

NOWINY LEKARSKIE

DWUTYGODNIK SPOŁECZNO - NAUKOWY

Założony przez Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w r. 1889

Organ Poznańskiego Towarzystwa Lekarskiego, Komisji Lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia, Izby Lekarskiej Poznańskiej, Izby Lekarskiej Gdańsko - Pomorskiej, Bydgoskiego Towarzystwa Lekarskiego i Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia w Poznaniu

Naczelny Redaktor: *prof. dr Karol Jonscher*

Komitet Redakcyjny: Prof. dr Dega Wiktor, Prof. dr Dowżenko Anatol, Prof. dr Dreszer Ryszard, Prof. dr Kapuściński Witold, Prof. dr Lakner Leon, Prof. dr Łabendziński Franciszek, Prof. dr Nowakowski Kazimierz, Prof. dr Stojałowski Kazimierz, Prof. dr Z. Stolzman, Prof. dr Strazyński Adam, Prof. dr Zakrzewski Aleksander, Prof. dr Zwoliński Tadeusz. Sekretarz: dr O. Szczepki.

Komitet Wydawniczy: dr T. Frąckowiak, dr J. Janковиak, dr A. Maciejewski, dr W. Widy, dr St. Wrzyszczyński, dr A. Radziński (Bydgoszcz)

Adres Redakcji i Administracji: Poznań, ulica Chudoby nr 9 — Telefon 20-07
Konto P. K. O. Poznań V 4073 — Redakcja przyjmuje rękopisy pisane tylko na maszynie.
Autorowie otrzymują 20 egzemplarzy odpowiedniego numeru N. L.

Z Ośrodka Naukowego w Połczynie Zdroju
(Kierownik prof. dr J. Zubrzycki)

Dr med. Witold Dudziński

Odczyn Mestera w gościcu i zapalnych chorobach narządów rodnych kobiety

Duże rozpowszechnienie schorzeń gościcowych i trudności odróżnienia ich, zwłaszcza w początkowym okresie, od innych schorzeń stawów, mięśni i nerwów spowodowały, że szereg badaczy próbowało znaleźć swoistą próbę dla chorób gościcowych. Brokman, Brill i Friendzel podali próbę wiązania dopełniacza przez wyciągi z narządów dzieci zmarłych z powodu ostrego gościca stawowego. Najlepsze wyniki uzyskali stosując wyciągi z wątroby, natomiast odczyn z wyciągami z serca i śledziony były niepewne. W ostrym zapaleniu stawów, zwłaszcza u dzieci, odczyn BBF wypadł najczęściej dodatnio (u 115 na 140 chorych). W przewlekłych zmianach stawowych zarówno pierwotnych jak też wtórnych dodatnie wyniki stwierdzano w około 50%.

Drugą próbę, jako swoisty immunobiologiczny odczyn dla gościca, podał A. Mester. Odczyn polega na zmniejszeniu liczby białych ciałek krwi w 30 lub 60 min. po śródskórnym wstrzyknięciu 1 ml 0.1% wodnego roztworu kwasu salicylowego. Za odczyn dodatni uważa autor zmniejszenie się liczby białych ciałek krwi powyżej 15%. Na pod-

stawie swoich badań przeprowadzonych u 167 chorych z ostrym i przewlekłym gościcowym zapaleniem stawów, z wadą serca na tle gościcowym z płasawicą, z gościcowymi schorzeniami oczu, u 43 chorych ze zwyrodnieniowymi zmianami stawowymi, u 76 chorych z niegościcowymi zapaleniami stawów i wadami serca i u 64 kontrolnych, A. Mester uważa odczyn za swoisty w 98%. Wyniki Mestera zostały potwierdzone przez innych (Lenoch, Mosonyi, Broghin, Liuzzo). Schroeder podaje odmianę odczynu Mestera, polegającą na dodaniu roztworu nowokainy do roztworu kw. salicylowego w celu zmniejszenia bolesności tej próby. Wyniki jego badań były zgodne z wynikami Mestera. Groot odmawia swoistości temu odczynowi na podstawie swoich badań z odczynem Mestera w modyfikacji Schroedera. Podkreśla, że w razie kilkakrotnego powtarzania odczynu u tego samego chorego odczyn wypadł raz dodatnio, raz ujemnie. U zdrowych w 33% odczyn wypadł dodatnio.

Odczyn Mestera wykonuje się następująco: po oznaczeniu u badanego na czczo liczby białych

ciałek krwi wstrzykuje się 1 ml 0,1% jałowego wodnego roztworu kwasu salicylowego śródskórnie, robiąc pięć bąbli na wewnętrznej stronie przedramienia po 0,2 ml. Liczbę białych ciałek bada się po 30 i po 60 min. pobierając krew zawsze z tego samego palca. Podczas całego badania chory powinien leżeć lub siedzieć z opartą wygodnie ręką celem wyłączenia możliwości zwiększenia liczby białych ciałek przez ruch. Za wynik dodatni uważa się spadek ilości białych ciałek krwi powyżej 15% w 30 lub 60 min. po wstrzyknięciu.

Własne badania przeprowadziłem u 83 chorych z przewlekłymi schorzeniami gościcowymi, u 13 kobiet z przewlekłymi zapalnymi schorzeniami narządów rodnych, u 5 zdrowych, którzy nigdy żadnych dolegliwości gościcowych nie odczuwali, oraz u 2 chorych na inne schorzenia. Odczyn wykonywałem sposobem podanym przez Mestera. U 31 chorych badałem obraz krwi wg Schillinga 30 min. przed wstrzyknięciem kwasu salicylowego i 24 godziny po wstrzyknięciu. W schorzeniach gościcowych trzymałem się podziału zaleconego przez Min. Zdrowia.

Na ogólną liczbę 103 badań odczyn Mestera wypadł dodatnio u 47 badanych (45%).

	liczba chor.	Mester +	Mester —
Schorzenia gościcowe	83	40 (48%)	43 (53%)
Inne schorzenia	20	6 (30%)	14 (70%)

U 83 ze schorzeniami gościcowymi odczyn dodatni spostrzegłem u 40 (48%), ujemny u 43 (52%). U 20 osób zdrowych, ze schorzeniami narządów rodnych kobiecych i innymi niegościcowymi chorobami wynik odczynu dodatni otrzymałem u 6 (30%), zaś ujemny u 14 (70%).

Poniżej przedstawiam wyniki uzyskane w poszczególnych grupach.

	liczba chor.	Mester ++	Mester —
1. Stan po ostrym gościcu stawowym. Chor. reumatycz.	11	7 (63,6%)	4 (36,4%)
2. Zakaźne postacie gościca	8	7 (87,5%)	1 (12,5%)
3. Pierwotnie przewlekły gościc	—	—	—
4. Gościc zwyradniający	4	3 (75%)	1 (25%)
5. Schorzenia gościcowe kręgosłupa	10	—	10 (100%)
6. Schorzenie tkanki łącznej	13	6 (46%)	7 (54%)
7. Gościc bez wyraźnego rozpoznania	20	10 (50%)	10 (50%)
8. Gościc okresu przekwitania	17	7 (41,1%)	10 (58,9%)
Razem	83	40 (48%)	43 (52%)

Schorzenia zapalne narządów rodnych kobiety	13	5 (38,4%)	8 (61,6%)
Zdrowi	5	1 (20%)	4 (80%)
Inne schorzenia	2	—	2 (100%)
Razem	20	6 (30%)	14 (70%)

Jak wynika z powyższego zestawienia odczyn Mestera w przewlekłych schorzeniach gościcowych wypadł tylko w 48% dodatnio, a więc tylko o 18% częściej niż w schorzeniach niegościcowych. Największy odsetek dodatnich wyników spotyka się w zakaźnych postaciach gościca. W schorzeniach gościcowych kręgosłupa u wszystkich chorych odczyn Mestera wypadł ujemnie. Stosunkowo wysoki odsetek (38,4%) dodatniego odczynu Mestera spotyka się u kobiet z przewlekłymi zmianami zapalnymi w narządach rodnych.

W obrazach krwi nie stwierdziłem żadnych zmian charakterystycznych, zależnych od dodatniego lub ujemnego odczynu Mestera. Niewielkie zmniejszenie lub zwiększenie odsetkowej liczby podzielonych, pałeczek i limfocytów w obrazie krwi 30 min. po wstrzyknięciu kwasu salicylowego nie stało w żadnym związku z odczynem Mestera ani z rodzajem schorzenia gościcowego.

Poza tym stwierdziłem, że chorzy gościcowi z dodatnim odczynem Mestera reagują na leczenie uzdrowiskowe prawie tak samo jak chorzy z ujemnym odczynem. Oczywiście mam na myśli wyniki bezpośrednie uzyskane podczas leczenia. Odsetek popraw po leczeniu borowiną w Połczynie Zdroju u chorych z dodatnim odczynem Mestera wynosił 67,5%, u chorych z ujemnym odczynem 65%.

Przedstawione powyżej wyniki badań upoważniają do twierdzenia, że odczyn Mestera nie można uważać za odczyn swoisty dla schorzeń gościcowych, mimo, że w tych schorzeniach wypadł częściej dodatnio niż w innych. Przyczyny dodatnich jego wyników dopatrywać się raczej należy w zwiększonej wrażliwości tkanek, spotykane często w schorzeniach gościcowych.

Piśmiennictwo:

- H. Brokman, J. Brill, J. Frenzel: Klin. Wschr. 1937. 502.
- A. Groot: Zeitschr. f. Rheumaforsch. 1944. 175—178.
- Fr. Lenocho: cyt. wg Zeitschr. f. Rheumaforsch. 1938. 185.
- G. Liuzzo: cyt. wg Zeitschr. f. Rheumaforsch. 1941. 330.
- A. Mester: Acta Balnologia Polonica R. I. Nr 3, str. 14—15.
- L. Mosonyi: cyt. wg Zeitschr. f. Rheumaforsch. 1941. 551.
- E. Schroeder: Zeitschr. f. Rheumaforsch. 1942. 377—391.

Д-р Дудзинский.

Краткое изложение.

На основании изучения 83-х больных с затяжными ревматическими заболеваниями, 13 — с затяжными воспалительными изменениями женских половых органов, 5 здоровых osób и 2 с другими болезнями, автор приходит к заключению, что реакция Местера не оказалась реакцией специфической для

ревматизма. Реакция была положительна в 48% ревматических заболеваний, в воспалительных заболеваниях женских половых органов в 38,4%, у здоровых в 20%. Тест крови Willinga не дал никаких характерных изменений. Результаты грязевого лечения в курорте Полчын Здруй одинаковы у больных с положительной, как и отрицательной реакцией Местера.

SUMMARY

The author investigated Mester's reaction and examined 83 cases of chronic rheumatic diseases, 13 cases

with chronic post-inflammatory changes in women genital organs, 2 cases of other diseases and 5 healthy individuals. He came to the conclusion that Mester's reaction can't be estimates as a specific for rheumatism. The reaction was positive in 48% of rheumatic cases, in 38% of women diseases and in 20% of healthy individuals. The Shilling's blood test was also not characteristic. The results of treatment in Połczyn Zdrój are the same in both groups i. e. with positive as well as negative Mester's reaction.

Z 3 Kliniki Chorób Wewnętrznych U. Ł.
(Kierownik prof. dr med. W. Markert)

Dr med. Wanda Czaban

Zespół Felty'ego*)

W roku 1896 Cheuffard i Ramond pierwsi opisali znaczne powiększenie śledziony i węzłów chłonnych w przebiegu gośćca pierwotnie przewlekłego. Lecz dopiero doniesienie Stilla w r. 1897 i seria pięciu przypadków Felty'ego w roku 1924 stały się punktem wyjścia dla nazwy choroby Stilla u dzieci i zespołu Felty'ego u dorosłych.

Zespół Felty'ego zdarza się również często u mężczyzn, jak i kobiet pomiędzy 45 a 65 rokiem życia. Niektórzy autorzy (Gibson) podkreślają przewagę tego zespołu u kobiet.

Cechują go następujące objawy kliniczne:

1. obecność zmian chorobowych o charakterze gośćca pierwotnie przewlekłego z typowymi dla tej choroby zaostrzeniami, doprowadzającymi do sztywności i zniekształceń wielu stawów,
2. znaczne powiększenie śledziony, która jest zawsze twarda, niebolesna i może wystawać na szerokość kilku palców spod lewego łuku żebrowego. Badaniem histopatologicznym stwierdza się wtedy grudki chłonne prawidłowe, prze-rośłe lub zanikające (J. Bernard),
3. powiększenie wątroby.
4. Uogólnione powiększenie węzłów chłonnych, które stwierdza się w 50% przypadków. Węzły te są twarde, ułożone pojedynczo, wielkości orzecha laskowego, niebolesne i nigdy nie ulegają rozmiękaniu. Histopatologicznie mają one cechy przewlekłego nieswoistego zapalenia.
5. Leukopenia, zależna od spadku krwinek białych wielojądraztych. Niekiedy spostrzega się również niedokrwistość wtórną miernego stopnia z prawidłową liczbą krwinek płytkowych i normalnymi wartościami czasu krzepnięcia i czasu krwawienia.
6. Stany gorączkowe lub podgorączkowe o typie ciepłoty przepuszczającej (*febris intermittens*).
7. Wyniszczenie.
8. Przebarwienie skóry koloru żółto-brunatnego, najbardziej zaznaczone na odcinkach wystawionych na działanie promieni świetlnych.

Felty przypuszczał, że zespół przez niego opisany jest oddzielną jednostką chorobową. Lecz inni autorzy (Talkow, Collins) doszli do wniosku, że powiększenie śledziony i zmniejszenie liczby krwinek białych należy uważać jako rzadko występujący objaw w przebiegu typowego gośćca pierwotnie przewlekłego. Czynnym postaciom tej choroby przeważnie towarzyszy wyniszczenie, gorączka i zmiany barwikowe skóry. Powiększenie śledziony i węzłów chłonnych, jakkolwiek w mniejszym stopniu, zdarza się w 15% chorych. Leukopenię stwierdzono w 30% przypadków. Nie ma więc dostatecznych dowodów na to, że zespół Felty'ego jest jednostką chorobową odrębną od gośćca pierwotnie przewlekłego. Pojęcie zespołu Felty'ego zachowuje się jednak jako określenie postaci gośćca pierwotnie przewlekłego, przebiegającej z dużą śledzioną, wątrobą i leukopenią.

Niekiedy pod wpływem dodatkowych zakażeń liczba krwinek białych jeszcze bardziej się obniża i może się nawet rozwinąć obraz agranulocytozy. Fleischhacker podkreśla niebezpieczeństwo na ogół rokowanie agranulocytozy w przebiegu zespołu Felty'ego, która ustępuje po jednorazowym przetoczeniu krwi. Autor ten przypuszcza, że wymieniony zespół jest wywołany przez paciorkowce niehemolizujące i u jednej z obserwowanych chorych udało mu się wyhodować ten zarazek z surowicy krwi.

Pogląd na mechanizm powstawania leukopenii nie jest jednolity. Fleischhacker i Damashek tłumaczą ją hamującym działaniem śledziony na czynny szpik kostny. Twierdzenie swoje opierają na obrazie szpiku kostnego, w którym widywali niedojrzałe postaci krwinek białych w zwiększonej liczbie, natomiast granulocyty wielojądrazte w zmniejszonej liczbie, bo wynoszącej tylko 7—10% wszystkich komórek. Jean Bernard natomiast w zespole Felty'ego stwierdzał zawsze prawidłowy myelogram.

*) Odczyt wygłoszony dnia 5. X. 1949 r. w Łódzkim Naukowym Towarzystwie Lekarskim.

Przypadek zespołu Felty'ego spostrzegaliśmy w 3 Klinice Chorób Wewnętrznych U. Ł. Dotyczy on chorej Antoniny B., lat 59, L. dz. 271/48-49, z zawodu gospodyni domowej, która przybyła do Kliniki z powodu ogólnego osłabienia, utraty na wadze, kołatania serca oraz bólów w stawach kolanowych i w stawach obu dłoni. Obecna choroba zaczęła się w roku 1947. Chora rzekomo bez żadnej uchwytnej przyczyny zaczęła łatwo się męczyć i odczuwała kołatanie serca. Bólów w okolicy serca nie miewała. Od maja do sierpnia 1948 r. odczuwała silne bóle w stawach dłoni i kolan, którym towarzyszyły obrzmienia i częściowe ograniczenie ruchomości tych stawów. W tym czasie chora nie mierzyla gorączki, wieczorami miewała dreszcze. Jako leczenie stosowała jedynie suche okłady na bolesne stawy; po 4-ch miesiącach dolegliwości powyższe prawie całkowicie ustąpiły. Obecnie skarży się na nieznaczne bóle w wymienionych stawach, nasilające się podczas zmiany pogody.

Natomiast na pian pierwszy wysunęły się objawy ze strony serca. Chora zaczęła odczuwać duszność wysiłkową, wkrótce potem pojawiła się także duszność spoczynkowa, zwiększająca się zazwyczaj rano. Miewała wtedy obrzęki w okolicy kostek, niekiedy tak znaczne, że musiała przez kilka dni pozostawać w łóżku, po czym obrzęki te ustępowały. Od 3-ch tygodni poci się w nocy. Od początku swej choroby straciła na wadze około 10 kg. Kaszle przeważnie rano, odkasztuszając niewielkie ilości śluzowo-ropnej płwociny.

Skarży się na zupełny brak apetytu. Od czasu do czasu miewa puste odbijanie. Stolec oddaje prawidłowo. Mocz oddaje bezboleśnie, 3 razy na dobę, w ilości zmniejszonej.

Pierwsza miesiączka w 16 roku życia; następne były regularne. Okres przekwitania minął bez dolegliwości w 41 roku życia.

Przeżyła 5 porodów i 3 samoistne proniecia przed ostatnim porodem. Czworo dzieci zmarło w wieku od 3-ch tygodni do 16 lat; piąte dziecko i mąż żyją, zdrowi.

Z chorób przebytych podaje jedynie kamicy żółciową. Od 1941 do 1945 roku miewała częste napady bólów w prawym podżebrzu, promieniujące do krzyża. Od 1945 roku stosuje dietę i odtąd nie miewa napadów bólów. W r. 1943 po ataku bólu zjawiała się żółtaczka, która po kilku dniach ustąpiła. W r. 1930 końcowy paliczek III-go palca prawej dłoni uległ urazowi.

Wywiad rodzinny bez znaczenia. Mieszka w 1 izbie, suchej, bez słońca.

Badaniem przedmiotowym stwierdzono: stan ogólny ciężki; chora jest tak osłabiona, że nie może chodzić o własnych siłach; wzrost niski, wynosi 145 cm, budowa ciała drobna, odżywianie wybitnie upośledzone, waga wynosi 35,5 kg. Skóra ziemisto-błada, mało elastyczna, jest wilgotna w okolicy dłoni i stóp; w okolicy obu rzepiek stwierdza się zasinienie wielkości dłoni dziecka, w okolicy stawów skokowych po zewnętrznej stronie kostek sinawoczerwone plamy wielkości dłoni; w skórze obu podudzi widoczne są przebarwienia. Te zmiany barwikowe wykazują plamkowate skupienia wielkości od ziarenka prosa do ziarenka grochu, barwy brunatnej i żółtawo-brunatnej.

Węzły chłonne powiększone w okolicy obu pach i pachwin, są dość liczne, twarde, niebolesne — od wielkości grochu do wielkości fasoli, przesuwalne w stosunku do skóry i podłoża.

Ogólna ciepłota ciała wynosi 36,6° C.

Z odchył od stanu prawidłowego stwierdza się stawy dłoni zniekształcone, szczególnie stawy paliczek. Pierwsze i drugie stawy śródrečno-palczkowe są zgrubiałe, obrzękłe, zasinione, na ucisk bolesne. Stawy kolanowe o prawidłowej konfiguracji, bolesne podczas ruchów czynnych i biernych.

Wszystkie mięśnie są słabo rozwinięte, wiotkie. W jamie ustnej braki w uzębieniu i 3 zęby próchnicze, z obfitym ropieniem około zębodołów. Klatka piersiowa jest prawidłowo wysklepiona. Na całej przestrzeni przylegania płuc do klatki piersiowej odgłos opukowy

jawny, z odcieniem bębenkowym. Dolne granice płuc obniżone, słabo ruchome. Wszędzie wystuchuje się szmer pęcherzykowy osłabiony, pokryty licznymi świstami i rurzeniami.

Powiększenie rozmiarów serca, szczególnie w lewo i ku gorze. Ostuchowo na koniuszku 2 szmery, skurczowy i rozkurczowy, na tętnicy płucnej 2-gi ton wzmocniony, na innych ujściach 2 tony. Akcja serca miarowa. Tętno miarowe, miernie napięte i wypełnione o częstotliwości 90 uderzeń na minutę. Ciśnienie tętniczej krwi 120/75 mm Hg.

Brzuch: okolica nadbrzusza silniej wysklepiona niż podbrzusze. Wątroba wystaje na szerokość męskiej dłoni spod prawego łuku żebrowego, jest twarda, niebolesna, o powierzchni gładkiej. Siedziorna wystaje na szerokość męskiej dłoni spod lewego łuku żebrowego, jest twarda, niebolesna, o powierzchni gładkiej.

Ze strony innych narządów nie stwierdza się znaczących odchył od stanu prawidłowego.

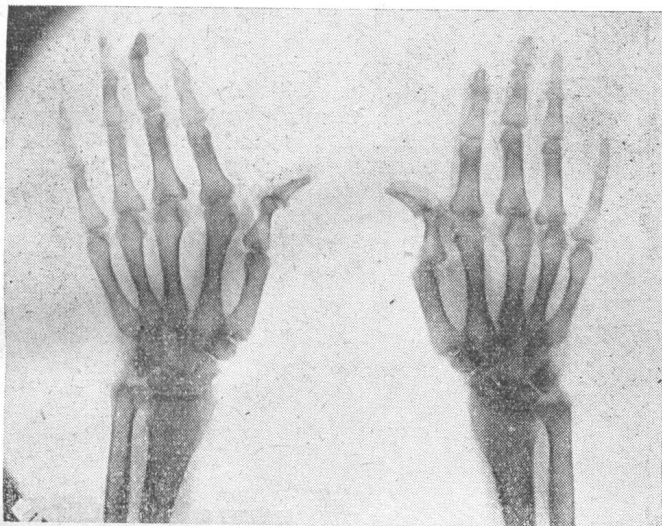
Z badań dodatkowych w moczu o odczynie kwaśnym, c. wt. 1017 poza wybitnie zwiększonym urobilinogenem nie stwierdza się patologicznych składników. Odczyn Wassermanna ujemny, cichochołowy wątpliwy. Odczyn opadania krwinek krwi metodą Westergreena wybitnie przyspieszony, wynosi 110/130. Odczyn opaskowy Rumpel-Leedego słabo dodatni po 3 minutach. Obraz morfologiczny krwi wykazuje niedokrwistość niedobarwliwą miernego stopnia, z przesunięciem wzoru odsetkowego w lewo i monocytozą. Szczegółowo: liczba krwinek czerwonych wynosi 2.800.000, Hb 58%, wskaźnik barwny 1,0, liczba krwinek białych 2,200, z tego zasadochl. 0, kwasochl. 3, obojętnochl. 36, w tym pałeczek 8, podzielonych 28, limfoc. 46, monoc. 15. Dość znaczna anizocytoza i anizochromia krwinek czerwonych, krwinek płytkowych 432.000, retikulocytów 32%. Czas przepięcia 6 min., czas krwawienia 2,5 min. Wynik nakłucia gruczołu pachwinowego: poza zwiększeniem komórek siateczki obraz prawidłowy. (Badania hematologiczne zostały wykonane w pracowni Szpitala im. Barlickiego przez p. dr W i e r z b o w s k ą).

Odczyn Takata-Ary ujemny. Poziom bilirubiny w surowicy krwi wynosi 0,5 mg %, odczyn Hyjmans van den Bergha bezpośredni ujemny, pośredni słabo dodatni. Oporność krwinek prawidłowa. Poziom cukru w surowicy krwi 95 mg %. Krzywa cukru po obciążeniu 50 g glukozy prawidłowa. Badanie zawartości żołądka wykazuje dużą domieszkę śluzu, brak wolnego kwasu solnego na czczo i po śniadaniu próbnym oraz niskie wartości kwaśności ogólnej. Badaniem zawartości dwunastnicy stwierdza się w żółci obecność krwinek białych żółto zabarwionych ułożonych pojedynczo i w skupieniach. Zdjęcie kontrastowe pęcherzyka żółciowego nie wykazało cieni w obrębie prawego podżebrza. Kilkakrotne badanie stolca nie wykazało obecności krwi utajnej.

Prześwietlenie klatki piersiowej (prof. M i s i e w i c z): pola płucne rozedmowo wyjaśnione, serce o wyraźnej konfiguracji mitralnej, wyraźne powiększenie i przerost prawej komory i lewego przedsionka, lekkie powiększenie lewej komory. Tętnienie serca słabo zaznaczone, cień aorty niepowiększony. Zdjęcie stawów: kościec w całości delikatny, osteoporoza kości obu dłoni i kości stawów nadgarstkowych. Szczeliny stawowe zwłaszcza międzypalczkowe są wąskie, części miękkie otaczające stawy międzypalczkowe zgrubiałe, szczególnie po stronie lewej. W główkach pierwszych paliczek, zwłaszcza po stronie prawej, ostro konturowane, drobne, okrągławe rozrzedzenie wielkości główki szpilki. Podwichnięcia obu stawów palczkowych kciuków, powierzchnie stawowe zniekształcone, zeszlifowane, zwłaszcza paliczek końcowych z drobnymi przybrzeżnymi ubytkami.

W stawie między drugim i trzecim paliczkiem trzeciego palca prawej dłoni, szczelina stawowa zniesiona; z łokciowej części główki odłamany odprysk wielkości ziarenka prosa, oddzielony 1/2 mm szczeliną od reszty główki, paliczki ustawione pod kątem rozwartym.

W drugim i trzecim stawie śródrečno-paliczkowym prawym szczelina stawowa prawie zniesiona, kości śródrečna i paliczek tworzą kąt rozwartą, otwierającą się w stronę łokciową, druga szczelina międzypaliczkowa drugiego palca lewej dłoni zniesiona, części miękkie okołostawowe zgrubiałe. W kości półksiężycowatej i czółenkowej okrągławe rozrzedzenie wielkości główki szpilki. Osteoporoza stawów kości kolanowych, lekkie spłaszczenie i zniekształcenie kłykciów udowych i goleniowych zwłaszcza bocznych.



U chorej rozpoznaliśmy gościec stawowy pierwotnie przewlekły, poza tym niedomykalność zastawki dwudzielnej z zwężeniem lewego ujścia żylnego w okresie wyrównanego krążenia, przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego, prawdopodobnie na tle kamicy, przewlekły nieżyt oskrzeli z rozedną płuc oraz zespół wątrobowo-śledzionowy, z powiększeniem węzłów chłonnych, zmianami barwikowymi skóry na obu podudziach, wyniszczeniem oraz leukopenią.

W rozpoznaniu różnicowym zespołu wątrobowo-śledzionowego w grę wchodziły:

1. przewlekła białaczka,
2. myeloza aleukemiczna,
3. brzuszna postać ziarnicy złośliwej,
4. kila,
5. marskość wątroby,
6. zakrzep żyły wrotnej,
7. choroba Gauchera,
8. zespół pseudo-Banti'ego,
9. zespół Felty'ego.

1. Przewlekła białaczka pozwolił wyłączyć charakterystyczny dla niej obraz krwi obwodowej.

2. Myelozę aleukemiczną prawidłowy myelogram.

3. Brzuszna postać ziarnicy złośliwej przebiegająca z powiększeniem wątroby, śledziony i leukopenią wyklucza ujemny wynik badania węzła chłonnego, bez typowej dla ziarnicy złośliwej wielonostowości krwinek białych oraz brak komórek Sternberga.

4. Choroby Gauchera nie rozpoznaliśmy z powodu prawidłowej liczby krwinek płytkowych oraz braku charakterystycznych komórek Gauchera w śledzionie, szpiku kostnym i węzle chłonnym.

5. Marskość wątroby przerostowa, dająca powiększenie śledziony i zmniejszoną liczbę krwinek

białych, odpada ze względu na brak żółtaczk i ujemny wynik odczynu Takata-Ary.

6. Brak wzianki w wywiadzie o przebytej kile oraz ujemny odczyn Wassermana w surowicy krwi przemawia przeciwko etiologii kilowej. Wobec tego, że odczyn citocholowy u naszej chorej był wątpliwy, zbadaliśmy krew jej męża, u którego oba odczyny wypadły ujemnie.

7. Zakrzep żyły wrotnej przebiega burzliwie, z ciężkim stanem ogólnym i puchliną brzuszną. Powolny przebieg choroby i brak puchliny brzusznej pozwala odrzucić to schorzenie.

8. Zespół pseudo-Banti'ego, przebiegający z dużą wątrobą, śledzioną, niedokrwistością wtórną i skłonnością do krwawień z przewodu pokarmowego zyskał ponownie na aktualności, odkąd V e i l z J e n y i C h a n e y z Mayo Clinic rozpoznawali go wielokrotnie. Autorzy podkreślają znaczenie przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego i wyrostka robaczkowego, które uszkadzają wątrobę i śledzionę. Dla rozpoznania zespołu pseudo-Banti'ego nieodzowne jest stwierdzenie w śledzionie cech fibroadenii. Obecność powiększonych węzłów chłonnych, których nie spotyka się w zespole Banti'ego, brak krwawienia z żołądka i jelit oraz prawidłowy histologiczny obraz śledziony pozwala włączyć ten zespół.

9. Zespół Felty'ego: po odrzuceniu wyżej wymienionych jednostek klinicznych, powiększenie wątroby i śledziony, objawy niedokrwistości niedobarwliwej, leukopenia, powiększenie węzłów chłonnych, przebarwienia skóry oraz wyniszczenie łączą się w zaimująca całość zespołu Felty'ego w przebiegu gościa pierwotnie przewlekłego.

Leczenie naszej chorej oparliśmy na usuwaniu ognisk zakażenia pod postacią 3 próchniczych zębów, podawaniu witaminy B i C oraz wstrzykiwaniu penicyliny, którą podano w ogólnej ilości 4 500 000 i. Uzyskaliśmy poprawę, charakteryzującą się przyrostem wagi 4 kg, ogólnym wzmocnieniem, które pozwala chorej spełniać swoje obowiązki domowe, ustąpieniem bólów w stawach i poprawą obrazu krwi, zarówno czerwono jak i białokrwinkowego. Liczba krwinek czerwonych wynosi 3.720.000 Hb 70%, wsk. barwny 0.94, krwinek białych 3.200 Zasadochł. 0, obojetnochl. 55, w tym: Młodych 1, Pałeczkow. 4 Podzielonych 50, Limfoc. 36, Monoc. 8. Liczba retikulocytów spadła do normy. Wątroba i śledziony zmniejszyły się znacznie i wystają na szerokość 2.5 palców spod łuków żebranych. Odczyn opadania krwinek krwi zwolnił się i wynosi obecnie 43/94 mm; w posiewach z zębodołu wyhodowaliśmy paciorkowce niehemolizujące. Przyjmujemy, że u chorej z wadą serca na tle przebytej choroby reumatycznej rozwinął się pod wpływem paciorkowców obraz zespołu Felty'ego. Możliwe, że do rozwinięcia się tego zespołu przyczyniło się długotrwałe drażnienie wątroby i śledziony przez przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego.

Jaka jest częstość występowania zespołu Felty'ego? Według angielskiej statystyki Fingermana i Andrusa z 1943 r. zdarza się on w 5% przypadków gościa pierwotnie przewlekłego. Nie odpowiada to prawdopodobnie naszym warunkom klimatycznym. W piśmiennictwie polskim nie znaleźliśmy dotychczas wzmianki o zespole Felty'ego. Być może, że występuje on u nas o wiele rzadziej.

Д-р В. Чабан.

Автор обсуждает синдром Фельти, который не является самостоятельным заболеванием, но формой затяжного ревматизма, протекающего с увеличенной печенью и селезенкой и уменьшением числа белых кровяных шариков (leukopenia). Он далее описывает случай синдрома Фельти, касающегося 59-летней женщины. Этот синдром был диагностирован на основании одновременных симптомов затяжного ревматизма вместе с увеличением печени, селезенки

и лимфатических желез, изменениями пигментации, истощением и лейкопенией.

После лечения, состоящего в удалении кариозных зубов и применения пеницилина, получилось улучшение клинических симптомов и морфологического образа крови.

SUMMARY

The author discusses the Felty's syndrome what is not a separate ailment but a form of rheumatoid arthritis characterized by enlarged liver and spleen and leukopenia. She then describes a case of the Felty's syndrome relating to a woman of 59. The above has been diagnosed on the base of simultaneous symptoms of rheumatoid arthritis and of enlarged liver and spleen, together with enlargement of lymphnodes, alteration in skin coloration, loss of weight and leukopenia.

After treatment consisting in removal of teeth affected by caries and application of penicillin an improvement of clinical symptoms and of the blood count has been obtained.

Klinika Chorób Dziecięcych Akademii Medycznej
w Poznaniu
(Dyr. prof. dr K. Jonscher)

Dr. med. Roman Rafiński
st. asystent — laryngolog

Postępowanie otiatryczne w przypadkach powikłań zapalenia ucha środkowego u niemowląt*)

Powikłania zapalenia ucha środkowego u niemowląt, najczęściej w postaci zapalenia jamy sutkowatej, są już od szeregu lat przedmiotem zainteresowania tak pediatrów jak i otiatrów. Przede wszystkim chodzi o przypadki tak zwanego utajonego zapalenia ucha środkowego, którego rozpoznanie w toksykozach u niemowląt ma nieraz decydujący wpływ na dalszy przebieg leczenia. Schorzenie ucha środkowego, jako powikłanie w przebiegu chorób zakaźnych, czyli tak zwane banalne zapalenie ucha środkowego, przebiega tak typowo, że rozpoznanie i leczenie nie przedstawia większych trudności. Z tych to względów pomijam ten typ schorzeń uszu w niniejszym artykule.

Dowodem pewnych trudności w rozpoznaniu i leczeniu zapalenia ucha środkowego oraz jego powikłań w toksykozach niemowlęcych są liczne prace naukowe, rozpatrujące ten temat.

Nader częste rozpoznanie sekcyjne zapalenia ucha środkowego oraz jamy sutkowatej u niemowląt zmarłych z powodu toksykozy, było głównym bodźcem do szukania przyżyciowych metod rozpoznawczych i leczniczych tego schorzenia. Niektóre statystyki rozpoznania zapalenia ucha środkowego oraz jego powikłań na sekcjach niemowląt są wprost zdumiewające. Campbell (Kanada) podaje, że u 53% wszystkich zmarłych niemowląt stwierdzono pośmiertne zapalenie jamy sutkowej. Dane Skorbogotova są jeszcze wyższe. Znalazł on na ogólną liczbę wykonanych 723 sekcji — w 73,3% ropę w uchu środkowym. Z wymienionych 723 przypadków zgonów sekcja wykazała w 87,1% toksykozę!

Jako przyczynę częstego nierozpoznawania zapalenia ucha środkowego u niemowląt z toksykozą należy przyjąć:

1. Atypowość przebiegu schorzenia.
2. Trudności rozpoznawcze, które uwarunkowane są budową anatomiczną przewodu słuchowego zewnętrznego oraz odmienną topografią błony bębenkowej u niemowląt.

Brak cech zapalnych na błonie bębenkowej, odzwierciedlających w tak zw. banalnych przypadkach stan ucha środkowego, przyczynia również dużo trudności w ustaleniu rozpoznania zapalenia ucha środkowego w przypadkach toksykozy. Największe trudności rozpoznawcze nastęrczało do niedawna powikłanie zapalenia ucha środkowego u niemowląt w postaci zapalenia jamy sutkowatej — tzw. antritis. Rozpoznanie do niedawna ustalano na stole operacyjnym podczas antrotomii, którą otiatra bardzo często wykonywał na życzenie pediatry. Również często ustalano rozpoznanie zbyt późno, mianowicie na sekcji.

3. Brak do niedawna metod rozpoznawczych, zwłaszcza zapalenia jamy sutkowatej.

Lekarze francuscy (Molhit, Grenet, Lallement, Boelle i inni) pierwsi wprowadzili nową metodę rozpoznawczą zapalenia jamy sutkowatej. Wykorzystując budowę anatomiczną kości skroniowej u niemowląt, powzięli myśl nakłucia jamy sutkowatej, by w ten sposób przekonać się o jej stanie. Jamę tę nakłuwają oni za małżowiną

*) Referat wygłoszony na Zjeździe Pediatrów w Pradze Czeskiej (29—31. X. 1949 r.).

uszną i do niedawna traktowali zabieg ten wyłącznie w celach rozpoznawczych. Ostatnio dopiero R o h m e r (Strasbourg) podaje, że stosuje się w jego klinice antropunkcję również w celach leczniczych, jednakże połowa przypadków zapalenia jamy sutkowatej kończy się antrotomią.

Pierwszym, który zastosował antropunkcję w celach leczniczych jest H. L e w e n f i s z. Wprowadził on ponadto nową metodę a właściwie drogę nakłucia jamy sutkowatej, która prowadzi przez przewód słuchowy zewnętrzny. Wyniki leczenia Lewenfisza były bardzo zadowalające. Badania swe wykonał na bardzo licznych materiałach. Ponadto zwrócił uwagę na bardzo ważny szczegół, ułatwiający rozpoznanie zapalenia jamy sutkowatej. Mianowicie bardzo często w przypadkach zapalenia jamy sutkowatej widzimy zaczerwienienie i lekki obrzęk tylnogórnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego, w jego odcinku graniczącym z błoną bębenkową. Ze swej strony muszę nadmienić, że w przypadkach silnego odwodnienia chorego niemowlęcia, objaw ten, zwany u nas krótko „objawem Lewenfisza“, prawie nigdy nie występuje. Widać go natomiast bardzo często u niemowląt, których stan ogólny jeszcze jest zadowalający.

W klinice tutejszej stosuje się antropunkcję w celach rozpoznawczych i leczniczych od przeszło 2 lat. Wyniki tej metody są wielce zadowalające. Zabieg ten z reguły wykonuje się u niemowląt ciężko chorych, u których zwykle postępowanie otiatryczne jak punkcja jamy bębenkowej, względnie paracenteza nie doprowadza do ustalenia rozpoznania, czy też do wyleczenia chorego dziecka. Z chwilą stwierdzenia wzdzielin w jamie sutkowatej, zabieg powtarza się codziennie, względnie co kilka dni, zależnie od stanu chorego, aż do wyleczenia. Jedynie przypadki odporne na ten sposób leczenia, co prawda nie liczne, poddaje się antrotomii. Trzeba przy tym podkreślić, że większość operowanych przypadków stanowiły niemowlęta, oddane do kliniki w stanie bardzo ciężkim, dłużej trwającym, czyli że schorzenie nosiło już charakter przewlekły. Nie więc dziwnego, że opróżnianie jamy sutkowatej drogą nakłucia, jak również przepłukiwanie tej jamy roztworami antybiotyków, nie prowadziło do celu. Wykonana operacja wykazała w wymienionych przypadkach rozległe zmiany nie tylko w jamie sutkowatej, lecz również w okolicy periantralnej, czyli że mieliśmy już do czynienia z antritis i periantritis.

Ogólna liczba przypadków, leczonych przez mnie antropunkcją, wynosi około 150. Antrotomii zmuszony byłem wykonać w 8 przypadkach (antrotomii wykonanych w następstwie powikłań tzw. banalnego zapalenia ucha środkowego do zestawienia tego ze zrozumiałych względów nie wliczam), w tym w dwóch przypadkach obustronnie*). Przypadki operacyjne wyzdrowiały wszystkie, natomiast śmiertelność niemowląt leczonych antropunkcją wynosiła 4%, przy czym podkreślić należy, że wszystkie zmarłe niemowlęta oddane zostały do kli-

niki w stanie bardzo ciężkim a właściwie beznadziejnym. Operacja ze względu na stan tych niemowląt nie wchodziła już w rachubę.

Porównując wyniki naszej kliniki z danymi innych autorów, uderza bardzo niski odsetek zgonów, zwłaszcza jeśli się uwzględni, że zgony nastąpiły u niemowląt, oddanych do kliniki w stanie prawie agonalnym, u których ze względu na niewydolność krążenia już żadne zabiegi poprawy wywołać nie mogły.

Można śmiało rzec, że w protokołach sekcyjnych tutejszej kliniki, rozpoznanie zapalenia ucha środkowego, względnie zapalenia jamy sutkowatej należą do rzadkości. Moim zdaniem wyniki te należy zawdzięczać w dużej mierze zastosowaniu antropunkcji we wszelkich podejrzanych przypadkach.

Wracając do leczenia antropunkcją chciałbym nadmienić, że w przypadkach ciężkich, względnie opornie reagujących, stosujemy przepłukiwanie jamy sutkowatej, antybiotykami**), zależnie od drobnoustrojów, wyhodowanych z wydobytej wydzieliny. W zapaleniach wywołanych drobnoustrojami wrażliwymi na penicylinę, stosuję zakwaszony roztwór antybiotyku z dodatkiem rivanolu w następującej proporcji: 1 ml penicyliny 1/5000, 0,5 ml 3% kwasu bornego i 0,2 ml rivanolu 1/1000. Okazuje się, że powyższa mieszanina działa dużo skuteczniej niż czysta penicylina. W przypadkach błonicy jamy sutkowatej jak również jamy bębenkowej używam do przepłukiwania 1 ml penicyliny 1/5000 z dodatkiem 2500 jedn. surowicy przeciwbłonicy. Jeżeli w wydzielinie z jamy sutkowatej stwierdza się laseczkę okrężnicy, wówczas przepłukujemy ją 1 ml streptomycyny roztworu 1 g/20 ml rozpuszczalnika. W niektórych przypadkach mieszanych infekcji stosujemy mieszaninę penicyliny z streptomycyną.

Po wykonanej antrotomii z reguły zwilżam seton mieszaniną penicyliny, kwasu bornego i rivanolu. Po 3 dniach zmieniam sączek, a po dalszych 2 dniach zostawiam ranę bez sączka i nakładam jedynie mały zewnętrzny opatrunek. Wyniki takiego postępowania są bardzo dobre, gdyż przeważnie po 14 dniach, a nieraz już i po 8 dniach rana jest zupełnie zagojona. Warunkiem naturalnie jest bardzo dokładne wydlutowanie i zrewidowanie chorej kości.

Nawiązując jeszcze do antropunkcji należało by nadmienić, że u starszych niemowląt (już powyżej 6 mies.) nieraz napotykamy na trudności w wykonaniu jej ze względu na twardość i grubość blaszki kostnej, pokrywającej jamę sutkowatą od strony bocznej. W takich przypadkach uciekam się do nieco odmiennego zabiegu, mianowicie do aditopunkcji. Nakłuwając błonę bębenkową w jej górno-tylnej części, należy skierować igłę ku górze i tyłowi

*) Dane te obejmują materiał do 1. VI. 1949.

**) Przed płukaniem należy wykonać paracentezę, o ile ona naturalnie nie została już wykonana wcześniej, względnie nie wystąpiła samoistna porforacja.

w kierunku aditus ad antrum*) i starać się wyssać strzykawką zalegającą tam ewentualnie wydzielinę. Zabieg ten ma doniosłe znaczenie, lecz tylko rozpoznawcze w celu ustalenia konieczności wykonania antrotomii w tych przypadkach, w których obraz otoskopowy błony bębenkowej nie nam nie mówi, a zachodzi ze strony pediatrów podejrzenie, że ognisko zakażenia mieści się w jamie sutkowatej. Ognisko takie jest często „odsnurowane“ w aditus ad antrum od jamy bębenkowej gęstym czopem ropnym (R o h m e r). Wydobytych z aditus kilka kłaczek ropnych decyduje o dalszym postępowaniu. Aditopunkcja jest zabiegiem nie trudnym, po uprzednim dokładnym zaznajomieniu się z topografią ucha środkowego. Antropunkcja wymaga pewnego wysiłku, aditopunkcja nie, gdyż nie natrafiamy na przeszkodę kostną. Obydwa zabiegi wymagają pewnej zręczności, którą łatwo nabyć zwłaszcza po uprzednim ćwiczeniu na zwłokach niemowlęcych.

Д-р Роман Рафинский.

Краткое изложение.

Отиатрическое лечение воспаления уха (otitis media) у младенцев.

Частое выступление otitis media и его осложнения у младенцев заставляет отиатров искать диагностических методов в этом заболевании. Французские отиатры принимали метод укола антрум через planum mastoideum для диагноза его воспаления (antritis). Левенфиш смодифицировал этот метод проводя укол из внешнего слухового канала. Он описал тоже симптом, позволяющий на ранний диагноз антрита у младенцев, а именно ограниченный отек и покраснение на горно-задней стенке внешнего слухового канала. В детской клинике Медицинской Академии в Познани подтверждено выступление этого симптома у младенцев без эксиккозы. После его выступления симптом этот встречается редко. Антропункция методом Левенфиша имеет диагностическое и терапев-

*) Wejście do aditus ad antrum przez błonę bębenkową umożliwia nam budowa anatomiczna ucha środkowego niemowlęcia, zwłaszcza prawie poziome położenie błony bębenkowej. Należy baczyć, by nie skaleczyć części wiotkiej błony bębenkowej.

тическое значение. В детской клинике лечение тем методом применено у 150 младенцев. Смертность была только 4%. У 8 детей мы принуждены были сделать анротомию, в 2 случаях двустороннюю. После антропункции прополаскиваем антрум соответствующими антибиотиками. У младенцев выше 6 месяцев антропункция часто невозможна. В этих случаях автор применяет адитопункцию. Укол делается через слуховую перепонку в направлении к aditus ad antrum. Получение гноя решает о необходимости анротомии. Адитопункция это только диагностическое исследование, которое может указать нам в сомнительных случаях с которой стороны надо сделать анротомию и тем самым избавить ребенка от двусторонней анротомии.

R. Rafiński, M. D. — The otiatric procedure in complications of otitis media in infants.

The frequency of otitis media and its complications in infants during the postmortem examination forced the otologists to look for the diagnostic methods of these diseases in the living infants. The French otologists introduced the diagnosis of antritis in infants with puncture of antrum through the planum mastoideum. H. Lewenfisz modified that method and performs the antropunction through the external canal. This author has described the new early diagnostic symptom consisting in limited swelling and reddening seen on the posterosuperior wall of otic external canal near to the drum. In the Pediatric Clinic of Medical Academy of Poznań there was observed nearly always „Lewenfisz's symptom“ in infants being yet in the good state of water equilibrium. The dehydrated infants show this symptom very seldom. The Lewenfisz's method of antropunction was introduced also in our Clinic. The antropunction is an diagnostic method and therapeutic, too. In our Clinic there were treated with this method about 150 infants. The mortality amounted hardly 4%. In 8 cases we were constrained to perform antrotomy, in 2 bilateral. Antropunction performed mastoid cavity is washed with antibiotics, in conformity with bacteriologic examination. In infants above 6 months the performance of antropunction is impossible because of bone hardness. In these cases author performs i. e. aditopunction. The operation is performed through the drum directing the needle (under ear bones) to the aditus ad antrum. The extract of pus with syringe from aditus is the indication for antrotomy. The aditopunction is a diagnostic method only and may save the infant from superfluous bilateral antrotomy in the cases not clear, when we don't know what mastoid cavity suppurates.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych Akademii Medycznej
w Poznaniu

(Dyrektor: prof. dr K. Jonscher)

E. Fojudzki — I. Kromer — O. Szczepński

Badanie nad zachowaniem się cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym i krwi dzieci leczonych streptomycyną z powodu gruźliczego zapalenia opon

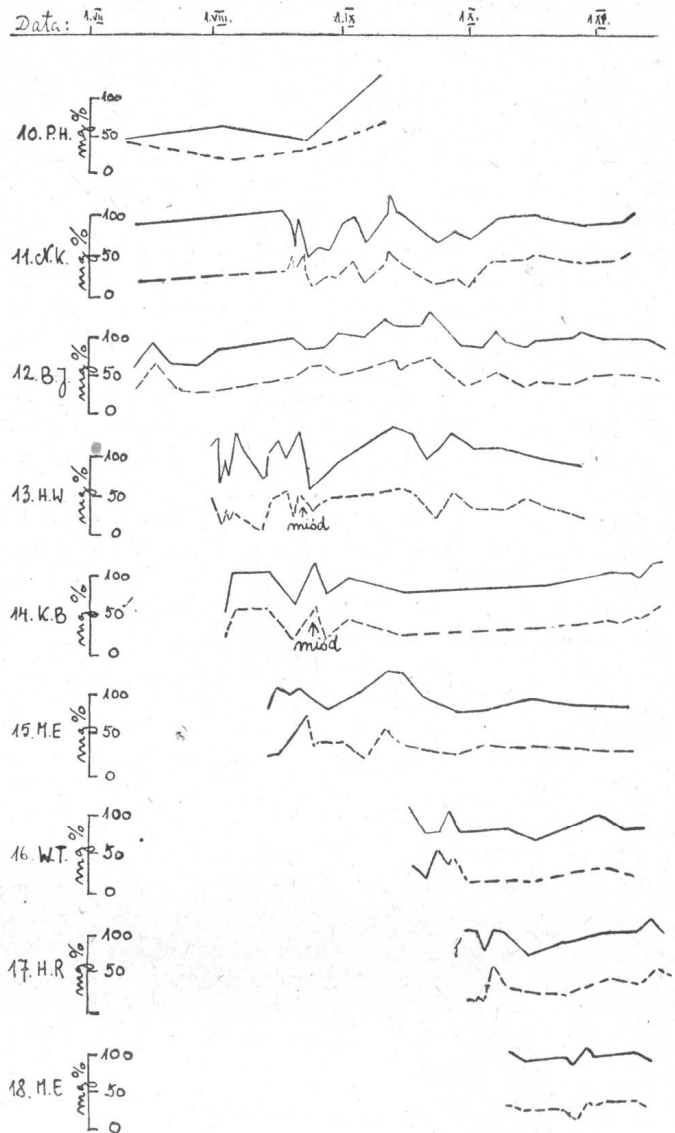
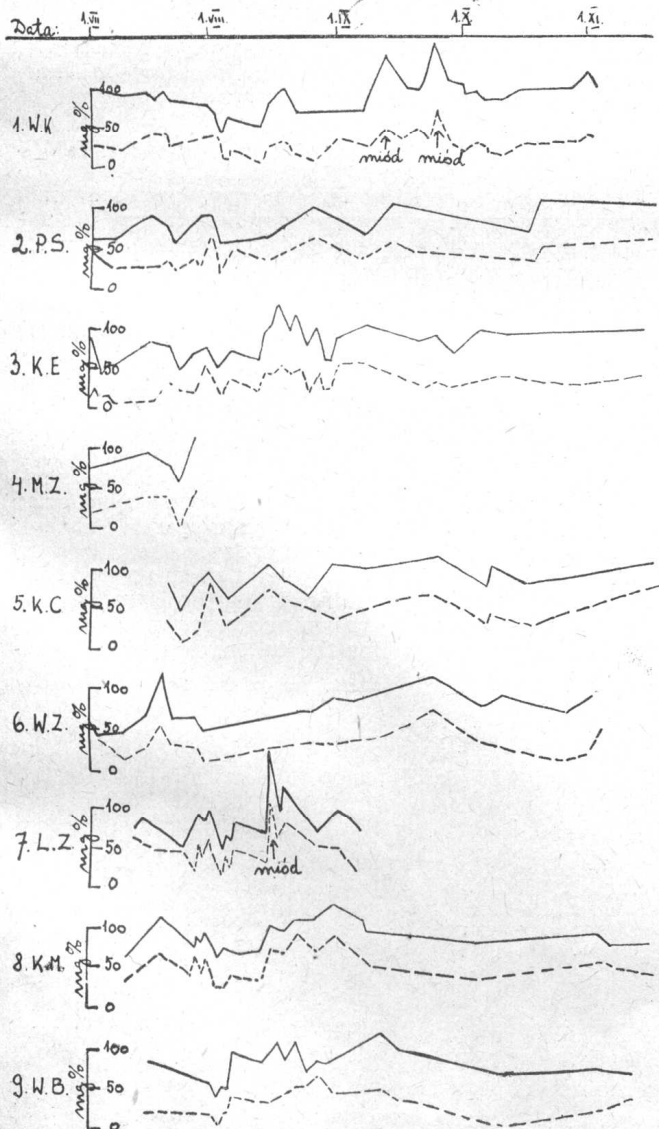
Badania różnych autorów i własne nad zachowaniem się cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym dzieci chorych z powodu gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych doprowadziły do niejednokrotnie rozbieżnych wyników. Najważniejsze podręczniki dawniejsze (P f a u n d l e r - S c h l o s s -

man) jak i najnowsze (Cecil, Mitchell-Nelson) podają obniżanie się poziomu cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym jako jeden z objawów rozpoznawczych zapalenia opon. Tego samego zdania jest F a n c o n i i badacze anglosascy (Med. Research Council). Inaczej ujmują

tę sprawę Choremis i Pachonśka mówiąc, że cukier zachowuje się różnie (tj. albo podnosi albo obniża), wracając do normy w okresie zdrowienia. Badania własne (Kromer) nad zachowaniem się cukru w płynie w przebiegu gruźliczego zapalenia opon wykazały, że obniżanie się poziomu cukru chociaż występuje bardzo często nie jest jednak objawem stałym i niejednokrotnie możemy się spotkać z zawartością cukru normalną a nawet podwyższoną.

Dotychczasowe badania nad zachowaniem się cukru w krwi w przebiegu zakażenia gruźliczego nie doprowadziły również do ujednoczenia poglądów. Są autorzy, którzy spostrzegali podwyższenie poziomu cukru (Seitz, Langston, Berg cyt. wg Wells'a). Są jednak inni, którzy znajdowali niskie liczby zawartości cukru w krwi (Brock, Hecht cyt. wg Wells'a) w przypadkach źle rokujących. Freilich i Coe nie spostrzegali różnic między osobnikiem chorym i zdrowym.

Ponieważ dopiero co wspomniane doniesienia o cukrze w krwi jak i poprzednie odnośnie cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym wykazują pewne



podobieństwo podjęliśmy badania mające na celu wyjaśnienie ewtl. istniejącej zależności między zawartością cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym i w krwi. Badania wykonaliśmy na Oddziale gruźliczym Kliniki Chorób Dziecięcych U. P. w czasie od 1 lipca do 20 listopada 1949 roku. Przebadałmy 18 dzieci chorych z powodu gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych leczonych streptomycyną wykonując łącznie prawie 1000 oznaczeń poziomu cukru. U dzieci tych w dniach, kiedy wykonywaliśmy nakłucie lędźwiowe, pobieraliśmy niemal jednocześnie, bo z różnicą 10—15 minut, na czezo również krew i w obydwu cieczach (płyn i krew) określaliśmy zawartość cukru.

Na podstawie danych liczbowych sporządziliśmy 18 wykresów (n-ry 1—18). Na osi rzędnych umieściliśmy daty badania, na osi odciętych poziomy cukru w krwi (linia ciągła) i w płynie m. rdz. (linia przerywana) wyrażone w mg %. Przyglądając się szczegółowo wykresom spostrzeżemy, że prawie wszystkie przebadane przypadki wykazują obniżenie się poziomu cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym. Poziom cukru w krwi również na ogół był

obniżony. Uderzający wszakże najbardziej jest fakt ściślejszej zależności przebiegu krzywej zawartości cukru w płynie od krzywej zawartości cukru w krwi. Wzniesieniom poziomu cukru w krwi odpowiadają analogiczne wzniesienia w płynie, a obniżenie jednej krzywej daje obniżenie się drugiej. Występowanie tej zależności we wszystkich przebadanych przypadkach wyklucza przypadkowość tego spostrzeżenia.

Spostrzeżenie powyższego faktu kazało nam przekonać się, czy potrafimy podnieść poziom cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym podnosząc poziom cukru w krwi. Wiemy, że poziom cukru w krwi można podnieść podając doustnie większą ilość węglowodanów. W doświadczeniu naszym posłużyliśmy się miodem podając go dzieciom po 150—200 gramów dziennie. Poziom cukru w krwi w przypadku nr 7 podniósł się wtedy do 180 mg%, a jednocześnie wzrosła zawartość cukru w płynie do 114 mg%. Podobne spostrzeżenia zrobiliśmy w przypadkach nr 1, 13, 14.

W wyniku przeprowadzonych badań dochodzimy do wniosku, że poziom cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym dzieci chorych z powodu gruźliczego zapalenia opon m.-rdz. leczonych streptomycyną jest zależny wyłącznie od poziomu cukru w krwi i obniżenie się jego należy uważać za jeden z objawów wyniszczenia organizmu, a nie za objaw swoisty dla zapalenia opon.

W badaniach posługiwaliśmy się metodą kolorymetrycznego oznaczania cukru jako czynnika redukującego żelazocyjanek potasu w zasadowym roztworze. Powstaje wtedy żelazocyjanek, który z solami żelaza trójwartościowego daje zabarwienie niebieskie błękitu berlińskiego. Odczytów dokonano na fotometrze Pulfrich'a z każdorazową ślepą próbą na zanieczyszczenie odczynników. W ten sposób wyeliminowano błąd techniki pracy. Pomiar w większości zostały kontrolowane spektrofotometrem „Colleman“. Metodą powyższą została opracowana przez Neuveillera w 1933 roku dla oznaczania cukru w krwi. Oznaczanie cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym dokonano również powyższą metodą w modyfikacji własnej autora (Fojudzki).

Dla celów porównawczych przeprowadzono oznaczanie cukrów innymi metodami (Hagedorn, Jensen 1923 r., Folin 1928 r.).

Wyniki porównawcze nie różniły się między sobą więcej jak o 3%.

Piśmiennictwo:

1. Choremis K. i i. Lancet: nr 6529:595, 1948.
2. Fanconi G., Löffler W.: Streptomycin und Tuberkulose, Basel 1948.
3. Freilich E. B., Coe G. C.: The Amer. Rev. of Tuberculosis Vol. XXXIV: 293, 1936.
4. Med. Research Council: Lancet nr 6503:582, 1948.
5. Pachowska J.: Przegląd Lekarski 3:85, 1949.
6. Wells H. G., Long E. R.: The Chemistry of Tuberculosis, London 1932.
7. Podręczniki: Cecil R. L. — A Textbook of Medicine, Philadelphia 1948; Mitchell — Nelson — Textbook of Pediatrics, Philadelphia 1946; Pfaundler-Schlossman, 1932.

Э. Фоудзкий, И. Кромер и О. Щепский.

Краткое изложение.

Исследования относительно содержания сахара в цереброспинальной жидкости и в крови у детей в лечении туберкулезного менингита стрептомицином.

Наблюдения из Детской Клиники Познанской Медицинской Академии. От 1 июля до ноября 1949 года исследовано 18 случаев и сделано около 1000 исследований уровня сахара в крови и в цереброспинальной жидкости колоритрическим методом.

Получены следующие результаты:

1. уровень сахара в цереброспинальной жидкости зависит от уровня сахара в крови,
2. низкий уровень сахара в цереброспинальной жидкости у детей с туберкулезным менингитом зависит от истощения организма и не имеет патогномического значения.

SUMMARY

E. Fojudzki, I. Kromer, O. Szczepski — Investigations on sugar level of spinal fluid and blood in the cases of tuberculous meningitis treated with streptomycin.

The investigations were performed in Pediatric Clinic of Medical Academy of Poznań. 18 sick children were examined in the time from July till November 1949. The blood sugar and spinal fluid sugar there were determined with colorimetric method. There were performed about 1000 determinations. The authors concluded that: 1. The sugar level in spinal fluid depend on the level of blood sugar and 2. The low level of sugar in spinal fluid in tuberculous meningitis is the symptom of undernutrition of an organism and can't be considered as a specific symptom for the tuberculous meningitis.

Zakład Anatomii Opisowej Uniwersytetu Poznańskiego

(Kierownik — prof. dr med. Stefan Różycki)

Józef Kończkowski

Zagadnienie polskiego mianownictwa anatomicznego

(Dokończenie)

Czy różnice między mianownictwem anatomicznym polskim dotychczasowym a nowym, opartym na jenajskim są znaczne? Trudno powiedzieć. Świeżo wydana Anatomia Człowieka Rogalskiego zawiera na razie tylko część nowych

nazw polskich, proponowanych przez autora. Niektóre jednak różnią się znacznie od dotychczas przeważnie używanych. Np. płat górny płuca nazywa się płatem dobrzusznno-dogłowowym, płat dolny — dogrzbietowo doogonowym, część prze-

dnia śródpiersia — częścią dobrzuszną, część górną — częścią dogłową śródpiersia. Nerw krtaniowy dolny nosi nazwę nerwu krtaniowego doogonowego, nerwy sercowe górny i dolny — nazywają się nerwami sercowymi — dogłowym i doogonowym.

Należy przypuszczać, że różnice te zwiększyłyby się jeszcze, gdyby inni autorzy zechcieli również wprowadzić do swych podręczników miana jenajskie i przetłumaczyć je na język polski po swojemu. Poplewski (10) np. (podobnie jak niektórzy autorzy niemieccy — Waldeyer (94), Benninghoff (14) i inni) *extremitas thoracica* nazywa kończyną górną, *extrem pelvinea* — kończyną dolną, Rogalski kończyną piersiową i miedniczą, Marciniak uważa, że kończyna górną powinna się nazywać tułowiową. Sądzę, że istnieje jeszcze znacznie więcej możliwości tłumaczenia *extremitas thoracica* na język polski, tylko, że tego rodzaju bogactwo językowe nie cieszy nas wcale.

Są także próby wprowadzenia mian jenajskich do podręczników klinicznych.

W. Orłowski w przedmowie do „Podstawowych metod badania fizycznego“ (65) pisze: „W mianownictwie anatomicznym uwzględniłem mianownictwo, przyjęte na Międzynarodowym Zjeździe w Jenie w 1935 r.“. Najpierw małe sprostowanie. Międzynarodowy Zjazd odbył się w Mediolanie w 1936 r., poruszano tam, o czym już wspomniałem i sprawę nowego mianownictwa, ale go nie zatwierdzono. Zjazd w Jenie w 35 r. był zwykłym corocznym zebraniem niemieckiego Towarzystwa Anatomicznego, którego członkami byli co prawda również obcokrajowcy, ale w żadnym wypadku nie był to zjazd międzynarodowy.

Zajrzawszy do wspomnianego podręcznika, przekonamy się, że Orłowski bardzo ostrożnie wprowadza nowe miana. Nie mówię tu o mianownictwie polskim, które z małymi wyjątkami, niewiele różni się od dotychczas używanego. Np. zamiast linii sutkowej wprowadza autor linię środkową obojczykową, zostawia jednak (podobnie jak Poplewski) nazwy kończyna górną i dolną. Z mian łacińskich znalazłem *ganglion cervicale superius et inferius* (w JNA: *gangl. cerv. craniale et caudale*) *vv. anonymae* (JNA = *vv. brachiocephalicae*) *v. cava superior* (JNA = *v. cava cranialis*) i wiele innych.

Niebezpieczeństwo jenajskie nie jest jedynym, jakie zagraża jednolitości mian anatomicznych w latach ostatnich. Jak zaraz na wstępie podałem, istnieją tendencje do wprowadzania nazw obcych do Polskiego Słownika Lekarskiego. Nie da się zaprzeczyć, że w wielu wypadkach będzie to nieuniknione. Potrzeba tworzenia nowych pojęć jest faktem oczywistym i niezaprzeczalnym, tak samo faktem jest, że nie każdy wyraz obcy da się odpowiednio na język polski przetłumaczyć. Nikt też nie będzie próbował pójść w ślady Bierkowskiego, żeby np. zamiast nerwów wprowadzać

czujniki, bo wyraz „nerw“ jest jednym z tych, które się doskonale przyjęły w naszym mianownictwie, wzbogacając tym samym język polski nie tylko naukowy ale i potoczny.

Zdarzają się jednak wypadki, że niepotrzebnie wprowadza się wyrazy obce do naszego języka. Wykazaliśmy już nieraz, że próby te stale powtarzały się w historii polskiego mianownictwa często z wynikiem dodatnim, jeszcze częściej z ujemnym. Na przykładzie B o c h e n k a przekonaliśmy się, że zupełnie zbytecznie wprowadza się wyraz obcy (trapezowaty, lambdowaty) tam, gdzie istnieje już od dawna polska dobra, rozpowszechniona i do słownictwa lekarskiego przyjęta (*sutura lambdaidea* — szew węglowy).

Ostatnie lata znowu dostarczają nam przykładów takich prób, które raczej trzeba by uważać za niezręczne. Jako przykład przytoczę wyrazy mezialny w znaczeniu przyśrodkowy, palatynalny w znaczeniu podniebienny, lingualny w znaczeniu językowy, bukalny zamiast policzkowy (Burski 20 str. 147). Czy przymiotniki te koniecznie trzeba wprowadzić do naszego języka? Raczej nie. I na tym polu komisja mianownicza znajdzie mnóstwo pracy, chociaż przewidywać należy, że kłopoty w razie ostrożnego oczyszczania języka z niepożądanych naleciałości będą znacznie mniejsze, niż te, jakie już powstały w związku z reformą jenajską i próbą wprowadzenia nowych mian do polskiej literatury anatomicznej.

VII.

Polskie mianownictwo anatomiczne ostatnich lat mimo wielu wad i niedociągnięć nie przedstawia się tragicznie. Na ogół jak już wspomniałem opiera się na Polskim Słowniku Lekarskim z r. 1905. Zamieszanie panujące w niektórych dziedzinach, jak to wykazałem na przykładzie mianownictwa kończyny górnej, należałoby może z czasem wyrównać, ale nie jest ono na tyle istotne, żeby domagało się natychmiast pilnej i szybkiej rewizji. Wiemy z historii mianownictwa łacińskiego i z prób ujednostajnienia polskiego słownictwa (96—100, 107), że praca nad ulepszeniem i uzupełnieniem słownika anatomicznego potrwać musi kilka lat co najmniej. W takich sprawach pośpiech nie jest wskazany (2—13, 22—24, 29, 32—37, 43—45, 48, 49, 62, 66, 75—93).

Sprawą która będzie wymagała wielkiej rozwagi i dużego umiaru ze strony komisji mianowniczej i która jest znacznie pilniejsza od poprzedniej, to próby wprowadzenia jenajskiego mianownictwa do naszych podręczników. To już wprowadza większe zamieszanie i trudności. Zamieszanie, bo na jednych uniwersytetach będzie się używało mian bazylejskich, na innych — jenajskich. Co więcej w tym samym środowisku uniwersyteckim, dajmy na to anatom będzie wykladał w mianownictwie jenajskim, anatomo-patolog w bazylejskim lub odwrotnie i zależeć to będzie wyłącznie od zapatrywań poszczególnych wykładowców. To samo można

powiedzieć o podręcznikach — część będzie używała mian bazylejskich, część jenajskich — i znowu zależeć to będzie od poglądów autora. Czy taki stan rzeczy (obecnie niestety już istniejący, jak to wykazałem na przykładach) może się przyczynić do ułatwienia nauczania? Nie, co do tego nie ma wątpliwości. To utrudni nauczanie. Wątpliwości mogą istnieć jedynie w tym względzie, czy utrudnienie nauczania może być przeszkodą do wprowadzenia nowego mianownictwa. Zdaje się, że w jednym tylko wypadku nie może stanowić przeszkody — jeżeli te nowe miana posiadałyby przymioty tak ważne, że dla dobra nauki wprowadzenie ich stałoby się koniecznością. Taką ważną cechą dodatnią mogłoby być to,

1. Że nowe miana są na całym świecie ogólnie przyjęte i niewprowadzenie ich odizolowałoby nas od literatury światowej i uniemożliwiłoby nam porozumiewanie się z zagranicą. Zaleta taka może być i powinna być powodem decydującym do jak najszybszej zmiany słownictwa.
2. Cechą, która również mogłaby mieć częściowo wpływ na naszą decyzję byłaby bezsporna wyższość nowych mian nad dotychczasowymi, tj., że dokładniej oddawałyby treść anatomiczną, którą mają oznaczać, oraz że są poprawniejsze pod względem filologicznym, co jednak wymagałoby ustalenia nie tylko w ramach zjazdów krajowych, jak to uczynili Niemcy w Jenie, ale poza tym koniecznie wymagałoby uznania na terenie międzynarodowym. Wprowadzenie bowiem choćby najlepszego naszym zdaniem mianownictwa bez uznania go za międzynarodowe, byłoby zawsze błędem, izolującym nas do pewnego stopnia od zagranicy.

Takie uznanie za międzynarodowe niekoniecznie musi się stać oficjalnie. BNA też nie były oficjalnie przyjęte, ale z pewnymi nieznaczными bardzo zmianami stały się faktycznie w krótkim czasie po ich ogłoszeniu podstawą dla mian anatomicznych wszystkich niemal krajów, co równoznaczne jest z uznaniem za międzynarodowe.

Zastanówmy się, czy JNA posiadają te dwie zalety:

A więc 1) czy są na całym świecie ogólnie przyjęte? Nie, wykazałem to już na przykładach, że tak nie jest. Ameryka, Anglia, Francja, Holandia i ZSRR nie oparły swego słownika anatomicznego na Jenie. We wszystkich tych krajach i w wielu innych BNA jest nadal podstawą mianownictwa anatomicznego. Czy są szanse, że JNA przyjmie się w ciągu najbliższych lat? Być może, na razie fakty przemawiają przeciwko temu — mimo, że upłynęło już blisko 15 lat od Zjazdu w Jenie. Tak więc zalety decydującej o wprowadzeniu nowych mian JNA nie posiada — w wielkim stopniu zaletę tę posiada BNA.

2) Co do drugiego punktu, to zn. bezspornej wyższości nowych mian nad dawnymi, to niesłychanie liczne poprawki angielskie (nie przyjęte przez

Stieve'go), japońskie (częściowo tylko przyjęte), oświadczenie amerykańskie o niemożliwości wprowadzenia nowego mianownictwa, niektóre głosy holenderskie oświadczające się przeciw JNA, wszystko to przemawia za tym, że bezspornej wyższości mianownictwu temu dotychczas nie przyznano.

W Polsce, nawet zwolennicy Jeny nie uznają nowych mian za bezwzględnie dobre. Marciniak, który może aż nazbyt kategorycznie kilkakrotnie wypowiadał się za JNA (56), uważając je za międzynarodowe, w notatkach językowych Polskiego Tygodnika Lekarskiego (nr 3, 1948) tak pisze:

„Na pytanie „Czy zakłady anatomii opisowej uniwersytetów polskich porozumiewały się w sprawie wprowadzenia mianownictwa anatomicznego uchwalonego na zjeździe w Jenie?” odpowiedziałem: „Dotychczas nie. Byłoby to jednak bardzo pożądane nie tylko dla ustalenia mianownictwa łacińskiego, lecz również polskiego, gdyż obecnie używane jest fatalne. To samo dotyczy embriologii i histologii“. Tym samym nie uważałem mianownictwa anatomicznego jenajskiego za *conditio sine qua non*“.

Rogalski, również zwolennik wprowadzenia JNA, w przedmowie do tomu II swego podręcznika pisze:

„Posłużyłem się mianownictwem jenajskim. Nie znaczy to, bym uważał je za idealne, za wolne od wszelkich zarzutów. Ma ono bezsprzecznie dobre strony, lecz ma także niektóre złe. Ale jakieś mianownictwo należało wybrać“.

Jeżeli tedy JNA nie jest ani ogólnie przyjęte, ani bezspornie uznane za lepsze, nawet przez swoich zwolenników, czy wobec tego nie należałoby poczekać z wprowadzeniem go na naszym terenie aż do czasu ustalenia się zdecydowanej przewagi tego w większości krajów, co chyba tak prędko nie nastąpi, o ile w ogóle nastąpi?

Tymczasem, ponieważ jak wykazano rewizja polskiego mianownictwa lekarskiego, a więc i anatomicznego jest kwestią najbliższej przyszłości, oprzeć się musimy na mianownictwie bazylejskim, obecnie w olbrzymiej większości krajów używanym. W przeciwnym wypadku trudno będzie komisji mianowniczej anatomicznej znaleźć płaszczyznę porozumienia.

Wspomnieliśmy już i wykazaliśmy, że potrzebne jest ujednostajnienie. Różnice w nazwach i zbyt wielka jeszcze liczba synonimów utrudniają nauczanie. Nie znaczy to, że wykluczyć musimy możliwość istnienia synonimów. W wielu wypadkach należy je zostawić, a życie samo wybierze z nich nazwy najodpowiedniejsze. Trzeba wszakże, co jest rzeczą konieczną, ograniczyć ich liczbę, to zn. wszędzie tam, gdzie nazwa zdecydowanie się przyjęła, odrzucić nazwy wychodzące z użycia, zostawiając tylko tę jedną. Tam zaś, gdzie są wątpliwości, którą nazwę wybrać, powinno się zostawić na jedno znaczenie łacińskie dwie nazwy polskie, zostawiając czasowi wybór. W ten sposób unikniemy błędów Krysińskiego, Peszkego i wielu innych, o których wspomniano, bo przekonaliśmy się, że życie płata często figla zbyt rygorystycznym naprawiaczom. Oczodolów potępianych

przez P e s z k e g o nikt dziś już nie wyprze pewnie z naszego słownika, weszły przecież do języka potocznego. Zresztą nawet K r y s i Ń s k i, mimo że postawił sobie bardzo surową pod tym względem zasadę (żeby każdej nazwie łacińskiej odpowiadała tylko jedna nazwa polska) bardzo często, może aż nazbyt często od niej odstępował — dowód ile miał trudności w ustaleniu, którą z dwóch nazw wybrać.

Z tymi trudnościami spotkamy się i teraz. Zbytecznie byśmy je zwiększyli, chcąc usunąć wszelkie synonimy.

Kilka słów należy jeszcze poświęcić wprowadzeniu względnie usuwaniu wyrazów antycznych z naszego słownika anatomicznego. Jest to sprawa dość ważna, jak już na wstępie wykazałem, interesująca nie tylko mianownictwo anatomiczne, ale w jeszcze większym stopniu całe mianownictwo lekarskie. Jest to zagadnienie aktualne zresztą od pewnego czasu we wszystkich słownikach zawodowych.

Nie wolno nam wpaść w przesadę ani w jedną ani w drugą stronę. Wszędzie tam, gdzie wyraz obcy nie da się zastąpić zgodną z duchem języka, gramatycznie i fonetycznie poprawną nazwą polską, tam nie powinniśmy się wahać, by obcy wyraz wprowadzić do naszego słownika, o ile spolszczenie go nie uczyni z niego czegoś niemiłego dla ucha lub nie stworzy jakiegoś dziwolągu. Przytoczony już przymiotnik enterotropowy w znaczeniu mający powinowactwo do tkanek jelita cienkiego — jest przykładem na to, że czasem konieczne jest wprowadzenie wyrazu antycznego do naszego języka. Natomiast rzeczownik substancja — zamiast istota lub przymiotnik lambdowaty zamiast węglowy, mezjalny zamiast przyśrodkowy są przykładami, jak tego czynić nie wolno. Dziwolągami byłoby spolszczenie przymiotnika *anterior* — na anterioryczny, *posterior* — na posterioryczny. Oba te przymiotniki są niewątpliwie brzydkie i obce duchowi języka, no i przecież możemy powiedzieć po prostu przedni i tylny, co jest i poprawnie po polsku i łatwe do zrozumienia, nie mówiąc już o tym, że wyrazy te wzięte są z języka potocznego, co według P e s z k e g o jest ich zaletą. Przesadą byłoby wprowadzić zamiast witamin wyraz życian, zamiast hormon — wchłon, dziwactwem wprost używać np. zamiast kolega wyrazu zborowy lub czujniki zamiast nerwów. Tego rodzaju „oczyszczanie“ języka nie powinno znaleźć naśladowców.

O ile rozumne wprowadzenie niektórych wyrazów antycznych wzbogacić może nasz język anatomiczny i w ogóle każdy język zawodowy, żeby wspomnieć choćby tylko takie wyrazy, jak anatomia, filozofia, matematyka, biblioteka, uniwersytet, teoria, proza, o tyle niepotrzebne i niezręczne używanie nazw antycznych doprowadzić może do śmieszności nawet. Przyznajmy też, że takie zdanie jak „komora zębów trzonowych ma sześć ścian m. in. ścianę mezjalną, ścianę dystalną, ścianę bukalną, ścianę palatynalną lub lingualną“, brzmiłoby co najmniej niemiło. Od ścian mezjalnych

i palatynalnych już tylko jeden krok do talusów, kalkaneusów, radiusów, olekranonów, humerusów i innych.

Używanie nazw antycznych nie powinno dziś mieć przeciwników, zdrowy sens na to nie pozwala, ale nadużywanie ich może uczynić każdą mowę zawodową zlepkiem dziwolągów, jak to może „nieco“ przesadnie, ale dowcipnie przedstawił T u w i m w swym „Ślusarzu“, który poszedł „po holajzę, albowiem z powodu kajli na iberlaufie trychter robiony był na szoner, nie zaś krajcowany, i bez holajzy w żaden sposób nie udałoby się zakrypować lochbajtel“.

Reasumując wszystkie powyższe uwagi dochodzę do następujących wniosków:

1. Rewizja polskiego mianownictwa anatomicznego jest potrzebna, ale nie jest pilna.
2. Należy przyjąć za podstawę łacińskie mianownictwo bazylejskie.
3. Należy dążyć do tego, aby język anatomiczny był łatwo zrozumiały, dlatego
 - a) należy być bardzo ostrożnym w tworzeniu neologizmów,
 - b) wskazany jest umiar w używaniu wyrazów antycznych.
4. Nie zapominać o podstawowej tendencji używania zawsze jednego i tego samego miana dla danego tworów anatomicznego, aby nie utrudniać zrozumienia języka anatomicznego, jednakże należy unikać zbyt rygorystycznego usuwania synonimów.
5. Powinno się gruntownie przemyśleć metodę, jakiej się będzie używało w rewizji mianownictwa. Musi to być
 - a) praca zespołowa,
 - b) w skład odnośnej komisji muszą wchodzić anatomowie, klinicyści i filolodzy, oraz językoznawcy.
6. Do czasu ustalenia polskiego mianownictwa anatomicznego przez miarodajne ku temu czynniki należy się posiłkować jako językiem szkolnym — polskim mianownictwem anatomicznym Słownika Lekarskiego z 1905 roku i polskich podręczników wydanych w okresie międzywojennym, tzn. Bochenka w opracowaniu Ciechanowskiego, polskiego tłumaczenia Henle-Merckla oraz Broesickego w opracowaniu K. Kosińskiego.

Piśmiennictwo.

1. A d a m o w i c z F. A.: Krótki rys początków i postępu anatomii w Polsce i Litwie, Wilno.
2. Anatom. Anzeig. T. 2, 1887, str. 403.
3. Anat. Anz. T. 5, 1890, str. 351, 499, 500.
4. An. Anz. 1911, z. 6, 7.
5. An. Anz. 1923, str. 526.
6. An. Anz. T. 57, 1923/24.
7. An. Anz. T. 73, 1931/32, str. 496.
8. An. Anz. T. 83, 1936/37, str. 236, 436.
9. An. Anz. T. 90, 1940/41.
10. An. Anz. T. 91, 1941, str. 316—320.
11. An. Anz. 1941/42, str. 322—3.
12. An. Anz. T. 93, 1942, str. 252.
13. An. Anz. T. 94, 1943, str. 335.

14. Benninghoff A.: Lehrbuch der Anatomie des Menschen, Berlin, 1942.
15. Bierkowski L.: Wstęp do anatomii ciała ludzkiego, Kraków, 1850.
16. Bochenek A.: Anatomia człowieka, Kraków, 1909.
17. Broesike G.: Podręcznik anatomii człowieka, przekł. z niem. K. Kosińskiego, Warszawa, 1924.
18. Browicz, Ciechanowski, Domański, Kryński: Słownik Lekarski Polski, Kraków, 1921.
19. Bochenek A.: Anatomia człowieka, pod red. St. Ciechanowskiego, Krak., 1921.
20. Dorski H.: Propedeutyka dentystyczna, Krak., 1905. 1947.
21. Dux K.: Ojstron czy estron, P. Tyg. Lek., 1948, 27/28, Notatki jęz.
22. Elze C.: Intestinum ilium oder ileum? Anat. Anz. T. 93, 1942, str. 252—3.
23. Eggelin H.: Die anatomischen Namen, Anat. Anz. T. 94, str. 335.
24. Fischer K.: Die Nomina anatomica in den Isagoge des Berengario da Capri, Lipsk, 1943.
25. Giedroyć Fr.: Jak się rozwinęło mianownictwo lekarskie polskie, Gaz. Lek., 1919, 19/21.
26. Giedroyć Fr.: Polski słownik lekarski, Warszawa, 1931.
27. Giedroć Fr.: Słownik lek. pol. do działań chor. skór. i wener., Warsz., bez daty.
28. Giedroć Fr.: Poglądy lekarskie Reja, Warsz., 1903.
29. Grabert K.: Die Nom. Anat. bei Hieronymus Brunnschwig und Hans Gersdorff, ihre Beziehungen zu Guy de Chauliac und ihr Verhältnis zu JAN, Lipsk, 1943.
30. Grzybowski M.: Jedenasty i dalsze szczeble wtajemniczenia, czyli niech żyje apendycyt, P. Tyg. Lek., 1948, 39, Not jęz.
31. Gurbski K.: Anatomia opisowa ciała ludzkiego, Warsz., 1874, przekł. z niem. Lehrbuch d. Anat. Quain-Hoffmann.
32. Haeser H.: Lehrbuch der Geschichte der Medizin, Jena 1881, wyd. III, T. II., str. 300.
33. Heikestinger Fr.: Das Nomenklaturproblem der Gegenwart, Biologe, 1942, 11, str. 20—27.
34. Hett J.: Ueber einige histologische Nomenklaturfragen, Anat. Anz., 1941, str. 316.
35. His W.: Die anatomische Nomenclatur, Lipsk, 1895.
36. Hyrtl J.: Das arabische und hebräische in der Anatomie, Wiedeń, 1879.
37. Hyrtl J.: Onomatologia anatomica, Wiedeń, 1880.
38. Janikowski S.: Słownik wyrazów psychiatrycznych, Krak., 1880.
39. Koelliker A.* Eröffnungsrede, Verhandl. d. Anat. Ges. Jena, 1891, str. 4, 5.
40. Kołaczkowski J.: Krysiński, Peszke i słownictwo anatomiczne, P. Tyg. Lek., 1947, 42, 43, 44.
41. Kołaczkowski J.: Notatki językowe, P. Tyg. Lek., 1948, 9.
42. Kołaczkowski J.: W sprawie mianownictwa anatomicznego, Now. Lek., 1948, 23/4.
43. Kopsch Fr.: Einige Bemerkungen zu den Jenaer Nomina anatomica, Anat. Anz., T. 90, 1940/41, str. 267.
44. Kopsch Fr.: Die Nomina anat. des Jahres, 1895 gegenübergestellt den N. anat. des Jahres, 1935, Lipsk, 1937.
45. Kopsch Fr.: Die N. A., 1895 gegenübergestellt den Nomina anatomica, 1935, Lipsk, 1941.
46. Kosiński K.: Anatomia topograficzna kończyny górnej, Wilno, 1926.
47. Kowalewski R., Matlakowski Wł.: Rys anatomii stosowanej, Warsz., 1877, przekł. z franc., wg Pauleta.
48. Krause W.: Handbuch der Anatomie des Menschen, Synonimenregister, Lipsk, 1905.
49. Krause W.: Die anatomische Nomenclatur, Internationale Monatschrift für Anatomie und Physiologie, T. X, str. 315.
50. Krysiński St.: Kilka uwag nad słownictwem anatomicznym, Przegł. Chirurg., 1897.
51. Krysiński St.: Słownictwo anatomiczne, Warsz., 1898.
52. Legeżyński St.: Sprawa mianownictwa bakteriologicznego, P. Tyg. Lek., 1948, 6, Not. jęz.
53. Linde: Słownik Języka Polskiego, Lwów, 1854.
54. Loth Ed.: Anatomia opisowa, wg wykładów napisali Koskowski Wł. i Tyszpa K., Warsz., 1916.
55. Marciniak T.: Not. jęz., P. Tyg. Lek., 1948, 2.
56. Marciniak T.: Not. jęz. P. Tyg. Lek., 1948, 8.
57. Marciniak T.: O nowym mianownictwie anatomicznym zwanym jenajskim, Przegł. Lek., 1948, str. 95—99.
58. Matlakowski W.: W sprawie słownictwa lekarskiego, Gaz. Lek., 1881.
59. Michałowicz M.: W walce o nowe symbole w nauce lekarskiej, P. Tyg. Lek., 1948, str. 890.
60. Michałowicz M.: Not. jęz., P. Tyg. Lek., 1948, 44/45.
61. Natanson L.: Anatomia, Warsz., 1858.
62. Neumann E. F.: Die anatomische Nomenclatur des Ruphus und ihre Beziehung zur JNA, Lipsk, 1943.
63. Noiszewski K.: Anatomia czaszkojamu. Petersburg, 1889—1899.
64. Noiszewski K.: Okulistyka, Warsz., 1921/22.
65. Orłowski W.: Podstawowe metody badania fizycznego w chorobach wewn., Warsz., 1948.
66. Okajimas: Folia anatomica Japonica, Tokio, 1936, T. XIV. Über die Nomina Anat. nova.
67. Peszke J.: O najnowszym słownictwie anatomicznym, Krytyka Lekarska, 1899, 1900, 1901.
68. Peszke J.: List w sprawie „Słownika anatomicznego“, S. Krysińskiego, Kryt. Lek., 1899, str. 23—26.
69. Pernkopf Ed.: Topographische anatomie des Menschen, Berlin, 1937—41.
70. Poplewski R.: Układ mięśniowy człowieka, Warsz., 1948.
71. Przegład Lek., 1876, Ogólne sprawozdanie z czynności Tow. Lek. w 1875 r.
72. Rogalski T.: Anatomia człowieka, Krak., T. I, 1947, T. II, cz. I, 1948, T. II, cz. II, 1949.
73. Kurkiewicz S.: Kilka uwag zwróconych głównie do młodszych zborowych, Kryt. Lek. 1899, str. 17—22.
74. Sieglbauer: Normale anatomie des Menschen, Berlin, 1943.
75. Suzuki Sh, Katsumata, Ura, Fujita, Niizima, Suzuki H.: Über die Nomina anat. nova, Folia anat. japonica, 1936.
76. Stieve H.: Hans Virchow zum Gedenken, Anat. Anz., 1944/42, str. 322—3.
77. Stieve H.: Nomina anatomica Jena, 1936.
78. Stieve H.: Nomina anatomica, Jena, 1939.
79. Stieve H.: Verbesserungen an den Jena Nomina Anatomica, Anat. Anz., T. 83, 1936/7, str. 436.
80. de Terra P.: Vademecum anatomicum, Zurich, 1913.
81. Triepel H.: Anatomische nomenclatur, Anat. Anz., 1911, 6/7.
82. Triepel H.: Die anatomischen Namen, ihre Ableitung und Aussprache, Wiesbaden, 1917.
83. Verh. der Anat. Ges., 1889, str. 5, 131.
84. Verh. Anat. Ges., 1891, str. 4, 5, 259.
85. Verh. Anat. Ges., 1923, str. 266.
86. Verh. Anat. Ges., 1924, str. 315—18.
87. Verh. Anat. Ges., 1928, str. 316.
88. Verh. Anat. Ges., 1929, str. 247.
89. Verh. Anat. Ges., 1930, str. 252.

90. Verh. Anat. Ges., 1934, str. 246.
91. Verh. Anat. Ges., 1935, str. 305—6.
92. Verh. Anat. Ges., 1936, str. 208, 9, 11, 12.
93. Verh. Anat. Ges., 1937/8, Nomenclatur, str. 276—82.
94. Waldeyer A.: Anatomie des Menschen, Berlin, 1942.
95. Wenckebach K. F.: Herz- u. Kreislaufinsuff., Lipsk, 1942.
96. Wierzbicki R.: Historia słownictwa lekarskiego polskiego, Archiw. Hist. Med. i Fil., 1924, T. I, str. 50 i 163 i nast.
97. Wierzbicki R.: Bibliografia słownictwa lekarskiego polskiego, Arch. Hist. i Fil. Med., 1924, T. I, str. 308.
98. Wrzosek A.: Ludwik Bierkowski, Krak., 1911.
99. Wrzosek A.: Rzut oka na rozwój czasopiśmiennictwa lek. polskiego, Krak., 1911.
100. Zambruski L.: Przyczynek do historii słownictwa lekarskiego polskiego. Arch. Hist. Fil. Med., 1924, T. I, str. 385.
101. Dunin T.: Anatomia opisowa ciała ludzkiego, przekł. z niem., Lehrb. d. Anatom. Quain-Hoffmann, Warsz., 1878.
102. Chłapowski Fr.: Początki czasopiśmiennictwa lekarskiego w Polsce, Nowiny Lekarskie, r. XIII, zes. 5 i 6.
103. Rafiński Roman: Kilka słów o mianownictwie anatomicznym, Now. Lek., 1934.
104. Hirschfeld L.: Anatomia opisująca ciała ludzkiego, Warsz., 1861—69, T. I—IV.

PROTOKOŁY POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH

Protokoły Zebrań Naukowych Bydgoskiego Towarzystwa Lekarskiego za r. 1948—1949.

Zebranie w dniu 24. 1. 1948.

Pokazy chorych:

1. Dr Wenda: a) przypadek obustronnego glejaka u półtorarocznego dziecka,
b) przypadek postępującego porażenia mięśni ocznych,
c) przypadek nawrotu złośliwego nowotworu oczodołu u 16 letniego chłopca,
d) przypadek obustronnej częściowej ślepoty u dziecka 5 letniego w przebiegu odry,
e) przypadek ślepoty jednego oka i zapalenia tęczówki 2-go oka pochodzenia migdałkowego.
2. Dr Staszewski: pokaz operacyjnie leczonych przypadków gruźlicy płuc.
3. Dr Rekowski: przypadek choroby Banti'ego i Banga.
4. Dr Monsiorski: przypadek pęknięcia macicy po porodzie.

Zebranie w dniu 29. 1. 1948.

Dyskusja nad referatami wygłoszonymi na Zebraniu B. T. L., poświęconemu zagadnieniu leczenia gruźlicy (dr Meissner: „O zasadach nowoczesnego leczenia gruźlicy płuc“, dr Staszewski: „Chirurgiczne leczenie gruźlicy płuc“, dr Baranowski: „Kilka uwag o leczeniu wysięków opłucnej“, dr Soboczyński: „Gruźlica górnych dróg oddechowych“).

Zebranie w dniu 7. 2. 1948.

1. Dr Baniewicz: O leczeniu wstrząsami elektrycznymi psychoz z pokazami zabiegu.
2. Dr Staszewski: pokazy chorych
a) przypadek skrętu dużej torbieli skórzastej jajnika u 9 letniej dziewczynki,
b) przypadek operowanego wola toksycznego.

Zebranie w dniu 26. 2. 1948.

Dr Sieluzycycki: „Praca społeczna lekarza Ub. Społ. dawniej a dziś“ (referat).

Zebranie w dniu 6. 3. 1948.

Odczyt Prof. Dr Karola Jonschera: „Leczenie streptomycyną ze szczególnym uwzględnieniem gruźliczego zapalenia opon mózgowych“.

Zebranie w dniu 13. 3. 1948.

Pokazy chorych:

1. Dr Fedosewicz: przypadek lues tuberoso-ulcerosa serpinginosa (gumma cutis superficialis). Wyświetlanie filmów naukowo-lekarskich.

Zebranie w dniu 15. 4. 1948.

1. Dr Staszewski: „Wrażenia ze Zjazdu Chirurgów w 1948 r.“.
2. Pokazy chorych:
a) Dr Chełkowski i Dr Rekowski: przypadek choroby Banti'ego.
b) Dr Dzionaara: przypadki operacyjnie leczonych raków narządu rodno.

Zebranie w dniu 7. 5. 1948.

Dr Świątecki: W sprawie dożylnego stosowania leków w leczeniu ambulatoryjnym.
Dr Czarnowski: 30 lat temu w Bydgoszczy — refleksje i wspomnienia.

Zebranie w dniu 22. 5. 1948.

Doc. Dr med. Kazimierz Stojalowski: W sprawie patogenezie reumatyzmu.

Zebranie w dniu 3. 6. 1948.

Prof. Dr Jerzy Morzycki: Etiologia, epidemiologia i profilatyka poliomyelitis w świetle najnowszych badań.

Pokazy chorych:

- Dr Jonscher: przypadek choroby Vaqueza.
Dr Fedosowicz: przypadek situs viscerum inversus.

Zebranie w dniu 17. 6. 1948.

Pokazy chorych:

- Dr Staszewski:
1. przypadek wrodzonego braku kości krzyżowej z nieutrzymaniem moczu,
 2. przypadek kamicy moczowodowej z bezmoczem,
 3. przypadek urazowego pęknięcia woreczka żółciowego.
- Dr Chełkowski: przypadek rany ciętej szyi z otwarciem tętnicy.
Dr Rekowski: przypadek ropnia płuc.
Dr Danielewski: W sprawie leczenia białaczki oraz kilka słów o nowej metodzie leczenia białaczek uretanem, z pokazem dwóch przypadków.
Dr Radziwiński:
1. przypadek pęcherzycy,
 2. przypadek zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego.

Zebranie w dniu 5. 10. 1948.

Dr Danielewski: W sprawie leczenia wrzodów żołądka.

Dr Monsiorski: Wrażenia ze Zjazdu Ginekologów w Warszawie.

Zebranie w dniu 23. 10. 1948.

Prof. Dr med. Jan Roguski: O niewydolności krążenia.

Zebranie w dniu 5. 11. 1948.

Pokazy chorych.

Wyświetlanie filmu „Przeszczepianie skóry i regeneracja ran“.

Zebranie w dniu 18. 11. 1948.

Dr Jędruszek: Spostrzeżenia nad chirurgicznym leczeniem gruźlicy płuc w Bukowcu oraz projekt rozwiązania tego zagadnienia na terenie Bydgoszczy i Woj. Pomorskiego.

Dr Zemajtel: Koreferat.

Dr Janczewski: Calciferol w leczeniu gruźlicy skóry.

Dr Miedziszewski: Alkoholizm i poradnie przeciwalkoholowe.

Protokoły Zebrań Naukowych Bydgoskiego Towarzystwa Lekarskiego za r. 1949.

Członków — 117. Zebrań — 15, w tym 4 dla inteligencji, 2 dla Pracowników Zw. Zaw. Sł. Zdrowia.

Referaty:

1. prof. Hartleb: Lekarze nadworni Jagiellonów;
2. prof. Zembrzuski: Początek życia i człowieka według współczesnej nauki;
3. dr Czarnowski: Czarodziej znad Gopła — krwawy fizjolog — Przybyszewski nieznany. Wieczór poświęcony Chopinowi w 100-ecie jego zgonu;
4. a) dr Świątecki: Cierpienia i zgon Chopina;
5. b) dr Bełza: Chopin w Waldemosie i Nohant;
6. dr Waszczuk: Czynniki Rh. w położnictwie;
7. Romanowska: O szczepieniach B. C. G.;
8. dr Monsiorski: Cięcie cesarskie;
9. dr Bassak: Pęknięcie macicy;
10. dr Dzionara: Współistnienie wad rozwojowych narządu rodowego;
11. dr Radziński: Ogólne zasady leczenia schorzeń górnych dróg oddechowych za pomocą inhalacji;
12. dr Klikowicz: Leczenie zdrojowiskowe chorób narządu krążenia;
13. dr S. i L. Świąteccy: Referat sprawozdawczy „O nowoczesnych poglądach na leczenie i serologię kılı“;
14. dr Radziński: Badania kliniczne i doświadczalne nad wpływem niedrożności nosa na umiejscowienie jedno lub obustronne zmian chorobowych w płucach;
15. dr Wenda: Objawy oczne w przebiegu białaczki;
16. prof. Bross: Nowe zagadnienia chirurgii serca. Posiedzenie poświęcone J. P. Pawłowowi;
17. a) prof. Zembrzuski: I. P. Pawłow (zyciorys);
18. b) dr Baniewicz: Zasadnicze rysy twórczości naukowej I. P. Pawłowa w szczególności w zakresie funkcji półkul mózgowych;
19. dr Gebel: Ars medica czy rzemiosło lekarskie;
20. dr Staszewski: Wczesne rozpoznawanie raka. Odczyty dla pracowników Zw. Zaw. Służby Zdrowia;
21. a) dr Świątecki: Antybiotyki — nowy oręż medycyny w walce z bakteriami;
22. b) dr Baurka: Podstawowe wiadomości o biegunkach letnich u niemowląt;

23. c) dr Włodarczyk: Owady jako roznosiciele chorób i walka z nimi;

24. d) dr Romanowska: Szczepienia B. C. G.

Pokaz filmów: z r. 1949.

1. Promienie Rentgena.
2. Szczepienie B. C. G.
3. Torakoplastyka.

Prezes B. T. S.
Prof. Dr S. Zembrzuski

Protokół z Zebrania Bydgoskiego Towarzystwa Lekarskiego

w dn. 16. IX. 1949 w Szpitalu Miejskim na Bielanych

Obecnych 29 osób.

Zebranie zagał kol. Świątecki nawiązując do dziesięciolecia klęski wrześniowej, jej przyczyn i następstw. Następnie pamięć kolegów, którzy stracili swe życie w walce z okupantem uczczono jednogminutowym milczeniem.

Pokazy chorych:

1. kol. Staszewski
2. kol. Chełkowski
3. kol. Grobelski
4. kol. Żemojtel i kol. Radziński przedstawili przypadki ciał obcych pod oponą twardą (streszczenia nie nadesłano).

Dr W. Staszewski przedstawił:

1. Przypadek mięsaka wewnątrzbrzusznego. Chory przybył z olbrzymim tworem torbielowym w lewej połowie brzucha, który początkowo został otwarty i sączkowany. Wobec niegojenia się przetoki przystąpiono do wyluszczenia jej ścian przy czym znaleziono lity guz wielkości dużej pięści zespolony częściowo ze ścianą brzucha, częściowo zaś z krezką jelita. Guz usunięto doszczętnie, resekując przy tym wciągniętą pętlę jelita cienkiego. Badanie histopatologiczne guza wykazało utkanie mięsaka. Chory otrzymuje obecnie naświetlania jamy brzusznej promieniami Rentgena.

2. Przypadek niegojących się od 10 lat 3 przetok kałowych esicy.

Wykonano dwuczasiowo resekcję esicy wraz z przetokami i gruczołami na lewym talerzu biodrowym, z których wychodziła sprawa gruźlicza.

Wynik bardzo dobry — zupełna likwidacja przetok.

3. Przypadek wrzodu trawiennego po wadliwie wykonanej w Niemczech resekcji żołądka. Wrzód perforował do poprzeczniczy (istniała przetoka żołądkowo-poprzecznicza), chory przybył w stanie krańcowego charłactwa. Wykonano resekcję pętli jelita cienkiego, wycięcie brzegów i zeszywanie otworów w żołądku i w poprzeczniczy oraz założenie nowego prawidłowego zespolenia pomiędzy kikutem żołądka a jelitem cienkim z wynikiem bardzo dobrym (chory szybko powrócił do zdrowia i już pracuje fizycznie).

4. Przypadek raka cewki moczowej i pęcherza u kobiety z przetoką pęcherzowo-pochwową. Po uprzednim wszczępieniu obu moczowodów do kiszki grubej (operacja Coffey'a) wykonano radykalną operację typu Brunnschweiga (nb. **po raz pierwszy w Polsce**), a m., usunięcie pęcherza moczowego wraz z macicą, przydatkami i pochwą, Wynik doraźny zupełnie pomyślny.

Opis przypadków schorzeń demonstrowanych przez dr Chełkowskiego.**1. Elephantiasis extremitatis inferioris sinistri.**

Schorzenie trwa od pięciu lat. Rozpoczęło się swędzeniem oraz drobnymi obrzękami całej kończyny. Z obrzęków tych przez skórę wydobywała się duża ilość płynu przesiękowego, przy czym na krótki okres następowała poprawa. Od trzech lat obrzęki nie ustępują. Kończyna powiększona do podwójnych rozmiarów. Bolesności brak, ruchy zachowane, pacjentka żali się tylko

na ciężar w kończynie. Powierzchnia skóry szczególnie w okolicach zniekształconego zewnętrznie stawu skokowego oraz górnej powierzchni stopy i palców, usiana zrogowaciałymi wykwitami keratynowymi o wyglądzie szczerkowato ułożonych podłużnych brodawek. Rentgenologicznie nie stwierdzono w układzie kostnym żadnych istotnych zmian. Choroba spowodowana zmianami zapalnymi naczyń chłonnych.

2. *Sarcoma curvaturae minoris ventriculi.*

Pacjentka zgłasza się z guzem podbrzusza, sięgającym pod okolicę pępka. Guz ten, wielkości główki dziecka, jest przesuwalny na boki i nie bolesny o konsystencji twardej; w czasie laparotomii stwierdzono, że guz ten wychodzi z krzywicy małej żołądka, zwisając się do miednicy małej na szerokiej szypule. Resekuje się krzywizną małą żołądka wraz z guzem. Badanie histopatologiczne wykazuje: *sarcoma fusocellulare ventriculi.*

3. *Lymphosarcomatosis colli sive morbus Kundrai.*

Od dwóch lat pacjentka zaczęła odczuwać powiększanie się gruczołów szyjnych, które w krótkim czasie rozrosły się do olbrzymich rozmiarów. Głowa pacjentki przedstawia monstrualny wygląd, bo szyja rozdęta jest dołem aż po barki. Pacjentka dusi się i nie może poruszać głową. Pobrano wycinek do badania, po czym leczono pacjentkę promieniami Rentgena. Rychło zaczęła następować poprawa i zmniejszanie nowotworu. Demonstrowano jedynie zdjęcie pacjentki z okresu przed zastosowaniem zabiegu.

4. *Cholelithiasis et fistula penitans ad coion transversum.*

W czasie laparotomii stwierdzono istnienie przetoki żółciowej do jelita grubego w jego poprzecznym odcinku. Przetokę zlikwidowano i usunięto wraz z woreczkiem żółciowym. Jelito zeszyto. Stan po operacji dobry — żółtaczki nie stwierdza się.

5. *Demonstracja kamieni kałowych i żółciowych.*

Przedstawia się szereg kamieni żółciowych i kałowych zewnętrznie trudnych do rozróżnienia, pochodzących z przypadków pooperacyjnych i wyjaśnia się różnice i chemizm powstawania.

Dr Grobelski przedstawił: cztery przypadki zwichnięcia urazowego w stawie biodrowym, w tym przypadek zwichnięcia połączonego ze złamaniem miednicy (pierścienia).

Streszczenie referatu z dn. 18. IX. 1949 r. wygłoszonego na zebraniu B. T. L. w Szpitalu Miejskim.

Na oddziale ortop.-urazowym tutejszego szpitala leczono w przeciągu 6 tyg. 4 przypadki tego rodzaju urazów, należące do stosunkowo rzadkich, przedstawiające przy tym różne typy uszkodzenia. Mianowicie:

1. Jeden przypadek *luxatio iliaca* (górnio-tylna) — najczęstsza: 42-letni mężczyzna — (kolejarz) wypadek samochodowy — uderzony w prawe biodro przez przednią oś samochodu.

2. Ośmioletni chłopiec *luxatio obturatoria* (dolno-przednia) druga z rzędu co do częstości: spadł z drzewa na płytę kamienną.

3. Dwunastoletnia dziewczynka *luxatio inveterata* (górnio-tylna) zastarzałe istniejące od przeszło 5 miesięcy — wypadła z sań na lewe biodro.

4. Osiemnastoletni robotnik przygnieciony murem: *luxatio iliaca cum fractura pelvis* (zwichnięcie górnio-tylna ze złamaniem pierścienia miednicy).

Omówiono mechanizm jak i obraz chorobowy przypadków, szczególnie dokładnie przypadku nr 3: zwichnięcie połączone ze złamaniem pierścienia miednicy, jakko niezmiernie rzadki. Referent nie znalazł w dostępnym mu piśmiennictwie opisu podobnego przypadku. Znany autor — traumatolog Lorenz Böhrer nie wspomina zupełnie o tego rodzaju urazie w swym trytomowym dziele o leczeniu złamań.

Przypadki nr 1, 2 i 4 nastawiono z wynikiem dodatnim w głębokim uśpieniu sposobem klasycznym przez ciąg za zgiętą w biodrze i udzie kończynę przytrzymaną do deski pacjenta.

W przypadku nr 1 nastąpiło początkowo wkleszczenie się zwichniętej główki w szczelinę złamaniową między osi ilei z jednej strony, a osi ischiu i osi pubis z drugiej strony. Przy dalszym ciągu i ruchach wahadłowych uzyskano odprowadzenie prawidłowe. Zaznaczyć należy tu dodatkowo, że chirurg (w szpitalu powiatowym na prowincji) próbował przedtem odprowadzenia otwartego, krwawego bez wyniku — czyli nastąpiło powikłanie jeszcze dodatkowe.

Wyniki leczenia w przypadkach nr 1, 2 i 4 ad integrum.

Próba repozycji bezkrwawej w przypadku nr 3 (zwichnięcia zastarzałe istniejące od 5 miesięcy) nie dała wyniku pozytywnego mimo zastosowania odpowiedniego leczenia przygotowawczego (wyciąg drutem Kirschnera).

Wykonano później odprowadzenie krwawe z wynikiem dodatnim.

(Dr Grohman-Fleszarowa) (Prof. dr L. Zembrzusi)
Sekretarz Prezes

PROTOKÓŁ ZEBRANIA

Bydgoskiego Towarzystwa Lekarskiego

odbytego dnia 17. VI. 1949 r.

obecnych: 37 osób.

Zebanie rozpoczęło demonstracją przypadków.

Kol. Kieliotis przedstawiła przypadek rzekomego obojnactwa i spodziectwa u chłopca. W rzekomych warstwach większych daje się wyczuć jądra.

Kol. Radziwiński demonstrował po raz trzeci przypadek przetoki tchawicy na tle zamachu samobójczego. Po wykonanej operacji plastycznej według Mangoi, bez wszczepienia chrząstki — uzyskano dobre pokrycie rany. Chory mówi poprawnie.

Kol. Staszewski przedstawił przypadek wola zastomkowego (z dodatkowej tarczycy — struma accessoria). Chora lat 49 leczona na oddz. wewnętrznym dr Rekowskiego z powodu dolegliwości sercowych, duszność. W trakcie leczenia zauważono nieznaczne wznieście w dołku nadobojczykowym prawym. Wykonane zdjęcie wykazało cień za mostkiem. Przem. podstawowa +56 procent, innych objawów nadtarczyczości nie stwierdzono. Skierowano chorą na oddział chirurgiczny, gdzie wykonano zabieg operacyjny — usuwając guz wielkości dwóch męskich pięści, połączony z właściwą tarczycą wążutkim mostkiem.

W dyskusji kol. Sucharski podniósł trudności diagnostyczne — zwłaszcza różnicowanie wola zastomkowego z nowotworem złośliwym.

Referat kol. Radziwińskiego — O leczeniu wzięwaniami — schorzeń górnych dróg oddechowych (streszczenie autora).

Po omówieniu rozwoju historycznego leczenia inhalacjami autor podaje najnowsze sposoby, aparaty inhalacyjne i zasady jakie stosuje się w leczeniu inhalacyjnym. Omawia dokładnie leki, zdrojowiska, w których są inhalatoria, wskazania i przeciwwskazania do inhalacji. Zwraca głównie uwagę na zdrojowiska, w których stosowane jest leczenie inhalacyjne, podaje jakie inhalacje w nich się stosuje i jakie schorzenia należy kierować do danych uzdrowisk.

W dyskusji zabrali głos kol. kol.: Czarnowski — który podał własne obserwacje pomyślnych wyników leczenia ostrego nieżyty nosa miejscowym podaniem penicyliny, kol. Świątecki zapytał, czy penicylinę krystaliczną można używać do wzięwań? W odpowiedzi referent wyjaśnił, że do wzięwań używa się penicyliny specjalnie spreparowanej w postaci tzw. aerosolu.

Referat kol. Klikowicza — O leczeniu chorób układu krążenia przy pomocy kąpeli kwasowęglowych (streszczenie autora).

Referent omówił ogólne działanie kąpeli szczawnych na narząd krążenia w świetle nowoczesnych badań tak balneologii polskiej jak francuskiej, niemieckiej i radzieckiej. Bezwodnik węglowy drażniąc skórę i zostając przez nią wchłaniany, powoduje wydzielanie się w skórze histaminy i acetylocholino, co wpływa na rozszerzenie tętniczek i włosniczek z przyspieszonym przepływem krwi w nich co tłumaczy moczopędne działanie tych kąpeli. U hipertoniców kąpiele cieplejsze obniżają ciśnienie, a hipotoników lub z niedomogą narządu krążenia — mogą wywołać nawet lekkie objawy zapaści. Przedłużona nadmiernie kąpiel w następstwie powoduje spadek ciśnienia i przyspieszenie tętna. Następnie prelegent wskazał na hormonalny wpływ skóry na narząd krążenia, a także na istnienie hipotezy, że kapilaryzacja skóry może uruchomić hormony skóry spowinowacane z glukozydami naparstnicy. Kąpiel szczawna nie jest zabiegiem obojętnym, dochodzi statyczne działanie wody kąpielowej, co przy głębokiej kąpeli powoduje przekrwienie żył śródpiersia i prawego przedsionka, a w niedomodze krążenia może wywołać niepożądane skutki. Prelegent w bardzo obszernym zarysie podał wskazania i przeciwwskazania dla stosowania kąpeli szczawnych i kąpeli z suchego bezwodnika węglowego, podkreślając, że najodpowiedniejszym okresem choroby do tego leczenia jest okres utajenia choroby, tj. okres poprzedzający niewydolność krążenia, lub po usunięciu objawów niewydolności. Balneologia radziecka po dłuższych badaniach i obserwacjach stwierdziła, że kąpiele siarkowodorowe mają identyczne własności i działanie na narząd krążenia jak i kąpiele szczawne. Poza tym prelegent omówił leczenie nadciśnienia samoistnego i pochodzenia pokrewnego kąpielami szczawnymi, radowymi oraz ciepłymi silnie hipotonicznymi.

W dyskusji kol. Sieluzycy zapytał czy w wypadku endarteritis obliterans należy obniżać ciśnienie? Kol. Świętecki zapytał, czy sztuczne kwasowęglowe kąpiele są równoznaczne z naturalnymi?

Referent jest zdania, że w przypadku choroby Raynauda i zarostowego zapalenia tętnic wskazane są suche kąpiele CO_2 . Obniżenie ciśnienia uważa za szkodliwe, gdyż jest przejawem niewydolności krążenia. Przy porównaniu efektów leczenia naturalnymi kąpielami w zdrojach z kuracją sztucznymi kąpielami, należy brać pod uwagę wpływ zmiany otoczenia, odpoczynku etc.

Kol. Miedziszewski zwrócił uwagę na przeciwwskazania do kuracji balneologicznej — jak: stan du-

sznicy, przewlekłe zapalenie nerek i apelował o niekierowanie tych przypadków do lecznic.

Na zakończenie krótkie sprawozdanie ze zjazdu dermatologów złożyli kol. Stefan Świętecki i Lech Świętecki jr.

Nowoczesne metody leczenia kiły penicyliną — według prof. Mahoney (USA). Referent oparł się na badaniach własnych i własnej kliniki. Ponieważ dokładny sposób działania penicyliny nie jest znany (polega zapewne na blokowaniu systemu enzymów komórki) — podstawą do wysnucia wniosków były obserwacje kliniczne. Po raz pierwszy M. penicylinę otrzymał w roku 1942 z zadaniem opracowania metody leczenia reżączki. Pomyślne efekty skłoniły prof. Mahoney do wypróbowania penicyliny w leczeniu kiły. Z powodu braku czasu przeprowadzono tylko wstępne eksperymenty na zwierzętach, od razu przechodząc do doświadczeń na ludziach. Pierwsi zostali poddani kuracji 2 biali, 1 Murzyn, 1 żółty z kiłą wczesną. Otrzymali oni 48 inj. a 20.000 j. co 4 godziny; byli obserwowani 7 lat — bez recydywy klinicznej ani serologicznej. Jeden zaraził się ponownie. W ocenie wyników kierowano się przebiegiem krzywej wyników odczynów miareczkowanych wg Colmera i Kolma oraz innych licznych prób serodiagnostycznych. W leczeniu stosowano początkowo 7,5 dniowy kurs leczenia — podając 3,5 milj. j. penicyliny, potem 4,2 milj. w iniekcjach co 4 lub 2 godziny. Na 1000 przypadków 60—70 procent zostało zupełnie wyleczonych, około 10 procent dało kliniczne i serologiczne nawroty. Czas leczenia starano się następnie skrócić do 3 dni, podając 200.000 jednostek co 2 godziny w sumie 7,2 milj. jednostek. Rezultat nie był gorszy od leczenia 7,5 dniowego. Pojawienie się na rynku penicyliny procainowej „G“ — w formie soli glinowej pozwoliło na ograniczenie liczby iniekcji. Zaczęto od 3 iniekcji a 600.000 j. 1, 4 i 7 dnia leczenia. Obecnie obserwowani są chorzy otrzymujący iniekcje a 600.000 j. co drugi dzień lub 3×600.000 j. dziennie, wyniki nie są gorsze od dotychczasowych. Celem leczenia jest obecnie jeden zastrzyk penicyliny.

Bardzo dobre efekty osiągnięto w kile u ciężarnych. W ciągu 7 lat nie obserwowano ani jednego przypadku lues nervosa po leczeniu penicyliną — co jednak nie jest wystarczającym kryterium. — Ocenę kliniczną metody można będzie przeprowadzić po 15—20 latach.

W dyskusji prof. Zembruski omówił historyczne pochodzenie terminów syfisy, lues, przymiot i kiła.

(Dr Grohman-Fleszarowa) (Prof. dr L. Zembruski)
Sekretarz Prezes

KOMUNIKATY

ZJAZD RADIOLOGÓW

Dnia 25 i 26 maja 1950 r. odbędzie się w Gdańsku doroczny Zjazd Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego.

Tematy programowe Zjazdu są następujące:

1. Rentgenoterapia spraw zapalnych.
2. Diagnostyka schorzeń jelita cienkiego.
3. Diagnostyka jam obocznych nosa i oczodołów.
4. Neuroradiodiagnostyka.

Referenci tematów głównych są już wyznaczeni. Koledzy, którzy zechcą zabrać głos w dyskusji nad tematami głównymi lub wygłosić krótkie referaty na tematy dowolne z dziedziny radiologii (które będą uwzględnione w miarę możliwości technicznych) zechcą powiadomić o tym Komitet Organizacyjny Zjazdu do dnia 1. IV. br.

Komitet Organizacyjny Zjazdu Radiologów w Gdańsku
Gdańsk, Akademia Lekarska — Zakład Radiologii