

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 30

WARSZAWA, 13 WRZEŚNIA 1928 R.

Rok V

## PRACE ORYGINALNE.

### Wykłady kliniczne.

Z Instytutu Leczenia Radem Łódzkiego Tow. Zwalczenia Raka.  
(Lek. Nacz. Dr. med. J. MARZYŃSKI).

#### Nieoperacyjne metody leczenia nowotworów złośliwych<sup>1)</sup>.

Podał

Dr. med. J. M. BARCIŃSKI (Łódź).

(Dokończenie).

Wszystko, co dotychczas skreśliłem stanowi tylko ułamek prac i obserwacji w dziedzinie powstawania nowotworów złośliwych, wystarczą one jednak by zrozumieć, dlaczego tylko lokalne leczenie nowotworów złośliwych w stosunkowo niewielkiej ilości wypadków daje pozytywne rezultaty. Zabiegi operacyjne dają bezwątpienia pewien odsetek wyleczeń, odsetek ten jest jednak zbyt drobny, aby można było uważać zabieg krwawy za moment stwarzający pomyślne warunki do zdrowienia. Czynniki, których synteza prowadzi do miejscowego bujania guza, po radykalnym zabiegu operacyjnym zostają zupełnie nietknięte lub tylko częściowo zahamowane, aby po dłuższym lub krótszym czasie ponowna ich synteza zmanifestowała się w postaci nawrotu cierpienia. Poddać należy leczeniu nietylko proces lokalny, ale również szkodliwe czynniki natury ogólnej. Warunkiem tym bardziej odpowiada Rentgenoterapia niż zabieg operacyjny.

Stary pogląd o czysto lokalnym działaniu promieniami Rentgena i radu z ich wyborczym szkodliwym wpływem na tkankę nowotworową kończy swój żywot. Jest rzeczą wysoce prawdopodobną, że mimo lokalnego stosowania, leczniczy wpływ naświetlań promieni Rentgena i radu

jest bardziej pośredni; działają one na cały organizm i drogą gruczołów dokrewnych pobudzają tworzenie się ciał obronnych. Stwierdzenie bezpośredniego wpływu promieni Rentgena na skład soków lipoidalnych, stanowi jedno z najciekawszych i zasadniczych odkryć w tej dziedzinie.

W lokalnej terapii nowotworów złośliwych oddawna już obok zabiegów krwawych, termicznych i stosowania substancji żrących, czynione były wysiłki dookoła zbudowania preparatów chemicznych, któreby zaczęłyby tkankę nowotworową u źródeł jej specyficznych zdolności życiowych. Wysiłki w tym kierunku oparte są na wymienionych już obserwacjach, a mianowicie:

1) w miarę cofania się guzów złośliwych zwiększa się ilość jonów  $Ca^{++}$ .

2) na wysokiej zdolności glikolitycznej tkanek nowotworowych i na wahaniach tej glikolizy w zależności od koncentracji jonów środowiska otaczającego, co się pokrywa z odkryciami *Wattermana*.

3) na zmniejszonym oddychaniu, które może być wzmożone w dwojaki sposób: a) drogą wprowadzenia metali, które działając jako katalizatory wzmogą procesy oksydacyjne nienasyconych kwasów tłuszczowych, o których mówią *Freund* i *Kaminer*, b) albo wprowadzenia ciał redukujących, pochłaniających wodór.

Wywarcie wpływu na oddychanie pod względem terapeutycznym jest dużej wagi, ponieważ proces podziału komórek jest bardzo wrażliwy na dopływ tlenu; aczkolwiek złośliwość guza nie jest w stosunku prostym do ilości komórek, to jednak praktycznie biorąc w ślad za ustawianiem produkcji komórek złośliwych kroczy gojenie się procesu nowotworowego.

Eksperymenty, zdążające do zadziałania na guz drogą bezpośredniego doprowadzenia jonów za pomocą iontopforezy, w szczególności jonów dwuwartościowych jak  $Ca^{++}$  datują się już od 1901 roku. Dotyczą one zwłaszcza guzów skórnych niewielkich rozmiarów. Efekt zadziałania iontopforez

<sup>1)</sup> Odczyt wygłoszony na posiedzeniu seminaryjnym Łódzkiego T-wa Lekarskiego w dniu 25 kwietnia r. b.

jest następujący. Po 24 godzinach na miejscu działania występują drobne wynaczynienia, później wolno zaczyna występować martwica. Tkanka otaczająca reaguje długotrwałym i silnym procesem zapalnym. Dopiero po dłuższym czasie utworzony strup odpada, pod nim występuje świeża warstwa nabłonkowa. Ale poniżej leżące warstwy i części obwodowe, które nie uległy martwicy, ponieważ niedostatecznie silnie dotknięte zostały przez tę reakcję, są pobudzone do odbudowy. Zrąb jest silnie nacieczony; liczne resztki komórkowe i ich produkty rozpadu gromadzą się. Nadmierna ilość materiału odżywczego prowadzi do silnej regeneracji nawet hyperregeneracji. Tem się tłumaczy często klinicznie obserwowana skłonność do owrzodzeń i do nawrotów guza. Jest to zresztą proces powszechnie obserwowany w leczeniu nowotworów złośliwych wszędzie tam, gdzie zniszczony materiał nowotworowy nie został zupełnie usunięty. Z tego obumierającego materiału przez autolizę uwalniają się ciała, posiadające z jednej strony zdolność uodporniania, a z drugiej strony mogą one pobudzić komórki nowotworowe do nadmiernej bujania i sparaliżować naturalnie siły obronne organizmu. Ta możliwość tworzenia się nawrotów i owrzodzeń w dużej mierze ogranicza praktyczne stosowanie tej metody.

Duże nadzieje przypisywano metodzie zaatakowania tkanki nowotworowej za pośrednictwem jonów metali, ale drogą pośrednią. Stwierdzono *in vitro*, że selen ma zdolność rozpuszczania komórek rakowatych. Słynny chemik niemiecki Emil Fischer długie lata pracował nad zestawieniem coraz nowych połączeń selenu, które jednak w próbach na zwierzętach i ludziach okazały się bezskuteczne. Dopiero Wasserman badając siłę leczniczą związku Selen-Eozyna pchnął na nowe tory eksperymenty nad działaniem metali. Wprowadził nowe pojęcie „transportu“, przez co rozumiał, że kompleks chemiczny, z którym związany jest metal, powinien mieć za zadanie doprowadzić ten metal do guza, by tutaj mogło ujawnić się jego działanie. Słowem, kompleks chemiczny powinien mieć wyborcze powinowactwo do tkanki nowotworowej. Te związki metali wprowadza do organizmu drogą zastrzyków dożylnych.

Trochę mętne pojęcie „transportu“ Wassermana, zostało później w pracach Neubergera, Casparisa i innych dokładniej sprecyzowane, a mianowicie połączenie metalu nie powinno być podane w formie koloidalnej, ponieważ: 1) zbyt wielka jest możliwość strącenia go we krwi, a cząsteczki metaliczne, zależne od znaku miejscowego ładunku elektrycznego, rozprósza się po całym organizmie, 2) połączenie to nie powinno być podane w zwykłej formie nieorganicznej, ponieważ zostanie związane przez białka krwi. Kompleks chemiczny powinien być pokrewny produktom przemiany materii nowotworów. Rezultatem tych rozważań były znane związki Ag, Cu, Ce z kwasami aminowymi, przeważnie z alaniną. Działanie tych metali z dużym prawdopodobieństwem, polega na nagłym przyspieszeniu autolizy tkanki nowotworowej. Pod wpływem tych soli metalicznych tkanka nowotworowa niemal w ciągu paru minut rozpuszcza się i tworzy worek wypełniony płynem. To jest duża zaleta tych soli, ale nie mniej-

szą jest ich wada, że organizmowi grozi niebezpieczeństwo zatrucia naskutek rezorpcji produktów nagłego rozpadu guza. Okoliczność ta, wraz z tym, że czynna dawka tych soli leży na granicy zatrucia, spowodowała, że sole te klinicznie były próbowane w wypadkach beznadziejnych i rozumie się, żadnych pozytywnych rezultatów nie dały. W celu zmniejszenia toksyczności tych soli zaczęto podawać je w formie koloidalnej — z nielepszym rezultatem terapeutycznym. Jeszcze parę słów o związkach ołowianych, ponieważ w ostatnich czasach znów obudziły nadzieje na pozytywne rezultaty lecznicze. Autorem tych związków jest ginekolog Blair-Bell. Uważa on normalny Trophoblast już za nowotwór złośliwy ze względu na jego infiltracyjny wzrost i wzrastanie w naczyńkach. Zmiany, jakim podlega Trophoblast naskutek odkładania się w nim ołowiu, krwawienia i martwice, co ma miejsce przy zatruciach ołowiem podczas ciąży, posłużyły mu za punkt wyjścia do zastosowania tego metalu w terapii raków. Okazało się, że ołów posiada największą ze wszystkich metali zdolność hamowania rozwoju i wzrostu organizmów zwierzęcych i roślinnych. Uderzające jest ponadto, że wpływ ołowiu jest w durzej mierze zależny od wieku, im starsza jest tkanka tem bardziej wrażliwa jest na działanie ołowiu. Blair-Bell stosował połączenie ołowiu z lecytyną w wielu wypadkach klinicznych i otrzymywał cały szereg pozytywnych rezultatów. Wadą tego preparatu jest działanie trujące, właściwe związkom ołowiu. Coprawda nie zostało jeszcze wypowiedziane ostatnie słowo co do formy chemicznej tych związków.

Ogólnie biorąc wszystkie stosowane związki metaliczne posiadają silne własności trujące. Niebezpieczeństwo to starano się omijać przez nadawanie im form koloidalnych. W miarę jednak utraty własności trujących, związki te tracą specyficzne własności metali. Pomyślny wpływ terapeutyczny, który jednak był niejednokrotnie obserwowany po podaniu tych związków koloidalnych, należy raczej przypisać ogólnemu zadziałaniu na organizm. Jest rzeczą możliwą, że w ten sposób pobudzone zostały siły obronne organizmu, które dopiero wtórnie, drogą reakcji niespecyficznej, wywarły dobrotliwy wpływ na proces nowotworowy, co mniejwięcej byłoby analogiczne do proteinoaterapii.

Jeszcze przed Wassermanem, który użył w swoim związku selenowym eozyny, jako ciała wykazującego wyborcze powinowactwo do komórek nowotworowych, były w klinice stosowane dla tych lub innych wyobrażeń teoretycznych rozmaitsze barwniki organiczne. Najwięcej wchodziły w rachubę; Metylenblau, Isaminblau i Trypanblau. Oddawna było rzeczą wiadomą, że barwniki te wywierają duży wpływ na biochemiczne stosunki nowotworów, hamując ich wzrost. Np. Metylenblau, jako silny „akceptor wodoru“ może silnie pobudzić procesy oksydacyjne, co nie jest obojętne dla komórek nowotworowych, w których procesy oddychania są bardzo słabe. Znamiennem jest, że żaden z dotychczas używanych w terapii barwników, nie wywiera bezpośredniego wpływu na glikozę.

Leczenie raków jodem, wprowadzonym dożylnie, polega również na wyborczym powinowactwie jodu do komórek nowotworowych; ta wrażliwość na jod klinicznie manifestuje się w większej

wrażliwości nowotworów na działanie promieni Rentgena. Jod podobno ma wywierać wpływ na procesy fermentacyjne.

Mimo wszelkich wysiłków, dotychczas nie został odnaleziony preparat, któryby miejscowo, na drodze chemicznej, mógł leczniczo wpłynąć na proces nowotworowy. Wszystkie preparaty stosowane obecnie z większym lub mniejszym skutkiem mają tę wadę, że i tak mało odporny organizm chorych rakowatych narażony jest na zatrucia z jednej strony samym preparatem, a z drugiej strony — produktami rozpadu guza.

Jeszcze trudniej przedstawia się sprawa leczenia ogólnego. Tutaj w pierwszym rzędzie opierać się należy na pracach Freund i Kaminaera. Jak już zaznaczyłem, stwierdzili oni, że patologiczna substancja chemiczna, chroniąca komórki rakowate przed rozpuszczeniem, tworzy się w dwunastnicy z określonych grup tłuszczowych. Powzięli oni nadzieję, że przez usunięcie z diety chorych rakowatych odpowiednich produktów odżywczych można będzie wpłynąć na usunięcie względnie znaczne zmniejszenie produkcji substancji patologicznej. Dotychczas jednak niema żadnych większych prac, omawiających dietetykę chorych rakowatych. Naogół utrzymuje się zdanie, że przekarmianie wpływa uspasabiająco na powstawanie nowotworów, a w szczególności obfity dopływ węglowodanów. Doświadczalnie stwierdzono, że dożylne wprowadzanie glukozy przyspiesza wzrost nowotworów, insulina hamuje. Również hamuje wzrost nowotworów Ca<sup>++</sup>. Ale jednak patologia ogólnoludzka wskazuje, że na całym świecie, pod wszystkimi szerokościami geograficznymi, przy najrozmaitszych warunkach odżywiania nowotwory złośliwe występują.

Kliniczne i eksperymentalne doświadczenie poucza, że nie wszystkie osobniki ludzkie czy zwierzęce są wrażliwe na schorzenia nowotworowe, wykazują one jakgdyby wrodzoną odporność przeciwko tym cierpieniom. Słynne doświadczenia Ehrlicha i Apolauta miały dowieść, że prócz wrodzonej odporności istnieje również odporność nabyta. Szczepili oni zwierzęta małożywnym nowotworem, który nie prowadził do tworzenia się guza. Po pewnym czasie te same zwierzęta szczepili bardzo żywotnym nowotworem. Okazało, że olbrzymia ilość poprzednio szczepionych zwierząt na to szczepienie nie zareagowała, u zwierząt kontrolnych guz rozwinął się prawie w 100% wypadków. 3 rodzaje guzów brano były do doświadczeń: rak, mięsak i chrząstniak (chondromat). Z początku przypuszczano, że ma tu miejsc specyficzna nabyta odporność. Przypuszczenie to było punktem wyjścia dla całego szeregu prób sporządzenia specyficznych surowic i ustalenia metod immunizacji czynnej przez uprzednie potraktowanie organizmu więcej lub mniej zmienionym materiałem nowotworowym, jako to wyciągi z guzów, względnie autolizaty nowotworów, a nawet komórki nowotworowe. Wkrótce jednak okazało się, że taki sam efekt terapeutyczny można było otrzymać za pomocą ciała niespecyficznie działających — drogą zwykłej proteinoaterapii. Taką samą zdolność wywoływania niespecyficznej immunizacji posiada, jak się okazało, działanie promieni Rentgena, radu, drogą naświetlań miejscowych lub ogólnych i gorące ota-

czające powietrze, łaźnia rzymska lub naświetlanie lampami elektrycznymi. Odporność ta we wszystkich przypadkach występuje analogicznie: po pewnym okresie nieczynnym odporność zaczyna powoli wzrastać, aby wreszcie wolniej lub prędzej zniknąć. Caspary wykazał, że zmiany histologiczne, jakie wykazują guzy przy cofaniu się, są we wszystkich przypadkach identyczne. Z tego wyciągnięto wniosek, efekt leczniczy stosowania promieni Rentgena, skierowanych bezpośrednio na guz nie zależy tylko od miejscowego zadzia-  
nia, a jest skutkiem mnożenia się niespecyficznych sił obronnych całego organizmu. Wszystkie te uśiłowania uodparniające mają za zadanie podnieść siły obronne całego organizmu przeciwko nowotworowi. Jednak chory rakowaty, który już dla przyczyny swego cierpienia nie rozporządza w dostatecznej mierze siłami obronnymi, jest naogół mało zdolny do reagowania. Do tego dochodzi ta okoliczność, że jednak tkanka nowotworowa nie jest przecież obca organizmowi, a siły obronne organizmu z całą intensywnością kierują się zwykle przeciwko obcym wpływom szkodzącym. Proces uodparniający w rakach nie przedstawia się tak, jak to ma miejsce w chorobach infekcyjnych. Są to momenty, które już z góry ograniczają w dużej mierze skuteczność zabiegów uodparniających. Częstość jednak zdumiewające rezultaty osiągnięte tą drogą przypisują obserwacje kliniczne i laboratoryjne podrażnieniu funkcji gruczołów dokrewnych.

Jeżeli uważać, że zaburzenia czynności gruczołów dokrewnych, odgrywają olbrzymią rolę w etiologii powstawania nowotworów złośliwych, to zadziaływanie na nieznanne nam zaburzenia tej korelacji gruczołów, odegrać może wielką rolę w leczeniu nowotworów złośliwych. Do pomyslenia jest tutaj: pobudzenie czynności gruczołów, względnie zastąpienie ich wyciągami z gruczołów zwierzęcych. Pobudzenie czynności gruczołów dokrewnych poszło dwiema drogami: naświetlano te gruczoły promieniami Rentgena i dokonywano operacyj odmladzających.

Proces starzenia się jest zależny od słabnących czynności gruczołów dokrewnych, a jeżeli schorzenia rakowate powstają na podłożu osłabionych i zaburzonych w swojej korelacji gruczołów dokrewnych, to wtedy leczenie nowotworów złośliwych staje tuż obok zagadnień odmladzania starzejącego się organizmu. Jedno i drugie nie dało konkretnych rezultatów. Dotychczas nie odnaleziono dawki promieni Rentgena, która jest w stanie pobudzić tkanki do zwiększonej czynności. Istnienie tak zw. „Reizdosis“ nie jest dotychczas dowiedzione, a operacje Steinacha w najlepszym przypadku dają przejściowe polepszenie ogólnego stanu chorego. Nie osiągnięto również pozytywnego rezultatu przez podawanie czy to doustnie, czy pozajelitowo — wyciągów gruczołów dokrewnych.

Ponieważ pod względem praktycznym obok zabiegu operacyjnego najbardziej wchodzi w rachubę leczenie promieniami Rentgena i radu, pozwolę sobie powiedzieć parę słów o wskazaniach do leczenia promieniami Rentgena w chirurgii wogóle, a w leczeniu nowotworów złośliwych w szczególności. Bezwzględne wskazania do leczenia promieniami Rtg. w dziedzinie chirurgii

są następujące: 1) dostateczna wrażliwość komórek tkanki chorobowo-zmienionej na promienie Rtg., 2) jeżeli doświadczenie poucza, że żadna inna terapia, w szczególności zabieg operacyjny, nie da pewnego rezultatu. Przed rozpoczęciem rentgenoterapii rozpoznanie winno być skonstatowane wszystkimi możliwymi pomocniczymi środkami dagnostycznymi. Jedynie na wypadek potrzeby dokonania próbnej ekscyzji, celem ustalenia rozpoznania, należy jej dokonać na parę dni po naświetlaniach promieniami Rtg., aby zmniejszyć do minimum niebezpieczeństwo powstania przerzutów, które powstać mogą po próbnej ekscyzji.

Jeżeli już mamy do czynienia z tkanką chorobowo-zmienioną, która zgodnie z naszym doświadczeniem jest dostatecznie wrażliwa na promienie Rtg., może mieć miejsce wtedy, jeżeli nie będzie szło w parze z ciężką, częstokroć niepowetowaną krzywdą dla cierpiącego. Niebezpieczeństwo wywołania bezpośredniego uszkodzenia promieniami Rtg., a mianowicie oparzenia tego lub owego rodzaju przy dzisiejszej technice mało wchodzi w rachubę, natomiast liczyć się należy z niebezpieczeństwem pośrednim, które znacznie częściej ma miejsce, a mianowicie próba leczenia promieniami Rtg. procesów chorobowych, dobrze dostępnych dla zabiegu operacyjnego; i wtedy, jeżeli leczenie promieniami Rtg. zawiedzie, co zdarzyć się może, proces chorobowy postępuje naprzód i znajduje się w okresie dla leczenia operacyjnego mało, względnie wcale niedostępnym. Należy sobie uprzytomnić, że rezultat działania promieni Rtg., nigdy nie da się przewidzieć, jest zawsze niepewny. Często goi się znakomicie ku wielkiemu naszemu zdumieniu napozór beznadziejny przypadek, ale niemniej często jesteśmy świadkami, że niezbyt zaawansowany proces zachowuje się wręcz opornie na działanie promieni Rtg. W tych uwagach tkwi kardynalna różnica pomiędzy kardynalnym zabiegiem operacyjnym i rentgenoterapią złośliwych nowotworów: przy pierwszym (zabieg operacyjny) kliniczne i topograficzne dane są pewnym punktem wyjścia dla stawienia prognozy, przy rentgenoterapii na zasadzie tych danych nie możemy dzisiaj żadnego konkretnego wniosku wyciągnąć. Rozpoznany i znajdujący się w pierwszym okresie rozwoju nowotwór złośliwy winien być natychmiast poddany zabiegowi operacyjnemu. Mimo kolosalnych postępów nowoczesnej rentgenoterapii jest i pozostanie radykalny zabieg operacyjny zasadniczą metodą leczenia nowotworów, znajdujących się w wczesnych okresach rozwoju, które przez swoje umiejscowienie bez wielkiego niebezpieczeństwa dla życia i bez gwałtownych wstrząsów mogą być usunięte. To samo odnosi się również do raków narządów rozrodczych kobiecych. Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa, gdy mamy do czynienia z rakiem bardziej zaawansowanym, stojącym na granicy zdolności operacyjnej. Ta granica nie jest nigdy bezwzględna, ostro zarysowana, zależy ona w dużej mierze od subiektywnej oceny poszczególnego operatora. Przed erą rentgenoterapeutyczną radykalna operacja raków była jedyną racjonalną metodą leczenia tego cierpienia. Na te czasy słusznie kwalifikowano takie raki do operacji, usunięcie których przynajmniej w granicach mikroskopowych było technicznie do przeprowa-

dzenia. Jednak statystyka chirurgiczna wskazuje na niepomysłne widoki wyleczenia tych nowotworów złośliwych, które w swoim bujaniu przeszły już wczesny okres rozwoju i znalazły się na granicy zdolności operacyjnej. W tym stadium rozwoju nowotworów złośliwych wyłącznie rentgenoterapia jest w stanie dać duży odsetek wyleczeń; poprzedzona jednak ciężkim urazem rozległego, radykalnego zabiegu operacyjnego daje rokowanie znacznie gorsze.

Również nowotwory nieoperacyjne należą do dziedziny rentgenoterapii. Błędem jest mniemanie, że ułatwia się zadanie rentgenoterapii przez częściowe usuwanie mas nowotworowych przy guzach nieoperacyjnych. Wielkość nowotworu nie nastęrcza żadnych trudności przy dzisiejszej technice. Wręcz przeciwnie, obecność większej ilości tkanki nowotworowej jest pożądana w rentgenoterapii. Radykalny zabieg operacyjny usuwa guz w całości i nie potrzebuje czynnego współdziałania organizmu chorego do zwalczania sprawy nowotworowej jako takiej. Rentgenoterapia oddziałuje bezpośrednio na guz sam, osłabia poszczególne komórki nowotworowe i wymaga czynnej współpracy chorego organizmu, która częstokroć zawodzi. Ta okoliczność wyjaśnia dlaczego tak niepewne jest rokowanie przy zabiegach rentgenoterapeutycznych, ale z drugiej strony jest ona wybitnie dodatnią cechą rentgenoterapii.

Gdy siły obronne organizmu zmuszone są do czynnej walki z rakiem, powstaje wtedy bardzo ważna dla trwałego wyleczenia immunizacja całego organizmu. Immunizacja ta jest możliwa tylko w obecności całego kompleksu rakowatych komórek. Dla tego powodu utrzymuje się myśl, że zadanie rentgenoterapii w leczeniu nowotworów jest naogół łatwiejsze, gdy guz w całości zachowany jest w ciele cierpiącego. Jednak przy specjalnych topograficznych stosunkach może okazać się pożądanym częściowe usunięcie guza, nawet w wypadkach nieoperacyjnych, w nadziei skuteczniejszego działania rentgenoterapii. Są to jednak wyjątki nieliczne, np. znana jest duża wrażliwość na promienie Rentgena roślinnego układu nerwowego w obrębie nadbrzusza i nigdzie jak w tej okolicy wykonany zabieg rentgenoterapeutyczny nie daje tak ciężkich skutków. W okolicy tej należy obierać możliwie najmniejsze pola do naświetlań, każdy centymetr kubiczny ciała w tej okolicy winien być dokładnie obliczony. Im mniejsza objętość ciała w tej okolicy jest naświetlana, tem mniejsze są uszkodzenia poboczne i tem lepsze są widoki leczenia. Praktycznie dotyczy to w olbrzymiej mierze leczenia raków żołądka, gdzie stała obecność treści nigdy nie pozostawia w spokoju nowotwór, a lecznicze działanie promieni Rentgena również przez obecność tej treści sprowadza się do minimum. Obecnie stawia się wskazanie do rezekcji żołądka rakowato-zmienionego nawet w wypadku, który zasadniczo do operacji nie nadaje się, to zn. w obecności rozległych przerzutów w krezce i wątrobie. Zadanie w rentgenoterapii jest znacznie ułatwione, gdy rakowato zmieniona jeszcze ruchoma część żołądka zostaje usunięta, rozumie się w granicach technicznych możliwości. Jeszcze bardziej ułatwia chirurg zadanie rentgenoterapii, jeśli rezekcję wy-

kona w myśl Billrotha, tak że cały żołądek znajdzie się po lewej stronie, rakowato zmienione części krezki i wątroby skupi na możliwie małej przestrzeni na miejscu dawnego odźwiernika, które to miejsce następnie będzie naświetlane. Przy takiej współpracy rentgenoterapii, chirurgii i innych metod leczenia rezultaty lecznicze mogą być znakomicie polepszone.

Pod koniec należy sobie zadać pytanie,

czy wszystkie te metody, oddzielnie względnie w sumie, prowadzą leczenie nowotworów na realne tory. Zewsząd, nie bez racji, wskazują na kolosalną różnorodność nowotworów pod względem ich formy jak i sposobów powstawania. Należy z tego wyciągnąć wniosek, że najprawdopodobniej stosowanie jednolitych metod leczenia dla wszystkich nowotworów złośliwych wogóle nie da rezultatów, jakiebysmy chcieli widzieć.

## Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Państwowego Zakładu Higjeny w Warszawie.

### Grupy krwi w patologii<sup>1)</sup>.

Podał

L. HIRSZFELD (Warszawa).

Sz. P. Już kilkakrotnie miałem zaszczyt omawiać sprawę grup krwi z punktu widzenia biologii ogólnej i antropologii. Mogłem się oprzeć wówczas nie tylko na zamierzeniach i hipotezach, lecz i na faktach stwierdzonych i wykazać Państwu, że nauka o odporności — dzięki badaniom krwi obejmuje obecnie wielkie zagadnienia biologii. Jeśli omawiam teraz sprawę grup krwi w patologii, to zaznaczam zgóry, że nie mogę przedstawić Państwu budowy gotowej. Sprawa grup krwi w patologii jest *in statu nascendi*. Jest to gmach, budujący się dopiero. Ale dane, dotychczas zebrane, wkraczają tak ściśle w zagadnienia kliniki, że zaznajomienie lekarzy z pytaniami i możliwościami, z faktów tych wypływającymi, wydaje mi się niezbędne.

W wywodach moich pozostawię na stronie zagadnienia wagi pomniejszej i zastanowię się, czy przynależność do pewnej grupy ma znaczenie dla chorób społecznych, jakimi są kiła, gruźlica, rak i rozpowszechnione choroby zakaźne wieku dziecięcego. Zaznaczam zgóry, że podane wyniki badań są czasami sprzeczne; spróbuję jednak dać w końcu pewną syntezę spostrzeganych zjawisk w nadziei, że to oświetli fakty znane i da bodźca do dalszych badań.

Państwo wiecie, że nauka o grupach krwi jest dzieckiem kliniki. Klinicyści spostrzegli zjawisko aglutynacji krwinek przez surowicę niektórych osobników i sądzili, że mieli do czynienia ze zjawiskami odpornościowymi w stosunku do własnych tkanek; dopiero Landsteiner wykrył podstawy fizjologiczne istnienia izoprzeciwni i stwierdził za pomocą nich struktury indywidualne lub grupowe krwinek, Dungernowi i mnie udało się stwierdzić, że własności grupowe są cechami konstytucyjnymi i wreszcie badania żony mojej i moje wykazały, że w rozmieszczeniu poszczególnych grup mamy do czynienia ze skutkiem

wielkich wędrówek narodów, że kolebką grupy A jest najpewniej Europa środkowa lub północna, kolebką grupy B — Azja.

Istnienie izoprzeciwni, jak wiemy obecnie, nie jest bynajmniej skutkiem uodparniania, i obecność ich nie jest zatem wyrazem żadnych zmian chorobowych. Zagadnienie więc, które nas interesuje może być jedynie to, czy przynależność grupowa wpływa na większą, lub mniejszą wrażliwość w stosunku do jakiejś choroby.

W ten sposób zostało sformułowane zagadnienie, dotyczące związku pomiędzy przynależnością grupową i wrażliwością na kiłę. Badania te wykonane były w Państw. Zakładzie Higjeny przez Amzelównę i Halberównę. Na materiale prawie 3.000 można było stwierdzić, że ludzie z anamnezą kiłową, względnie z dodatnim odczynem Wassermann'a posiadają takie same ugrupowania, jak i ludzie normalni, a zatem nie możemy mówić tutaj o jakiejś większej lub mniejszej wrażliwości osobników różnych grup serologicznych na kiłę. Znamienne różnice otrzymaliśmy dopiero wówczas, gdy podzieliliśmy nasz materiał na przypadki leczone i nieleczone i wyliczyliśmy odsetek dodatnich odczynów Wassermann'a w obrębie każdej grupy serologicznej. Otrzymaliśmy wtedy różnice, wykazujące, że odczyn Wassermann'a u nieleczonych w kile drugorzędowej jest zawsze dodatni, w przypadkach leczonych natomiast widocznym jest, że odczyn Wassermann'a znika najszybciej w obrębie grupy 0-ej, najwolniej w obrębie grupy AB. Badania nasze były przedewszystkiem potwierdzone przez Straszyńskiego z Kliniki Dermatologicznej U. W. Jeżeli w przypadkach leczonych stosunek odczynów dodatnich do liczby badanych w obrębie grupy 0-ej przyjmiemy za 1, to otrzymamy stosunek 0: A: B: AB = 1: 1,5: 1,6: 1,7. Większe różnice otrzymał Straszyński przy podziale swego materiału na przypadki, w których odczyn Wassermann'a znika b. szybko lub b. wolno. Stosunek odczynów dodatnich do liczby przypadków badanych w okresie poszczególnych grup u Straszyńskiego wynosi 1: 1,63: 2: 2,4. Jak Państwo widzicie, mogliśmy zatem po raz pierwszy w Warszawie stwierdzić, że przynależność grupowa ma wielkie znaczenie bądź dla uleczalności kiły, bądź to dla interpretacji odczynu Wassermann'a. Już w publikacji naszej wyraziliśmy pogląd, że w innych ugrupowaniach rasowych można otrzymać ewentualnie wyniki odmienne. Dane jednak nasze zostały potwierdzone na materiale stosun-

<sup>1)</sup> Odczyt wygłoszony w Sekcji Klin. Tow. Med. Społ. d. 14.IV 1928 r. Piśmiennictwo szczegółowe znajduje się w książce mojej „Konstitutionsserologie und Blutgruppenforschung“. Nakład Springer'a 1928.

kowo tak dużym i tak różnostronnym, że zdaje mi się, muszą należeć do faktów, z którymi liczyć się powinna i klinika. Następująca tablica daje Państwu zestawienie dotychczas otrzymanych wyników.

Tablica I.

Odczyn B. Wassermann'a w związku z grupą krwi.

A u t o r	% dodatnich wyników u osobników grup				Razem
	O	A	B	AB	
Amsel, Halber (lecz.)	30	47	49	51	610
Straszyński (stale dodatnie)	22,1	36,0	44,6	53,3	325
Karnauchowa, Firjukowa (mocno leczone)	32,0	41,2	35,3	40	529
Gundel	56,2	66,1	90,7	93	247
Klövekorn, Simon	40,3	52,1	—	50	246

Podobne różnice otrzymali Wiechman i Paal.

Muszę podkreślić, że nie wszyscy autorzy podają liczby podobne: Leverinkrans, Kruse, Götschel na swoim materiale nie spostrzegli różnic zasadniczych. Widzimy jednak na materiale naszym i autorów wyżej wspomnianych, że różnice podane zarysowują się jedynie w przypadkach leczonych, i że dlatego odmienne wyniki mogłyby polegać na doborze materiału, czasami zawierającym więcej przypadków leczonych, czasami zaś dających diagnostycznych. Tablica I wykazuje różnice pomiędzy wynikami różnych autorów w poszczególnych grupach: w Warszawie dość równomiernie zwiększenie się dodatności, poczynając od grupy 0-ej do AB, w Rosji grupa B daje prawie takie same wartości, jak 0, u Gundla zwiększenie się dodatności cechuje głównie elementy B i AB, jednak zasadnicze spostrzeżenie, że w obrębie grupy 0-ej odczyn Wassermann'a znika najwcześniej, w obrębie zaś grupy AB najpóźniej, opiera się już na materiale dostatecznie wielkim, by klinicysta fakt ten wziął pod uwagę. Zastanowimy się później nad możliwą teorią tego zjawiska, a teraz chciałbym omówić jedynie stronę praktyczną. Nie możemy naturalnie powiedzieć, czy szybsze znikanie odczynu jest wyrazem szybszego wyleczenia, czy też odczyn Wassermann'a jest zjawiskiem *sui generis*, nie wypuklającym bynajmniej klinicznego przebiegu kiły. Jedynie klinicysta mógłby stwierdzić czy i w jaki sposób przynależność grupowa krwi powinna być brana pod uwagę przy interpretacji wyniku o. W. Nasuwa się jednak przypuszczenie, że o. W. nie jest jedynie skutkiem ale może być również przyczyną niektórych objawów wtórnych np. metakilowych. Serodjagnostyka kiły polega na strącaniu cząsteczek lipidolnych, i jest rzeczą zupełnie możliwą, jak to zaznaczyłem kilka lat temu, że takie odczyny kłaczkowania lipidolnych odbywają się *in vivo*, i że długotrwały odczyn dodatni może być brzemienisty w skutki do narządu o wielkiej zawartości

lipidolnych. Rzeczywiście Wilczkowski stwierdził w przypadkach porażenia postępującego prawie dwukrotną liczbę grupy AB, niż w przypadkach normalnych. Różnice te zarysowały się najsilniej tam, gdzie porażenie postępujące przebiegało najostrej i doprowadzało do śmierci w przeciągu trzech lat. Badania Wilczkowskiego były powtórzone przez szereg badaczy. I znów spostrzegamy zjawisko, podkreślane przeze mnie na wstępie, że wyniki poszczególnych autorów nie wszędzie się pokrywają. Tablica II podaje państwu wyniki badań poszczególnych autorów.

Tablica II.

Porażenie postępujące u osobników różnych grup zoologicznych

A u t o r	O	A	B	AB	Razem
Wilczkowski	34,0	34,8	18,1	13,1	138
„ przypadki śmiertelne w ciągu 3 lat	27,0	32,0	23,1	17,9	78
Zdrowi w Polsce	32,5	37,5	20,8	9,1	12000
Jakobson, Schiff	33,0	47,0	17,0	3,0	100
Zdrowi w Berlinie	33,9	46,0	14,3	5,8	1750
Gundel	34,5	34,5	22,2	8,7	242
Zdrowi w Kilonji	37,6	44,0	13,1	5,2	10531

A zatem Jakobstal u Schiffa spostrzeżeń Wilczkowskiego nie potwierdził, podczas gdy Gundel, o którego pracach będę mówił szczegółowo później, znajduje różnice, zbliżające się do danych Wilczkowskiego, spostrzega on bowiem prawie dwukrotnie większy odsetek przypadków porażenia postępującego w obrębie grupy AB i B, niż u ludzi normalnych.

Ponieważ mówimy o porażeniu postępującym, to pragnąłbym zwrócić uwagę Państwa na szczególnie praktycznie ważny, mianowicie na dane, wskazujące na znaczenie grup krwi dla leczenia porażenia postępującego. Jakobstal na materiale niewielkim, ale interesującym wykazuje, że w obrębie grupy 0-ej zastrzyknięcie zimnicy bywało stosunkowo najmniej skuteczne, jak to wykazuje

Tablica III.

	O	A	B	AB
Zastrzyki skuteczne	1	6	1	—
„ nieskuteczne	8	12	2	1
zmarłych	—	1	1	—
R a z e m	9	19	4	1

Istnieje pewien czynnik, który w tym wypadku należałoby wziąć pod uwagę, a mianowicie: krwinki grupy odmiennej. Jak wiemy z przypadków tranzfuzji, mogą być niszczone w ustroju odbiorcy, zawierającego izoprzeciwiła. Prawdopodobnym jest, że zastrzyknięte pasorzyty zimnicy przy zniszczeniu krwinek, w których się znajdują, zostają również zniszczone co mogłoby powodować nieskuteczność zastrzyknięcia. Przypuszczenie to, wypowiedziane poraz pierwszy przez Doerra i Kirschnera zostało potwierdzone przez Wendelbergera negowane zaś przez Pilcza. Jednak szczegółowe badania, wykonane w Instytucie Kocha przez Wethmara wykazały niezmiernie ciekawe różnice w przebiegu zimnicy w zależności od ugrupowania krwi i od sposobu zastrzyknięcia. Wynik tych badań ilustruje tablica IV.

Tablica IV.

Ustosunkowanie	Liczba	Okres wylegania	Typ gorączki		
			Duplex	Simplex	Mieszany
Korzystne dożylnie	22	4,5	46	27	27
Niekorzystne „	16	8,2	6	82	12
Korzystne doskórne	15	9,8	13	67	20
Niekorzystne „	12	15,1	8	92	
R a z e m	65				

Tablica ta wykazuje odmienny przebieg zimnicy przy zastrzyknięciu pasorzytów do żyły lub do skóry, przy ugrupowaniach „korzystnych“ i „niekorzystnych“. Postać *simplex*, podobno najczęściej pożądana przez klinicystów, jest najczęstsza przy kombinacjach niekorzystnych. Widzimy zatem, jak niezmiernie ważne znaczenie posiada uwzględ-

nienie grup serologicznych w leczeniu za pomocą zimnicy, i byłoby niezmiernie ważnym, ażeby systematyczne badania w tym kierunku mogły być wykonane i u nas.

Widzieliśmy zatem, że przynależność do pewnej grupy serologicznej ma znaczenie bądź dla O. W. bądź dla przebiegu porażenia postępującego. Badacz niemiecki Gundel stwierdza znaczenie grup krwi dla chorób nerwowych wogóle. Na materiale dość wielkim wykazuje on, że obecność cechy B warunkuje większą chwiejność psychiczną i, co zatem idzie, pewną niedowartościowość społeczną. Gundel, badając w Kilonji chorych w klinice wewnętrznej, położniczej i nerwowej, stwierdza u tych ostatnich prawie podwójną liczbę osobników grupy B i AB. Otóż ta niedowartościowość społeczna zarysowuje się wyraźnie na materiale Gundla przy badaniu przestępców, wzgl. elementów wykojęonych.

Tablica V.

Grupy krwi i wrażliwość układu nerwowego p g Gundla.

	O	A	B	AB	Razem
Klinika wewnętrzna	47,5	36,8	10,3	4,9	164
„ kobieca	37,8	44,6	11,9	5,5	235
„ nerwowa	28,3	39,3	25,1	7,2	402
Przestępcy	34,6	34,2	19,1	2,0	884
mężczyźni	33,5	43,9	18,6	1,8	803
kobiety	25,9	46,8	23,4	3,7	81
Normalni	37,3	43,7	13,4	5,7	8862
służące	40,7	42,7	11,2	5,2	248
robotnice	32,1	45,3	12	1,5	133
prostytutki	23,5	43,1	25,5	7,8	51

(Dok. nast.)

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe.

#### Zagadnienie konstytucji psychofizycznej.

Podał

Władysław MATECKI (Warszawa).

(Ciąg dalszy—p. N. 29)

Jeszcze bardziej plastyczny staje się naszkicowany wizerunek charakterologiczny dwóch odmiennych typów konstytucjonalnych, gdy zwrócimy się ku reprezentantom genialnym cyklo- i schizotypom w dziedzinie sztuki, nauki, polityki. Nie możemy w tem miejscu wdawać się w nader interesujące szczegóły, dotyczące tych zagadnień. Analizując

życie i twórczość ludzi wybitnych, udaje się stwierdzić, co następuje. W literaturze z jednej strony tendencja do realizmu, humoru, z drugiej — patos, romantyzm, kulturowanie formy. W nauce — na jednym biegunie przewaga empirji, opisowości, myślenia indukcyjnego, analitycznego, na drugim — ścisła logika, tendencja ku systematyzacji, metafizyce, dedukcji i syntezie. W działalności społecznej w jednej grupie znajdujemy dzielnych, energicznych, rzutkich organizatorów, pośredniczących w wymianie dóbr kulturalnych i społecznych, w drugiej — czystych idealistów, despotów, fanatyków, zimnych kalkulatorów. Z jednej strony nazwiska Kellera, Humboldta, Darwina, Pa-



steura, Kocha, Mirabeau, Lutra; z drugiej — John Locke, Kopernik, Kepler, Leibnitz, Newton, Kant, Schelling, Spinoza, Mendelssohn, Kalwin, Voltaire, Heine, Savonarola, Robespierre, Torquato, Tasso, Michał Anioł.

Wyraźne różnice dostrzega się w dziedzinie psychoseksualnej. Życie płciowe cyklotymików naogół nie przedstawia znaczniejszych odchyłeń ani pod względem ilościowym, ani jakościowym. Jest ono taksamo nieskomplikowane, jak prosta, pozbawiona poważniejszych powikłań jest organizacja psychiczna w cyklotymiku. Natomiast życie płciowe schizotymików jest terenem licznych konfliktów i odchyłeń. Przedewszystkiem utrudnione jest znalezienie obiektu libida. Przeważnie stwierdza się pozostawanie we wcześniejszych fazach rozwoju psychoseksualnego, a więc miłość do rodziców, rodzeństwa. Rzadko zostaje osiągnięte stadium t. zw. „zwierzchnictwa genitalnego” (Freud), które jest kulminacyjnym punktem rozwoju psychoseksualnego: częste są perwersyjne popędy, dłuższe ponad okres fizjologiczny trwanie onanii, homoseksualizm. I co jest rzeczą doniosłą, życie płciowe schizotymików cechuje infantylnizm: naogół późno następuje uświadomienie płciowe, długo trwa idealizm miłosny, utrudnione jest harmonijne zespolenie pierwiastka uczuciowego i zmysłowego w miłości, co jest dla schizotymików zadaniem, często nie dającym się rozwiązać. Napięcie samego popędu płciowego jest niejednakowe: bądź wzmożone, bądź też znacznie osłabione. Częsta ambiwalencja i w dziedzinie płciowej znajduje swój wyraz. Życiu płciowemu schizotymików zawsze brak pewności, stałej określonej linii.

W schizotymji znajdujemy pierwszy etap ewolucyjny tego zespołu charakterologicznego, który, rozwijając się, nabierając cech karykaturalnych, prowadzi poprzez patologiczną już schizoidję do schizofrenji.

Kretschmer wiąże wyodrębnione przezeń typy psychologiczne z określoną budową ciała. U cyklotymików daje się stwierdzić tak zwaną budowę pikniczną, charakteryzującą się przede wszystkim wybitnym rozwojem jam ciała (czaszki, klatki piersiowej, brzucha), przyczem układ ruchowy odznacza się delikatnym rozwojem. Cechuje ten typ brachymorfizm, przewaga wymiarów szerokich w budowie ciała. Twarz szeroka, pięciokątna, względnie tarczowata oparta jest na krótkiej szyi, siedzącej na szerokiej klatce piersiowej. Kończyny górne i dolne w stosunku do tułowia oraz ręce i stopy — krótkie. Mięśnie kończyn słabo rozwinięte. Tłuszcz, przede wszystkim zgromadzony na brzuchu, różni pikników od innych typów z otłuszczeniem dysplastycznym. Kończyny, często pozbawione podściółki tłuszczowej, pozostają delikatne nawet u tęgich pikników. Godne zaznaczenia jest, że u pikników spotyka się wprawdzie często złogi tłuszczu w okolicach brzucha, cecha ta, aczkolwiek doniosła i rzucająca się w oczy, nie jest stała, zależy bowiem w dużym stopniu od czynników zewnętrznych, jak ruch, praca fizyczna. W każdym bądź razie należy podkreślić znacznie większą *ce-teris paribus* tendencję do nagromadzania się tłuszczu u osobników z budową pikniczną, niż wśród

innych typów fizycznych, co Bouchard tłumaczy zwolnioną przemianą materji.

Schizotymicy wykazują powinowactwo do innych typów budowy. Najczęściej spotykany jest typ, pierwotnie nazwany przez Kretschmera, astenicznym (termin zapożyczony od Stillera). Wobec tego zaś, że pojęcie astenji wiąże się z oceną osobnika, jako typu patologicznego, Kretschmer pozostawił ten termin tylko dla osobników, u których zasadnicze cechy budowy są zaznaczone w sposób jaskrawy, graniczący z chorobliwością, wprowadził natomiast termin, leptosom (*leptos* — wąski, delikatny). Istotnie cechuje budowę leptosomiczną delikatność, smukłość. W przeciwstawieniu do typu piknicznego stwierdza się tutaj przewagę wymiaru długiego nad szerokim. Dolichomorfizm przejawia się w budowie twarzy, którą Kretschmer nazywa „kartą wizytową ogólnej konstytucji osobniczej, ekstraktem i wyrazem troficznych impulsów ogólnego neurochemizmu danego osobnika”. Twarz ma kształt owalu względnie ściętego trójkąta. Nos długi, wąski, ostro zakończony, tworzący z linią czoła i ze zwykle niedostatecznie rozwiniętym podbródkiem t. zw. profil kątowaty, charakterystyczny dla twarzy schizotymicznej. Szyja długa, wąska. Wszystkie jamy ciała wąskie. Kończyny długie, jak również stopy, ręce i palce. Aparat mięśniowy, podściółka tłuszczowa słabo rozwinięte. Nawet forsowne ćwiczenia, ani obfite odżywianie nie są w stanie doprowadzić układu mięsnego do tego stopnia rozwoju, jak przy budowie ciała atletycznej i spowodować odkładanie się tłuszczu w rozmiarach, właściwych typowi pikniczemu.

Drugim typem budowy, wykazującym powinowactwo do schizotymji, jest typ atletyczny. Jak już wynika z samej nazwy, budowę tę cechuje przede wszystkim wydatny rozwój układu mięsnego i kostnego. Przy oglądaniu przedstawicieli tego typu rzucają się w oczy dobrze rozwinięte brzuśce i wybitnie zaznaczone przyczepy kostne mięśni. Szeroki pas barkowy sprawia, że tułów ma kształt trapezu, zwężającego się ku dołowi. Dystalne części kończyn są dobrze rozwinięte, co w pewnej mierze powoduje akromegaloidny charakter tego typu. Skóra na mięśniach, dobrze rozwiniętych, wspartych na mocnym układzie kostnym, odznacza się sprężystością, napięciem, jest raczej gruba w przeciwieństwie do delikatnej, nieco wiotkiej skóry leptosomiczów i średnio cienkiej pikników. I wśród tego typu tendencja do odkładania tłuszczu jest minimalna. Specyficznej budowy czaszki w obrębie typu atletycznego ustalić nie można: częste są twarze o kształcie jajowatym, tarczowatym, spotyka się i inne formy; najbardziej jednak charakterystyczną cechą pozostaje zawsze jaskrawe zarysowanie pierwiastka muskularno-kostnego.

Trzeci typ schizafinowy (wykazujący powinowactwo do schizofrenji) stanowi obszerna grupa wszelakich dysplazj. Należą tutaj: wzrost olbrzymi eunuchoidny, wzrost olbrzymi z czaszką wieżową, przejawy maskulinizmu u kobiet, otłuszczenie eunuchoidne i wielogruzołowe, objawy infantylnizmu i niedorozwoju. Stwierdza się również w tej grupie często obecność cech, zwanych degeneracyjnymi, jak asymetria twarzy i głowy, deformacje i asymetrie ucha, brak lub przyrosnięte pł-



tki uszne, wysokie podniebienie, *hyper- i hypotrichosis* oraz inne, przyczem u niektórych osobników cechy te występują łącznie, dając obraz *status degenerativus* w pojęciu Bauera. Często napotyka się zgryzy patologiczne.

Dwa typy psychologiczne schizoidja i syntonja idą w parze nietylko z odmiennymi typami budowy: szereg faktów zdaje się świadczyć, iż całe życie ustrojowe w obu tych grupach jest zasadniczo różne. Przedewszystkiem należy podnieść znamienne różnice, dotyczące sfery płciowej. Wszak dawno już zwrócono uwagę na ścisły związek, zachodzący między psychozami, zwłaszcza schizofrenją, a czynnością gruczołów płciowych. Pierwszy wybuch tego cierpienia w okresie dojrzewania płciowego (jedną z postaci schizofrenji — hebefrenję, — jak wskazuje sama nazwa, łączono z tym okresem), już dawno był drogowskazem w tym kierunku, a Kraepelin jeden z pierwszych zastanawiał się nad endokrynną etiologią schizofrenji. Mathes zalicza schizoidalne charaktery do typów pośrednich pod względem konstytucji płciowej — interseksualnych w pojęciu Goldschmidta. Mathes podkreśla, iż pacjentki o budowie hypoplastyczno-astenicznej, a schizoidalnej organizacji psychicznej są trapione ustawiczną walką z dysharmonijnymi impulsami swej niezupełnie sprecyzowanej, względnie dziecięcej płciowości. Walka ta zaostrza się stale, gdy życie płciowe wymaga od tych kobiet większego wysiłku fizycznego i psychicznego; menstruacja, poród, życie małżeńskie, klimakterjum — są to momenty krytyczne dla interseksualnej osobowości schizoidalnej, gdyż, jak słusznie mówi Mathes, wszystko co jest seksualnością, jest dla osobnika interseksualnego problemem. Hirsch znajduje dysmenorrhę u kobiet schizoidalnych z asteniczną budową ciała w 85%, przy budowie dysplastycznej w 13%, u kobiet pikniczno-syntonicznych tylko w 2%. Ten sam autor podnosi, że w 40% typ płciowy kobiet z dysmenorrhęą był nieokreślony, wykazując cechy płci odmiernej. Natomiast większość kobiet z mięśniakami macicy należało do grupy pikniczno-syntonicznej. Pod tym względem wielkie zasługi położyła szkoła Fränkla (sam Fränkel i jego uczniowie Hauk i Köhler). Fränkel stwierdzał niedorozwój płciowy u 72% kobiet, dotkniętych schizofrenją, i utrzymuje, iż nigdzie niema tyle objawów hypoplazji płciowej, jak wśród chorych na schizofrenję (materiał dotyczył 176 przypadków). Geller stwierdził u siedmiu schizofreniczek jajniki mniejsze, niż w normie, z gorzej funkcjonującymi i występującymi w mniejszej liczbie pęcherzykami Graafa; macicę najczęściej mają, o proporcjach dziecięcych, błonę śluzową macicy ubogą w komórki z wązkiemi gruczołami. Kronfeld w badaniach nad psychopatami schizoidalnymi wśród pewnego odłamu typów, interseksualnych, zwłaszcza między t. zw. „transwestistami”, stwierdził budowę asteniczną, atletyczną, cechy przysadkowo-akromegaloïdne. Pod względem psychicznym byli to schizotymicy, najczęściej spotykani wśród osobników z perwersjami płciowymi. A. Weil wśród 300 homoseksualistów w 70% stwierdził smukłych, wysokich asteników, wykazujących tendencję do eunuchoidalnych proporcji kośćca. Wszystkie te osobliwości, dotyczące

budowy narządów płciowych, stanowią anatomiczny odpowiednik nieprawidłowości życia psychoseksualnego w schizofrenji.

Schizofrenicy i syntonicy wykazują dyspozycję do odmiernej grupy schorzeń: schizotymicy odznaczają się wyraźną skłonnością do zachorzenia na gruźlicę, syntonicy — do dny, otłuszczenia, cukrzycy, a więc cierpien z dziedziny przemiany materji. Daje się stwierdzić różnice w obrębie tych dwóch typów konstytucyjnych w stosunku do innych narządów. Peritz mówi o związku między grupą schizotymiczną a spazmofilją. Według tego badacza, osobniki ze wzmożoną pobudliwością aparatu mięśniowego obwodowego i nadmiernem ciśnieniem pochodzenia nerwowego posiadają szczególny *habitus*. Z wyjątkiem nieznacznego odsetka osobników atletycznych i otłuszczonych („nalanych”) są to przeważnie ludzie bladzi, smukli, o klatce piersiowej wąskiej i długich kończynach. Peritz zwraca uwagę na mniejszą wartościowość gruczołu płciowego tych osobników i łączy tę niedomogę z zachowanym stanem graniczo-chłonnym. Psychikę tych osobników znamionuje nerwowość, subtelność, uzdolnienie artystyczne, roztargnienie, niestałość, porywczosć. Sam Peritz zaznacza, że jest rzeczą uderzającą, ile podobieństwa zachodzi między psychiką spazmofilików a organizacją psychiczną tych, których Kretschmer opisał jako schizotymików. Otfried Müller zwraca uwagę na odrębne zespoły naczyniowo-nerwowe schizotymików i syntoników. W przypadku pierwszym astenicy z pozorną spastyczną anemią twarzy, sinawami, zimnemi, wilgotnemi rękoma i rozszerzonym podbrodawkowym splotem żylnym. Swoistą afektywność schizotymików łączy O. Müller z dysergią układu naczyniowego, szczególnie naczyń włosowatych, ze stałemi przejściami od stanów spastycznych do atonji. Wśród pikników obraz odmienny: twarz zaczerwieniona, często znacznie rozszerzone naczynia włosowate, zwłaszcza w obrębie policzków i nosa, miękkie, szerokie, krótkie ręce, przeważnie ciepłe. Wśród pikników stwierdza się też wczesną miążdżycę nerek, mózgu i serca. Tscherning podkreśla przeważającą częstość wrzodu żołądka u osobników z asteniczną budową ciała, odznaczających się bardziej zróżnicowaną strukturą umysłową i uczuciową, niekiedy objawami psychastenicznymi. Wszystkie te spostrzeżenia wskazują, że schizoidja i syntonja wiążą się nietylko z odmienną budową ciała, lecz bieg wszystkich spraw życiowych jest zasadniczo inny w obu tych grupach; stanowią one wielkie, a odrębne kręgi biologiczne.

Tak oto przedstawia się tylko ekstrakt myślowy książki Kretschmera, napisanej z niezwykłym talentem, książki, która świadczy zarówno o wnikliwości psychologicznej autora, jak i o jego intuicji i polocie w sprawach biologicznych i stanowi niewątpliwie najdonioślejsze zjawisko w literaturze psychiatrycznej od chwili ukazania się monografji Bleulera o schizofrenji. Praca Kretschmera wywołała obok głosów entuzjastycznych, dopatrujących się w niej płodnych rewelacji biologicznych, również słowa ostrej krytyki, dała potężny impuls do badań somatometrycznych i psychologicznych. W chwili obecnej można spojrzeć już na dzieło Kretschmera z perspektywy lat 7-u, mając

poza sobą owoce licznych badań. Przedewszystkiem więc należało stwierdzić, czy zasadniczy postulat o powinowactwie między „psyche” a „soma” ostatnie się w świetle badań na rozmaitym materiale. V. Rohden zestawiał wyniki, osiągnięte przez różnych badaczy, opierających się na pokaźnym materiale (4243 osobn., w tem schizofr. — 3262. psychoza manj. depr. — 981). Z zestawienia tego wynika, że budowę pikniczną stwierdza się w psychozie manj. depr. w 66,7%, w schizofr. — w 12,8%; natomiast budowę schizafinową (leptosomiczną, atletyczną i dysplastyczną) w psychozie manj. depr. — w 24%, w schizofr. — 77,3%. Liczby te świadczą wymownie, że istotnie schizofrenja okazuje wybitne powinowactwo do budowy leptosomicznej, atletycznej i dysplastycznej, psychoza zaś manj.-depr. — do grupy piknicznej. Szotytkamy wprowadziły w różnych autorów pewne wahania co do odsetka poszczególnych typów psychoz, zależne od wielu czynników. Należy bowiem mieć na uwadze z jednej strony pewien niedający się dotychczas wyłączyć subiektywizm badacza w ocenie typu, a z drugiej szerokie granice kliniczne psychozy manj.-depr. i schizofrenji i wynikające stąd niejednolite rozpoznawania tych jednostek klinicznych przez różnych psychiatrów. Przytem należy również podkreślić jeszcze jedną okoliczność: Kretschmera, który wszak nie jest antropologiem, dokonywał tylko pomiarów zasadniczych, ujmował typ budowy nietyle matematycznie, ile kierując się intuicją, mniemając, że „oko i intuicja znaczą w tych badaniach więcej, niż cyrkiel i taśma centymetrowa”, że matematyka jest tylko narzędziem pomocniczym, stwierdzając liczbowo to, co zostało zdobyte wycuciem klinicznym. Otóż wśród badaczy późniejszych pewna część poszła drogą Kretschmera, druga zaś przeprowadzała badania kontrolne, uzbiorwszy się w arsenał laboratoryjny współczesnej antropologii. Wszystkie jednak badania, różnemi metodami dokonane, potwierdziły słuszność koncepcji Kretschmera. W pracy „O typach psychofizycznych...” (Szpidbaum i Matecki) na podstawie podówczas zromadzonego materiału obliczyliśmy współczynnik korelacji między budową ciała a psychozą, wynoszący + 0,56, przewyższający znacznie ustalone współczynniki dla tak ściśle sprzeczonych cech, jak barwa włosów i oczu (+ 0,2189) oraz dyspozycji do gośca stawowego i budowy muskularnej (+ 0,1). Paralelizm między budową ciała a psyche obejmuje nietylko chorą psychikę, lecz i zdrową, w której dają się dostrzec zawiązki charakterologiczne psychoz endogennych. I te badania nad osobnikami zdrowymi, o czem będzie jeszcze mowa niżej, dostarczyły również potwierdzenia tezy Kretschmera.

Powstaje również pytanie, czy można mówić wogóle o typach konstytucjonalnych, czy to, co uważane jest za podłoże dziedziczne, niezmiennie wszak w swej istocie, nie jest funkcją, zależną od czynników zewnętrznych, przedewszystkiem wieku, sposobu odżywiania, trybu życia. Lederer twierdzi, że już w wieku niemowlęcym można ustalić powinowactwo między typem budowy cielesnej a psychiką, jak również występowanie typów morfologicznych i psychicznych, opisanych wyżej: „nerwowość” dzieci typu cerebralnego, astenicznego,

świadoma celu ruchliwość dzieci muskularnych, spokój i opanowanie „tęgich”. Pedjatra Coerper na podstawie ścisłych pomiarów opisuje typy budowy ciała w wieku szkolnym i dochodzi do wniosku, że można na podstawie typu cielesnego dziecka 14-letniego przewidzieć kierunek uzdolnień, co może mieć znaczenie psychotechniczne. Jeżeli zaś chodzi o rolę odżywiania, to badania Rohdena wykazały, że przyrost wagi pod wpływem lepszych warunków odżywiania u chorych na psychozę manjak.-depr. — pikników w przeważnej części był znacznie większy (5,8 kg.), niż u schizofreników-asteników (po większej części) — 2,6 kg. Tryb życia, np. praca fizyczna, niewątpliwie przyczynia się do rozwoju układu mięsnego, nigdy jednak muskulatura ani układ kostny pod wpływem najforsowniejszych nawet ćwiczeń nie osiągają rozwoju tak wydatnego u pikników i leptosomicznych, jak u typów atletycznych. Badania powyższe wykazały, że możemy odróżniać cechy konstytucjonalne bardziej i mniej odporne na działanie czynników zewnętrznych, zasadnicze jednak właściwości, a często najbardziej charakterystyczne tendencje konstytucyjne dają się wykazać (niezawsze z jednaką łatwością) mimo wszystkie nawarstwienia i modyfikacje zzewnątrz pochodne.

Nasuwa się również inne pytanie: czy nie są typy morfologiczne właściwie typami rasowymi, a przez to samo wyłania się zagadnienie stosunku między konstytucją a rasą, co po raz pierwszy na porządku dziennym postawił Stern-Piper. Autor ten chce widzieć w leptosomicach przedstawicieli rasy północnej — ludzi wysokich, smukłych o ostrych rysach twarzy; w piknikach — przedstawicieli rasy alpejskiej, przysadzistych, krępych, szerokotwarznych; w typie atletycznym — przedstawicieli rasy dynarskiej. Stern-Piper dopatruje się podobieństwa i w psychice: towarzyskość, serdeczność ludów alpejskich, charakter zamknięty, ponury, zimny ludów północnych mają odpowiadać syntonji względnie schizotypji, co daje się stwierdzić w organizacji psychicznej twórców genialnych: przewaga filozofów, dramaturgów na północy, ustępująca coraz bardziej malarstwu, które osiąga rozwój tem bujniejszy, im więcej zbliżamy się ku południowi. Jednak ścisłe badania antropologiczne nie upoważniają do wniosków Stern-Pipera. Owszem, można mówić o wspólnych rysach typu konstytucyjnego i rasowego, jednak nie pokrywają się one w zupełności, przecinają się tylko w zespole niektórych cech wspólnych. Okazuje się, że kardynalne znamiona, stanowiące o przynależności rasowej osobnika, jak wymiary czaszki, barwa oczu i skóry zachowują się odmiennie w typach konstytucyjnych, które Stern-Piper usiłuje identyfikować z typami rasowymi.

Badania przedewszystkiem Henkla nie wykazały wśród leptosemików ani dolichocefalji, ani przewagi blondynów i jasnookich, co charakteryzuje rasę północną. To samo daje się powiedzieć na podstawie naszych wspólnie z dr. Szpidbaumem przeprowadzonych badań nad Żydami. *Mutatis mutandis* stwierdza się podobne stosunki między rasą alpejską a typem piknicznym. Z drugiej strony charakterystyczne cechy typów konstytucyjnych, zgodnie z opisem Kretschmera, spotykamy wśród ludzi różnych ras (ostatnia praca

Travaglino o typach konstytucyjnych wśród mieszkańców Jawy). Dowodzą te badania, że typ konstytucyjny jest biologicznym zespołem cech bardziej szerokim, niż typ rasowy, że typy konstytucyjne przewijają się wśród ras w ścisłej korelacji z psychiką, tu i ówdzie tylko doznając zmodyfikowania przez te lub inne znamiona czysto rasowe. Korelacja ta, jakkolwiek b. ścisła, będąc zjawiskiem biologicznym, często zostaje zakłócona. Występuje to w zjawisku t. zw. skrzyżowania (überkreuzung), rozerwania korelacji, gdy spotykamy budowę ciała skojarzoną z psychiką, względnie z psychozą, pokrewną budowie innej, np. budowę pikniczną w schizofrenji. Ścisłe jednak badania wykazały, że w tych przypadkach psychoza posiada dużo cech atypowych bądź w przekroju psychicznym, bądź w przebiegu i rozwoju cierpienia. Badania genealogiczne, które zawsze muszą być połączone z badaniami konstytucyjnymi, często wskazują źródła genotypowe owych zjawisk. Należy również wspomnieć o zjawisku t. zw. „Erscheinungswechsel“, t. j. kolejnego ujawniania się odmiennych podłożu konstytucyjnych w różnych

okresach życia osobnika, co dotyczy zarówno struktury cielesnej, jak i psychicznej, np. syntonja w pewnym okresie ustępuje miejsca schizodji i *vice versa*. W tych przypadkach należy w analizie danego zjawiska jaknajostrożniej uwzględnić wszystkie czynniki zewnątrzpochodne, które spowodować mogły owe przeobrażenia psychiczne. Jakkolwiek zawsze pozostaje możliwość istnienia konstytucjonalnie założonych tendencji rozwojowych, Hoffmann sądzi, że w wielu przypadkach tendencja do naprzemiennego przejawiania się cech konstytucyjnych dziedziczy się, jako cecha konstytucyjna.

W innych przypadkach spotyka się w strukturze psychicznej lub fizycznej osobnika cechy, należące do obu grup konstytucyjnych. Powstają wtedy złożone obrazy charakterologiczne, psychotyczne i morfologiczne. I to zjawisko t. zw. stapania się cech (Legierung) — znajduje swe wyjaśnienie w badaniach genealogicznych, wykazujących w drzewie genealogicznym czyste cechy, stanowiące źródła stopów konstytucyjnych.

(Dok. nast.).

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

### Patologia kliniczna i doświadczalna.

H. LAWACZECK. O zawartości kwasu heksozofosforowego we krwi w ustroju normalnym i chorym i o jego określeniu. (D. Arch. f. Klin. Med. T. 159. Z. 3 4).

Autorzy podają technikę określania zawartości kwasu heksozofosforowego we krwi oraz wyniki, otrzymane tą metodą.

Wartości kw. heksozofosforowego wahają się pomiędzy 0,63 a 2,14 mgr.  $\%$  obliczonych jako glukoza. Powstaje on w ten sposób, że ok. 1% cukru gronowego krwi łączy się z 1—3% organicznych, rozpuszczalnych związków kwasu fosforowego w kwas heksozofosforowy.

Zawartości kwasu heksozofosforowego w surowicy są czasem wyższe, czasem niższe, czasem równe zawartościom we krwi całkowitej. Badania nad podziałem kwasu heksozofosforowego pomiędzy ciałałkami morfotycznymi a częścią płynną krwi jeszcze nie są zakończone.

W przypadkach cukrzycy nie zauważono żadnych odchyleń od normy, w szczególności nie zauważono żadnej zależności pomiędzy ilością cukru we krwi a ilością kwasu heksozofosforowego.

B. Goldstein.

K. BECKMAN i T. MIRSALIS. O zawartości kwasu mlekowego we krwi po zastrzykiwaniach kw. mlekowego w doświadczalnych uszkodzeniach wątroby. (D. Arch. f. Klin. Med. T. 159. Z. 3 4).

Autorzy przeprowadzili cały szereg badań psów po zatruciach doświadczalnych i po obciążeniu mleczanem wapnia. Z truciź do eksperymentów używano: fosforu i alkoholu w rozmaitem rozcieńczeniu oraz chloroformu.

U psów po dożylnym i doustnym doprowadzeniu mleczanu wapnia zauważono stałą ilość kw. mlekowego we krwi. U psów natomiast z wątrobą uszkodzoną doświadczalnie, zauważono powolne wzrastanie ilości kwasu mlekowego we krwi, proporcjonalne do jakości i trwania uszkodzenia. W przypadkach silnego uszkodzenia kwas mlekowy osiągał bardzo wysokie cyfry.

Po doustnym stosowaniu mleczanu wapnia nie otrzymano wyników jednobrzmiących.

Natomiast po dożylnym wprowadzaniu zauważono zmiany w zawartości kw. mlekowego we krwi, nawet już w przypadkach lekkich uszkodzeń wątroby. Wątroba, bowiem, jest specjalnie czuła na syntezę kwasu mlekowego, i zwiększenie się ilości kwasu mlekowego występuje bardzo szybko po zastrzyknięciu.

W przypadkach lżejszych powrót do normy następuje bardzo szybko, w ciężkich natomiast stan ten trwa przez czas dłuższy. Obciążanie więc kwasem mlekowym daje możność wykrycia zaburzeń wątroby nawet wtedy, gdy ilość kwasu mlekowego bez obciążenia jest samo przez się jeszcze niewysoka.

Ilość wapnia w surowicy była niejednokrotnie w przypadkach silniejszego zajęcia wątroby obniżona.

B. Goldstein.

W. C. STONER. O karotinemji. (Am. Journ. Med. Sciences 1928. Nr. 1).

Autor opisuje przypadek karotinemji u dorosłej osoby, gdzie barwnik ten był stwierdzony w znacznej ilości we krwi. Zabarwienie skóry znika po usunięciu z diety substancji, obfitujących w karotynę.

Karotinemja nie jest związana z żadnym cierpieniem i interesować może lekarza tylko z punktu widzenia różniczkowego wobec żółtaczki.

B. Goldstein.

### Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

K. BECK. Czy pył cementowy uszkadza bardziej drogi oddechowe, niż inne rodzaje pyłów. (Z. f. Hals, Nas. u. Ohr. T. 21. 1928).

Pragnąc odpowiedzieć na powyższe pytanie, autor zbadał 190 robotników, pracujących w różnych działach cementowni. Autor dochodzi do wniosku, że pył cementowy, naogół biorąc nie wywiera szkodliwszego wpływu na drogi oddechowe, niż każdy inny pył mineralny.

Należy jednakże podkreślić, że wniosek ten dotyczyć może jedynie robotników czynnych w fabrykach, urządzonych zgodnie z wymaganiami higieny przemysłu.

J. Tencer.

H. CLAUD. 28 przypadków zakażenia krwi po anginie. (Z. f. Hals, Nas. u. Ohr. T. 21, 1928).

Dreszcze występujące 3-go dnia lub później w przebiegu anginy, powinny zawsze nasuwać podejrzenie rozpoczynającego się zakażenia krwi. W rozpoznaniu różniczkowym wchodzić mogą w grę: ostra białaczka, *angina agranulocytotica* i zapalenie miedniczek nerkowych. O ile zakażenie krwi już się rozwinęło leczenie może być tylko operacyjne. Należy obnażyć naczynia krwionośne na szyi, podwiązać schorzałe żyły i wykonać obustronne wyluszczenie migdałków.

J. T e n c e r.

MENEGAUX. Leczenie raka języka. (Journal de Chir. T. 31, Nr. 1, 1928).

Autor opiera swoją pracę na danych statystycznych dwóch oddziałów szpitalnych paryskich. Na jednym oddziale L e n o r m a n t ze swymi współpracownikami wykonywuje tylko leczenie chirurgiczne, na drugim oddziale P r o u s t a jest stosowana wyłącznie curie-terapia, w sumie — 78 obserwacji chirurgicznych oraz 91 chorych, leczonych radem. Po szczegółowym porównaniu wyników jednej i drugiej metody leczniczej, M. przychodzi do następujących wniosków.

Rak języka w samym początku swego rozwoju wyłącznie jest opanowywany drogą chirurgiczną. W tych warunkach, bez zabiegu na gruczołach, daje 50% stałych wyleczeń. Jeżeli z jakiegoś powodu należy również usunąć teren gruczołów chłonnych, wyniki są znacznie lepsze, gdy zabieg jest wykonany dwuczasowo. W pierwszym seansie wycięcie jednostronne gruczołów, w drugim — drugostronne z wycięciem guza języka przez jamę ustną. Rak w późniejszym okresie powinien być leczony wyłącznie radem, który daje około 40% wyleczeń. Połączenie zabiegu chirurgicznego na gruczołach z założeniem radu do języka daje znaczną śmiertelność, i 0% wyleczeń dochodzi tylko do 20. Tę metodę kombinowaną należy stosować w przypadkach nieznacznej adenopatii z dodaniem dla ostrożności zewnętrznego aparatu radowego. Nawroty chirurgiczne dają się w pewnych przypadkach powtórnie usunąć ze stałym dodatnim wynikiem. Natomiast nawroty radowe są wcześniejsze, szybko się rozwijają i prędko prowadzą do ogólnego charactwa.

J. P o m p e r.

L. BAR. Uwagi w sprawie przypadku wycieku wodniatego z nosa (*hydrorrhoea nasalis*) symulującego zapalenie zatoki szczękowej. (Annales de mal. de l'oreille Nr. 10, 1927).

Autor obserwował przypadek, który może posłużyć jako obserwacja kliniczna w kwestji zaburzeń sekrecyjnych nosa na tle zaburzeń w nerwach trójdzielnym i sympatycznym, na które to zaburzenia zwrócili uwagę H a l p h e n i T e r r a c o l i. Mianowicie u jednej ze swych pacjentek B, obserwował po grypie wystąpienie silnego kataru nosa z bólami w okolicy zatok, szczególnie po stronie lewej. Prześwietlenie wykazało zaciemnienie zatoki szczękowej. Dolne muszle przekrwione i duże zatykają przewody nosowe.

Wydzielina nosowa bardzo obfita przy najmniejszej zmianie t<sup>o</sup>. Ciężko ciała 37,5. Zwykła kuracja dała poprawę, lecz nie długotrwałą. Po kilku dniach B, obserwował znów taki obraz, jak poprzednio. Wtedy B, zastosował pendzlowanie dolnej muszli i okolicy *gangl. sphenopalat.* roztworem B o n a i n a, do wewnątrz zastosował *tra belladon.* i odtąd z dnia na dzień obserwował stałą poprawę, którą przypisuje tylko odpowiedniemu leczeniu.

W.

K. GOLDBERGER i B. DATNER. Nieżyt cuchnącego nosa a płyn mózgowo rdzeniowy. (Z. f. Hals., Nas. u. Ohr. t. 21, 1928).

Autorzy badali płyn mózgowo-rdzeniowy chorych, dotkniętych nieżytem cuchnącego nosa. Badania te nie wykazywały jakiegokolwiek związku pomiędzy ozeną a kiłą.

J. T e n c e r.

R. CAUSSÉ. Uwagi o porażeniu nerwu twarzonego a *frigore* i o konieczności badania systematycznego VIII pary. (Annales de la mal. de l'oreille Nr. 5, 1926).

Prócz kategorii porażen 7-ej pary naskutek przyczyn mechanicznych, infekcyjnych lub toksycznych spotykamy szereg przypadków, których etiologia jest zupełnie niewyraźna — znane są one pod nazwą „*paralysis a frigore*”. Dużą rolę w takich przypadkach może odegrać badanie tej pary, która często naskutek blizkiego sąsiedztwa ulega podobnemu losowi. Dla przykładu weźmy chociażby syndrom kolankowy (genikularny) czyli zajęcie 7-ej pary do którego często bardzo dołącza się zajęcie 8-ej pary. W tezie swej B a n d o i n na 6 przypadków *herpes zoster oticus* w 4 przypadkach obserwował zaburzenia w 8-ej parze.

Również w porażeniach kiłowych często spotykamy jednoczesne zajęcie 7-ej i 8-ej pary.

R a m a d i e r podaje, że w kile nabytej ucha najczęściej spotyka się syndrom słuchowo-twarzowy. Często zdarza się, że sam chory o tem nie wie, i dopiero szczegółowe badanie te zaburzenia 7-ej i 8-ej pary wykazuje.

R a m s a y H u n t wykazał niedawno, że w wielu przypadkach porażen 7-ej pary najczęściej mamy do czynienia ze sprawą, noszącą nazwę *herpes zoster oticus*.

Prócz tego w etiologii porażen 7-ej pary dużą rolę przypisuje sprawie — *neuritis infectiosa* z punktem wyjścia z jamy bębenkowej w przypadkach rozszczepienia kanału F a l l o p i u s z a, Niedawno jednak B o u r g e o i s poddał poważnej krytyce przyjęte klasyczne objaśnienie zajęcia 7-ej pary z powodu rozszerzenia kostnej ściany kanału F a l l o p i u s z a.

I rzeczywiście, zajęcie 7-ej pary „a frigore” zdarza się stosunkowo częściej, niż zajęcie teje pary w przewlekłych stanach zapalnych, w których przy obecności rozszczepienia kostnego powinniśmy obserwować porażenia 7-ej pary.

W etiologii porażen 7-ej pary poważne miejsce zajmuje kiła, i dlatego zawsze należy badać krew. Lecz badanie samej krwi nie wystarcza, gdyż odczyn W a s s e r m a n n a może być ujemny. Dopiero badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wyjaśnia sprawę. Lecz nie zawsze mamy możliwość dokonania nakłucia lędźwiowego. W takich razach wystarczy zbadać błędnik (8-ą parę) i wykrycie dysocjacji między próbami błędnikowymi (między próbą kaloryczną i obrotową wg. L u n d a) da nam poważne dane do przypuszczania kiły, jako tła chorobowego.

W.

## Choroby narządów trawienia.

J. BOAS. Istota i leczenie zgagi. (Ther. der Gegenwart 1928, Nr. 2).

Autor rozróżnia 2 rodzaje zgagi. Pierwszy, występujący tylko od czasu do czasu, drugi — występujący stale. Co do pierwszego typu, to jest on związany zazwyczaj ze spożyciem pewnych pokarmów lub napojów. Z pokarmów wchodzi w grę słodczyce, ciastka, kwaśne czy też ostre substancje, jak śledzie, ogórki kwaszone i t. p. Z napojów wywołujących zgagę wina, likiery oraz mocna kawa. Pozatem nikotyna już w niewielkich ilościach może wywołać zgagę.

Co do patogenyzy zgagi, to nietylko wśród laików lecz i wśród lekarzy utarło się mniemanie, że przyczyną zgagi jest nadkwaśność. Nie jest to ściśle o tyle, że wprawdzie większość przypadków zgagi, około 75% stanowi t. zw. *pyrosis hydrochlorica*, nie brak atoli także przypadków z podkwaśnością a nawet z zupełnym brakiem kwasu solnego.

Nadkwaśność sama przez się niezawsze wywołuje zgagę.

Ostatnio badania B a r s o n y e g o i S z e m z o wykazały doświadczalnie możliwość wywoływania zgagi u chorych z nadkwaśnością zapomocą wlewań do przełyku roztwornów kwasów względnie ługu sodowego; w tym ostatnim przypadku palenie było nawet silniejsze.

Wniosek stąd, że zgaga nie zależy od zawartości kwasu

w żołądku. Jest rzeczą natomiast prawdopodobną, aczkolwiek doświadczalnie nie dowiedzioną jeszcze, że śluzówka przełyku musi odgrywać pewną rolę w powstawaniu zgagi.

Autor wysuwa przypuszczenie, że z jednej strony może przez zwiotczały wpust przejść kwaśna treść z żołądka do przełyku (treść niekoniecznie zawierająca kwas solny), z drugiej strony ta sama przyczyna, która działa na śluzówkę żołądka, może działać na śluzówkę przełyku. Wchodzi więc w grę zarówno chorobliwy stan śluzówki żołądka, jak i przełyku, a wobec schorzałej śluzówki przełyku nawet minimalne ilości kwasu mogą odgrywać rolę bodźca, wywołującego zgagę.

Niezależnie od tych rodzajów zgagi, autor uznaje także istnienie zgagi nerwowej o bliżej nieznanym etiologii. Ciekawy jest fakt, że podawanie sody, która tak znakomicie pomaga w przypadkach *pyrosis hydrochlorica*, okazuje się zupełnie bezskuteczne w zgadze nerwowej.

Od *pyrosis hydrochlorica* należy także odróżnić *pyrosis gastrica*, w której to sprawie uczucie palenia bywa umiejscawiane znacznie niżej, w samym trzonie żołądka. Zgaga żołądkowa zawsze jest połączona, z nadkwaśnością, i zażycie sody zawsze przynosi chorym ulgę.

Zgaga zasadniczo jest objawem, towarzyszącym czystej nadkwaśności, spotyka się jednakże również w przypadkach wrzodu żołądka i dwunastnicy, w przypadkach zwężenia odźwiernika. Szczególnie uporczywe zgagi są zawsze podejrzane co do obecności wrzodu. Co do leczenia, to w <sup>2</sup>/<sub>3</sub> przypadków wystarcza zwalczanie nadkwaśności.

A więc w pierwszym rzędzie djeta mleczno-jarzynowa i niedrażniąca, przez dość długi czas, potem ostrożne przejście do ryby i mięsa (gotowanego). Od czasu do czasu zaleca autor podawanie mieszaniny migdałów słodkich i gorzkich w stosunku 3 : 1, w stanie drobno sproszkowanym, w ilości 2—3 łyżeczek na raz. Poleca się także mleko migdałowe. Najmniej racjonalne jest leczenie zasadami, jeżeli więc, z takich lub innych przyczyn, nie da się ono ominąć, należy przynajmniej podawać naczczco, względnie przed jedzeniem. Proszki zasadowe zapisuje się zazwyczaj w połączeniu z *extr. belladonnae* lub *hyoscyami*, lub też z ciałami adsorbującymi, jak neutralon i t. p.

W przypadkach zgagi nerwowej zasady nie pomagają, zaleca się wtedy środki kojące, wzmacniające, względnie nawet kwas solny. Crämer zaleca *guajacol. carbonicum* z cukrem mlecznym lub z magnezją paloną. B. Goldstein.

A. J. MIRKIN, E. R. MOGILEWSKI i D. B. RABINOWICZ.  
Określenie chlorków w soku żołądkowym jako metoda badania czynności żołądka. (A. f. Verd, Kr. t. 40 z. 5/6).

Z badania soku żołądkowego w odstępach 10 minutowych, po podaniu śniadania próbnego Katscha i Kalka, autorzy wyprowadzają wnioski następujące:

- 1) Wykresy krzywych ogólnej ilości chlorków ulegają wahaniom mniejszym niżeli wykresy krzywych kwasoty.
- 2) Małe ilości chloru obojętnego przy dużej kwasowości przemawiają za skurczem odźwiernika, duże ilości chloru za odźwiernikiem otwartym.
- 3) Niski poziom krzywej chlorków przy braku wolnego HCl przemawia za posuniętą sprawą zanikową gruczołów wydzielniczych żołądka.
- 4) Same wykresy krzywych kwasoty i chlorków nie wystarczają do rozpoznania choroby.
- 5) Jednoczesne badanie kwasoty i chlorków odzwierciedla nam obraz czynności ruchowej i wydzielniczej.

B. Goldstein.

A. E. LEVIN. Metoda badania czynnościowego żołądka. (A. f. Verd, Kr. T. 40, z. 5/6).

Badanie ilościowe wydalanej zawartości oraz wydzielania pod względem ilościowym, jakoteż jakościowym, daje wielostronny obraz czynności żołądkowej

ANCIAS. Insulina a czynność żołądka. (Arch. f. Vrdgkrh. T. XLII. Z. 4).

Badanym podawanó, jako próbnny napój, 300 g. herbaty. 30 g. cukru i 15 g. 90% alkoholu. Jednego dnia zgłębnikowano bez uprzedniego podania insuliny, drugiego — zastrzykiwano ją 20 min. przed próbnym napojem. Co 10 min. wydobywano treść za pomocą zgłębnika Einhorna. Na 20 badanych przypadków otrzymano u 70% po insulinie znaczne zwiększenie wydzielania kwasu solnego. W przypadku bezsoczności organicznej insulina pozostała bez wpływu. Wpływ jej występuje wyraźnie w ciągu 2-iej godziny. Zwiększenie sekrecji nie odpowiada okresowi zwiększonego głodu, wywołanego insuliną. Nie chodzi tu zatem o bezpośrednie oddziaływanie psychiczne, lecz o wpływ insuliny na układ roślinny. Specjalnie w przypadkach zaburzeń czynnościowych obserwowano bardzo duże zwiększenie wydzielania. Dalej insulina już w ilości 5—8 jednostek powoduje zwiększenie ilości i czasu wydzielania soku żołądkowego. To samo dotyczy podpuszczki.

Wyniki badań pozwalają sądzić, iż insulina może służyć za środek pomocniczy w dagnostyce różniczkowej czynnościowych i organicznych zaburzeń w wydzielaniu, jak również do leczenia nerwic żołądka, przebiegających ze zmniejszonym wydzielaniem soku.

Józef Nusbaum.

FLATAU. Stosunek wiądu rdzenia do cierpień układu pokarmowego. (Arch. f. Vrdg. T. XLII. Z. 4).

Opisane przypadki wykazują, iż stosunek wiądu rdzenia do schorzeń przewodu pokarm. jest różnolity. Przedewszystkiem należy wymienić przełomy żołądkowe, które cechuje nagły początek i koniec oraz brak wszelkiej wrażliwości żoł. w okresach międzyatakowych. Przełomy te występować mogą nie tylko w daleko posuniętym wiądzie, lecz również w okresach początkowych, gdy brak jeszcze objawów typowych. Nierzadko występują we wiądzie wymioty krwawe, dagnostyka różniczkowa między wiądem a wrzodem żołądka staje się wówczas specjalnie trudna. Dostyc często stwierdzano współistnienie obu cierpień. Kiedyindziej podobne przełomy powstawać mogą na tle zmian miażdżycowych.

Do napadów powstających w wiądzie, należą również przełomy wątrobowe, nie są one jednak tak częste, jak żołądkowe. Różniczkowanie zatem wiądu i kamicy żółciowej jest często trudne, zwłaszcza, iż oba cierpienia mogą jednocześnie występować.

Autor zwraca dalej uwagę na t. zw. przełomy odbytnicze: parcie, bolesne oddawanie stolca, uczucie gorąca w tej okolicy, uczucie znajdującego się tam obcego ciała i t. d.

Józef Nusbaum.

ROSENFELD. W sprawie kuracji wyłącznie śmietanką. (Arch. f. Vrdgkrh. T. XLII. Z. 4).

Pacjenci otrzymują w odstępach 6-cio godzinnych po 1/2 l. śmietanki; w razie bólów głodowych lub nocnych — jeszcze po 1/4 l. Pozostają przytem w łóżku. W większości przypadków już po 4-ch dniach znikają zarówno bóle samoistne, jak i uciskowe. Śmietanka, podawana przez R., zawierała 12—15% tłuszczu (wartość kaloryczna dziennego pożywienia wynosiła 2,700 kaloryj). Działanie śmietanki tłumaczy się w ten sposób, iż stanowi ona z jednej strony dobrą powłokę ściany żoł., z drugiej — zmniejsza wydzielanie kwasu solnego. Ból żołądkowy powstaje w *antrum*, które reaguje skurczem na spływający z dna kwas solny. Na skutek istniejącej pokrywy śmietankowej kwas solny nie drażni bezpośrednio śluzówki. Pozatem śmietanka wpływa łagodząco na perystaltykę żołądka.

W żołądkach z bezsocznością bóle są objawem rzadkim. Możliwe jest, iż powodem ich jest hiperkineza żołądka, często towarzysząca bezsoczności. Tu również śmietanka działa łagodząco.

Józef Nusbaum.

## Wskazówki praktyczne.

— Walter K. Fränkel zastosował z doskonałym skutkiem *efetoninę Merccka* w ciężkim przypadku *naczynioruchowego nieżytu nosa (rhinitis vasomotorica)*, bezskutecznie leczonego najrozmaitszemi środkami i metodami. Dwie pastylki po 0,05 przerywają napad po upływie 10 minut; napady zdarzają się o wiele rzadziej niż dawniej.

(Med. Klin. 1928 Nr. 35).

— Według F. Friedrichsena *Salabroza* jest środkiem w zupełności nieszkodliwym *zapobiegającym u djabetyka ketonurji lub usuwającym ją bez powiększenia ilości cukru w moczu*. *Salabroza* poprawia stan ogólny i podnosi wagę ciała, ponieważ dostarcza osłabionemu ustrojowi *djabetyka środka, zastępującego węglowodany, i reguluje przemianę białkową a zarazem oszczędza aparat wysepkowy.*

(D. m. Woch. 1928. Nr. 31).

— *Allizatyna*, zawierająca działające części składowe czosnku, jest, według P. Bonema, środkiem *przeziwbiegunkowym i wzmacniającym, a zarazem pobudzającym wydzielinę soku żółdkowego.*

(D. m. Woch. 1928. Nr. 30).

— P. Schmidt i Scholl stosowali *Gravitol*—namiastkę syntetyczną sporyszu—w okresie *poporodowym i w krwawieniach gine-*

*kologicznych* z doskonałym wynikiem. Używa się w postaci *zastrzykiwań podskórnych i doustnie.*

(M. m. Woch. 1928. Nr. 30).

— I. Basch uważa za najlepszy środek przeciwko *aftom* *pendzlowanie neosalwarsanem lub neosalwarsanem srebrowym.* Rozpuszcza się 0,15 w wodzie i dwukrotnie *pendzluje się ogniska aftowe.* Tam, gdzie sprawa ma tendencję do szerzenia się, jak również i w początkowym okresie choroby wystarcza zwykle jedno *pendzlowanie całej jamy ustnej.* Jeżeli po upływie 5 dni wynik leczenia nie jest zadowalający, to należy *procedurę powtórzyć, stosując dawkę 0,3.*

(D. m. Woch. 1928. Nr. 29).

— Saxl zaleca następujące leczenie *obrzęków: Solirgan i Nowasurol* można stosować tylko tam, gdzie nerki są *nieetknięte, a więc nie w zapaleniu nerek, ani w nefrosklerozie, lecz tylko w nefrozach i w nerce zastoinowej* przy dostatecznej jej sprawności. W nefrozach działają również skutecznie *moczniki i tarczycy.* W razie słabej działalności serca zbyt szybko i zbyt silna *diureza* nie jest pożądana. W gospodarce wodnej ważną rolę gra *wątroba* i dlatego *kwasy żółciowe* działają *moczopędnie.* W marskości *wątroby* stosowanie *doustne 6—9 gram. chlorku amonu* *wzmacnia działanie nowasurolu.*

(W. m. Woch. 1928. Nr. 23).

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

### Z Towarzystw Lekarskich Polskich.

Na posiedzeniu Koła Poznańskiego Towarzystwa Internistów Polskich d. 8.VI. 1928. Orzechowski przedstawił przypadek *limfogranulatozy* u 20-letniej dziewczyny. Rozpoznanie kliniczne zostało potwierdzone przez obraz histologiczny wyciętego gruczołu. Przypadek ten odznaczał się dwiema osobliwymi cechami: 1) obraz krwi był niemal prawidłowy, 2) działanie lecznicze promieni Roentgena wystąpiło dopiero przy końcu serji naświetlań.

Jagielski przedstawił: a) rentgenogram *samoistnego złamania kości* u chorej 65-letniej, która była przekazana do kliniki z błędnym rozpoznaniem *osteomyelity.* W rentgenogramie widać *zwapniałą w całym przebiegu art. femoralis, tak, iż nasuwa się przypuszczenie, iż zmiany w odżywianiu kości były powodem powstania złamania.* b) W przypadku *ropnego zapalenia miedniczki nerkowej* widać na rentgenogramie powiększoną *nerkę, w której cień wkracza 13 żebro.* Ucisk ze strony tego nadliczbowego żebra stał *prawdopodobnie w związku przyczynowym z istniejącą chorobą.*

K. Śniegowski przedstawił chorego z nawrotem *zatrucia ołowiuowego, z charakterystycznymi objawami.* Chory był zajęty przy spajaniu płyt akumulatorowych. Demonstracja obrazów krwi.

Łabendziński przedstawił wykończony model swego *nowego aparatu do sztucznej odmy.*

Łabendziński: O t. zw. *grubej kropli krwi.* Skąpa liczba *pasorzytów malarji* wymaga niekiedy *żmudnego przejrzania* nawet kilku wymazów krwi. Znacznie prędzej uzyskuje się wynik przez badanie grubszej warstwy krwi, t. zw. *grubej kropli.* Ginie w niej *wprawdzie obraz kształtów czerwonych ciałek, gdyż dla osiągnięcia przezroczystości preparatu* muszą one *przed lub podczas barwienia zostać pozbawione barwnika* przez *działanie wody przekroplonej.*

Sposób podany dla powyższych celów przez *Ronald Rossa* został przed dziesiątkiem lat *zalecony* przez *V. Schillinga* jako *uzupełnienie* każdego *morfologicznego obrazu* krwi. W *grubej kropli* można bowiem *poza tem z łatwością 1), rozpoznać polichromazję i bazochłonne nakrapianie, przez co uwy-*

*datnia się nasilenie erytropoiezy, 2) wyliczyć odsetek eozynochłonnych.* Sposób ten będzie mógł tak samo być użyty dla *bazofilów, gdy się uda znaleźć metodę ich różnicowania.*

(Nowiny Lek. 1928 r. Zesz. 16)

### Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

W Wiedeńskim Tow. Pediatrycznym zwrócił Koch na pos. z dnia 14.III r. b., uwagę na występowanie *wysypki* w przypadkach *grypy.* Wysypka ta, podobna do *płoniczej, występuje 2-go lub 3-go dnia i ginie po upływie 24—48 godzin—bez następczego łuszczenia się skóry.* Usadawia się ona *głównie na tułowiu; ucisk palcem zdradza lekko żółtawe zabarwienie skóry.* W 3 spostrzeganych przez K. przypadkach przebyły *dzieci już dawniej płonicę, co również świadczy o tem, iż wysypka ta jest wywołana przez schorzenie grypowe.* W dyskusji podkreślił *Wagner* fakt, iż w r. b. *grypa występuje z reguły, jako sprawa gorączkowa natury ogólnej, bez jakichś specjalnych zaburzeń ze strony poszczególnych narządów, natomiast* *niezadkie są, po pewnej przerwie nawroty — tym razem już z umiejscowieniem się sprawy chorobowej w postaci np. zapalenia ucha środkowego lub anginy.*

*Hecht* poruszył na tem samym posiedzeniu sprawę *występowania niemiarowości tętna u dzieci.* Najczęstszą postacią *niemiarowości wieku dziecięcego* jest *niemiarowość oddechowa.* Jest ona często *wczesnym objawem gruźliczego zapalenia opon mózgowych — stanowi prawdziwe signum mali ominis, jeśli zjawia się po przebyciu przez dziecko błonicy.*

Oryginalną, a posiadającą doniosłe znaczenie praktyczne metodę *leczenia przewlekłej rzeżączki narządów rodnych* *kobiet* *podał Loeser* na pos. majowem (2/V—28 r.) *Berl. Tow. Lek.* Metoda ta polega na *stosowaniu zastrzykiwań podskórnych żywych gonokoków.* Jak wiadomo, *przewlekłe zapalenie rzeżączkowe macicy i przydatków* *niełatwo poddaje się leczeniu.* Dotychczas *stosowane metody leczenia szczepionkowego* *wymagały* *wielu miesięcy, a nawet lat, dla osiągnięcia* *zupełnego biologicznego wyjałowienia ustroju.* Autor *pierwszy podjął próby leczenia tego przewlekłego cierpienia za pomocą* *właśnie pod-*



skórnych zastrzykiwań żywych gonokoków — rozumie się, po uprzednim przekonaniu się (na sobie) o nieszkodliwości tych iniekcji dla zdrowych. Badania dalsze przeprowadzone na ludziach zdrowych, wykazały, iż hodowle zjadliwych gonokoków wywołują, po podskórnej ich wprowadzeniu, jedynie miejscowe, podobne do ropowicy zapalenie tkanki podskórnej z nieznacznym tylko podniesieniem ciepłoty ciała. Po tych badaniach wstępnych przystąpił autor do stosowania zastrzykiwań bakteryjnych u chorych. Obecnie L. rozporządza już materiałem obserwacyjnym, dotyczącym 800 podskórnych iniekcji u kobiet z przewlekłą rzeżączką. — Gonokoki utrzymują się przy życiu przez szereg dni w tk. podskórnej i wywołują niewątpliwie uodpornienie czynne. Wyniki tej terapii są nadzwyczajne. Często jedno tylko zastrzyknięcie wystarczało, aby spowodować wyliczenie zupełne; czasem należało wykonać szereg zastrzykiwań w odstępach 14—20 dniowych. Metoda ta skuteczna jest jed-

nie w przypadkach rzeżączki macicy i przydatków, u mężczyzn — w zapaleniu gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych — oraz w rzeżączkowym zapaleniu stawów. Natomiast oporną jest na to leczenie rzeżączka cewki moczowej, odbytnicy oraz gruczołów Bartholiniego. Metoda Loesera posiada doniosłe znaczenie praktyczne z punktu widzenia higieny społecznej, umożliwiając w krótkim czasie zupełne wyleczenie nosicieli zarazków gonok., stanowiących niebezpieczeństwo dla ogółu. L. zwraca jednak uwagę na to, iż warunkiem osiągnięcia pomyslnych wyników leczniczych jest stosowanie hodowli gonokoków, otrzymanych z ropy, pochodzącej z przypadków ostrych; hodowle te nie powinny przeżyć więcej ponad 1—3 pasażę. Stare hodowle laboratoryjne oraz znajdujące się w handlu hodowle gonokoków nie nadają się przeto zupełnie do powyższych celów.

(Klin. Woch. Nr. 25/28 r.)

## Krytyka lekarska.

### Nowotwory mózgu i rdzenia a naświetlanie promieniami Roentgena.

(Uwagi dyskusyjne<sup>1)</sup>).

Podał

Henryk HIGIER (Warszawa).

„Rozdział o rentgenoterapii w chorobach mózgu, rdzenia i nerwów jest dotąd dość po macoszu traktowany w piśmiennictwie, a przedewszystkiem w praktyce lekarskiej. A jednak rentgenoterapia w tej dziedzinie dostarczyła teoretycznie wiele poważnych wyników. Zasługuje też ona na wyróżnienie ze strony neurologa, a zwłaszcza lekarza praktyka“. Tak pisał przed rokiem L e n k<sup>1)</sup>, główny asystent prof. H o l z k n e c h t a, jednego ze starszych i doświadczeńszych radjologów świata.

Nie wiele się zmieniło w tym kierunku za ostatni rok. Zabierając głos w tej sprawie, staję w tej chwili właśnie na stanowisku neurologa praktyka, mającego na względzie nie tyle sprawę rentgenodjagnostyki, ile stosowanie rentgenoterapii. Usiłowano bowiem stosować ostatnio promienie w sprawach nowotworowych i zapalnych, przerostowych i zanikowych, układowych i degeneracyjnych, organiczno-dokrewnych i funkcjonalno-naczyniowych mózgu.

Poruszyć chciałbym w artykule niniejszym wyłącznie sprawy blastomatyczne ośrodkowego układu nerwowego w zarysach ogólnych, nie dotykając bliżej poszczególnych prac obcych autorów ani też odnośnego odosobnionego materiału kazuistycznego (F l a t a u) naszego piśmiennictwa. Nie zagłębiając się zbyt w metodykę ani w wyłomaczenie sposobu działania promieni katodowych, może zrobić niżej wyjątek dla jednego sposobu tłomaczenia, który uważam za swój własny.

Niejednokrotnie z okazji demonstracji szpitalnych, dotyczących chorób mózgu i rdzenia, zabierałem głos w dyskusji, zwłaszcza, gdy chodziło — jak to miało miejsce w ostatnich latach — o leczenie promieniami głębokimi czyli twardymi Roentgena. Chciałbym w tem miejscu w krótkich uwa-

gach dyskusyjnych sprecyzować stanowisko swoje w tej tak ważnej a aktualnej sprawie, — stanowisko dawne, oparte częściowo na doświadczeniu własnym, częściowo na danych z piśmiennictwa i z pokazów w szpitalach i w Towarzystwie Neurologicznym (kol. B r e g m a n a, F l a t a u a, O r z e c h o w s k i e g o, Z a w a d z k i e g o i i n n.).

\* \* \*

Jak zachowywać się ma lekarz, gdy stwierdzi klinicznie u chorego obecność guza w mózgu lub rdzeniu?

Jest to pytanie zasadnicze, w jednakowej mierze interesujące lekarza-praktyka, który się jedynie domyśla nowotworu, neurologa, który go stwierdza precyzyjnie, i rentgenologa, do którego się nieraz zwraca o radę lekarz lub chory.

Nie ulega wątpliwości, że guz, jako narośl, jako ciało obce, ponieważ twór pasorzytniczy, wszędzie i zawsze tym samym podlega prawom iniekcyjnym: możliwie szybkiej eksmisji z domu właściciela, możliwie gruntownej eliminacji. Są niewątpliwie i rzadkie wyjątki z tego ogólnego prawidła, gdy 1) np. z jednej strony ów nieproszony i niespodziany gość mało dolega, mało dokucza właścicielowi, znośną tworzy symbiozę, zgodne współżycie z nim, lub 2) przeciwnie, gdy tak jest kapryśny, zmienny w swoim obliczu, tak nieuchwytny i niestały w swej lokalizacji, wielkości i strukturze lub wreszcie 3) z drugiej strony, gdy tak niebezpiecznymi następstwami i poważnymi komplikacjami wraże gwałtownego usunięcia grozi mocno wyczerpanemu lokatorowi, że po namyśle i naradzie z lekarzem decyduje się rozpaczony właściciel pozostawić go na miejscu i w spokoju.

Konserwatywnie więc postępujemy, jeśli mamy do czynienia z wrodzonym guzem, z małoobjawowym, łagodnym, stacjonarnym nowotworem zupełnie w myśl starej maksymy: *quieta non movere*, lub przeciwnie, gdy wypada nam się uporać ze zbyt daleko posuniętym, rozsianym, wielogniskowym, złośliwym względnie w trudno przystępnym miejscu usadowionym guzem w myśl nie mniej wypróbowanej praktycznej rady prawnej wstrzymania egzekucji nakazanego i prawomocnego wyroku eksmisyjnego.

<sup>1)</sup> Uwagi dyskusyjne z okresu 1922—1928 r.

<sup>2)</sup> R. L e n k. Wiener Klin. Wochenschr. 1927. Nr. 20.



W tych przeto przypadkach działamy objawowo lub farmakologicznie, częściej jednocześnie obu metodami. Zmniejszamy ciśnienie wewnątrzczaszkowe:

1) przez stosowanie substancji, zakłócających izotonję i normalny współczynnik osmotyczny płynu mózgowo-rdzeniowego (dożylnie roztwory glukozy lub siarczanu magnezu);

2) przez dokonanie — o ile nie wchodzi w rachubę tylna jama czaszkowa — częstych nakłuć lędźwiowych lub

3) punkcyj komorowych,

4) lub przekłucia spoidła mózgu metodą Anton-Bramanna (Balckenstich);

5) przez tworzenie wentylu w bocznej, tylnej lub dolnej ścianie czaszki, czyli przez trepanację dekompressyjną w obrębie czaszki, względnie kręgosłupa;

6) wreszcie przez systematyczne naświetlanie promieniami radowymi lub rentgenowskimi.

Ostatnią metodę, jak wiemy, przejeżdżaliśmy po dermatologach i internistach, przyzwyczajonych oddawna do stosowania jej *largamano* w ciężkich sprawach zachorzenia skóry, gruczołów powierzchownych i głęboko położonych (w jamie opłucny i brzusznej), wątroby, śledziony, kości i szpiku kostnego, zwłaszcza gdzie ciężkość zabiegu chirurgicznego jest nieproporcjonalna do ewentualnie osiągalnego wyniku terapeutycznego.

W każdym innym przypadku guza mózgu lub rdzenia dążeniem naszym być winno usunięcie na tej lub innej drodze, całkowicie (Krause) lub częściowo (Cushing), guza, łącząc operację w każdym poszczególnym przypadku z szeroką dekompressją, która przez odciążenie mózgu nieraz działa o wiele skuteczniej i stalej od bardzo pomyslnego lub mało udatnego wyłęczekowania samego guza. Następcze naświetlanie promieniami katodalnymi jest często wskazane, zwłaszcza gdy obawiamy się nawrotu lub gdy budowa guza, stwierdzona konkretnie makroskopowo względnie mikroskopowo przy biopsji, zaś w przypadkach guzów, niedostępnych dla oka operatora, rekonstruowana na innej drodze upoważnia lub skłania do systematycznych naświetlań.

Tyle co do wskazań ogólnych.

\* \* \*

Powstaje na wstępie pytanie, czy *ceteris paribus*, gdy jest wskazana interwencja chirurgiczna z ewentualną następczą rentgenoterapią, nie można odwrócić porządku kolejnego, na co się chętnie z zamkniętymi oczami każdy chory, nawet radiofob, z guzem mózgu lub rdzenia i każde otoczenie chorego bez zastrzeżeń zgodzi — rozpocząć leczenie, co też czyni się często w szpitalach i klinikach, od naświetlania i zakończyć je w razie potrzeby operacją.

Osobiście uważałbym to za błąd w postępowaniu lekarskim, błąd, mszczący się nieraz dobitnie na chorym i lekarzu samym, błąd, dopuszczalny jedynie w okresie wahającej się djagnozy lokalizacyjnej. Stanowisko to postaram się w myśl wypowiedzanego niejednokrotnie podczas dyskusji poglądu na sposób działania rentgenoterapii bliżej uzasadnić.

Nie broniłbym nigdy tej tezy danemi ze statystyki porównawczej obu metod leczniczych, gdyż takiej statystyki, zdaniem moim, ani dla mózgu, ani dla rdzenia niema nigdzie, nawet na wielkich oddziałach neuro-chirurgicznych Ameryki Północnej, gdzie rozpoznane i operowane guzy układu nerwowego ośrodkowego liczą się już obecnie na setki i tysiące.

Faktem jest, że, o ile rozumiemy dobrze wpływ i działanie terapii mechanicznego usunięcia guza, o tyle mało się orientujemy co do wpływu i działania terapii promiennej na guz i tkanki otaczające, jeśli mamy mówić o wpływie stałym, niezmiennym na komórki narządowe.

Wystarczy przytoczyć jako przykład jeden z częstszych guzów, mięśniaki macicy, w których najczęściej się stosuje naświetlanie z pomyslnym skutkiem. Co do nich miało się wszak absolutną pewność przez szereg lat, że promienie, niszcząc komórki myomatyczne, usuwają krwawienia. Okazało się atoli, że dzieje się to drogą okólną po przez jajnik, którego pęcherzyki Graafa ulegają zniszczeniu rentgenowskiemu, a to dopiero wywołuje wtórnie kurczenie się i zanikanie guzów macicy.

Zupełnie pewni byliśmy dawniej także w interpretowaniu wpływu promieni na mózg, rdzeń i nerwy obwodowe, słowem, na układ nerwowy, dodajmy, jak dotąd najbardziej po macoszemu traktowany w rentgenoterapii, która niewątpliwie wzbogacić by mogła smutny skądinąd rozdział neurochirurgji operacyjnej przez swe radykalne lub paliatywne działanie. Pewność interpretacji atoli i tutaj z rosnącym doświadczeniem klinicznym traci częściowo grunt pod nogami.

Liczne są teorie działania X-promieni na tkankę nerwową, których omawiać bynajmniej nie mam zamiaru. Najbardziej trafia do przekonania teoria głębokiego drażenia twardej promieni, niszczących tkankę nowotworową.

Gdyby się istotnie dało tego dowieść, to dyskusja na temat przewagi tej łagodnej metody leczniczej byłaby zbędna i bezcelowa. Niestety, jednak tej pewności zadziałania nie posiadamy.

Nie wiedzieliśmy dotąd:

1) czy wogóle promienie zawsze i wszędzie przenikają poprzez substancję mózgową w głąb do guza,

2) czy wnikając oszczędzają po drodze substancję normalną mózgu i rdzenia,

3) czy działają istotnie elekcyjnie na wzór pewnych jądów organicznych i trucizn z zewnątrz pochodnych,

4) w jakim stopniu modyfikują czynność komórek patologicznych a) mięszu nerwowego, b) makro- i mikrogleju, c) tkanki łącznej i d) naczyń bujących często nadmiernie w guzach złośliwych,

5) czy zawsze niszczą, czy też tu i owdzie działają potęgując bujanie komórek patologicznych, nierazdo o cechach komórek zarodkowych, do bujania skorych,

6) czy odbywa się wszystko, jak np. w powierzchownie położonych tkankach i gruczołach gruczołowych, gdzie tkanka granulacyjna i limfatyczna ulegają zniszczeniu, masy zserowaciałe wesyliu a tkanka łączna bujaniu, czy też dzieje się inaczej.

Klinicznie wiemy tylko tyle, że nierzadko poprawy po naświetlaniu są wybitne. Ale ku wielkiemu żalowi — i tutaj znowu decyduje potężny głos suchej empirji — jest ta poprawa często zmienna, niestała, zwodnicza, w pierwszej serji duża, w drugiej mniejsza, w trzeciej żadna, jak gdyby się energia jej jak w akumulatorze szybko wyczerpywała, u jednego osobnika poprawa bywa ogromna, u drugiego minimalna lub szybko przemijająca.

Nie ulega wątpliwości, że wielką rolę gra tutaj brak ustalonej metodyki i doświadczenia leczniczego.

Ale nie łudźmy się. Tem jednym wyłącznie tłumaczyć się nie daje, dlaczego w jednym i tem samym mieście, ba nawet w jednym i tym samym szpitalu znajdujemy wielkich fanatyków — adherentów i ostrożnych pesymistów — sceptyków te same metody leczniczej w tychże przypadkach guzów ośrodkowych tegoż układu nerwowego.

Przynajmy w każdym razie, że akty co do wartości tej, jeszcze dotąd młodej, przez empirję popieranej terapii bynajmniej nie są zamknięte, że stoimy raczej u progu zagadki, gdzie wiele jeszcze jest spornego, wiele wątpliwego, skoro np. w dziedzinie guzów rdzenia Fischer z Pragi mówi o 100% pomyślnie naświetlonych, podczas gdy

słynny neurochirurg amerykański Dandy z Baltimore mówi o 0% w niekwalifikujących się do interwencji nowotworach; skoro znany radiolog paryski Beclère wyraża się z entuzjazmem, gdy niemniej znany mózgowy chirurg bostoński Cushing z lekceważeniem o radioterapii tychże guzów przysadki.

Co w tej dziedzinie jest poniekąd ustalone, sprowadza się do następującego. Działanie promieni prawie nigdy nie jest drażniące lub pobudzające zanikłą, zwyrodniałą tkankę do czynności, lecz, przeciwnie, zawsze niszczące, przyczem najbardziej ulegają temu działaniu komórki nadczynne, hiperplastyczne, blastomatyczne (*Depression hyperbiotischer Zell-und Gewebszustände — Holzknecht*).

Tkanka nerwowa należy naogół do najodporniejszych względem promieni. W każdym razie dawki eksperymentalne, znacznie przewyższające terapeutyczne, nie wywołują zmian poważniejszych w otaczających guz włókniach i komórkach normalnych, zarówno nerwowych jak glejowych.

\* \* \*

(Dok. nast.)

## Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

### Rola Ośrodka Zdrowia w administracji sanitarnej.

Podał

Dr. Stanisław TUBIASZ (Warszawa).

Rozpoczęta w okresie powojennym energiczna walka z tak zwanymi chorobami społecznymi okazała się niemożliwa do prowadzenia zapomocą istniejącego do niedawna aparatu sanitarno-administracyjnego. Lekarz urzędowy miejski, czy też powiatowy miał za zadanie walkę z chorobami zakaźnymi, nadzór nad higieną otoczenia człowieka i przeróżne czynności zaufania (sądowo-lekarskie, pobory komisje, świadectwa i. t. p.). Do wykonywania tych czynności posiadał on co najwyżej szczupłe biuro, a w charakterze personelu pomocniczego dozorcę sanitarnego i pomoc kancelaryjną. W ramach tych nie było miejsca dla higieny społecznej, które to zagadnienie wysunęło się na czoło w dziedzinie sprawowania agend zdrowia publicznego w dobie powojennej.

Jednakże młoda administracja sanitarna polnie stanęła na rozdrożu. Korzystając z doświadczenia państw, które już od lat kilkudziesięciu akcją społeczno-sanitarną prowadziły, w pierwszym rzędzie opierając się na wzorach angielskich i amerykańskich, przystąpiono do tworzenia poradni, mających na celu walkę z poszczególnymi chorobami. Od lat kilku, jak Polska długa i szeroka, powstają liczne poradnie przeciwgruźlicze, przeciwjadlicze,

przeciwweneryczne, stacje opieki nad matką i dzieckiem i t. d. Można już je liczyć na setki; zdobywamy doświadczenie na własnym terenie w warunkach specyficznie polskich i stopniowo osiągamy kształtowanie się pojęć co do tego, jakie formy są najodpowiedniejsze dla prowadzenia akcji sanitarno społecznej w naszych warunkach.

Okazało się już na początku wspomnianej akcji, że podział działalności pomiędzy liczne instytucje nie jest wskazany i to z wielu względów. Przedewszystkiem przemawiają przeciwko temu względy natury pieniężnej. Akcja, rozproszkowana na cały szereg instytucji, powoduje zwiększenie wydatków na lokale, personalnych i całego szeregu innych. Pozatem zjednoczenie akcji w jednym miejscu jest wygodniejsze dla ludności i dla personelu, zmniejszając do minimum korespondencję, jakoteż niepotrzebne wędrowki od jednej instytucji do drugiej. Wreszcie należy zwrócić uwagę na najważniejszy względ, przemawiający za scentralizowaniem całej akcji w dziedzinie zdrowia publicznego, mianowicie, jeżeli posiadamy na danym terenie kilka instytucji (np. poradni) z własnym personelem pielęgniarskim, to może się zdarzyć i zdarza się często, że do jednej i tej samej rodziny przychodzi kilka pielęgniarek, z których każda udziela wskazówek, informacji i t. d., przyczem, jak to się łatwo domyśleć, wskazówki te nie zawsze są ze sobą identyczne. Jest to uciążliwe dla ludności, powoduje zamęt i dyskredytuje całą akcję. To też zupełnie uzasadnione jest żądanie, żeby całokształt akcji w dziedzinie zdrowia pu-

blicznego był ześrodkowany na danym terenie w jednej instytucji, którą nazywamy ośrodkiem zdrowia.

Rozumieć to należy w ten sposób, że w tej instytucji powinna się koncentrować zarówno akcja społeczno-zapobiegawcza, jak i sanitarno policyjna. W ośrodku zdrowia powinna być prowadzona walka z gruźlicą, jaglicą, chorobami wenerycznymi, opieka nad matką i dzieckiem, walka z alkoholizmem i chorobami umysłowymi, może on zawierać laboratorjum podręczne, poradnię sportową i inne pokrewne działy, ale tam również winien być sprawowany nadzór nad zaopatrzeniem ludności w wodę, nad usuwaniem nieczystości, nadzór nad ogólną czystością, nad środkami spożywczymi, walka z chorobami zakaźnymi i t. d.

Tę metodę postępowania stosuje się już w Polsce od kilku lat w tak zwanych okręgach wzorowych (Warszawa-Mokotów, pow. warszawski, pow. skierniewicki i pow. będziniński). Akcja ta jest prowadzona pod egidą Państwowej Służby Zdrowia przy współdziałaniu miejscowych władz samorządowych i instytucji społecznych, a jednocześnie korzysta ona z finansowego poparcia Fundacji Rockefeller'owskiej. Dotychczasowe wyniki tej działalności, opartej na stosowaniu ośrodków zdrowia, jako organów służby zdrowia publicznego, są tak zachęcające, że uzasadnione jest dążenie, aby tę samą organizację rozciągnąć na całe państwo. Zresztą przeświadczenie o celowości tej metody przyjęło się już na tyle, że niema bodaj teraz w Polsce powiatu, w którym nie noszono by się z zamiarem tworzenia ośrodków zdrowia, albo też tego zamiaru nie wprowadzono w czyn.

A teraz powstaje pytanie, jak należy ustosunkować działalność ośrodka zdrowia do lecznictwa. Istnieją niestety tendencje do nadania tym instytucjom charakteru ambulatorjum dla chorych przychodzących, t. j. do powtórzenia tego, co w Rosji przedwojennej było znane jako „medycyna ziemska”. Zasadniczo należy tę koncepcję odrzucić i dążyć do pozostania w ramach działalności zapobiegawczej. Nie da się uniknąć stosowania metod leczniczych w chorobach społecznych, zwłaszcza wśród ludności niezamożnej, ponieważ lecznictwo na tym terenie ma charakter metody zapobiegawczej. Pozatem lecznictwo niejednokrotnie znajdzie zastosowanie tam, gdzie ludność jest zupełnie pozbawiona pomocy lekarskiej, ale wtedy działalność leczniczą należy w miarę możliwości odseparować od zapobiegawczej (inne dni, względnie godziny). W każdym razie zasadą powinno być, że lecznictwo pozostawia się w rękach lekarzy wolnopracujących, Kas Chorych i specjalnych zakładów leczniczych.

Wyłuszczone wyżej zakres działalności wykreśliła jednocześnie granice tego terenu, na którym działa ośrodek zdrowia. Obszar jego powinien być tak zakrojony, żeby ludność mogła stosunkowo wygodnie korzystać z usług ośrodka, np. żeby matka z niemowlęciem, albo dziecko mogły przyjść po poradę. To też jest rzeczą oczywistą, że nie można tworzyć jednego ośrodka zdrowia na powiat i uważać sprawę za załatwioną. Trzeba powiat podzielić na odpowiednie okręgi, a w każdym okręgu w miejscowości, łatwo dostępnej dla ludności (większa wieś, miasteczko), stworzyć ośrodek zdrowia.

Co do miast, to doświadczenie dotychczasowe uczy nas, że jeden ośrodek może wystarczyć powyżej na 50,000 ludności. Miasta o ludności liczniejszej należy dzielić na okręgi, stwarzając w nich odpowiednią liczbę ośrodków.

Wobec tego zaś, że wprowadzony już jest podział powiatów pod względem administracji sanitarnej na okręgi (rejon), a większych miast na dzielnice i komisarjaty, to przystosowanie ośrodków zdrowia do istniejącego podziału nie nastęrczy zwykłe trudności.

Sprawa podziału terytorjalnego wiąże się odrazu z kwestią kierownictwa. W każdym bowiem okręgu czy to wiejskim, czy miejskim, przewiduje się potrzeba lekarza okręgowego (rejonowego, dzielnicowego), i rzeczą najwłaściwszą i zupełnie logiczną jest postawienie tego lekarza na czele ośrodka zdrowia. Oczywiście, że od tego lekarza tego należy wymagać odpowiednich kwalifikacji i Państwowa Szkoła Higieny na swych licznych kursach kształci odpowiedni materiał lekarski. Lekarz ten poza ogólnym kierownictwem ośrodka będzie częstokroć pracował w jednej lub kilku z poradni ze względu na brak dostatecznego personelu lekarskiego, ale zasadniczo nie wchodzi to w zakres jego obowiązków.

Co do innego personelu, to nie można sobie wyobrazić racjonalnej działalności ośrodka zdrowia bez odpowiednio zorganizowanej pracy pielęgniarek społecznych (higienistek, wywiadowczyń), które stanowią łącznik pomiędzy lekarzem a ludnością, które winny dotrzeć do każdej rodziny, do każdego osobnika i własnym przykładem, pokazami, namową i perswazją szerzyć zasady higieny wśród tych, którzy o tych zasadach albo nie wiedzą, albo je sobie lekceważą.

Działalność takiej pielęgniarki społecznej jest bodaj niemniej ważną, niż akcja lekarska i dlatego wymagać należy od personelu pielęgniarskiego wysokich kwalifikacji. Cztery istniejące w Polsce szkoły pielęgniarstwa (2 w Warszawie, w Krakowie i w Poznaniu) dostarczają takiego personelu, stojącego na odpowiednim poziomie, ale wobec wielkiego zapotrzebowania podaży nie wystarcza. Poczynione zostały kroki, ażeby powiększyć liczbę słuchaczek w wymienionych szkołach, a poza tem będąca w stadium organizacji piąta szkoła, w Katowicach, ma być przystosowana do potrzeb. Wreszcie Departament Służby Zdrowia zamierza w roku bieżącym urządzić skrócony kurs dla higienistek (9-miesięczny,) ażeby móc choć w części pokryć zapotrzebowanie na tego rodzaju pracownice.

Włączenie w zakres działalności ośrodka także i higieny otoczenia wymaga dostarczenia lekarzowi naczelnemu wykwalifikowanej pomocy w dziedzinie policji sanitarnej. Taką pomocą jest kontroler sanitarny, to też conajmniej jeden kontroler powinien być przy każdym ośrodku zdrowia. Zadaniem jego jest nadzór nad zaopatrywaniem w wodę, nad usuwaniem nieczystości, nadzór nad żywnością, a w razie potrzeby także dezynfekcja i dezynsekcja.

Ażeby przygotować odpowiednie kadry takich pracowników, w roku bieżącym urządzony został przy Państwowej Szkole Higieny kurs 4-miesięczny dla kontrolerów sanitarnych i nie ulega wątpliwości, że kursy takie będą powtarzane w miarę potrzeby.

Trudno sobie wyobrazić racjonalną działalność ośrodka zdrowia bez odpowiednich pomieszczeń. Przecież jednym z głównych zadań tej instytucji jest szerzenie zasad higieny, propaganda, — a czy można propagować higienę w ciemnych, ciasnych, brudnych pomieszczeniach? O ten szkopuł rozbiła się działalność niejednej przychodni i trudnościami te tłumacza niejedną zawód i rozczarowanie w podjętej akcji. Przystosowywanie pomieszczeń już istniejących rzadko daje wyniki zadawalające ze względu na pewne typowe konieczne rozmieszczenie poszczególnych ubikacji, to też najlepszym rozwiązaniem zagadnienia jest wybudowanie specjalnego na ten cel budynku. Wychodząc z tego założenia i biorąc pod uwagę, że zagadnienie to jest całkiem nowe, Departament Służby Zdrowia z pomocą finansową Fundacji Rockefeller'owskiej, ogłosił w końcu roku ubiegłego konkurs na wzorowe budynki dla ośrodków zdrowia małego (dla osiedli mniejszych) i większego (dla dużych miast) oraz t. zw. sanatoriumy dziennego dla dzieci słabowitych i zagrożonych gruźlicą, licząc się z tem, że zakład taki jest pożądany przy każdym większym ośrodku zdrowia.

W wyniku ogłoszonego konkursu otrzymano szereg prac, które rozważył specjalny sąd konkursowy, a wybrane szkice powierzono autorom do szczegółowego opracowania projektów i kosztorysów. Z otrzymanych w ten sposób projektów sporządzono odbitki, które są obecnie rozsyłane na zapotrzebowanie.

Co do programu minimalnego, to wymaga się conajmniej dwu poradni, gdyż jedna nie może stanowić jeszcze ośrodka zdrowia. Pracę w tych dwóch kompleksach można podzielić w ten sposób, że w tem samym pomieszczeniu w różnych dniach lub godzinach mogą być czynne różne poradnie (przeciwgruźlicza, przeciwjaglicza, przeciwweneryczna i t. p.). Przytem wskazane jest, żeby jedną z tych poradni użyć do roboty czystej (opieka nad kobietą ciężarną, nad niemowlęciem, nad dzieckiem), a drugą uważać za zainfekowaną (gruźlica, jaglica, choroby weneryczne). W ośrodku większym można oczywiście pracę podzielić w sposób bardziej racjonalny, przyczem może być znacznie więcej poradni.

Pomieszczenie rejestracyjne powinno być jedno dla całego ośrodka, niezależnie od liczby poradni, aby umożliwić skoncentrowanie całej rejestracji w jednym miejscu, a tem samym oszczędzić pracy personelowi pielęgniarskiemu.

Najbardziej celowe jest prowadzenie kartoteki według rodzin, ponieważ w jednej rodzinie może być niemowlę, którem trzeba się zaopiekować, i chory gruźliczy i inne przypadki, wymagające opieki ośrodka. Pielęgniarka, udająca się do danej rodziny, znajduje wtedy w jednym miejscu wszystkie dane, które są jej potrzebne.

Biuro sanitarne powinno być nieodzowną częścią składową każdego ośrodka zdrowia ze względu na wagę czynności, którym ma ono służyć (cała higiena otoczenia). W programie minimalnym przewiduje się 1 pokój dla lekarza naczelnego i 1 dla kontrolera sanitarnego. W razie potrzeby liczby tych pokoi można odpowiednio zwiększyć.

W wysokich piwnicach można nawet w małym budynku umieścić również kuchnię mleczną

i natryski, jeżeli zajdzie tego potrzeba. W każdym razie nawet przy małym ośrodku zdrowia powinna być wzorowa studnia i wzorowe ustępy, ażeby móc przychodzącym służyć wzorem, jak te rzeczy powinny wyglądać.

Praktyka dotychczasowa wykazała, że ośrodek zdrowia jest instytucją zupełnie na miejscu w mieście, małym miasteczku, nawet w osadzie, lub większej wsi. Jednakże przy słabym zaludnieniu niektórych części Polski powstaje pytanie, w jaki sposób możnaby dotrzeć z naszą akcją do pomniejszych i bardziej oddalonych wsi. Odległości pomiędzy poszczególnymi osiedlami mogą być tak wielkie, a komunikacja tak utrudniona, że ludność nie będzie mogła korzystać z usług ośrodka zdrowia. Wtedy wskazane jest tworzenie po wsiach mniejszych stacji, złożonych z dwóch, trzech ubikacji, w których dojeżdżający lekarz przyjmuje w określonych godzinach kilka razy lub nawet raz tygodniowo. Natomiast pożądane jest umieszczenie przy takiej stacji stałej pielęgniarki-wywiadowczyni, któraby pod nieobecność lekarza rozciągała w myśl jego wskazówek opiekę nad ludnością.

Jest rzeczą możliwą, że działalność tę mogłaby taka pielęgniarka połączyć z działalnością położonej gminnej. Zorganizowanie takiej stacji nie wymaga nawet specjalnego budynku, może być ona umieszczona w szkole, w domu ludowym względnie w jakimkolwiek innym pomieszczeniu.

Pozostaje do omówienia strona finansowa tworzenia ośrodków zdrowia. Ciężar ten musi spaść przede wszystkim na barki samorządów, które w tych sprawach są najbardziej zainteresowane i rzeczą referenta lekarskiego właściwych samorządów będzie, żeby skłonić czynniki miarodajne do rozpoczęcia opisanej wyżej akcji. Powstaje tu wielkie pole dla inicjatywy osobistej tego lekarza i nie może on się wymawiać trudnościami, które napotyka. Liczne sprawozdania, jakoteż bezpośrednia obserwacja działalności lekarzy urzędowych na prowincji pouczają, że częstokroć w warunkach nader trudnych wśród ludności ubogiej i stojącej na niskim poziomie kulturalnym prowadzona jest energiczna i skuteczna praca, podczas gdy gdzieindziej w okolicznościach sprzyjających inny lekarz nie jest w stanie sprawy ruszyć z miejsca.

Z różnych czynników, które mogą dopomóc w rozwiązaniu trudności finansowych, można wymienić Kasę Chorych, która z natury swych zadań powinna być również zainteresowana w akcji zapobiegawczej, i Skarb Państwa, który w miarę swych skromnych możliwości udziela swego poparcia akcji rozpoczętej.

Rozumie się samo przez się, że nie zawsze można będzie zacząć od razu od tworzenia ośrodka. Częstokroć stanie temu na przeszkodzie wręcz brak zrozumienia wśród czynników decydujących na miejscu. Wtedy wskazane jest rozpoczęcie od tworzenia choćby jednej poradni, dodając potem drugą i trzecią.

Wreszcie, w razie niemożności postawienia specjalnego budynku, umieszczenie ośrodka nawet w lokalu odpowiednio przystosowanym jest lepsze bezwzględnie od zupełnego poniechania całej akcji.

Tak wygląda w zarysie plan zorganizowania akcji sanitarno-społecznej na nowych zasadach.

Wyluszczone wyżej poglądy mają już dość solidne oparcie zarówno w doświadczeniu wieloletniemi państw obcych, jak i w krótkotrwałym naszym własnym. Niewątpliwie praktyka codzienna administracji sanitarnej i swoiste warunki bytowania w różnych połaciach kraju mogą uczynić niezbędnymi pewne modyfikacje w tej koncepcji. Jednakże ogólne wytyczne można już uważać za ustalone,

a zdrowy pęd do tworzenia ośrodków zdrowia, który możemy zaobserwować na terenie całego państwa, napawa nas otuchą, że już niedługo Polska pokryje się gęstą siecią takich instytucji. Wówczas sanitariat polski będzie miał pracę znacznie ułatwioną i będzie w stanie rozwinąć wyżej wspomnianą działalność ku pożytkowi najszerzych mas społeczeństwa.

## Wiadomości bieżące.

— Redaktor „Warsz. Czasop. Lek.” powrócił z wyczasów letnich.

### Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	5/VII-11/VIII	12/VIII-18/VIII	19/VIII-25/VIII
Dżuma . . . . .	0	0	0
Ospa . . . . .	0	0	0
Cholera . . . . .	0	0	0
Dur brzuszny . . . . .	270 (zg. 14)	326 (zg. 20)	417 (zg. 24)
Dur rzekomy . . . . .	1 (zg. 0)	0	0
Dur osutkowy . . . . .	19 (zg. 0)	11 (zg. 0)	18 (zg. 0)
Dur powrotny . . . . .	0	0	2 (zg. 0)
Czerwonka . . . . .	102 (zg. 10)	121 (zg. 15)	147 (zg. 20)
Płonica . . . . .	367 (zg. 29)	359 (zg. 22)	387 (zg. 31)
Błonica . . . . .	115 (zg. 12)	125 (zg. 11)	143 (zg. 8)
Zapał. op. mózgu . . . . .	11 (zg. 2)	4 (zg. 6)	17 (zg. 9)
Odra . . . . .	198 (zg. 3)	233 (zg. 2)	233 (zg. 2)
Róża . . . . .	62 (zg. 2)	70 (zg. 1)	83 (zg. 1)
Krzyszczak . . . . .	139 (zg. 11)	224 (zg. 8)	323 (zg. 19)
Malarja . . . . .	22 (zg. 0)	20 (zg. 0)	23 (zg. 0)
Posoczn. połóg . . . . .	18 (zg. 6)	20 (zg. 7)	19 (zg. 9)
Trąd . . . . .	0	0	0
Jaglica . . . . .	190 (zg. 0)	174 (zg. 0)	129 (zg. 0)
Wąglik . . . . .	10 (zg. 0)	2 (zg. 0)	4 (zg. 1)
Nosacizna . . . . .	0	0	0
Włośnica . . . . .	0	0	0
Wścieklizna . . . . .	0	0	0
Zatrucie jad. kiełb. . . . .	7 (zg. 0)	1 (zg. 0)	0
Choroba Heine-Medina . . . . .	1 (zg. 0)	2 (zg. 0)	3 (zg. 0)
Inne choroby zakaźne . . . . .	141 (zg. 13)	106 (zg. 18)	99 (zg. 11)

— Stypendjum Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej.

1. Polskie Tow. Med. Społ. przeznaczają tysiąc złotych rocznie na fundusz stypendyjny dla studenta-medyka 4 lub 5 roku, lub dla młodego lekarza, poświęcającego się pracy naukowej z zakresu nauk lekarskich.

2. Stypendjum nadawane jest w drodze konkursu ogłoszonego 1 marca, na przeciąg jednego roku akademickiego, licząc od 1 września.

TRĘŚĆ: J. M. BARCIŃSKI. Nieoperacyjne metody leczenia nowotworów złośliwych. (Dok.). — L. HIRSZFELD. Grupy krwi w patologii. — Wł. MATECKI. Zagadnienie konstytucji psychofizycznej. (Streszcz. zbior. C. d.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — H. HIGIER. Nowotwory mózgu i rdzenia a nasświetlania promieniami Roentgena. — St. TUBIASZ. Rola Ośrodka Zdrowia w administracji sanitarnej. — Wiadomości bieżące. — Sprostowanie.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. M. BARCIŃSKI. Le traitement conservatif des tumeurs malignes. (fin). — L. HIRSZFELD. Les groupes du sang dans la pathologie. — L. MATECKI. Le problème de la constitution psychophysique. (Rév. gén. Suite). — H. HIGIER. Les néoplasmes du cerveau et de la moelle et les rayons X. — St. TUBIASZ. Le rôle des „centres de santé” dans l'administration sanitaire.

Redaktor przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej rano.

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

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

www.dlibra.wum.edu.pl

3. Kandydaci winni składać na ręce sekretarza Towarzystwa podanie i curriculum vitae, uwzględniające kierunek zamieszczanej pracy oraz opinię dotychczasowych kierowników naukowych.

4. Wybór kandydata powierza się Komisji naukowej, wybieranej corocznie przez Zarząd Towarzystwa w składzie 3 członków.

5. Stypendjum przyznaje Zarząd na zasadzie powziętej uchwały.

6. Zasadniczo przyznaje się stypendjum na rok jeden; prolongowanie jest możliwe, ale najwyżej dwukrotnie.

7. Stypendjum zobowiązuje do złożenia sprawozdania z pracy, wykonanej w ciągu roku.

Podania należy składać na ręce sekretarza Towarzystwa D-ra W. Knappe. Hoża 37 m. 4.

— Słowiański zbornik ortopedyczny (czeski), rocznik III, zeszyt 3 zawiera następujące prace oryginalne: F. Grospić: „Przypadek młodzieńczego rozmiękczenia kości”. M. Delić: „Zaburzenie czynnościowe stopy spowodowane przez twory przypadkowe”. Zahradnický: „Gruźlica przysadki stawu”. F. Minár: „Wskazanie do operacyjnego ortopedycznego leczenia nawykowego zwichnięcia stawu ramiennego.

### NADESŁANO DO REDAKCJI.

— Dr. Jan Nelken. Przestępca w świetle badań nad budową ciała i usposobieniem. Odb. z „Czasopisma Sądowo-Lekarskiego” 1928. Nr. 2.

— Mieczysław Goldman (junior). Układ roślinny i jego znaczenie w świetle współczesnych poglądów. Odb. z „Polskiego Archiw. Med. Wewn.”. T. VI. Z. II. 1928.

— Dr. S. Mintz. Przypadek wysokiej niedrożności kiszki, spowodowanej przez uwięziony kamień żółciowy. Odb. z czasop. „Gastrologja Polska”. 1928. Nr. 1.

— Działalność Warsz. Tow. Przeciwugruźliczego w 1927 r. Warszawa 1928.

### SPROSTOWANIE.

W artykule Dr. Putermana, w Nr. 27—28 na str. 616 w szpalcie I-ej, w wierszu 11 od góry zamiast „babka, matka, ojciec...” powinno być „babka ojca oraz jego matka...”.

W tej samej szpalcie w wierszu 11 od dołu zamiast „choroby”, powinno być „choroba”.

zaś w wierszu 10 od dołu w tej samej szpalcie, zamiast „sprawa”, powinno być „sprawy”.

— W artykule D-ra Barcińskiego w Nr. 29 „Warsz. Czas. Lek.”, na str. 638, 2 szpalta, wiersz 22 od góry jest: „...w olbrzymiej ilości wypadków jest możliwe”, winno być: „w olbrzymiej ilości wypadków jest niemożliwe”.

na str. 640, 1 szpalta, wiersz 1 od góry jest: „...skóra, częste nasświetlania promieniami Roentgena...”, winno być: „...skóra, często nasświetlana promieniami Roentgena...”.