przechodzi w ksantochromję, aż w końcu krew zupełnie znika.

Krwotoki podpajęczynówkowe występują częściej symptomatycznie w chorobach serca i nerek. W wielu razach jednak są cierpieniem samoistnym, dotycząc najczęściej ludzi młodych. Postać tę u nas pierwszy opisał Flatau, następnie Goldflam. Z naszego oddziału szereg przypadków tego cierpienia było demonstrowanych na posiedzeniach neurologicznych. Bregman przypuszcza, że w pewnej części tych przypadków, czynnikiem etiologicznym jest kiła, zgodnie z tem udało się w niektórych przypadkach wykręć Wasserm.+ we krwi lub płynie m-rdzen. Również należy nadmienić, że i w przypadkach kiły rdzeniowej spostrzegamy krwotoki podpajęczynówkowe. Ostatnio sprawę krwotoków podpajęcz. referował kol. Herman w Tow. Medyc. Społecznej.

Celem rozpoznania procesu chorobowego w układzie ośrodkowym nerwowym posługujemy się również badaniami z zakresu przepuszczalności narządów ochronnych, ustawionych między krwią a płynem m-rdzen., nazwanymi przez Sterni Gautier barjerą krwio-mózgową (*barrière hémato-encéphalique*), którą Flatau radzi nazwać „ośrodkową barjerą nerwową“. Oddawna wiadomo, że barjera ta w stanie normalnym nie przepuszcza wielu substancji ze krwi do płynu, inne zaś przepuszcza. Dla badań tych dotychczas posługiwano się metodą uraninową, hemolizynową (Weil, Kafka) ostatnio — metodą bromową (Walter, Prussakowie).

W stanach normalnych podawana doustnie uranina w dawce 0,03 na kilo wagi lub domięśniowo czy dożylnie w dawce 20 cm.³ 10% nie przechodzi do płynu m-rdzen. W stanach chorobowych opon w 3 godz. po podanej uraninie stwierdza się ją w płynie m-rdzen. (płyn opalizujący). W dziedzinie stanów zapalnych opon duże usługi daje fuksynowa próba (Flatau), wskazująca także na przepuszczalność opon. Dla przeprowadzenia tej próby autor posługuje się 5% roztworem fuksyny kwaśnej, zastrzykując domięśniowo dzieciom 2—3 cm. fuksyny, dorosłym zaś 5 cm. Po upływie 1½—2 godz. należy dokonać nakłucia lędźwiowego, płyn zebrać do szalki porcelanowej, zawierającej roztwór kwasu solnego w 95% spirytusie (1:9), a wtedy roztwór ten zabarwi się na intensywny fioletowy kolor. U osobników zdrowych zabarwienie to nie występuje. Autor zaznacza, że próba fuksynowa nie wywiera żadnego ubocznego działania.

Zapalenie opon, szczeg. nagminne i gruzlicze, daje próbę fuksynową dodatnią. Flatau w swej pracy podaje, że jest ona dodatnia w zapaleniu gruzliczem opon w 42 przyp. na 47, a w nagminnem zapaleniu opon w 42 na 58 przyp. Autor zaznacza jednak, że trudno jest ustalić przyczyny, od których zależy dodatni lub ujemny wynik próby fuksynowej w stanach zapalnych opon. W przypadkach, w których sprawa oponowa wygasa klinicznie, jak również i w płynie (płyn staje się przezroczysty, występuje słaba pleocytoza), próba fuksynowa zmienia swą fazę dodatnią na ujemną i taką zostaje do końca.

Badania metodą barwnikową stosujemy też w wodogłowie celem stwierdzenia komunikacji między komorami a przestrzenią podpajęczynkową. W tym celu zastrzykuje się do komory I—2 cm. indigokarminu lub roztwór jodku sodu. W ciągu pół godz. winno się stwierdzić w płynie m-rdzen., wydobytym przez nakłucie lędźwiowe, zabarwienie niebieskie, wzgl. obecność jodu. Wynik ujemny tej próby stwierdza brak komunikacji.

W II grupie schorzeń, t.j. w sprawach uciskowych rdzenia i mózgu, badanie płynu ma niemięjsze znaczenie rozpoznawcze.

W nowotworach rdzenia płyn najczęściej bywa ksantochromiczny, komórek nie zawiera, niekiedy minimalną ich liczbę, natomiast zawiera dużą ilość białka i włókienka, co stanowi t. zw. rozszczepienie białkowo-komórkowe. Ciśnienie płynu jest przeważnie norm., nierzadko jednak — zmniejszone. W tych przypadkach dla celów diagnostyczno-prognostycznych posługujemy się badaniem za pomocą metody Queckenstedt—Stokeya a ewent. lipjodolowej. Metoda Queckenstedta polega na uciskaniu żył jarzmowych i tłoczni brzusznej podczas nakłucia lędźwiowego. Metoda Stokeya polega na ulepszeniu metody Queckenstedta przez dołączenie wykresu krzywej ciśnienia za pomocą aparatu.

Po przeprowadzeniu badań metodą Queckenstedt—Stokeya i rozpoznaniu przeszkody, celem dokładnego umiejscowienia przeszkody, stosujemy lipjodol t. zw. górny i dolny lub ciężki i lekki. Doświadczenie pokazało, że w przyp., w których próby Stokeya dały wynik ujemny, także lipjodol opada. Bregman

zaleca wobec tego inj. lipjodolu prawie tylko w takich przypadkach, w których Stokey wypadł dodatnio albo też daje wynik niejasny. To też od czasu zaprowadzenia badania sposobem Stokeya a nie mamy na oddziale prawie wcale przypadków, w którychby próba lipjodol. wypadła ujemnie. Niezawsze jednak otrzymany i długo utrzymujący się słup lipjodolu przemawia za nowotworem, za przykład czego służyć może jeden z przypadków, opisany przez Bregmana i Neudingow.

Choremu pomimo rozszczepienia białkowo-komórkowego, u którego jednak zespół objawów przemawiał za stwardnieniem wieloogiskowym, zastrzyknięto podpotylicznie lipjodol, który zatrzymał się w postaci bryły na wysokości D1, a po 6 dniach na D3. Powtórnie zastrzyknięty lipjodol przez nakłucie lędźwiowe włożeniu Trendelenburga podniósł się ku górze, dotykając prawie lipjodolu górnego z pozostawieniem wąskiej szparki. Po 23 dniach lipjodol opadł w postaci słupa na D11, utrzymując się na tym poziomie jeszcze 4 mies. Laminektomia, dokonana ze względu na rozszczepienie białkowo-komórkowe i lipjodol przeszkody w kanale kręgowym ani zmian w oponach nie wykazały.

W nowotworach mózgu płyn m-rdzen. jest przezroczysty, niekiedy ksantochromiczny, zawiera komórki nowotworowe, dające się stwierdzić specjalną metodą barwienia. Zmiany w płynie występują pod postacią rozszczepienia białkowo-komórkowego, chociaż i w tych przypadkach bywają odchylenia. Wüllenweber opisuje przyp. glejaka mózgu z wybitnie wzmożoną ilością białka w płynie m-rdzen., dużą pleocytozą (ponad 70 neutrof w 1 mm.³). Przypuszczał — ropień mózgu. Smith w 102 przyp. stwierdził pleocytozę. Z naszego oddziału Krukowski demonstrował przypadek nowotworu mózgu również z dużą pleocytozą.

Christiansen uważa pleocytozę w nowotworach mózgu na objaw b. rzadki i twierdzi, że dotyczy ona niektórych postaci guzów przyśadki i mięsaków opon. Forster zaś w nowotworach komorowych stwierdził limfocytozę.

Mandelboim na zasadzie badań, przeprowadzonych w 50 przypadkach twierdzi, że rozszczepienie białkowo-komórkowe nie jest objawem patognomicznym dla nowotworu mózgu, i płyn m-rdzen. nie ma stałego obrazu. Wzmożona zaś liczba komórek zależy od: 1) umiejscowienia nowotworu, 2) zapalnych zmian tkanek, otaczających nowotwór i 3) rozkładu nowotworu. Forster w 10 przyp. nowotworu mózgu i 2 rdzenia stwierdził w płynie z nakłucia lędźwiowego, komorowego i cysterny — komórki nowotworowe.

Także Peter w przyp. *carcinoma meningum metastaticum* (pierwotny nowotwór w płucach sekcynie stwierdzony) stwierdził w płynie — komórki nowotworowe. Pette z Hamburga w pierwotnej rakowatości opon (*meningit. carcinomat. primaria*) stwierdził w płynie komórki nowotworowe, a w przyp. *meningit. sarcomatosa* o przebiegu *meningit. acuta* z temper., płyn m-rdzen. był zapalny i zawierał komórki nowotworowe. Ciśnienie płynu m-rdzen. w nowotworach mózgu badał Ayala, który określił nawet specjalny współczynnik różniczkowy lik-

worologiczny i doszedł do wniosku, że spółczynnik ten inaczej zachowuje się w nowotworach mózgu, a inaczej w zapaleniu surowiczym opon. Autor stwierdził, że w guzach mózgu spółczynnik ten jest duży, a w zapaleniu surowiczym opon — mały. P i n c z e w s k i b. szczegółowo omawia badania te w pracy swej „o ciśnieniu płynu m-rden.”

Badania serologiczne w nowotworach mózgu nierzadko sprawiają nam niespodziankę w postaci dodatniego odczynu W a s s e r m. w płynie m-rden. przy zupełnym braku danych na tło specyficzne.

E m a n u e l w przyp. nowotworu mózgu z dodatnim odczynem W a s s e r m. ze surowicy krwi stwierdził w płynie m-rden. z I nakłucia z cysterny II elem., W e i c h b r o d t + N A. O, z II nakłucia — płyn komórek, białka ani globuliny nie zawierał, natomiast stwierdzono komórki nowotworowe i krzywą luetyczną z odczynu L a n g e g o. W tym przypadku operacyjnie stwierdzono nowotwór lew. płata czołowego, a badanie histologiczne odpowiadało obrazowi komórek z płynu z cysterny.

W ü l l e n w e b e r w przyp. glejaka mózgu bez objawów klinicznych i sekcyjnych kiły stwierdził w płynie w dawce 0,2 — W a s + + +. Autor podaje, że dodatni odczyn W a s s e r m. z płynu w nowotworach mózgu, a nawet i w zapaleniu opon mózgowych zależy od liczby komórek.

N o n n e również podaje 2 przyp. z dodatnim W a s s e r m a n n e m.

W końcu rozpatrzmy III grupę o podłożu kiłowym.

W zapaleniu opon kiłowym, w więdzie rdzenia i porażeniu postępującem płyn m-rden. wykazuje limfocytozę, normalną lub wzmożoną ilość białka i wzmożony odczyn globulinowy, lecz dodatni odczyn L a n g e g o i W a s s e r m a n n a podkreśla podłoże swoiste.

W zapaleniu opon kiłowym obraz płynu m-rden. jest bardzo podobny do gruźliczego. Odróżnia go od gruźliczego brak zmniejszenia ilości Cl i niecałkowitego ścinania się włókienka w postaci „pajęczynki”.

Nierzadko płyn m-rden. pochodzenia kiłowego zawiera zaledwie kilka limfocytów, zwiększoną ilość białka i odczyn W a s s e r m. ujemny. W takich przypadkach należy prowokacyjnie pobudzić układ nerwowy do reakcji przez zastosowanie 3 iniekcji nowoarsenobenz., poczem w płynie stwierdza się limfocytozę i odczyn W a s. + Niekiedy zaś już obraz cytolog.-chem. płynu albo dodatni odczyn serolog. poprzedza kliniczne objawy kiłowe układu nerwowego. Zmiany te są jakby z w i a s t u n e m tego, że zarazek kiłowy zatakował układ ośrodkowy, że choremu grozi *neuroles* w jakiegokolwiek postaci. Należy wtedy przez energiczne leczenie dążyć do usunięcia owych zmian. Także leczenie swoiste wpływa dodatkowo na obraz patologiczny płynu kiłowego i płyn, który przedtem wykazał limfocytozę, może po przeprowadzonej kuracji wykazać małą liczbę komórek lub brak ich.

Przechodząc zatem do omówienia wyników badań płynu m-rden. w różnych cierpieniach układu nerwowego, zreasumować je można w krótkości następująco:

Choroby, objęte grupą I cechuje:

Wzmózione ciśnienie, pleocytoza, różnorodność zabarwienia płynu,

grupę II

rozszczepienie białkowo-komórkowe, zabarwienie płynu, ciśnienie małe lub umiarkowane i

wreszcie grupę III:

limfocytoza, normalna wzgl. wzmożona ilość białka, dodatni odczyn L a n g e g o (ze solami złota) i W a s s e r m a n n a.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału neurologicznego szpitala na Czystem w Warszawie
(Ordynator: Dr. E. Flatau).

Uwagi w sprawie leczenia nowotworów przysadki mózgu
radem.

Podał

Dr. B. KARBOWSKI (Warszawa)

(przy współpracy radiologów Drów Floksztumpf, Gądka i Mesza)

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 8).

P r z y p a d e k I. H. K o w., lat 23, krawcowa z zawodu. Choruje od lat trzech. Nagle przerwa w miesiączkowaniu. Wkrótce przyłączyły się bóle głowy, które występowały napadowo i trwały kilka godzin, niekiedy cały dzień. Często podczas napadów bywały wymioty. Bóle głowy występowały w tym okresie, kiedy dawniej bywało miesiączkowanie. Po roku bóle głowy wzmożyły się, umiejscowiły się w części ciemieniowo-skroniowej po stronie lewej. Jednocześnie wystąpiły zaburzenia wzroku; chora musiała przerwać pracę. Mniej więcej w tym samym czasie (1½ roku od początku choroby) wystą-

piło silne pragnienie; chora wypijała do 15 szklanek płynu dziennie. W tym okresie wzrok nieco się poprawił. Przez miesiąc chora pracowała; po miesiącu musiała znowu przerwać pracę z powodu pogorszenia się wzroku. Od dwóch lat chora gwałtownie utyla. Matka chorej zdrowa, ojciec zmarł w 35 roku życia. Rodzaju choroby ojca nie udało się ustalić.

Status praesens: Chora wzrostu średniego, budowa prawidłowa. W narządach wewnętrznych nie stwierdzono odchyień od normy. Czaszka symetryczna, bolesna na opuk w lewej części ciemieniowo-skroniowej. Ruchy głowy zachowane. Sztynności karku brak. Żrenice okrągłe, jednakowe. Szpara oczna lewa nieco mniejsza; powieka górna nieco opadnięta; nieznaczna pareza dolnej gałki. Czucie bólowe i dotykowe zachowane. Słuch zachowany. Smak zachowany, lecz nieco opóźniony.

Kończyny górne: ruchy normalne, siła osłabiona; lewa kończyna wysunięta, przy przymkniętych powiekach nieco opada. Diadochokineza jednakowa z obu stron.

Odruchy: okostnowe — jednakowe, J a k o b s o n — brak, R o s s o l i m o górny + obustronnie.

Odruchy brzuszne — słabe obustronnie, prawe może nieco słabsze.

Kończyny dolne: siła, ruchy, napięcie z obu stron zachowane jednakowo.

Odruchy: podeszwowe — słaba fleksja obustronnie, Rossolimo — brak.

Czucie bólowe, cieplikowe, dotykowe i głębokie zachowane. Próba palec — nos, pięta — kolano — norma. Objawów asynergii — brak.

Zdjęcie rentgenologiczne: kości sklepienia normalne o uciskach palczastych, zaznaczonych mocno w części czołowej. Jamy oboczne nosa dobrze powietrzne. Siodło tureckie znacznie rozszerzone i pogłębione; brak cienia nadsiodłkowego. Przednie wyrostki pochyłe normalne, grzbiet zniekształcony, odwapniony, tylne wyrostki pochyłe zniszczone.

Wassermann — ujemny.

Rozpoznanie kliniczne — nowotwór przysadki.

6. VI. 30. Za zgodą chorej zdecydowana została operacja celem wprowadzenia radu pod siodło.

Status camporum oculorum przed leczeniem.

Ostrość wzroku: Vis. oc. dextr. — liczy palce z 4-ch metrów. Vis. oc. sin. — liczy palce z 1-go metra. Rysunek I.

Pole widzenia — na załączonym schemacie. Lewa żrenica szersza, na światło nie reaguje. Ptosis lewej powieki.

Dno — granice tarcz wyraźne, odbarwienie obu tarcz.

Wobec szybko postępującego osłabienia wzroku zdecydowano dokonać operacji — utworzenie jednej jamy z obu zatok klinowych metodą Hirscha i wprowadzenie radu. Wprowadzono 15 mmgr. na 3 doby. (22. VI. wyjęto rad). Dawka 1080 miligr. godz. 8,1 m. c. d.

Stan oczu 7. VII. i 19. VII. taki sam (Dr. Zamenhof). Vis. oc. dextr. — liczy palce z 2 metrów. Vis. oc. sin. — ruch ręki przed okiem.

Tarcze odbarwione. Żyły szerokie w stosunku do tętnic. Pole widzenia: w oku prawem poczucie światła w części skroniowej słabsze, niż w nosowej; w oku lewym poczucie światła jednakowe we wszystkich częściach.

18. VIII. 30. Poraz drugi przybyła do szpitala. Chora ociężała i b. otyła, uskarża się na silne bóle głowy. Czaszka wyraźnie bolesna przy opukiwaniu w części czołowej z lewej strony.

Powonienie: z lewej strony osłabione, z prawej strony — prawidłowe.

Żrenica prawa z lewej strony reaguje minimalnie na światło.

Żrenica lewa — szersza od prawej: z lew. na prawo +, z prawa na lewo —.

Dno oczu: atrophía n.n. opticorum simplex.

Vis. oc. sin. — liczy z odległości 30 cm. palce.

Vis. oc. dextr. — 1/20.

Pole widzenia. Vis. oc. sin. — amauroza, zaledwie poczucie światła, Vis. oc. d. — wypadnięcie skroniowej połowy pola widzenia. Scotoma.

N. twarzowy — nieznaczne wygładzenie prawej fałdy nosowo-wargowej. Pozatem stan nerwowy taki sam, jak był podczas pierwszego pobytu w szpitalu.

I — 30. VIII. — naświetlania rentgenem.

II — 1. IX. — naświetlania rentgenem.

III — 3. IX. — naświetlania rentgenem.

IV — 5. IX. — naświetlania rentgenem.

V — 8. IX. — naświetlania rentgenem — nie dały poprawy.

26. IX. Otwarte zostało siodło. Nakłucie wykazało obecność płynu krwawego w guzie.

Po wypuszczeniu 1½ gr. diureza spadła z 6.000 na 1.200, 900 trzeciego dnia po operacji.

9. X. Diureza znowu doszła do 4.800.

23. X. Powtórne nakłucie guza. Wydobyto 2—3 gr.

24. X. Diureza znowu spadła do 800.

Badanie płynu z torbieli. W preparatach bezpośrednich znaleziono liczne erytrocyty i nieliczne komórki nowotworowe.

Badanie chemiczne: Urobilinogen —, Urobilina +, Bilirubina +.

25. X. Chora zamroczona. Objawów meningealnych brak. Żrenice na światło nie reagują. Paraliż prawych kończyn. Brak Kerniga i innych objawów oponowych. Babinski +. W nocy z 25. X. na 26. X. chora zmarła. Sekcja wykryła guz wielkości orzecha włoskiego w III komorze, częściowo zawierający płyn krwawy. Wzdłuż naczyń blisko miejsca operacji smugi ropne.

Streszczenie: Pacjentka 23 lata. Od trzech lat silne bóle głowy i zaburzenia w miesiączkowaniu. Od 1½ roku zaburzenia w gospodarce wodnej — chora wypijała po 15 szklanek wody dziennie; od roku chora bardzo tyje. Zdjęcie rentgenowskie wykazało rozszerzenie i pogłębienie siodła, zniszczenie tylnych wyrostków pochyłych i zniszczenie grzbietu. Od 2 lat stopniowe obniżenie ostrości wzroku.

6. VI. 1930 r. Vis. oc. dextr. — liczy palce z 4 metrów. Vis. oc. sin. — liczy palce z 1 metra.

Leczenie rentgenem i radem nie dało poprawy. Ostrość wzroku obniżała się. Dno oczu: zanik tarcz.

18. VIII. 1930 r. Vis. oc. dextr. — 1/20.

Vis. oc. sin. — liczy palce z odległości 30 cm.

Chora jeszcze bardziej otyła. Diureza 6.000.

26. IX. 30 r. Otwarte zostało siodło, gdzie stwierdzono torbiel, która zawierała płyn krwawy.

29. IX. 30 r. Diureza z 6.000 spadła do 800 cm³.

9. X. 30 r. Diureza znowu 4.800. Stan ciężki.

23. X. 30 r. Powtórne opróżnienie guza — wydobyto 2—3 gr. płynu krwawego. Diureza znowu spadła do 800 cm³.

26. X. 30 r. Chora zmarła. Na sekcji stwierdzono guz torbielowaty III komory.

Przypadek ciekawy jest ze względu na zaburzenie w gospodarce wodnej, za każdym razem po opróżnieniu torbieli. Diureza spadała po pierwszym opróżnieniu z 6.000 cm³ na 800 cm³. Po drugim opróżnieniu z 4.800 na 800. Badanie histologiczne stwierdziło guz złośliwy (Ca) III komory.

Przypadek II. D o r., 45 lat. Cierpi od 6 lat na silne bóle głowy. Bóle głowy są napadowe. Przed czterema laty chora zauważyła osłabienie siły wzroku lewego oka. W przeciągu jednego roku obniżyła się ostrość wzroku do tego stopnia, że chora liczyła palce na odległości jednego metra. Mniej więcej przed 3 laty zauważyła zaburzenia wzroku również i w prawym oku. Chora była wówczas leczona naświetlaniami promieniami Roentgena. Ostatnio bóle głowy znacznie złagodniały; ostrość wzroku natomiast znacznie się obniżyła. Lewym okiem chora nic nie widzi, niema też i reakcji na światło. Ostrość oka prawego znacznie się obniżyła. Miesiączkowanie — pozostało prawidłowe.

14. V. Status praesens: Chora średniego wzrostu, nieco otyła, odżywiania dobrego. W płucach i sercu nie stwierdzono odchyłań od normy. Mocz — normalny. Wassermann — krwi ujemny.

Badanie układu nerwowego: konfiguracja głowy prawidłowa. Poza zaburzeniami ze strony wzroku w nerwach czaszkowych zmian nie stwierdzono.

Dolne i górne kończyny pod względem siły, sprawności ruchowej, również pod względem czucia — norma.

Odruchy: Tric. — normalnie żywy, PR — żywe, AR — żywe, Rossolimo — ujemny, podeszwowy — fleksja, brzuszne — zachowane.

Zdjęcie roentgenowskie: Sklepienie czaszki wykazuje zmienną grubość. Impressiones digitatae dobrze wyrażone w części czołowej. Siodło tureckie pogłębione i poszerzone, ma kształt kulisty, tylna ściana ścięczała, częściowo zniszczona. Wyrostki przednie ścięczały, wyrostki tylne zniszczone.

Badanie oczu: lewe oko — zupełna amauroza, brak re-

akcji na światło. Tarcza w zaniku. Prawe oko — *Vis.* 1½ metra, liczy palce od strony nosowej. Od strony skroniowej amauroza.

Zrenica reaguje od strony nosowej na światło dobrze.

Operacja 15. III. 30 r. Metodą *H i r s c h a* otwarte zostały obie zatoki.

6. IV. Wprowadzone zostało 10 mmgr. radu w ½ milimetrowych filtrach — złoto + platyna na 96 godzin. Dawka 960 miligr. godz. 7,2 m. c. d.

14. VI. Badanie wzroku nie wykazało poprawy.

18. XII. 30. Badanie wzroku wykryło nieznaczne pogorszenie wzroku oka prawego. Chora liczy palce na odległości 1 metra od strony nosowej.

20. XII. Wobec tego, że leczenie rentgenowskie i radem nie dało poprawy, zdecydowano otworzyć siodło tureckie. Warunki anatomiczne w tym przypadku były niekorzystne. Zatoki klinowe małe; dostęp tylko do przedniej ściany siodła. Udało się obnażyć na małej przestrzeni oponę twardą. Nakłucie dwukrotne dało krew żylną. W obawie silnego krwotoku nie zdecydowano się na zabieg radykalny.

Zabieg chora zniosła dobrze.

28. XII. Wypisała się bez poprawy.

Streszczenie: Pacjentka cierpi na bóle głowy od 6-ciu lat. Przed 4 lata wystąpiły objawy oczne. Pomimo leczenia rentgenem doszło do zupełnej amaurozy lewego oka; prawem okiem chora liczyła przed operacją palce na odległości 1½ metra. Leczenie radem nie dało poprawy; zdecydowano wobec tego otworzyć siodło. Wobec niekorzystnych warunków anatomicznych udało się obnażyć oponę twardą na małej przestrzeni. Nakłucie, dwukrotnie wykonane, dało krew żylną. W obawie silnego krwawienia nie zdecydowano się na zabieg radykalniejszy.

Przypadek 3. L. Fr., 11 lat. Do 6-ciu lat była zdrowa; z chorób infekcyjnych przechodziła szkarlatynę i odrę. W szóstym roku życia podobno po urazie głowy wystąpiły bóle głowy. Bóle głowy były b. silne, i towarzyszyły im wymioty. Po pierwszym napadzie bólów głowy chora przez 9 dni spała; sama się prawie nie budziła. Po tej śpiączce chora się poprawiła i była zdrowa do listopada 1929 r. W listopadzie zeszłego roku, mniej więcej 8 miesięcy temu, dziecko zaczęło znowu narzekać na silne bóle głowy, które często występowały, niekiedy codziennie. Często bywały i wymioty. Od miesiąca bóle są mniejsze. Dwa tygodnie temu dziecko zostało uderzone w oko piłką i od tego czasu skarży się na osłabienie wzroku. Rodzice i rodzeństwo zdrowe. Matka roniła raz jeden, prócz pacjentki ma troje zdrowych dzieci.

12. VII. 30 r. **Stano obecny:** Budowa prawidłowa, wzrost odpowiadający wiekowi. Skóra i widzialne słuzówki zaróżowione. Gruczoły chłonne niepowiększone. Nadmiernie otyła, przyczem zwraca uwagę, że otłuszczenie dotyczy brzucha, gruczołów piersiowych i pasa miednicowego (*dystrophia adiposito-genitalis*). Na obu skroniach żyły nieco poszerzone. Po stronie prawej bardziej. Brak owłosienia koło sromu. Płuca wypukowo i wysłuchowo bez zmian. Serce — granice prawidłowe. Tętno czyste.

Czaszka konfiguracji prawidłowej, na opuk niebolesna. Obwód 54 cm. Powonienie zachowane, jednakowe z obu stron.

Dno oczu: tarcza zastoinowa; żyły b. rozszerzone, wężykowate. Oko lewe ustawione w zezie rozbieżnym.

Vis. oc. dextr. — 5/5.

Vis. oc. sin. — ruchy ręki tuż przy oku.

Pole widzenia, badane palcem: po stronie prawej ślad tempor. hemianopsji. *Scotoma centrale* po stronie prawej brak; po stronie lewej — nie udaje się zbadać. Gałki oczne ruchome we wszystkich kierunkach. Oczopląsu brak. Odruchy rogówkowe zachowane z obu stron. Czucie dla wszystkich rodzajów zachowania.

wane. Nieznaczna pareza pr. n. twarzowego. Słuch zachowany, smak zachowany. Język wysuwa w linii prostej.

Rentgenogram czaszki: Czaszka normalna pod względem kształtu i wymiarów. Siodło tureckie poszerzone o konturach niewyraźnych. Zatoka klinowa mała.

Ze strony kończyn górnych i dolnych pod względem siły mięśniowej, sprawności ruchowej i czuciowej zmian nie stwierdzono.

Odruchy: *Per. Tric.* — umiarkowane, *Abd.* — żywe, *PR* — umiarkowany, *AR* — bez zmian, podeszwowo — plantarna fleksja, *R o s s o l i m o.* — brak. *P i r q u e t* — ujemny. Wzór krwi prawidłowy. *W a s s e r m a n n* we krwi ujemny.

15. VII. 30. Badanie oczu (*Dr. H i n d e s*) (oddz. *Dra Z a m e n h o f a*).

Vis. oc. dextr. — 5/5.

Vis. oc. sin. — ruchy ręki.

Tarcze zastoinowe. Żyły rozszerzone, wężykowate, kolor tarczy lewej bledszy. Oko lewe ustawione w zezie rozbieżnym.

17. VII. Otwarte zostały zatoki klinowe.

22. VII. Badanie siły wzroku:

Vis. oc. dextr. — 5/10.

Vis. oc. sin. — poczucie światła.

Dno: obrzęk tarcz bledszy po lewej; granice zatarte. Żyły rozszerzone (2 : 1) wężykowate. Wyniosłość tarcz do 1 D.

Naświetlania rentgenem:

I — 25. VII. — *regio front. tempor. sin.*

II — 28. VII. — *regio front. tempor. dextr.*

III — 31. VII. — *regio tempor. occip. sin.*

IV. — 2. VIII. — *regio tempor. occip. dextr.*

29. VII. *Vis. oc. dextr.* — liczy palce z 2 metrów.

Dno, jak poprzednio.

4. VIII. *Vis. oc. dextr.* — ruchy ręki z 2 metr.

Vis. oc. sin. — poczucie światła.

31. VIII. 30 r. Przybyła poraz drugi do szpitala. Miewa bóle głowy z wymiotami.

Vis. oc. dextr. — palce z ¼ metra.

Vis. oc. sin. — ruchy ręki przed okiem.

Dno oczu: tarcze szarego koloru (*Atrophia n. optic. poststasim*).

W stanie ogólnym zmiany nie zaszły.

1. IX. Wprowadzony został rad w ilości 10 mmgr.

4. IX. Rad został usunięty. Zabieg chora zniosła dobrze. Dawka 720 miligr. godz. 5¼ m. c. d.

6. IX. Badanie oczu: w obu oczach zanik poobrzękowy tarcz.

Vis. oc. dextr. — ruch ręki lepiej od strony nosa.

Vis. oc. sin. — zaledwie poczucie światła.

Chora znajdowała się pod obserwacją przez dwa miesiące. Poprawy nie stwierdzono. W listopadzie 1930 roku chora była operowana we Wiedniu. Zmarła w godzinę po zabiegu.

Streszczenie: Pacjentka 11 lat, cierpi od 8 miesięcy na silne bóle głowy i wymioty. Od kilku tygodni trwają zaburzenia wzroku. Badanie wykryło tarcze zastoinowe. *Vis. oc. dextr.* — 5/5. *Vis. oc. sin.* — ruchy ręki przed okiem. Badanie rentgenologiczne wykazało poszerzenie siodła o konturach niewyraźnych. Leczenie rentgenem nie dało poprawy, przeciwnie, wystąpiło znaczne obniżenie ostrości wzroku oka zdrowego. Prawe oko — liczenie palców z ¼ metra, lewe oko — poczucie światła.

1. IX. 30 r. Wprowadzony został rad pod same siodło tureckie w ilości 10 mgr. (filtr 1 milimtr. platyny) na 3 doby. Leczenie radem nie dało poprawy. W listopadzie 1930 r. chora była operowana we Wiedniu, gdzie zmarła w godzinę po zabiegu.

(C. d. n.),

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

O badaniu czynnościowym nerek.

Podał

Henryk J. LANDAU (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 8).

Inne próby barwnikowe cieszą się mniejszym uznaniem.

Próba uraninowa, względnie fluoresceinowa, podana przez Straussa, polega na podawaniu 1 gr. soli sodowej uraniny - fluoresceiny w szklance herbaty lub kakao. U zdrowego występuje fluorescencja moczu już po 10 minutach i trwa około 40 godzin; u chorych wydalenie trwa dłużej, a zawartość barwnika w moczu jest mniejsza. Fluorescencja jest wyraźniejsza w zasadowym moczu, niż w kwaśnym, wobec czego niefluoryzujące porcje moczu należy zadawać amoniakiem.

Próbę z żelazocjankiem potasu (według Bungego i Leschkego) wykonuje się w ten sposób, że zastrzykuje się wśródmięśniowo 2 cm.³ 20% roztworu *Natrium ferrocyanatum purissimum* i bada się jego wydalenie zapomocą próby na błękit pruski (półtora chlorkiem żelaza i kwasem solnym) w oddawanych co godzinę porcjach moczu. Po 8 godzinach wydalenie winno być ukończone.

W mocznicy żelazocjanek sodu może się zupełnie nie wydalać z moczem.

Karczag wprowadził do badania czynnościowego nerek barwniki z grupy karbinolowej (fuksyna S, błękit wodny i zieleń świetlną). Najbardziej nadaje się do tego celu fuksyna S, którą w 2,5% roztworze zastrzykuje się wśródmięśniowo w ilości 10 cm.³ W moczu, otrzymywanym zapomocą cewników w odstępach półminutowych po zastrzyknięciu, oznacza się chwilę otrzymania bezbarwnego karbinolu i właściwego barwnika. Dla zamiany bezbarwnego karbinolu w barwnik dodaje się natychmiast do każdej porcji 1 — 2 krople n/10 roztworu kwasu solnego. W nerczycach karbinol i barwnik ukazują się w moczu wcześniej, niż normalnie; w przewlekłych schorzeniach nerek przeciąg czasu od chwili ukazania się w moczu karbinolu do chwili ukazania się barwnika może być skrócony lub przedłużony.

W nerczycach po zastrzyknięciu wśródmięśniowym czerwieni Kongo barwnik przechodzi do moczu, czego normalnie nie ma.

Próby obciążenia ustroju innymi ciałami w celach czynnościowego badania nerek zawiodły, gdyż w wydaleniu ich odgrywa dużą rolę wpływ innych układów. Tak np. wprowadzone przez Hetényiego i Nógrádiego zastrzykiwanie wśródmięśniowe 10 cm.³ 10% roztworu chlorku wapnia i badanie wydalenia wapnia z moczem nie utrzymało się, gdyż wydalenie wapnia zależne jest, prócz czynnika nerkowego, od zaburzeń hormonalnych, a zwłaszcza nerwowych w zakresie nerwów roślinnych (Glasera).

Próba florydzynowa Caspera i Richtera opiera się na fakcie, że po zastrzyknięciu florydzyiny zjawia się cukier w moczu. W razie zaburzeń czynnościowych nerek próba wypada słabiej lub ujemnie. Po upewnieniu się, że mocz osoby badanej nie zawiera cukru, zastrzykuje się podskórnie 1 cm.³ 1/2% roztworu florydzyiny; roztwór musi być świeży, przygotowuje się

go lekko podgrzewając lub dodając dwuwęglanu sodowego, wyjąławia się go przez gotowanie (w autoklawie florydzyina rozkłada się). Wydalenie cukru rozpoczyna się normalnie po upływie 1/2 godziny, trwa 2 — 4 godziny i wynosi 0,5 — 2,5 gr. (Bard); cukier w moczu oznacza się w zwykły sposób. Próba ta nie ma charakteru fizjologicznego. Stosuje się ją w pierwszym rzędzie dla jednostronnego badania czynnościowego nerek (w urologji) za pomocą zgłębnikowania moczowodów.

Wobec tego, że nerki stoją na straży izohidrii krwi przez wydzielanie bardziej kwaśnego lub zasadowego moczu, próbowano wyzyskać tę drogę dla badania czynnościowego nerek. Pierwsi wkroczyli na tę drogę urodzcy Rehni i Günzburg, za nimi zaś Pannewitz, podając doustnie 20 kropli *ac. muriat. dil.*, a następnie zastrzykując wśródmięśniowo 50 cm.³ 4% roztworu *natr. bicarb.* i oznaczając metodą wskaźników L. Michaelisa Ph moczu, otrzymywanego co 5 minut za pomocą cewników moczowodowych. Popescu i Lnotești przenieśli tę metodę do medycyny wewnętrznej, oznaczając w tych samych warunkach Ph moczu, oddawanego samorzutnie co 5 minut. Aby wyłączyć działanie czynników pozanerkowych określają Adleri i Starke jednocześnie Ph moczu i wydzielanie soku żołądkowego, Veil zaś napięcie CO₂ w powietrzu pęcherzykowem i Ph moczu. Hasselmann i Becker, Beckmann badają wpływ diety o przewadze wartości kwasowych, względnie zasadowych na Ph moczu, przyczem zmiany w Ph były zależne od stanu czynnościowego nerek. M. Rosenberg i Hellfors przeprowadzają badanie w następujący sposób: chory, u którego od 48 godzin zaprzestano zupełnie podawania leków, pozostaje przez cały czas próby naczczo. Po zupełnem opróżnieniu pęcherza zrana chory dostaje 400 cm.³ wody z 20, względnie 30 kroplami *ac. muriat. dil.* Następnie w ciągu 2 godzin oddaje chory co kwadrans, względnie co pół godziny mocz, opróżniając możliwie całkowicie pęcherz. Po 2 godzinach chory wypija 20 gr. dwuwęglanu sodowego, rozpuszczonego w 400 cm.³ wody, poczem znowu w ciągu 2 godzin oddaje co kwadrans mocz. We wszystkich porcjach moczu oznacza się Ph metodą indykatorów Michaelisa. U ludzi zdrowych, względnie nerkowo chorych, lecz z nieupośledzoną czynnością nerek, stwierdzoną innymi metodami, zauważa się po obciążeniu zasadami zawsze dość równomierne wznoszenie się krzywej Ph, podczas gdy po podaniu kwasu spadek krzywej odbywa się nierównomiernie lub też nie ma go. Autorzy zalecają, pomimo to, podawanie 2 godziny przed obciążeniem zasadami 20 kropli kwasu solnego, aby wychodzić z równomiernie obniżonych wartości Ph. Po obciążeniu zasadami krzywa Ph u ludzi z nieuszkodzoną czynnością nerek osiąga swój szczyt w ciągu 2 godzin, a najniższa wartość Ph przy wydolnych nerkach musi wynieść 8,0. W zaburzeniach czynności nerek najwyższe wartości Ph stają się coraz niższe, równoległe do stopnia tych zaburzeń. W dalszych swych pracach dochodzą M. Rosenberg i Hellfors do wniosku, że niedostateczne zawartość produktów spalania się białka należy przeprowadzać kilkakrotnie. Po spożyciu pokarmów białkowych

zwiększenie się Ph lub brak jego po obciążeniu zasadami nie zależy od bezpośredniej niezdolności nerek do wydalenia zasad, lecz od zaburzeń wymiany kwasowo - zasadowej między tkankami a krwią w tem znaczeniu, że tkanki zatrzymują doprowadzone do nich zasady, wskutek czego nie przychodzi do zwiększenia się zawartości zasad we krwi, jak to ma miejsce u ludzi ze zdrowymi nerkami. Krzywa amonjakalna moczu po obciążeniu mocnymi zasadami w przypadkach wydolnych nerek opada stromo, podczas gdy w niedomodze nerek albo się zachowuje zupełnie nieprawidłowo, albo nawet się podnosi.

Wprowadzone w ostatnich czasach dla celów pyelografii zastrzykiwanie wśródzylne uroselektanu i abrodilu zostały wyzyskane przez *M a r d e r s t e i g a* dla celów czynnościowego badania nerek. W ten sposób łączy się badanie rentgenowskie dróg moczowych z badaniem czynnościowym nerek, podobnie jak zastosowanie wśródzylne tetrajodfenoltaleiny pozwala na łączenie badania rentgenowskiego pęcherzyka żółciowego (cholecystografii) z badaniem czynnościowym wątroby (*R o s e n t h a l, K u n f i, F a l t i t s c h e k i K r a s s o*). *M a r d e r s t e i g* zastrzykuje wśródzylnie 100 cm³. 40% roztworu uroselektanu w ciągu 20 minut; pierwsze zdjęcie rentgenowskie robi się po 15 minutach, drugie i w razie potrzeby trzecie w odstępach półgodzinnych. Przez 1 1/4 godziny po zastrzyknięciu chory zostaje naczczo, poczem może dowoli jeść i pić. Przed każdym zdjęciem, a później co godzinę aż do 7 1/4 godziny po zastrzyknięciu chory opróżnia pęcherz. W każdej porcji moczu oznacza się ilość i ciężar właściwy. Dla porównania tych liczb z normą oznacza się ciężar właściwy i ilość moczu nocnego. Wydalenie uroselektanu ujawnia się w moczu zdrowych silnem podniesieniem się ciężaru właściwego i idzie w parze ze zwiększoną diurezą; ciężar właściwy szybko podnosi się stromo i osiąga swój najwyższy punkt (przeciętnie między 1045 a 1055) w ciągu 2 godzin po zastrzyknięciu, a potem stopniowo się obniża, aby osiągnąć w 7 godzin po zastrzyknięciu swój punkt wyjściowy. Najwyższy punkt zależy od ilości moczu i od normalnego ciężaru właściwego, tak że przy niskim ciężarze normalnym i dużej ilości moczu może wynosić tylko 1035, przy wysokim ciężarze właściwym i małej diurezie może się podnieść do 1065. Ważną więc jest t. zw. liczba wzniesienia (*Anstiegszahl*), t. j. różnica między najwyższą wartością krzywej wydalenia uroselektanu, a normalnym ciężarem właściwym, wynosząca u zdrowego przeciętnie 30 i ulegająca małym wahaniom. Ilość moczu zarówno całości, jak i poszczególnych porcji ulega dużym wahaniom. Ogólna ilość wynosi przeciętnie 700 — 900 cm³., może jednak być niższa. Poszczególne porcje wykazują zrazu silniejszą diurezę, gdyż ilości w 1/4, a potem w 3/4 godziny po zastrzyknięciu wynoszą przeciętnie 250 cm³., względnie 200 cm³. Potem krzywa opada w postaci schodków. Nieznaczne zwiększenie się ilości moczu w 2 1/4 godziny po zastrzyknięciu zależy od przyjmowania pokarmów i płynów; odpowiednio do tego następne liczby wahają się, lecz pozostają przeważnie niskie. W najczęstszych schorzeniach narządów moczowych bez upośledzenia czynności nerek, jak również w jednostronnych chorobach nerek przy wystarczającej pracy wyrównawczej drugiej nerki krzywa wydalenia uroselektanu jest normalna. W przypadkach upośledzenia czynności obu nerek krzywa jest bardziej płaska, brak stromego wznoszenia się, a liczby wzniesienia są mniejsze. W daleko posuniętej niedomodze ciężar właściwy jest prawie stały z niską

liczbą wzniesienia. Liczby wzniesienia mniejsze od 25 dowodzą zawsze zaburzenia czynności nerek. Najwyższa liczba bywa w większości przypadków osiągnięta w tym samym czasie, co normalnie; tylko w silnie zahamowanym wydaleniu moment ten może być osiągnięty znacznie później. Znaczenie ilości moczu jest o wiele trudniej ocenić. Jeśli jednak ogólna ilość moczu przekracza 1000 cm³., dowodzi to ciężkiego zaburzenia czynności nerek pod warunkiem, że nie było nadmiernego dowozu płynów. Znaczne zmniejszenie się ogólnej ilości ma znaczenie tylko wtedy, gdy współistnieje nieznaczne wzniesienie się krzywej ciężaru właściwego. Późniejsze porcje moczu przy ufixowanym ciężarze właściwym lub zupełnej izostenurji pozostają prawie równe.

Próbie z abrodilem (*M a r d e r s t e i g*) wykonywa się w ten sposób, że naczczo po opróżnieniu pęcherza zastrzykuje się wśródzylnie 20 gr. abrodilu, rozpuszczonego w 75 cm³. wody destylowanej (w ciągu 3 minut). Bezpośrednio po zastrzyknięciu otrzymuje chory 150 cm³. wody, a w 4 godziny po niem 2 kawałki chleba ze szynką. Dopiero w 7 godzin po zastrzyknięciu może chory przyjmować dowolnie pokarmy i płyny. Do tego czasu musi chory leżeć, a do *R o e n t g e n a* odwozi się go (zdjęcia robi się w 15 i 30 minut, ewentualnie jeszcze w 45 minut po zastrzyknięciu. Chory oddaje moczu w 1/4, 3/4, 1 1/4 godziny po zastrzyknięciu, potem zaś co godzinę aż do 7 1/4 godziny po zastrzyknięciu. W każdej porcji moczu oznacza się ilość i ciężar właściwy; dla porównania należy również określić ilość i ciężar właściwy moczu nocnego. Przy normalnej czynności nerek ciężar właściwy szybko wzrasta aż do 3/4 godziny po zastrzyknięciu, przeciętnie do 1030 — 1035. Potem następuje rozmaicie silny, najczęściej stromy spadek, który trwa do 1 1/4 — 2 1/4 godziny po zastrzyknięciu. Od trzeciej godziny ciężar właściwy znów się stopniowo podnosi i dochodzi do wysokości z 3/4 godziny lub nawet ją przeważnie przekracza (ponad 1040); w ostatniej porcji ciężar właściwy znów spada. W ten sposób krzywa abrodilowa ma 2 wierzchołki. Różnica między ciężarem właściwym poprzedzającego moczu nocnego a ciężarem właściwym pierwszego wierzchołka, t. zw. liczba wzniesienia, wynosi 15 — 25; liczby poniżej 15 przemawiają za upośledzeniem czynności stężania pod warunkiem, że w zakresie krzywej nie było wahań wyższych od 15. Diureza przebiega w ten sposób, że cała ilość moczu wydzielonego w ciągu 7 godzin, wynosi przeciętnie 600 — 700 cm³. W ciągu pierwszych 3 godzin stwierdza się wzmożone wydzielanie moczu; w tym czasie wydzieliła się przeszło 2/3 całej ilości; potem diureza stopniowo zmniejsza się. Z poszczególnych porcji pierwszych 2 godzin I waha się od 100 — 150 cm³., II jest najmniejsza: 70 — 80 cm³., III i IV wykazują znów większe ilości, przyczem ostatnia przewyższa zwykle pierwszą. W 2 — 3 godziny po zastrzyknięciu zmniejszają się poszczególne porcje moczu, tak, że ostatnie pozostają prawie zawsze poniżej 50 cm³.

Wyniki próby uroselektanowej i abrodilowej pokrywają się naogół z wynikami próby wodnej i koncentracyjnej.

W przypadkach niedomogi nerek produkty spalania się białka nie zostają w dostatecznej mierze wydalone z ustroju i ulegają zatrzymaniu w tkankach i we krwi. Dlatego też badanie krwi na zawartość tych produktów daje pojęcie o czynności nerek: zwiększenie się ich zawartości mówi o niewydolności nerek. Ponieważ produkty ulegają okresowo wypłukaniu z tkanek i ukazują się wtedy w zwiększonej ilości we krwi, badanie krwi na

zawartość tych produktów we krwi wzrasta, dlatego też wszystkie odpowiednie badania należy przeprowadzać naczczo.

Szkoła niemiecka określa w tym celu przede wszystkim cały azot pozabiałkowy surowicy lub pełnej krwi, t. zw. azot resztkowy (*Reststickstoff*), którego zawartość waha się normalnie w granicach od 15 — 50 mgr.%. Metod określenia azotu resztkowego w surowicy, mających wszystkie za zasadę metodę *Kjeldahla* oznaczania azotu, jest bardzo wiele; ważniejszymi z nich są: metoda *Straussa* w surowicy (norma 30 — 50 mgr.%), metoda *Hohlwega i Meyera* w surowicy (norma przeciętnie 51 mgr.%), metoda *Oszackiego* w surowicy, metoda *Banga* oparta na mikro - kjeldahlu w pełnej krwi (20 — 30 mgr.%). W patologicznych przypadkach może dochodzić zawartość azotu resztkowego we krwi do 400 — 500 mgr.%.

Szkoła francuska oznacza, zamiast azotu resztkowego, zawartość mocznika we krwi, która wynosi normalnie 15 — 40 mgr.%. Z metod oznaczenia mocznika wymienić należy metodę ureazową w surowicy, metodę *Banga* opartą na mikrokjeldahlu w pełnej krwi, niedokładną metodę *Weltmanna i Barrenschena* z odczynkiem *Ehrlicha* oraz wolumetryczne metody z ureometrami *Ambar da*, *Yvona*, *Lautenburga*. W przypadkach niedomogi nerek może dochodzić zawartość mocznika we krwi do 500 — 700 mgr.%.

Ostatnio zwrócono uwagę na inne jeszcze produkty spalania się, względnie gnicia białka, jak: indykan, kreatyninę, kwas moczowy, urozoinę, fenole, krezole i t. d.

Indykan, którego zawartość w surowicy wynosi normalnie 0,04 — 0,107 mgr.% określa się albo zapomocą odczynnika *Obermeyera*, albo metodą *Rosenberga* zapomocą odczynnika *Jollisa*. W zatruciu sublimatem i kwasem szczawiowym zawartość indykanu w surowicy znacznie się zwiększa, natomiast w ostrym zapaleniu kłębuszkowym nerek zwiększenie się jest nieduże. W przewlekłym zapaleniu nerek i ich marskości indykan zaczyna się wcześniej zwiększać, niż azot resztkowy i mocznik. W tych przypadkach, zdaniem *Rosenberga*, wysoka zawartość indykanu we krwi przy niskiej zawartości azotu resztkowego lub mocznika rzuca gorsze światło na czynność nerek, niż wysoka zawartość azotu resztkowego lub mocznika przy niskiej zawartości indykanu we krwi. W patologicznych przypadkach zawartość indykanu we krwi może dochodzić do 6 — 7 mgr.%.

Zawartość kreatyniny, którą się określa metodą kolorymetryczną *Folina — Gottlieba*, wynosi normalnie we krwi od 0,06 — 0,20 mgr.% (według *Rosenberga*), 1 — 2 mgr.% (według *F. Müllera*), kreatynina zachowuje się tak samo, jak indykan. W patologicznych przypadkach zawartość jej dochodzi do 30 — 40 mgr.%.

Kwas moczowy ulega najwcześniej ze wszystkich składników azotowych zwiększeniu się we krwi w rozpoczynającej się niedomodze nerek; jednakże metody określenia zawartości jego we krwi (stare: *Garro da*, *v. Jakscha*, *Brugscha-Schittenhelma*, *Kowarskiego*, *Aufrechta*, *Röthlisbergera*, nowsze: *Folina-Wu*, *Folina-Neubauera*) są bardzo niedokładne. W miarę zwiększania się azotemji kwas moczowy bierze w niej nieznaczny udział w stosunku do mocznika, indykanu, kreatyniny. Normalnie zawartość kwasu moczowego we krwi wynosi 2 — 4 mgr.%, w patologicznych przypad-

kach dochodzi do 10 — 20 mgr.%. Pamiętać należy o tem, że zwiększenie się azotu resztkowego i składników azotowych we krwi zależeć może nie tylko od ich zatrzymania, ale i od zwiększonej ich produkcji, co bywa:

1) w ostrych chorobach zakaźnych gorączkowych: zapaleniu płuc, grypie, durze, odrze i t. d. wskutek wzmożonego rozpadu białka; indykan i kreatynina są w tych razach niezwiększone;

2) w niedrożności jelit i zapaleniu otrzewny — azot resztkowy, mocznik, a zwłaszcza indykan bywają silnie zwiększone;

3) w gnicju białka w jelitach lub poza nimi, np. w zgorzeli — azot resztkowy i indykan są zwiększone;

4) w skazie moczanowej, białaczce, czerwienicy, nowotworach, zatruciu, okresie rezolucji płatowego zapalenia płuc — zwiększa się kwas moczowy we krwi;

5) w znacznym zastoju sercowym — bywa lekkie zwiększenie się wszystkich składników azotowych.

Krew chorych z przewlekłą mocnicą po odbiałczeniu kwasem trójchlorooctowym i przesączeniu nie jest, jak zwykle, bezbarwna, lecz po krótkim stanie przybiera różowe zabarwienie, w zależności od urozoiny. Bywa to tylko w przewlekłych schorzeniach nerek, a z ostrych tylko w zatruciu sublimatem i kwasem szczawiowym.

Fenole, krezole i aromatyczne oksykwasy, powstające przy gnicju białka, dają w marskości nerek z prawdziwą mocnicą próbę ksantoproteinową w surowicy krwi. Natomiast w ostrych zapaleniach nerek, nawet ze zwiększeniem się ilości azotu resztkowego we krwi próba wypada ujemnie. Związki te są, zdaniem *Becchera*, przyczyną mocznicy.

W niedomodze nerek przychodzi do kwasicy niezbyt silnego stopnia, co tłumaczy wielki oddech *Kussmaula* i inne objawy mocznicowe (*coma uraemicum*). Dlatego też w przypadkach podobnych ważne jest określanie rezerwy alkalicznej metodą *van Slyka*.

Badanie krwi na zawartość chlorków (norma 560 — 600 mgr.%) powinno się przeprowadzać w każdym przypadku schorzenia nerek, nie należy ono jednak do badania czynnościowego w ścisłym znaczeniu tego słowa, gdyż w niedomodze nerkowej można się spotkać zarówno z hiperchloremją, jak i hipochloremją.

O mocznicy daje pojęcie również badanie zawartości mocznika w ślinie, która się waha normalnie od 34 — 40 mgr.% (*Hench i Aldrich*, *M. Landsberger*). Bardzo prostą jest próba *Landsbergera*, którą się wykonywa w ten sposób, że do kilku kropel śliny dodaje się 2 — 3 krople odczynnika *Ehrlicha* (paradimetylamino benzaldehyd); jeśli zawartość mocznika w ślinie przekracza 50 mgr.%, występuje po dodaniu odczynnika *Ehrlicha* zielone zabarwienie.

Widzimy więc, że metod badania czynnościowego nerek jest dużo; zachodzi tylko pytanie, które z nich mają znaczenie dla lekarza - praktyka. Najlepsze pojęcie o całokształcie czynności nerek dają próby wodna i koncentracyjna, które powinny być przeprowadzane w każdym przypadku, jeśli tylko niema przeciwwskazań do nich, zwłaszcza, że cechuje je nadzwyczajna prostota i łatwość wykonania, nawet w najgorszych warunkach (nawet na wsi). Obok nich wskazanem jest wykonywanie którejs z prób obciążających, najlepiej barwnikami (indygo-karminem lub fenolsulfoftaleiną). Dla oceny skutków niedomogi nerek dla ustroju w postaci zatrzymania produktów rozkładu białka należy określać zawartość mocznika (względnie azotu resztkowego) oraz kwasu moczowego (względnie indykanu).

PISMIENICTWO:

Achard i Castaigne, L'examen clinique des fonctions renales, 1900. Adler, Zbl. f. inn. Med. Nr. 27/1919. Ambard, Physiologie normale et pathologique des reins, 1900. Anten, Arch. f. exp. Path. u. Pharm. t. 8. 1902. Bard, Précis des examens de laboratoire, 1908. Block, Biochem. Ztschr. f. klin. Med. 93. 1922. Brugsch i Schittenhelm, Klinische Laboratoriumstechnik t. III, 1928. Becher, M. m. Woch. Nr. 46 i 48. 1924, Dtsch Arch. klin. Med. 148/1925. Beckmann, M. m. Woch. Nr. 14/1923. Glaser, M. m. Woch. Nr. 47. 1926. Haberer, Wien. Klin. Woch. Nr. 1. 1926. Harrison i Lawrence, Lancet Nr. 204. 1923. Hetényi i Nógrádi, Kl. W. Nr. 6. 1925. Holboell, Kl. W. Nr. 34. 1925. Ingelfinger, Beiträge zur Pathologie der Niereninsuffizienz, 1905. Karczag, Biochem. Ztschr. Nr. 173. 1926. Kingsbury i Swanson, Arch. of int. Med. Nr. 28. 1921. Leschke, M. m. Woch. Nr. 27. 1914. Landsberg M, Med. Dośw. i Społ. t. I. z. 2 — 3, Cpt. r. de la Soc. de Biol. t. XCI. Lichtwitz, Praxis der Nierenkrankheiten 1925. Litzner, Ztschr. f. Klin. Med. Nr. 94. 1922. Lucke, Kl. W. Nr. 27. 1927, Ztschr. f. d. ges. exp. Med. 56. 1927. Mardersteig, Dtsch. Arch. klin. Med.

t. 171. z. I i 6. Monakow, Arch. f. klin. Med. t. 112. 1911. Müller F. Physiologische und klinische Chemie 1931. Narath, M. m. Woch. Nr. 26. 1926, Mitt. a. d. Grenz. d. Med. u. Chir. t. 34, z. I. Neubauer, M. m. Woch. Nr. 16. 1914. Nyiri, Wien. kl. Woch. Nr. 26. 1922, Kl. W. Nr. 5. 1923. Pannewitz, Zschr. f. d. urol. Chir. t. 15, z. 5 — 6 i t. 18, z. 3 — 4 1931. Popescu i Inotesti, Zbl. f. inn. Med. Nr. 30. 1923. Rehn i Günzburg, Kl. W. Nr. 1. 1923. Rosenberg M., Klinik der Nierenkrankheiten, 1926; Funktionsprüfung innerer Organe 1927. Rosenberg M. i Hellfors, M. m. Woch. Nr. 22. 1927, Kl. W. Nr. 1. 1928. Rowntree i Geraghty, Am. Arch. of. int. med. t. 9. 1912. Sahli, Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden, 1930 — 1931. Schlayer, M. m. Woch. Nr. 11. 1926. Schlayer i Takayasu, Arch. f. klin. Med. t. 101. 1910. Snapper i Grünbaum, Kl. Woch. Nr. 2 i 33. 1924. Snapper, Grünbaum i Neuberg, Biochem. Ztschr. 145. 1924. Stafford i Addis, Quart. j. of. med. Nr. 17. 1924. Starke, Zbl. f. inn. Med. Nr. 20. 1924. Strauss, Die Nephritiden, 1926. Szour, Pol. Arch. Med. Wewn. z. I. 1926, D. m. W. Nr. 8 i 23. 1927. Veil, Kl. W. Nr. 44. 1922. Violle, Ann. de Med. Nr. 9. 1921. Völcker i Joseph, M. m. Woch. Nr. 48. 1903. Wohlgemuth, B. Kl. W. Nr. 31. 1910.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

■ Pamiętnik Kliniczny Szpitala Ś-go Łazarza. Tom I. Zeszyt 1. Nakładem Koła Dermatologów i Lekarzy Innych Działów Szpitala Ś-go Łazarza, Warszawa 1931.

I-ty ten Zeszyt, który świeżo wyszedł na świat, przedstawia się b. okazale, jako pięknie wydany na dobrym papierze, z doskonałymi rysunkami tom o 125 stronach dużej ćwiartki. Zawiera on protokoły z XVI posiedzeń (od 20.XII.1930 do 23.VI.1931 r.) wyżej wspomnianego Koła Lekarzy. Szczególniej zwraca uwagę opracowanie przypadków pod względem rentgenologicznym, prócz tego dużo dobrze opracowanych i ciekawych przypadków z dermatologii. Piękny język i doskonała korekta stanowią dalszą ozdobę tego tak ciekawego i pożytecznego wydawnictwa. Życzymy Kołu wszelkiego powodzenia i wytrwałości i z niecierpliwością oczekujemy dalszych zeszytów.

Stanisław Markusfeld.

Fizjologia normalna i patologiczna.

C. ECONOMO. Czy istnieje w ośrodkowym układzie nerwowym ośrodek regulujący sen? (Wien. kl. Woch. Nr. 51. 1931).

W ścianach trzeciej komory znajdują się szare masy, stanowiące ośrodek, zawiadujący snem. Z tego ośrodka wychodzą zahamowania do kory mózgowej, ogólne zahamowanie kory półkul mózgowych. Występowanie czynności ośrodka, zawiadującego snem, odbywa się, zapewne, dzięki jadom zmęczenia, które przedtem uważano za ciała, bezpośrednio wywołujące sen. We śnie ciała te zostają następnie wydalone. Zapomocą drażnienia tego ośrodka prądem elektrycznym udaje się u zwierząt wywołać normalny sen.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

H. HOFF. Płat czołowy mózgu i jego stosunek do chodu i mowy. (Wien. kl. Woch. N. 51. 1931).

Zdaje się, że zadanie płata czołowego mózgu polega na tem, aby we współpracy z płatem ciemieniowym z chodu zwierzęcego przez wiązanie popędów w nowych ośrodkach i ich nowym podziale uczynić utrzymany w postawie pionowej chód człowieka. Również w łączności z płatem ciemieniowym powstaje z uczuciowo akcentowanego krzyku zwierząt obmyślane

i wypowiedane słowo. Istnieje podział czynnościowy między lewą a prawą półkulą, przyczem prawa półkula ma za zadanie przez hamowanie i regulowanie prymitywnych czynności stworzyć platformę, na którejby się dźwigały plastycznie mowa i chód, jako wyraz stania się człowiekiem. Przez połączenie ze zwojami podstawnymi mowa i chód są utrzymywane w stosunku chwiejnym między świadomością a półświadomością, które umożliwiają jednoczesne wykonywanie kilku czynności. Płaty czołowy i ciemieniowy mózgu uwalniają człowieka od przedstawiania sobie wyobrażenia rozmaitych rzeczy i dają człowiekowi ciągle nowe możliwości odreagowania na swe pierwotne popędy i uczucia. To wysublimowane odreagowanie poprawia się w miarę postępu cywilizacji.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

Lecznictwo.

■ Franz v. HOFMEISTER. Verbandtechnik. Neu bearbeitet und herausgegeben von Dr. Otto Jungling. (Urban und Schwarzenberg, Berlin — Wien. 1932. Wydanie czwarte ze 157 rysunkami w tekście).

Dawny krótki podręcznik desmurgji ukazał się w nowyciznacie w opracowaniu ucznia zmarłego autora, prof. Dr. O. Junglinga. Całość została podzielona na 6 rozdziałów, rozpatrujących kolejno opatrunki opaskowe, chustkowe, z substancji klejących, opatrunki unieruchamiające, wyciągi i wreszcie opatrunki, mające zastosowanie podczas wojny. Obfita liczba odpowiednich rysunków ilustruje dobrze tekst. Książkę można śmiało polecić słuchaczom medycyny znającym język niemiecki.

J. R.

D. SCHÜSSLER Doświadczenia z jemaltem. (Med. Klin. 1930, N. 50).

Jemalt Dra Wandera jest połączeniem tranu rybiego z ekstraktem słodowym i odznacza się przyjemnym smakiem. Autor stosował jemalt w ciężkich przypadkach gruźlicy w ciągu 2 miesięcy 3 razy dziennie po 2 łyżeczki i otrzymał wyniki bardzo dobre: przybytek na wadze od 1 do 5 kg., przybytek sił i ustanie potów nocnych oraz wzrost ilości hemoglobiny we krwi. Poza gruźlicą jemalt wywiera działanie korzystne we wszystkich stanach osłabienia i wyczerpania.

X.

E. SCHLIEPHAKE. Leczenie chorych krótkimi falami elektrycznymi. (Wien. kl. Woch. N. 51/1931).

Swoiste działanie otrzymuje się tylko zapomocą fal poniżej 15 m. W przeciwieństwie do dżatarmji, która ma jedynie ograniczone działanie włąb, jest ono w polu kondensatorowym całkowite, zwłaszcza, jeśli elektrody są z obu stron dostatecznie oddalone od ciała. Krótkie fale ogrzewają rozmaite płyny rozmaicie silne, również zależnie od długości fal. Również na drobnoustroje okazują one wybiórcze działanie. Szczególny jest wpływ na krążenie krwi, np. na tętniczki (*arteriola*) w znaczeniu silnego rozszerzenia, którego nie można cofnąć za pomocą adrenaliny. U szczurów, zabitych w polu kondensatorowym, znaleziono silny zastój żylny. Zajmujące są zaburzenia w regulacji cieplnej, zarówno utrzymujące się podniesienia ciepłoty, jak również obniżenia się jej. Wśród dotąd spostrzeganych wyników leczniczych na pierwszym miejscu stoi leczenie czyraków, karbunkulów i ropni gruczołów potowych, które w stosunkowo krótkim czasie znikają. Pomyślne działanie spostrzegano również w schorzeniach stawów, także w ropieniach i zmianach rzeźgczkowych stawów. Tak samo dobre wyniki osiągnęto w ropnem zapaleniu opłucny i zapaleniu płuc, przechodzącym w ropień, w gruczyczych wysiękach, dalej w ropieniach jam powietrznych (kości sitowej). Wreszcie autorowi wydaje się, że widział również pomyślny wpływ na porażenie postępujące i wiał rdzenia.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

Choroby narządów trawienia.

G. ALBOT, J. CAROLI. Zapalenie wątroby, towarzyszące przewlekłemu zapaleniu pęcherzyka żółciowego. (An. d'anat. pat. et d'anat. norm. méd. chir. Nr. 3, 1931).

W swej pracy autorowie opierają się na dokładnie badanych klinicznie przypadkach kamicy pęcherzyka żółciowego, które były operowane, i w których podczas operacji prócz usunięcia pęcherzyka żółciowego pobierano próbne wycinki z tylnej powierzchni obu płatów wątroby. Wycinki były badane histologicznie; stosowano barwienia na mitrochondrja, retikulinę, tłuszcz i t. d. Tą drogą ustalono stałą obecność zmian wątrobowych w przypadkach przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego. Zmiany w wątrobie w dużym stopniu są przyczyną całego szeregu objawów, spostrzeganych w przypadkach kamicy pęcherzykowej. Dlatego też nie należy traktować zapalenia pęcherzyka żółciowego, jako choroby jedynie pęcherzykowej, lecz rozszerzyć to pojęcie, używając określenia *hepato-cholecystitis*. Dzięki wycinkom bioptrycznym autorowie mieli możność badania wątroby w rozmaitych okresach choroby: więc spostrzegali oni 1) zapalenie wątroby o typie korowym (*cortical*), w postaci tej występują bardzo silne bóle; 2) rozlane zapalenie wątroby, utajone lub połączone z żółtaczką. W przypadkach ciężkich obrazy mikroskopowe przybierały postać ostrego żółtego zaniku śródkowych części zrazików — przypadki te klinicznie były mylnie ujmowane, jako zaczopowanie przez kamień przewodu żółciowego wspólnego. Autorowie podkreślają, że w zapaleniach wątroby, towarzyszących przewlekłemu zapaleniu pęcherzyka żółciowego, chodzi o zapalenie mięsaszowych części narządu, a niewewnątrzwątrobowych przewodów żółciowych; żółtaczka współistniejąca jest podobną do żółtaczek hepatolitycznych pierwotnych lub wtórnych.

A. S.

Steward Mc. KAY. Przygotowanie do operacji chorych żółtaczkowych, dotkniętych cierpieniem pęcherzyka żółciowego. (Med. Journ. of Australia 1930, N. 18).

W celu zapobieżenia wielkim utratom krwi przy operacjach na pęcherzyku żółciowym u chorych żółtaczkowych stosuje autor zastrzykiwanie koagulenu i z wyników tego postępowania jest bardzo zadowolony. Nawiasem poleca autor koagulen przy operacjach wola na tle choroby B a s e d o w a oraz w krwotokach macicznych.

X.

H. SCHUR. Leczenie kamicy żółciowej. (Wien. kl. Woch. N. 51 i 52/1931).

Ważnym środkiem jest przyspieszanie odpływu żółci, ma to znaczenie nie dla przesuwania kamienia w kierunku dwunastnicy, lecz dla odpływu zakażonej wydzieliny żółciowej. Do tego celu nadaje się częste podawanie posiłków (szczególnie żółtko jaja z oliwą i kwasem cytrynowym), następnie zaś kwasy żółciowe (*decholina*, *felamina*, *agobilina* i t. d.). To działanie żółciopędne łączy się z żółciotwórczem. Żółciopędne działanie posiadają, zdaje się, wszystkie środki przeczyszczające. Oliwie, terpentynie i solom kwasów tłuszczowych przypisuje się własności rozpuszczania kamieni. *Oleum Menthae piperitae* i *pituityryna*, również *rhicurmina* (*Radix Curcumae pulv.*, *Flores Chamomillae pulv.*, *Eleosacch. Menthae pip. aa 0.2* w ostrym napadzie do 8 tabletek dziennie) posiadają z pewnością działanie żółciopędne. Pod względem djetetycznym stosuje się normalne pożywienie, unikając nadmiernie dużych ilości tłuszczu, zbyt obfitych posiłków, zepsutych pokarmów. Ważne jest rozpoznanie utajonych kamieni, które bywają bardzo często. Często manifestują się one niecharakterystycznymi bólami żołądkowymi i innymi zaburzeniami trawienia. Pokrzywka i patogenetycznie niewyjaśniony świąd mogą mieć przyczynę w nierozpoznawanym często schorzeniu dróg żółciowych. Często wskazuje następnie achylja na kamice żółciową, a radiologicznie znajduje się kamienie. Tutaj mogą przynieść korzyść pod względem zapobiegawczym środki żółciopędne. W napadzie stosuje się morfinę, pantopon, ewentualnie z atropiną. W długo trwającej żółtaczce należy myśleć o zabiegu operacyjnym, jednak kilkotygodniowe wyczekiwanie jest usprawiedliwione, gdyż niebezpieczeństwo operacji nie jest mniejsze, niż wyczekiwanie, szczególnie po 40 roku życia. Również po operacji, aczkolwiek rzadko, mogą występować kamienie w przewodach żółciowych. Bez względu na wskazania do operacji są przebiecie i trwale zahamowanie odpływu żółci.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

SOLCARD, ROLLAND, QUERANGAL DES ESSARTS. Carcinoid wyrostka robaczkowego. (An. d'anat. pat. et d'anat. norm. méd. chir. Nr. 6, 1931).

Przypadek dotyczy 27-letniej kobiety, która parokrotnie miała ataki bólów w okolicy wyrostka robaczkowego. Klinicznie stwierdzono bolesność w punkcie M a c B u r n e y a i bóle po jedzeniu w okolicy kątnicy. Usunięto wyrostek robaczkowy, w którym znaleziono w okolicy wolnego końca guzek wielkości fasoli. Mikroskopowo rozpoznano gruczolak o typie gruczolów wydzielania wewnętrznego. Guzek zajmował błonę podśluzową, mięśniówkę i podsurowicówkę, nie był odgraniczony.

A. S.

R. FRIEDRICH. Niedrożność jelit a rak odbytnicy. (Wien. kl. Woch. N. 52/1931).

Nie podlega żadnej wątpliwości, że wysoko umiejscowiony rak wcześniej i częściej prowadzi do niedrożności jelit, aniżeli rak bańki prostnicy. W tym ostatnim obok wzrostu okrężnego ma znaczenie dla występowania niedrożności jelit również wzrost dośrodkowy.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

Choroby kobiet i położnictwo.

W. SCHILLER. Wczesne rozpoznanie raka kobiecych narządów płciowych. (Wien. kl. Woch. N. 49/1931).

Jeśli chodzi o jajniki, to niema wczesnego rozpoznania. Ani dolegliwości podmiotowe, ani obmacywanie, ani zaburzenia czynnościowe, ani nawet dokładne badania anatomiczne i histologiczne nie prowadzą do celu. W raku jajowodów występują czasami obfite, b u r s z t y n o w o - żółte upławy. We wczesnym rozpoznaniu raka trzonu macicy można brać jedynie w ra-

chubę krwawienie, które nie pozostaje w związku z ciążą lub poronieniem. Rozpoczynający się rak szyi macicy zdradza się, jeśli przerasta błonę śluzową, krwawieniami, jeśli zaś rośnie w kierunku części pochwowej, uderzając szorstkimi, łatwo krwawiącymi, często rozpadającymi się nadżerkami, które zgłębnik łatwo przebija (Chrobak). Najwcześniejsze okresy raka części pochwowej stanowią leukoplakje (pobodnie jak w kile drugorzędowej i w wypadnięciu). Leukoplakje można znaleźć podczas kolposkopji zapomocą kolposkopu lub lepiej jeszcze zapomocą pendzlowania jodem. Zapomocą wziernika pochwowego wlewa się na część pochwową i jej otoczenie rozczyń L u g o l a (*Jodi puri 1,0, Kal. jodati 2,0, Aq. dest. 300,0*) i rozprowadza się watą. Po upływie jednej minuty normalny nabłonek okazuje się zabarwiony na kolor ciemno-bronзовый. Jeśli pewne miejsce pozostaje białe, zeszkrobuje się je i bada histologicznie. Od 1½ roku wykonano 553 takie zeszkrobienia, w tem znaleziono 19 bardzo małych raków, które operowano.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

A. LAPOINTE, A. CAIN, L. DARFEUIL. Przypadek nabłoniaka kosmówkowego jelita, bez ogniska pierwotnego w narządach płciowych. (An. d'anat. pat. et d'anat. norm. méd. chir. N. 5, 1931).

Kobieta 30-letnia przed 3-ma miesiącami przeszła samoistne poronienie — była to pierwsza ciąża, która trwała około 2-ich miesięcy. Po paru tygodniach pacjentka wyzdrowiała, ale wkrótce zaczęła uskarżać się na ból w brzuchu i znaczne osłabienie. Stwierdzono objawy zapalenia otrzewny i, przypuszczając, że chodzi o *pelveo-peritonitis purulenta* (zakażenie po poronieniu), nadcięto przestrzeń D o u g l a s a; wylała się znaczna ilość cieczy surowiczno-krwawej (nie ropa). Chora wkrótce zmarła. Na sekcji stwierdzono rozlane ropne zapalenia otrzewny oraz w 3-ch miejscach na jelicie cienkim guzy krwawiące wielkości pół śliwki. Badanie mikroskopowe wykazało, że guzy posiadają utkanie nabłoniaka kosmówkowego (z komórkami L a n g h a n s a i zespólnia), w żyłach znaleziono liczne zatoki z komórek nowotworowych. Nigdzieindziej, zarówno w macicy, jak i w jajowodach (płuc nie badano) — nie znaleziono ognisk nowotworowych. Przypadki podobne do wyżej opisanego są znane oddawna i nazwane przez D u n g e r a *chorionepithelioma ectopicum*. Co do ich powstawania, istnieją dwie hipotezy. 1) Ogniska nabłoniaka kosmówkowego, umiejscowione w macicy nie rozwijają się, podczas gdy zatoki w rozmaitych narządach ulegają rozplemowi (P i c k). 2) Elementy nabłoniaka kosmówkowego macicy zostają wraz z płodem wydalone z ustroju całkowicie; zatoki nowotworowe mogą już istnieć, lub nie zdążyły się jeszcze utworzyć (znane są przypadki wyzdrowienia po poronieniu lub po wykonanej skrobance). W przypadkach takich jak opisany — ustalić rozpoznanie może jedynie badanie histologiczne.

A. S.

A. COSACESCO, ST. DRAGANESCO, M. GEORGESCO. G. T. DINISCHIOTU. Luteinoma (nowotwór ciała żółtego) jajnika. Przyczynek anatomo-kliniczny do sprawy maskulinizacji jajnikowej. (La Presse méd. 1931, N. 68).

Po krótkim omówieniu typów maskulinizacji u kobiet pochodzenia nadnerczowego, przysadkowego, szyszynkowego i jajnikowego — autorzy przechodzą do opisu przypadku własnego. Chodzi o kobietę 34-roletnią, która od 8 lat (po przebytem zapaleniu macicy, jajowodów i jajników) nie ma miesiączki. Przed 6-ciu laty pacjentka zauważyła pojawienie się owłosienia na twarzy, klatce piersiowej, brzuchu i kończynach, głos stał się niski, sutki znacznie zmniejszyły się, podściółka tłuszczowa znikła, wystąpiło łysienie skroniowo-czołowe. Psychika również uległa zmianie: zjawilo się rozdrażnienie, podniecenie, myśli o samobójstwie; pociąg płciowy do mężczyzn zanikł. Objawy te potęgowały się. Badanie wykryło guz jajnika lewego, w zew-

nętrznym narządach płciowych zwracało uwagę powiększenie lechtaczki — 3 — 4 cm. długości, przypominającej pracę. Guz jajnika lewego usunięto operacyjnie; jajnik prawy posiadał wygląd prawidłowy, pozostawiono go więc. Podczas operacji wszczepiono do otrzewny parę kawałeczków jajnika (torbielowato zwyrodniałego) innej kobiety. W miesiąc po operacji zjawila się u chorej miesiączka. Stopniowo twarz traciła wygląd męski, włosy na twarzy, tułowiu i kończynach wypadły, natomiast na czole i skroniach odrósły. Piersi zaokrągliły się, ciało nabrało wyglądu kobiecego. Wyniki te utrzymują się 2½ roku po operacji (koniec obserwacji). Usunięty guz jajnika okrągły, o średnicy 5 cm., posiadał wygląd zrazikowy, zabarwienie żółtawe. Badanie mikroskopowe wykryło szczątki tkanki jajnika pod torebką, pozatem guz składał się z dużych komórek, wypełnionych tłuszczami obojętnymi z domieszką ciał tłuszczowatych dwuolmnych; wśród tych komórek przebiegały liczne naczynia krwionośne. Budowa histologiczna przypominała budowę gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym. Autorzy rozpoznali nowotwór ciała żółtego (analogiczne guzy opisał M a s s o n). Rozpatrując dany przypadek, autorzy dochodzą do wniosku, że doskonały wynik leczniczy nie był uzależniony od wszczepienia jajnika, lecz jedynie od usunięcia guza; za tem przemawiają następujące dane: użyty do wszczepienia jajnik był mało wartościowy (zwyrodnienie torbielowate); 2) objawy działania przeszczepionych jajników zjawiają się późno (nie tak, jak w danym przypadku — po 1 miesiącu) i znikają bardzo szybko. Na podstawie swej obserwacji autorzy wypowiadają przypuszczenie, że nadmierna czynność (wydzielina) ciała żółtego może wywołać u kobiet zjawienie się cech męskich. Pozatem maskulinizacja typu nadnerczowego i jajnikowego są bardzo do siebie zbliżone, gdyż mają wspólny element anatomiczny — komórki, wypełnione ciałami tłuszczowatymi.

A. S.

J. VORON i H. PIGEAUD. „Coefficient de Maillard“, jako sposób rozpoznania i rokowania w wymiotach ciążowych. (Gyn. et Obst. Nr. 4, tom 23, 1931 r.).

U ciężarnych, które cierpią na wymioty, zauważono niedostateczną czynność wątroby. Autorzy zauważyli, że u normalnej kobiety ciężarnej „C. de M.“ nie przekracza liczby 11. Jeżeli liczba nie przekracza 15, można śmiało być pewnym, że przypadek da się wyleczyć przy odpowiednim traktowaniu. Od 15 do 25 chora musi być skrupulatnie obserwowana, i wahania codzienne tego współczynnika przy usilnem leczeniu mogą nam wskazać drogę, czy mamy przerwać ciążę, czy też nie. Jeżeli współczynnik trzyma się wyżej, niż 25 (może dojść do 39), możemy zgóry przewidzieć ciężki przypadek i przerwać ciążę jaknajprędzej. Autorowie na 25 przypadkach wykazali skuteczność tego badania.

L. E b i n.

L. VAJDA. Ciąża a leczenie chirurgiczne. (Wien. kl. Woch. Nr. 50. 1931).

W odpowiednich przypadkach w ciąży jest dozwolone zakładanie nietylko jednostronnej, ale nawet obustronnej odmy sztucznej, również ambulatoryjnie.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

A. C. MAGIEN. Nowy sposób leczenia raka. (Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 5. 1931 r.).

Autor proponuje leczenie raków za pomocą łożyska i tkanki jajnikowej. Łožysko powinno być bardzo świeże, gdyż po kwadransie traci na wartości leczniczej. Najlepiej nadaje się łożysko po operacji carskiego cięcia. Po doszczętniej operacji raka sutka, autor zakłada na ranę operacyjną kawałki świeżego łożyska, następnie co tydzień robi zastrzyknięcie ekstraktu ze świeżej tkanki jajników i łożyska. W raku macicy taksamo na ranę po histerektomji zakłada kawałki świeżego łożyska. W raku szyi macicznej autor kombinuje swoje leczenie z radem. Po

oczyszczeniu szyi zakłada autor na 48 godzin kawałki łożyska, a następnie zakłada rad. W przypadkach beznadziejnych zastrzykuje wyciąg z łożyska i jajników i takim sposobem powstrzymuje rozwój raka. Kobieta, dająca swoje łożysko, musi być, naturalnie, nie gorączkującą, z reakcją W a. negatywną. Na trzydzieści chorych, które były tym sposobem leczone, wszystkie żyją, dziesięć z nich już przeszło 5 lat (8 raków sutka i 2 macicy), reszta jeszcze świeże przypadki, i co do nich nic nie można powiedzieć.

L. E b i n.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

G. NOBL. W sprawie znajomości wyprysku alergicznego. (Wien. kl. Woch. Nr. 52. 1931).

Wśród schorzeń wypryskowych wyróżnia się jedna grupa dzięki swemu pochodzeniu, a mianowicie, alergiczna. Alergiczna gotowość wypryskowa jest nader częsta, okolicznościowo uwarunkowana dziedzicznie, występująca rodzinnie. Do tego przyląca się częsta styczność z ciałami uszkadzającymi. Praktycznym wymaganiem odpowiada stwierdzenie wywołującego wyprysk czynnika szkodliwego, leczniczo wchodzi w rachubę swoiste postępowanie odczulające. Pierwszemu celowi służy poprzeczne stosowanie podejrzewanych ciał w tem samym stężeniu i w tych samych warunkach, w jakich doprowadziły one do choroby, z jednej strony na zdrowej skórze, najlepiej w okolicy międzyłopatkowej, ale również na dotkniętych uprzednio chorobą miejscach skóry. Wobec dużej liczby czynników szkodliwych tymczasem leczenie odczulające niezawsze jest możliwe do przeprowadzenia. Udało się ono jednak już przy użyciu kodylanu sodowego, rtęci, chininy, rezorcyny, emetyny, neosalwarsanu i t. d. U r b a c h o w i udało się w pewnej liczbie przypadków w drodze doustnej zapomocą djety propeptonowej obniżyć nadwrażliwość na odpowiednie ciała białkowe.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

F. REISS. Przyczynę do leczenia propeptonem pokrzywki i biegunki alergicznej (według U r b a c h a - L u i t h l e n a). (Wien. kl. Woch. Nr. 51. 1931).

Z większego szeregu spostrzeżeń przytacza autor dwa przypadki przewlekłej pokrzywki, istniejącej od lat, a do tego czasu nie poddającej się zupełnie wpływom leczniczym. Przypadki te zostały wyleczone jedynie doustnym swoim leczeniem propeptonem według metody U r b a c h a - L u i t h l e n a.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

O. POLLAK. Trudności serologicznej dagnostyki kily. (Wien. kl. Woch. Nr. 50. 1931).

Autor porównywa wyniki próby W a s s e r m a n n a, odczynów M ü l l e r a i S a c h s - G e o r g i e g o w surowicy i zwraca przytem uwagę na wczesne wyniki próby kławkowej i późne wyniki próby zlepnej, jak również na znaczenie wywiadów dla współpracy praktyka i serologa. W końcu autor omawia ciekawy pod względem serologicznym przypadek.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

A. SÉZARY. Czy chorych na kilę należy leczyć nieskończenie długo? (Monde Méd. Nr. 801. 1931).

Autor występuje przeciwko tym autorom (V e r n e s), którzy twierdzą, że u chorych z kilą należy przeprowadzić jedynie minimalne leczenie, opierając się na odczynach biologicznych, a potem ograniczyć się do obserwacji, oraz tym (N i c o l a s, G o u g e r o t i inni), którzy prowadzą leczenie swoiste przez 25 lat i dłużej. Takie leczenie nieskończenie długie przedstawia niedogodności i niezawsze jest skuteczne. Niedogodności polegają na odstraszeniu chorych z najlepszymi nawet chęciami przez długotrwałość i jedni zarzucają leczenie wskutek utraty cierpliwości, inni braku czasu lub pieniędzy. Nieskończenie długo prowadzone leczenie swoiste nie jest nieszkodliwe.

Prowadzić ono może do tworzenia się nacieków w miejscach zastrzykiwań, bardzo bolesnych zapaleń nerwów i nieuleczalnych zapaleń nerek wskutek nadużywania arsenu i rtęci, marności nerek z ciężkimi zmianami układu kanalikowego wskutek przewlekłego zatrucia bizmutem. Wreszcie trzeci zarzut polega na tem, że pomimo nieskończenie długiego czasu trwania i natężenia leczenia może się ono okazać bezsilnem, jeżeli rozpoczęto je zbyt późno. Autor kładzie główny nacisk na jak najwcześniejsze rozpoczęcie leczenia, przyczem podkreśla, że zwykle środki lecznicze są zupełnie bez korzyści dla zapobiegania kile układu nerwowego, najczęstszemu powikłaniu przymiotu późnego. W tych przypadkach należy się uciekać do środków, mających tylko względną wartość w kile wczesnej, a więc: bądź do arsenu pięciowartościowego, bądź do leczenia zimnicą. Te metody, skuteczne w stwierdzonych powikłaniach nerwowych, działają jeszcze lepiej w okresie ich inkubacji (okres biologiczny R a v a u t a). Jeśli chory zjawia się pod koniec I okresu lub w pierwszych tygodniach II, wystarcza 4-letnie leczenie, pod warunkiem, że wyniki jego są kontrolowane przez badanie płynu mózgowo-rdzeniowego i tętnicy głównej. Używać należy jako leczenia poronnego nowarsenobenzolu i bizmutu, a jako leczenia utrwalającego naprzemian zastrzykiwań bizmutu, arsenu pięciowartościowego i rtęci. Autor uważa, że można w ten sposób wyleczyć ostatecznie kilę. Okres leczenia można jeszcze skrócić, jeśli leczyć chorego od pierwszych dni szankra, zanim odczyn W a s s e r m a n n a stał się dodatni. W tym razie po leczeniu poronnem wystarcza jeden rok leczenia utrwalającego, jeżeli wszystkie próby biologiczne dały wyniki normalne. Jeśli jednak rozpoczęto leczenie zbyt późno, i są już zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, nowarsenobenzol, bizmut, rtęć są zwykle bezskuteczne. W tych razach wskazany jest arsen pięciowartościowy, szczepienie zimnicy na 3 — 4 tygodni, poczem długotrwałe leczenie chemiczne, aż znikną zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym i później wystarcza obserwacja kliniczna i biologiczna. Tę samą zasadę należy stosować w każdym przypadku starej kily, powikłanej zmianami postępującymi. Czas leczenia zależy od rodzaju i umiejscowienia zmian. Na przykład, kila skóry nie wymaga tak długotrwałego leczenia, jak kila tętnicy głównej. Naogół jednak leczenie, prowadzone bez końca, jest bezcelowe.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby kości i stawów.

Prof. Dr. Hans SPITZY. Orthopädische Therapie in der Allgemeinpraxis. Angeborene Deformitäten. 77 rysunków. (Georg Thieme, Lipsk, 1932).

Z serii lecznictwo w monografiach (Therapie in Einzeldarstellungen) ukazała się świeżo książeczka, poświęcona lecznictwu ortopedycznemu wrodzonych zniekształceń ciała, napisana przez znanego ortopeda wiedeńskiego, prof. S p i t z y. Książeczkę swą autor przeznaczył dla lekarza praktyka, a nie dla specjalisty, a zatem musiała ona stać się zwięzłą (115 str.) i ograniczyć tylko do pewnego zwężonego zakresu, dopasowanego ściśle do możliwości lekarza powołanego, wskutek pewnych warunków, do udzielania porad i wykonywania pewnych zabiegów i z zakresu ortopedji. Pomimo to książeczka powinna wzbudzić zainteresowanie również chirurgów, a nawet specjalistów ortopedów ze względu na osobę autora, doskonale opracowanie i ładne wydanie na pięknym kredowym papierze z 49-oma dobrze dobranymi i wykonanymi ilustracjami.

J. R.

F. MANDL. O nawykowych zwichnieniach ramienia i rzepki. (Wien. kl. Woch. Nr. 48. 1931).

Dla stwierdzenia zwichnienia nawykowego jest koniecznem, aby ruch, który wywołuje zwichnienie, pozostawał jeszcze w normalnych granicach, np. dla rzepki przy wchodzeniu na schody, dla ramienia przy zdejmowaniu marynarki i t. d.

Przyczyną wywołującą jest zawsze ciężki uraz, w powtórzeniu się zwichnienia odgrywa rolę praca fizyczna (tenisiści). Ciężkie uszkodzenia stawu, związane z pierwszym urazem, sprzyjają wytworzeniu się zwichnienia nawykowego. Zapobiegawczo uważa autor nastawienie (*repositio*) pierwotnego zwichnienia metodą K o c h e r a za szkodliwe i przekłada metodę wyciągową. Ustalenie (*fixatio*) powinno się odbywać w pozycji przywodzenia. Czas trwania ustalania zależy od bolesności uszkodzenia. Ponieważ chory jest przez swój stan zagrożony, stan ten powoduje bóle, u ludzi ciężko pracujących fizycznie cierpi na tem zdolność do pracy, a metody zachowawcze zawodzą, wstępuje w swe prawa leczenie operacyjne (metody F i n-

sterera, L ö f f l e r a) z 13% nawrotów w zwichnieniu nawykowym ramienia, z nieco bardziej niepomyślną statystyką w nawykowym zwichnieniu rzekpi.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

I. L. ZIMCHES. W sprawie symptomatologii gruźliczego zapalenia kręgow. (Wien. kl. Woch. Nr. 51. 1931).

Autor bada bolesność uciskową schorzonego kręgu w położeniu na grzbiecie, przyczem kręgosłup nie jest napinany dzięki temu, że badający wprowadza dłoń pod grzbiet; autor miał przytem otrzymywać lepsze wyniki.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

Wskazówki praktyczne

S. Leopold poleca *Ovarium - Panhormon* (fabr. Henning) w leczeniu braku miesiączki. Środek ten zawiera wszystkie działające części składowe jajnika i może być dokładnie dawkowany. Już po 3-ch zastrzyknięciach osiąga się często prawidłowe miesiączkowanie. (M. m. W. 1931. Nr. 31).

Anna Durand-Weyer stosuje z wielkim powodzeniem *Gravitol* w miesiączkowaniu bolesnem. Najlepiej nadaje się do uśmierzenia bólu zastrzyknięcie domięśniowe 1 ctm.³ gravitolu na 2—3 dni przed spodziewanym okresem. Miesiączka zjawia się we właściwym czasie i przebiega bez bólu. (Med. Welt. 1931. Nr. 37).

A. Vóel poleca jako dobry środek, zapobiegający ciąży, *Ascm*. Lek ten wytwarza szybko i obficie pianę, która zatyka usta maciczne, a zarazem paraliżuje ruchy plemników. (Ztbl. f. Gyn. 1931. Nr. 45).

K o Ź m i ń s k i podaje dobre wyniki stosowania *Sistomensiny* w dużych dawkach w krwawieniach macicznych u młodych kobiet oraz w krwawieniach przedklimakterycznych. Należy w ciągu tygodnia, poprzedzającego perjęd, co 2-gi dzień zastrzyknąć sistomensinę obok jednoczesnego stosowania przez usta 3 razy dziennie po 2 pastylki. W krwawieniach pochodzenia zapalnego, naskutek schorzeń przydatków Sistomensina nie jest wskazana. (M. m. W. 1931. Nr. 43).

A. B r u n n e r zwraca uwagę, że *wysokie ustawienie lewej przepony*, wywołane sztucznem lub patologicznem wylęceniem nerwu przeponowego, może wywołać bardzo ciężkie dolegliwości. Zwykle dolegliwości te zjawiają się dopiero po latach, tak, że brak ich po względnie niedawno wprowadzonym do leczenia wyrwaniu nerwu przeponowego nie przeczy twierdzeniu autora. (Schw. m. W. 1931. Nr. 50).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

138 posiedzenie kliniczne.

z dn. 9.VI.1931 pod przewodnictwem dra H i g i e r a.

A) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

B) F. T u r y n. *Przypadek obrzęku śluzakowatego wrodzonego* (streszczenie własne).

Chory lat 20 przepisany zostaje z oddz. ocznego dra Z a m e n h o f a na oddz. wewn. dra L e w i n a po usunięciu gałki ocznej prawej, naskutek ropowicy tego oka. Chory ten od 7-miu lat znajduje się w schronisku i dostarczony był tam w stanie fizycznym i psychicznym podobnym do obecnego. Wzrost 109 cm. Waga 35 kg., pępek — 3 palce poniżej punktu środkowego ciała. Budowa karłowata. Skóra sucha, szorstka, chłodna, gruba; ucisk dołka nie pozostawia. Na policzkach i stopach nieznaczna sinica. Owłosienie czaszki krótkie, grube, rzadkie; na wżgórku łonowym ledwo zaznaczone. Mięśnie wiotkie. Nasada nosa wklęśnięta, nos krótki, szeroki. Wargi obrzękłe. Próchnica zębów; zęby rozstawione. Język wysunięty ku przodowi, ślinotok. Szyja b. krótka. Tarczycza niemacalna. Płuca — b. zm. Serce — b. zm. Brzuch wzdęty, w okolicy pępka przepuklina odprowadzalna. Rozstęp mięśni prostych brzucha. Wątroba i śledziona niemacalne. Stopy ustawione szpotawo. B a b i ń s k i lewostronnie +. Chory nie chodzi. Ruchy jego są powolne, zachowanie monotonne. Rozumie wszystko, odpowiada po namyśle. Mówi niewyraźnie. Dla bliższego otoczenia jest uśmiechnięty. Je i pije sam. Jest czysty. Mocz i kał — b. zm. We krwi limfocytoza (42%). Odczyn W a s s e r m a n n a ujemny. Zdjęcia szkieletu wskazują na jego rozwój odpowiadający 6-cio letniemu dziecku. Badania przemiany podstawowej nie można było przeprowadzić, gdyż nie można było nauczyć cho-

rego odpowiednio oddychać. Po wyłączeniu achondroplazji, kretyzmu endemicznego, mongołowości, referent rozpoznaje obrzęk śluzakowaty na tle zaniku tarczycy.



H i g i e r uważa przypadek za ciekawy, u nas rzadko spotykany. Niedorozwój psychiczny w schorzeniach gruczołów dokrewnych tłumaczy się brakiem pewnej wydzieliny, mającej wpływ na rozwój psychiczny. W pierwszym okresie życia istnieje pewien rozwój, zależny od tego, że płód otrzymuje hormony z łożyska matki. Skolioza jest rzadka w tych przypadkach. U te-

go chorego niema objawu B a b i ń s k i e g o, ale bywa on często w tych przypadkach. Cytuje przypadek, w którym wszczęcie gruczołu tarczowego do pieszczeli usunęło niedorozwój. Wobec tego, że chory nie chodzi, należałoby wyłączyć paraparezę mylityczną.

W odpowiedzi T u r y n stwierdza, że przeszczepianie tarczycy niezależnie daje trwałe wyniki. To, że chory coś niecoś rozumie, tłumaczy się, być może, tem, że jadł on kiedyś tarczycę.

C) R. B e k e r (Otwock). *Rozpowszechnienie chorób umysłowych wśród Żydów w Polsce* (było drukowane w „Warsz. Czas. Lek.”).

Sekretarz: Henryk J. L a n d a u.

139 posiedzenie kliniczne

z dn. 13 października 1931 r. pod przewodnictwem dra B l a y a.

A) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia klinicznego.

B) P o k a z y:

1) M. P ł o ń s k i e r: a) *Przypadek mnogich guzów żołądka bezobjawowych*. Na sekcji męczyzny 40-letniego, który zmarł wskutek niedomogi mięśnia sercowego, znaleziono na śluzówce żołądka 6 dużych miękki guzów o budowie polipów (*fibroadenoma*) oraz jeden płaski guzek przy wpuszczeniu do budowie gruczolaka (raka?), wrastającego do podśluzówki. Guzy te nie dawały za życia żadnych objawów.

b) *Lymphosarcomatosis tracheae*. Na sekcji 40-letniego mężczyzny stwierdzono „*lymphosarcomatosis generalisata*” z zajęciem wszystkich gruczołów chłonnych, śledziony, tarczycy i tchawicy, w tej ostatniej pod postacią tworów polipowatych i rozlanych nacieków w śluzówce (streszczenie własne).

W dyskusji zapytuje B y c h o w s k i, jakby wyglądał rentgenogram takiego żołądka. Ma to ważne znaczenie dla kliniki, gdyż czasem rentgenologicznie stwierdza się raka żołądka, a chorzy żyją długo po postawieniu takiego rozpoznania, a jeśli umierają, to wskutek innych przyczyn.

W dyskusji S z e n k i e r zaznacza, że z brodawczakami spotykają się najczęściej urodzają, gdyż występują one najczęściej w układzie moczowym. Dziwnem jest, że cierpienie to nie dało zupełnie objawów, albowiem brodawczaki mają skłonność do krwawienia, choć ostatecznie lekarz i pacjent mogli nie zwrócić na to uwagi, nie oglądając stolców. Często natomiast brodawczaki nie powodują bólów, ani innych objawów podmiotowych. Przejście brodawczaków w postacię złośliwe spotyka się również w układzie moczowym (metaplasja poprzez przejściowe postaci). Wskutek tego i terminologia nie jest ściśle określona (*papilloma carcinomatosum, carcinomā papillomatosum*). W danym przypadku należałoby wobec mnogości guzów myśleć o skłonności nowotworowej.

G l e i c h g e w i c h t zaznacza, że rentgenologicznie brodawczaki przełyku i żołądka bywają wykrywane zapomocą metody B e r g a.

C) O d c z y t:

G. L e w i n. *O samouleczałości jam gruczolanych.*

W walce z grzycą najważniejszą rolę odgrywa samoobrona ustroju, i dlatego też phtyoterapia, od leczenia dietetyczno-higienicznego aż do terakoplastyki, dąży do wzmocnienia tej naturalnej samoobrony i podniesienia stopnia odporności.

Największe znaczenie w przebiegu grzycy płuc, jak również w jej leczeniu ma jama, gdyż może się ona przyczynić do uogólnienia procesu i do wywołania krwotoków. Kwestja rozpoznawania jamy nie jest jeszcze zupełnie prosta, i B i e g a ń s k i w swoim czasie zauważył bardzo słusznie, że rozpoznanie jamy należy w pewnych przypadkach do najtrudniejszych zadań fizykai nej dygnostyki. Badanie rentgenowskie nie rozwiązuje również definitywnie tego zagadnienia, gdyż co do pewnych obrazów zdania klinicystów są jeszcze bardzo rozbieżne.

Klinicyści i większość anatomo-patologów są tego zdania, że jama gruczolana, nawet większe, mogą się samoistnie zabliznić. Poglądowi temu sprzeciwia się A s c h o f f i jego szkoła, ale ten pesymistyczny pogląd ma mało zwolenników. Prace T u r b a n a, S t a u b a, S c h r ö d e r a, D ł u s k i e g o, A l e x a n d r a, W o l f f a, H a u d e k a, B a c m e i s t r a, B r o n c h o r s t a, A s s m a n n a, J a c q u e r o d a i innych, w których stwierdza się samouleczałość jam gruczolanych, na zasadzie długiej obserwacji i badania zarówno fizykalnego, jak też i rentgenowskiego, mogą przekonać nawet największych sceptyków.

Co do leczenia jamy, większość klinicystów stoi na tem stanowisku, że nie należy śpieszyć się z natychmiastowym stosowaniem odmy sztucznej lub innego zabiegu chirurgicznego, lecz

przedewszystkiem wypróbować zdolności samoobronne ustroju chorego w dobrze urządzonym uzdrowisku. Odma sztuczna nie jest zabiegiem niewinnym i przy najlepszej nawet technice może dawać dużo poważnych powikłań, dlatego też powinna być stosowana po poważnym zastanowieniu się i traktowana bardzo indywidualnie (było drukowane w całości w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim”).

W dyskusji zapytuje G l i k s m a n, w jakim stosunku do samouleczałości grzycy pozostaje t. zw. uciskowe leczenie jam (odma, plomby, frenikotomia, torakoplastyka). R o e s s l e uważa jamę za etap do samouleczenia grzycy. *Phrenic-exhairesis* może doprowadzić do zaniku połowy przepony i jego skutków. Według S a u e r b r u c h a frenikotomia daje za ledwie 15 — 20% ucisków, lepsze wyniki daje torakoplastyka.

M a r k u s f e l d zaznacza, że nie podlega dyskusji fakt, że stan zdrowia grzycy może się na pewien czas nawet dłuższy nieraz znacznie poprawić, jednak od tego stanu poprawy do zupełnego wyleczenia jest bardzo daleko. Dermatolodzy widzą nacieki grzycy w tkance łatwo dostępną i bardzo odpornej; a jednak, jeśli w toczniu wytwarza się blizna czy to pod wpływem leczenia, czy sił odpornych ustroju, nie daje to nam prawa do mówienia o wyleczeniu, bo w bliznie widać grzycę, a pojawiają się ich właśnie w bliznie jest patognomiczne dla grzycy skóry. A w płucach, mniej dla nas dostępnych, niż skóra, tem trudniej jest mówić o całkowitem samowyleczeniu.

P ł o ń s k i e r zgadza się z przedmówcą, że klinicyście trudno jest mówić o wyleczeniu w znaczeniu anatomopatologicznem, z którem wyleczenie kliniczne nie jest identyczne. Pierwszym warunkiem wyleczenia jamy jest jej opróżnienie się z treści, co odbywa się dość łatwo, gdyż jama komunikuje się zwykle z oskrzelem. Jednak i w opróżnionej jamie mogą się utrzymywać prątki i szerzyć dalej zakażenie. Dalszym okresem gojenia się jest powstawanie ziarniny nieswoistej, nie zawierającej prątków. Następnie ulega ziarnina zmianom bliznowatym; widać wtedy na sekcji wąskie jamy o grubych ścianach, lecz i one mogą wykazywać cechy grzycy, a przy szczepieniu świnkom morskim ujawniać swą czynną naturę grzyczą.

G o l d s t e i n stwierdza, że myśli prelegenta były już znane starym lekarzom. Postacie marskie grzycy płuc dowodzą uleczałości jam. Zapytuje, jak długo należy czekać z rozpoczęciem leczenia chirurgicznego.

B i e l e ń k i zaznacza, że w ropniach płuc, jeśli chory wykaszle zawartość jamy, goi się ona szybko. Jamy gruczolane goją się wolno (najmniej 4 miesiące), czas ten trudno jest zresztą ocenić dokładnie, gdyż nigdy nie wiemy napewno, jak długo jama istnieje. Pamiętać też należy o tem, że grzycza jest chorobą społeczną, i że często nie można prowadzić długi czas leczenia sanatoryjnego. Cytuje swój przypadek samowyleczonej jamy.

S z o u r uważa, że obecnie nazbyt szafuje się leczeniem chirurgicznym grzycy. Trzeba pamiętać, że klinicystom nie chodzi o wyleczenie anatomiczne, lecz o kliniczne. Czasem nawet istniejące jamy nie odbijają się na stanie ogólnym swych nosicieli, np. w *tbc. cavitaria stationaris* N e u m a n n. Leczenie chirurgiczne również nie zawsze uzdrawia chorych.

W odpowiedzi zaznacza L e w i n, że odma pociąga za sobą czasem złe skutki (*pyopneumothorax*). Jeśli chodzi o trudności rozpoznawcze, czasem łatwiej jest rozpoznać chorobę płuc (np. zapalenie płuc), niż skóry. Ponieważ każdego chorego należy traktować indywidualnie, trudno jest ustalić jakiś ściśle jednakowy dla wszystkich chorych termin oczekiwania z rozpoczęciem leczenia chirurgicznego. Odma wymaga również, jak leczenie sanatoryjne, długotrwałej opieki i kontroli lekarskiej (3 — 5 lat).

Sekretarz: Henryk J. L a n d a u.

140 posiedzenie kliniczne z dnia 27 października 1931 r.

Przewodniczył dr. H i g i e r.

A) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

B) P o k a z y:

1) J a k ó b P e n s o n. *Hiperglikemia i cukromocz niecukrzycowego pochodzenia.*

Przypadek dotyczy 28-letniej kobiety, która przed 8 laty przechodziła prawostronne porażenie połowicze z powodu wylewu mózgowego. Stwierdzono cukromocz niewielkiego stopnia, niezależny od diety oraz od małych dawek insuliny, nieustępujący przy ograniczeniu ilości spożywanych węglowodanów. Cukier we krwi naczczu wykazywał wysoki poziom, natomiast krzywa glikemiczna ujawniała przebieg wybitnie odmienny, niż w cukrzycy trzustkowej, a mianowicie dowodziła sprawności aparatu wysepkowego trzustki. Hiperglikemję z glikozurją w

danym przypadku łączy prelegent ze zmianami w ośrodkach mózgowych, regulujących przemianę węglowodanową; zmiany te powstały wskutek wylewu krwi do mózgu (streszczenie własne).

W dyskusji stwierdza L u x e n b u r g, że nie jest to cukromocz nerkowy, którego cechą zasadniczą jest niski poziom cukru we krwi. Wiadomo, że gospodarką węglowodanową regulują dno IV komory, okolica podwzgórkowa, ciało prążkowane. U tej chorej porażenie nosiło charakter torebkowy, wylew nastąpił w okolicy ciała prążkowanego, i to mogło być przyczyną cukromoczu, który należy uważać za pochodzenia ośrodkowego.

H. J. L a n d a u zwraca uwagę na zachowanie się nerek w danym przypadku. Wysokie ciśnienie tętnicze krwi, wylew krwawy do mózgu przemawiają za tem, że w nerkach muszą istnieć zmiany, inaczej jakoby było tło porażenia połowicznego. Zmiany nerkowe prowadzą do podniesienia progu przepuszczalności nerek dla cukru, co mogłoby tłumaczyć nieznaczny cukromocz przy dużej hiperglikemii. Duża wrażliwość na insulinę też przemawiałaby za cukrzycą pochodzenia trzustkowego. Zapytuje o badanie moczu oraz o to, jaką metodą był określany cukier we krwi, gdyż metodą H a g e d o r n a i J e n s e n a nie można wykrywać 420 mgr. % cukru.

E i s e n f a r b stwierdza, że metody, stosowane przez prelegenta dla określenia hiperadrenalinemii, nie należą do niezbyt czułych.

H i g i e r zwraca uwagę, że hipertensję pochodzenia nefrosklerotycznego postępują, dają zmiany siatkówki. Nadciśnienie może być pochodzenia konstytucjonalnego. Nie przemawia mu do przekonania pochodzenie mózgowie cukromoczu, gdyż tego rodzaju cukromocze (na tle guzów, krwawień) należą do rzadkości i trwają zwykle krótko, chyba że zostają wciągnięte gruczoły dokrewne (przysadka, szyszynka).

2) M. L u b e l s k i i J. P o m p e r. *Przypadek zgorzeli błyskawicznej zewnętrznych narządów rodnych mężczyzny; leczenie i operacja wytwórcza.*

U mężczyzny 35-letniego zjawiała się ranka na żołądki prącia, pochodząca jakoby z otarcia przez ciasne spodnie. Pomimo leczenia ranka się powiększała, otoczenie jej obrzmiało i zaczerwieniło się, ciepłota znacznie się podniosła, tak, że po 2 dniach został skierowany do szpitala. U chorego stwierdzono wówczas znaczne ogniska zgorzeli na prąciu i mosznie, które szybko rozszerzały się z wydzielaniem płynu ropnego o bardzo cuchnącym zapachu. Na ścianie brzusznej zjawyły się znaczne nacieki zapalne z zaczerwienieniem skóry i napięciem deskowatym tkanek. Objawom tym towarzyszył stan ogólny bardzo ciężki z szybkim tętnem, suchym językiem i wysoką ciepłotą. Choremu poostwierano nacieki zapalne, pozbawione wstrzyknięto trzykrotnie surowicę przeciwzgorzeli, znaczną ilość soli fizjologicznej oraz różne środki nasercowe i uruchomiono łatwą kroplową. Stopniowo tkanka zgorzelinowa oddzieliła się, tak że po uspokojeniu się ostrego stanu choroby prącie i moszna zostały zupełnie obnażone ze skóry, i jądra wisiały po obu stronach prącia na swych powrózkach nasiennych. W a s s e r m a n n okazał się ujemny, z posiewu we krwi nie wyrosły żadne drobnoustroje, z ropy wyhodowano niehemolizujące paciorkowce. Po oddzieleniu się obumarłej skóry i wytworzeniu się zdrowej ziarniny przystąpiono do operacji wytwórczych. Operacje wytwórcze na prąciu składały się z 3 aktów. Polegały one na utworzeniu pod skórą wewnętrzną powierzchnię prawego uda kanału, do którego wciągnięto pozbawione skóry prącie. Po 2 tygodniach oddzielono skórną płat od uda z przyrośniętym doń prąciem i owinięto płatem prącie. Po 3 tygodniach przecięto nasadę płata, poczem dokładnie zeszyto zewnętrzny brzeg płata z nasadą. Co się tyczy jąder, to umieszczono je wskutek kurczenia się powrózków nasiennych w jamie brzucha zewnątrzotrzewnowo. Obecnie prącie pokryte jest całkowicie łązno się na niem przesuwającą skórą. Podczas wzwodu prącia skóra się łatwo rozciąga: wzwody prącia są bezbolesne, i pacjent jest zupełnie zadowolony ze swego stanu (streszczenie własne).

3) M. L u b e l s k i. *Przypadek guza mózgu okolicy skroniowej, operowany z wynikiem pomyślnym.*

Chora lat 17 przybyła na oddział Dra F l a t a u a 15-go maja 1931 roku. Choroba rozpoczęła się 6 miesięcy przed przybyciem do szpitala. Rozpoczęła się od silnego drętwienia napadowego w prawej połowie twarzy, b. bolesnego, dokuczliwego. Na kilka tygodni przed przybyciem upośledzenie wzroku, miało całkowitą ślepotę oka lewego i silne niedowidzenie oka prawego (liczy palce na odległość 4 metrów). Na 3 tygodnie przed przybyciem do szpitala wystąpiła głuchota ucha prawego. Obiektywnie stwierdzono wówczas: uwypuklenie na kości skroniowej po stronie prawej, bolesność uciskowa tego miejsca, zniesienie wężu obustronne, zastoinę tarcz, przechodzącą w zanik, niedowidzenie nosowe po stronie prawej, brak odruchów

rogówkowych, nieznaczne osłabienie prawego n. VII, zniesienie słuchu po stronie prawej przy wzmożonej pobudliwości, zniesienie prawej połowy twarzy i języka, nieznaczne osłabienie kończyn prawych, osłabienie odruchów kolanowych i ścięgienowych, chwiejny chód.

Visus przed samą operacją: po stronie lewej = 0, po stronie prawej = prawie 0.

U chorej tuż nad łukiem licowym wymacano pewne zgrubienie kości. Po naradzie z D-r'em F l a t a u e m postanowiono obnażyć zwoje mózgowe w obrębie kości skroniowej i przeniesiono chorą na oddział chir. Dra L u b e l s k i e g o.

Chorej przed operacją zastrzyknięto Natr.-luminal i pantopon.

Operację wykonano w znieczuleniu miejscowym 1/2 % nowokainą z adrenaliną. Cięcie skóry, owalne, przeprowadzono w obrębie kości skroniowej z szypułą nad łukiem licowym, długości 16 cm., szerokości 10 cm., a w miejscu szypuły 6 cm. szerokości. Po przecięciu skóry i oddzieleniu jej brzegów przecięto powięź i okostną do kości, poczem oddzielono cały płat skórno-okostnowy do podstawy szypuły. Na miejscu wygórowania kości widoczne ścięczenie i przez cienką blaszkę kości widoczny guz, drażący zgłębi. Wobec tego, że dojdzie do podstawy czaszki było jeszcze niedostateczne, przedłużono cięcie płata ku dołowi w miejscu szypuły i przebito z obu stron kość łuku licowego. W taki sposób udostępniono dojdzie do podstawy czaszki, t. j. do dolnej powierzchni skrzydła wielkiego kości klinowej. Kość w obrębie miejsca ścięczenia dała się łatwo usunąć Luerem i dalej usunięto ją na przestrzeni ca 10 x 8 cent. Po otwarciu opony twardej wyłonił się guz pod wielkim ciśnieniem. Utworzono płat z twardówki w kształcie czworoboku z podstawą u góry. Podczas zabiegu guz coraz więcej wylaniał się z głębi, jakby się rozdził w kształcie grzyba na nożce. Granice jego okazywały się coraz więcej widoczne; po podwiązaniu i przecięciu żył, doprowadzających do guza i podwiązaniu nóżki odcięto guz wielkości sporej mandarynki. Tętniczki krwawiące u podstawy guza nie udało się podwiązać, natomiast krwawienie ustało po nałożeniu na miejsce krwawienia skrawków mięśnia, wziętego z m. skroniowego. Płatem z twardówki udało się tylko częściowo pokryć powierzchnię mózgu po usunięciu guzie. Ranę pooperacyjną zaszyto, a w tylny-dolny kąt wprowadzono do twardówki sączek szklany i pasek gazy wioformowej. Operacja była bezbolesna, i chora podczas zabiegu rozmawiała. Polecono — zastrzyki dożylne cukru 40%, wlewania podskórne i kroplówki prócz środków nasercowych. Nazajutrz usunięto sączki. Opatrunek był obficie przemoknięty krwią. Widoczny obrzęk twarzy z obu stron i powiek. Opatrunki wykonywane były co drugi dzień. Szwy zdjęto dziesiątego dnia. Obrzęk powoli ustępował. Po dwóch tygodniach zauważono rozejście się rany w dolno-tylnym kącie i wypadnięcie mózgu na niewielkiej przestrzeni. Z miejsca tego podczas krzyku z otworu w mózgu płyn tryska strumieniem, niewątpliwie, był to otwór, prowadzący do dolnego rogu bocznej komory.

Po 2 1/2 miesiącach dla pokrycia ubytku skóry i otworu w mózgu, z którego wydzieliał się płyn mózgowo-rdzeniowy, wykonano operację wytwórczą:

W znieczuleniu miejscowym (1/2 % nowokainą) po odświeżeniu brzegów ran ubytku wycięto uszypułowany płat skóry poza uchem prawym i ze szyji i przykryto nim ubytek. Płat przyszyto. Brzegi rany po wycięciu płacie zbliżono. Opatrunek. Płat przyszył; wydzielanie się płynu mózgowo-rdzeniowego ustało. Chora była naświetlana prom. X.

Stan chorej po operacji: drętwienie zupełnie ustało, subiektywnie czuje się dobrze. Odruchy rogówkowe powróciły, czucie na twarzy powróciło, wdech powrócił. Dno oczu — zanik tarcz; visus oka lewego = 0, oka prawego — palce z 2 metrów, słuch powrócił. Chodzi dobrze.

W dyskusji zaznacza G o l d f l a m, że przypadek jest ciekawy, gdyż dowodzi, że rozpoznawanie guzów kąta mostowo-mózdkowego nie jest łatwe. Tutaj istniały wszystkie cechy charakterystyczne tych guzów, a jednak okazało się, że guz wychodził z płata skroniowego. Przeciwnie rozpoznaniu guza kąta mostowo-mózdkowego przemawiała zupełna ślepotą po jednej i hemianopsja nosowa po drugiej stronie. Fakt, że pobudliwość nerwu przedstonkowego była wzmożona, a istniała głuchota, też przemawia przeciw guzowi kąta mostowo-mózdkowego, w którym bywają odwrotne stosunki. Zajęcie nerwu trójdzielnego i słuchowego nastąpiło wskutek ucisku mechanicznego na przewód słuchowy wewnętrzny. Dziwnem jest, że w tak wielkim guzie nie było bólów głowy.

L u b e l s k i zaznacza, że guz znajdował się w tem miejscu, gdzie kość była cienka i podatna, co może tłumaczyć brak bólów głowy; twardówka była nieuszkodzona.

G o l d f l a m dodaje, że bóle głowy zależały w guzach

mózgu od opon miękkich, a nie od kości. Tutaj było wzmożone ciśnienie wśródczaszkowe, czego dowodzi tarcza zastoinowa, a mimo to bólów głowy nie było.

Przewodniczący poświęca słowa wspomnienia zmarłemu prof. E c c o n o m o. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

C) O d c z y t :

H. H i g i e r. *W sprawie nadciśnienia tętniczego.*

Prelegent analizuje bliżej i krytykuje, co wiemy konkretnego o nadciśnieniu stałym, o klasyfikacji i prognozie jego, oraz stawia pytanie, czy ma się prawo (jak to się dzieje obecnie) wprowadzać pacjenta w wir hipotez niepewnych, nieustalonych i teorii niedowiedzionych, pacjenta tchórzliwego, nie zdającego sobie zazwyczaj sprawy z istoty rzeczy. Zasadniczo należy odróżniać hipertonię toksogenną, polegającą na spotęgowanej pobudliwości mięśniówki naczyniowej, na angiospazmie, od endogennej hipertoni wewnątrzprądowej, ustrojowej, umiejscowionej bądź w ścianie naczyń, bądź też w automatyzmie innerwacyjnym. Obraz kliniczny tej ostatniej jest inny: tętno twarde, czasem niemiarowe, kapilaroskopowo naczyniowa skóra wydłużona, siatkówkowe przy oftalmoskopowaniu korkociągowo zakręte. Ta nerwica autonomiczna stanowi poniekąd skałę konstytucjonalną, rodzinnie-dziedziczną, w rodzaju dny lub cukrzycy. Hipertonja nie jest identyczna z hipertensją, niezawsze pierwsza prowadzi do drugiej. Niezależnie od badania tonometrycznego obmacywanie tętnic stanowi najbardziej cenną część oględzin pacjenta. Swoisty stan funkcjonalny komórek mięśniówki, t. zw. nastawienie hipertoniczne pochodzenia sympatyczno-parasympatycznego warunkuje głównie w obrębie nerek i to w arteriolach, nie zaś w prearteriolach, jak przypuszczali V o l h a r d, K o c h i inni, — wzmożony opór. Obok tej hipertoni stalej, przewlekłej istnieje ostra napadowa, którą H i g i e r podkreślał przed laty również w *endarteriitis obliterans juvenilis*, samoistnie przemijająca, stanowiąca istotę t. zw. przełomu ciśnieniowego (*pressorische Krise*) i dająca znane liczne, stałe lub przelotne, objawy angiospastyczne ze strony serca i płuc, mózgu i oka, brzucha i obwodu. Jak w pewnych skazach istnieje predylekcja pewnej rasy i płci. Dłuższe trwanie hipertoni prowadzi pod koniec do tonicznego rozszerzenia serca, do objawów zastoinowych ze strony wątroby, a zwłaszcza nerek. Zaburzenie nerek atoli nie wywołuje hipertoni, jak przyjęto jest mniemać, lecz jej towarzyszy. O ile w nadciśnieniu nefrosklerotycznym podejrzewamy bodźce toksyczne przemiany materii, o tyle mniej się domyślamy mechanizmu powstawania (przewrażliwienie ośrodków wazomotorycznych, nerwów wegetatywnych, elementów mięśniowych arteriol) w hipertoni samoistnej czyli czynnościowej. Jeszcze mniej posiadamy pewnych danych o stosunku uznawanym przez ogół lekarzy hipertoni esencjalnej do arteriosklerozy czyli arterosklerozy z miażdżycą naczyń. Obok złośliwej postaci istnieje częsta postać łagodna hipertoniczmu, znana właśnie z długowieczności członków rodziny całych pokoleń i z organicznej niepokalaności naczyń. Starczą chorobą nie można nazywać hipertoni, częściej w wieku młodzieńczym i męskim tembardziej, że właśnie ciężkie postaci nadciśnienia przebiegają zwykły bez arteriosklerozy, a starzy arteriosklerotycy nierzadko wykazują wybitną hipotonię. Jak dalece względem jest pojęcie hipertoni, dowodzi fakt, że liczne towarzystwa ubezpieczeniowe uważają nawet 180 za normę ciśnieniową u starszych osób. W każdym razie brak paralelizmu ilościowego między arteriosklerozą ogólną, względnie nerkową a hipertonią esencjalną. Czy prognoza jest tak absolutnie zła, jak przypuszczają lekarze, a za nią publiczność? Statystyka katamnetyczna niektórych klinik (Tübingen) dowiodła raczej, że przebieg był naogół pomyślny, że liczni hipertonicy poprawili się świetnie i osiągnęli dawną zdolność do pracy, mimo stacjonarne podwyższonego parcia krwi, dożywając z niem podeszłego wieku. Wtajemniczenie chorego w popularną fizjopatologję nadciśnienia, którego to zespołu chory nie czuje i nie domyśla się, wywołuje według W e n c k e b a c h a „załamanie się pacjenta”. „Ukrywanie istoty hipertoni utajonej jest konieczne”, dowodzi S p e n g l e r, gdyż wzruszenia najbardziej potęgują hipertonię, drażniąc ośrodek ciśnienia. „Hipertonikowi przynosi się zazwyczaj panującami obecnie zbyt obficie metodami leczniczymi więcej szkody, niż korzyści”, konkluduje P a l. O *taedium vitae* i *tentamen suicidii* wspominał H i g i e r u niektórych swoich hipertonicznych pacjentów, stale hipochondryzowanych przez lekarza. Badać u nerwowców parcie krwi należy, jak szybkość tętna, 2 lub 3-krotnie raz po razie. Z metod leczniczych hipertoni, zawojowanych od góry do dołu przez fabrykantów („Die hier empfohlenen chemischen Heilmittel sind Humbug”, żył B l e u l e r), góruje dotąd papaweryna z diuretyką lub atropiną, mniej proteinoterapia. H i g i e r niewiele widział z acecholiny i yohimbiny, bardzo mało z wyciągów hormonalnych i soli wapniowych. Małe dawki bromu

(1 gr.), chloralu (0,25), pyramidonu (0,05) i luminalu (0,03) na noc lub w ciągu dnia uspokajają najlepiej hipertonię, zwłaszcza klimakteryczną. Modne częste krwiopusty, stosowane nie podczas przełomu ciśnieniowego, niewiele dają. Zabieg jest wogóle często zbyt techniczny, gdyż naczynia są nastawione na wyższe ciśnienie, umożliwiające dostateczne ukrwienie trzewi, gdyż doraźnie niższe parcie szybko się kompensuje i wyrównywa, gdyż wielokrotne upusty z czasem odmawiają działania, czego nie można powiedzieć o racjonalnie i systematycznie stosowanych metodach higienicznych, dietetycznych i klimatoterapeutycznych. Pamiętać wypada, że lekarz - popularyzator przy łóżku chorego często działa, potęgując ciśnienie i wywołując stałe a poważne zdenerwowanie: *circulus vitiosus hypertonicus*. Na tę „*hypochondria iatrogenetica*” zwracał przed laty uwagę H i g i e r, ostatnio zaś głośny neurolog i psychiatra B u m k e. (Streszczenie własne).

Dyskusję odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz: Henryk J. L a n d a u.

141 posiedzenie kliniczne z dnia 10. XI. 1931 r.

Przewodniczył Dr. Z. B y c h o w s k i.

A) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

B) P o k a z y :

D. S z e n k i e r: 1) *Przypadek nerki przemieszczonej.* (Beckenniere).

Mężczyzna lat 38, przed kilku laty uskarżał się na bóle w okolicy lędźwiowej prawej. Ostatnio bóle utrzymują się wyłącznie w dolnej części brzucha, w okolicy prawego dołu biodrowego. Bóle symulują przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego. Dokładne badanie urologiczne (czynnościowe badanie nerek, pyelografia dożylna) wykazało, iż ma się tutaj do czynienia z nerką przemieszczoną, która się znajduje na wysokości kości krzyżowej w linii środkowej. Na pyelogramie widać wyraźnie zarysy miedniczki nerki prawej, projektującej się na kość krzyżową. Anomalia ta (*ectopia renis pelvica*) spotyka się w 1 przypadku na 2.000 przypadków sekcyjnych. Nerki takie są pre-disponowane do różnych schorzeń (wodonercze, stany zapalne), t. zw. biologische Minderwertigkeit.

2) *Przypadek nerki niedokształconej (hypoplasia renis).* Dotyczy dobrze rozwiniętej panny, która cierpi od dłuższego czasu na ropomocz. Poza tem miewa niezbyt silne bóle okolicy lędźwiowej. Badanie urologiczne: ropny osad moczu, prątki gruźlicze —, czynność nerki lewej upośledzona w bardzo znacznym stopniu, wydobywa się z niej ropny moczu; druga nerka — normalna. Przy operacji okazała się nerka niedokształcona wielkości 4½ cm. : 2½ cm. : 1½ cm. Nerkę usunięto. Nerki takie wykazują dużą skłonność do schorzeń, wywołują silne bóle lędźwiowe i dlatego mogą dać wskazanie do interwencji operacyjnej. (Streszczenie własne).

Z. B y c h o w s k i zapytuje o badanie histologiczne nerki.

D. S z e n k i e r odpowiada, że nie robił badania histologicznego z premedytacją, aby nie psuć preparatu anatomicznego, obecnie je wykona.

C) Dyskusja nad odczytem H. H i g i e r a p. t. „W sprawie nadciśnienia tętniczego” z poprzedniego posiedzenia.

G o l d f l a m uważa sprawę nadciśnienia za skomplikowaną, czego dowodem jest fakt, że nauka jej dotąd nie rozstrzygnęła. Jest ona ważna nie tylko dla internisty, lecz i dla neurologa. Sprawa hipertoniczmu mięśni prążkowanych jest ciągle roztrząsana. Tak samo mówi się stale o hipertoni mięśni gładkich naczyń, która idzie zapewne w parze z hipertonią włókien sprężystych ścian naczyń. Primäre permanente Hypertonie P a l a nie jest hipertonią, lecz hipertensją. Obszar, zajęty zrazu przez hipertonię, jest nieznaczny. W zakresie tym następstwa zwiększonego tonusu krążenia jest upośledzone, powstaje zastój w prekapilarach, kapilarach i drobnych żyłkach. Hipertensja powstaje wtedy, gdy zakres naczyń, objętych hipertonią, zwiększa się. Hipertonja, a zwłaszcza hipertensja naczyń prowadzić musi do arteriosklerozy. Pogląd ten nie uwzględnia czynników nerwowych, ani psychicznych. Jak dla tonusu mięśni prążkowanych istnieją specjalne ośrodki (najważniejszy w mózdku), tak musi istnieć ośrodek dla tonusu mięśni gładkich. Ośrodek ten w hipertoni musi być w stanie stałego podrażnienia. Niektórzy autorzy chcą umiejscowić ten ośrodek w rdzeniu przedłużonym w ośrodku naczynioruchowym. Nie zgadza się z prelegentem co do tego, że kurcze naczyń i przełomy naczyńowe są tem samem. Kurcz naczyń trwa krótko i obejmuje wąski zakres naczyń, przełom naczyniowy trwa dłużej i obejmuje szeroki zakres naczyniowy. Przytacza własny przypadek angiospazmu,

obserwowanego na dnie oka. Tym ostatnim towarzyszą bóle, przełomom — nie. Kurcze naczyń powodują ischemję, w hipertensji bywają krwotoki. Zgadza się z zdaniem prelegenta co do pojęcia *hypochondria iatrogenetica* i jej szkodliwości.

K n a s t e r uważa, że nadciśnienie tętnicze jest problemem otwartym. Dotychczasowe klasyfikacje, jak: V o l h a r d a (blade i czerwone nadciśnienie), P a l a (samoistne i nerkowe nadciśnienie) i t. d. są niewystarczające. S c h l a y e r klasyfikuje hipertoniców według przebiegu klinicznego: dobrotliwe i złośliwe nadciśnienie; chorzy I grupy są czerwoni, II — bładzi. Chorzy II grupy miewają zrana bóle głowy, cierpią na migreny, ociążałość, zaburzenia przemiany materji (skaza kamicyowa, szczawianowa), tętno cechuje się zmiennością fali, naczynia są wąskie, zjawia się *retinitis albuminurica*, umiara skutek nefrosklerozy. Czerwoni hipertownicy mają tętno twarde, wolne, nie mają dolegliwości podmiotowych, dno oka wykazuje również zmiany w postaci wybroczyn, giną wskutek apopleksji. Jeśli chodzi o etiologję, to konstytucja i dziedziczność stanowią tło, na którym rozgrywają się rozmaite procesy. G o l d s c h e i d e r uważa, że w hipertensji rozmaite czynniki muszą oddziaływać na ośrodek naczynioruchowy. Większość środków, obniżających ciśnienie, działa na ośrodek naczynioruchowy.

J. M a c k i e w i c z uważa, że etiologja nadciśnienia jest zupełnie ciemna. Choroba występuje dziedzicznie i ma tło konstytucyjne. Nikotyzm i alkoholizm nie odgrywają żadnej roli, za czem przemawia fakt, że kobiety chorują 3 razy częściej, niż mężczyźni. Czynniki nerwowe i psychiczne wywierają duży wpływ na ciśnienie tętnicze. Przypadka przepadku kurczu naczyń na dnie oka u epileptyczki (w *status epilepticus*), trwający 3 dni, który skończył się dobrze. Znałe są przełomy naczyniowe na tle guza mózgu, guza zwoju współczulnego. Wiądrzeniowy daje również przełomy naczyniowe (przełomy nadciśnieniowe i podciśnieniowe), co się tłumaczy zmianami w korzonkach tylnych. Nadciśnienie nie musi, lecz może być związane ze zmianami nerwowymi. Nadciśnienie u chorych z porażeniem jest nie przyczyną, lecz skutkiem udaru i spowodowanych przezeń zmian anatomicznych ośrodków. Krwawienia dotyczą zwykle części żyłnej układu naczyniowego. Krwotoki mózgowe występują często po krwotokach płucnych (sposzczenia A b r a m i e g o, własne), co tłumaczy A b r a m i zmianami własności fizycznych i chemicznych krwi po jej upuszczeniu, wobec czego stosuje po krwotokach mózgowych nie krwiopust, lecz przetracanie krwi. Wobec tego, bezkrytyczne krwiopust należy potępić. Nie widział nigdy, aby obniżały ciśnienie. Nadciśnienie trwa przeciętnie 30—40 lat (badania kilku pokoleń lekarzy angielskich, finlandzkich). Obawia się spadku ciśnienia u hipertoniców. Porażenie połowicze u osób z nadciśnieniem daje dobre rokowanie, u osób z niskim ciśnieniem — złe. W chromaniu przestankowem niewolno obniżać ciśnienia; środki, obniżające ciśnienie, działają tutaj szkodliwie.

S z o u r nie podziela poglądu optymistycznego przedmówców na rokowanie w nadciśnieniu. Każde stałe nadciśnienie samoistne pociąga za sobą zmiany w nerkach. Nadciśnienie bywa skutkiem lub przyczyną choroby nerek. Nadciśnienie samoistne jest przyczyną i zwiastunem arteriosklerozy. M a r t i n e t identyfikuje hipertensję z miażdżycą. M u n k znajduje w nadciśnieniu zmiany w naczyniach; w ciśnieniu > 200 mm. Hg muszą być zmiany w naczyniach. Samopoczucie chorych też zależy od stopnia nadciśnienia. O wysokim nadciśnieniu należy w odpowiedni sposób zawiadomić chorego, o nadciśnieniu niższego stopnia może lepiej nie mówić. Hipochondria zależy od usposobienia pacjenta, lekarz może ją co najwyżej spotęgować. Naogół nadciśnienie nie ma skłonności do stacjonarności, lecz postępuje, i hipertonic przechodzi wszystkie trzy okresy nadciśnienia w ciągu 5—20 lat. Nadciśnienie należy leczyć, choć jest ono chorobą konstytucyjną, lecz i konstytucyjne choroby lecz się. Upusty krwi przynoszą chorym ulgę. Przy ciśnieniu — 300 mm. Hg należy wykonać upust krwi.

H. J. L a n d a u uważa, że nadciśnienie w bardzo

młodym wieku wyjątkowo tylko bywa samoistne, częściej jest ono skutkiem przebytego zapalenia nerek i objawem jego przewlekłego charakteru. W późniejszych okresach różnice między przewlekłym zapaleniem nerek a nadciśnieniem samoistnem mogą się w wysokim stopniu zacierać. Zwraca uwagę na wpływ na ciśnienie tętnicze dwóch par nerwów pressorycznych i depressorycznych, z których jedna wychodzi z początkowego odinka tętnicy głównej, druga — z *sinus caroticus* (t. zw. Blutdruckregler). Miażdżycą tej części tętnicy głównej może uszkadzać łuk odruchowy i wywoływać nadciśnienie. Upusty krwi nie obniżają wprawdzie ciśnienia, ale często przynoszą ulgę podmiotową chorym, którzy się ich domagają. Upust krwi należy bezwzględnie stosować u chorych, którzy skarżą się na widzenie na czerwono (erytropseję), które jest objawem grożącej apopleksji.

W odpowiedzi stwierdza H. H i g i e r, że nadciśnienie jest sprawą bardzo aktualną. Nadciśnienie jest skazą ustrojową, wadą rozwojową, polegającą na zmianach czynnościowych w komórkach mięśniowych naczyń. Zmiany dotyczą drobnych tętnic (arterjol). Obok stałego istnieje napadowe nadciśnienie; w ostatnim wskazuje się upusty krwi. W nadciśnieniu są zmiany w mięśniówce naczyń, w nerwach roślinnych, w nerwach naczynioruchowych. Jest to częsta choroba, nie musi być ona przyczyną śmierci. Bywa nadciśnienie bez miażdżycy i miażdżycy bez nadciśnienia. Hipertensja nie obejmuje wszystkich naczyń, lecz pewne zakresy. Nie zgadza się z poglądem, że kurcze naczyń i przełomy naczyniowe są zgola czemś odmiennem. Nie wierzy, by całkowite zamknięcie światła naczyń mogło trwać 3 doby, nie wywołując zmian w tkankach. Prostuje, że powiedział, iż po przespanej nocy ciśnienie się obniża, a nie iż spada do normy. Hipertensja nie jest chorobą, lecz stanem.

Sekretarz: Henryk J. L a n d a u.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Szpitalnych w Paryżu z dnia 18 grudnia 1931 r. (Paris Méd. Nr. 1. 1932) z dwali Ch. A c h a r d, J. V e r n e, M. B a r i e t y i A. C o d o n n i s sprawę z wyników swych badań nad *wywoływaniem skrobiawicy u psa za pomocą zastrzykiwań wśród żylnych kazeinianu sodowego w 5% roztworze*. Zmiany występują jedynie w wątrobie i śledzionie. W śledzionie substancja skrobiowata umiejscawia się szczególnie w powrózkach Billrotha w miazdze czerwonej, dodatkowo w beleczkach włóknistych. W wątrobie stwierdza się trojaki umiejscowienie: przestżeń wnękowa, włóknistki miąższowe zrazików, wreszcie same komórki wątrobowe. Zdaje się, że zaburzenia w równowadze białkowej i lipidowej krwi stanowią podłoże dla tych złożeń skrobiowatych: obniżenie się globulinemji po jej przemijającym podniesieniu się i obniżenie się poziomu kwasów tłuszczowych.

Na tem samem posiedzeniu (Paris Méd. Nr. 1. 1932) przedstawili M a t h i e u - P i e r r e W e i l, L. L a u q u o i s i A r a q o m i r e s o przypadek choroby *Recklinghausen (ostitis cystica generalisata)*, obserwowany od 5 lat i tak zaawansowany, że cały szkielet był zupełnie odpawiony. Stan chorej był tak ciężki, że wszelkie ruchy były uniemożliwione. Nie można było wykonać najmniejszego ruchu biernego, żeby nie nastąpiło złamanie kości. Dzienna utrata wapnia wynosiła 6 gr. Paratyreoidektomia, wykonana przez L e r i c h e a, pozwoliła wykryć dwa znaczne gruczolaki dołnych gruczołów przytarczycznych i usunąć jeden z nich. W 48 godzin po zabiegu, chociaż chora wykazywała pewne objawy tężyzki, kalcemja powróciła do normy, a obniżenie się kalcji świadczyło o zupełnej zmianie w gospodarce wapniowej. Bilans wapniowy stał się wyraźnie dodatni. Jednocześnie zmianom uległy wszystkie objawy ogólne i czynnościowe. Twarz przybrała normalne zabarwienie, tętno zwolniło się, ciśnienie tętnicze obniżyło się, siły powróciły. Badanie rentgenowskie wykazywało uwapnienie szkieletu.

Z j a z d y

VII Kongres Stowarzyszenia ginekologów i akuszerów francuskich.

(Bordeaux, dn. 1, 2 i 3 października 1931 roku).

Na porządku dziennym były trzy zasadnicze pytania:

1. Rozpoznanie radiologiczne w ginekologii i akuszerji.

2. Środki społeczne zdobycia do jaknajwcześniejszego leczenia chorych z rakiem szyi macicznej.

3. Późne krwotoki poporodowe.

P i e r w s z e p y t a n i e omówili profesorowie G. C o t t e, radiologję w ginekologii, a J. L. H e n r o t a y w akuszerji.

Radiologja w ginekologii daje łatwe rozpoznanie w

przypadkach obcych ciał w pochwie, zwapniałego mięśniaka macicy, torbieli skórzastej.

Badanie zaś jajowodów za pomocą iniekcji lipiodolu daje pewne rozpoznanie przy dobrej interpretacji zdjęć.

W akuszerji zaś rozpoznanie radiologiczne znajduje się w stanie przejściowym, i, sądząc z dotychczasowych wyników, mamy nadzieję, że wkrótce dojdziemy do lepszych wyników. Zależne to jest od ulepszonej techniki.

Niektóre metody radiopelwimetryczne pozwalają na ścisłe określenie wymiarów miednicy, tylko trudności wykonania wstrzymują od codziennego stosowania tych metod.

Radjogram ciąży jest jedynym pewnym dokumentem w medycynie sądowej. Rozpoznanie zaś różnych nieprawidłowości płodu, jak posładkowe położenie, dwojaczki, wodogłowie i t. p., jest bardzo łatwe do stwierdzenia.

Rozpoznanie płodu martwego (nie podczas porodu) za pomocą „znaku Spollinga” jest też bardzo łatwe.

Nareszcie z punktu widzenia dydaktycznego radjografja może pokazać studentom mechanikę porodu wraz z jego patologicznymi odchyleniami.

Drugie pytanie omówili profesorowie Hamant i Koenig.

Wobec tego, że chore jeszcze obecnie przychodzą do lekarza z rakiem szyi macicznej za późno, autorowie proponowali następujące środki:

1. Uświadamianie lekarzy praktyków (domowych) co do wczesnego rozpoznania raka sz. mac., zalecanie chorym udawania się do specjalisty, lub ewentualnie wykonanie wycinka ze szyi i zbadanie go.

2. Instrukcje dla akuserek i akcentowanie ich moralnej i karnej odpowiedzialności za ginekologiczne leczenie.

3. Instrukcje dla aptekarzy, ażeby nie leczyli, jak to często bywa, chorób kobiecych.

Środki, któremi lekarze rozporządzają, ażeby jaknajwcześniej wykryć raka sz. mac. są:

1. Perjodyczne badanie, które jest ułatwione obecnie

przez najrozmaitsze instytucje społeczne, jak Kasę Chorych, Ubezpieczenia i t. p.

2. Rozpowszechnianie przez lekarzy akuszerów zasad ogólnej i miejscowej higieny kobiet przy ich leczeniu, przy podawaniu chorym pomocy, podczas porodu, lub poronienia. Wskazana jest amputacja szyi mac. w chronicznym, niedającym się wyleczyć zapaleniu.

3. Wczesne wykrycie raka winno być powierzone głównej centralnej stacji przeciwrakowej, która będzie posiadała mniejsze stacje, rozsiane po całym państwie i połączone z kliniką, w których znajdowałyby się wszystkie sposoby leczenia raka, jak rad, rentgen, wraz z salą operacyjną. Te organizacje przeciwrakowe winny dbać o wychowanie publiczności za pomocą odczytów, książek, broszur, gazet, afiszów, kin, radjofonji, wystaw i t. d.

Trzeba się postarać o skuteczną walkę z szarlatanami, którzy się ogłaszają w gazetach, że skutecznie leczą raka i t. p.

Trzecie pytanie omawiali profesorowie Anderodias i Peryo etjologii, ewolucji i rokowania krwotoków poporodowych, a A. Couvelaire o leczeniu ich.

Późnym krwotokiem autorowie nazywają krwotok od 2 do 30 dnia po porodzie i rozróżniają późne krwotoki z powodu pozostawienia resztek łożyska i późne krwotoki bez widocznej przyczyny.

Bywają krwotoki też z powodu transformacji włókien mięsnych macicy.

W przypadku krwotoku trzeba najpierw rozstrzygnąć kwestję, czy w macicy zostały resztki łożyska, czy też nie. Co do rokowania, to nic nie może nam wskazać, czy mamy do czynienia z przypadkiem groźnym, czy też nie.

Leczenie powinno być bardzo ostrożne. Po zbadaniu wnętrza macicy ściśle obserwować chorą i nie wahać się w razie potrzeby zastosować histerektomję.

L. E b i n.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

W sprawie oddziałów szpitalnych dla chorych na gruźlicę *).

Podał

Dr. M. SKOKOWSKA - RUDOLFOWA (Warszawa).

Dnia 15.X.1930 r. odbyło się posiedzenie Sekcji Przeciwgruźliczej Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z referatem podpisanej p. t. „Organizacja zakładów przeciwgruźliczych w związku ze współczesnymi metodami leczenia gruźlicy” (ogłoszonym w czasopiśmie „Lekarz Polski” Nr. 1, 1931).

W referacie tym zostały wysunięte następujące tezy:

1) Leczenie klimatyczne wytrzymało próbę czasu i pozostaje metodą, wskazaną dla pewnej grupy przypadków.

2) Coraz większe uznanie zyskuje terapia mechaniczno - uciskowa.

3) Terapia mechaniczno - uciskowa może być stosowana z dobrym wynikiem na oddziałach szpitalnych, odpowiednio urządzonych i znajdujących się w odpowiednich warunkach.

4) Należy dążyć do tworzenia oddziałów dla chorych na gruźlicę płuc przy szpitalach ogólnych pod następującymi warunkami: a) oddziały te powinny się znajdować w otoczeniu, umożliwiającem leczenie klimatyczne, b) posiadać dogodną komunikację z miastem, aby poszczególni specjaliści mieli łatwy dostęp,

c) powinna być zapewniona współpraca chirurga - specjalisty, d) na oddział powinny być przyjmowane wszystkie przypadki gruźlicy: w celu obserwacji, izolacji i leczenia, e) należy przeciwstawić się tworzeniu domów izolacyjnych, mających na celu jedynie odosobnienie chorych z gruźlicą daleko posuniętą rozpadową.

Członkowie Sekcji Przeciwgruźliczej poparli wysunięte tezy, wypowiadając się za tworzeniem dobrze urządzonych oddziałów szpitalnych dla gruźlicy z tem, że oddziały te muszą być przeznaczone dla izolacji, segregacji, obserwacji i leczenia, winny być położone blisko miasta, żywienie na tych oddziałach powinno być lepsze, niż na oddziałach innych.

Paru mówców wprawdzie wypowiedziało się za tworzeniem izolatorów dla beznadziejnych, nie jest to jednak zgodne z obecną tendencją, panującą w dziedzinie społecznego zwalczania gruźlicy, i nie może być również u nas uważane za zasadę słuszną.

W wyniku dyskusji Sekcja uchwaliła prosić czyniki miarodajne, by poleciły przystąpić w najkrótszym czasie do zorganizowania przy każdym szpitalu oddziału dla chorych na gruźlicę. Oddział taki winien być prowadzony przez lekarza specjalistę, dobrze obeznanego z metodami leczenia gruźlicy.

Chcąc sprawdzić, chociażby na materiale ograniczonym, słusność tych postulatów, zestawiałam dane, nadesłane mi uprzejmie z kilku zakładów przez p. p. Naczelników Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia. Dzięki również uprzejmości p. Dr. Orzechowskiego, Naczelnika Wydziału XX Szpitalnictwa m. st. Warszawy, otrzymałam dane, dotyczące szpitali warszawskich.

*) Referat wygłoszony na Zjeździe Naczelników Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia w dn. 8.II.1932 r.

Przedstawione poniżej liczby pochodzą z następujących zakładów: sanatoriów w Obornikach, Hołosku, Prądniku Białym, Otwocku, Rudce, dziecięcych na „Górcie” w Busku i Uniwersytetu Jagiellońskiego w Zakopanem; szpitala wyłącznie dla gruźlicy w Mieni i oddziałów gruźliczych przy szpitalach ogólnych w Warszawie i „na Zwierzyńcu” w Wilnie.

Liczba łóżek w zakładach specjalnych waha się od 70 (w Mieni) do 240 (w Otwocku), na Prądniku 220, w Obornikach i na Górcie po 200; w Zakopanem (dziecięce) 150, w Rudce 119, w Hołosku 94 (latem 150); na oddziałach szpitalnych od 23 łóżek, co stanowi 2,1% wszystkich łóżek w szpitalu starozakonnym, do 81 łóżek (8,4%) w szpitalu Dz. Jezus (szpital w Wilnie 50 łóżek — 38%, szpital Wolski w Warszawie 40 ł. — 24%, św. Ducha 36 ł. — 9,5%; św. Łazarza 77 — 10%).

Przeciętne dzienne obłożenie w roku 1930 przedstawia się dobrze i wynosi od 60% (Górka) do 98% (Oborniki), dla innych wynosi: w Hołosku 68%, w Prądniku 76%, w Zakopanem (dziecięce) 80%, w Wilnie 87%, w Rudce 80%.

Nie mam danych dla sanatorium w Otwocku i dla szpitali.

Przeciętną liczbę dni pobytu chorego podaje tylko kilka zakładów. Liczba ta bardzo ważna i ciekawa wynosi dla 3-ch sanatoriów o zbliżonym typie — barakowym w Wilnie i Hołosku po 47 dni, w Obornikach 65 dni (dla całego szpitala w Wilnie wynosi ona 32 dni). W sanatoriach dziecięcych pobyt trwa znacznie dłużej — 100 dni w Sanatorium U. J. w Zakopanem, a na „Górcie” 90 dni dla dzieci urzędników państwowych, od 90 do 360 dni dla dzieci z Kas Chorych i nawet powyżej 360 dla dzieci samorządowych. Zależy to, moim zdaniem, nietyle od postaci choroby (oba te sanatoria są przeznaczone dla dzieci z gruźlicą kostną), ile od bardziej humanitarnego stosunku do chorego dziecka, niż do dorosłego, dzięki czemu kierownikom tych sanatoriów udaje się nieraz „wytargować” dłuższy pobyt dla dziecka.

Personel lekarski w sanatoriach przedstawia się następująco: 1 lekarz na 50-ciu chorych w Obornikach i w Wilnie, 1 na 36 w Hołosku i Prądniku Białym, 1 na 60 w Otwocku, 1 na całe sanatorium, czyli 150 łóżek w Zakopanem (dziecięce), 1 na 70 łóżek w Busku. W szpitalach: 1 na 70 w Mieni, 1 na 21 w Wolskim, 1 na 27 u św. Łazarza, 1 na 76 u św. Ducha. Liczba pielęgniarek zależy od systemu danego szpitala — jeśli jest więcej personelu pomocniczego zastępczego, mniej potrzeba pielęgniarek wykwalifikowanych. W Obornikach przypada 1 pielęgniarka na 20 chorych, w Hołosku 1 : 25, w Prądniku Białym 1 : 12, w Otwocku 1 : 16; w dziecięcym w Zakopanem 1 na 37, nie licząc wychowawczyń, których liczby nie znam, na Górcie 1 na 18, a o ile się będzie liczyło również praktykantki pomocnicze — to 1 : 7.

W szpitalach specjalnych w Wilnie i w Mieni wypada: 1 na 17, w szpitalach ogólnych: 1 na 9 w Wolskim, 1 na 14 u św. Ducha, 1 na 13 u św. Łazarza, 1 na 10 w Wilnie (dla całości). Widzimy więc, że zarówno lekarski personel, jak i pielęgniarski jest znacznie stosunkowo mniej liczny w sanatoriach i szpitalach, wyłącznie dla gruźlicy przeznaczonych, niż w szpitalach ogólnych, i że oddziały gruźlicze nie stanowią obciążenia pod tym względem dla szpitali ogólnych.

Przejdźmy do opłat i kosztów.

Opłaty od chorego w klasie najwyższej mamy dla kilku sanatoriów, wynoszą one za wszystko razem: 16 zł.

dziennie w Rudce, 15 w Prądniku Białym, 12,50 w Obornikach; w Hołosku 11 zł., dla chorych prywatnych z oddzielną dopłatą za leki i zabiegi.

Do porównania we wszystkich zakładach nadają się opłaty najniższe za całość pobytu, włączając opiekę lekarską, zabiegi i leki. Taką opłatą wynosi: 12 zł. dziennie w Hołosku, 11 zł. na kl. II i 5,50 na kl. III w Prądniku, 9,50 dla nieubezpieczonych i 8,50 dla ubezpieczonych w Obornikach, 11 zł. w Rudce, 10 zł. od dziecka nieudziałowca i 8 zł. od udziałowca w Busku; 5,50 dla wszystkich bez wyjątku dzieci w Zakopanem, 4 zł. na oddziale w Wilnie. Taksa w szpitalach warszawskich wynosiła 10 zł. dziennie, koszt istotny wahał się od 7,70 zł. u św. Ducha do 17,09 u Karola i Marji (9,03 w Mieni, 9,40 w Wolskim, 8,79 u św. Łazarza i t. d.). Prawdziwą niespodziankę przedstawia krzywa kosztów sanatoryjnych w Otwocku: 15,92 w r. 1929/30, 10,60 w 1931/32 i preliminowane na 1932/33 — 9,37).

Istotne koszty starałam się rozbić na: koszty żywienia, opieki lekarskiej, administracji i inne. Istotny koszt żywienia podały prawie wszystkie zakłady. Najwięcej na żywienie wydaje Oborniki — 4,84 zł. dziennie; 3,47 wydaje Hołosko; 3,20 Otwock i Mienia; 2,50 Prądnik Biały w kl. I i II i 1,30 zł. w kl. III-ej, 2,33 „Górka” w Busku, 2,20 wraz z opieką lekarską, Jagiellońskie, 2 zł. Wilno; szpitale warszawskie liczą 2,20 żywienie każdego chorego, a na oddziale gruźliczym 2,42 zł. Dość trudne jest zorientowanie się w kosztach opieki lekarskiej: Oborniki i Prądnik Biały podają je łącznie z wydatkami na administrację, co wynosi 4,08 zł. dziennie w Obornikach i 4,20 w III kl. w Prądniku; Hołosko oddzielnie 1,6 zł. (3,6 na administrację, 0,87 na wydatki rzeczowe, 2,3 na amortyzację); Górka wydaje na opiekę lekarską 0,67 zł., zato na opiekę pielęgniarską 2,29, a w sanatorium dziecięcym w Zakopanem, jak wyżej (2,20 żywienie i opieka lekarska razem).

Szpitala warszawskie mają wszystkie ustaloną normę: 0,30 na dzień i głowę na leczenie chorych na gruźlicę i choroby wewnętrzne inne, 0,35 na chorych ocznych, 0,50 — chirurgicznych.

Jak widzimy, najtańszy jest chory gruźliczy (jeszcze tańszy jest psychicznie chory: leczenie jego kosztuje tylko 0,11 zł. na dzień i głowę).

Reasumując pokrótce zestawienie liczb, otrzymanych z 16 jednostek sanatoryjnych i szpitalnych, można twierdzić, że: 1. oddział dla gruźlicy płuc przy szpitalu jest oddziałem, który nie tylko nie obciąża całości szpitala, lecz stanowi jednostkę b. taną; 2. wydatki na obfite żywienie, nawet znacznie przewyższające pod względem jakości i ilości pożywienie na oddziałach innych, są skompensowane przez mniejsze wydatki na personel i zabiegi; 3. nie ma prawie różnicy pomiędzy kosztami na oddziałach szpitalnych dla gruźlicy i kosztami w zakładach specjalnych wyłącznie przeznaczonych dla gruźlicy, budowanych tanio (barakowo); 4. niezależnie od tego, czy jest to zakład, wyłączony dla gruźlicy przeznaczony, czy oddział dla gruźlicy przy szpitalu, koszt jest mniejszy przy ogólnej liczbie łóżek około 100-u. Nie należy jednak przeceniać zależności pomiędzy wysokością kosztów utrzymania i liczbą łóżek. Są małe szpitale, administrowane dobrze i tanio; jest to sprawa wewnętrznej organizacji, zależnej również od kierownictwa i poziomu lekarskiego; 5. przy braku oszczędnej administracji i braku zadłużenia koszt pobytu jednostki może być znacznie obniżony, nawet w drogiej miejscowości kuracyjnej i przy tak kosztownych pacjentach, jakimi są dzieci. Sanatorium

Uniwersytetu Jagiellońskiego jest, poza Wilnem, najtańszem z sanatorjów i szpitali.

Wniosek: Zakłady dla gruźliczych należy budować tanio w typie barakowym dla osiągnięcia minimalnych kosztów amortyzacyjnych; winny to być jednostki średniej wielkości. Tam, gdzie są już szpitale ogólne w odpowiednich warunkach (za miastem, w otoczeniu parku), należy tworzyć osobne oddziały dla gruźlicy wielkości potrzebnej dla danej miejscowości; obciążą to minimalnie szpital ogólny, a oddziałowi pozwoli korzystać ze wszelkich urządzeń szpitalnych.

Nowobudujące się szpitale ogólne należy wznosić w otoczeniu, odpowiadającym warunkom sanatoryjnym i z myślą o utworzeniu oddziału dla gruźlicy. Wogóle, jeśli chodzi o warunki otoczenia, to nie powinno się odróżniać szpitali specjalnych, które powinny być

w warunkach dobrych, i szpitali ogólnych, które „mogą być” w warunkach gorszych. Opinię tę potwierdza zresztą kongres międzynarodowy szpitalnictwa w Wiedniu. Każdy szpital musi mieć otoczenie, zapewniające choremu spokój, dobre powietrze i światło.

Należy przygotować dla szpitali ogólnych lekarzy, posiadających wiedzę podstawową z dziedziny fizjologii.

Na rozbudowę oddziałów szpitalnych dla gruźlicy i na kształcenie dla tych oddziałów personelu muszą się znaleźć pieniądze, wychodząc z założenia, że podstawowym i najpilniejszym obowiązkiem służby zdrowia jest walka z ostreymi chorobami zakaźnymi i gruźlicą. Aparat tej walki w żadnym wypadku nie może być zmniejszony, a przeciwnie powinien osiągnąć stopień, odpowiadający potrzebom Państwa.

Wiadomości bieżące

Dzień 28 lutego r. b. był dniem święta nauki polskiej, dniem uroczystego obchodu 50 letniej działalności Kasy Miłośników Nauki, instytucji, założonej pod hasłem przeciwdziałania zaciętej rusyfikacji kraju, której gorliwym rzecznikiem był smutnej pamięci Apucztiński, ówczesny kurator warszawskiego okręgu naukowego. Kasa postawiła sobie za cel popieranie nauki polskiej pod wszelką postacią: jako zapomoga na kształcenie się, jako pomoc dla wydawnictw naukowych, dla instytutów badawczych i t. d. Wobec statutu, który traktował Kasę, jako instytucję dobroczynną, istotnych jej tendencji ujawniać nie wolno było, cała działalność Komitetu Kasy odbywała się przeto do pewnego stopnia konspiracyjnie. Pomimo tych trudnych warunków pracy Kasa wydała około 1200 dzieł naukowych, wśród których bogato reprezentowana jest dziedzina przyrodoznawstwa i medycyny. Prócz mnóstwa podręczników znajdujemy tu dwa znakomite wydawnictwa: „Wisła” i „Pamiętnik fizjograficzny”. Zaszczytną rolę w dziejach Kasy odegrał nasz świat lekarski: jednym z założycieli i pierwszym jej prezesem był Tytus Chałubiński, późniejszym długoletnim prezesem był Konrad Dobrski, a wśród członków Komitetu na potykamy nazwiska: Baranowskiego, Hoyer, Śliwickiego, Zygmunta Kramsztyka, Kamockiego, Flauma, Chełmońskiego, Pawińskiego. Pracy i ofiarności Komitetu zawdzięcza Kasa swój imponujący rozwój, który pozwolił ziścić marzenie jej założycieli — postawić naukę polską na takim poziomie, aby naród miał prawo powiedzieć o sobie: „Tworzę, więc jestem”. Zadanie to Kasa chlubnie spełniła.

Przemianowana w r. 1916 na Instytut popierania twórczości naukowej polskiej, święci Kasa w roku bieżącym półwiecze swej nieśmiertelności. Za lat 50, wierzymy w to niezachwianie, z równą, jak dziś, dumą spoglądać będzie na owoc swej pracy wiekowej.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Doszło do wiadomości Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, że niektóre hurtowe składy materiałów aptecznych, które nie posiadały koncesyj na hurtową sprzedaż substancji i przetworów odurzających, lub którym koncesje te na rok bieżący nie były przedłużone, przyjmują zapotrzebowania aptek i pośredniczą w nabywaniu środków odurzających między aptekami publicznymi i zakładami, a hurtowniami, posiadającymi właściwe koncesje.

Zdarza się przytem, że nadsyłane zapotrzebowania pochodzą od aptek zakładowych, niepozostających pod zarządem osób, uprawnionych do zarządu normalnymi aptekami publicznymi wbrew postanowieniom rozporządzenia z dn. 20 maja 1929 r. (Dz. U. R. P. Nr. 48 poz. 402).

W związku z powyższem Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi o zwrócenie przez Inspektorów farmaceutycznych bacznej uwagi na przestrzeganie przez koncesjonowanych hurtowników na obszarze powierzonego Panu Województwa § 15 rozporządzenia z dnia 1 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 52 poz. 499) o substancjach i przetworach odurzających.

W razie ujawnienia przekroczeń powyższego rozporządzenia winny grozi odebranie posiadanej koncesji.

Odpis niniejszego zarządzenia przesyła się równocześnie wszystkim zainteresowanym firmom hurtowym, którym przyzna-

no w roku 1932 koncesję na hurtowy handel środkami odurzającymi oraz na ich wyrób i przeróbkę.

— Dr. fil. i med. Piotr Słoniński habilitował się do histologii i embriologii na wydziale lekarskim Uniwersytetu w Warszawie.

— Polski Komitet Opieki nad Dzieckiem zawiadamia, iż zostały już rozesłane wszystkim prenumeratorom „Pedjatrji Polskiej” zeszyty 5 i 6 XI-tego Tomu, zawierające treść wszystkich wygłoszonych referatów oraz szczegółowe sprawozdanie z ostatniego (23—26. V. 1931 r.) IV-go Zjazdu pedjatrów polskich w Łwowie. PP. Lekarze, nie prenumerujący „Pedjatrji Polskiej”, mogą nabywać pozostałe w niewielkiej liczbie egzemplarze Zesz. 5 i 6 w Polskim Komitecie Opieki nad Dzieckiem, Warszawa, Jasna 11, lub wpłacając na P. K. O. conto Nr. 5882 sumę zł. 10.

— Program kursu dokształcającego dla lekarzy szkolnych (4—16 kwietnia b. r.), organizowanego przez Ministerstwo W. R. i O. P. w porozumieniu z Kierownikiem Poradni Wychowania Fizycznego przy II Klinice chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego: na temat „Fizjologia i patologia wieku młodzieńczego”.

1. Zagadnienia z dziedziny medycyny wewnętrznej.

- a) Zasadnicze pojęcie o konstytucji i o wydzielaniu wewnętrznym. Docent Dr. Włodzimierz Filiński — 2 godz.
- b) Zarys czynności układu vegetatywnego wraz z próbami badania tego układu. Dr. Eleonora Reicher — 3 godz.
- c) O przemianie materji przy pracy z uwzględnieniem gimnastyki i sportu. Dr. Eleonora Reicher 2 godz.
- d) O oddychaniu. Doc. Dr. Zdzisław Gorecki 2 godz.
- e) O znaczeniu sposobu oddychania dla wyczynu sportowego. Dr. Zbigniew Lewicki 1 godz.
- f) Narząd krążenia a praca fizyczna. Dr. Eleonora Reicher 4 godz.

Z ćwiczeniami praktycznymi 3 godz.

- g) O wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy. Dr. Janina Miśiewicz 4 godz.
- h) Zasady gimnastyki leczniczej. Dr. Janina Titz 2 godz.
- Z pokazami lekcji gimnastyki leczniczej 1 godz.
- Pokaz lekcji gimnastyki zwykłej z objaśnieniami 1 godz.
- i) Wskazania i przeciwwskazania do ćwiczeń cielesnych z punktu widzenia medycyny wewnętrznej. Dr. Eleonora Reicher 2 godz.

II. Zagadnienia z dziedziny chirurgji. Docent Dr. Adolf Wojciechowski.

- a) Błędy postawy, budowy, wady rozwojowe i inne — 4 godz.
- b) Wskazania i zakres stosowania gimnastyki leczniczej z punktu widzenia chirurgji 4 godz.
- c) Kiedy dziecko powinno być zwolnione z ćwiczeń cielesnych w związku z cierpieniami chirurgicznymi i na jak długo? — 2 godz.

III. Psychopatologia okresu dojrzewania. Zadanie psychologa szkolnego. Dr. K. Mikulski 3 godz.

IV. (Dodatkowe). Schorzenia górnego odcinka dróg oddechowych. Schorzenia uszu. Higjena mowy. Prof. Dr. Jan Szmurło 3 godz.

U w a g a. Warunki przyjęcia na kurs podane były uprzednio.

— Czwartą zjazd lekarski w Krynicy, który się odbędzie w dniach 15 i 16 maja 1932 r., w krótkim czasie ustali dokładny program naukowy zjazdu i roześle szczegółowe zawiadomienia prasie i szerokim kołom lekarskim.

Dotychczas zgłosili odczyty: Prof. Dr. G l u z i ń s k i Antoni (Warszawa), Prof. Dr. Z u b r z y c k i January (Kraków), Doc. Dr. K e l l e r J. (Kraków), Doc. Dr. S t e f a n S t e r l i n g - O k u n i e w s k i i Dr. E d w. G r o d z i e ń s k i (Warszawa), Dr. H. B r a n d (Krynica), Dr. S t. C i k o w s k i (Kraków), Dr. F r. K m i e t o w i c z s e n. (Krynica), Dr. W i t. Ł u c z y ń s k i (Lwów), Dr. L. P t a s z e k (Kraków), Dr. J. R o s e n b u s c h i T a d e u s z T o c z y s k i (Lwów), Dr. A l. R y t e l, Dr. I m i s ł a w R o z b i c k i, Dr. S t a n. T r o j a n o w s k i (Warszawa), Dr. B r. S t ę p o w s k i (Kraków), Dr. E. T u r y n a (Kraków), Dr. J. R. W ę g i e r k o (Warszawa).

— Nr. 2 miesięcznika „Wiedza i Życie” zawiera: Dr. January K o ł o d z i e j c z y k. Pochodzenie polskich nazw roślinnych. Włodzimierz F i s z e r. Goethe jako człowiek i poeta. Prof. W. M a s s a l s k i. Problem Pacyfiku. Irena D r o z d o w i c z - J u r g i e l e w i c z o w a. O popularyzacji wiedzy. Jerzy B a r s k i. Węgiel jako czynnik państwowej polityki gospodarczej. L. R. Republika dzieci. Dr. Stanisław G a r t k i e w i c z. Sen zimowy. Życie kulturalne. Wśród książek. Z szerokiego świata.

— Międzynarodowy Kongres Lekarski w Vichy, wyłączny temat: Kamica żółciowa.

Następujące referaty wygłoszone zostaną na posiedzeniach plenarnych Kongresu Międzynarodowego, który odbędzie się

w V i c h y od 19 do 22 września 1932 r. pod wysokim patronatem Ministra Zdrowia Publicznego, przy udziale 39 państw.

1° N a s t ę p s t w a w y c i ę c i a w o r e c z k a żółciowego.

A. Klinika i patogeniza następstw usunięcia woreczka żółciowego, Dr. V. D o n n e t New York, Prof. Mariano C a s t e x, Buenos-Aires.

B. Objawy bólowe występujące po operacji woreczka żółciowego, Prof. C a s t a i g n e, Clermont — Ferrand.

C. Wskazania do zabiegów operacyjnych, Prof. G o s s e t i prof. P e t i t - D u t a i l l i s, Paryż.

D. Lecznictwo ogólne i wodolecznictwo, Prof. G i r a u d, Montpellier.

E. Djagnostyka rentgenologiczna, Prof. B e c l e r e, Paryż.

2° L e c z e n i e o g ó l n e i w o d o l e c z n i c z e z a p a l e n i a w o r e c z k a żółciowego w kamicy żółciowej.

A. Główne wskazania do drenowania woreczka żółciowego w kamicy żółciowej, Prof. C h i r a y, Paryż i Dr. P a v e l Bukareszt.

B. Wskazania i przeciwwskazania do stosowania środków żółciopędnych w kamicy żółciowej, Prof. C h a b r o l Paryż.

C. La thérapeutique des infections du cholécyste, Prof. A b r a m i, Paris.

D. Działanie wód mineralnych na środowisko woreczka żółciowego, Prof. P i e r y, Lyon.

E. Fizjoterapia uśmierniająca w schorzeniach woreczka żółciowego, Dr. D e l h e r m i Dr. D a u s s e t, Paryż.

F. Opieka przed- i pooperacyjna w kamicy, Prof. U m b e r, Berlin.

3° K a m i c a w ą t r o b o w a.

A. Rola wątroby w patogenizie kamicy żółciowej, Prof. F i e s s i n g e r, Paryż.

B. Żółtaczką w kamicy głównego przewodu żółciowego, Prof. B r u l e, Paryż.

C. Zmiany wątroby w żółtaczce kamicowej: a) metody chemiczne, Dr. D i e r y c k, Louvain, b) metody radiologiczne, Dr. G i l b e r t, Genewa.

E. Wskazania chirurgiczne w żółtaczce kamicowej, Prof. G a t e l l i e r, Paryż.

B i u r o K o n g r e s u:

Przewodniczący Kongresu: Prof. P. C a r n o t,

Przewodn. Sekcji Ogólnej: Prof. M. L o e p e r,

Przewodn. Sekcji Chirurg.: Prof. P. D u v a l,

Przewodn. Sekcji Hidrolog. i Terapeut.: Prof. M. V i l l a r e t,

Przewodn. Sekcji Elektro - Rentgenolog. i Fizjoterapii: Dr. B e l o t,

Sekretarz Główny: Dr. A i m a r d,

Zastępca Sekretarza: Dr. G l e n a r d.

Zgłoszenia uczestnictwa i wszelkie zapytania winny być kierowane do Sekretarjatu Kongresu: Paryż, 24, Bd. des Capucines.

N A D E S Ł A N O D O R E D A K C J I.

Dr. A. F i u m e l mjr.-lek. Ratownictwo w zatruciach. Nakładem „Lekarza Wojskowego”. 1932.

Prof. Dr. Franciszek V e n ń u l e t. Zagadnienie wiary w medycynie. Odbitka z „Wolnomysliciela Polskiego”. 1932. Nr.Nr. 2 i 3.

Władysław M a t e c k i. O korelacji kliniki i konstytucji w psychozach pochodzenia kilowego. Odb. z „Rocznika Psychjatricznego”. 1932. Z. XVII.

Prof. W. S z u m o w s k i. Sur la nécessité de rendre l'étude de l'histoire de la médecine obligatoire dans les Universités. Dapport présenté au VIII Congrès International d'histoire de la médecine à Rome le 26 septembre 1930. Odb. z „Atti de VIII-o Congr. Internazional. d'istoria della Medicina.

L. E n d e l m a n. Zweiter und dritter Fall von Ogu-chischer Krankheit in Europa. Odb. z „Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.“ 1931. Grudzień. T. 87.

Sprawozdanie z działalności Polskiego Związku Przeciwwgruźliczego za rok 1930/31. Warszawa. 1931.

Prof. Ludwig H i r s z f e l d. Prolegomena zur Immunitätslehre Odb. z „Klin. Wochschr.“ 1931. Nr. 47.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

27. II. Warszawskie Koło Tow. Internistów Polskich.

1) H. Z a l c m a n: Przypadek zgorzeli płuc, powstałej wskutek przebicia zwężonego przelyku. 2) W. K o n d r a t o w i c z: Działanie chlorku baru w przypadku bloku serca u osobnika z objawami miażdżycy sercowo-naczyniowej. 3) M. S e m e r a u - S i e m i a n o w s k i i J. M u s z k a t e n b l i t: W sprawie leczenia ciężkich napadów Adams-Stokes'a. 4) S k ł o d o w s k i i K u l e s z y n a: Epikryza przypadku konstytucji hemolitycznej. (Patrz 1-sze posiedzenie Koła w r. 1930/31). 5) A. R y t e l i T. D z i e w a n o w s k a: Zjawiska współaglutynacji w przypadku duru brzuszego. 6) A. L a n d a u, S. K a m i n e r i T. H e r c e n b e r g o w a: Przypadek wczesnych obrzęków w przebiegu raka żołądka, symulujących niedomogę krążenia. 7) G e r n e r i J. K o ł o d z i e j s k i: Uchyłek dwunastnicy, resekcja żołądka.

1. III. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1) B r o k m a n H. Poglądy na patogenę oraz leczenie chorób zakaźnych w związku z zagadnieniem alergii.

2) K o t a r s k a - D e t t l o f H. i M o c z a r s k i W. Ocena niezdolności do pracy w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego.

1. III. Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

P o k a z y.

M. F e j g i n i B. R o s e n b e r g: Odosobniona gruźlica śledziony w przebiegu przewlekłej niedomogi płucno-sercowej z wtórną poliglobulią.

O d c z y t y.

1) B. F e j g i n ó w n a i M. M a y z n e r: Zagadnienie szczepień ochronnych w ostrych chorobach zakaźnych (błonica, krztusiec, płonica i t. d.).

2) Z. K u r l a n d z k i: O uodpornieniu przeciwko odrze.

2. III Polskie Towarzystwo Pedjatryczne

Oddział Warszawski.

1. Pokazy. 2. L. E n d e l m a n. Najważniejsze choroby oczu wieku dziecięcego. (Co pedjatra z okulistyki wiedzieć powinien).

5. III. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

L. H i r s z f e l d. Prawo Henlego - Kocha w świetle bakterjologii współczesnej.

7. III. Polskie Lekarskie Towarzystwo Radjologiczne.

1. K o c h a n o w s k i J. Z kazuistyki wad rozwojowych kręgosłupa. 2. G r y n k r a u t B. Guz kostny 12-go żebra. 3. E l e k t o r o w i c z A. Przypadek przetoki żołądkowo - kiskowej połączonej z ropniem podprzeponowym. 4. K r z e p i s z J. 3 przypadki choroby Pageta. 5. K r y n s k i B. Przyczynek do badania śluzówki przelyku. 7. S i t k o w s k i W. Oleothorax.

TREŚĆ: P. SZPILMAN-NEUDINGOWA. O znaczeniu djaagnostycznym badania płynu n ó z g. - rdzeniowego. — B. KAR-BOWSKI. Uwagi w sprawie leczenia nowotworów przysadki mózgu radem. (C. d.). — H. LANDAU. O badaniu czynnościowym nerek. (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — M. SKOKOWSKA-RUDOLFOWA. W sprawie oddziałów szpitalnych dla chorych na gruźlicę. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: P. SZPILMAN-NEUDING. Sur la valeur diagnostique de l'examen du liquide céphalo-rachidien. — B. KARBOWSKI. Remarques sur le traitement des néoplasmes de l'hypophyse du cerveau par radium. (suite). — H. LANDAU. Sur l'examen fonctionnel des reins. (Rev. gén. fin.). — M. SKOKOWSKA-RUDOLF. Au sujet des services hospitaliers pour les tuberculeux.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

Okładka tytułowa złotych 500.—Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300,— pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—

Ogłoszenia na miejscach nierezewowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 140.—, ćwierć str. 80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

Załączenie wkładki do całego nakładu zależnie od wagi od zł. 200,— do 400.—

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego mieści się w drukarni „SIŁA“, Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

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

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

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-jej do 11 r.