

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, 25 LUTEGO 1932 R.

Nr. 8

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego
(Dyrektor: † Prof. Dr. med. Edward Ż e b r o w s k i).

Melodja serca.

Podał

Dr. med. Aleksander RYTEL
St. Asystent Kliniki (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 7).

Drugi składnik 1 tonu stanowi dźwięk zatrząskujących się zastawek dwu- i trójdzielnej. Od pierwszej chwili okresu protosystolicznego nitki ścięgniste biorą udział w zamknięciu żagli zastawkowych.

P i e r w s z y m momentem, wywołującym rozszczępienie 1 tonu będzie patologiczna zmiana zarówno żagli zastawkowych, jak i nitek ścięgnistych. Zmiany te powodują inne warunki drgania zastawek i przejawiają się w formie rozszczępienia.

D r u g i m czynnikiem powodującym rozszczępienie 1 tonu, jest różnica czasu w równoczesności napięcia zastawek dwu- i trójdzielnej, zależna od różnicy ciśnień, powstałych w dużym i małym krwiobiegu. W tym krwiobiegu, w którym ciśnienie staje się większe, stuk zastawek występuje szybciej. Tak np. w zwężeniu lewego ujścia żylnego, o ile mamy przepełnienie przedsionka lewego oraz następczą zastoinę w małym krwiobiegu i sercu prawem, zastawka trójdzielna wskutek wzmoczenia się ciśnienia w komorze prawej zatrząskuje się szybciej, niż zastawka dwudzielna. Podczas wydechu wzmagają się ciśnienie w lewej połowie serca, i dlatego zastawka dwudzielna zamyka się szybciej, niż trójdzielna.

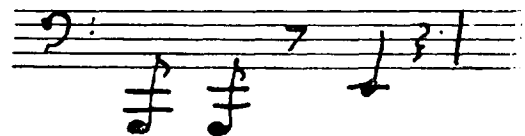
T r z e c i m czynnikiem, wywołującym już nie rozszczępienie, lecz rozdwojenie 1 tonu o charakterze cwałowym przez wyraźne zaznaczenie się trzeciego tonu, będzie różnoczesne zamknięcie się zastawek dwu- i trójdzielnej wskutek zaburzeń w przewodnictwie w widelkach H i s a, idących do poszczególnych komór.

W przypadkach uszkodzenia widelków pęczka H i s a lewokomorowych prąd czynnościowy sprawnie przejdzie do komory prawej i do zastawki trójdzielnej, natomiast opóźni się stuk zastawki dwudzielnej, powodując w ten sposób powstanie cwału skurczowego.

Wobec tego, że prawa i lewa komora kurczą się niejednocześnie, ton pierwszy traci na sile, a drugi zachowuje swą barwę dźwiękową, i wskutek tego powstaje cwał z zachowaniem dużej pauzy i akcentem 2 tonu.

Cwał ten B o u i l l a u d opisał w 1872 roku pod nazwą bruit (cris) de rapel (sygnał kawaleryjski), nie podając pochodzenia tego cwału. Graficznie cwał ten można przedstawić w sposób następujący:

— — | — — | (ta ta tam). Melodję zaś jego pozwalam sobie ująć podług poniżej załączonego brzmienia:



Wzmoczenie 2 tonu odróżnia cwał ten od cwału konia chłopskiego (presystolicznego) i cwału szkolnego (mezodjastolicznego).

Trzeci składnik pierwszego tonu przedstawia buczenie prężących się mięśni okrężnych serca, które wyciskają kolumnę krwi z przepełnionej komory. Kiedy rozpoczyna się ten okres prężenia się tkłku mięśniowego serca?

Otóż, po stuknięciu żagli zastawkowych, bodziec przebiega do nici P u r k i n j e g o, a przez nie do mięśni okrężnych serca. Mięśnie okrężne rozpoczynają swą pracę, powodując powstanie tonu mięśniowego, który jest trzecim składnikiem 1 tonu.

Czas niezbędny na przejście przewodnictwa przez nici P u r k i n j e g o od mięśni brodawkowatych do mięśni okrężnych wynosi od 0,03 do 0,05 sekundy.

W *endocarditis subparietalis* lub w miażdżycy gałązek wieńcowych serca występują ogniska rozmiękczenia serca, które utrudniają dopływ normalnych bodźców podnieciowych, opóźniają skurcz w uszkodzonej stronie. Jeżeli są takie przeszkody, to dźwiękowy przejaw skurczu mięśnia może się bardzo spóźnić. Wtenczas słuchowo stwierdza się rozszczępienie, które zaznacza się na pierwszym tonie bardzo wyraźnie z dźwiękiem osłuchowym (tra ta, tra ta, tra ta). Rozszczępienie mięśniowe jest wyraźnie miękkie.

Oczywiście, ustalając w celach rozpoznawczych to rozszczepienie, należy zwracać uwagę na fazy oddechowe i stałość zjawiska osłuchowego.

Stale stwierdzone rozszczepienie przemawia za zmianami w mięśniu sercowym, utrudniającymi przewodnictwo, mogącemi niekiedy doprowadzić do niemiarowości przez wytwarzanie punktów, które dają miejscowe kołowania wirów czyli powstawanie punktów *L e w i s a*. Z rozwojem kardiografji zwrócono uwagę nie tylko na rozszczepienie, ale i na wydłużenie czasu trwania I tonu, jego jasność, dźwięczność.

Ton głuchy, wydłużony i, jak go nazywają, nieczysty, przerywany (mal frappé Francuzów) świadczy o głębszych, bardziej rozległych zmianach mięśnia sercowego.

Badanie elektrokardiograficzne takiego serca wykazuje bardzo często arboryzację czyli rozszerzenie i załamane się faliste linii QRS wskutek utrudnionego przebiegu dla przewodnictwa elektrycznego w samym mięśniu.

Mięsień, tak zmieniony, nie daje skurczu ciągłego, lecz powoduje przerwę, wydłużenie i „nieczystość” tonu. Jeżeli równocześnie, osłuchując takie serce, stwierdzamy zmiany w postaci rytmu wahadłowego, to rozpoznanie znacznego uszkodzenia mięśnia zupełnie ustala się.

Opisane zmiany często powstają w miażdżycy naczyń wieńcowych serca, doprowadzającej do ogniskowej myomalacji w mięśniu sercowym z miejscowymi naciekami lub bliznami.

Poglądy niektórych autorów, starające się uszczuplić wniosek, które wypływają z danych osłuchowych, a utrzymujące, że n. błędny w dużym stopniu może powodować podobne zjawiska, nie całkowicie mają słuszość, gdyż stale stwierdzone tony głuche, niejasne, o rytmie wahadłowym w *s t a n i e s p o c z y n k u* zawsze przemawiają za stałymi zmianami w mięśniu sercowym, uwidocznionymi arboryzacją elektrokardiograficzną, tymczasem za rozkojarzonemi tonami, powstającymi w zależności od n. błędnego, przemawiają dane osłuchowe, stwierdzone w momentach wysiłku.

C z w a r t y m składnikiem I tonu jest dźwięk rozciąganych ścian tętnicy głównej oraz płucnej wywołany przez falę krwi, wyrzuconej do tych naczyń. Dźwięk ten zaznacza się wyraźnie na krzywej fonokardiograficznej *H e s s a*.

Zmienione patologicznie ściany tętnicy głównej lub płucnej, wyprowadzone z równowagi, drgają długo. Falowanie ich jest tam dłuższe i silniejsze, im bardziej te ściany są stwardniałe i naciągnięte. W patologji falowanie ścian naczyniowych daje się porównać do dźwięku słomki „chru - tu, chru - tu”. Suche te „chrupiące” dźwięki po raz pierwszy były opisane przez *P o t a i n e a*. Są one słyszalne na całej okolicy tętnicy głównej i płucnej. Dźwięk *P o t a i n e a*, stwierdzany stale u starszego człowieka, przemawia za bezwzględną zmianą tętnicy głównej.

Zespół w postaci wydłużenia pierwszego tonu, połączonego z „chrupaniem” i obecnością rytmu wahadłowego, jest pewną oznaką miażdżycy tętnicy głównej oraz zwykle równocześnie występującej miażdżycy naczyń wieńcowych.

3.

Jak zaznaczyliśmy, ton drugi, podobnie jak i I-szy, składa się z 4-ch komponentów:

Pierwszy składnik rozpoczynający 2 ton, jest to dźwięk utajony drgania ścian naczyniowych i zastawek. By rozumieć występujące w związku z tym komponentem rozszczepienia, a nawet niekiedy się przejawiające

o specjalnem zabarwieniu tony dodatkowe, należy uświadomić sobie przebieg tego okresu rewolucji serca. Rewolucja serca wykazuje, iż wskutek spadku ciśnienia w komorach następuje wglębnienie się do komór zastawek przez krew, cofającą się z opuszki tętnicy głównej i płucnej do stożka tętniczego (*conus arteriosus*). Jeżeli ściany naczyń i zastawek są sprężyste, to wklęsają one bez dźwięku, jeżeli zaś straciły na prężności, to dają wybitny klak. Na tle tonu drugiego wybija się ten klak na pierwszy plan. Ta pierwsza więc część składowa 2 tonu powoduje właśnie rozszczepienie lub przejawienie się dodatkowego tonu o charakterze klapiącym i świadczy o miażdżycy naczyń i o zmianach miażdżycowych płatków zastawkowych.

Drugim składnikiem 2-go tonu jest zatrzaśnięcie się zastawek tętnicy głównej i tętnicy płucnej, spowodowane spadkiem ciśnienia w komorach i przewagą ciśnienia w naczyniach. To zatrzaśnięcie się zastawek zaznacza się pewnym drgnięciem na krzywej kardiograficznej. Wyprowadzenie żagli z równowagi zależy od wpływu ciśnienia w naczyniach oraz od spraw patologicznych, istniejących na zastawkach, i przejawia się w formie zmiany osłuchowej 2 tonu. Naprzykład, wzrost ciśnienia w tętnicy płucnej powoduje wzmocnienie się dźwięku jej zastawek, również dźwięk ten jest wzmoczony w razie zmian miażdżycowych na zastawkach. Sprawy chorobowe, powodujące mniejsze napełnianie się lewej komory, sprwadza wydłużenie się fazy rozkurczowej, komora lewa przez czas dłuższy pozostawać tu będzie pustawą, czyli ciśnienie będzie niższe od zwykle istniejącego. Zastawki tętnicy głównej w okresie zamykania stukać będą mocno i szybciej, niż zastawki półksiężycowate tętnicy płucnej. Przyspieszenie to nie przekracza przeciętnie czasu większego, niż 0,01 sekundy. Przypadki te nie są częste. Jeżeli są one mniej wybitnie zaznaczone, to, oczywiście, nie mają większego znaczenia.

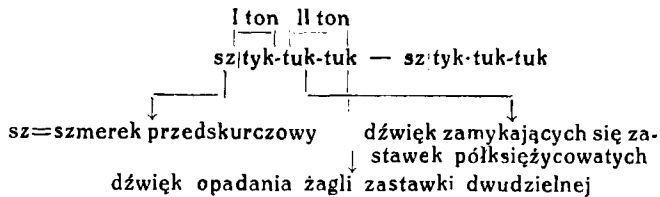
Ten rodzaj rozszczepienia stosunkowo często spotrzegają pedjatrzy u dzieci nad tętnicą płucną wskutek ucisku klatki piersiowej na jej zastawki półksiężycowate. Pamiętać również należy, że wszelka akcja fizyczna, psychiczna, która się odbywa i działa na n. współczulny, może dać rozszczepienie tegoż rodzaju. Działalność prawej komory od lewej w warunkach nawet fizjologicznych jest oddzielona 1/400 częścią sekundy.

Klinicznie więc najczęstsze są rozszczepienia 2 tonu wskutek powstawania różnicy ciśnień w prawej lub lewej komorze, w dużym lub małym krwiobiegu. W warunkach zwykłych silny wdech napełnia prawą komorę, i w tym okresie prąd krwi w rozszerzających się naczyniach płucnych zwalnia się, lewa komora wypełnia się wolniej, co powoduje szybsze zamknięcie zastawek tętnicy głównej. Mocny wydech powoduje większe napełnienie lewej komory, gdyż wyciska krew z płuc i lewego przedsionka, zastawki tętnicy płucnej zamykają się szybciej, niż tętnicy głównej. Rozszczepienie, zależne od zastawek, występuje również w przypadkach zmian patologicznych, zniekształcających zastawki.

Rozdwojenie oraz wzmoczenie 2 tonu nad tętnicą płucną występuje wskutek wzmoczenia ciśnienia w małym krwiobiegu w niedomykalnościach zastawki dwudzielnej.

Trzeci składnik 2 tonu stanowi dźwięk utajony opadających żagli zastawek przedsionkowo - komorowych. Po zamknięciu się zastawek półksiężycowatych następuje rozkurcz mięśni komorowych. Ciśnienie w komorach spada poniżej ciśnienia w przedsionkach. Żagle zastawek opadają do światła komór, i następuje wlanie się krwi do komory.

Żagle, opadające normalnie, nie dają dźwięku, ale w stanach chorobowych, jak np. w zwężeniu lewego ujścia żylnego wytwarza się lej. Jeżeli przedsionek jest przepelniony, to lej wytworzony siłą ciężkości krwi w okresie otwierania się zastawek, wskutek wgłębienia się do komór powoduje klak. Ten charakterystyczny klak—wzmacnia się jeszcze przez to, że tkanki lejka są zgrubiałe, nacieczone i dają dodatkowe dźwięki. Dźwięki te powstają wskutek spóźniania się w swem rozprężeniu patologicznie zmienionych tkanek wsierdza. Melodja więc, charakterystyczna dla stenozы mitralnej, da się porównać dźwiękowo ze słowami:



Rozdwojenie drugiego tonu w zwężeniu lewego ujścia żylnego opisali pod nazwą *claquement d'ouverture de la mitrale* P o t a i n i S a n s o m a. Wogóle ten rodzaj rozdwojenia 2 tonu posiada jeszcze tłumaczenia, oparte na nierównoczesności zamykania się zastawek półksiężycowatych wskutek różnicy ciśnień (G e i g e l): pierwsze „tuk” ma pochodzić od zamykania się wcześniejszego zastawek tętnicy głównej. W niedomykalności zastawki dwudzielnej, pierwsze rozdwojenie 2 tonu zależy od wcześniejszego zamknięcia się zastawek nad tętnicą płucną.

Czwarty i ostatni składnik 2 tonu, przedstawia dźwięk utajony drgania ścian komorowych.

Po opadnięciu żagli zastawek dwu- i trójdzielnej cała kolumna krwi z przedsionków spada do komór. Jeżeli komora posiada prężność, to, jak przy rozciąganiu każdego ciała, budzi się siła w nim tkwiąca, i daje „*contrecoup*”. Oczywiście, mięsień komorowy zwyrodniały łącznie - tkankowo bądź wskutek przyczyn przejściowych, posiadający inny *tonus*, przejawia swój dźwięk rozciągania, który daje każda błona zmieniona patologicznie. Zjawia się więc trzeci ton serca, coraz bardziej wysuwany przez wielu autorów. (Wiliam T h a y e r, H i r s c h f e l d e r, M. S i b s o n, E i n t h o v e n).

Ton ten na krzywej fonokardjograficznej H e s s a zarysowuje się nawet w przypadkach zupełnie zdrowego mięśnia sercowego. W przypadkach, gdy mięsień sercowy jest znużony, on się ujawnia dla naszego ucha, świadcząc o spadku napięcia okrężnych mięśni komorowych, jako cwał t. zw. *protodiastolicus* (T h a y e r), który upodabnia się do krzyku przepiórki:

pit - pilit ——— pit - pilit.

E d e n s przedstawia go graficznie w sposób następujący:



Wszystkie powyżej przytoczone zespoły dźwięków decydują bardzo często o najważniejszych szczegółach zmian w sercu, mówiąc: 1) o stopniu niedomogi, 2) o rozpoczynającym się zwyrodnieniu serca, 3) o zmianach w naczyniach wieńcowych serca i w tętnicy głównej, 4) o zmianach na zastawkach i zwężeniach ujść

przedsionkowo - komorowych, 5) o sercu moczniczym, 6) o zaburzeniach w przewodnictwie w pęczku H i s a, n i c i a c h P u r k i n j e g o.

Każda z przytoczonych zmian może dawać sobie tylko właściwą melodję.

Zespół więc melodyj daje pewną wskazówkę, dokąd winna biec myśl lekarza, by wykryć przyczynę cierpienia.

Na zakończenie przytoczę pewne przykłady komentowania zespołów osłuchowych.

Pierwszy zespół: szmer protosystoliczny oraz rozszczepienie 2 tonu świadczy o dość znacznej niedomogdzie mięśnia sercowego i słabości mięśni okrężnych, otaczających pierścień włóknisty (*annulus fibrosus*). Słabość pierścienia tych mięśni dać może nawet ciągły szmer skurczowy. Szmer ten może się wzmocnić w razie osłabienia mięśni komorowych w okresie ich napinania się i wyrzucania krwi do tętnicy głównej, przyczem rozszczepienia 2 tonu uwydatnia się bardziej. W tych sprawach niekiedy już kilkudniowy wypoczynek usuwa te objawy. Dalsze znaczniejsze jeszcze upośledzenie siły kurczliwej (izotropowej) serca powoduje zmniejszenie rzutu skurczowego serca, co powoduje opóźnienie się zatraskiwania zastawek tętnicy głównej z osłabieniem ich dźwięku. Drugi ton w tych razach nie jest już tak wyraźnie akcentowany.

Drugi zespół: wydłużenie się pierwszego tonu w kierunku dużej pauzy z zatraceniem cech należytego jego wykształcenia się (mal frappé) występuje w okresie osłabienia i zwyrodnienia mięśnia sercowego. W przypadkach osłabienia i zwyrodnienia mięśnia sercowego również i drugi ton wydłuża się w kierunku dużej pauzy. Akcenty tonów zatracają swą moc, powstaje w ten sposób rytm wahadłowy.

Stale utrzymujący się rytm wahadłowy świadczy o głębokich zmianach w m. sercowym.

W chorobach zakaźnych obserwujemy również często ten rytm wahadłowy, gdy słabną i wydłużają się tony. Liczba skurczów wówczas dochodzi do 120—140 na minutę. Melodja tego rytmu upodabnia się już nie do ruchu wahadła, lecz do cykania zegarka, tak wyraźnie swym ciągłym, równomiernym tik, tik, tik, zakłócającym ciszę nocną.

Ten rytm zegarkowy, a raczej płodowy (*embryocardia*) to dzwon na alarm, że serce poczyna pędzić swój bieg resztkami sił.

Wysłuchując rytm zegarkowy czyli zarodkowy, należy zawsze pamiętać, by nie był on mieszany z podobną melodją, zwaną rytmem króliczym.

Ten ostatni charakteryzuje się tem, że powstaje wskutek bicia głośnego tylko pierwszego tonu, drugi zaś ton jest tak cichy, że tylko wyjątkowo rzadko wprawny kardjolog może go uchwycić, i to jedynie za pomocą specjalnych aparatów. Rytm króliczy nazwę swoją otrzymał od pewnego podobieństwa akcji serca, dotkniętego tym rytmem, do akcji serca królika, wystraszonego wzięciem go do ręki. Serce królika cechuje to właśnie buchanie skurczowe.

Podobnie, jak rytm zegarkowy, rytm króliczy (M ü l l e r) występuje w okresie ciężkiej niedomogi układu krążenia, mianowicie, w zapaści i w omdleniach, kiedy ciśnienie spada na obwodzie szybciej, niż słabnie mięsień sercowy, który posiada jeszcze swe podniety, a ton aortalny jest pusty i nie daje dostępnego dla ucha naszego tonu drugiego. Natychmiastowa interwencja lekarza u chorego z tym rytmem, naprawiając spadek ciśnienia i wzmacniając serce, ujawnia równocześnie ton drugi.

Często jednak zarówno rytmu zegarkowego, jak i króliczego żadna interwencja nie zmienia, tak, iż traktować je należy jako zapowiedź zbliżającego się końca.

Omawiając rytmy serca, wspomnieć jeszcze należy o rytmie naprzemiennym (*r. alternans*), który cechuje się silnym pierwszym tonem i słabym drugim. Rytm ten najczęściej wykazuje tylko poligraf.

Osluchując serce, pamiętać należy o nader charakterystycznych szmerach tarcia osierdziowego, które bywają dwu- albo trójtaktowe. Szmary osierdziowe dają się porównać do szmeru trójfazowego ruszającej lokomotywy (szuszu, szuszu) lub lokomotywy w biegu (szusu - szusu). Szmary te niezależą od tonów serca, oddechu i wysłuchują się tuż pod uchem i, jak je opisuje J a c c o u d, umierają tam, gdzie się rodzą. W początkowym okresie swego przejawienia się tarcia osierdziowe są bardzo delikatne, miękkie i przypominają szelest jedwabiu, następnie szmer ten da się upodobnić do szmeru śniegu po przymrozkach, bądź chrzęstu nowego siodła kawalerskiego pod dobrym jeźdźcem „cuir neuf” — C o l l i n a; „cri du cuir d'une selle neuve sous le cavalier” określenie L a ë n n e c a; „d'un billet de banque neuf” (B o u i l l a u d). Szmary osierdziowe nasilają się w okresie wdechu przy zatrzymaniu oddechu, równoczesnym zamknięciu głośni i napięciu tłoczni brzusznej. Po raz pierwszy szczegółowo je opisał w 1854 S t o k e s.

Streszczając wszystkie powyżej przytoczone szczegóły analizy osłuchowej serca, nie trudno przyjść do wniosku, że znajomość tej skali dźwiękowej r e w o l u c j i posiada duże znaczenie praktyczne, gdyż w większości przypadków cierpień sercowych pozwoli nam uczynić właściwe rozpoznanie bez pomocy metod diagnostyki instrumentalnej, dając przez to możliwość zastosowania odpowiedniego leczenia.

Wartość metody osłuchowej serca na swych wszystkich wykładach podkreślał ś. p. prof. Ż e b r o w s k i, zalecając zawsze szczegółowy rozbiór każdego słyszanego dźwięku nad sercem. Pragnąc upamiętnić te wielokrotnie rzucane oryginalne myśli ś. p. prof. Ż e b r o w s k i e g o, podjąłem się ujęcia ich w jedną całość w pracy niniejszej, uzupełniając je (miejscami) teorią powstania dźwięków oraz zapatrywaniami niektórych współczesnych autorów na to zagadnienie.

PIŚMIENICTWO.

1) Prof. Dr. med. E. Ż e b r o w s k i. Wykłady o sercu. Warszawa — 1924 — 1930 r. 2) A p p e l r o t S. and A. J. C a r l s o n. The influence of the vago-sympathetic nerves on the ventriculo-aortic tonus in the turtle. Amer. J. Physiol. N. 95, str. 56 — 63 (1930). 3) A s h m a n R. and H a f k e s b r i n g R.: Unidirectional block in heart muscle. Amer. J. Physiol. N. 91, str. 65 — 82, 1929. 4)

B a s s E. Über die Graphische Aufzeichnung von Herztönen und Herzgeräuschen. Z. exper. Med. 68, str. 656 — 672. 1929. 5) B a s s E.: Ueber neue Erfahrungen mit der Aufzeichnung von Herztönen und Herzgeräuschen. Klin. Wschr. J. 1930. II. str. 2092 — 2095. 6) B o n d i S.: Zur Entstehung der musikalischen Herzgeräusche. Wien. Arch. inn. Med. N. 18, str. 13 — 18, 1929. 7) D u c h o s a l P.: L'enregistrement graphique des bruits du coeur. A propos d'un dispositif spécialement adapté à l'inscription simultanée du phonocardiogramme et de l'électrocardiogramme. Arch. Mal. Coeur. N. 22, str. 797 — 805, 1929. 8) E d e n s S.: Die Krankheiten des Herzens und der Gefäße. 1929. 9) F i s c h e r R.: Wie entsteht das bei hochgradiger Bradykardie über dem Herzen hörbare systolische Geräusch? Dtsch. m. Wochschr. 1931. I. str. 967 — 969. 10) F r e d e r i c q L.: Rythme cardiaque et pression intracavitaire. Arch. internat. Physiol. N. 31, str. 333 — 334. 11) H o c h r e i n M. und E c k a r d t W.: Zur Dynamik verschiedener Klappenfehler insbesondere der Mitralstenose und Aorteninsuffizienz. Klin. Wschr. 1930, I. str. 12 — 14. 12) H o ł o w i ń s k i A. O fotografji tonów serca. 13) L a u r e l l H.: Der Coronarkreislauf ein übersehener Faktor bei der Deutung der Druk- und Schallphänomene im Herzen. Kann die während der Anspannungszeit stark erhöhte Stromgeschwindigkeit unter anderem in den Coronarvenen zur Entstehung des ersten Herztones beitragen? N. F. 36, str. 133 — 146. 1931. 14) L o o m i s A., H a r v e y N e w t o n E. a. M a c R a e C.: The intrinsic rhythm of the turtle's heart studied with a new type of chronograph. together, with the effects of some drugs and hormones. J. gen. Physiol. 14. str. 105 — 115. (1930). 15) L u t e m b a c h e r R.: Les troubles fonctionnels du coeur. 1924. 16) M o z e r J. J. et D u c h o s a l P.: Etude électro-phonocardiographique du rythme du galop. Arch. Mal. Coeur. N. 23, str. 65 — 73. 1930. 17) M o z e r J. J. et D u c h o s a l P.: Etude électro-phonocardiographique du rythme de rétrécissement mitral. Arch. Mal. Coeur. N. 23, str. 74 — 80. 1930. 18) M o z e r J. J. et D u c h o s a l P.: Le galop du block dans la maladie de Stokes - Adams. Enregistrements électro-phonocardiographique. Arch. Mal. Coeur. N. 23, str. 247 — 251. 1930 r. 19) P i e r a c h A.: Neue Studien zur Analyse des Perkussionsschalls, der Atemgeräusche und der Herztöne. Verh. dtsch. Ges. im. Med. str. 506 — 507. 1930. 20) P o g a n y J.: Die Spaltung des diastolischen Herztones. Z. Klin. Med. 116, str. 206 — 213. 1931. 21) S c h ü t z E.: Über Ableitung und Form des normalen menschlichen Herzschallbildes. Z. exper. Med. N. 67, str. 751 — 762. 1929. 22) S c h ü t z E.: Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der Herztöne. Z. exper. Med. 77, str. 348 — 388. 1931. 23) V a q u e z H. Les troubles fonctionnels du coeur. 1924. 24) W o l f e r t h Ch. and M a r g o l i e s A.: The influence of auricular contraction on the first heart sound and the radial pulse. Arch. int. Med. N. 46, str. 1048 — 1071. 1930 r.

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 D-rów F l o k s z t r u m p f a,
G ą d k a i M e s z a)

Mniej więcej przez 20 lat żywo dyskutowano w piśmiennictwie różnych specjalności sprawę za-

stąpienia leczenia chirurgicznego nowotworów ukł^a du nerwowego przez znacznie mniej niebezpieczne leczenie energią promienistą. Leczenie promieniami Roentgena zrobiło za ostatnie dwa dziesięciolecia duże postępy; ujemne następstwa naświetlań są w rękach doświadczonych rentgenologów bardzo rzadkie; to też zrozumiałe jest zainteresowanie lekarzy dla sprawy skutecznego leczenia guzów energią promienistą, i zdaje się, że leczenie guzów promieniami Roentgena ma coraz więcej zwolenników. Co się tyczy jednak nowotworów przy-

sadki mózgu, to w obecnej chwili trudno jest wypowiedzieć się z całą stanowczością, którą z wyżej wymienionych metod należy uważać za bardziej celową i skuteczną. Nowotwory przysadki mózgu należą w liczbie przeważającej do gruczolaków, które nie dają przerzutów, zaś w 20% są torbielami. Zawdzięczając operacji Hirscha, śmiertelność, na skutek samego zabiegu chirurgicznego, spadła do 5,8%. Jeżeli uwzględnimy i to, że metoda operacyjna Hirscha daje nie tylko dobre rezultaty, lecz jest zabiegiem, wykonywanym bez cięcia zewnętrznego, wewnątrznosowo, to zrozumieliśmy stąd, że leczenie operacyjne tych właśnie nowotworów (przysadki) stało się bardzo pociągające.

Powstaje jednak pytanie, jakie osiągnięto wyniki przy leczeniu nowotworów przysadki za pomocą energii promienistej. Podam prace, oparte na większym materiale klinicznym. Juselow, Czerny i Heinismann (Klinisch. Mon. f. Augenh. Wresień. 1930) leczyli wyłącznie promieniami Roentgena 70 przypadków. Tylko w 11 przypadkach, w których ciśnienie wewnątrzczaszkowe było wyjątkowo wysokie, dokonano uprzednio operacji dekompresyjnej celem umożliwienia leczenia promieniami R. Nie we wszystkich grupach wyniki lecznicze były jednakowe. Najlepsze wyniki wykazała grupa akromegaliczna. Stwierdzono złagodzenie objawów, zarówno ogólnych mózgowych, jak i objawów ocznych. Natomiast objawy akromegaliczne nie uległy zmianie. W przypadkach pojedynczych stwierdzono ustąpienie impotencji oraz zaburzeń w gospodarce wodnej. Z 10 przypadków, w których objawy akromegalji łączyły się z zaburzeniami wzroku, w 7 — wzrok wykazał poprawę, w trzech leczenie skutku nie odniosło. Nie gorsze były rezultaty w grupie z zaburzeniami w wydzielaniu wewnętrznym, mianowicie, w przypadkach z zespołem „*dystrophia adiposo-genitalis*”. Na 12 przypadków w 8 stwierdzono poprawę. Znacznie gorsze były rezultaty w t. zw. grupie oftalmicznej, którą Christiansen określa jako „*syndrome chiasmaticque simple*”. Na 23 przypadki tej grupy poprawę stwierdzono tylko w 7 przypadkach; w 8 — stan się nie zmienił, zaś w 8 — stan się pogorszył.

Według wyżej wspomnianych autorów w przypadkach tej kategorii niema przeciwwskazań do leczenia promieniami R. Jedynie w przypadkach, w których ciśnienie wewnątrzczaszkowe jest bardzo wysokie, konieczna jest uprzednia operacja dekompresyjna, albowiem pod wpływem naświetlań mogą się nasilić objawy ogólnomózgowe i spowodować utratę przytomności i drgawki epileptyczne.

Heinismann stosował promienie twarde — (wirksame Spannung von 80 kV, schwere Filterung). Każda serja naświetlań obejmowała trzy pola (jedno pole czołowe i dwa pola ciemięniowo-skroniowe). Naświetlano 1 HED. Serja składała się z ośmiu posiedzeń (dawki nie wyżej, niż $\frac{1}{2}$ HED dziennie). Naświetlano w odstępach 2—3 miesięcznych. Efekt leczniczy stawał się widoczny dopiero po drugiej lub trzeciej serji naświetlań.

Wyniki dodatnie po naświetlaniach promieniami Roentgena podaje Nemelow. Na 18 przypadków w 17 stwierdzono poprawę wyraźną; bóle głowy zniknęły, wzrok szybko się popra-

wiął, w przypadkach pojedynczych ślepotą ustępowała, i chorzy mogli swobodnie czytać. Pomyślne wyniki leczenia stwierdził Nemelow również w przypadkach z zespołem *dystrophiae adiposo-genitalis*. Zwolennikiem leczenia promieniami Roentgena jest również Sgalitzer.

Sercer często stosował w przypadkach analogicznych leczenie rentgenowskie. Naogół z wyników był zadowolony. Większość przypadków była jednak leczona chirurgicznie.

Haman stosował w 10 przypadkach leczenie promieniami Roentgena i radu. Autor ten jest zdania, że leczenie energią promienistą wskazane jest w przypadkach, w których siodło nie jest zniszczone, i sprawa chorobowa ogranicza się ściśle do samej przysadki mózgu; w przypadkach zaś, w których siodło jest zniszczone, i guz wypełnia zatoki klinowe, wskazane jest leczenie operacyjne. Dla uzupełnienia efektu leczniczego należy przed i po operacji naświetlać prom. Rtg.

Bourguet i Cushing (Zentrbl. f. Rhinol. Bd. 32. Sammelreferat) nie są zwolennikami leczenia energią promienistą. Bourguet zwraca uwagę na to, że w 20% przypadków guzy są torbielami, na które naświetlania wpływu nie mają; często i w gruczolakach naświetlania nie dają efektu leczniczego, i czas, stracony na leczenie prom. Roentgena, jest stratą nie do powetowania, albowiem zabieg operacyjny może się okazać spóźnionym. Bourguet proponuje operację Hirscha, która nie jest tak bardzo niebezpieczna. Cushing miał pod swoją obserwacją 258 przypadków i ani razu nie widział poprawy po leczeniu promieniami Roentgena.

Frazier i Cushing są zdania, że jedynie leczenie chirurgiczne daje wyniki zadawalające, w 70% przypadków udaje się zapobiec zupełnej ślepotcie. Bourguet ogłosił ostatnio 13 przypadków, z których w 10 stosowano naświetlania prom. Roentgena bez efektu leczniczego.

Schloffler w ciężkich przypadkach z zaburzeniami wzroku poddaje chorych zabiegowi chirurgicznemu, po operacji chorzy są naświetlani prom. Roentgena. W przypadkach, w których przeważają objawy akromegalji i objawy *dystrophiae adiposo-genitalis* bez zmian poważniejszych ze strony oczu, stosuje naświetlania rentgenowskie.

Z przytoczonych danych statystycznych wynika, że w obecnej chwili trudno jest wyprowadzić wnioski ostateczne co do wyższości jednej metody leczniczej nad drugą. Zarówno chirurgowie, jak i zwolennicy leczenia energią promienistą przytaczają rezultaty względnie pomyślne. Nie ulega wątpliwości, że umiejętnie przeprowadzone leczenie prom. Roentgena może mieć wpływ dodatni na przebieg choroby, tak samo, jak nie wątpimy, że leczenie operacyjne w pewnym odsetku przypadków daje poprawę. Jeżeli jednak rozpatrzyć krytycznie statystyki zwolenników leczenia prom. Roentgena i zwolenników leczenia chirurgicznego, to bardziej przekonujące są statystyki chirurgów.

Do leczenia chirurgicznego bywają kwalifikowane wyłącznie przypadki z ciężkimi zaburzeniami wzroku, w których, pomimo leczenia prom. Roentgena, sprawa postępowiała. Jeśli zestawimy przypadki z objawami ocznymi, w których leczono naświetlaniem rentgenowskim, a były to przypadki nie specjalnie ciężkie, to na 33 przypadki

ze statystyki Czernego, Jusefowa i Heinismanna poprawa wystąpiła w 14, a więc mniej więcej w 42%. Sgalitzer na 10 przypadków, w których istniały objawy oczne bez wyraźnych objawów innego rodzaju, w 4 przypadkach stwierdził poprawę, a więc w 40%. Cushing i Frazier w 70% przypadków leczonych operacyjnie mogli zapobiec zupełnemu oślepieniu, Hirsch w 54% widział poprawę długotrwałą, a w 8% sprawa nie postępowała. Jeśli uwzględnić wyżej już odnotowany fakt, że leczeniu chirurgicznemu bywają poddawane wyjątkowo przypadki ciężkie, to dane statystyczne przemawiają na korzyść leczenia chirurgicznego. Pamiętać należy, że w torbielach leczenie energią promienistą nie daje żadnego efektu, z drugiej strony bywają gruczolaki, nie reagujące na promienie Roentgena. Dla wyboru więc metody leczniczej ma duże znaczenie rozpoznanie anatomo-patologiczne. Niestety, ani obraz kliniczny, ani też najdokładniejsze badanie rentgenograficzne nie dają nam pewności co do charakteru guza i jego budowy anatomicznej.

Simon i Hirschmann podali sposób nakłucia poprzez kość czołową po dokonaniu otworu w czaszce nieco powyżej granicy uwłosienia. Czy ten rodzaj nakłucia jest dostatecznie bezpieczny, przyszłość pokaże. W jednym przypadku, w którym Simon i Hirschmann czterokrotnie dokonali przekłucia z wynikiem ujemnym, Hirsch, metodą transseptalną, stwierdził torbiel. W jednym przypadku przekłucie metodą Simona i Hirschmanna spowodowało zejście śmiertelne (Förster, Greifswald).

Wielu neurologów wypowiada się przeciw metodzie Simona i Hirschmanna. Marburg toleruje tę metodę, jako wstęp do zabiegu radykalnego na przysadce mózgu.

Nakłucie poprzez zatokę klinową stosował ostatnio Leicher, zarówno w celach rozpoznawczych, jak i leczniczych (Mon. f. Ohr. 8.1930).

W jednym przypadku nakłucie umożliwiło dokładne rozpoznanie, w innym znowu, z tarczą zastoinową i ślepotą, stwierdzono torbiel; wielokrotnie przeprowadzone nakłucie dało wybitną poprawę.

Zwolennicy leczenia energią promienistą mogą ten słuszny zarzut zrobić chirurgom, że leczenie operacyjne daje dość dużą śmiertelność. Heidrich wspomina o 50% śmiertelności. Tak wysoki procent dawały operacje na przysadce dawniej chirurgom, mało obznajmionym z terenem operacyjnym. Eiselsberg, który posiada największe doświadczenie w operacji Schloffa, wykazywał dawniej 28,5% śmiertelności, ostatnio spadła ona do 25%. Na 32 przypadki, operowane metodą Kanavelsa i zblizonami metodami Halsteada i Cushinga, było 6 przypadków śmiertelnych (=18,7%). Cushing, który od roku 1910 operuje metodą transseptalną od strony jamy ustnej, na 29 przypadków miał 4 przypadki śmiertelne (13,7%).

Ze wszystkich istniejących metod chirurgicznych, metoda transseptalna Hirscha, wykonywana poprzez fizjologiczne otwory nosa, daje wyniki najlepsze i najniższy odsetek śmiertelności. Do roku 1920 śmiertelność wynosiła 12%, od roku 1920 śmiertelność spadła do 5,6%. Co się tyczy wy-

ników, to swoje 148 przypadków Hirsch dzieli na dwie grupy. Pierwsza z nich obejmuje 58 przypadków, które były operowane do 1920 r. Z powodu braków obserwacji i pewnych niedokładności w leczeniu następczem przypadki niezupełnie się nadają do wyprowadzania wniosków. Natomiast te 90 przypadków, które były operowane między 1919 a 1929 rokiem, nadają się do oceny wartości metody Hirscha.

Wyniki są następujące:

1. Zejść śmiertelnych na skutek zabiegu 5 (5,6%).
2. Zejść śmiertelnych w pierwszych trzech latach 12.

w 4 roku	1.
w 6 roku	1.

Żyje dotychczas 71 pacjentów. Z tych 30 pac. od 6 tyg. do 2-ch lat po operacji

- | | |
|--|--|
| 24 pac. z trwałą poprawą | |
| 3 pac. bez pogorszenia | |
| 3 pac. z pogorszeniem. | |
| 14 pacjentów od 2-ch — 3 1/2 lat po operacji | |
| 8 pac. z trwałą poprawą | |
| 3 pac. z nawrotami | |
| 1 pac. bez pogorszenia | |
| 1 pac. z pogorszeniem | |
| o 1 — brak wiadomości | |
| 24 pacjentów od 4—10 lat po operacji. | |
| 17 pac. z trwałą poprawą | |
| 3 pac. bez zmiany | |
| 1 pac. bez poprawy | |
| o 6-ciu pac. niema wiadomości. | |

Jak z podanego zestawienia wynika, metoda transseptalna wewnątrznosowa Hirscha daje mniej więcej w 25% przypadków poprawę, trwającą powyżej dwóch lat. Wynik zabiegu zależy od rodzaju nowotworu i od jego umiejscowienia. Nowotwory wewnątrzsiodełkowe mogą być metodą Hirscha całkowicie usunięte; w przypadkach, w których mamy do czynienia z torbielą, utworzenie stałego otworu w jej ścianie może doprowadzić do zapadnięcia się torbieli. W przypadkach, w których nowotwory rozrastają się w kierunku zatoki klinowej i w kierunku wnętrza czaszki, można usunąć tylko tę część, która znajduje się w zatoce klinowej. W takich przypadkach ciśnienie wewnątrzczaszkowe sprzyja opuszczeniu się i przemieszczeniu guza w kierunku sztucznie zrobionego otworu, i tem samym ucisk na skrzyżowanie nerwów wzrokowych znacznie się zmniejsza, naskutek czego wzrok się poprawia. Wyjątek stanowią oponiaki, do których niema dostępu od strony nosa. Chodzi w tych przypadkach o nowotwory, które mają za punkt wyjścia oponę twrdą w obrębie *sulcus chiasmaticus*. Nowotwory te dają ze strony oczu takie same objawy, jakie spostrzegamy w nowotworach przysadki, lecz bez zmian rentgenograficznych w siodle, bez objawów akromegalicznych i objawów *dystrophia adiposo-genitalis*. Kilka takich przypadków Hirsch leczył po wykonaniu operacji transseptalnej radem, umiejscowionym w pobliżu nowotworu. Ciekawem jest, że i w przypadkach guzów przysadki — (wyjątek stanowią torbiele) — sam zabieg operacyjny nie daje poprawy trwałej; dla utrwalenia efektu, jak podaje Hirsch, konieczne jest energiczne leczenie następcze energią promienistą.

W porozumieniu z D-rem F l a t a u e m postanowiliśmy wszystkie przypadki guzów przysadki, które znajdowały się na oddziale w ciągu ostatnich 3-ich lat, leczyć dużymi dawkami radu, umiejscowionego tuż w pobliżu siodła. W tym celu metodą H i r s c h a z obu zatok klinowych tworzone jedną jamę. Konieczne było usunięcie lemiesza i przegrrody między zatokami w obawie martwicy na skutek wprowadzenia do obu zatok klinowych większych ilości radu. Leczone tym sposobem 13 przypadków. Najmłodszy pacjent miał 11 lat, najstarszy wiekiem 65 lat. W dwóch przypadkach były wybitne objawy *dystrophiae adiposo-genitalis*; w pozostałych 8 przypadkach dominowały objawy oczne, inne objawy były zaledwie zaznaczone. Nie wiemy, jaką dawkę radu stosuje H i r s c h a w swoich przypadkach. W literaturze nowszej nie znajdujemy wzmianki o technice z dokładnym podaniem ilości radu i czasu trwania naświetlań. W jednej z dawniejszych prac H i r s c h a podane jest, że wprowadzano 4,7 mgr. radiumbromidu na 3/4 godziny co drugi dzień, następnie raz na 4 dni tę samą ilość radu pozostawiono przez 1 godzinę. W sumie chory otrzymywał mniej więcej 20 millicuriegodzin. Doświadczenie, jakie zdobyliśmy z kol. F l o k s z t r u m p f e m i G ą d k i e m w rynolaryngologii, nauczyło nas, że odpowiednio filtrowane duże dawki radu można stosować bez ujemnych następstw. W przypadkach raków krtani stosowaliśmy 150 millicuriegodzin, otrzymując wyleczenia kliniczne, które trwały od 2—3 lat.

W przypadkach guzów przysadki mózgu wprowadzaliśmy, po dokonaniu operacji H i r s c h a, rad możliwie blisko nowotworu. W przypadkach, w których zatoka klinowa była dostatecznie szeroka, wprowadzaliśmy aplikatory radowe, zawierające od 10 do 20 mgr. radu w ten sposób, że leżały one tuż pod nowotworem. Nowotwór znajdował się w polu największego promieniowania. W przypadkach, w których pneumatyzacja była słabo rozwinięta aplikatory radowe bywały umie-

szczane możliwie blisko. Rad był filtrowany poprzez milimetry filtr platynowy i 1-milimetry filtr kauczukowy. W przypadkach, w których warunki przestrzenne były ograniczone, stosowano aplikatory z filtrem platynowym, bez filtru kauczukowego. Rad w ilości od 10—20 miligr. pozostawał *in loco* od 48—72 godzin. Dawka wahała się między 60 do 120 millicuriegodzin.

Chorzy znosili rad naogół dobrze. Bóle głowy nie były intensywne. Niektórzy chorzy gorączkowali przez 1—2 dni. Po usunięciu aplikatorów t_0 spadała do normy. W większości przypadków można było stwierdzić reakcję ze strony błony śluzowej zatoki klinowej. Oparzenia II stopnia w postaci szarawo-mlecznych nalotów obserwowano w dwóch przypadkach. Po 3—4 tygodniach naloty zniknęły, i pozostawała tkanka zbliznowaciała. Po usunięciu radu bóle były w większości przypadków nie bardzo dokuczliwe w górnych częściach, i trwały od 3—4 tygodni; w jednym przypadku chora odczuwała bóle w potylicy. Wydzielina z zatoki klinowej w tych przypadkach, w których błona śluzowa bardziej ucierpiała, miała zapach cuchnący. Po kilku tygodniach zapach ten zniknął i skąpa a gęsta wydzielina wypadła sama w postaci łatwo oddzielających się strupów podczas czyszczenia nosa (niekiedy jednak strupki te musiano usuwać).

Efekt leczenia można było stwierdzić już po kilku tygodniach. W niektórych przypadkach po kilku tygodniach ustępowały bóle głowy, które trapiły chorych przed stosowaniem radu, jednocześnie następowała poprawa wzroku. Maksymalną poprawę wzroku stwierdzono po kilkakrotnym zastosowaniu radu w odstępach 3 miesięcznych.

Metoda ta była stosowana w 14 przypadkach. 12 przypadków znajduje się pod obserwacją naszą od 1—4 lat. Z tych 12 przyp. jeden przypadek nie zgłosił się do kontroli.

(C. d. n.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

O badaniu czynnościowym nerek.

Podał

Henryk J. LANDAU (Warszawa).

Nerki są tym narządem, który pełni w ustroju rolę wartownika, stojąc na straży stałego składu chemicznego krwi (izotonja), jej stałego ciśnienia osmotycznego (izotonja, izoosmja), jej stałego stężenia jonów wodorowych (izohidria). Wydolne czynnościowo nerki usuwają z ustroju dopływające do nich z krwią obce dla organizmu składniki oraz normalne składniki krwi, znajdujące się w niej w nadmiarze; przez wydzielanie bardziej kwaśnego lub bardziej zasadowego moczu utrzymują na stałej wysokości Ph krwi (7,2 — 7,5). W regulacji stałego składu chemicznego krwi, stałego jej ciśnienia osmotycznego i stałego stężenia jonów wodorowych biorą udział, prócz ne-

rek, płuca, jelita, wątroba i t. d., jednakże rola nerek jest tutaj najważniejsza. Badanie czynnościowe nerek ma więc za swój przedmiot albo mocz, jako produkt wydzielania nerek, albo krew, w której składzie chemicznym zachodzą w przypadkach zaburzeń czynności nerek zmiany, albo też mocz i krew (określanie stałej A m b a r d a). Badanie uwzględniać może albo składniki, znajdujące się normalnie we krwi lub moczu, albo też ciała, wprowadzane specjalnie w tym celu do ustroju.

W pewnych przypadkach już samo zabarwienie moczu i jego ciężar właściwy mówią o zaburzeniach czynności nerek. Stale utrzymujące się słomkowo-żółte zabarwienie moczu, nie zawierającego cukru, powinno budzić podejrzenie niewydolnych czynnościowo nerek marskich. O tem samym mówi stwierdzany stale w dobowym moczu, niezależnie od diety, ciężar właściwy 1010 — 1012 (izostenurja).

Wprowadzone przez W o h l g e m u t h a głów-

nie dla praktyki urologicznej w jednostronnych schorzeniach nerek oznaczanie jego metodą ilości diastazy w moczu, otrzymanym za pomocą zgłębników moczowodowych oddzielnie z każdej nerki, nie przyjęło się (zasada jej polega na tem, że chora nerka wydała znacznie mniej diastazy, niż zdrowa). Jedni z autorów (Staford i Addis, Harrison i Lawrence) uważają, że bez jednoczesnego oznaczania ilości diastazy we krwi badanie moczu na diastazę nie ma żadnej wartości, inni (Block) sądzą, że ilość diastazy w moczu zależy w zbyt silnym stopniu od czynników pozanerkowych, aby z wyników tej próby można było wyciągać wnioski co do czynności nerek.

Nerkowa djeta próbna Lichtwita nie jest sama przez się badaniem czynnościowym, lecz służy do celów porównawczych przy przeprowadzanych następnie próbach wodnej oraz z obciążeniem solą kuchenną i mocznikiem. Jest ona zestawiona w następujący sposób: I śniadanie (8 godz.) — 1/2 l. białej kawy, 100 gr. chleba, 10 gr. masła, II śniadanie (10 godz.) — 100 gr. chleba, 5 gr. masła, 1 jajo, obiad (13 godz.) — 250 gr. papki ryżowej, 50 gr. mięsa, 500 gr. purée z kartofli, podwieczorek (16 godz.) — 1/2 l. mleka, kolacja (19 godz.) — 250 gr. papki ryżowej, 100 gr. chleba, 10 gr. masła, 1 jajo.

Najważniejszymi, a zarazem najprostszymi metodami badania czynnościowego nerek, jeśli chodzi o jednoczesne schorzenie obu nerek (krwiopochodne schorzenia nerek, a nie urologiczne w ścisłym znaczeniu tego słowa), są próby wodna i koncentracyjna.

Próba wodna, wprowadzona przez Volharda, ma na celu badanie zdolności nerek do rozcieńczenia moczu czyli wydzielania wody, polega zaś na tem, że chory, będący naczczo, wypija w ciągu 1/2 godziny 1500 cm.³ zimnej wody lub lekkiej herbaty; przed wypiciem wody przez chorego należy opróżnić pęcherz moczowy, a po wypiciu chory oddaje w ciągu 4 godzin mocz co 1/2 godziny; każda porcja musi być dokładnie zmierzona i podlega określeniu ciężaru właściwego; przez te 4 godziny chory leży w łóżku i nie dostaje nic do jedzenia, ani do picia. Czasem trzeba się ograniczyć do podania 1 litra płynu; u dzieci dostosowuje się ilość płynu do ich wieku. Przez 2 dni, poprzedzające próbę, chory wypija dziennie 1 1/2 — 2 l. płynu i pozostaje na djecie o przeciętnej zawartości soli; w dniu próby oraz w dniach poprzedzającym i następującym chorego należy ważyć. Normalnie cały wypity płyn ulega wydaleniowi z niewielką nadwyżką w ciągu 4 godzin, przyczem w ciągu pierwszych 2 godzin wydała się zgorą połowa tego płynu, a ciężar właściwy moczu obniża się wtedy do 1001 — 1000.

Rosenberg odróżnia następujące odstępstwa od normy:

1) w lekkim uszkodzeniu nerek wydziela się więcej moczu, niż normalnie (1700 — 2200 cm.³), co tłumaczy Schläyer nadwrażliwością nerek, charakter jednak wyniku próby pozostaje bez zmiany;

2) w cięższym uszkodzeniu nerek wydziela się w ciągu 4 godzin cały prawie wypity płyn, ale w prawie równych porcjach półgodzinnych (około 150 cm.³), ciężar zaś właściwy moczu nie spada tak nisko, jak w normalnym wyniku próby;

3) w jeszcze cięższym uszkodzeniu nerek wydzielają one małe porcje półgodzinne moczu, w ciągu 4 godzin nie wydała się cały wypity płyn, a ciężar właściwy nie spada nisko, czasem utrzymuje się stale na jednym poziomie 1010 — 1011, co odpowiada stężeniu odbiałczonej surowicy i świadczy o tem, że nerka

zatrzymuje zaledwie białko i ciałka krwi, podczas gdy reszta krwi przechodzi przez nerki niezmieniona (nerka pracuje, jak filtr).

Próba sucha lub koncentracyjna Straussa i Volharda ma na celu sprawdzenie zdolności koncentracyjnej nerek. Chory otrzymuje w ciągu 24 godzin suchą djetę mieszaną, pozbawioną jarzyn i owoców, jako pokarmów, zawierających dużo wody, do picia zaś 400 — 500 cm.³ płynów. Chory oddaje mocz, kiedy zechce; poszczególne porcje moczu mierzy się i określa się ich ciężar właściwy. W dniu próby poprzedzającym i następującym chorego waży się naczczo; różnice wagi, mniejsze niż 500 gr., nie mają znaczenia; większe różnice świadczą o tem, że nerki nie potrafią stężyć i dla wydzielania pewnej ilości składników stałych muszą mobilizować płyny tkankowe. Normalnie osoba badana wydała w ciągu doby 300 — 750 cm.³ moczu, a ciężar właściwy moczu powinien przynajmniej w jednej porcji osiągnąć co najmniej 1025. W razie uszkodzenia czynności nerek ilość wydalonego moczu staje się coraz większa, a ciężar właściwy coraz niższy, aż wreszcie waha się około 1010 — 1012, spadek wagi chorego w dniu próby staje się coraz znaczniejszy.

Próby wodna i koncentracyjna wypadają niedokładnie w zwięźniu odźwiernika, wymiotach, biegunkach, w zastoju w zakresie żyły wrotnej, nadmiernem wydzielaniu żołądkowem; niedokładne wyniki otrzymuje się u osób otyłych wskutek dużego powinowactwa do wody, w przypadkach pracy mięśniowej (pozanerkowe wydalanie wody, dlatego konieczne jest leżenie w łóżku), pozbawienia wody lub soli kuchennej w dniach, poprzedzających próbę (dlatego w ciągu 2 dni, poprzedzających próbę, dajemy choremu średnią ilość płynów i soli kuchennej).

Przeciwwskazanie do wykonywania próby wodnej stanowią groźba rzucawki i ostre krwotoczne zapalenie nerek, do próby koncentracyjnej groźba moczownicy, do obu prób wszelkiego rodzaju obrzęki, przesięki i wysięki do jam ciała.

Wykonywanie obu prób w jednym dniu jest możliwe tylko wtedy, gdy próba wodna wypadła zadawalająco, w przeciwnym razie wynik próby koncentracyjnej jest niemiarodajny. Praktycznie przedstawia się to w ten sposób, że chory, który w nocy nic nie pił, otrzymuje o godz. 7 zrana 1 1/2 litra słabej czystej herbaty lub wody; musi on pozostać całą dobę w łóżku i począwszy od godz. 8 oddaje co 1/2 godziny mocz, którego ilość i ciężar właściwy określa się w każdej porcji; jeśli próba wodna nie wykazała upośledzenia czynności dylucyjnej nerek, chory otrzymuje od godz. 13 suchą djetę mieszaną (jak wyżej) i oddaje mocz w razie potrzeby. W każdej porcji określa się ilość i ciężar właściwy.

Próby wodna i koncentracyjna posiadają wyjątkowość nad określeniem we krwi zawartości produktów spalania białka (Eiweisschlacken), gdyż wykazują już nieznaczne stopnie upośledzenia czynności nerek, podczas gdy zwiększanie się zawartości produktów białka we krwi stwierdza się dopiero w znacznych zaburzeniach czynnościowych nerek. Ważną ich stroną dodatnią jest ich prostota i niewymaganie żadnej skomplikowanej aparatury, ani specjalnego przygotowania. Ujemną ich stroną stanowi okoliczność, że niezawsze można je wykonywać, gdy tymczasem badanie krwi jest zawsze, niezależnie od stanu chorego, możliwe.

Jednocześnie z przeprowadzaniem próby wodnej i koncentracyjnej bada Lucke wydalanie kwasu moczowego z moczem; w ciągu 3 dni, poprzedzających próbę, powinni być pacjenci na djecie bezpurynowej.

U zdrowych podczas próby wodnej stężenie kwasu moczowego w moczu, określane metodą F o l i n - W u, spada do 2 — 5 mgr. %; podczas próby koncentracyjnej podnosi się do 80 — 120 mgr. %; normalnie całkowita ilość kwasu moczowego, wydalonego z moczem w ciągu 24 godzin, wynosi 0,3 — 0,4 gr. U nerkowo chorych stężenie kwasu moczowego i całkowita wydalona jego ilość w miarę zwiększenia się stopnia uszkodzenia nerek zmniejszają się. Jako dolną granicę najwyższego osiągalnego stężenia należy uważać 80 mgr. %, jako dolną granicę normalnego dobowego wydalania 0,3 gr.

Pojęcie o stanie czynności nerek za pomocą badania moczu dają t. zw. próby obciążeniowe nerek, polegające na tem, że wprowadza się do ustroju określoną ilość albo normalnego składnika moczu, albo też ciała, obcego dla ustroju, i bada się jego wydzielenie przez nerki. Z normalnych składników moczu używa się w tym celu soli kuchennej, mocznika, kreatyniny, z ciał obcych — jodku potasu, cukru mlecznego, tiosiarczanu sodowego, kwasu będzwinowego oraz barwników: błękitu metylowego, indygokarminu, fenolsulfoftaleiny, uraniny-fluoresceiny, żelazocjanku sodowego, fuksyny S, czerwieni Kongo.

Próbę z obciążeniem solą kuchenną wykonywa się w ten sposób, że badaną osobę nastawia się na stałe wydzielenie chlorków w moczu przez umieszczenie na przeciąg 3—4 dni na djecie, umiarkowanie oszczędzającej nerki i średnio bogatej w chlorki, odpowiadającej 2000 — 2500 kalorjom z 60 gr. białka, 150 — 200 gr. węglowodanów, około 125 gr. tłuszczu, do 1500 cm.³ płynów i około 8 gr. soli kuchennej (S t r a u b). Po 3 — 4 dniach, gdy wydalanie chlorków z moczem ustali się, dodaje się do tej samej diety 10 gr. soli kuchennej, podanych w 2 — 3 opłatkach. Według v. M o n a k o w a ten dodatek soli powinien być wydalony z ustroju w ciągu 48 godzin, przyczem większa jej część wydała się w ciągu pierwszej doby. Ciężkie zmiany zapalne nerek stanowią przeciwwskazanie do tej próby.

W podobny sposób przeprowadza się próbę z obciążeniem mocznikiem: po nastawieniu chorego na stałe wydzielenie mocznika z moczem przez utrzymanie go na przeciąg 3 — 4 dni na takiej samej djecie, jak przy poprzedniej próbie, podaje się w 2 — 4 porcjach 20 gr. mocznika, rozpuszczonego w mleku, i bada się jego wydalanie z moczem. Według v. M o n a k o w a wydziela się z tego w pierwszym dniu 12 — 15 gr., w drugim i ewentualnie trzecim — reszta. Dodatek mocznika bywa znoszony bez zarzutu. M a c L e a n e uprościł tę próbę w ten sposób, że naczcho podaje się choremu 15 gr. mocznika, rozpuszczonego w 100 cm.³ wody, i określa się co godzinę wydzielenie mocznika z moczem w ciągu następnych dwóch godzin. Normalnie w drugiej, a czasami już w pierwszej godzinie stężenie mocznika w moczu dochodzi do 2%; liczby powyżej 2,5% w drugiej godzinie dowodzą szczególnie sprawnej czynności nerek, liczby znacznie poniżej 2% — zaburzeń w ich funkcji.

Próba z obciążeniem kreatyniną wprowadzona została przez O. N e u b a u e r a. Po nastawieniu chorego zapomocą 3 — 4-dniowego stosowania wyżej podanej diety na stałe i określone wydzielenie kreatyniny, podaje się naczcho 1,5 gr. kreatyniny (Ilun, „Bayer”), rozpuszczonej w 100 cm.³ wody i w ciągu 24 godzin określa się kolorymetrycznie w 6-iogodzinnych porcjach moczu ilość wydzielonej kreatyniny. W ciągu pierwszych 12 godzin wydziela się normalnie

70 — 100% dodanej kreatyniny z moczem. Próba ta nie posiada większego znaczenia.

Próbę z obciążeniem jodkiem potasu przeprowadza się w ten sposób, że albo podaje się doustnie 0,5 gr. jodku potasu, albo też zastrzykuje się podskórnie 0,2 — 1,0 cm.³ 5% roztworu jodku potasu. S a h l i ze względu na to, że 1) próba na jod w moczu jest nader czuła, 2) wydalanie jodu przedstawia dla nerek bardzo łatwe zadanie, uważa za wystarczające podawanie 0,01 — 0,05 gr. jodku potasu w drodze podskórnej. Jeśli chodzi o dokładne ilościowe oznaczenie jodu, wydalonego przez nerki w określonym czasie, mocz powinien być odparowany, a następnie zwęglony; dopiero w tym popiole określa się zawartość jodu. Jeżeli chodzi tylko o jakościowe określenie momentu rozpoczęcia i ukończenia wydalania jodu, chory oddaje mocz po przyjęciu jodu zrazu co 5 minut, a następnie w ciągu pierwszego dnia co godzinę, potem co 6 godzin, przyczem należy notować godzinę oddania moczu.

Jakościowo wykrywa się jod w moczu w ten sam sposób, jak indykan, z tą różnicą, że powstaje zamiast niebieskiego — różowe zabarwienie chloroformu.

Szybkość, z jaką zdrowe nerki wydalają wprowadzony do ustroju jod, nie jest jednakowo podawana przez rozmaitych autorów: przy podaniu 0,5 gr. jodku potasu *per os*, R o u x i A n t e n oznaczają czas wydalania na 30 godz., I n g e l f i n g e r i v. M o n a k o w przeciętnie na 33½ godz. (od 28 — 40 godzin), S c h l a y e r i T a k a y a s u przeciętnie na 44 godziny (do 60 godzin); przy podaniu 0,04 gr. jodku potasu podskórnie stwierdzał B a r d, że wydalanie jodu z moczem zaczyna się natychmiast i kończy się po 24 godzinach. Po wśródzylnem zastrzyknięciu 0,1 gr. jodku potasu jod ukazuje się w moczu po 3 — 8 minutach, a wydalanie jego przez nerki trwa 14 — 22 godzin.

Kliniczne znaczenie upośledzonego wydalania jodu nie jest dokładnie ustalone. Zdaniem B a r d a, próba z jodkiem potasu przebiega równoległe do próby z błękitem metylowym. Wydalanie jodu nie przebiega, zgodnie z badaniami F. M ü l l e r a, równoległe z wydalaniem chloru. Zdaniem S a h l i e g o, wydalanie jodu powinno przebiegać równoległe z wydalaniem mocznika.

Wprowadzone początkowo przez S c h l a y e r a i T a k a y a s u obciążenie cukrem mlecznym zostało później nieco zmodyfikowane przez L i t z n e r a, B e r n h e i m a i S c h l a y e r a w następujący sposób: zastrzykuje się wśródzylnie 5 cm.³ cukru mlecznego w 17% roztworze (z dodatkiem yatrenu celem uniknięcia ubocznego działania; ampułki Renovasculin firmy „Güstrow”) i określa się polarymetrycznie wydalanie cukru z moczem w porcjach godzinnych. Cukier wydała się w ciągu 6 godzin, głównie w ciągu pierwszych 2 godzin; po 6 godzinach zwykle nie wykrywa się już cukru w moczu. Ilość wydalonego cukru wynosi przeciętnie około 80 — 90%. L i t z n e r uważa tę próbę za szczególnie cenną w znaczeniu prognostycznym, ważna jest przytem najwyższa osiągnięta koncentracja cukru mlecznego w moczu. Jeśli podczas próby nie zostanie osiągnięte stężenie 0,25%, rokowanie należy stawiać niepomyślnie.

Tiosiarczan sodowy został wprowadzany przez N y i r i e g o do badania czynnościowego nerek. Osobie badanej po opróżnieniu pęcherza zastrzykuje się 10 cm.³ 10% roztworu tiosiarczanu sodowego (Thioren „Chemosan”); w ciągu 3 godz. chory oddaje co godzinę mocz, którego ilość należy oznaczyć. Po odpar-

wieniu moczu węglem, określa się w nim za pomocą miareczkowania, aż do wystąpienia niebieskiego zabarwienia $\frac{n}{10}$ roztworem jodu, używając jako wskaźnika roztworu skrobi. U ludzi ze zdrowymi nerkami wydalają się w tym czasie przeciętnie 23 — 24%, nigdy nie mniej jednak, niż 20% wprowadzonego tiosiarczanu (reszta ulega w ustroju utlenieniu na siarczan sodowy). U nerkowo chorych waha się wydalanie tiosiarczanu w ciągu 3 godzin od 0 — 23%. Nyiri uważa tę próbę za szczególnie cenną dla oceny przebiegu schorzeń nerkowych. Holboell wytycza przeciwko tej próbie zarzuty zarówno natury metodycznej (wpływ kwasowości, wzgl. zasadowości moczu, patologicznych składników moczu np. bakterij, leukocytów), jak i zasadniczej (zależność utleniania się tiosiarczanu na siarczan od ogólnej przemiany materji).

Obciążanie kwasem będzwinowym i jego solami ma na celu badanie zdolności nerek do syntezy kwasu hipurowego i jego wydalania z moczem, głównie przytem chodzi, jak to wykazały badania Snappera, Grunbama, Neuberga, Kingburyego i Swansona, o tę ostatnią czynność. Violle podaje w tym celu 0,5 gr. kwasu będzwinowego i 0,5 gr. glikokolu, poczem wydalanie kwasu hipurowego podnosi się z 0,4 gr. do 0,7 gr. Kingsbury i Swanson podają 2,4 gr. będzwinianu sodowego (odpowiada 2 gr. kwasu będzwinowego), rozpuszczone w 75 — 100 cm.³ wody, z tej dawki w ciągu 3 godzin wydalają się z moczem (określanie metodą Folina i Flandersa) 97% jako kwas hipurowy (bez obciążenia wydalanie kwasu hipurowego w tym czasie jest tak nieznaczne, że można je pozostawić bez uwzględnienia); w ciągu tego czasu niewolno podawać owoców, ani salicylanów. Snapper i Grunbam podają przy djecie mlecznej papkowatej (wyłączyć bezwzględnie owoce i jarzyny) 5 gr. będzwinianu sodowego i określają w 3 godzinnych porcjach moczu ilość wydalonego kwasu hipurowego metodą Snappera i Laquer'a. W ciągu 12 godzin 70 — 80% kwasu będzwinowego zamienia się w kwas hipurowy i wydalają się z moczem. U nerkowo chorych są znaczne zaburzenia w wydalaniu kwasu hipurowego. Próba będzwinowa daje podobne wyniki do próby z obciążeniem błękitem metylowym i fenolsulfoftaleiną. Próba wypadła wyraźnie dopiero wtedy, gdy zawartość mocznika we krwi przekracza 100 mgr.‰ (Snapper i Grunbam), jest więc mało czuła, a jej znaczenie praktyczne niewielkie.

Próba z błękitem metylowym, wprowadzona przez Acharda i Castaigne'a w r. 1900, polega na zastrzyknięciu wśródmięśniowym 0,05 gr. błękitu metylowego w wyjałowionym wodnym roztwornie. Barwnik zjawia się w moczu po $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godzinie, nadając mu zielonkawo-niebieskie zabarwienie; wydalanie trwa 30 — 60 godzin, osiągając normalnie swe *maximum* w 3—4 godzinie. Ponieważ błękit metylowy występuje poczęści w moczu w postaci bezbarwnej, jako chromogen, należy przed wydaniem ostatecznego sądu zagotować kilka cm.³ moczu z 1 cm.³ stężonego kwasu octowego, dzięki czemu chromogen przechodzi znów w błękitny barwnik. Można również określać ilościowo wydzielony przez nerki błękit metylowy metodą kolorymetryczną. Próbę z błękitem metylowym można przeprowadzać w mniej precyzyjny sposób, podając doustnie pigułkę, zawierającą 0,05 gr. błękitu, i oznaczając czas wydzielenia z moczem, który wynosi u zdrowe-

go około 60 godzin. W marskości nerek czas ten często bardzo znacznie się przedłuża, w nerczycach ulega skróceniu.

Próba z indygokarminem została wprowadzona w r. 1903 przez Völcckera i Josepha. Indygokarmin ma tę przewagę nad błękitem metylowym, że zawsze występuje w moczu jako taki, a nie jako chromogen. Dlatego też wyparł on całkowicie błękit metylowy w praktyce urologicznej (chromocystoskopji i cewnikowaniu moczowodów). Indygokarmin (firmy „Brückner i Lampe“, Berlin C 19) w roztwornie 0,4% w 0,6% roztwornie soli kchennej zastrzykuje się wśródmięśniowo w ilości 20 cm.³ (0,08 gr. indygokarminu). U zdrowych zjawia się on w moczu po upływie 3 — 5 minut, osiąga swe największe natężenie po 30 — 45 minutach i znika po upływie 12 godzin. Völccker radzi zbierać mocz w porcjach półgodzinnych i określać w nim kolorymetrycznie zawartość indygokarminu. W przypadkach niedomogi nerek barwnik zjawia się w moczu po 30 minutach, a czasem później. W przypadkach marskości nerek czas wydalania indygokarminu jest dłuższy, w nerczycach — krótszy (Shalli), podobnie jak to się ma z wydalaniem błękitu metylowego. W moczu, zawierającym ropę, zwłaszcza amoniakalnym, indygokarmin ulega po dłuższym staniu odbarwieniu: przez dokładne skłócenie moczu zabarwienie znów występuje.

Próba z fenolsulfoftaleiną została podana w r. 1912 przez Rowntree i Geraghty. Polega ona na zastrzyknięciu podskórnym, wśródmięśniowym lub wśródżylnym 6 mgr. barwnika, rozpuszczonego w 1 cm.³ wody z dodatkiem zasad. Można używać albo gotowych ampulek z 0,006 gr. fenolsulfoftaleiny firmy „Kahlbaum“, albo przygotować samemu roztwór do zastrzykiwań: 0,6 gr. fenolsulfoftaleiny zadaje się 20 cm.³ 1/10 nNaOH i dopełnia się do 100 cm.³ jałowym 0,75% roztwornem soli kuchennej (1 cm.³ roztworu zawiera 0,006 gr. fenolsulfoftaleiny). Próbę wykonywa się w następujący sposób: osoba badana wypija $\frac{1}{2}$ godziny przed zastrzyknięciem 300 — 400 cm.³ wody, bezpośrednio przed zastrzyknięciem opróżnia się jej pęcherz moczowy, poczem zastrzykuje się jej 1 cm.³ gotowego roztworu barwnika. Po upływie I i 2 godzin pacjent oddaje cały mocz do szklanek, zawierających po 10 cm.³ 25% NaOH. W razie obecności barwnika występuje błyszczące czerwone zabarwienie. Ilość wydzielonego w pierwszej i drugiej godzinie barwnika określa się ilościowo; określać należy natychmiast, gdyż natężenie zabarwienia szybko się zmniejsza. U zdrowego przy zastrzyknięciu podskórnym barwnik ukazuje się w moczu po 5 — 10 minutach, wydziela się w I godzinie w ilości 38 — 60%, w II — 12 — 25% (w pierwszych 2 godzinach 60 — 85%), w III godzinie — nieznaczna ilość. Po zastrzyknięciu w mięśnie pleców stosunki są takie same. Przy zastrzyknięciu wśródżylnym barwnik zjawia się w moczu po 3 — 5 minutach, w ciągu pierwszych 15 minut wydziela się 35 — 40%, w ciągu pierwszych 30 minut — 50 — 65%, w ciągu pierwszej godziny — 63 — 80%. Fromme i Rubner zalecają tylko metodę wśródżylną z 3 godzinnym badaniem moczu (w tym czasie normalnie musi się wydzielić 60% barwnika), jako jedynie pewną; metody podskórna i wśródmięśniowa dają niestałe wyniki. Wydalanie fenolsulfoftaleiny przebiega równolegle do wydalania mocznika.

(Dok. nast.).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

■ **Polski Kalendarz Lekarski na rok 1932.** Rocznik siódmy. Nakład i własność Księgarni Nowości we Lwowie.

Doskonały polski kalendarz lekarski zarówno co do treści, jak i opracowania działów oraz formatu. Z trzech konkurujących z sobą kalendarzy: warszawskiego, lwowskiego i poznańskiego — utrzymał się lwowski, który niewątpliwie zaspokoi wszystkie wymagania, gdyż przewyższa zasobem informacji nawet renomowany i rozpowszechniony wiedeński kalendarz *Urban i Schwa r z e n b e r g a*, obejmujący około 600 stron druku, gdy kalendarz polski obejmuje stron 782. Kalendarz jest wydrukowany na kosztownej bibułce, wskutek czego ma format cienkiej książeczki małej szesnastki, swobodnie mieszczącej się w kieszeni od marynarki. Najważniejszym działem kalendarza jest *vademecum* rozpoznawczo-lecznicze z alfabetycznym układem spraw chorobowych, obejmujące 250 stron druku i alfabetyczny spis ważniejszych leków na 142 stronach. Zarówno *vademecum*, jak i spis doprowadzone są do ostatnich zdobyczy i zawierają wszystkie najnowsze wiadomości lekarskie w formie konspektowej z szerokim uwzględnieniem środków farmaceutycznych, wytwarzanych w kraju. Prócz tego obszernego działu, kalendarz tegoroczny zawiera artykuł o promieniach *R o e n t g e n a* i o diatermji *D-ra Józefa R o t h a* ze Lwowa, „Najważniejsze dane z djagnostyki nowotworów złośliwych“ *Dra H. Hil a r o w i c z a*, doc. uniw. l. K.; „Oznaczenie refrakcji oka“ (dobieranie szkieł) *Dra W. L a n t e r s t e i n a* ze Lwowa; „Djagnostykę i leczenie tuberkuliną“ *Dra L. B e r g e r a* i „Krótki zarys ginekologiczno-polożniczy dla lekarza praktyka“ *Dra B. A b r a h a m a*. Dalej kalendarz podaje wiadomości o kąpielach słonecznych, djetetyce, witaminach, o żywieniu niemowląt, najczęstszych zabiegach lekarskich, zatruciach, surowicach i szczepionkach; wreszcie daje zestawienie leków wedle ich działania, skorowidz uzdrowisk polskich i zagranicznych i na koniec: badania laboratoryjne krwi, moczu, treści żołądka, kału, płynów wysiękowych i płwociny; ustawę o wykonywaniu praktyki lekarskiej i rozporządzenie co do sekcji sądowo-lekarskich i różne tablice, jak: wagi i wzrostu dziecka i człowieka dorosłego, dawkowania dla dzieci, dawek najwyższych i t. d. Na specjalne wyróżnienie kalendarz zasługuje jeszcze przez to, że nie zawiera zupełnie błędów drukarskich i wydrukowany jest wyjątkowo doskonałym pitem. Kalendarz posłużyć może za wzór, jak takie rzeczy wydawać należy; z przyjemnością przeto polecamy go wszystkim lekarzom-praktykom i wyrażamy wysokie uznanie wydawcy i drukarni („Lwowska Drukarnia Nowoczesna“) za doskonałe i pożyteczne wydawnictwo. Jeżeli chodzi o dezyderata na przyszłość, to ze swej strony uważałbym za pożądane umieszczenie na końcu kalendarza spisu wszystkich umieszczonych ogłoszeń według specjalnych działów. W ten sposób ułatwiłoby się czytelnikom korzystanie z ogłaszających się firm. Ogłoszenia mają na celu nie tylko pokrywanie kosztów wydawnictwa, ale zapoznanie czytelników z wysiłkami firm przemysłowych i z ich adresami. Z ogłoszeń, rozrzuconych po kalendarzu, trudno jest korzystać. Kalendarz wiedeński podaje stale dokładny skorowidz ogłoszeń, możnaby rzecz taką zaprowadzić i u nas.

W. K n a p p e.

■ **Dr. A. KOWARSKI.** Klinische Mikroskopie. Atlas und Leitfaden. (Berlin, Urban u. Schwarzenberg, 1932).

Wyjątkowo pięknie wydany atlas i podręcznik mikroskopji klinicznej. Szczególnie piękne są obrazy hematologiczne. Książka jest ułożona bardzo przejrzysto i może być gorąco polecana jako niezbędny w klinicznych pracowniach podręcznik.

M. L.

Historja i filozofja medycyny.

■ **Dr. Lavoslav SIK.** Jüdische Aertze in Jugoslawien. (Wydawnictwo: Eugen Sekler, Osijek. 1931. 52 str. + 12 tabl. z portretami).

Dzieje lekarzy żydowskich wzbogaciły się ostatnio o jeszcze jeden przyczynek. Dr. jur. Lavoslav S i k z Zagrzebia, z zawodu adwokat, zajmujący się historją żydów w Jugosławji, niedawno ogłosił pracę o żydowskich lekarzach w Jugosławji. Praca ta pierwotnie ukazała się w języku kroatyckim w czasopiśmie lekarskim „Lijecnicki Vijesnik“, w zeszytce poświęconym historii medycyny w Jugosławji. Powyższa praca, nieco rozszerzona, została wydana przez autora w języku niemieckim jako oddzielna broszura. Aczkolwiek praca ta została napisana przez nielekarza i zajmuje się nietylko stroną medyczno-naukową, ile społeczną, to jednak zawiera sporo ciekawych materiałów. Między innymi znajdujemy tam szereg nowych danych o słynnym żydowskim lekarzu Amatusie L u s i t a n u s i e, który przedtem, jako marran, nazywał się *D o n J o a v R e d e r i g u e z* i urodził się w roku 1511 w Castello Blanco. Na skutek inkwizycji musiał opuścić portugalską ojczyznę, wędrował po miastach Belgji i Italji i, nigdzie nie czując się bezpiecznym, w końcu osiadł w Dubrowniku w charakterze lekarza miejskiego. Niedługo jednak tam pozostaje i przenosi się wraz z innymi marranami do Turcji, gdzie, jako ofiara swego zawodu, ginie w Salonikach od dżumy. Dalej autor daje nam szereg sylwetek lekarzy żydowskich: Salomona T o b i e i Girolamo M e l a m e d a w Splicie, chirurga M i c h e l a w Słowenji, którzy się szczególnie wyróżnili jako lekarze. Pierwszym lekarzem na miarę europejską w Bośni był żyd Isaak Effendi S a l o m, który w charakterze stypendysty Serajewskiej gminy żydowskiej studjował w Padwie i w roku 1851 mianowany został lekarzem wojskowym. Szczególnie wybitną rolę odegrał Dr. med. Siegfried K a p p e r, który się wslawił jako poeta serbski, wzbogaciwszy jugosłowiańską literaturę. W dalszym ciągu znajdujemy w omawianej pracy dane biograficzne o lekarzach żydowskich: Dr. Maurycy S a c h s i Dr. Milan S z w a r z w Zagrzebiu, Dr. Samuel P o p s i Dr. Salomon A l k a l i, obaj w Belgradzie. W sumie autor daje nam ciekawy obraz działalności żydowskich lekarzy w Jugosławji na terenie pracy zawodowej, jakoteż na niwie społecznej.

Rafał B e c k e r (Otwock).

Farmakologia kliniczna i doświadczalna oraz toksykologia.

ZÖRKENDÖRFER. W sprawie zapisywania soli czyszczących. (D. m. W. Nr. 47. 1931).

W leczeniu zaparcia mamy dwie drogi do wyboru: wpływ na jelita, a zwłaszcza na ich czynność, oraz zmianę składu treści jelitowej. Ten drugi sposób postępowania ma tę wyższość, że działają tu bodźce fizjologiczne, i z tego powodu środki tej grupy mogą być stosowane przez czas dłuższy. Należą tu trudno wchłaniające się sole. Wobec wchłaniających w grę fizycznych i fizyczno-chemicznych procesów, działanie tych środków w wysokim stopniu zależy od sposobu ich podawania. Roztwory soli, pozostając w jelitach, są szybko doprowadzane do izotonji, względnie nieco wyższego stężenia. Przy roztworach hipotonicznych dochodzi do izotonji wskutek wchłaniania wody. Przy hipertonicznych — wskutek rozcieńczającego działania soku jelitowego. W pierwszym razie duża ilość wody, dzięki odruchowi, powstałemu przez rozciąganie, doprowadza do szybkiego i wydatnego opróżnienia jelit. W drugim przypadku, o ile nie podano wody, wydzielanie jej w jelitach trwa dość długo, nieraz

10 do 20 godzin, i tem się też tłumaczy, że hipertoniczne roztwory powodują dość znaczne odwodnienie ustroju. Długie przebywanie płynów w jelitach prowadzi do rozmiękania mas kałowych i dlatego pożądane jest stosowanie małych dawek hipertonicznych roztworów w pierwszych dniach leczenia, gdy chodzi o stolec b. zbity. Nie stwierdzono doświadczalnie jakiegokolwiek przyzwyczajenia do tego rodzaju leczenia. Skutek działania roztworów hipertonicznych zależy od zachowania się wody w ustroju; z chwilą jej zmniejszenia się efekt działania soli jest oczywiście słabszy. Przy długotrwałym podawaniu należy przeto zapewnić odpowiedni dowóz wody, co, nawet u sercowo chorych, nie wpływa ujemnie na krążenie krwi. Aby zapewnić dostanie się soli do końcowych odcinków jelit, należy hipertoniczne roztwory podawać w nieco większych dawkach, niż hipotoniczne. Sól gorzka mniej się nadaje do dłuższego stosowania wskutek odciągania z ustroju zasad; lepiej natomiast jest znoszone *natrium sulfuricum*, a najlepiej nadaje się połączenie *natrium i magnesium sulfuricum* z zasadami. Także pewien dodatek chloru jest wskazany. Takie właśnie połączenie spotykamy w naturalnej przeczyszczającej wodzie i soli glauberskiej.

St. L u x e n b u r g.

J. SAUER. Przyczynki do problemu działania potasu I. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 172, z. 3).

„Roślinny bodziec do swędzenia” znika pod wpływem większych dawek *kalium aceticum*. Potas wpływa również częściowo pomyślnie na liszaję W i d l a i przewlekle wypryski. Jeżeli działanie potasu wyczerpało się, to przez zastosowanie w międzyczasie dawek wapnia przywraca ponownie działanie potasu.

Henryk J. L a n d a u.

J. SAUER. Przyczynki do problemu działania potasu II. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 172, z. 3).

Większe dawki *kalium aceticum*, podane doustnie, wywołują: 1) podniesienie się poziomu potasu w surowicy i płynie mózgowo-rdzeniowym; 2) szybkie zwiększanie się wsład za tem zawartości wapnia w surowicy, dzięki czemu stosunek Ca : K pozostaje niezmienny; 3) zmniejszenie się zawartości sodu w surowicy; 4) ustępowanie „roślinnego bodźca swędzenia” po podaniu doustnym potasu nie jest związane z podniesieniem się poziomu potasu w surowicy.

Henryk J. L a n d a u.

J. SANDERS. Anafilaksja po chininie oraz leczenie malarji chinidyną. (Journ. of the Amer. Med. Ass. Nr. 12. 1931).

Autor opisuje przypadek anafilaksji, która wystąpiła po zażyciu chininy; 20 minut po zwykłej dawce chininy u chorej wystąpiła pokrzywka, obrzęk języka i gardzieli. Nawet b. małe dawki chininy wywoływały burzliwe objawy anafilaksji; autor przekonał się, że chinina dawała u chorej reakcję skórąną dodatnią, chinidyna zaś ujemną. W 20 roku życia chora zapada na malarję; autor zastosował leczenie chinidyną, podając *chinidyni sulfurici* 0,3 do 0,6 w ciągu 4 kolejnych dni 2—4 godziny przed napadem; chora wyzdrowiała, we krwi nie znaleziono pasożytów malarji. Zachęcony dobrym wynikiem, zastosował leczenie malarji chinidyną w 49 przypadkach; leczenie to dawało powrót do zdrowia. Autor radzi stosować chinidynę w przypadku braku tolerancji na chininę.

Jakób P e n s o n.

C. WILLIMOTT, CAMB, LIVERP. Przypadek zatrucia chininą. (The Lancet Nr. 21. 1931).

Idiosynkrazja względem chininy jest znana; zatrucia spotyka się rzadko, choć jest to lek, posiadający własności jadu protoplazmatycznego. Wysokość dawki toksycznej jest różnie podawana; S t a r k e n s t e i n sądzi, że 10—12 gr. chininy stanowi śmiertelną dawkę dla dorosłego; J e s s e r cytuje śmiertelne zatrucie 2 dzieci dawką 1,8 gr. *chinini hydrochlorici*. Przypadek autora dotyczy 2 sióstr, które znalazły podczas zabawy pastylki chininowe, powleczone cukrem; młodsza, 2½-let-

nia zjadła 26 pastylek (prawie 8 gr. chininy), starsza, 5-letnia — tylko 5. Po godzinie obie zaczęły odczuwać bóle żołądka i nudności. Starsza szybko wróciła do zdrowia po zastosowaniu środka wymiotnego. Młodsza po 2 godzinach dostała drgawek, po 3 godzinach nastąpiło zejście śmiertelne wśród objawów sinicy, przy b. niskiej temperaturze ciała i rozszerzonych źrenicach. Autopsja wykazała przekrwienie narządów wewnętrznych, głównie płuc i nerek; stwierdzono b. ciemną krew oraz wylewy krwawe w sercu, nerkach, nadnerczach, żołądku i jelitach. Badanie chemiczne narządów wykazało obecność chininy w żołądku i ślady w wątrobie; w innych narządach, pomimo licznych analiz, nie stwierdzono chininy, choć zażyta dawka była dość duża; autorzy sądzą, że tkanki widocznie posiadają zdolność zobojętniania chininy.

Jakób P e n s o n.

Balneologia i Klimatologia.

Uzdrowiska czynne w sezonie zimowym.

Nakładem Związku Uzdrowisk Polskich wydana została książeczka pod tytułem powyższym, mająca cele czysto praktyczne i spełniające je w zupełności. Uwzględniono tu: Ciechocinek, Druskieniki, Inowrocław, Iwonicz, Jaremcze, Jastrzębie-Zdrój, Krynica, Miłowody, Nałęczów, Otwock, Rabkę, Smukałę, Szczawnicę, Truskawiec, Wisłę, Worochę, Zakopane i Żegiestów-Zdrój. Informacje dotyczą szczegółów leczniczych, warunków pobytu i leczenia oraz zawierają w niewielu słowach to wszystko, co zarówno lekarza jak i pacjenta interesować może ze względu na prowadzone w sezonie zimowym leczenie w tych uzdrowiskach.

M. F.

Gruźlica.

Hugo ADLER. O aktywacji uciśniętego płuca w okresie leczenia odmą sztuczną. (Ztsch. f. Tbk. T. 60, z. 5/6).

Proces gruźliczy w uciśniętym płucu często staje się czynnym pod wpływem leczenia odmą sztuczną; tworzą się świeże nacieki dokoła jamy; nacieki te z czasem mogą się w trakcie leczenia wessać, albo ulec dalszemu rozpadowi i przyczynić się do powiększenia już istniejącej jamy. Uciśnięte płuco należy starannie kontrolować rentgenem, i, w razie stwierdzenia świeżej czynnej sprawy, zmniejszyć ilość dopełnianego gazu, wzgl. przerwać stosowanie odmy. Obecne wskazania do odmy sztucznej są zbyt schematyczne. Odma szt. nie jest zabiegiem obojętnym. Statystyka nie jest właściwą drogą dla oceny, czy dana metoda lecznicza jest właściwa, tembardziej w gruźlicy z jej nieobliczalnym przebiegiem. W większości statystyk dodatni wynik leczenia przypisuje się danej metodzie leczenia, a wynik ujemny składa się na karb złośliwego przebiegu choroby. Autor nie występuje bynajmniej jako przeciwnik odmy sztucznej, dzięki której miał dużo świetnych wyników leczenia. Zwraca się tylko przeciw zbyt niemu szafowaniu tą metodą i nawołuje do ograniczenia wskazań.

M. S e g a ł.

G. FRISCHBIER i W. KREMER. W jakich warunkach społecznych leczenie odmą sztuczną może być właściwie zastosowane? (Ztschr. f. Tbk. t. 61, z. 2).

Na zasadzie statystyk S a u g m a n n a i innych kliniki autorzy dochodzą do wniosku, że leczenie gruźlicy płuc odmą sztuczną odgrywa b. poważną rolę w terapii i że zdania co do tego są uzgodnione. Natomiast ze względów społecznych zakres stosowania odmy nie doszedł do właściwego rozwoju z następujących przyczyn: przedewszystkiem, z powodu niedostatecznego zorganizowania dopełnień odmy, a następnie, ze względu na trudności finansowe, — zbyt wczesny powrót do pracy chorych z odmą; w ten sposób niweczy się często dodatnie wyniki dotychczasowego leczenia. Autorzy proponują lepsze zorganizowanie dopełnień odmy w całych Niemczech i jako okres niezbędny do leczenia odmą sztuczną — proponują 1½ roku.

Okres ten składa się z poszczególnych etapów leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego. W okresie leczenia ambulatoryjnego chory otrzymuje zapomogę na leczenie. M. S e g a ł.

D. MEERSON. *Optimum ciśnienia przy odmie sztucznej.* (Zeitschr. f. Tbk. t. 61, z. 5).

Zagadnienie — jak silnie należy ucisnąć płuco, stosując odmę sztuczną — dotychczas nie zostało rozstrzygnięte. Szybkość resorpcji powietrza wprowadzonego do jamy opłucny nie daje się określić. Zależy ona od całego szeregu czynników, a mianowicie: od stanu anatomicznego listków opłucny; dalej — w jakim stopniu gaz wywołał podrażnienie opłucny: jakiego charakteru, jak długotrwałe, a także od częstości i głębokości ruchów oddechowych uciśniętego płuca. Jako *optimum* ciśnienia uważać należy to ciśnienie minimalne, przy którym znikają objawy toksyczne. Możemy określić to *optimum*, stopniowo zwiększając ciśnienie wśród - opłucnowe, przy jednoczesnej kontroli klinicznej w przerwach między poszczególnymi dopełnieniami odmy. Często jednak widzimy ustąpienie objawów toksycznych, pomimo zachowania się jamy, która się nie zapada. Są jamy, które w żaden sposób nie dają się ucisnąć, a mianowicie: duże jamy przywnękowe; przy zrostach śródpiersiowych jamy, leżące blisko ściany klatki piersiowej z obliteracją przestrzeni endopleuralnej; jamy z zgrubiałą otoczką łącznotkankową, które nie poddają się uciskowi. Tego rodzaju jamy, wedle doświadczenia autora, nie zapadają się ani po założeniu całkowitej odmy sztucznej, ani po zewnątrzopłucnowej torakoplastyce. W przypadkach, gdy stwierdzamy zmiany i w drugim płucu, należy stosować minimalny ucisk po stronie bardziej zajętej tak — aby czynność oddechu kompensacyjna zdrowej strony nie była bardzo wydatna.

M. S e g a ł.

P. WEILLER. *Szybkość opadania krwinek a odma sztuczna.* (Rev. de la Tub. N. 7, 1931).

Opadanie czerwonych ciałek krwi wykazuje zazwyczaj po pierwszym wprowadzeniu gazu lekką skłonność do przyspieszenia się, w krótkim jednak przeciągu czasu szybkość opadania powoli się zmniejsza. To zwolnienie opadania krwinek często występuje przed innymi oznakami poprawy: przed ustaniem kaszlu, spadkiem gorączki, znikaniem płwociny i t. d. Zjawienie się wysięku w przebiegu odmy sztucznej odbija się natychmiast na opadaniu krwinek, które nadal stają się krańcowo szybkimi. Na tej podstawie można podejrzewać tworzenie się wysięku jeszcze przed stwierdzeniem objawów klinicznych i radiologicznych. Przyspieszenie opadania nie przesądza natury wysięku: jest ono bardzo szybkie zarówno w wysięku surowiczo - włóknikowym, jak i w ropnym. W czasie istnienia wysięku opadanie zmienia się równoległe ze zmianami wysięku; po nakłuciu zwykle się przyspiesza. Drobne wysięki przemijające wpływają dyskretnie na opadanie. Gdy wysięk, starzejąc się, ulega przemianie ropnej, opadanie nie przyspiesza się, co pozostaje w zgodzie z bezgorączkowym zazwyczaj rozwojem tych zimnych ropień. Jeśli w przebiegu odmy sztucznej opadanie przyspiesza się, a wysięk nie występuje, należy myśleć o chorobie przypadkowej, gdy zaś można ją wyłączyć, o wysiewie po stronie przeciwnej, a gdy i tego się nie stwierdza, o wysiewie w uciśniętym kikutie płucnym. Henryk J. L a n d a u.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

W. SCHULTZ. *O agranulocytozie.* (Ther. der Gegenwart. Listopad 1931).

Pierwotnie, zdaniem autora, zostaje uszkodzony szpik kostny, specjalnie aparat, wytwarzający granulocyty; wskutek braku granulocytów wytwarza się brak odporności tkanek, głównie błon śluzowych, które ulegają procesom martwiczym; wtórnie dołączają się różne bakterie, które mogą być wykryte we krwi. Pierwotną lokalizację sprawy bardzo często znajduje się

w migdałkach i pierścieniu W a l d e y e r a. Liczne obserwacje autora i innych dowiodły, że zespół ten występuje nie tylko u kobiet, lecz i u mężczyzn niezależnie od wieku, wreszcie, że bywają przypadki zupełnego wyzdrowienia. Krytycy sądzą, że zespół agranulocytozy jest wyrazem uszkodzenia krwi przez septyczną sprawę migdałkową. Autor z tego rodzaju poglądem nie zgadza się; zakażenie krwi, którego źródłem są migdałki, ma swój obraz kliniczny swoisty; zwykle w migdałkach, w ich bezpośrednim sąsiedztwie lub w żyłach okolicznych znajduje się ognisko, będące punktem wyjścia zakażenia. Agranulocytozę zaś cechuje swoisty przebieg. Autor opisał szereg przypadków agranulocytozy bez udziału migdałków; częstym objawem jest zajęcie dżiąseł, które na długi czas poprzedza ostry okres schorzenia; pozatem sprawa chorobowa może zaczynać się na błonie śluzowej całego przewodu pokarmowego, począwszy od jamy ustnej aż do okolicy odbytu; wreszcie jako cechę swoistą autor podaje ciężki obraz krwi w okresach długotrwałych remisji. Wobec możliwości wyleczenia agranulocytozy należy zawsze przystępować do energicznej terapii. Przedewszystkiem stosuje się drażnienie szpiku długich kości zapomocą promieni R o e n t g e n a. R e z n i k o f f podaje dobre wyniki przy stosowaniu kwaśnej guaniny i adeniny dożylnie wraz z przetaczaniem krwi. W przypadkach przewlekłych z nawrotami autor stosował skutecznie dietę wątrobową; przekonał się, że wątroba nie tylko pobudza czynność erytrotwórczą szpiku, lecz wzmacnia układ granulocytów. Co się tyczy zagadnienia teoretycznego, czy agranulocytoza jest jednostką chorobową, czy tylko zespołem objawów, autor zajmuje stanowisko pośrednie; opierając się na spostrzeżeniach, że tego rodzaju kwestje są w hematologii częste, jak np. poglądy na niedokrewność złośliwą, sądzi, że agranulocytoza jest zespołem objawów, a jednocześnie jednostką chorobową kliniczną. Jakob P e n s o n.

SEIFERTH. *Sepsis agranulocytica po usunięciu migdałków.* (D. m. W. Nr. 46. 1931).

Od czasu ogłoszenia pierwszych spostrzeżeń w sprawie agranulocytozy przez W. S c h u l t z a, kazuistyka tego cierpienia znacznie wzrosła. S c h u l t z podawał następujący obraz kliniczny: ostry początek choroby z gorączką, krótki, śmiertelny przebieg, brak komórek ziarnistych w obrazie krwi, martwicze procesy w jamie ustnej i gardzieli, żółtaczka. Obecnie wiemy, że do powyższych objawów dołączyć się może: niedokrewność, skaza krwotoczna, żółtaczka może nie wystąpić, choroba może się zakończyć wyleczeniem. S c h u l t z sądził, że mamy do czynienia ze specyficznym zarazkiem. Jednak brak odczynu ze strony aparatu krwiotwórczego ustroju należy ujmować, jako główny objaw septycznego przebiegu choroby. Autor spostrzegł przypadek, dotyczący mężczyzny lat 22, u którego, po usunięciu migdałków, w kilka dni po zabiegu, rozwinął się ciężki stan septyczny, zakończony zejściem śmiertelnym. Spostrzegana w tym przypadku limfocytoza, która jakoby ma dawać lepsze rokowanie, nie ziściła pokładanych nadziei. Jest to drugi opisany przypadek agranulocytozy, która rozwinęła się po tonsillektomji. S. zgadza się z poglądem innych autorów, którzy widzą w agranulocytozie zakażenie ogólne ze specjalnym działaniem jądów na szpik kostny. Dlaczego tak jest, na to pytanie nie można jeszcze dziś odpowiedzieć z całą pewnością. Ogólnie panuje zdanie, że zachodzi tutaj jakieś specjalne powinowactwo zarazków do szpiku kostnego. W leczeniu próbowano stosować: podwiązanie *jugularis*, *mediastinotomia*, naswietlanie szpiku kostnego promieniami R o e n t g e n a. To ostatnie daje stosunkowo najlepsze wyniki.

St. L u x e n b u r g.

A. J. LEBIEDOW. *Leczenie ciężkich postaci niedokrewności insuliny.* (Wracz. Gaz. Nr. 18. 1931).

U wszystkich chorych pod wpływem insuliny stwierdzono znaczną poprawę łaknienia i przybytek na wadze. We wszyst-

kich przypadkach, gdzie leczenie żelazem i arsenikiem dało bardzo małą lub wzgl. żadną poprawę — po insulinie stwierdzono wzrost ilości hemoglobiny i liczby czerwonych ciałek krwi, pozatem stan subiektywny i obiektywny chorych uległ poprawie. Kwasota soku żółądkowego pod wpływem insuliny nie uległa zmianie. U chorych z powiększoną śledzioną — po insulinie śledziona znacznie się zmniejszyła. Wpływ insuliny utrzymuje się nie tylko w okresie wstrzykiwań, ale także po ukończeniu leczenia. W przypadkach niedokrewności wtórnej wynik leczenia był dość trwały. W przypadkach niedokrewności złośliwej i anemji bez regeneracji erytrocytów nawrót wystąpił po upływie 1/2 roku.

M. S e g a ł.

V. SCHILLING. Wyciąg wątrobowy do wstrzykiwań Gänslena. Nowy przyczynok do zagadnienia odporności wątrobowej i uleczalności zmian rdzeniowych. (Klin. Wschr. 1931. Nr. 7).

Autor omawia wyniki leczenia niedokrewności wyciągiem wątrobowym G ä n s l e n a, wyrabianym przez I. G. Farbenindustrie w postaci przeznaczonej do wstrzykiwań, pod nazwą „Campolon”. Spostrzeżenia S c h i l l i n g a dotyczą 10 chorych, zbadanych klinicznie, oraz większej liczby chorych ambulatoryjnych. Wszyscy ci chorzy dotknięci byli niedokrewnością złośliwą lub innymi bardzo ciężkimi postaciami anemji. U chorych tych zwrócono się do leczenia wstrzykiwaniami z powodu wstrętu do spożywania wątroby lub nietolerancji doustnej terapii wątrobowej. Dawkowanie odpowiednio do wskazówek G ä n s l e n a wynosiło początkowo 2 cm³ dziennie, później zaś, a w przypadkach lżejszych nawet od razu, wstrzykiwano 1 cm³ dziennie lub też 3 razy na tydzień po 2 cm³. Na podstawie swych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że Campolon przedstawia w porównaniu z dotychczasowymi preparatami wątrobowymi wyciąg zasadniczo skuteczniejszy i o wiele lepszy. We wszystkich bez wyjątku przypadkach stwierdzano bardzo szybko i wybitną poprawę stanu ogólnego, wyglądu i samopoczucia oraz zwiększenie zdolności do pracy. Taką wszechstronną poprawę stwierdzono również i w tych przypadkach, w których dotychczasowe sposoby leczenia wewnętrznego doprowadzały jedynie do normy obraz krwi, nie wpływając natomiast w znacznym stopniu na stan ogólny chorych. Na poziom cukru we krwi Campolon wpływu nie okazywał, zwiększał zaś, podobnie jak insulina, zapas glikogenu w wątrobie. Zaledwie półroczna obserwacja chorych, leczonych Campolonem, nie pozwala, oczywiście, jeszcze powiedzieć nic pewnego o trwałości jego działania, już dzisiaj można jednak z dotychczasowych spostrzeżeń wyciągnąć następujące wnioski: 1) skuteczność Campolonu odpowiada całkowicie działaniu zwykłej wątroby, natomiast niezbędna do celów leczniczych dawka dobową wynosi zaledwie 1/50 dawki dotychczasowej. 2) Stosowanie Campolonu jest bardzo proste i polega na jednym wstrzyknięciu 1 lub 2 cm³ dziennie. Wobec trudności, związanych częstokroć z doustną terapią wątrobową, a zwłaszcza ze spożywaniem wątroby naturalnej, przedstawia to znaczny postęp. 3) Za pomocą Campolonu można wykazać, że „oporność” na działanie lecznicze wątroby polega przeważnie tylko na niedostatecznym przyswajaniu podawanej doustnie wątroby lub jej przetworów. 4) Campolon poprawia lub leczy również i zmiany rdzeniowe, powstałe na tle niedokrewności złośliwej. 5) Według S c h i l l i n g a wprowadzenie Campolonu do lecznictwa oznacza bardzo ważny postęp w terapii wątrobowej.

J. T y p o g r a f.

J. GALLOWAY i M. LIVERP. Płytki krwi a wycięcie śledziony. (The Lancet Nr. 23. 1931).

Autorzy opisują trzy przypadki małopłytkowości ze skazą krwotoczną; przypadki były przez długi czas obserwowane; zbadano wpływ wycięcia śledziony na liczbę płytek. Przed zabiegiem liczba trombocytów we wspomnianych przypadkach wynosiła: 1) 90.000, 2) 99.000, 3) 59.000. Po wycięciu śledziony zano-

towano natychmiastowy wzrost liczby płytek, który doszedł do szczytu w 11 dni po operacji i wynosił: 1) 770.000, 2) 624.000, 3) 1.024.000 w mm³ krwi. Poziom płytek stopniowo spadał i po paru miesiącach w przypadku drugim wynosił 483.000, w trzecim — 581.000; liczby te są niższe, niż na szczycie wzrostu, lecz znacznie wyższe, niż przed wycięciem śledziony. Podczas zabiegu operacyjnego w jednym z przypadków stwierdzono, że krew żyły śledzionowej zawiera o 25% mniej płytek, niż w tętnicy śledzionowej. W innym przypadku na parę sekund przed wycięciem śledziony nacięto jej tkankę i pobrano krew spływającą; okazało się, że krew ta zawierała 5 razy więcej płytek, niż krew żyły śledzionowej. Opisane badania potwierdzają pogląd, że śledziona jest miejscem, gdzie płytki krwi w znacznej mierze ulegają zniszczeniu.

Jakób P e n s o n.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

H. CHABANIER, LABO-ONELL, LELU. Post i wywołane przecukrzanie krwi. (Presse méd. Nr. 60, 1931).

Obarczenie glukozą i następcze badanie zachowania się poziomu cukru we krwi jako próba czynnościowa aparatu glikoregulacyjnego (przedewszystkiem czynności wewnątrzwydzielniczej trzustki) zdobyło sobie powszechne prawo obywatelstwa. Zaburzenie w przemianie cukrów uwidacznia się zbyt wysokimi wartościami (przekraczającymi 180 mgr. % glukozy) lub wydłużeniem krzywej, czyli opóźnionym powrotem do normy. Powyższe zjawiska nie są zresztą typowe wyłącznie dla cukrzycy — występują one i u innych chorych z zaburzeniami czynności glikogenicznej (choroby tarczycy, wątroby). W pracy niniejszej chodziło autorom o wykazanie wpływu diety w czasie, poprzedzającym badanie krzywej cukru we krwi na przebieg tej krzywej. Okazuje się, że dieta, pozbawiona węglowodanów, wpływa ujemnie na przemianę węglowodanową w tym sensie, że krzywa obarczeniowa upodabnia się do krzywej w cukrzycy. Należy więc przed przystąpieniem do próby obarczeniowej uwzględnić jakość pokarmów, przyjmowanych przez pacjentów, w przeciwnym bowiem razie łatwo przyjąć istnienie zaburzeń w przemianie węglowodanów tam, gdzie ich niema. Autorzy przyjmują, że post, względnie brak węglowodanów w diecie powoduje niedostateczne wydzielanie insuliny, hipoinsulinemję. Dlatego też ustrój nie radzi sobie z nadmiarem podanych nagle węglowodanów, wywołując patologiczną hiperglikemję. Rezultaty otrzymane są w zgodzie z uprzednio znanymi już faktami, że przecukrzanie krwi wymaga wydzielania trzustki i odwrotnie. W rezultacie autorzy występują przeciwko stosowaniu postów u chorych na cukrzycę (A l l e n) — wywołuje się przez to hipoinsulinemję i pogorszenie stanu chorobowego. Jedynie odpowiednie odżywianie, zawierające dostateczną ilość węglowodanów oraz dawkę insuliny potrafią podnieść normalną insulinemję i poprawić stan chorego.

H. S z p i d b a u m.

E. MOHOS i A. SCHOLTZ. Badania nad zawartością kwasu mlekowego we krwi w chorobie Basedowa. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 171, z. 4).

U pacjentów z chorobą B a s e d o w a bez objawów niedomogi serca znaleźli autorzy w spokoju normalny poziom kwasu mlekowego we krwi. Znaczniejsze podniesienie się poziomu kwasu mlekowego we krwi w porównaniu ze zdrowym ustrojem występuje dopiero podczas pracy fizycznej. To zwiększenie się jest wysokiego stopnia i utrzymuje się również około 1/2 godziny po ukończeniu pracy mięśniowej. Zapomocą wódrodźlnych zastrzykiwań mleczanu sodowego poziom kwasu mlekowego we krwi chorych na chorobę B a s e d o w a nie daje się podnieść w silniejszym stopniu, niż u dorosłych. Komórki tych chorych, znajdujących się w spokoju, utleniają, względnie resyntezują wprowadzony do krwiobiegu nadmiar kwasu mlekowego w tym

samym stopniu, co komórki zdrowego ustroju; resynteza, względnie utlenianie kwasu mlekowego — staje się niedostateczne dopiero podczas pracy fizycznej. Henryk J. L a n d a u.

GUDZENT. Rola radu w leczeniu zaburzeń gruczołów dokrewnych. (Med. Klin. Nr. 22, 1931).

Małe dawki substancji radioaktywnej pobudzają czynność gruczołów dokrewnych, duże zaś obniżają ich funkcję. Bardzo czułe są gruczoły płciowe i nawet niewielkie dawki promieni mogą dać objawy wypadnięcia czynności tych gruczołów. Z innych gruczołów, czułych na rad, należy wymienić grasicę, nadnercze i przysadkę mózgową, chociaż w tym kierunku przeprowadzono mało badań. Autor przez naświetlanie przysadki mózgowej otrzymywał poprawę objawów przekwitania u kobiet. Największe zastosowanie znajduje rad w leczeniu nadczynności tarczycy i choroby B a s e d o w a. Autor sądzi, że metoda ta daje 45 do 64% wyleceń. Zaletą leczenia energią promieniastą jest zupełne bezpieczeństwo, szybki wynik leczenia; autor nie zgadza się z poglądem, że po stosowaniu promieni zabieg operacyjny przedstawia specjalne trudności. Jakób P e n s o n.

H. STEINITZ. Badania nad przemianą materji we fruktozurji. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 171, z. 4).

Czysta fruktozuria jest nadwzyczaj rzadkiem zaburzeniem przemiany materji, którego opisano dotąd zaledwie 16 pewnych przypadków. Obserwacja jednego nowego przypadku dała sposobność pogłębienia naszych wiadomości o tem zaburzeniu przemiany materji zapomocą niewykonywanych dotąd badań pośredniej przemiany cukru owocowego, zwłaszcza zapomocą wykonywania krzywych zawartości fruktozy we krwi w rozmaitych warunkach. W przeciwieństwie do normalnego zachowywania się wobec cukru gronowego i galaktozy znajdowała się wielka wrażliwość w stosunku do fruktozy. Już spożycie 1 gr. cukru owocowego prowadziło do wydalania fruktozy z moczem. We krwi, pobranej naczno, nigdy nie wykrywano fruktozy. Już po wprowadzeniu 5 gr. cukru owocowego występowała fruktozemja, której wysokość ludzie z normalną przemianą materji rzadko tylko osiągnęli nawet po spożyciu o wiele większych ilości fruktozy. Podczas gdy u zdrowych ludzi po obciążeniu cukrem owocowym znika on ze krwi najpóźniej po upływie 2—3 godzin, u tego chorego po podaniu 60 gr. lewulozy można było jeszcze po 4 godzinach wykazać we krwi znaczne ilości fruktozy. Przy jednoczesnym podawaniu fruktozy i innych węglowodanów (glukozy lub galaktozy) fruktozemja osiągała znacznie większe liczby, niż wtedy, gdy podawano samą fruktozę w tej samej ilości. Wysokość fruktozurji przy doustnym podawaniu wynosiła zawsze, niezależnie od ilości podanej fruktozy, określony tylko nieznacznie wahający się odsetek doprowadzonej ilości (5,4—8,4%). Przy podwójnym obciążeniu jeszcze innymi węglowodanami wydalal chory procentowo więcej fruktozy, jeszcze więcej po wśródzylnem zastrzyknięciu fruktozy. Po wśródzylnem zastrzyknięciu fruktozy wydalanie jej ze krwi w porównaniu ze zdrowymi było znacznie opóźnione. Po podaniu insuliny przyszło tylko do zupełnie nieznacznej fruktozemji. Insulina i florydyna nie wywierały żadnego wpływu na fruktozurję. U chorego z fruktozurją, zarówno jak u pacjenta z prawidłową przemianą materji, we krwi tętnicznej, względnie włośniczek dała się wykazać większa zawartość fruktozy, niż we krwi żylniej. U obu więc zużycie fruktozy odbywa się na obwodzie. Próg przepuszczalności nerek dla fruktozy leży u zdrowego przy około 8 mg. % fruktozy. Nie było żadnych podstaw do przyjęcia obniżenia tego progu u chorego z fruktozurją. Badania kliniczne i doświadczalne czynią prawdopodobnem, że czysta fruktozurja nie różni się zasadniczo, ale tylko ilościowo od pokarmowej fruktozurji wątrobowo-chorych. „Klasyczną“ postać czystej fruktozurji można określić jako fruktozurję wątrobową. Pośrednia przemiana materji we fruktozurji wykazuje w wielu punktach podobieństwo do cukrzycowych zaburzeń. Podobnie jak mniejsza czynnościowo

wartościowość narządu wysepkowego trzustki jest podłożem cukrzycowego zaburzenia przemiany materji, tak zaburzenie jednej z czynności wątroby jest środkiem ciężkości w prawdziwej fruktozurji. Z tych przypadków można wyróżnić jedną postać fruktozurji, w której przechodzenie fruktozy ze krwi następuje już przy nieznacznej fruktozemji. Dotychczas tę „nerkową“ lub „pozawątrobową“ fruktozurję spostrzegano u ciężarnych. Podobnie jak odróżnia się glikozurję trzustkową od nerkowej, tak wydaje się, że wolno jest przeciwstawić fruktozurji wątrobowej nerkową fruktozurję. Henryk J. L a n d a u.

Choroby oczu.

ROLETT. Statystyka złoźowych zapaleń oczu, leczonych w Berneńskiej klinice ocznej. (Klin. Monatsbl. f. Augenhlk. 1931, październik).

Z badań autora wynika: 1) Zapalenie złoźowe oczu należy do najczęstszych chorób oczu wieku dziecięcego. U osób dorosłych jest ono znacznie rzadsze. 2) Na zapalenie złoźowe oczu zapadają dziewczęta więcej, aniżeli w dwojnásob, częściej od chłopców. 3) Zapalenie złoźowe oczu w latach ostatnich stało się znacznie rzadsze, niż dawniej. 4) Obecnie spotykamy znacznie mniej ciężkich powikłań ze strony rogówki. 5) Nawroty tej choroby oczu zmniejszyły się do połowy w porównaniu z latami ubiegłymi. 6) Stan ogólny dzieci, dotkniętych zapaleniem złoźowym oczu, obecnie jest znacznie lepszy w porównaniu ze stanem z przed lat 20-tu. Zastanawiając się nad wynikami liczbowymi swych badań, autor dochodzi do wniosku, że przyczyny tak znacznego zmniejszenia się liczby dzieci z złoźowymi cierpieniami oczu szukać należy w znacznie rzadszem ostatnio występowaniu u dzieci złoźów samych i cofnięciu się bardzo dotąd rozpowszechnionych czynników, wywołających to cierpienie. Czynniki te coraz bardziej zanikają dzięki coraz to lepszym warunkom higienicznym, w jakich żyje lud szwajcarski: więcej światła, więcej powietrza, więcej ruchu na wolnym powietrzu i w słońcu, lepsze warunki mieszkaniowe, więcej czystości i ochędóstwa — oto przyczyny zmniejszenia się wydatnego złoźowych chorób oczu. L. E.

PETROVIC i TSCHOMOLOSSOW. W sprawie „dowolnego“ rozszerzenia źrenic. (Klin. Monatsbl. f. Augenhlk. 1931, sierpień).

W piśmiennictwie istnieje parę spostrzeżeń nad osobami, które dowolnie mogły zmieniać szerokość swych źrenic (między innymi przypadek G o l d f l a m a). Wytlómaczenie tego zjawiska napotyka wielkie trudności, tak, że wielu badaczy przypisuje objaw ten błędom w metodyce badania. Autorzy podają opis następującego przypadku: lekarz-okulista, lat 62, obdarzony bujną wyobraźnią i mający częste marzenia sennie, może dowolnie wywołać u siebie rozszerzenie źrenic z chwilą, gdy narzuci sobie uczucie wielkiego lęku (mocą swej fantazji widzi walące się na niego szczyty Alp). Jednocześnie z rozszerzeniem się źrenic daje się zaobserwować przyspieszenie tętna. Autorzy objaw źreniczny objaśniają podrażnieniem nerwu współczulnego, które udziela się mięśniowi rozszerzającemu źrenicę. L. E.

BLATT. O chloromacie oczodołu. (Klin. Monatsbl. f. Augenhlk. 1931, sierpień).

Etjologia i histopatogeneza chloromatu są dotąd niedostatecznie wyjaśnione: według jednych badaczy swoiste guzy w tem rzadkiem cierpieniu są to ogniska schorzenia układu krwiotwórczego, odmiana biologiczna białaczki; inni zaś utrzymują, że zbytnio podkreśla się wspólne cechy tej choroby i białaczki, i że chloromat uważać raczej należy za odmianę nowotworów mięsakowych. Autor podaje opis następującego przypadku: dziewczynka trzyletnia z wysadzeniem jednej gałki i zniszczeniem przez guz drugiej; liczne guzy, wychodzące z kości czaszki; obraz krwi przypomina białaczkę szpikową; na rentgenogramie: nacieczenie i nowotworzenie się kości od okostnej

w kości czołowej, zniszczenie przedniej części kości klinowej, tylnej—kości sitowych i lewej kości jarzmowej; badanie histologiczne wyciętego skrawka: powierzchnia o zielonkawym zabarwieniu, przy silniejszych powiększeniach — gęsto skupione wielopostaciowe komórki jednakowej wielkości, rozmiaru czerwonych krwinek; jądra duże, okrągłe, mocno się barwiące; pomiędzy temi komórkami tu i ówdzie spotyka się i inne komórki, po części o charakterze małych limfocytów, po części myeloblastów i myelocytów; komórki są zawarte w siateczce o bardzo szerokich okach. Autor na podstawie swego przypadku skłania się do poglądów tych badaczy, którzy nie zaliczają chloromatów do białaczek, lecz chcą im udzielić własnego miejsca w patologii. B. przyjmuje starą definicję S c h m a u s a: chloromat jest to okrągłokomórkowy mięsak układu kostnego, przeważnie kości czaszki, który zawiera swoisty. rodzaju tłuszczów, silnie załamujący światło barwnik — lipochrom, który nadaje mu zielonkawe zabarwienie. L. E.

FEILCHENFELD. Ociemniałi w Państwie Niemieckim według spisu ułomnych z roku 1925/26. (Klin. Monatsbl. 1931, sierpień).

W r. 1925/26 dokonano w Niemczech ogólnego spisu wszystkich ułomnych, a w tem i niewidomych na oba oczy. Teraz dopiero ogłoszono wyniki tego spisu. Są one nader ciekawe, choćby już z tego względu, że bodaj po raz pierwszy przy tego rodzaju spisach każdy z niewidomych w razie tylko najłżejszej możliwości był poddany badaniu przez okulistę celem ustalenia przyczyny utraty wzroku. Swego czasu wszyscy okulisci niemieccy zgłosili swój bezinteresowny udział dla przeprowadzenia tego rodzaju badań. Dzięki temu na ogólną liczbę 33.192-ch ociemniałych u 18.911-tu można było ściśle ustalić przyczynę, która ślepotę wywołała, a u 33.192-ch przynajmniej określić zewnętrzny wygląd narządu wzroku. Wyniki ostatniego spisu zostały ze-

stawione z wynikami dawniejszych obliczeń liczby ślepych w Niemczech i w innych państwach, co składa się na nader poręczny obraz i rzuca wiele ciekawego światła na niektóre zagadnienia z tej dziedziny. Za ociemniałych przyjmowano nie tylko zupełnie pozbawionych wzroku, lecz i tych, co nawet po zastosowaniu szkieł nie mogą w obcym miejscu obywać się bez pomocy postronnej, lub takich, co w odległości metra nie mogą policzyć rozstawionych palców na ciemnym tle. Osoby, niewidzące tylko na jedno oko, do spisu zupełnie nie weszły. W roku 1929-m na 10.000 mieszkańców najwyższą liczbę ociemniałych wśród 38 krajów kulturalnych osiągnęła Palestyna z 166,7 ślepych, najniższą Belgja z 3,7. We wszystkich krajach kulturalnych w ostatnich dziesięcioleciach z postępowaniem higieny i udostępnieniem pomocy wykwalifikowanych okulistów znacznie zmniejszyła się liczba ociemniałych: w Niemczech np. w r. 1871 : 8,8, w 1900 : 6,1. Najczęstszą przyczyną ociemnienia są urazy oka: 21,34% (włączając inwalidów wojennych), jaskra (*glaucoma*): 15,10%, dziedziczne choroby oka: 9,02%, miażdżycza, starcze zmiany: 8,22%, gruźlica i żoły: 6,47%, krótkowzroczność złośliwa: 5,13%, ropotok noworodków: 4,61%, kiła: 3,84%, wrodzona ślepotą: 3,45%, uszkodzenie czaszki: 2,73%, zapalenie opon mózgowych: 2,16%, zapalenie współczulne oczu: 1,77%, jaglica: 1,05%. Bardzo wyraźnie cofnęła się liczba ociemniałych z powodu ropotoku noworodków dzięki obowiązkowemu wprowadzeniu zapobiegawczych wkraplań łapisu według C r e d e g o. Ostre choroby zakaźne spowodowały ociemnienie w 5,9%: grypa, odra, płonica i błonica. Jeśli doliczyć do ślepych z powodu przebytej kiły tych, co wzrok utracili z powodu władu rdzenia, zaniku nerwów wzrokowych na tle cierpień układu nerwowego kiłowego pochodzenia, to kiła daje 15—20% niewidomych z powodu przebytej kiły. Z liczb powyższych wynika, że około 50% ślepych dałoby się uchronić od tego strasznego kalectwa, gdyby nie złe warunki higieniczne i brak pomocy lekarskiej. L. E.

Wskazówki praktyczne

W zadawnionej łuszczycy widział R o s e n b a u m doskonale wyniki po wstrzykiwaniach *salwarsanu* w zwykłych dawkach. Więcej niż 4 iniekcje nigdy nie trzeba było robić. Należałoby salwarsan stosować w przypadkach opornych względem innych środków. Tam, gdzie salwarsan skutkuje, działanie jego jest imponujące. (Dermat. Wchschr. 1931, N. 44).

—o—

S z e g ö i v. L u k a polecają w łuszczycy zastrzykiwanie *Psorimanganu* (fabr. Dr. R. i O. Weil, Frankfurt n/M). Przeciętnie kuracja trwa 2 miesiące. Nawrotów niema. W przypadkach, które doznaly tylko poprawy, zdarzały się nawroty, które znikaly definitywnie po wznowieniu leczenia. Obok stosowania *Psorimanganu* nie należy zapominać o leczeniu maściami w celu usuwania łusek. Pożyteczne są także kąpiele mydlane. (M. m. W. 1931, N. 50).

—o—

B e n g i t o n radzi stosować przeciwko *wyłysieniu* przetwory *przedniego płata przysadki* w postaci zastrzykiwań

podskórnych lub doustnie. (Journ. Amer. med. Assoc., 1931, N. 19).

—o—

Na licznych materiale przeważnie ciężkich przypadków *posocznicy*, zapalenia opon mózgowych i ropniaków przeprowadził J a c o b leczenie za pomocą *sztucznego ropienia* przez zastrzyknięcie podskórne terpentyny (2 — 4 ctm.³ u dorosłych, 0,75 — 1,5 ctm.³) u dzieci. Zastrzykiwano w zewnętrznej stronie uda. Wyniki były bardzo zachęcające. Ropienie miejscowe mobilizuje wszystkie siły obronne ustroju i tą drogą prowadzi do wyleczenia. (D. m. W. 1932, N. 2).

—o—

Przeciwko *świądowi starczemu* poleca A b e l s o h n, obok tuszowania skóry bromokollacetone, *lakarnol*: w ciągu pierwszych 14 dni 3 razy dziennie po 12 kropel wewnętrznie i prócz tego 2 razy tygodniowo 1 ctm.³ podskórnie. Ostatnia dawka nie ulega zmianie, podczas gdy wewnętrzne stosowanie redukuje się do 8 kropel 3 razy dziennie. Wyleczenie prawie zawsze po upływie 3—4 tygodni. (Dermat. Woch. 1931 N. 46).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne.

Posiedzenie z dnia 28 maja 1931 r.

B. C h o r ą ż y c k i przedstawił chorą, która zgłosiła się ze skargami na *złe oddychanie przez nos*. Badanie wykazało znaczne skrzywienie przegrody nosowej i wysokie podniebienie. Dokonano podśluzowej rezekcji przegrody nosowej.

Podczas usuwania grzebienia, który znajdował się na dnie jamy nosowej, powstał otwór w podniebieniu twardym. Po upływie 3 tygodni chora została poddana operacji zeszczenia podniebienia. Operacja ta nie dała dobrego rezultatu, gdyż szwy częściowo się rozeszły. Po upływie 1/2 roku dokonano ponownej uranoplastyki, tym razem z dobrym wynikiem. Chora obecnie dobrze mówi i dobrze oddycha.

Dyskusja: Srebrny podnosi rzadkość powikłań tego rodzaju w czasie operacji rezekcji przegrody.

Sinółeck i jest zdania, że przyczyną powikłania był wysoki strop podniebienia twardego.

Helli n spotkał się w swej praktyce z podobnym powikłaniem, jednakże otwór w podniebieniu twardym sam się zagoił.

Karbo wski rozważa możliwość istnienia w omawianym przypadku wrodzonego ubytku podniebienia twardego.

Gottfr y d przytacza podobny przypadek przebiecia podniebienia twardego; jednakże otwór sam się zagoił, gdyż nie była stosowana tamponada, która sprawę pogarsza.

Mit a uważa, że operacja nie została dokładnie wykonana, gdyż śluzówka jamy nosowej powinna była zakryć otwór, powstały w podniebieniu twardym.

Cz a r n e c k i zaznacza, że zdjęcie rentgenowskie, wykonane w danym przypadku przed operacją, mogłoby wykazać, czy niema podśluzowego rozszczepienia podniebienia. —

Z. Srebrny i N. Ambasz ó w n a — *Pokaz preparatu wady rozwojowej przelyku u noworodka.*

Z. Srebrny. Do szpitala dla dzieci im. Bersonów i Baumanów sprowadzono dziecko dwudniowe, które od urodzenia zwraca pokarmy. W szpitalu stwierdzono, że dziecko ma sinicę, badanie zaś narządów wewnętrznych wykazało trzeszczenia w płucach i b. duże wzdęcie brzucha. Rentgenologicznie stwierdzono niedrożność górnej części przelyku oraz powietrze w żołądku. Na zasadzie ostatniego objawu rentgenolog orzekł, że chodzi tu o przetokę przelykowo-tchawiczną. Sekcja potwierdziła rozpoznanie rentgenologiczne. Znalaziono zamknięcie górnego odcinka przelyku, małe pasemko, idące od tego miejsca ku dołowi, i przetokę przelykowo-tchawiczną. Znalaziona anomalia postacią z zębca z zębca rozwojowych przelyku; na 63 zębca rozwojowe przelyku, zebrane przez Morella M a c k e n z i e g o, 43 należały do tego typu. Podręcznik D e n k e r a i K a h l e r a również zębca to podaje jako najczęstsze.

A m b a s z ó w n a podaje wynik sekcji, dokonanej w omawianym przypadku. Stwierdzono, że przelyk składa się z 2 części, nie komunikujących się ze sobą bezpośrednio: z części górnej workowato rozszerzonej, odpowiadającej górnej 1/3 przelyku, zakończonej ślepo, oraz z części dolnej, która swoim górnym lejkowato zwężonym końcem otwiera się do światła tchawicy, powyżej jej podziału. Obie części przelyku — górna i dolna — połączone są pasmem łącznotkankowo-mięśniowym, biegnącym wzdłuż tchawicy.

Mieliśmy zatem tu do czynienia z przypadkiem wrodzonej atrezji przelyku oraz z przetoką przelykowo-tchawiczną. Ta wada rozwojowa powstaje w końcu I. miesiąca płodowego w okresie podziału przedniego odcinka jelitowego na część przelykową i część tchawiczną. Przetoka przelykowo-tchawiczna jest wyrazem niepełnego rozwoju przegrody tchawiczno-przelykowej. Wada ta jest prawdopodobnie momentem, uspasabiającym do rozrastania się nabłonka powyżej przetoki i następczego zamknięcia światła przelyku — atrezji.

Sekretarz: J. T e n c e r.

Posiedzenie z dnia 29 października 1931 r.

Cz a r n e c k i złożył życzenia nestorowi laryngologów polskich, S. M e y e r s o n o w i, z okazji 80-lecia Jego urodzin.

L u b l i n e r dokładnie scharakteryzował działalność naukową Jubilata, wyszczególniając i analizując liczne jego prace.

S. M e y e r s o n — *Przypadek raka krtani, spostrzeżony od początku jego powstania.*

Chory lat 74 zgłosił się z powodu chrypki, trwającej od kilku dni. Przy badaniu znaleziono zaczerwienienie strun głosowych.

Badanie powtórne po tygodniu wykazało, iż struna prawa powróciła do normy, lewa zaś w przedniej połowie okazywała zaczerwienienie, które utrzymywało się bez zmiany.

Po 3 miesiącach stwierdzono lekkie nacieczenie struny głosowej lewej i okolicy podgłośniowej w przedniej jej części oraz owrzodzenie struny. Przy dalszej obserwacji widać było, iż owrzodzenie się powiększa. Rozpoznanie raka krtani stało się pewne.

Chory poddany został rentgenoterapii (3 naświetlenia z przerwami dwutygodniowymi). Wystąpiła poprawa: nacieczenie i owrzodzenie zmniejszyły się. Wkrótce jednak sprawa uległa pogorszeniu.

W Wiedniu, dokąd chory się udał, stosowano leczenie radem, który wprowadzono do krtani przy pomocy rurek. Po powrocie do W-wy, laryngoskopia wykazała, iż całą połowę krtani wypełniał guz grzybiasty o powierzchni owrzodzalej, który w znacznym stopniu zwałował światło krtani. Dokonano tracheotomii. Dalszy przebieg był niepomyślny. W 9 dni po operacji rozcięcia tchawicy i w 9 miesięcy od początku choroby chory zmarł.

Przypadek jest ciekawy, gdyż:

1) obserwacja raka krtani była prowadzona od pierwszej chwili jego powstania; zwykle chorzy zgłaszają się w okresie rozwiniętego cierpienia,

2) ból i unieruchomienie struny głosowej nie wystąpiły w pierwszym okresie, lecz okazały się w dalszym przebiegu,

3) szybki rozrost nowotworu następował w okresie stosowania leczenia radem.

Dyskusja: Srebrny podkreśla, że w omawianym przypadku sprawa szybko postępowała. Pogorszenie nastąpiło wskutek ucisku, wywieranego przez rury S c h r ö t t e r o w s k i e, które były stosowane.

L u b l i n e r zwraca uwagę, że laryngoskopowo nie można ustalić stopnia rozprzestrzenienia się raka w krtani.

Karbo wski uważa, że wyniki leczenia radem, raka krtani są w pojedynczych przypadkach dobre. Chorzy dotknięci rakiem krtani, są mało odporni na sprawy zapalne dróg oddechowych. Dwaj chorzy mówcy, leczeni radem z powodu raka krtani, zmarli naskutek przebytej grypy.

Chorążycycki B. przytacza przypadek podobny do omawianego przez M e y e r s o n a, przyczem wypowiada zdanie, że niekiedy lepiej nie stosować żadnego leczenia w przypadku raka krtani.

Sinółeck i jest za stosowaniem radu w przypadkach raka krtani w postaci kołnierza na szyję.

J. Cz a r n e c k i. złożył relację ze Zjazdu Laryngologów w Zagrzebiu, odbytego w końcu września r. b.

L. Z a m e n h o f wygłosił odczyt p. t. „*Głuchota pod względem klinicznym i społecznym*”.

Dyskusja. M e y e r s o n podnosi znaczenie mimiki w kształceniu dzieci głuchawych. Postępy w szkole byłyby znacznie większe, gdyby więcej uczono mimiki. Niestety, niezawsze personel szkolny jest obeznany z mimiką. Ważna jest również segregacja dzieci głuchawych.

Sinółeck i omawia sprawę przygotowywania nauczycielstwa do szkół dla dzieci głuchoniemych i zwraca uwagę na małą liczbę tych szkół.

Helli n uważa, że T-wo Głuchawych, które powinno być zorganizowane, miałyby doniosłe znaczenie; powołuje się na podobne T-wo w Berlinie.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Położniczego z dnia 13 listopada 1931 r. (Kl. W. Nr. 1/1932) mówił E. S t r a s s m a n n o *witaminach i wzroście noworodków*. Brak witamin powoduje niedostateczny rozwój noworodka. Po urodzeniu otrzymuje dziecko witaminy z mlekiem. Jeśli dziecko się źle rozwija, winę za to ponosi w pierwszym rzędzie ilość mleka, podług jakości jego i liczba kaloryj. Wątpliwem jest, czy jakość mleka kobiecego zależy odżywienia matki, jego ilości, jakości i zawartości witamin. U 80 dzieci próbowano podawania wigantolu, jednakże bez wyniku. Dalej naświetlano piersi karmiących lampą kwarcową. W ten sposób osiągnięto zdecydowanie przyrost wagi u dzieci. U większych dzieci naświetlaniem promieniami pozafajłkowymi wyleczono nawet krzywicę. Poza to podawano karmiącym systematycznie tran (w ilości 3 łyżek stołowych dziennie), jeśli dzieci nie przybierały na wadze, chociaż była dostateczna ilość mleka. Pod wpływem podawania tranu karmiącym przeciętne przyrosty dzienne dzieci na wadze podniosły się z 17,6 gr. na 26 gr.

Na posiedzeniu Towarzystwa Neurologicznego w Paryżu z dnia 3 grudnia 1931 r. (Paris Méd. Nr. 2/1932) przedstawił J. A. C h a w a r y i Raymond T o u r n a y 30-letnią kobietę bez jakichkolwiek objawów kiły mózgowej, która w 3 dni po zastrzyknięciu 0,45 gr. nowarsenobenzolu wpadła w stan śpiączki, który rozpoczął się serją powtarzających się drgawek padaczkowych i trwał 60 godzin. Zbaczenie skojarzone głowy i gałek ocznych pozwalało myśleć o poważnych zmianach organicznych w miąższu mózgowym. Pomyślnie i szybko zejście (rzadkie zresztą w przypadkach apopleksji surowiczej)

pozwała przypuszczać, że chodziło tutaj o ostry obrzęk mózgu, analogiczny do tego, który spotyka się u pewnych chorych z niewydolnością serca ze znacznym rozszerzeniem tętnic mózgu i przesięciem do tkanki mózgowej. Płyn mózgowordzeniowy, otrzymany zapomocą nakłucia lędźwiowego w kilka godzin po

wystąpieniu napadu, wykazywał rozszczepienie białkowo-komórkowe. Chora miała zaburzenia w układzie roślinnym w postaci częstych pokrzywek; dzień przed zastrzyknięciem nowarsenobenzolu miała gorączkę i rumień różyczkowy, które znikły w chwili apopleksji surowiczej.

Przegląd terapeutyczny

Z oddziału ocznego Szpitala Starozakonných w Łomży.
(Ordynator: Dr. M. Karbowski).

O leczeniu pomocniczym wcieraniem mydła w chorobach oczu.

Podał
Dr. Mieczysław KARBOWSKI (Łomża).

W „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim“ N. 46 z r. 1931 poruszył dr. Leon E n d e l m a n sprawę leczenia bodźcowego w cierpieniach oczu. Autor streścił stan dotychczasowy tego zagadnienia i podał swoje obserwacje — ale tylko w stosunku do spraw chorobowych o przebiegu ostrym. Sprawy chorobowe o przebiegu przewlekłym uważane są przez autora za niezbyt nadające się do leczenia bodźcowego, w tem sprawy o podłożu gruźliczym — za nadające się wyłącznie do leczenia swoistego — tuberkuliną. Leczenie bodźcowe w sprawach o podłożu gruźliczym uważa autor nie tylko za niewskazane, ale nawet za przeciwwskazane, jako mogące wywołać obostrzenie procesu.

Tego rodzaju postawienie kwestji tłumaczy się tem, że jako bodziec stosuje autor zastrzykiwania domięśniowe białka (mleka, yaten - caseiny i t. d.).

Istnieje jednak cały szereg innych bodźców, mających bardzo wielki wpływ na organizm ludzki, a w szczególności — na przebieg spraw chorobowych ocznych. Do takich bodźców należą: 1) zastrzykiwania białka do skóry i 2) wcierania mydła do skóry, t. j. bodźce, działające drażniąco na skórę. Nad sprawą zastrzykiwań białka rozwozić się dłużej nie będę, gdyż mimo niezaprzeczonych zalet posiadają one, jako metoda lecznicza, cały szereg cech ujemnych, jak: bardzo trudne dawkowanie, nieobliczalność odczynu (zbyt słaba, lub zbyt silna reakcja nawet przy minimalnych dawkach 0,1 — 0,2 gr. *pro dosi*), w razie przedozowania ciężkie objawy ze strony całego organizmu, specjalnie zaś nerek (N e v e r m a n). Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa stosowania wcierania mydła.

Nim przejdę do dalszego opisu, muszę zaznaczyć, że stosowanie wcierania mydła (*saponis calini*), jako leczenia bodźcowego, jest metodą bardzo starą, zupełnie niesłusznie zapomnianą, gdyż wyniki, które ona daje, są conajmniej zachęcające. Jednakowoż, co się tyczy chorób oczu, to zdaje mi się, że jestem pierwszym, który w tym kierunku eksperymentował i rezultaty, otrzymane przy stosowaniu tego rodzaju leczenia, ogłasza drukiem. Niełatwym zadaniem jest uzasadnić teoretycznie tego rodzaju bodźcowe leczenie, gdyż brak badań szczegółowych nad działaniem tego bodźca utrudnia stworzenie wyczerpującej teorii. Jednakowoż klinika stwierdza wyraźnie wpływ dodatni tego rodzaju leczenia na przebieg w pierwszym rzędzie żółzowych, a poza tem całego szeregu innych przewlekłych schorzeń oczu. Aby umożliwić zorientowanie się w otrzymanych przez mnie rezultatach, podaję z każdej grupy po dwa typowe przypadki.

I. Zapalenie żółzowe.

Blepharo - conjunctivitis scrophulosa.

Nim przejdę do opisu wyników, otrzymanych przy leczeniu cierpień pochodzenia żółzowego wcieraniem mydła, muszę zaznaczyć, że mydło w sprawach gruźliczych już od bardzo dawna było uważane za lek swoisty, czy jako bezpośrednio stosowane na tkankę gruźliczą - schorzałą, czy też wcierania w skórę chorych na gruźlicę.

W. K. lat 3. Chora od kwietnia 1930 roku. Przybyła 19 września 1931 r. Wyciek z ucha, wysypka na całej twarzy. Powieki obrzęknięte, brzegi powiek pokryte strupami. Spojówki gałkowe nastrzyknięte, liczne drobne wypryski na brzegu rogówkowym. Matka chorej opowiada, że dziecko było leczone kilkakrotnie bez rezultatu. Z recept przedstawionych widocznym jest, że stosowano: atropinę, żółtą maść ręciovą, maść jodoformową, tran, Jecorol.

Od 19.IX. do 10.X. *Ung. Betti* Atrop. 1/2%. Jecorol. Bez zmian.

Od 10.X. do 24.X. *Ung. Betti* Atrop. 1/2%. Vitavit. Bez zmian.

24.X. oczy nieco ropieją.

Od 24.X. do 7.XI. *Argyrol* 10%. Wcierania mydła po 1/2 łyżeczki codziennie. Znaczna poprawa. Spojówki gałkowe zbladły. Brzegi powiek mniej zastrupiały (żadnych preparatów witaminowych nie dawano).

Od 7.XI. do 21.XI. *Ung. Betti*. Wcierania mydła. *Phlyctenae* znikły. Brzegi powiek czystsze. Dziecko bawi się wesoło, oczu nie trze. Wyciek z ucha znikł zupełnie.

Od 21.XI. do 2.XII. *Ung. Betti*. Wcieranie mydła w dalszym ciągu. Stan oczu bardzo dobry. Dziecko przybrało na wadze. Wysypka na twarzy i wyciek znikły.

P. F. lat 7. Chora od 8 tygodni. Na powiekach górnej i dolnej oka prawego strupy na brzegach rzęsowych; po usunięciu strupków widoczne owrzodzenia, które nieco krwawią. Na twarzy i ciele wysypka skrofuliczna.

Od 31.X. 31 do 14.XI. *Ung. Betti*. Bez zmian.

Od 14.XI. do 21.XI. *Ung. Betti*. Wcierania mydła po pół łyżeczki codziennie. Znaczna poprawa. Wysypka na ciele i twarzy znikła. Na powiekach owrzodzenia prawie zagojone.

Od 21.XI. do 28.XI. *Ung. Betti*. i wcierania mydła w dalszym ciągu. Brzegi powiek zupełnie zagojone. Samopoczucie chorej dobre. Dotychczas chora nie zgłosiła się więcej.

Nie przytaczam innych przypadków, a było ich kilkanaście, gdyż specjalnie nowego nic nie wniosły. W okresie od 7 do 14 dni od chwili stosowania wcierania mydła następowała szybka i trwała poprawa. To też ci z lekarzy okulistów, którzy mieli do czynienia z tak uporczywym i trudno poddającym się leczeniu cierpieniem, jak *blepharo-conjunctivitis scrophulosa*, zrozumieją moje zdziwienie na widok chorej, leczonej już wszelkimi możliwymi sposobami, gdy po 14 dniach stosowania wcierania mydła zgłasza się ona z wybitną poprawą, a po 4 tygodniach może być uważana za zupełnie wyliczoną.

Uderzająco dodatnie wyniki, otrzymane w leczeniu dzieci z cierpieniami ocznymi pochodzenia żółzowego

za pomocą wcierania mydła, naprowadziły mnie na myśl zastosowania tego rodzaju leczenia bodźcowego i w innych cierpieniach przewlekłych oczu. Przytaczam tu poniżej otrzymane wyniki.

II. Przewlekłe zapalenie spojówek.

Coniunctivitis chronica.

F. S. lat 19. Leczy się u mnie od 13.VI. 1931 roku. Przedtem była dwa razy leczona w Białymstoku.

Od 13.VI. do 4.VII. Cynk z rezorc. Bez rezultatu.

Od 4.VII. do 18.VII. Rivanol 1 : 1000. Bez rezultatu.

Od 28.IX. Chora nie pokazywała się, opowiedziała potem, że była w Warszawie i tam leczyli ją smarowaniem białym kamieniem. Od dwóch tygodni oczu nie leczy. Zgłosiła się ze znacznym pogorszeniem.

Od 28.IX. do 5.X. Domięśniowo 5 cm. mleka. Miejscowo: Cynk 1%. Bez zmian.

Od 5.X. do 17.X. Domięśniowo 5 cm. mleka. Miejscowo *collyrium adstr.* Bez zmian.

Od 17.X. do 3.XI. *Argent.* 2% z przemywaniami roztworu fizjologicznego. Bez zmian.

Od 3.XI. do 14.XI. Wcierania mydła po łyżeczce dziennie. Miejscowo rezorcyna z tanniną. Znaczne polepszenie.

Od 14.XI. do 21.XI. Leczenie, jak wyżej. Samopoczucie chorej bardzo dobre. Uważa się za zupełnie wyleczoną.

Chora nie zjawiła się więcej.

N. S. lat 18 N Kasy Chorych 1162. Chora od 24.IV. 1930 roku. Zgłosiła się 25.VII. z obostrzeniem. Oczy ropieją, spojówki nieco rozpulchnione.

Od 25.VII. do 10.VIII. *Zinc.* ½%. Ropienie nieco mniejsze.

Od 10.VIII. do 20.VIII. *Argent.* 2% z przemywaniem roztworu fizjologicznego. Ropienie bardzo nieznaczne.

Od 20.VIII. do 20.IX. *Alumen in bacillo.* Bez poprawy.

Od 20.IX. do 5.X. *Optochini* ½%. Bez poprawy.

Od 5.X. do 20.X. Wcierania mydła po łyżeczce dziennie. Miejscowo *Zinc.* ⅓%. Znaczna poprawa. Chora czuje się zupełnie dobrze subiektywnie, obiektywnie ropienie zupełnie znikło, nastrzyk spojówek cokolwiek mniejszy.

Od 20.X. do 2.XI. Wcierania mydła, jak wyżej, miejscowo rezorcyna z tanniną. Chora czuje się zupełnie dobrze. Obiektywnie żadnych zmian.

Chora więcej nie pokazała się.

III. Uporczywe jęczmienie.

Blepharo - hordeolosis.

K. Z., lat 22. Od 2 miesięcy bez przerwy tworzą się jęczmienie na powiekach obu oczu. Badanie wzroku *Vis. O. P. L.* = 1/1. Kanały nosowolzowe: norma.

Od 9.XI. do 16.XI. *Ung. Credé*, kompresy, po pęknięciu jęczmieni *Zinc. sulfoichthyol.* Stan bez zmian. Jęczmienie ciągle wracają.

Od 16.XI. do 23.XI. Leczenie, jak wyżej; do wewnątrz Zymaza. Stan bez zmian. Ciągle tworzą się nowe jęczmienie.

Od 23.XI. do 30.XI. *Zinc. sulfoichthyol.* Wcierania mydła, jedna łyżeczka codziennie. Jęczmienie znikły.

Chora więcej się nie zgłosiła.

K. M. lat 19, siostra poprzedniej chorej. Zgłosiła się 12.XI. Stan, jak wyżej.

Od 12.XI. do 21.XI. *Zinc. sulfoichthyol.* Wcierania mydła po 1 łyżeczce dziennie. Jęczmienie znikły zupełnie.

Od 21.XI. do 29.XI. Leczenie, jak wyżej. Chora nie zgłosiła się. Siostra, która była u mnie 30.XI. zakomunikowała mi, że K. M. czuje się zupełnie dobrze i dlatego się nie zgłasza.

A teraz przechodzę do uzasadnienia teoretycznego

go działania wcierania mydła. Rola skóry w procesach, odbywających się w organizmie ludzkim, różnemi czasami była zupełnie różnie pojmowana. Że skóra jest nie tylko pancierzem ochronnym w znaczeniu ściśle fizycznym, ale i biologicznym, na to wskazuje bogate unerwienie tego organu. Ale co najbardziej zastanawia badacza, to ogromna liczba zakończeń układu nerwowego współczulnego (*sympaticus et parasympaticus*), tak ściśle związanego z najważniejszymi sprawami regulacji działalności organów wewnętrznych. Poza tem K r e i l d s i w nowszych czasach E. H o f f m a n n wysnuwają wnioski, że skóra wydziela pewnego rodzaju hormon („Dermin“ B l o c h a), mający bardzo ważne znaczenie dla korrelacji organizmu. Ale to są hipotezy, dotychczas nie sprawdzone. Wracając do tego, co wiemy o skórze, muszę podkreślić, prócz innych jej własności, zdolność wchłaniania. Tu, naturalnie, w pierwszym rzędzie mowa jest o gazach i płynach. Stopień wchłaniania zależy przytem, prócz wielu innych czynników, od obecności warstewki tłuszczu na skórze, warstewki, będącej czynnikiem, znacznie utrudniającym wchłanianie. Prace dermatologów tej miary, co U n n a, J o c h m a n n, J e s i o n e k, E. H o f f m a n n, B l o c h, a ostatnio W o l f - E i s n e r i, głównie, G r ö p l e r, M u c h, E. F. M ü l l e r i M o r o, dowiodły, że to wchłanianie nie jest procesem czysto biernym, że skóra nie tylko osłabia działanie jądów, ale wytwarza też przeciwciała, które, dostając się drogą krwi do organizmu, okazują przez dłuższy czas swoje działanie. Tę własność skóry podkreślają klinicyści tej miary, co K l e m p e r e r. Zresztą, już dawni lekarze, których nadzwyczajnej ścisłości w obserwowaniu objawów i wysnuwaniu wniosków młode pokolenie, przyzwyczajone do szukania rozpoznania w laboratorium, gabinetie rentgenowskim i innych nowoczesnych metodach badania, ani w części nie dorównywa, uważało za pewnik, że znaczny udział skóry w zachorzeniu jest dowodem energicznej samoobrony organizmu i objawem, rokującym dobre nadzieje co do wyniku. Obfita wysypka w durze wysypkowym, szkarlatynie, odrze, czy ospie była uważana za dobry znak. Odwrotnie, brak jej — jako *maalum omen*. Tak samo znane było zjawisko, że zarażenie różą wpływało dodatnio na przebieg spraw septycznych poporodowych.

A teraz, jak właściwie wytłumaczyć działanie wcierań mydła. Ma się tu do czynienia z następującymi sprawami: 1) znaczna zawartość potasu w mydle, 2) obecność kwasów tłuszczowych, 3) proces wcierania czyli podrażnienie mechaniczne.

To, co podaję poniżej, jest tylko mojem przypuszczeniem, gdyż przekracza możność lekarza klinicysty rozwiązanie tak zawilego zagadnienia biologicznego — jednakowoż spróbuję wyjaśnić je tak, jak mi na to dotychczasowe obserwacje pozwalają.

Mojem więc zdaniem, główną rolę w działaniu mydła gra bodziec chemiczny, zależny, czy od potasu, czy kwasów tłuszczowych, czy też od obu składników. Bodziec mechaniczny (wcieranie) ułatwia przez podrażnienie skóry i zmydlenie warstewki tłuszczowej działanie bodźcowi chemicznemu (tem się też tłumaczy, że samo przykładanie mydła, posmarowanego na kawałku płótna, działa daleko słabiej, niż wcieranie). Kiedy po 4 — 6 godzinach oglądamy miejsce, w które było wtarę mydło, zaraz po zmyciu go widzimy skórę, przekrwioną czynnie (żywo czerwone zabarwienie, podwyższona ciepłota), czasem nawet przy bardzo wrażliwej skórze (szczególnie u kobiet i dzieci) drobne wybro-

czynki, — słowem objawy zapalenia skóry — *dermatitis*, ewentualnie podrażnienia skóry. To podrażnienie, czy to drogą układu współczulnego, czy też, co mojem zdaniem jest możliwe, drogą wydzielania do układu chłonnego produktów zapalnych, pobudza organy krwiotwórcze i wytwarzające przeciwciała. To też, jako rezultat, mamy wzmożenie się liczby leukocytów od 75% do 130% (10000 do 16000 leukocytów), trwające przez czas stosowania kuracji wcieraniem (liczby otrzymane przy badaniu pacjentów naczczo), a że tego rodzaju podrażnienie skóry ma specjalną zdolność, dotychczas niewytłomaczoną, wpływania dodatnio na procesy, toczące się na błonach śluzowych i surowicznych (Ernest Friederich Müller), szczególnie pochodzenia gruźliczego, to też nic dziwnego, że wcierania mydła dają taki wynik dodatni w sprawach złoźowych. Jednocześnie, dzięki wzmożeniu się długotrwałemu leu-

kocytozy, działają one dodatnio w tych sprawach przewlekłych, w których sam organizm nie może się zdobyć na długotrwałą reakcję leczniczą, czy to wskutek zbyt słabego zadziałania czynnika chorobotwórczego, czy to wskutek zbyt słabej zdolności organizmu do reakcji. Zaznaczam, że leczenie bodźcowe nie czyni zbyt cennym leczenia miejscowego, ale wzmacnia jego skutki do tego stopnia, że tam, gdzie leczenie miejscowe zawodzi, to w połączeniu z bodźcem w postaci wcierania mydła doprowadza do pożądanego wyniku.

Poniżej podaję przepis stosowania mydła: *Rp. Mentholi Guajacoli puri ca 5,0 Saponis Kalini ad 50,0.*

D. S. wcierać dorosłym po łyżeczce od herbaty, dzieciom do lat 7 po ½ łyżeczki, od 7 do 15 — ¾ łyżeczki, wieczorem, miejsce nasmarowane owinąć flanelką, rano obmyć letnią wodą. Kolejność wcierań, jak przy wcieraniach rtęci.

Krytyka lekarska

Projekt nowego Kodeksu deontologicznego.

Ilekróć przeglądam deontologję lekarskie, mam zawsze wrażenie, że leży przedemną dokument archaiczny, coś w rodzaju katechizmu religijnego.

Jaki cel postawili sobie inicjatorzy nowego kodeksu deontologicznego? Czy stary*) nie odpowiadał nowoczesnym warunkom życia? Czy wogóle lekarzom potrzebny jest kodeks pisany?

Świat lekarski lubi chwalić się swemi pysznemi kodeksami etycznymi, stawiając je jako dowód swej wysokiej etyki. A przecież w istocie, im kodeks jest subtelniejszy, tem więcej dowodzi, że etyka nasza bez biczujących paragrafów moralnych nie jest pewna. Piękna przysięga *Hippokratesa* lub pełna godności modlitwa *Majmonidesa* bynajmniej nie dowodzą, że ówczesny świat lekarski hołdował ich pięknym zasadom. Przeciwnie, zjawienie się tych wzniosłych dokumentów było wywołane niskim poziomem etyki ówczesnych mistrzów sztuki lekarskiej, rekrutujących się z najrozmaitszych sfer społecznych, często niedorosłych do swego posłannictwa.

Dziś jesteśmy już bardzo dalecy od owych czasów. Ogólny poziom umysłowy dzisiejszych lekarzy mniej więcej wyrównał się. Obowiązki lekarza są dla wszystkich tak jasne, że wykladać je w nic nie mówiących kodeksach jest rzeczą zupełnie zbyt cenną. Żadna deontologja, nawet najstaranniej sformułowana, nie jest w stanie ująć wszystkich zagadnień, i często to, co jest istotnie najważniejsze, bywa w nich zupełnie omijane.

Zrozumieli to do pewnego stopnia autorzy nowego kodeksu, zastrzegając w części ogólnej, że „Sądy Izb Lekarskich w orzeczeniach swoich kierują się nie tylko obowiązującymi przepisami, ale przede wszystkim wymaganiami etyki, tworząc w nowych wypadkach życiowych nowe zasady szczególne, wypływające z ogólnych wymagań etyki lekarskiej”.

Czy to nie wystarczy zamiast całego balastu paragrafów, często sprzecznych z istotnymi wymaganiami życia i przeto zupełnie niewykonalnych? Bowiem czem, na przykład, da się wytłomaczyć piękny postulat, zawarty w 2-iej zasadzie projektu, że „lekarz obowiązany

jest ściśle przestrzegać, aby nie tylko działalność jego w życiu zawodowym, ale i postępowanie w życiu prywatnym były zgodne z zasadami etyki”?

Czy projektodawcy umieścili ten paragraf tylko dla ozdoby, czy też uważają, że ten postulat jest konieczny? Kodeks to nie jest utwór literacki, musi mieć podstawy realne.

A zresztą, czy taki postulat jest celowy? Czy nie można być bardzo zdolnym lekarzem, a w życiu prywatnym i pod względem etyki ogólnej pozostawiać dużo do życzenia? Czy mało mamy pośród siebie takich lekarzy? Coby zrobili twórcy nowego projektu, na przykład, z *Dupuytrenem*, gdyby on żył przypadkowo w naszych czasach?

Jeżeli mam rzeczowo ocenić sam projekt, to muszę przyznać, że znajduję w nim wiele niedomówień i bardzo poważnych luk.

Co ma, na przykład, oznaczać zasada 6: „Lekarz winien wykonywać praktykę lekarską zgodnie z wymogami wiedzy lekarskiej, sumiennie i ze współczuciem dla chorego, zachowując w stosunku doń zawsze takt i delikatność”?

Co uczyni Izba Lekarska z lekarzem, który od urodzenia nie odznacza się taktem lub delikatnością? Bądźmy szczerzy, najmniej tej delikatności widzimy u lekarzy, zdemoralizowanych powodzeniem. Mówią nawet, że brak taktu często ułatwia zdobycie praktyki.

Albo zasada 14: „O niebezpieczeństwie zagrażającym życiu chorego lekarz winien starać się zawiadomić rodzinę w sposób oględny”.

Po co ta uwaga i do tego zupełnie niezyciowa? Lekarz winien rodzinie powiedzieć całą prawdę, a jak ta prawda będzie wypowiedziana, zależy w zupełności od poziomu inteligencji lekarza.

W tak ważnej sprawie, jak tajemnica lekarska, niestety, Komisja deontologiczna nie zdobyła się na nic nowego, przeciwnie, całą tę sprawę jeszcze więcej zagmatwała. Dodatek, że „w przypadkach wątpliwych sumienie (?) lekarza rozstrzyga o jego postępowaniu”, przekreśla całą zasadę zachowania tajemnicy lekarskiej i uzależnia ją od tak chwiejnej podstawy, jak sumienie, które przed sądem jest prawie nieodpowiedzialne.

W rozdziale o stosunkach wzajemnych między lekarzami jest dużo niedomówień, wypływających bądź ze złej redakcji, bądź też z niewłaściwego ujęcia, które w praktyce mogą wywołać liczne konflikty.

*) p. Zasady obowiązków i praw lekarzy przyjęte przez Warsz. Tow. Lek. Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. T. 80 r. 1884, str. 213 — 217.

Weźmy dla przykładu zasadę 21. „Równoczesne prowadzenie leczenia chorego przez kilku lekarzy jest bez ich wzajemnego porozumienia niedozwolone. Wyjątek stanowi równoczesne leczenie przez lekarzy różnych specjalności”.

A jeżeli te specjalności są do siebie zbliżone, a często ściśle ze sobą związane, jak na przykład, choroby wewnętrzne, gastrologia, płuca i choroby serca? Czy one też należą do różnych działów, w których różni specjaliści mogą leczyć niezależnie bez wzajemnego porozumienia się?

Zasada 23. „Lekarzowi nie wolno wypowiadać wobec chorego lub jego otoczenia niekorzystnej oceny działalności zawodowej kolegi z wyjątkiem przypadków, w których to jest potrzebne dla dobra chorego?...”

Kto tu ma określać, kiedy zachodzi ta potrzeba dla dobra chorego? Czy nie otwiera to drogi do uleglizowanej niekoleżeńskości?

To samo da się powiedzieć o zasadzie 24, dającej nieograniczone pole do uchybień koleżeńskich.

Tyle co do poszczególnych paragrafów, nasuwających się już przy powierzchownym zapoznaniu się z nowym projektem kodeksu.

Zdawałoby się, że nowa deontologia uwzględni przynajmniej wszystkie nowoczesne warunki życia lekarskiego, że uzupełni to, czego brak jest w starym kodeksie, gdyż to jedynie mogło usprawiedliwić nowe jej wydanie.

Cóż widzimy w rzeczywistości? Wszystkie nowsze zagadnienia zostały prawie nietknięte, a sprawy podstawowe, które w ostatnim czasie były nawet przedmiotem gorących dyskusyj, zostały pominięte niemal zupełnie milczeniem. Bardzo powierzchownie omówione są stosunki lekarzy pracujących w instytucjach społecznych i komunalnych, nie poruszono wcale przykrej bolączki uprawiania medycyny pod płaszczykiem filantropji, tej najprzykrzejszej plagi dnia dzisiejszego. A chyba o tem zbyt dobrze była poinformowana Izba Lekarska.

Zupełnym milczeniem pominięto sprawę polityki w zawodzie lekarskim, która paraliżuje u nas cały ruch naukowy przez rozbięcie lekarzy na wiele współzawodniczących i wegetujących towarzystw. Kodeks, który postawił tak wysokie żądanie lekarzom, aby w życiu prywatnym postępowali zgodnie z zasadami etyki i praktykę uprawiali według ostatnich wymagań wiedzy lekarskiej, piętnujący każde uchybienie zasadom etyki koleżeńskości, nie uznał za właściwe choćby jedną wprowadzić zasadę, że do obowiązków lekarzy należy również hołdowanie czystej nauce i udostępnienie sobie wzajemne wiedzy lekarskiej, czy to w szpitalach, czy to w pracowniach, czy też w towarzystwach naukowych.

Jeżeli nowy projekt ma być nie tylko formą, to musi odpowiadać istotnym postulatom etyki i życia, a jeżeli ma posiadać wartość praktyczną, musi być wyposażony w moc wykonawczą w postaci krótszego lub dłuższego zawieszenia w czynnościach lekarskich.

Deontologja w postaci dzisiejszej jest zupełnie zbyteczna, gdyż dla lekarzy etycznych jest ona zbędna, dla niesolidnych pozostanie tylko świstkiem papieru, który bardzo łatwo ominąć nawet na drodze legalnej.

Zresztą dlaczego wogóle lekarze mają być jedynym zawodem, któremu prócz kodeksów ogólnie obowiązujących pragnie się narzucić kodeks dodatkowy? Czy ma to świadczyć o wyższych wymaganiach, stawianych naszemu zawodowi? W takim razie cel jest zupełnie chybiony, gdyż kodeks, przypominający o podstawowych zasadach etyki, stanowiących elementarz etyczny każdego człowieka, kompromituje nas w nader przykry sposób wobec wszystkich! *)

Leon Z a m e n h o f (Warszawa).

*) Stanowisko nasze, odmienne od zapatrywań kol. Z a m e n h o f a, zaznaczyliśmy szkicowo w numerze poprzednim Redakcja.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Przyczynek do statystyki chorobowości w zakładach pracy.

Podał

Dr. Brunon NOWAKOWSKI (Warszawa).

Badania, mające za przedmiot społeczno-gospodarcze znaczenie chorobowości ogólnej, posługują się zazwyczaj materiałem, dostarczonym przez ubezpieczenia społeczne, bądź też przez poszczególne zakłady pracy. Rozkwit medycyny zapobiegawczej w przemyśle amerykańskim przyczynił się bardzo poważnie do pogłębienia i nadania nowej treści statystyce chorobowości w zakładach pracy. Dane, które na tej drodze osiągnięto, uzasadniają najdobitniej potrzebę objęcia programem zapobiegawczym nie tylko chorób zawodowych w ścisłym tego słowa znaczeniu oraz urazów, lecz chorobowości ogólnej, gdyż inaczej bardzo poważne pozycje strat zostają pominięte.

Pozatem statystyki chorobowości ogólnej w zakładach pracy uzupełniają bardzo szczęśliwie nasze wiadomości o chorobowości wogóle, które w Europie przy-

najmniej czerpiemy przeważnie ze statystyki kas chorych. Łatwo bowiem przez zakład pracy uchwycić wszystkie zapadnięcia, choćby krótkotrwałe, które zazwyczaj są pominięte w statystyce ubezpieczeniowej. Umożliwia to trafniejszą ocenę ważności poszczególnych rodzajów zachorowań.

U nas wobec małej stosunkowo liczby placówek lekarskich, związanych z zakładami pracy, o tego rodzaju statystyki jest trudno. To też sądzę, że mogą zainteresować dane, które miałem możność zebrać w jednym z warszawskich zakładów pracy w przeciągu trzyletniej obserwacji, od 1. III. 1928 do 28. II. 1931, — choć był to zakład nieduży, co uniemożliwia bardziej szczegółową analizę i wyciąganie dalej idących wniosków. W zakładzie tym, należącym do przemysłu farmaceutycznego, badaniem objęto jedynie część przemysłową, z wyłączeniem personelu administracyjnego.

Przeciętny roczny stan zatrudnienia w omawianym dziale wynosił 22,8 pracownic. Mężczyzn nie było tu zupełnie. Praca polegała przeważnie na rozlewaniu produktów danej wytwórni do ampułek, pakowaniu i ekspedycji; była fizycznie lekka. Wykonywano ją w zasadzie siedząco. Specyficznych szkodliwości zawodo-

wych nie było. Stosunek kierownictwa do pracowników był przychylny. Systematycznej selekcji lekarskiej nowowstępujących nie stosowano. Pomoc lekarska była zapewniona w Kasie Chorych m. Warszawy. Wiek pracowników podany jest w tablicy 1-ej.

Tablica 1.

Pracownicy według wieku (na 1.1.1930)

grupa wieku	16—19	20—24	25—29	30—39	40—49	zatrudnionych ogółem
L. abs.	7	15	6	3	3	34
L. %	20.6	44.1	17.7	8.8	8.8	100.0

Widzimy zdecydowaną przewagę roczników bardzo młodych. 82.4% ogółu pracowników nie ukończyło 30-go r. ż. W zasadzie takie ugrupowanie można uznać za typowe dla tego rodzaju pracy. Podobną liczbę, bo 70.8%, znajdujemy w jednym z amerykańskich zakładów pracy, którego statystyka z uwagi na swój układ nadaje się najwięcej do porównań z moim materiałem (1). Dla ogółu kobiet, ubezpieczonych w naszych Kasach Chorych, według danych za rok 1928, wypadło w tej grupie wieku 56.8% (2). Wiek i płeć odgrywają w chorobowości ogólnej bardzo ważną rolę i powinny być zawsze należycie uwzględniane w statystyce chorobowości w zakładach pracy. Okazało się bowiem, — przynajmniej przemawiają za tem statystyki amerykańskie, — że młodsze roczniki i ogół kobiet zapadają częściej na choroby krótkotrwałe, starsze roczniki i ogół mężczyzn chorują rzadziej, natomiast choroby ich trwają naogół dłużej (3). W naszej statystyce ubezpieczeniowej można znaleźć do pewnego stopnia potwierdzenie tego spostrzeżenia, o ile chodzi o wiek. Natomiast co do płci zachodzą według tego źródła stosunki jakoby wręcz odwrotne. Kobiety chorują rzadziej, niż mężczyźni, zato dłużej (2). Niezgodność ta da się najprawdopodobniej wytłumaczyć różnicą w rejestracji. Statystyka kasowa obejmuje tylko zachorowania, połączone z wypłatą zasiłku, nie uwzględnia wobec tego zachorowań jedno- i dwudniowych, w których udział kobiet jest szczególnie duży. Poniżej przytaczam przykład, jak znacznie zmienia się wynik liczbowy w zależności od uwzględnienia, wzgl. nieuwzględnienia tej właśnie grupy schorzeń.

Jak przedstawiają się straty dla zakładu pracy z powodu nieobecności, uzasadnionej chorobą? Mówi o tem tablica 2-ga. Jako zachorowanie liczone każdą nieobecność, trwającą co najmniej 1 dzień, spowodowaną chorobą. Wynika stąd, że ta sama choroba została policzona kilkakrotnie, jeżeli dawała kilka okresów nieobecności, przerywanych podjęciem pracy. Cięższe również są objęte zestawieniem. Nieobecności z innych przyczyn, niż choroba, były również rejestrowane, nie wchodząc oczywiście do obliczenia. Robotniko-rok oznacza robotnika, zatrudnionego przez 300 dniówek, odpowiada więc pojęciu „Vollarbeiter“, stosowanemu w statystyce nieszczęśliwych wypadków przy pracy celem dokładnego obliczenia stanu zatrudnienia.

Tablica 2.

Liczba zachorowań i dniówek straconych w powodach choroby za czas od 1.III.1928 — 28.II.1931.

robotniko-dniówek zatrudnienia	robotn.-dniówek straconych z powodu				Liczba zachorowań	Na 1 zachorowanie rob.-dniówek straconych
	choroby		url. zdrow.			
	L. abs.	%	L. abs.	%		
20 545	856	4.2	330	1.6	294	2.9
robotniko-lat	Na 1 robotniko-rok przypada dniówek straconych z powodu				zachorowań	
	choroby		url. zdrowotn.			
68.5	12.5		4.8		4.3	

Z ogólnej liczby 20.545 robotniko-dniówek stracono 4.2% z powodu choroby oraz 1.6% z powodu urlopu zdrowotnego, udzielonego poza urlopem ustawowym na zasadzie złego stanu zdrowia. Obliczając inaczej: na każdą robotnicę rocznie przypada 12.5 dniówek (15.25 dni kalendarzowych) choroby oraz 4.8 dniówek (5.85 dni kalendarzowych) urlopu zdrowotnego. Na każdą robotnicę rocznie przypada 4.3 zachorowań, na każde zachorowanie 2.9 dniówek (3.54 dni kalendarzowych). Porównanie z materiałem krajowym jest trudne. Statystyka Kas Chorych obejmuje tylko część zachorowań i jest ponadto obciążona temi przypadkami długotrwałej choroby, które już przestały obciążać zakład skutkiem rozwiązania umowy o pracę. Statystyki zakładowe, które znam, mają szereg innych braków. Dla ilustracji przytoczę tylko kilka liczb. Według danych jednej z większych instytucji bankowych w Warszawie za r. 1925, kobiety wykazały 3.7% dniówek straconych w stosunku rocznym, mniej niż w zakładzie badanym. Nie podano jednak ugrupowania według wieku i dlatego trudno o wniosek. Posiadam dane dla dwu wielkich fabryk przemysłu chemicznego, z poza Warszawy, za rok 1930-ty, świadczące o znacznie mniejszych stratach, choć ryzyko zawodowe jest w nich wielokrotnie wyższe. Straty te wynoszą w pierwszej 3.5%, w drugiej 2.6% dniówek, a obliczone na jednego robotnika: w pierwszej 10.5 dniówek, w drugiej 7.9 dniówek. Nie podano jednak podziału na płeć, wiek również nie został uwzględniony. Mężczyźni stanowili w nich poważny odsetek, w drugiej fabryce większy, niż w pierwszej. Że ten fakt w dużym stopniu może wytłumaczyć te różnice, wynika z danych wspomnianego już zakładu amerykańskiego (1). Tam na zasadzie 10-letniej obserwacji ustalono dla kobiet 14.0 dni kalendarzowych, straconych z powodu choroby, dla mężczyzn tylko 8.9. Porównanie naszego zakładu z zakładem amerykańskim daje liczby stosunkowo zgodne (15.25 : 14.0), zważywszy większy udział roczników młodszych w zakładzie polskim, staranną selekcję lekarską, działanie opieki lekarskiej, nastawionej na zapobieganie, i wyższą stopę życiową w zakładzie amerykańskim. Jednakże, niezależnie od tego, jak będziemy uzasadniali istniejący stan rzeczy, strata czasu pracy, spowodowana chorobą, jest znaczna i uzasadnia potrzebę przeciwdziałania.

T a b l i c a 3.

Zachorowania i dniówki stracone według czasu trwania niezdolności za czas od 1.III.1928—28.II.1931

Częstość zachorowań	niezdolności trwające dni				ogółem
	1—2	3—6	7—12	< 12	
L. abs	229	43	11	11	294
%	78.0	14.6	3.7	3.7	100.0
na 1 rob. - rok . .	3.3	0.63	0.16	0.15	4.25
Dniówek straconych					
L. abs	276	164	103	313	856
%	32.2	19.2	12.0	36.6	100.0
na 1 rob. - rok . .	4.0	2.4	1.5	4.6	12.5

W tablicy 3-ej mamy zestawienie zachorowań według czasu trwania nieobecności przy pracy. Widzimy tu uplastyczniony fakt, — powszechnie wiadomy, ale trudny do wymierzenia inaczej, niż drogą statystyki zakładowej, — doniosłości drobnych schorzeń. 78% wszystkich zachorowań pozostaje poniżej granicy 3 dni, dających prawo do zasiłku Kasy Chorych. Choć trwają krótko, reprezentują aż 32.2% całkowitej straty dniówek, niewiele mniej, niż choroby poważne, trwające ponad 12 dni pracy, na które przypada 36.6%. W tej drugiej grupie mieszczą się cięższe, których było 4, powodując łącznie 174 dniówki niezdolności do pracy. Jeżeli wyłączyć je jako stany fizjologiczne z obliczenia, to pierwsza grupa, drobnych schorzeń, daje 40.5% straconych dniówek.

Lekceważone przez pacjentów, a niedoceniane przez lekarzy, okazują się w tem oświetleniu jako pierwowzórędnie zagadnienie lekarsko-społeczne. Są one w dużym stopniu odpowiedzialne za różnice, zachodzące pomiędzy statystyką Kas Chorych a zakładową. I tak w naszym przypadku na jedno zachorowanie przypada tylko 2.9 dniówek. W statystyce Kas Chorych za r. 1928 (2) natomiast na jedno zachorowanie, połączone z niezdolnością do pracy, przypada u kobiet dni zasiłkowych 16.65. Jeżeli w naszym materiale usunąć z obliczenia jedno- i dwudniówki, otrzymamy dla reszty przeciętnie 11.2 dniówek, czyli 13.3 dni kalendarzowych na jedno zachorowanie. Jest to liczba dostatecznie zbliżona, jeżeli uwzględnimy szczupłość naszego materiału i szereg innych momentów, uzasadniających istniejące odchylenie.

Z danych krajowych poza tem nadaje się do porównania jedynie odsetek jedno- i dwudniówek we wspomnianym banku. Wynosi on 59.2% ogółu zachorowań. Nie znając dokładnie sposobu rejestracji, ani ugrupowania według wieku, niewiadomo, jak wytłumaczyć tę różnicę. Natomiast dość dużą zgodność otrzymujemy przy porównaniu ze wspomnianym już kilkakrotnie zakładem amerykańskim (1). Zachorowania jedno- i dwudniowe u kobiet dały tam 69.8%, 3—6-dniowe 19.5%, wreszcie 10.8% przypada na zachorowania, trwające dni 7 i więcej. U mężczyzn odnośne liczby wyniosły: 54.9, 28.6 i 16.5%. Analiza dotycząca poszczególnych chorób, z uwagi na małe liczby, które mi rozporządzam, nie jest celowa. Zaznaczę tylko, że przeważają, podobnie jak w statystykach amerykańskich, stany nieżytowe górnych dróg oddechowych, odpowiedzialne za 135 zachorowań i 270 dniówek straconych, co wynosi 46% wszystkich zachorowań, a 32% wszystkich dniówek.

PI ŚMIENNICTWO.

- 1) Brundage, 10-year record of absences from work Reprint 1142 — Publ. Health Report. Washington 1927.
- 2) IV Rocznik Ubezpieczeń Społecznych w Polsce. Warszawa. 1928.
- 3) Brundage, J. Industrial Hygiene, zes. 9, r. 1930. Boston.

Wiadomości bieżące

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości o następujących nagrodach i zapomogach stypendjalnych, które mi rozporządza w roku 1932-gim.

1. Fundusz nagrodowy im. Dra Mięczyława Halperna.

Nagroda w wysokości złotych 485.— za najlepszą pracę, napisaną w języku polskim i przedstawioną w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu z dziedziny przemiany materji lub innej gałęzi medycyny teoretycznej.

2. Fundusz nagrodowym im. Dra med. i chirurga Leona Konica.

Nagroda w wysokości zł. 1.200.— za najlepszą pracę oryginalną w języku polskim, poświęconą chorobom kobiecym i akuszerji. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jakoteż i laboratoryjne badania we wzmiankowanej specjalności, lub podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle.

Również prace w rękopisach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Praca, wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku,

a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzona.

Nagroda wypłacona będzie w dn. 15 października, jako w rocznicę śmierci Dra Leona Konica.

3. Fundusz nagrodowy im. Grzegorza Piramowicza.

Nagroda konkursowa w wysokości z ł. 400.— na cele popierania higieny szkolnej: za oryginalną pracę, ogłoszoną drukiem w języku polskim, lub też za pracę złożoną w rękopisie T-wu Lek. Warsz. z jakiegokolwiek dziedziny higieny szkolnej — w braku zaś takiej pracy, nagroda zostanie przyznana lekarzowi szkolnemu, który według opinji władz zwierzchnich najbardziej owocnie i wydajnie pracował pod względem higieny szkolnej. Termin nadsyłania podań upływa z dn. 31.X.1932 r.

4. Fundusz stypendjalny im. Dra Pawła Sieragowskiego i żony jego Bronisławy.

Stypendjum w wysokości z ł. 6.500.— na pomoc naukową dla Polaka, pracującego tak w kraju, jak i zagranicą, na polu biologji i medycyny doświadczalnej.

5. Fundusz stypendjalno-nagrodowy im. Feliksa Sómery. Wysokość nagrody, wzgl. stypendjum wynosi zł. 1600.

Stypendjum, względnie nagroda dla lekarza Polaka na prowadzenie badań i prac naukowych lekarskich i przyrodniczych z pierwszeństwem dla prac o charakterze monograficznym, lub na nagrodę za przedstawioną w rękopisie lub w druku nową nie nagrodzoną pracę w powyższym zakresie.

Do podań o nagrody im.:

1. Dra Halperna,
2. Dra Konica,

3. Grzegorza Piramowicza dołączyć należy oprócz podania odnośną pracę. Do zapomóg zaś konkursowych im. Dra Pawła Sieragowskiego i żony jego Bronisławy, oraz Feliksa Sommera dołączyć należy oprócz podania:

1. *curriculum vitae*,
2. bieg studjów dotychczasowych,
3. ewentualne odbitki prac dotychczasowych, ogłoszonych drukiem,
4. określenie kierunku, w którym kandydat pracuje, lub ma zamiar pracować.

Podania wraz z załącznikami składać należy na ręce Sekretarza Stałego do kancelarii Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (Niecała Nr. 7), do dn. 15 czerwca 1932-go r.

Sekretarz Stały

Dr. med. L. Babiński.

XII Zjazd Psychjatrów Polskich. Zgodnie z uchwałą XI Zjazdu psychjatrów polskich tegoroczny Zjazd odbędzie się 14, 15 i 16 maja w Białymstoku i Choroszczu.

Tymczasowy Program Zjazdu: I Dzień.

1. Prof. J. Mazurkiewicz (Warszawa) — Biologia charakteru.
 2. Doc. M. Zieliński (Kraków) — Konstytucja i charakter.
 3. Prof. S. Baley (Warszawa) — Charakter normalny.
 4. Prof. S. Borowiecki (Poznań), prof. S. Pieńkowski (Kraków), Dr. W. Sterling (Warszawa) — Patologia charakteru.
 5. Dr. M. Bornsztajn (Warszawa) — Charakter w świetle teorii psychoanalitycznej.
- II. dzień. Rozwój charakteru przestępczego. 1. Pułk. J. Nelken (Warszawa) — Patologia charakteru w oświeceniu sądowo-karnem. 2. Doc. W. Luniewski (Tworki) — Patologia charakteru w oświeceniu sądowo-cywilnem. Walne zgromadzenie członków Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. III. dzień. Luźne odczyty dotychczas zgłosili: 1. Dr. S. Bychowski (Warszawa) — Biogeneza a patogeneza charakteru. 2. Dr. W. Spekto-

rowa (Łódź) — Zmiany charakteru u dzieci przestępczych. 3. Dr. Swierczak (Dziekanka) — a) O leczeniu Schizofrenii malarją, b) o leczeniu epilepsji malarją. 4. Dr. W. Terajewicz (Choroszcz) — O powołaniu społecznym lekarza psychjatri.

Regulamin Zjazdu został ogłoszony w zeszycie XIV/XV Rocznika psychjatrycznego. Zgłoszenia odczytów należy nadsyłać do 20.III. b. r. na ręce Sekretarza Zarządu Głównego P. T. P. D-ra J. Handelsmana (Pruszków — Tworki). W sprawach organizacyjnych uprasza się zwracać do Wyż. wymienionego Komitetu.
Dr. Derez.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

23.II. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Elektorowicz A. Rozpoznanie różniczkowe nowotworów płuc na podstawie obrazów rentgenowskich ze szczególnem uwzględnieniem błędów rozpoznawczych. 2. Brakman H. Poglądy na patogenezę oraz leczenie chorób zakaźnych w związku z zagadnieniem alergji.

25.II. Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa

1) Komunikaty Prezydjum. 2) Referat Dr. W. Chodźko p. t. „Opieka społeczna w szpitalach”. 3) Dyskusja. 4) Wolne wnioski.

25.II. Polskie Towarzystwo Oto-laryngologiczne.

1. Demonstracje chorych. 2. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia. 3. Komunikaty Zarządu. 4. Wolne wnioski.

27.II. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Seksja kliniczna.

Pokazy:

1. D. Hellin. Z praktyki operacji kosmetycznych nosa. 2. A. W. Kapłani i M. Landsberg. Przypadek ciąży martwiczej w przebiegu cukrzycy. 3. J. Typpograf i A. Stefanowski. Przypadek sepsis oralis. 4. E. Hermanni N. Zandowa. Przypadek pseudosclerosis Westphala u dziecka.

Odczyt

1. J. Nusbaum. O gastritis w świetle nowszych poglądów.

TREŚĆ: A. RYTEL. Melodja serca. (Dok.).—B. KARBOWSKI. Uwagi w sprawie leczenia nowotworów przysadki mózgu radem.—H. LANDAU. O badaniu czynnościowym nerek. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. KARBOWSKI. O leczeniu pomocniczym wcieraniem mydła w chorobach oczu. — L. ZAMENHOF. Projekt nowego Kodeksu deontologicznego. — B. NOWAKOWSKI. Przyczynek do statystyki chorobowości w zakładach pracy. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: A. RYTEL. La mélodie du coeur. (fin). — B. KARBOWSKI. Remarques sur le traitement des néoplasmes de l'hypophyse du cerveau par radium. — H. LANDAU. Sur l'examen fonctionnel des reins. (Rev. gén.). — M. KARBOWSKI. Sur le traitement auxiliaire au moyen des frictions du savon dans les maladies des yeux. — L. ZAMENHOF. Le projet du nouveau code déontologique. — B. NOWAKOWSKI. Contribution à la statistique de la morbidité dans les établissements de travail.

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 nierezzerwowanych: 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.—

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O.
Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp. Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11 r.