

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

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

Rok X

WARSZAWA, 9 LUTEGO 1933 R.

Nr. 6

PRACE ORYGINALNE

R o z p r a w y

Rozważania nad patogenezą duszniczy oskrzelowej.

(Próba syntezy *).

Podał

Zdzisław ŚWIDER (Pabjanice).

Treść.

1. Hipoinsulinemja i hiperinsulinemja.
2. Antagonizm chromaffinowo - insulinowy.
3. Rola gruczołów dokrewnych w powstawaniu duszniczy oskrzelowej, a teoria allergenów.
4. Hiperinsulinemja napadowa, jako podłoże humoralne duszniczy oskrzelowej (hipoteza własna).
5. Spostrzeżenia kliniczne, przemawiające za istnieniem hiperinsulinemji napadowej wogóle.
6. Spostrzeżenia nad alkalozą napadową w napadzie duszniczy oskrzelowej.
7. Hiperinsulinemja napadowa czyli alkalozą napadową.
8. Równowaga zasadowo - kwasowa, a układ wegetatywny.
9. Gospodarka węglowodanowa, a układ wegetatywny.
10. Antagonizm między dusznicą oskrzelową a kwasicą cukrzycową, jako spostrzeżenie klinicznie najważniejsze.
11. Skaza alkalotyczna czyli trzustkowa, jako podłoże konstytucjonalne astmy.
12. Streszczenie.

I. Hipoinsulinemja i hiperinsulinemja.

Odkrycie hormonu trzustkowego przez B a n t i n g a i B e s t a potwierdziło wypowiedziane już uprzednio przez szereg autorów przypuszczenie, że czynnikiem, powodującym powstawanie cukrzycy, jest niedostateczne wydzielanie wewnętrzne trzustki, a zatem podczynność tego gruczołu. Liczne prace nad cukrzycą oraz ogólnie - ustrojową, a nie dotyczącą wyłącznie gospodarki węglowodanowej organizmu rolę insuliny —

*) Według notatek z lat 1929 — 30, uzupełnionych częściowo piśmiennictwem nowszym.

uwzględniały też przeważnie zmniejszone wydzielanie wewnętrzne trzustki. Nader nieliczne są natomiast prace, poświęcone nie obniżonej, lecz wzmożonej inkrecji trzustki, a zatem — h i p e r i n s u l i n e m j i (inaczej: *hyperinsulinismus*).

Jest zasługą F a l t y udowodnienie, że ta wzmożona czynność trzustki odgrywa rolę w powstawaniu otyłości endogennej, co też skłoniło F a l t ę do wprowadzenia terapii tuczącej osobników wątłych i ozdrowieńców — zapomocą systematycznych wstrzykiwań insuliny. To działanie tuczące insuliny polega nie tylko na wzroście łaknienia u leczonych tą metodą chorych, a przeto na związanym z tem obfitszym dowozie substancyj pokarmowych, ale również na zwiększeniu zdolności organizmu do odkładania nadmiaru tych substancyj w postaci tłuszczu.

II. Antagonizm chromaffinowo-insulinowy.

F a l t a zbadał też bliżej stosunek insuliny do innych hormonów ustrojowych i przedstawił to w postaci znanego trójkąta (trójkąt F a l t y). Trójkąt ten unaocznia synergizm tyreo-hormonu i adrenaliny oraz ich antagonizm względem insuliny. Zresztą, jeszcze przed odkryciem insuliny udowodnił Z u e l z e r istnienie antagonizmu między adrenaliną a hipotetycznym wtedy hormonem trzustkowym.

Ten antagonizm chromaffinowo-insulinowy (adrenalinowo-insulinowy) stanowić też będzie podstawę naszych rozważań nad (negatywną) rolę hormonu trzustkowego w powstawaniu duszniczy oskrzelowej. Nie będą to jakieś rozważania zupełnie oderwane, lecz oparte wyłącznie na poczynionych przez różnych badaczy spostrzeżeniach. Artykuł niniejszy stanowi zatem skromną próbę powiązania faktów realnych, rozrzuconych chaotycznie i niepołączonych jakąś myślą przewodnią.

Rozważania takie, sądzę, nie są rzeczą jałową, gdyż mogą doprowadzić do postawienia zagadnień już natury eksperymentalnej oraz wskazać drogę do doświadczalnego pogłębienia poruszanego zagadnienia.

III. Rola gruczołów dokrewnych w powstawaniu dusznicy oskrzelowej, a teoria allergenów.

Ostatnio dużo się mówi i pisze, a raczej mówiło i pisało, o roli anafilaksji i różnych allergenów w powstawaniu astmy oskrzelowej, natomiast rzadko tylko się wspomina o doniosłym pod tym względem znaczeniu gruczołów dokrewnych. Ujmowanie zagadnienia patogenezy dusznicy oskrzelowej wyłącznie z punktu widzenia alergii jest ujmowaniem tej sprawy zbyt wąskim. Allergeny pokarmowe lub atmosferyczne dostają się do ustroju wszystkich mieszkańców danego kraju, lokatorów danego domu i pokoju, członków danej rodziny — są jednak allergenami, t. j. czynnikiem szkodliwym tylko dla osobników „uczulonych”. Ale co stanowi podkład tego uczulenia?

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że właśnie zaburzenia w równowadze hormonalnej ustroju i związane z nimi zaburzenia równowagi układu wegetatywnego stanowią istotę rzeczy, allergeny zaś — jedynie czynnik zewnętrzny, trafiający na to odpowiednie podłoże. Nie przeczy to więc zupełnie ujmowaniu dusznicy oskrzelowej, jako choroby, należącej do grupy idjo-sinkrazji.

Według C o c a, który zalicza astmę do grupy „a t o p i j”, czyli chorób, spowodowanych przez ciała obce, u astmatyków krążą we krwi pewne, wrodzone i odziedziczalne, substancje (reaginy), nazwane przez niego „atopenami”. Atopeny te, choć są substancjami wrodzonymi, a więc nie zawdzięczają swego powstania bodźcowi zewnętrznemu, zachowują się przecież, jak antyciała, wchodząc w reakcję z allergenami.

Ale allergeny niezawsze przecież wywołują u danego osobnika napad dusznicy oskrzelowej, choć te atopeny (wrodzone!) mają krążyć stale. A więc koncepcja wiązania się atopeny z allergenem nie tłumaczy nam jeszcze w zupełności mechanizmu powstawania napadu dusznicy oskrzelowej. Bowiem tylko dodatkowe jeszcze, poza atopenami, zmiany w chemizmie krwi, spowodowane przez zaburzenia korrelacji gruczołów dokrewnych, powodują dopiero napad astmy. Że tak jest istotnie, widzimy to w klinice.

Fakt, że napad dusznicy oskrzelowej ustępuje po zastrzyknięciu choremu mieszanki adrenaliny i hipofizyny (przysadka należy do układu chromochłonnego), jest najlepszym dowodem doświadczalnym, i to doświadczeniem, wykonanym na człowieku, a nie na króliku czy śwince morskiej, że te dwa hormony doprowadzają do normy stanowiące istotę astmy zaburzenia w oddychaniu. Jeśli chory, po zastrzyknięciu mu mieszanki tych dwóch hormonów, oddycha normalnie, to znaczy, że mu nie szkodzi już obecnie ani krążące nadal we krwi (wrodzone) atopeny C o c a, ani tkwiące nadal w jego organizmie, wzgl. dostające się tam w dalszym ciągu różne allergeny S t o r m v a n L e u w e n a.

Nie negując zatem doniosłego znaczenia atopenów i allergenów w patogenezie dusznicy oskrzelowej, musimy przecież dojść do wniosku, że dwa te czynniki bez trzeciego, najważniejszego napadu nie wywołują. A tym czynnikiem najważniejszym musi być chwilowe „niedostateczne” wydzielanie nadnerczy i przysadki mózgowej, wymagające doprowadzenia do ustroju chorego brakujących hormonów (adrenaliny i hipofizyny) z zewnątrz — w formie iniekcji.

Zdawałoby się, że bliższe uzasadnienie roli gruczołów dokrewnych w powstawaniu astmy jest zupeł-

nie zbędne, bo jest jakoby jasnym, że podczynność nadnerczy (w pierwszym rzędzie) decyduje o występowaniu dusznicy oskrzelowej, gdyż adrenalina jest hormo-nem sympatykomimetycznym i t. d. Że jednak sprawa nie przedstawia się tak prosto, t. j. że jednak udział gruczołów dokrewnych (dominujący, naszym zdaniem) w powstawaniu astmy nie jest należycie doceniany, ba — wogóle uznawany przez wielu autorów, — tego dowodem najlepszym jest następujący urywek z jednej z najnowszych prac polskich o astmie (S z c z e k l i k a). Podając w pracy tej, w związku z pewnymi badaniami własnymi, sumienny przegląd różnorodnych koncepcji, dotyczących patogenezy astmy, pisze S z., jak następuje: „Niektórzy mówią o udziale gruczołów dokrewnych w powstawaniu napadów duszności astmatycznej. Nie spotyka się jednak, według większości autorów, dychawicy częściej w chorobach tarczycy, przysadki mózgowej, nadnerczy i gruczołów płciowych. Natomiast istnieje, prawdopodobnie, pewien związek między dychawicą oskrzelową a gruczołami przytarczycznymi”. Widzimy więc, że rola gruczołów dokrewnych w patogenezie dychawicy nie jest bynajmniej powszechnie uznana. I co za prymitywny pogląd na mechanizm powstawania tego cierpienia posiadają autorowie, przytaczający, jako kontrargument, fakt, iż w chorobach gruczołów dokrewnych nie spotykamy astmy częściej. Przecież, przedewszystkiem do powstawania astmy (przy istniejącem usposobieniu: atopeny i t. d.) zbyteczne są, w myśl naszych rozważań, grube zmiany w gruczołach dokrewnych: chodzi o wahania w natężeniu wydzielania wewnętrznego, o niewielkie zatem zaburzenia w inkrecji, które już zakłócają biochemiczną równowagę ustroju — bez widocznej „choroby” gruczołów dokrewnych; a, po drugie, nawet zmiany grube („choroba”) w tych gruczołach nie decydują jeszcze o wystąpieniu astmy bez dodatkowego czynnika („usposobienie”).

Adrenalina i hipofizyna rozkładają się w organizmie względnie szybko (dotyczy to zwłaszcza adrenaliny), natomiast po przerwaniu za pomocą tych wprowadzonych z zewnątrz hormonów napadzie może nastąpić okres zupełnie dobrego samopoczucia. Stąd właśnie należy wnioskować, że: 1) istotę astmy stanowi w danym przypadku nie stała podczynność nadnerczy i przysadki mózgowej, lecz jedynie chwiejność ich inkrecji, która pod wpływem czynnika zewnętrznego, jak uraz psychiczny, czynnik zakaźny (allergen bakteryjny), allergen pokarmowy i t. p., może przejść w podczynność; 2) że wprowadzenie do ustroju tych 2 hormonów z zewnątrz w postaci iniekcji stanowi lecnicze „uderzenie hormonalne”, pobudzające osłabianą inkrecję własną odnośnych gruczołów dokrewnych.

IV. Hiperinuliaemia napadowa, jako podłoże humoralne dusznicy oskrzelowej (hipoteza własna).

Nadnercza i przysadka należą łącznie z tarczycą do układu chromochłonnego. Hormon tarczycy jest substancją, uczulającą organizm na działanie adrenaliny. Istnieje więc synergizm sympatykotoniczny oraz antagonizm w stosunku do hormonu trzustkowego. Zmniejszone wydzielanie wewnętrzne nadnerczy (tarczycy) i przysadki mózgowej, będące bezpośrednią przyczyną powstawania napadu duszności (przy istniejącym zawsze, przypominamy, czynnikiem „usposabiającym”), tłumaczą sobie właśnie napadom wzmoc-

zeniem się wydzielania wrogiego względem poprzednich hormonów hormonu trzustkowego — insuliny.

Wyrazem tego antagonizmu między hormonami grupy chromaffinowej a insuliną jest np. wpływ na gospodarkę węglowodanową i tłuszczową: 1) adrenalina powoduje wzrost cukru we krwi, insulina obniża jego poziom; 2) tyreohormon wzmacnia przemianę materii i powoduje spalanie tłuszczów, a przeto jest stosowany w leczeniu odchudzającym, insulina sprzyja odkładaniu się tłuszczu i dlatego jest stosowana w terapii tuczającej.

V. Spostrzeżenia kliniczne, przemawiające za istnieniem hiperinsulinemji napadowej wogóle.

Chcąc przypisać hiperinsulinemji napadowej rolę w powstawaniu napadu duszniczy oskrzelowej, winniśmy obecnie wyszukać spostrzeżenia, przemawiające: 1) za możliwością napadowego nasilania się inkrecji insuliny wogóle, 2) za możliwością tą właśnie u chorych na astmę.

(Ad 1.) Wspominaliśmy wyżej o insulinowej postaci otyłości wg. F a l t y. Z badań uczniów F. wynika, że ta hiperinsulinemja zaznacza się w otyłości szybko postępującej, chodzi tu więc o wzmożone à la longue wydzielanie wewnętrzne trzustki. Nie jest to jednak jeszcze hiperinsulinemja napadowa. Ale M a t t h e s wspomina w swym podręczniku djagnostyki różniczkowej chorób wewnętrznych o tem, że u ludzi otyłych występuje czasem napadowo silne uczucie głodu (insulina wzmacnia łaknienie!) ze znacznym osłabieniem. Zjawisko to traktuję, jako przełomy hormonalne, jako napadowe nasilanie się czynności dokrewnej trzustki. Z drugiej strony mamy do zanotowania badania, dotyczące podobnych stanów osłabienia, wyczerpania, w których stwierdzono istnienie hipoglikemji.

VI. Spostrzeżenia nad alkalozą napadową w napadzie duszniczy oskrzelowej.

(Ad 2.) M a t t h e s dostarcza nam też w spostrzeżeniach swych nad astmatykami, poczynionych w wiele lat po poprzednich spostrzeżeniach, które dotyczyły otyłych, danych, przemawiających za występowaniem hiperinsulinemji w napadzie astmy. Mianowicie, w odczycie swym o astmie oskrzelowej, wygłoszonym w Wiedeńskim Tow. Internistów, podkreśla M., że odczyn aktualny krwi u astmatyków nie wykazuje wprawdzie istotnych odchyłeń od normy, ale z badań T i e f e n s e e wynika, że zdolność wiązania przez krew astmatyka, w wolnym od napadów okresie, dwutlenku węgla (czyli zasób zasad we krwi) znajduje się na górnej granicy normy, natomiast w napadzie jest zwiększona. To skłoniło M a t t h e s a do zastosowania w czasie napadu nie oddychania tlenem, jak to czyniono dawniej, lecz oddychania dwutlenkiem węgla w celu przerwania duszności. Badania te, wykonane na klinice M., dały dobre wyniki.

A zatem, w myśl badań T i e f e n s e e, mamy podczas napadów dychawicy do czynienia z napadowym wzrostem zasobu zasad we krwi, a ten napadowy wzrost rezerwy alkalicznej daje się wytłumaczyć napadową hiperinsulinemją (Insulina zwiększa rezerwę alkaliczną krwi, a więc działa alkalotycznie). W imię prawdy nie należy tać, że niektórzy autorowie, jak S c h ä f e r i J a n k o w s k i, stwierdzili u astmatyków normalną rezerwę alkaliczną krwi. P e t o w oraz C a m e r o n — obniżenie jej (cyt. wg. S z c z e k l i k a). Czy świadczą te spostrzeżenia o tem, że mechanizm powstawania astmy jest niejednakowy we wszystkich przy-

padkach, że zatem koncepcja hiperinsulinemji napadowej nie rozwiązuje w zupełności omawianego zagadnienia, t. j. że nie w każdym przypadku astmy mamy do czynienia z tą hiperinsulinemją; czy też, co wydaje się prawdopodobniejszem, inne, nieznanne jeszcze czynniki dodatkowe zacierają poniekąd w niektórych przypadkach ten obraz hiperinsulinemji, wzgl. alkalozy napadowej? (zob. dalej). W przeciwstawieniu bowiem do tych prac negatywnych można powołać się na badania C a m e r o n a i O r i e l a, którzy znajdowali u astmatyków niskie wartości cukru we krwi, tak, że mówią nawet o stanach hipoglikemicznych (hiperinsulinemja!), na najnowsze badania H i t z e n b e r g e r a nad wpływem wziewań dwutlenku węgla na przerywanie napadu astmy. Wdychanie powietrza, zawierającego od 3 do 8% CO₂ przesuwają odczyn krwi w stronę kwasicy, powodując wzrost we krwi stężenia jonów wodorowych. „Działanie to jest pożądane w alkalozie krwi. Napady astmy oskrzelowej mogą być przerwane dzięki trwającemu zaledwie od 3 do 5 minut wdychaniu dwutlenku węgla; oddychanie dwutlenkiem węgla musi trwać wtedy jeszcze 15 minut, aby zapobiec ponownemu wystąpieniu napadu astmy. W przerwie między napadami należy przeprowadzać codziennie oddychanie dwutlenkiem węgla w ciągu 1 do 2 godzin”. — Gdy poprzednio fakt, że iniekcja mieszanki adrenaliny i hipofizyny usuwa napad dychawicy, miał dla nas bardziej przekonujące znaczenie co do roli gruczolów dokrewnych w patogeniezie astmy oskrzelowej, niż odmienne zapatrywania niektórych autorów — podobny przypadek zachodzi i obecnie. Ustępowanie napadu astmy pod wpływem wdychania CO₂ świadczy niezbicie o istnieniu podczas napadu alkalozy, wdychania zapobiegawcze mają temu przeciwdziałać. Jeśli więc niektórzy badacze nie znajdują u astmatyków wzrostu zasobu zasad we krwi, to, niezależnie od możliwości, że i pewne stany kwasicy mogą astmę wywołać, prawdopodobniejsze się wydaje przypuszczenie, że s t o p i e ń alkalozy, potrzebnej do wywołania napadu astmy nie jest jednakowy u wszystkich osobników: gdy u jednych do powstania napadu dychawicy konieczne jest wybitne odchylenie od normy (mgliste, zresztą, bo niedające się ściśle sprecyzować, jest i pojęcie normy) t. j. alkalozą wybitną („klasyczna astma alkalotyczna”), u innych wystarczą już niewielkie pozornie odchylenia od i c h normy, t. j. stanu z okresu międzynapadowego, przyczem ta norma własna może być bardzo niska. — Nie będzie sztuczne porównanie tej alkalozy względnej (niewybitnej) z odchyleniami od „normy” temperatury ciała: gdy dla jednego osobnika t° 38° stanowi podniesienie normalnej t° ciała (37,0°) o cały stopień, to dla drugiego gorączką dużą będzie już t° 37,1°, gdyż jego „normę” stanowi 36,2°. — *Ex juvantibus* wnioskujemy o roli adrenaliny i hipofizyny, o roli alkalozy ustrojowej w powstawaniu napadu astmy — i to jedynie jest dla nas miarodajne. Przytoczone zaś przed chwilą rozważania i analogje z pojęciem „normalnej t° ciała” stanowią przeto nie próbę sztucznego powiązania rozbieżnych spostrzeżeń, lecz próbę wykazania zachodzącej tu jedynie p o z o r n e j sprzeczności. Dodatnie wyniki lecznicze H. świadczą bowiem o doniosłej roli alkalozy w powstawaniu napadu dychawicy.

VII. Hiperinsulinemja napadowa czyli alkalozą napadowa.

Na początku niniejszej pracy wypowiedzieliśmy przypuszczenie, że napadowe wzmożenie się sekrecji

insuliny hamuje czynność układu chromaffinowego, a przeto i układu współczulnego, prowadząc w ten sposób do stanu wagotonji — do astmy. Obecnie stwierdziliśmy doniosłą rolę alkalozę napadowej w patogenie dychawicy, wiążąc tę alkalozę właśnie z hiperinsulinemją na tej zasadzie, że insulina wywołuje alkalozę. Jeśli jednak rzeczywiście ta alkalozę astmatyków wywołana jest przez wzmożoną sekrecję insuliny, to: 1) winien istnieć związek między poziomem zasobu zasad we krwi (równowagą zasadowo - kwasową) a układem wegetatywnym; 2) związek między gospodarką węglowodanową ustroju (poziomem cukru we krwi) a układem wegetatywnym; 3) winien istnieć wreszcie antagonizm kliniczny między astmą, jako hipotetyczną (n a r a z i e) hiperinsulinemją, ale pewną zarazem alkalozą — a niewątpliwą hipoinsulinemją i acydozą (zob. niżej). Przytoczenie spostrzeżeń, świadczących faktycznie o istnieniu tego lub innego związku, czy antagonizmu, nie tylko poprze naszą koncepcję o roli hiperinsulinemji napadowej w powstawaniu dusznicy oskrzelowej, ale wyjaśni zarazem bliżej mechanizm powstawania napadu dychawicy oraz istotę usposobienia do niej.

VIII. Równowaga zasadowo-kwasowa, a układ wegetatywny.

(Ad 1). Badania szeregu autorów wykazały, że acydozie towarzyszy sympatykotonja, alkalozie wagotonja. Zacytować tu należy zwłaszcza pracę L a i g n e l - L a v a s t i n a („Vagotonie et alcalose”, Pr. Méd. 1928, N. 70, str. 1109 i N. 96, str. 1529). Ciekawe są badania M a r i n e s c o, S a g e r i F a ç o n (Pr. Med. 1928, N. 10, s. 150) nad patogenezą i leczeniem żołądkowych przełomów tabetycznych oraz analogjami, jakich autorowie dopatrują się między napadowym występowaniem tych zaburzeń żołądkowych a napadowym występowaniem zaburzeń w oddychaniu. W jednym i drugim przypadku zaburzenie równowagi zasadowo - kwasowej prowadzi do powstania wagotonji alkalotycznej, zlokalizowanej za jednym razem w obrębie żołądka, za drugim — w obrębie płuc.

IX. Gospodarka węglowodanowa, a układ wegetatywny.

(Ad 2). Zasługuje tu na uwagę praca polska G o e b l a (P. A. M. W. t. IX, 1931 r. str. 848), gdyż porusza ona wzajemny stosunek insuliny (poziomu cukru we krwi), równowagi zasadowo - kwasowej i układu wegetatywnego. Przytaczam dosłownie wnioski badań G.:

1. „Obniżeniu zasobu zasad we krwi towarzyszy przecukrzenie krwi.

2. Alkalozę idzie z niedocukrzeniem.

3. Względna sympatykotonja po przecięciu nerwów błędnych wywołuje obniżenie zasobu zasad i równoczesne przecukrzenie krwi.

4. Względna wagotonja po przecięciu nerwów współczulnych — podnosi zasób zasad z równoczesnym niedocukrzeniem krwi”.

Widzimy tu więc, że sympatykotonja idzie w parze z acydozą i hiperglikemją (*sympathicus* jest nerwem wydzielniczym dla adrenaliny, adrenalina jest antagonistą insuliny i powoduje hiperglikemję), że wagotonja występuje z alkalozą i hipoglikemją. Jest to więc w zgodzie ze spostrzeżeniem nad alkalozą wagotoniczną, alkalozą astmatyczną, hipoglikemją astmatyczną.

X. Antagonizm między dusznicą oskrzelową a kwasicą cukrzycową, jako spostrzeżenie klinicznie najważniejsze.

(Ad 3). Wszystkie powyższe spostrzeżenia i doświadczenia zdają się przemawiać zgodnie za rolą hiper-

insulinemji w powstawaniu astmy. Ale, jeśli tak jest, to astmatyk, jako osobnik ze wzmożoną inkrecją insuliny, nie powinien chorować na cukrzycę, jako klasyczną hipoinsulinemję. Jeśli koncepcja nasza jest słuszna, to winien istnieć stwierdzony klinicznie antagonizm między astmą oskrzelową a cukrzycą. I tak jest istotnie. Do wniosku o konieczności istnienia takiego antagonizmu doszedłem jeszcze przed paru laty na drodze powyższych rozumowań; M a t t h e s dostarczył mi dowodu klinicznego.

M a t t h e s, podając w cytowanym wyżej odczycie swym o dusznicy oskrzelowej przegląd różnych teorii powstania astmy, przypisuje tu, jak widzieliśmy, doniosłą rolę alkalozie. M. mówi dalej, że w zgodzie ze spostrzeżeniami o roli rezerwy alkalicznej w patogenie astmy — pozostaje fakt, oparty na materiale autora, obejmującym przeszło tysiąc przypadków, że chorzy cukrzycowi nigdy nie cierpią na astmę oraz, odwrotnie: astmatycy na cukrzycę. Spostrzeżenie to komunikuje jednak M. z pewną ostrożnością, zaznaczając konieczność skontrolowania tego antagonizmu na jeszcze większym materiale. Wynika stąd, że samo stwierdzenie antagonizmu między alkalozą astmatyczną, a acydozą cukrzycową nie tłumaczy autorowi w zupełności istnienia tego antagonizmu klinicznego między dychawicą a cukrzycą. Nam ta sprawa wydaje się jaśniejsza wobec ujmowania całego zagadnienia patogeny dychawicy z punktu widzenia hiperinsulinemji, a nie spowodowanej przez nią, a więc o b j a w o w e j tylko alkalozy. Jest bowiem zrozumiałe, że:

astmatyk, czyli chory ze wzmożoną czynnością dokrewną trzustki nie może być jednocześnie chory na cukrzycę, której istotę stanowi hipofunkcja trzustki; i odwrotnie: chory cukrzycowy ze schorzałą trzustką, z upośledzoną czynnością dokrewną trzustki nie może przecież mieć jednocześnie astmy, której warunkiem jest hiperinsulinemja.

Spostrzeżenia M. stanowią zatem dla nas kliniczne potwierdzenie omówionej tu koncepcji o roli hiperinsulinemji (napadowej) w powstawaniu astmy, zarazem wskazując one drogę do zrozumienia istoty usposobienia osobniczego do astmy.

XI. Skaza alkalotyczna czyli trzustkowa, jako podłoże konstytucjonalne astmy.

Wspominaliśmy poprzednio kilkakrotnie o t. zw. usposobieniu do dychawicy, którego istoty dopatruje się C o c a w atopenach; dalej mówiliśmy wielokrotnie o napadowej hiperinsulinemji, nie poruszając bliżej zagadnienia inkrecji trzustki w okresie międzynapadowym. Ze spostrzeżeń M a t t h e s a wynikałoby, że u astmatyków mamy do czynienia ze stale wzmożoną czynnością dokrewną trzustki, stałym nastawieniem inkrecji insuliny na poziom wyższy od „normy”, co właśnie stwarzałoby skłonność do astmy, t. j. skłonność do raptownego nasilania się czynności i tak już pobudliwego „organu wysepkowego” trzustki. Ta zatem chroniczna niejako hiperinsulinemja, choć może minimalna, stanowiłaby podłoże konstytucjonalne astmy. Ale, jeśli tak jest, to powinniśmy dopatrzeć się hiperinsulinemji w szeregu pokrewnych astmie schorzeń.

Doświadczenie kliniczne dziesiątków lat bacznego

spostrzegania chorych pouczyło lekarzy dawniejszych, jeszcze zatem przed obecną erą biochemicznego kierunku w naukach lekarskich, że astma występuje często w parze z innymi schorzeniami, zarówno u tego samego osobnika, jak i u poszczególnych członków danej rodziny. To właśnie świadczy najlepiej o konstytucjonalnym podłożu tych chorób. Za chwilę przekonamy się, że hipoteza hiperinsulinemji (chronicznej) tłumaczy nam te różne zaburzenia, pozwalając je powiązać w całość.

Mam tu na myśli skazę neuro-artretyczną autorów francuskich (dawniejszych), skazę wysiękową autorów niemieckich. Badania, przeprowadzone nad rodzinami ludzi, dotkniętych zaburzeniami układu vegetatywnego, stwierdzają u jednego z członków rodziny nadmierną otyłość, artretyzm, u drugiego pokrzywkę z migrenami, u trzeciego astmę.

O roli insuliny w występowaniu o t y ł o ś c i szybko postępującej — już mówiliśmy. Nie wyda się chyba nieprawdopodobne przypuszczenie, że i tu nasilona w pewnym stopniu stale, choć nie tak gwałtownie, jak tam, czynność dokrewna trzustki powoduje zahamowanie wpływu tyreohormonu na spalanie tłuszczów. a przeto otyłość endogenną, hormonalną.

A r t r e t y z m. Również skaza dnawa pozostaje w pewnym związku z hormonem trzustkowym. K ü r t i i G y ö r g i stwierdził w pracy p. t.: „Przemiana materji kwasu moczowego a insulina“, że pod wpływem zastrzykiwań insuliny zwrasta znacznie we krwi zawartość kw. moczowego u osobników badanych po obciążeniu purynowem. U osobników kontrolnych (bez insuliny) poziom kw. moczowego we krwi podniósł się tylko nieznacznie po podaniu im puryn; również czas wydalania kw. mocz. z organizmu osobników insulino-wych był znacznie przedłużony.

Stąd wyciągają autorowie wniosek praktyczny, że przy dłuższym leczeniu insuliną wskazane jest ograniczenie w pożywieniu puryn. A od siebie dodamy, że stałe zastrzykiwanie insuliny, wykonywane na sobie przez sam ustrój, czyli hiperinsulinemja, może spowodować zaburzenia gospodarki purynowej, a więc stworzyć podłoże dla artretyzmu. Ponieważ antagonistą insuliny jest układ chromochłonny, to działanie adrenaliny na przemianę purynową powinno być odwróceniem działania insuliny: i rzeczywiście, pod wpływem adrenaliny wzrasta się wydalanie z ustroju puryn (T a u b m a n n).

Zarówno więc objawy astmy, jak i otyłości oraz artretyzmu dadzą się sprowadzić do wspólnego mianownika, jakim jest hiperinsulinemja, a więc i spowodowana przez nią alkalozja ustrojowa. Do grupy schorzeń, objętych nazwą skazy neuro - artretycznej, skazy wysiękowej, grupy schorzeń alergicznych — zaliczamy, prócz astmy oskrzelowej, jeszcze migrenę z pokrzywkami, padaczkę oraz wyprysk. Czy w schorzeniach tych spotykamy jakieś objawy, któreby dały się wytłumaczyć alkalozją ustrojową, czyli hiperinsulinemją? Tak jest.

Dotyczy to przedewszystkiem chorób, występujących, podobnie jak astma, napadowo.

F o e r s t e r z a t e m wykazał, że u e p i l e p t y k ó w stosowanie hiperwentylacji, czyli ostre wywołanie alkalozji powoduje kurcze padaczkowe. Podobnie M u c k stwierdził, że hiperwentylacja wywołuje u osób, cierpiących na migrenę, silne bóle głowy. M u c k wykazał zarazem, że uprzednie leczenie głodowe usuwa u osobników, cierpiących na migrenę, ujemne skutki hiperwentylacji. Ale działanie głodówki

jest właśnie leczeniem zakwaszającym (kwasica głodowa), pozostającym w związku z czynnością trzustki. Wydzielanie insuliny do krwi zależy (S t a u b) od podawania węglowodanów. Zdaniem S t a u b a, należy przyjąć, że podczas głodówki wytwarza się mniej insuliny, i właśnie ketonurja głodowa jest wyrazem tej hipoinsulinemji. Za tem bowiem przemawiają następujące doświadczenia.

Zastrzyknięcie krwi osobnika głodującego cholesterolu cukrzycowemu n i e powoduje zupełnie spadku cukru we krwi, podczas gdy iniekcja krwi osobnika, który niedawno spożył obficie węglowodany, obniża poziom cukru we krwi. A więc w czasie głodówki zmniejsza się ilość insuliny endogennej, co jest czynnikiem zasadniczym, zapobiegającym (drogą acydozy) występowaniu napadu migreny po hiperwentylacji. Co się tyczy skazy wysiękowej, to stwierdzono alkalozję i w wyprysku. To występowanie alkalozji w wielu schorzeniach, pokrewnych sobie na podstawie doświadczenia klinicznego poprzednich pokoleń lekarzy, uprawnia do objęcia ich nazwą nowoczesną — skazy alkalotycznej (G o i f f o n: „Alcalose et diathese alcaline“. Pr. Méd. 1928, N. 70, s. 1109 i N. 96, s. 1529).

Ponieważ przytoczyliśmy szereg spostrzeżeń, przemawiających za występowaniem w powyższych schorzeniach hiperinsulinemji, traktując alkalozję jedynie, jako widoczny jej znak, przeto użylibyśmy dla tej grupy schorzeń nazwy „skazy trzustkowej“, „skazy hiperinsulinowej“, jako podłoża konstytucjonalnego dusznicy oskrzelowej.

XII. Streszczenie.

Autor wysuwa tu koncepcję o roli napadowej hiperinsulinemji w powstawaniu dusznicy oskrzelowej i uzasadnia ją w sposób następujący.

1. Punkt wyjścia tej koncepcji stanowi istnienie antagonizmu między układem chromaffinowym a trzustką oraz dodatnie oddziaływanie hormonów z grupy pierwszej w napadzie astmy.

2. Klinika zajmowała się dotychczas sprawą hipoinsulinemji (cukrzyca), istnieją już jednak spostrzeżenia, przemawiające również za rolą hiperinsulinemji w patologji ludzkiej (otyłość).

3. Insulina powoduje alkalozję ustrojową, astma jest właśnie taką alkalozją napadową.

4. Alkalozja (wagotoniczna) idzie w parze z hipoglikemją, acydoza (sympatykotoniczna) z hiperglukemją.

5. Istnieje antagonizm kliniczny między astmą, jako przypuszczalną hiperinsulinemją chroniczną, wzmagającą się napadowo, a cukrzycą, jako chroniczną hipoinsulinemją.

6. Pokrewne astmie schorzenia, ujmowane dawniej pod nazwą skazy neuro - artretycznej lub wysiękowej, dadzą się ująć, w myśl badań nowszych, w grupę zmian „alkalotycznych“.

7. Niezależnie od dowodu pośredniego o roli hiperinsulinemji (chronicznej) w skazie alkalotycznej (insulina powoduje alkalozję), istnieją fakty, świadczące bezpośrednio o roli insuliny w tym względzie, jak ujemne oddziaływanie insuliny na gospodarkę purynową (artretyzm), a dodatnie adrenaliny, jak rola hiper- i hipoglikemji w powstawaniu migreny i t. p.

8. Podłoże konstytucjonalne dla astmy oskrzelowej stanowiłaby zatem „skaza trzustkowa“, „skaza hiperinsulinowa“, jako czynnik uspasabiający ogólny, nie wystarczający jednak do powstania astmy bez czynnika lokalnego („skłonność“ do wago-tonji lokalnej w obrębie płuc).

Hipotezę powyższą wysuwa autor z tem jednak

zastrzeżeniem, że hiperinsulinemja (alkaloza) zdaje się odgrywać rolę główną i n a j c z ę s t s z ą w powstawaniu dusznicy oskrzelowej, ale nie wyłącza to również innego, w pewnych przypadkach, mechanizmu powstawania dychawicy, nie wyczerpuje bowiem ta hipoteza całkowicie poruszonego zagadnienia, nie tłumacząc np. istoty usposobienia l o k a l n e g o do tej choroby.

Wykłady kliniczne

O zespołach patologicznych w neurologii. *)

Podał

Aleksander KRAKOWSKI (Warszawa),

asystent oddz. chor. nerw. Dra B r e g m a n a
w Szpitalu na Czystem w Warszawie.

W obu zreferowanych na konkursie przypadkach poszczególne fragmenty, a nawet grupy objawów, jak to wynikało z rozważań djagnostycznych, mogą być częścią składową różnych jednostek chorobowych, odgrywając w nich mniej lub więcej dominującą rolę.

Im dokładniej i szczegółowiej analizujemy jakąś jednostkę chorobową, tem coraz bardziej przekonujemy się, że typowe obrazy chorobowe, które były niejako busolą orjentacyjną dla ustalania pewnych nozologicznych grup chorobowych, są znacznie radsze, aniżeli przypadki nietypowe.

Bardziej, niż w jakimkolwiek innym dziale medycyny, wypukła się to szczególnie w chorobach układu nerwowego ośrodkowego i obwodowego.

Doświadczenie kliniczne poucza, że niektóre przypadki tak daleko odchyłać się mogą od przeciętnej normy, że rozpoznania niepodobna ustalić. Zilustrować to można na całym szeregu przypadków, które w obserwacji klinicznej niemal do codziennych należą.

Świadczy o tem jaskrawo wielopostaciowość stwardnienia wielogniskowego i pokrewne temu schorzeniu ostre rozsiane zapalenie mózgu i rdzenia, występujące sporadycznie i w postaciach epidemicznych.

Schorzenia te bowiem przebiegać mogą pod postacią władu rdzenia, guza rdzenia, *myelitis transversa*, pod postacią padaczki, guza mózgu z usadowieniem nieraz w kącie mostowo-mózdkowym, ze wszystkimi objawami nowotworu tej okolicy. Naśladować mogą jamistość rdzenia, nawet zapalenie wielonerwowe. Należy przypuszczać, że istnieją jeszcze liczne inne postacie tych chorób, których klinika nie zna, a które ze względu na swój charakter anatomo-patologiczny mogą dawać najrozmaitsze objawy, stwarzać mogą nowe jednostki, zależnie od umiejscowienia ognisk chorobowych. Dziwić się zatem nie można, ile koncepcji djagnostycznych nasuwać się może przy rozstrząsaniu takich przypadków.

Duża grupa schorzeń mięśniowych pochodzenia nerwowego ujawnia się często w formach przejściowych, gdzie granice postaci klasycznych zupełnie się zacierają.

Czasami pozornie zwykła miążdżca mózgu kryje w sobie nowotwór, nie dając ani objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, ani objawów ogniskowych. Pod postacią *paralysis Landry* przebiegać może zapalenie rogów przednich, zapalenie wielonerwowe,

encephalomyelitis disseminata, i szereg innych chorób może mieć oblicze tego porażenia.

Ale nietylko cały obraz chorobowy, lecz i poszczególne objawy patognomoniczne dla określonych jednostek występować również mogą i w innych chorobach układu nerwowego. Obserwujemy nieraz objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego nietylko w nowotworach mózgu, lecz również w stwardnieniu wielogniskowym i nagminnem zapaleniu mózgu; zespół snu nietylko w *encephalitis lethargica*, lecz również w kile i nowotworach mózgu; objawy oponowe w krwotokach mózgowych; objawy jamistości rdzenia w nowotworach zewnątrz- i wewnątrzrdzeniowych; histeryczne w nagminnem zapaleniu mózgu; tabetyczne w schorzeniach przysadki mózgowej i w urazach czaszki; paralityczne w guzach mózgu i t. p. To znowu niezbite fakty anatomo-patologiczne stwierdzają, że schorzenie pewnego tylko odcinka mózgu może klinicznie ujawniać się w różnych postaciach — tak np. schorzenie zwójów podstawnych mózgu w postaci *encephalitis lethargica*, w postaci płasawicy, atetozy, kurczu torsyjnego, drżączki porażennej, myoklonji, tików i t. p. Ta sama okolica jąder podstawnych mózgu wykazuje różnobiegunowe własności farmakodynamiczne, które wykorzystane zostały w celach leczniczych — reagują bowiem na adrenalinę i liczne środki pochodne atropiny. W innych przypadkach choroby o ściśle umiejscowieniu anatomo - patologicznym, jak np. choroba H e i n e - M e d i n a, nieraz daje zmiany nietylko w rogach przednich, do których jad ten jest specjalnie predysponowany, lecz wywołuje zmianę i w substancji białej, maskując przeto klasyczny obraz kliniczny tego schorzenia.

A schorzenie znowu rogów przednich jest częścią składową takich schorzeń, jak *haematomyelja*, *syringomyelja*, *sclerosis lateralis amyotrophica* i niemal jedynym wykładnikiem anatomo - patologicznym w zaniku mięśni postępującym rdzeniowym.

Narkolepsja, pyknolepsja, sen w nagminnem zapaleniu mózgu, pewne ekwiwalenty epileptyczne są prototypem snu normalnego i zależne są od ośrodk, zawiadującego snem i prawdopodobnie tuż obok niego znajdującego się ośrodek budzenia.

Już na zasadzie tych przykładów wywnioskować można, jak wielka jest rozpiętość współzależności obrazów klinicznych od zmian anatomo - patologicznych i odwrotnie. I nawet pewne badania pomocnicze, które są ściśle sprzężone i zależne od zmian chorobowych w ośrodkowym układzie nerwowym, a zatem w dużym stopniu decydują o rozpoznaniu, ulegają czasami niemałym wahaniom.

Dotyczy to w pierwszym rzędzie płynu mózgowo-rdzeniowego, którego zasadnicze prawa od pewnego, względnie krótkiego czasu uległy głębokim zmianom.

Djagnostycznie tak ważki zespół uciskowy płynu mózgowo-rdzeniowego, w postaci rozszczepienia białko-

*) Odczyt, wygłoszony na konkursie na stanowisko ordynatora oddz. neurolog. Szpitala Starozakonnych dn. 17.XI. 1932 r. w Klinice Neurologicznej.

wo-komórkowego, niemal patognomiczny dla uciskowych schorzeń rdzenia jeszcze okazał się bardziej zaakcentowany w sprawach zapalnych układu nerwowego, przebiegających bez żadnego ucisku.

Ogólnie przyjęta zasada odczynów ostrych, podostrych i chronicznych, zależność ich pozatem od czynnika chorobotwórczego, który tę lub ową chorobę wywołuje, b. często nie sprawdza się i zadaje kłam tej podstawowej zasadzie. W niektórych bowiem przypadkach infekcji meningokokowej, wbrew przypuszczeniu, stwierdzamy w płynie mózgowo - rdzeniowym odczyn limfocytarny. Między innymi epidemia nagminnego zapalenia opon mózgowo - rdzeniowych lata ubiegłego w większości przypadków przebiegała z tym odczynem.

W zapaleniu rogów przednich (*poliomyelitis ant. acuta*), chorobie niewątpliwie infekcyjnej, ostro przebiegającej, występuje w płynie mózgowo-rdzeniowym odczyn limfocytarny. A w zapaleniu gruźliczem opon mózgowo - rdzeniowych, nawet w przebiegu podostrym i chronicznym tego cierpienia, odczyn nieraz neutrofilowy i często prewalacja neutrofilów nad limfocytami, aczkolwiek odczyn limfocytarny jest tutaj odczynem całym, nawet biologicznie uzasadnionym — limfocyty bowiem zawierają zacyz lipolityczny, który posiada zdolność rozpuszczania lipidów, a te wchodzą w skład otoczki bakterij K o c h a.

Podobnych przykładów, odstępujących od normy przeciętnej w ich ogólnym przebiegu klinicznym, jak i w poszczególnych drobnych fragmentach, można byłoby przytoczyć znacznie więcej — świadczą one o tem, że ustalanie nozologicznych jednostek chorobowych w tym dziale medycyny wydaje się jaknajmniej uzasadnione, mówić zatem możemy tylko o pewnych symptomokompleksach, o pewnych zespołach objawów chorobowych.

A umiejscowienie znowu ogniska chorobowego, precyzja lokalizacyjna, ze względu na tak doniosłe postępy neurochirurgji w ostatnich czasach, jako czynnika leczniczego w chorobach mózgu i rdzenia, musi być z coraz większą dokładnością określane. Wojna światowa z jej tak olbrzymim materiałem ran postrzałowych w dużym stopniu przyczyniła się do pogłębienia naszych wiadomości lokalizacyjno - dagnostycznych.

Wymienię tutaj prace H u n t a, W i l s o n a, C e c i l e V o g t a, O. F o e r s t e r a o znaczeniu poszczególnych odcinków zwojów podstawowych mózgu w powstawaniu odpowiednich obrazów chorobowych; prace B a b i Ń s k i e g o, L i e p m a n a, P i c k a, D é j è r i n e a, P. M a r i e, K l e i s t a, M a r b u r g a, doświadczenia operacyjne F o e r s t e r a o znaczeniu poszczególnych układów i dróg w ośrodkowym układzie nerwowym, klasyczne prace C u s h i n g a V a l k e n b u r g a i i n. o lokalizacji czuciowej; D é j è r i n e a, S c h i l d e r a, R e d l i c h a, P ö t z l a, P i c k a, L i e p m a n n a o afazji, apraksji i agnozji.

Wszystkie te prace w znacznym stopniu sprecyzowały dokładność umiejscowienia zmian chorobowych w układzie nerwowym. Ognisko zatem lokalne winno odpowiedzieć na pytanie, w jakim odcinku układu nerwego toczy się proces chorobowy.

Podkreślić jednak należy, że wszystkie te świetne wyniki, jakie powyższe prace pod względem lokalizacyjnym mają, ulegają w praktyce pewnemu ograniczeniu.

Pomijam już tutaj działanie ogniska chorobowego, szczególnie w mózgu, na pewne odległe odcinki jego, co przyczynia się w dużym stopniu do zatarcia właściwe-

go obrazu chorobowego. Pozatem doświadczenia M o n a k o w a, G o l d s t e i n a i i n. dowiodły, że zarówno każde podrażnienie — bodziec, jak i każde ograniczone uszkodzenie wywołuje nietylko objawy miejscowe, a zatem prowadzi do wypadnięcia odpowiednich funkcji pod względem klinicznym, lecz odbija się na czynności całego układu nerwowego. A po dokonaniem zniszczeniu wyższych ośrodków — ośrodki niższe, ontologii filogenetycznie starsze częściowo czynność ich przejmują i wyrównywują. Dlatego H u i g h l i n g, J a c k s o n rozróżniają objawy negatywne, które są bezpośrednim następstwem zniszczenia odpowiednich odcinków mózgu, i objawy dodatnie, które przejmują i wykonywują niższe ośrodki, uwolnione z pod hamującego wpływu bardziej zróżniczkowanych czynnościowo elementów. Przekonywamy się o tem w codziennej obserwacji klinicznej, świadczą też o tem eksperymenty S h e r r i n g t o n a i obserwacje M a g n u s a.

Jeżeli teraz przejdziemy do określenia istoty schorzenia, jego patogenezy, to znowu tutaj napotykamy nowe trudności. Ustalamy rozpoznanie stwardnienia wielogniskowego, wiałdu rdzenia, nowotworu mózgu, padaczki, tężyczki, rwy kulszowej i t. p., drogą różniczkowej dagnostyki dążymy do ustalenia etjologicznie określonej jednostki chorobowej. Przychodzimy jednak do wniosku, że to określenie momentu etjologicznego nie zawsze może być nam pomocne przy łóżku chorego.

Otóż na przykładzie widzimy, że nie we wszystkich przypadkach urazu czaszki występuje padaczka. Na stole operacyjnym, czy też sekcyjnym duże zniszczenie pokrywy czaszki, olbrzymi krwotok podoponowy klinicznie przebiega bez napadów epileptycznych. A znowu tam, gdzie napady te występują, usunięcie odłamków kostnych i skrzepów krwi bynajmniej niezawsze przyczynia się do ustąpienia tych napadów. U niektórych epileptyków napady występują codziennie lub kilka razy na dobę, u drugich raz do roku lub jeszcze rzadziej. A zatem poza urazem, poza uciskiem na odpowiednie ośrodki korowe jeszcze jakiś czynnik patogenetyczny wchodzi tutaj w rachubę i napady te wyzwała. W wywiadach, dotyczących nowotworów układu nerwowego, uraz często jest momentem, wyzwalającym tę utajoną zgonną chorobę; przeziębienie, czy też nadwyżerzenie fizyczne — prowokują nieczynną kiłę, dając często niejako impuls do powstania i ujawnienia się pierwszych objawów kiły mózgu, wiałdu rdzenia, czy porażenia postępującego.

I właśnie szczegółowa analiza ujawnia, że w powstawaniu chorób nerwowych cały szereg momentów przyczynowych odgrywa rolę. I to, co określamy mianem „choroba”, właściwie nią nie jest — jest natomiast zespołem objawów chorobowych, który wywołany został przez sumację szeregu czynników, przez najrozmaitsze konstelacje.

W ten naprz. sposób powstało pojęcie gotowości drgawkowej—epileptycznej, tężyczkowej i t. p., której istota jest ściśle związana ze zmianami fizyczno-chemicznymi, zachodzącymi w chorym ustroju.

Poprzedzające choroby, nabyte dziedzicznie własności, wiek chorego — osłabiają, czy też uczulają jego wrażliwość na pewne czynniki szkodliwe.

W wywiadach, dotyczących choroby F r i e d r e i c h a, często słyszymy o kile, nie są to jednak dwie alternatywy dagnostyczne, lecz zadziałanie jadu kiłowego na mniej odporne odcinki układu nerwowego. M i n o r już przed laty zwrócił uwagę na tę mieszaną etjologię i uważa, że w każdym przypadku dwa, a częściej kilka szkodliwych momentów oddziaływa na ten sam

narząd, na ten sam odcinek układu nerwowego i nazwał to „*combinosis polygenetica homotopica*”. Rubrykowanie zatem chorób nerwowych w zespoły jest uzasadnione i z punktu widzenia etjologicznego, gdyż w większości przypadków nie jesteśmy w stanie określić różnorodnych wpływów i licznych przyczyn chorobowych. I otóż widzimy, że w pewnych warunkach u zupełnie zdrowego człowieka wywołać możemy wzmożenie odruchów ścięgowych i okostnowych, u chorego zaś z zajęciem dróg piramidowych doprowadzić do ustąpienia objawu **B a b i Ń s k i e g o**.

U zupełnie zdrowego człowieka w pewnych warunkach sprowokować możemy zespół objawów tężyczkowych, u chorego zaś tężyczkowego objawy te usunąć. Ta zmienność reakcji głęboko sięga w finyzyjną i mało znaną jeszcze molekularną — strukturalną budowę układu nerwowego, która w patologii układu nerwowego odgrywa rolę doniosłą.

Rewelacyjne prace **B r o d m a n n o**, **V o g t a**, **E l l i o t**, **S m i t h a**, **v. E c c o n o m o**, **C a m p b e l l a** dowiodły, że istnieje nietylko topografia powierzchni mózgu, lecz również poszczególnych jego warstw. **V o g t** znowu stwierdził, że każda warstwa posiada odrębne własności fizyczno - chemiczne, i od tego uzależnia ich specyficzną wrażliwość na jady endo- i egzogenne pochodzenia. **S p i e l m e y e r** dowiódł, że ta sama przyczyna chorobowa, jak, przypuścimy, w stwardnieniu wieloogniskowym, wytworzy inaczej ukształtowane ognisko, zależnie od umiejscowienia jego w korze, czy w istocie rdzeniowej mózgu. Dalsze badania **S p i e l m e y e r a** i **H i l l e r a** ustaliły, że substancja szara jest obficie unaczyniona, aniżeli rdzeniowa, że każda jej warstwa posiada b. obfitą sieć naczyń kapilarnych.

A zatem dwa nowe czynniki — architektoniczny i naczyniowy — mają wpływ na kształtowanie kliniczne obrazów chorobowych. Pozatem histologiczne własności ogniska, czas jego trwania są to również momenty pierwszorzędnej wagi.

Zasadnicze i pod względem praktycznym wyjątkowej doniosłości są prace **C u s h i n g a** i **B a i l e y a** o histologicznej klasyfikacji glejaków. Autorzy ci stwierdzili, że przy tem samym umiejscowieniu glejak o odmiennej budowie histologicznej wywoła zupełnie inne objawy kliniczne.

Już z powyższych uwag widać ile zawilych i niejasnych jeszcze zagadnień powstaje w tym trudnym

dziale medycyny. Wszystkie badania i cały rozwój neurologii przemawiają za tem, że ograniczona formułka matematyczna nie wystarczy do wyjaśnienia i należytego zrozumienia całego obrazu chorobowego.

Przyczynić się natomiast do tego może tylko wszechstronne uwzględnienie ogólnego stanu chorego człowieka, zarówno neurologicznego, jak i zmian w narządach wewnętrznych, odchył w układzie vegetatywnym, zmian w gruczołach dokrewnych oraz najrozmaitszych innych własności — konstytucjonalnych, zawodowych, klimatycznych i t. p. O wpływie tych ogólnych czynników na powstawanie i rozwój chorób układu nerwowego narazie, niestety, jeszcze mało wiadomo.

Serologja i mikrobiologja stwardnienia wieloogniskowego, zapalenia rogów przednich, nagminnego zapalenia mózgu, gubią się jeszcze w domysłach.

Badania humoralne padaczki starają się ją wciągnąć w ramy alkalozji, lecz właściwa patogeniza epilepsji nie jest jeszcze całkowicie wyjaśniona.

A na marginesie badań jest jeszcze poza tem ciemna sprawa nowotworów mózgu i rdzenia, liczne postacie zapaleń opon mózgowych, schorzenia układowe i pseudoukładowe, zapalenia nerwów i nerwobóle, schorzenia pasorzytnicze układu nerwowego i szereg podobnych niejasnych zagadnień. Coraz bardziej w badaniach klinicznych zaznacza się ścisła łączność pomiędzy pozornie tylko izolowanym układem nerwowym i licznymi chorobami narządów wewnętrznych. Wspomnę tutaj tylko o niedokrewności złośliwej, o cukrzycy, o takich chorobach nerwowych, jak choroba **W i l s o n a** i pseudosklerozja **W e s t h p h a l a - S t r ü m p e l l a**, gdzie obok objawów nerwowych, wskazujących głównie na zajęcie zwojów podstawnych, stwierdzamy niewydolność funkcjonalną wątroby.

Niejednokrotnie też możemy się przekonać, że nieznaną jad zzewnątrz — czy zzewnątrzpochodny, virus filtrant, który dziś tak doniosłą rolę w powstawaniu całego szeregu chorób układu nerwowego odgrywa, atakuje nietylko ten układ, lecz również inne, odległe narządy, które, zresztą, i embrjonalnie rozwijają się z zupełnie odmiennych listków zarodkowych. Coraz wyraźniej zarysowujące się na horyzoncie neurologji ogólnej te badania dadzą prawdopodobnie możność dotarcia do głębszych źródeł choroby i pozwolą poznać właściwe przyczyny i warunki, które ją wywołują i kształtują.

Z praktyki prywatnej

Zanik miesiączki w przebiegu moczówki prostej.

Podał

L. FINGERHUT (Warszawa).

Ostatnie dziesięciolecie przyniosło dużo nowych spostrzeżeń w dziedzinie hormonologii płciowej, szczególnie u kobiet. Spostrzeżenia **L o n g a**, **E v a n s a**, **A s c h h e i m a** i **B. Z o n d e k a**, a potem całego szeregu innych badaczy ustaliły niezbicie, że przedni płąt przysadki mózgowej panuje nad całą działalnością jajnika, że wzrost i dojrzewanie pęcherzyków **G r a a f a** w jajniku odbywa się pod wpływem hormonów przedniego płata przysadki. Wszczepienie przedniego płata

przysadki mózgowej młodej, płciowo niedojrzałej białej myszy, powoduje przedwczesną dojrzałość płciową u tej myszy, natomiast usunięcie przedniego płata przysadki u płciowo dojrzałych zwierząt doświadczalnych wywołuje obumarcie czynności jajników z zaprzestaniem dojrzewania pęcherzyków **G r a a f a**. Przy dalszych badaniach **A s c h h e i m** i **Z o n d e k** znaleźli w moczu kobiet ciężarnych ten sam hormon przedniego płata przysadki mózgowej, a w każdym razie substancje, działające identycznie pod względem biologicznym na jajnik płciowo niedojrzałej muszy.

Powyższe spostrzeżenia były dotychczas robione wyłącznie na zwierzętach doświadczalnych. Dzięki uprzejmości Panów **D-rów Z. B y c h o w s k i e g o**

i J. Libensztajna miałem możliwość klinicznego zaobserwowania przypadku zaniku miesiączki z powodu niedomogi przysadki mózgowej. Leczenie tego przypadku i osiągnięty wynik dały mi możliwość klinicznego potwierdzenia dotychczasowych spostrzeżeń doświadczalnych. Z drugiej strony, otrzymałem w pewnym stopniu potwierdzenie tego, że i u człowieka, podobnie jak u zwierząt doświadczalnych, substancje wydobyte z moczu ciężarnych, działają identycznie do hormonów przedniego płata przysadki mózgowej (Prolanów).

Sprawa dotyczy 18 letniej studentki R. G., która miała pierwszy perjod w 13 roku życia i następne bez przerwy, w prawidłowych 4-tygodniowych odstępach, po 5 dni trwające. Ostatnia miesiączka była w grudniu 1928 roku. Od tego czasu perjodów więcej nie miała, a więc zanik miesiączki trwał już prawie od 3 lat. Jednocześnie z zanikiem miesiączki chora zauważyła duże pragnienie, musiała często pić i oddawała bardzo duże ilości moczu. Należy zaznaczyć, że przed powstaniem obecnego cierpienia nie było żadnych wstrząsów fizycznych lub psychicznych. Przy badaniu dwuręcznym nie stwierdza się jakichkolwiek zmian w organach płciowych: macica normalnej wielkości, jajniki również bez zmian anatomicznych. Stan wszystkich innych organów ciała również nie odbiega od normy. Chora była dłuższy czas pod obserwacją internistów i neurologów, którzy stwierdzili u niej moczówkę prostą. W tym kierunku była też leczona wyciągami z tylnego płata przysadki mózgowej. Podczas leczenia objawy moczówki polepszały się, po zaprzestaniu leczenia znów powracały. Natomiast miesiączka od początku choroby już nie powracała. Pacjentka jest z tego powodu przygnębiona, czuje się w pewnym stopniu niepełnowartościową i upośledzoną.

Istota moczówki prostej polega, jak wiadomo, na niezdolności nerek wydzielania wyżej skoncentrowanego moczu. Dlatego wprowadzone do ustroju ilości soli zostają wydzielone w stosunkowo większych porcjach moczu. Wobec tego jednak, że nerki są anatomicznie niezmiennione, należy przyjąć ośrodkowe zaburzenie czynności nerek. Znane nam uklucie Claude Bernarda na dnie trzeciej komory i uklucie w podwzgórze podług Bernharta - Aschnera, jak i spostrzeżenia przy uszkodzeniach mózgu wskazują na to, że czynność nerek i ich zdolność wydzielnicza wody i soli są regulowane przez ośrodki mózgowe. Dalej, kliniczne i doświadczalne spostrzeżenia przemawiają za tem, że ośrodki wydzielnicze dla wody i soli ze swej strony otrzymują bodźce od przysadki mózgowej, i dlatego zaburzenia w czynności przysadki mają znaczenie dla moczówki prostej, przypuszczenie, dla którego uzasadnienie znajdujemy w dobrym działaniu pituitryny w moczówce prostej.

Moje rozumowanie szło w danym przypadku w tym kierunku, że miałem do czynienia z niedomogą czynnościową całej przysadki. Na niedomogę tylnego płata wskazywały dobre wyniki, otrzymywane przy podawaniu pituitryny bądź w zastrzykiwaniach, bądź też w postaci proszku przez śluzówkę nosa (natychmiastowe znikanie na przeciąg 24 godzin pragnienia i wzmózonej diurezy). Na niedomogę zaś przedniego płata przysadki mózgowej wskazywał brak miesiączki przy normalnie rozwiniętej macicy i jajnikach, brak, który, w myśl wszystkich doświadczeń lat ostatnich, mógł być spowodowany w danym przypadku tylko niedomogą przedniego płata przysadki mózgowej.

Miałem więc u naszej chorej czysty przypadek niedomogi przysadki mózgowej i związany bezpośrednio z tem zupełny zanik czynności jajnika z zaprzestaniem jajczkowania.

Przypadek nadawał się wobec tego jaknajlepiej do zastosowania substytucyjnego leczenia hormonem

przedniego płata przysadki mózgowej dla wznowienia zgasłej czynności jajników. Zastosowałem preparat Glanduantine „Richter”. Preparat ten zawiera prolany A. i B., które sposobem B. Zondeka zostały wydobyte z moczu kobiet ciężarnych, jest on biologicznie mianowany i nie powoduje działania ubocznego.

Wobec tego, że cykl jajczkowania został u chorej zagubiony, gdyż zanik miesiączki trwał już prawie od 3 lat, zaczęłem stosować Glanduantine poomacku. Podawałem od pierwszego dnia jednego miesiąca podskórnie co drugi dzień po 100 jednostek szczurzych Glanduantiny aż do 15-go dnia, a następnie od 15-go dnia, w celu wzmoczenia działania już pobudzonych jajników na śluzówkę macicy, podawałem doustnie po 200 jednostek Glandofoliny „Richter” (biologicznie mianowany żeński hormon płciowy). W pierwszym cyklu wyniku leczniczego nie osiągnęłem, wobec czego zacząłem w drugim miesiącu od 7-go dnia miesiąca w ciągu 15-tu dni wstrzykiwać Glanduantine i następnie stosować Glandofolinę doustnie. Dopiero po trzecim, cyklu otrzymałem wynik leczniczy. Nastąpił perjod bezbolesny, który trwał 5 dni. Prowadziłem leczenie dalej, mając już teraz ustalony termin jajczkowania, dawałem przez pierwsze 15 dni poperjodowe Glanduantine i następnie Glandofolinę z dodatkiem hormonu żółtego ciała przez ostatnie 5 dni przedperjodowe. Następną miesiączkę chora dostała po 6 tygodniach, trzecią miesiączkę po 8 tygodniach, i od tego czasu już bez wszelkiego leczenia miesiączki przychodzą regularnie co 6 tygodni i trwają po 4 — 5 dni.

Jak widzimy, wynik leczniczy był w danym przypadku zaniku miesiączki, spowodowanego niedomogą przysadki mózgowej, bardzo dobry. Podkreślić należy jeszcze i to, że przy zaprzestaniu substytucyjnego leczenia hormonem przedniego płata przysadki mózgowej, jajniki czynne są cyklicznie nadal. Obecnie czynne u naszej pacjentki jajniki na zasadzie korelacji działają pobudzająco na przysadkę mózgową. Nieczynna przysadka zaczyna znów wykonywać normalnie swoją funkcję.

Opierając się na powyższym przypadku, osiągnąłem u kobiety zupełne potwierdzenie dotychczasowych spostrzeżeń na zwierzętach. Po pierwsze, przedni płatek przysadki mózgowej jest motorem czynności jajnika, gdyż przez zastosowanie substytucyjnego leczenia wzamian nieczynnej przysadki osiągnęłem wyrównanie jej funkcji w stosunku do jajnika. Druga sprawa, która ma również zasadnicze znaczenie, jest odpowiedzią na pytanie, czy te substancje, które B. Zondek wydobyl z moczu kobiet ciężarnych i które nazwał Prolanami, są identyczne z hormonami przedniego płata przysadki mózgowej. Istnieje bowiem jeszcze niezgodność co do tego, czy substancje te są produktem wzmózonej podczas ciąży czynności przysadki, jak to twierdzą Zondek i Aschheim, czy też są to produkty czynności łożyska i jako ciała balastowe są wydalane z moczem z ustroju, jak twierdzą Philipp i Fels. Na zasadzie powyżej podanej obserwacji skłaniam się więcej do twierdzenia Zondeka, gdyż tak, jak w doświadczeniu na zwierzętach, również i kliniczne zastosowanie tych substancji wywołuje u kobiety działanie lecznicze, odpowiadające normalnemu działaniu przedniego płata przysadki mózgowej.

Na zakończenie wspomnę w kilku słowach o postępowaniu leczniczym w zaniku miesiączki pochodzenia jajnikowego. Nierzadko spotykany obecnie zanik mie-

siączki ma swoje źródło nietyle w niedomodze lub zaburzeniu śluzówki macicy, ile w niedomodze czynności jajnika przez niedojrzewanie pęcherzyków Graafa. W tych przypadkach jest wskazane zastosowanie tego hormonu, który pobudza dojrzewanie i wzrost pęcherzyków Graafa, czyli Prolanu. Śród lekarzy panuje natomiast tendencja ordynowania preparatów follikuliny, często całymi serjami po 30 zastrzyknięć i więcej zrędu. Leczenie takie jest zupełnie niecelowe, gdyż follikulina działa tylko na organy, pochodzące z przewodów Mullera, t. j. na jajowód i macicę, zupełnie zaś nie działa na jajnik. Można więc w najlepszym wypadku otrzymać jednorazowe krwawienie z macicy, spowodowane przekrwieniem, lecz krwawienie to nie jest miesiączką. Należy w przypadkach zaniku miesiączki u kobiet w wieku młodym przy niedostatecznej czynności jajników stosować Prolany w celu pobudzenia tej brakującej czynności. Follikulinę zaś należy podawać dla wzmożenia i podtrzymania już obudzonej normalnej czynności jajników. Prolany mają jeszcze i tę własność,

że, o ile w pierwszych 14-tu dniach poperjodowych Prolan A, powoduje wzrost i dojrzewanie pęcherzyków Graafa, dzięki czemu jajniki wytwarzają już własną follikulinę, o tyle w następnych 14-tu dniach Prolan B powoduje luteinizację komórek pękniętego już pęcherzyka Graafa, a więc dopomaga jajnikowi do wytwarzania żółtego ciała z jego hormonem. Tylko oba te hormony, tak follikulina, jak i hormon ciała żółtego, działając jeden po drugim, są dopiero w stanie przeprowadzić śluzówkę macicy przez te fazy, które w końcowym wyniku dają obraz śluzówki przedperjodowej. Przy rozpadzie tej śluzówki następuje normalna miesiączka.

Należy jednakże przy leczeniu Prolanami zachować pewną ostrożność i nie stosować ponad 100 jednostek szczurzych Glanduantyny co drugi dzień (ilość, która mi zwykle wystarczała) i nie przez czas zbyt długi, gdyż nadmiar Prolanu może spowodować luteinizację wszystkich dojrzewających pęcherzyków Graafa i na pewien czas zupełnie unieruchomić czynność jajnika.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi.

Podał

M. PŁOŃSKIER,

prosektor Szpitala Starozakonných na Czystem (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 5).

Wielokrotnie stwierdzano, że odczyn w tkance nowotworowej i nawet we krwi chorych na nowotwory złośliwe zmienia się w kierunku zasadowości: kilkakrotnie wspominaliśmy o badaniach doświadczalnych de Raadta, który twierdzi, że „bez alkalozji nie ma raka”. Meyer, wychodząc z założenia, że zasadowość krwi jest warunkiem powstawania raka, uważa, że w celach leczniczych należy zakwaszać chory organizm. Pentimalli zwraca uwagę na to, że nie jest dotychczas jasnym, czy zachwianie równowagi chemicznej w organizmie z nowotworem jest warunkiem powstania guza, czy też następstwem; przypomina, że oprócz całego szeregu autorów (Reding, Roffo, Raadt, Flaszeni Wachtel i inni), którzy stwierdzali alkalozję, — wielu innych nie mogło potwierdzić tego zjawiska. Mercier i Rossier znaleźli w przypadkach nowotworowych normalne wahania Ph, a Schneider i Achelis odchylenia w kierunku kwaśnym. Pentimalli stwierdził u kur z mięsakiem, że Ph przechyla się raczej w kierunku kwaśnym, i uważa, iż jest to następstwem nadmiernych ilości kwasu mlekowego, produkowanego przez nowotwór. Tymczasem bardzo ściśle badania Anny Goldfeder nad Ph guzów złośliwych (mięsak kurzy, rak i mięsak myszy) wykazują, że nowotwory złośliwe rozwijają się i rosną w środowisku alkalicznym, i że zasadowość tkanki nowotworowej zwiększa się wraz z postępującym rozpadem guzów. Może i w danym przypadku wyjaśniłyby się powyższe sprzeczności, gdyby w badaniach brano więcej pod uwagę odrębność różnych grup nowotworów złośliwych i gdyby nie porów-

nywano nowotworów może zupełnie od siebie różnych pod względem biochemicznym. Delbet i Roussy wyraźnie zaznaczają, że nie można uważać wszystkich nowotworów złośliwych za jednakowe i podobne do siebie pod względem biologicznym. Czynniki, uspasabiające do różnych nowotworów, nie muszą być więc wcale jednakowe. Uwydatnia się to bardzo wyraźnie w badaniach Gerba nad zachowaniem się raków i mięsaków mysich w różnych warunkach. Tak, naprzykład, jednostronne karmienie myszy tłuszczami obojętnymi hamuje bardziej wzrost raków, a mniej mięsaków; karmienie węglowodanami przyspiesza rozwój mięsaków; djeta mięsna hamuje znacznie wzrost mięsaków; u samiczek w okresie karmienia występuje znaczne opóźnienie rozwoju raków. Już z tych choćby badań wynika niedwuznacznie, że raki i mięsaki nie są równorzędne pod względem biologicznym: może różnice pomiędzy nimi są jeszcze bardziej istotne. Przypuszczamy, że ujmowanie wszystkich t. zw. „nowotworów złośliwych” w jedną jakoby jednolitą grupę schorzeń nie jest zupełnie słuszne i bywa często przyczyną sprzecznych wyników w badaniach, — a nawet opóźnia może nieco postęp w tej tak ciemnej jeszcze dziedzinie.

Zagadnienie przeszczepialności nowotworów złośliwych zwierzęcych jest w dalszym ciągu opracowywane przez wielu autorów: szczególnie ciekawa jest różnica, jaka się zaznacza pomiędzy mięsakiem kur Rousa i nowotworami innych zwierząt. W celu przeszczepienia nowotworów zwierzęcych należy przenieść komórki nowotworowe, — podczas gdy mięsak kurzy daje się przenieść za pomocą przesączu z guza, — przesączu pozbawionego komórek nowotworowych. W pojedynczych, bardzo rzadkich przypadkach udawało się w ten sposób przenieść nowotwory innych zwierząt; udawało się nieco częściej przenieść nowotwory zwierzęce przez wszczepianie narządów lub krwi zwierząt z nowotworami. Oczywiście, że te ostatnie doświadczenia są zasadniczo różne od doświadczeń z przesączami; nie ulega bowiem wątpliwości, że we krwi i w

narządach zwierząt nowotworowych znajdować się muszą komórki nowotworowe. G r o s s z Krakowa donosi, że mięsak myszy daje się przenieść przez krew myszy chorych: autor wstrzykiwał podskórnie zdrowym myszom krew z serca od myszy z mięsakami, w miejscu zastrzyknięcia powstawały guzy o takim samym charakterze; bardzo często guzy, w ten sposób wywołane, rosły o wiele szybciej, aniżeli guzy, które powstały po przeniesieniu materiału komórkowego. L o e w e n t h a l i J a h n wstrzykiwali dootrzewnowo myszom zawiesinę z raka mysiego (E h r l i c h a) i wywoływali w ten sposób obraz „*Peritonitis carcinomatosa*”; płyn z jamy brzusznej od tych myszy był bardzo czynny i wywoływał raki u zdrowych myszy nawet w bardzo dużych rozcieńczeniach i nie tracił własności rakotwórczych po kilku tygodniach przechowywania w lodowni; jednakże po dokładnym przesączeniu i pozbawieniu elementów komórkowych płyn taki tracił swe własności rakotwórcze. C o s t a starał się stwierdzić na rakach myszy, jakie ilości komórek nowotworowych należy przynieść, ażeby wywołać powstanie nowego guza; okazało się, że 100000 komórek nowotworowych nie wystarcza, ażeby powstał nowotwór; przy doświadczeniach z mięsakami rezultaty były inne: 10000 komórek mięsaka nie dawało nowotworu, — a przy 50000 komórek wyniki były nieśtałe — guzy nie we wszystkich przypadkach powstawały. Autor przypuszcza, że nie tylko liczba komórek przeniesionych decyduje o powstaniu guza; mają tu znaczenie i warunki humoralne, sprzyjające lub hamujące, — a oprócz tego i charakter tkanki, do której przenosi się komórki nowotworowe. C o s t a twierdzi, że niewielkie ilości komórek, które mogą się znaleźć w przesączach, nie są w stanie spowodować powstania nowotworu; ten ostatni wniosek jest dość ważny, ponieważ tym autorom, którym udawało się za pomocą przesączu wywoływać nowotwory u zwierząt (poza kurami), zarzucano, że do przesączu przedostać się mogą komórki nowotworowe. Tenże C o s t a w innej pracy badał powinowactwo „jadu” mięsaka kurzego do lipidów układu nerwowego, a przede wszystkim do mózgu: zdrowym kurom wstrzykiwano zawiesinę z mózgu kur chorych na mięsaki; guzy powstawały bardzo łatwo i stale, podczas gdy krew i śledziona kur z mięsakami dawały tylko w 30 — 50% wyniki dodatnie; niejednokrotnie autor otrzymywał dodatnie wyniki z mózgiem nawet w tych przypadkach, gdy szczepienie bezpośrednio guzem dawało wyniki ujemne; należy przytem podkreślić, że w mózгах, które przenoszano, nie było przerzutów. W związku z powyższymi badaniami należy podkreślić, że przecie cały szereg „zarazków przesączalnych” ma powinowactwo do układu nerwowego (*Poliomyelitis, Lyssa*). C o s t a próbował w dalszym ciągu przeprowadzić te same doświadczenia z mięsakami i rakami myszy i szczurów: wyniki były ujemne, — tylko za pomocą mózgu myszy z mięsakami udawało się niekiedy wywoływać guzy. E. F r ä n k e l podaje, że udało mu się wywołać raka przez przeniesienie zawiesiny mózgu myszy rakowej; mózg był wolny od przerzutów; inne narządy tej samej myszy dały wynik ujemny. Bardzo ciekawe było doświadczenie następujące: pod skórę zdrowej myszy zaszczipiono z jednej strony raka mysiego, a z drugiej strony normalny mózg zdrowej myszy: w obu miejscach powstały raki. W następnej serji doświadczeń E. F r ä n k e l przeszczepiał oprócz mózgu i inne narządy od myszy rakowych: okazało się, że guzy powstawały również po przeniesieniu

płuc lub śledziona myszy rakowych; i te narządy były jakoby wolne od przerzutów; krew tych samych myszy dawała rzadziej wyniki dodatnie. F l a k s (z Warszawy) stwierdził, że spośród narządów szczurów chorych na mięsaki po przeszczepieniu najczęściej dają guzy płuca i gruczoły limfatyczne łądźwiowe; autor zwraca uwagę na to, że narządy młodych szczurów chorych na mięsaki dają przy przeszczepieniu częściej nowotwory, aniżeli narządy szczurów starych. W swej pracy F l a k s podkreśla jeszcze jeden ciekawy szczegół: gruczoły łądźwiowe u starych szczurów z mięsakami rzadko wykazują przerzuty nowotworowe, a o wiele częściej dają guzy po przeszczepieniu na inne szczury; zjawisko to wskazywałoby na to, że w gruczołach limfatycznych, znajdujących się na swem miejscu i nieprzenoszonych do innego organizmu, są czynne jakies siły obronne, przeciwstawiające się rozrostowi przerzutów; jasnym jest, że po usunięciu gruczołów limfatycznych z ich normalnego otoczenia siły te przestają być czynne. To ostatnie spostrzeżenie F l a k s a wydaje się nam dość ważne; zbyt często bowiem uważa się wyniki badań doświadczalnych nad przeszczepianiem guzów zwierzęcych za miarodajne dla tłumaczenia zjawiska przerzutów nowotworowych; kilka lub kilkanaście komórek rakowych wystarczy może, ażeby w tym samym organizmie w którym powstał guz, dać przerzut; kilka lub nawet kilkanaście tysięcy komórek nowotworowych po przeniesieniu do innego organizmu może zginąć i nie dać nawet najmniejszego ogniska nowotworowego.

Wspominaliśmy ostatnio, że T i n o z z i wywoływał powstawanie nowotworów złośliwych u zwierząt zdrowych przy pomocy zawiesiny z płodów od matek chorych na nowotwory. W nowej pracy autor stara się wyjaśnić bliżej, na czem polega istota powyższego zjawiska, i od czego zależne są własności rakotwórcze płodów. Przypuszczano, że do płodów przedostają się komórki nowotworowe ze krwi matki, tak samo jak się przedostają do innych narządów, za pomocą których udawało się wywoływać nowotwory (jak w badaniach, o których powyżej wspominaliśmy).

Gdyby tak jednakże było, to komórki nowotworowe musiałyby przechodzić przez łożysko; tymczasem łożysko samiczek z nowotworami nie wywołuje guzów u szczurów zdrowych. T i n o z z i próbował na drodze doświadczalnej wyjaśnić, czy własności rakotwórcze tkanki płodowej są zależne od komórek płodu, czy też od jakiegoś jadu, niezwiązanego z temi komórkami: wiorwał zawiesinę z tkanki embrjonalnej od samiczek ciężarnych rakowych i badał, jakie są własności osadu, a jakie własności płynu, niezawierającego komórek nowotworowych: okazało się, że osad, wstrzyknięty szczurom zdrowym, wywoływał nowotwory, a płyn nowotworów nie wywoływał. Wynikałoby stąd, że czynnik rakotwórczy jest związany z komórkami płodu. Należy tutaj przypomnieć, że tkanki płodów od zdrowych matek, wszczepione innym zwierzętom, nie dają nigdy nowotworów złośliwych, a nieraz tylko powodują powstanie tworów, zbliżonych do potworniaków, które najczęściej dość szybko się cofają. T i n o z z i spostrzegł, że krew i śledziona od samiczek ciężarnych chorych na nowotwory nie wywołują guzów; jeżeli jednakże samiczkom usuwano śledzionę, — to krew ich wywoływała nowotwory złośliwe. Badania T i n o z z i e g o są bezwarunkowo niezwykle ciekawe; jednakże muszą być jeszcze sprawdzone przez innych badaczy; wniosków żadnych na razie nie można z nich wyciągnąć.

W jednym z poprzednich streszczeń zbiorowych wspominaliśmy o doświadczeniach, w których udało się przez wstrzykiwanie do jamy brzusznej zawiesiny z pomidorów wywoływać u szczurów mięsaki. Badania te były zapoczątkowane przez Bellowsa i Askana z yego w drugiej połowie 1931 roku. Należy przypomnieć, że wyhodowali oni z pomidorów pałeczki z grupy „*Subtilis*“, które jakoby wywoływały również mięsaki w jamie brzusznej. Od tego czasu badania nad pomidorami były wielokrotnie sprawdzane. Fischl i Kussat również wyhodowali z pomidorów czystą hodowlę pałeczki zarodnikującej, jednakże nie udało się im wywołać nowotworów. Autorzy wspominają, że w 1887 roku Scheurleu uważał podobną pałeczkę za przyczynę raka. Collier i Jaffé wstrzykiwali szczurom, myszom i świnkom morskim zawiesiny z pomidorów i z winogron: po kilkakrotnych zastrzykiwaniach wystąpiły tylko ziarniaki. Ujemne wyniki z pomidorami otrzymali również Lariownow, Pawłowa i Schabad. Ciekawe jest, że Askana z yego już w następnej serji doświadczeń otrzymał wyniki ujemne zarówno z pomidorami, jak i z pałeczkami, które po kilku przeszczepach straciły swoje własności „mięsakotwórcze“. Niedawno ukazała się znów duża praca Kleina i Klinkego, którzy na dużym materiale myszy i szczurów przerabiali badania powyższe: i w tym przypadku wyniki były ujemne. Jednakże autorzy wspominają, że obrazy histologiczne wywołanych ziarniaków miejscami były niewyraźne i mogły nasuwać podejrzenie, że gdzieśgdzie w ziarninie powstaje nowotwór. Naogół biorąc, prace Askana z yego i Bellowsa spotkały się z dość ostrą krytyką. A jednak myśmy potwierdzili częściowo te badania: po kilkakrotnych dootrzewnowych zastrzykiwaniach zawiesiny z pomidorów — u szczurów powstawały guzy złośliwe za przerzutami, — guzy te jednak pod względem budowy histologicznej nie były podobne do guzów, wywołanych przez Bellowsa i Askana z yego. Należy zaznaczyć, że w następnej serji szczurów, którym wstrzykiwaliśmy zawiesinę z pomidorów, guzy nie powstały: szczury te żyją i znajdują się pod dalszą obserwacją. Oprócz tego rozpoczęliśmy niedawno w naszej pracowni dwie dalsze serje badań nad wpływem czynników roślinnych na powstawanie guzów. Nie przypuszczamy, ażeby spostrzegany przez nas w pierwszej serji doświadczeń wynik dodatni był sprawą przypadku: u szczurów, których używamy w pracowni, nie spostrzegaliśmy nigdy samoistnych nowotworów złośliwych.

W związku z zagadnieniem roli, jaką odgrywiają drobnoustroje w powstawaniu i rozwoju nowotworów złośliwych, ciekawą się wydaje praca Eberta, Jolkiewicza i Sobolewej, którzy badali florę bakteryjną w rakach doświadczalnych posmołowych u białych myszy. Bakterje mogą być przeciwieństwem z czynników rakotwórczych, przez drażnienie tkanek mogą przygotowywać odpowiednie podłoże dla powstania nowotworu złośliwego, — wreszcie mogą przenosić przypuszczalny „jad“ rakowy. Jeżeli nawet rola bakteryj, jako pierwotnego czynnika rakotwórczego, może się wydawać hipotetyczną, to nie ulega zad-

nej wątpliwości, że zakażenie istniejącego już nowotworu drobnoustrojami ma doniosły wpływ na przebieg choroby i na komplikacje, jakie się zjawiają. Słuszne się wydaje zdanie Renaud, który twierdzi, że ciężki częstokroć przebieg guzów złośliwych jest zależny w pierwszym rzędzie od tego, że stają się one szybko wrotami zakażenia dla całego organizmu. Reichert uważał, że flora bakteryjna w nowotworach złośliwych ma charakter przypadkowy. Jednakże inni (Hartmann, Farbe) mówią o stałości flory bakteryjnej w nowotworach. Autorzy stwierdzili, że w raku posmołowym u myszy stale występują ziarenkowce oraz pałeczki z grupy *Coli-Typhus*; szczególnie obficie zjawiają się bakterje w stanach przedrakowych (*Ccrnu cutaneum*); w szybko rosnących, złośliwych guzach przeważnie występują pałeczki, które wywołują częstokroć sprawy ropne i martwicze. Autorzy uważają, że w okresie pełnego rozwoju procesu nowotworowego i przy dobrym stanie ogólnym zwierząt bakterje mogą wpływać przyspieszająco na wzrost nowotworu. Z drugiej strony jednak znane są dobrze przypadki nowotworów złośliwych u ludzi, w których choroby bakteryjne hamują wzrost guzów (np. róża). (O tej sprawie pisaliśmy szczegółowo w ostatnim streszczeniu: Nr. 44, 1932). Sprzeczność pomiędzy temi dwiema grupami spostrzeżeń jest tylko pozorną: w badaniach Eberta, Sobolewej i Jolkiewicza idzie o drobnoustroje, które już względnie wczesnie osiadają w guzach i tam się rozmnażają; pomiędzy niemi i tkanką nowotworową wytwarza się pewna równowaga współzycia. W drugim przypadku mamy do czynienia z wtargnięciem nowych, zjadliwych bakteryj do guza, względnie do organizmu chorego na nowotwór; tutaj stosunki są zupełnie inne, a więc i wzajemne oddziaływanie również będzie zupełnie odmienne.

PISMIENICTWO.

- 1) Ayelle. ref. Z. f. Kr. 37, str. 53; 2) Auler. Z. f. Kr. 35; 3) Boas. Klin. Woch. 1903; 4) Busch. Zentr. w. Path. 34; 5) Casper. Z. f. Kr. 36; 6) Castiglioni. ref. Z. f. Kr. 36, str. 57; 7) Cilotti. Pathologica (Genova) 479; 8) Collier i Jaffe. Z. f. Kr. 36; 9) Costa. Z. f. Kr. 36 i 37; 10) Delbet i Roussy. Bul. Assoc. fr. cancer. 15, 1926; 11) Delbet. Progres Med. 1918; 12) Dubar. Bull. Acad. Med. Paris. 1918; 13) Ebert, Jolkiewicz i Sobolewa. Z. f. Kr. 37; 14) Flaks. Z. f. Kr. 37; 15) Fränkel. Z. f. Kr. 37; 16) Freund, Lustig. Z. f. Kr. 37; 17) Freund i Lustig. Z. f. Kr. 37; 18) Friedberger i Simke. Z. f. Kr. 31. 19) Gereb. Z. f. Kr. 36; 20) Goldfeder. Z. f. Kr. 29; 21) Gross. Z. f. Kr. 37; 22) Gassmann. Z. f. Kr. 37; 23) Genkin i Dmitruk. Z. f. Kr. 36; 24) Jovonnovies. Wien. kl. Woch. 1916; 25) Klein i Klinke. Z. f. Kr. 37; 26) Lariownow, Pawłowa, Schabad. Z. f. Kr. 37; 27) Meyer. Amer. J. Surg. 15. 1932; 28) Moravek. Z. f. Kr. 36; 29) Oesterreicher. Prag. med. Woch. 1903; 30) Pentimalli. Z. f. Kr. 37; 31) Pettinari. ref. Z. f. Kr. 37, str. 83; 32) Peller. Z. f. Kr. 36; 33) Robinet. Bul. Acad. Med. Paris. 1918; 34) Schrupf-Pierron. Z. f. Kr. 36; 35) Tadaki. ref. Z. f. Kr. 37, str. 13; 36) Twort i Fulton. Z. f. Kr. 35; 37) Tinozzi. Z. f. Kr. 36; 38) Watson. ref. Z. f. Kr. 37, str. 55; 39) Wilson i Maher. Amer. J. Canc. 16. 1932.

Streszczenia pojedyncze

Fizjologia normalna i patologiczna.

W. HEUPKE i E. HOLLÄNDER. Wpływ korzeni na wydzielanie soku żołądkowego. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 173, z. 2 — 3, 1932).

Autorzy korzystali tylko z takich krzywych wydzielania soku żołądkowego po podaniu soli kuchennej i korzeni, jeżeli różnica między nimi wynosiła przynajmniej 20%, zaś w większości doświadczeń otrzymywano jednoznaczne wychylenia w jednym kierunku w znaczeniu bądź wzmożenia, bądź zmniejszenia wartości kwasowych. Jeżeli trzymać się tych przesłanek, to okazuje się, że olejek anyżowy i koperkowy zwiększają w silnym stopniu wydzielanie kwasu, zaś cynamon, imbir i papryka — w nieznacznym. Po gorczycy zawartość powierzchniowa była o 35%, po pieprzu o 22% mniejsza niż po samej soli kuchennej. W pozostałych korzeniach nie spostrzegano wyraźnej różnicy. Jeżeliby się chciało podzielić zbadane korzenie pod tym kątem widzenia, to okazuje się, że: 1) anyżek, koperki oraz w słabym stopniu imbir, papryka i cynamon działają wzmagająco na kwasotę, 2) szafran, kumaryna, olejek gwoździkowy, olejek miętowy, olejek kminkowy, olejek pietruszkowy, galka muskatułowa, wanilia działają obojętnie, 3) gorczyca i biały pieprz obniżają kwasotę. Należy przytem uwzględnić, że różnice są dość nieznaczne. Wzrost o 30% odpowiada zwiększeniu się kwasoty z 40 na 52. Jeżeli porównać z tem kwasowydzielniczą siłą innych środków spożywczych np. mleka, to pobudzająca wydzielanie kwasu siła korzeni okazuje się bez znaczenia. Żołądkowo chorym zabrania się używania korzeni, gdyż przyjmuje się, że wzmagają one wydzielanie kwasu. Można więc spokojnie powiedzieć, że to umotywowanie nie jest słuszne. Inną jest kwestja, czy korzenie mogą zmienić czynność ruchową żołądka, i czy ich strawność nie jest gorsza dla żołądkowo chorego, aniżeli dla zdrowego. Na to pytanie dadzą odpowiedź dalsze badania, gdyż pod względem praktycznym - djetetycznym jest ważnem wyjaśnić działanie korzeni i ich wpływ na czynność żołądka, o ile to jest dzisiaj możliwe zapomocą środków pomocniczych, które mamy do rozporządzenia.

Henryk J. L a n d a u.

K. EIMER i F. KAUFMANN. Djeta surówkowa a regulacja cieplna. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 173, z. 2 — 3).

Ogólnie bywa wypowiedziany pogląd, że, ponieważ człowiek przy poceniu się obficie oddaje nie tylko wodę, lecz również sól kuchenną, jego regulacja cieplna może podolać wysokiej ciepłocie zewnętrznej tylko wtedy, gdy stracone substancje szybko się zastępuje, t. j. gdy przyjmuje on obok płynów większe ilości soli kuchennej. Natomiast odżywiany skąpo solą kuchenną, a więc człowiek, który do przyjmowanych przez się pokarmów i napojów poza ich naturalną zawartością chlorku sodowego nie dodaje więcej soli kuchennej, jest w wysokich ciepłotach zewnętrznych mniej zdolny do wysiłków, gdyż nie może on wykonać niezbędnego do regulacji cieplnej wydzielania potu. Wprost przeciwne spostrzeżenia na ludziach, będących na djecie surówkowej, były bodźcem do porównawczych badań nad regulacją cieplną i wydzielaniem potu w kąpeli elektrycznej przy djecie normalnej bogatej w sól kuchenną i djecie surówkowej, ubogiej w chlorek sodowy. Okazało się przytem, że przy wyłącznem odżywianiu surówkowem ubogiem w sól kuchenną rozległa łaźnia elektryczna bywa naogół lepiej znoszona. Wystąpienie potów odbywa się później, ciepłota skóry i ciała nie podnoszą się tak wysoko i odpowiednio do tego samopoczucie jest lepsze pomimo takiego samego doprowadzania ciepła. Ilość potu, oddawanego w łaźni elektrycznej, jest przy odżywianiu surówkowem mniejsza, a jego zawartość odsetkowa i bezwzględna jest niższa. Zmniejszone oddawanie chlorku

sodowego z potem w odżywianiu surówkowem przedstawia podobny sposób, jak znaczne zmniejszanie się zawartości soli kuchennej w moczu — celowe przystosowanie się do zmniejszonej podaży soli kuchennej z pożywieniem. Może ona jednak również służyć do wytłumaczenia wzmożenia czynności oddawania ciepła w znaczeniu wywołanej przez to zwiększonej szybkości parowania potu. Jako możliwe przyczyny ulepszonej regulacji cieplnej pod wpływem djety surówkowej mogłoby wchodzić w rachubę wzmożone oddawanie ciepła przez przewodnictwo, a przedewszystkiem zapomocą promieniowania. Mogłoby być ono uwarunkowane zmniejszoną zawartością wody i soli kuchennej w skórze wskutek ogólnego zubożenia w wodę i sól kuchenną ustroju lub przez uległe poprawie ukrwienie skóry (naczynioruchowa regulacja cieplna). Dalej do wytłumaczenia możnaby użyć argumentów takich, jak: mała zawartość białka, duża ilość soli mineralnych (zwłaszcza potasu) i wpływ djety surówkowej na roślinny układ nerwowy.

Henryk J. L a n d a u.

HARTMANN - KARPLUS. Badania nad czuciem swędzenia, drapania i odruchem włosounoszącym u oseków. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1932, T. 131. 140—158).

Drogi czuciowe skóry zdają się być predestynowane, a odnośne nerwy wykształcone już od urodzenia, gdyż noworodek już w pierwszych dniach odczuwa swędzenie i włosounoszenie, wprawdzie z każdym dniem intensywniej. Jedyne specyficzne odruchy motoryjne przy podnieciu świadomej nie są wrodzone, lecz stopniowo nabywane. Ruchy czyli odruchy drapania noworodek, osek również nabywa z czasem, w pierwszych bowiem miesiącach dziecko, odczuwając swędzenie, reaguje nań ogólnym ruchem bezładnym obronnym, nie zaś miejscowym ruchem obronnym-drapaniem. Różnica w przebiegu dermatoz i w zachowaniu się oseków w pierwszym i późniejszych miesiącach nie tłumaczy się bynajmniej niedostatecznym rozwojem aparatu zmysłowego skóry.

H. H i g i e r.

Bakterjologia i Serologia.

L. A. SILBER i J. I. WOSTRUCHOWA. O hodowaniu jadu przesączalnego na niechorobotwórczych drobnoustrojach. (Sow. Wracz. Gaz. Nr. 15—16, 1932).

Doświadczenia autorów pozwalają myśleć o tem, że chorobotwórcze jady przesączalne mogą się rozmnażać na niechorobotwórczych (a, być może, również na chorobotwórczych) drobnoustrojach. Zjawisko to — zjawisko nosicielstwa jadów przesączalnych przez widzialne drobnoustroje — nazywają autorzy a l l o b i o f a r j a, same zaś drobnoustroje — nosicielei jadów przesączalnych — a l l o b i o f o r m o w e m i. Znaczenie tych faktów w zjawiskach mikrobiologicznych i epidemiologicznych zasługuje, niewątpliwie, na jaknajdokładniejsze poznanie.

Henryk J. L a n d a u.

M. RAWICZ - SZCZERBO. Fizyczno - chemiczne własności pewnych antygenów. (Sow. Wiest. Wener. i Derm. Nr. 9 — 10, 1932).

Najbardziej czynne i czule antygeny (K a h n a i złożony J. A. F i n k e l s z t a j n a) odznaczają się 1) najmniejszą lepkością, 2) najwyższem stężeniem jonów wodorowych i miareczkowaną kwasotą, 3) największą zawartością cholesteryny (złożony antygen), fosfatydów i innych związków organicznych, 4) jak również większą zawartością suchej pozostałości i substancji organicznych w porównaniu z antygenami W a s s e r m a n n a i S a c h s - G e o r g i e g o.

L.

M. L. CHEVREL - BODIN i M. CORMIER. Badania nad odczynami kłaczkującymi. (Ann. de Derm. et Syph. Nr. 11. 1932).

Pomiędzy odczynem *Wassermann* a t. zw. odczynami kłaczkującymi niema żadnej istotnej różnicy. Odczyn *Wassermann* jest również tylko odczynem kłaczkującym. Różni się on od innych odczynów jedynie pod tym względem, że jest zaopatrzony we wskaźnik biologiczny, przewyższający nieporównanie wszystkie sztuczne środki, używane w innych odczynach do oceny kłaczkowacenia. Autorzy uważają, że żaden z odczynów kłaczkujących, zaproponowanych w rozpoznawaniu przymiotu, nie cechuje się taką prostotą, swoistością, czułością, dokładnością i szybkością, co odczyn *Bordet-Wassermann*. Modyfikacje, wprowadzone do techniki serologicznej celem „uproszczenia” rozpoznawania przymiotu, nie pozbawiły dotychczas odczynu *Bordet-Wassermann* żadnej z tych jego prerogatyw.

11.

Gruźlica.

F. de SANCTIS MONALDI. Atypowa gruźlica świnek morskich, wywołana przez prątki kwasoodporne, pochodzące z elementów przesączalnych płwociny. (Rev. de la Tub. N. 5, 1930).

Wychodząc z materiału, zawierającego prątki gruźlicze lub nie zawierającego ich, pochodzącego od tego samego chorożę, dotkniętego gruźlicą włóknisto-serowatą górnego płata płuca lewego, otrzymał autor atypową gruźlicę świnek morskich, ponieważ w czterech serjach doświadczeń z przesączami za każdym razem wykazywał autor obecność skupień prątków kwasoodpornych w układzie chłonnym, a w jednej z seryj przy siódmym przeszczepieniu udało się autorowi otrzymać serowatą gruźlicę układową gruczołów chłonnych. Te doświadczenia stanowią rodzaj przejścia od doświadczeń, ujawniających jedynie obecność prątków kwasoodpornych bez zmian anatomicznych, do doświadczeń, w których autorzy otrzymywali gruźlicę doświadczalną typu *Villemin*. Pozwalają one na twierdzenie, że bakterje, pochodzące od postaci przesączalnych, są prątkami *Koch*, i że różnią się, jeśli chodzi o zmiany anatomiczne, od tanitych jedynie mniejszą zjadliwością, którą jednak można nanowo zwiększyć. Wobec każdego produktu, podejrzanego o gruźlicę, nie wykazującego przy bezpośrednim badaniu mikroskopowym obecności prątków *Koch*, a szczepienie którego świnkom morskim nie wywołuje gruźlicy typu *Villemin*, należy zastosować dzisiaj nową technikę *Calmette* i *Valtisa*, nie wahaając się zwiększać liczby seryjnych przeszczepień. Henryk J. Landa u.

Sandor PUDER. Badania nad zmniejszonym ciśnieniem krwi u gruźlików. (Beitr. z. kl. d. Tbk. B. 77, H. 2).

W ciężkich i średnio - ciężkich przypadkach gruźlicy płuc — zwiększenie się ciśnienia tętniczego po zastosowaniu bodźca psychicznego — jest upośledzone. Zależy to od upośledzenia czynności ośrodków regulujących ciśnienie. Bodźce psychiczne („odczyn psychiczny wg. Baráth”) polegają na nast.: po określeniu ciśnienia tętniczego u osobnika badanego, oświadczone mu, że otrzyma bolesne zastrzyknięcie dożylnie (0,5 cm³ soli fizjologicznej). Zazwyczaj występuje wtedy nieznaczne podniesienie ciśnienia, które osiąga szczyt w chwili zastrzyknięcia. W ciągu 3 minut określa się ciśnienie — co 1/2 minuty. U chorych z zmniejszonym ciśnieniem przy dobrym stanie ogólnym, stosowanie odmy sztucznej nie wpływa na zmianę ciśnienia. Po zastrzyknięciu dożylnym adrenaliny stwierdzono wybitnie zmniejszoną wrażliwość na działanie adrenaliny w przypadkach gruźlicy daleko posuniętej, aniżeli w procesach ograniczonych. Zespół objawów hipotonicznych stwierdzono również w przypad-

kach, gdzie obraz kliniczny i stan ogólny pozwalają wykluczyć możliwość schorzenia serca. Spadek ciśnienia i zmniejszona ilość krwi w układzie naczyniowym jest następstwem zmniejszonej produkcji adrenaliny, wskutek działania toksyn. Stan ten autor określa jako „przewlekłą zapaść”. M. Segal.

BACMEISTER. Wpływ różnych chorób na gruźlicę. (D. m. W. N. 20, 1932).

Długotrwałe niedożywianie nie tylko przygotowuje drogę dla rozwoju gruźlicy w ustroju, ale także źle wpływa na jej przebieg. Spostrzeżenie to, znane od dawna, uzyskało ponowne potwierdzenie w czasie wielkiej wojny. Wpływ czynników psychicznych jest również b. ważny. Choroba „złamanego serca” jest to przeważnie ostro przebiegająca gruźlica. Troski, zmartwienia, depresja psychiczna wpływają na osłabienie sil obronnych ustroju. Natomiast w takich cierpieniach, jak niedokrewność złośliwa i nowotwory, które w wybitny sposób upośledzają stan ogólny, nie widujemy pogorszenia już istniejących spraw gruźliczych. Cierpienia, które doprowadzają do zastój w małym krążeniu mają chronić przed gruźlicą płuc, np. wszystkie wady serca zastawkowe w przeciwieństwie do zwężenia tętnicy płucnej. Podobnie silnie wyrażone przegięcie kręgosłupa i ciężka *kyphoscoliosis*, powodując zastój krwi w płucach, mają chronić przed rozwojem gruźlicy. Jeśli chodzi o wpływ zakażenia mieszanego na przebieg gruźlicy to sprawy tej nie należy przeceniać. Dziś wiemy że formy zapalenia, które widzimy w płucach gruźliczych: ostre wysiękowe i wysiękowo - serowaciejące, t. z. gorączka heptyczna, dawniej uzależniana od mieszanego zakażenia paciorkowcowego, mogą być wywołane przez sam zarazek *Koch*. W pewnych jednak przypadkach, przyłączenie się spraw zapalnych w płucach może pogorszyć istniejącą gruźlicę. W pierwszym rzędzie należy tutaj wymienić *bronchitis chronica*. Dotychczasowy pogląd, że odra i krztusiec specjalnie uczynniają gruźlicę, musi być porzucony. Niemniej jednak autor b. często spotykał w wywiadach wystąpienie gruźlicy po przebytej odrze. Także w czasie lub po skończonym krztuścu widywano zaostrenie się sprawy gruźliczej. Zjawisko to należy raczej wiązać z czynnikami mechanicznymi w tej chorobie (silny kaszel w okresie skurczowym) niż z działaniem zarazka. Ostre bakteryjne zstępujące zapalenie oskrzeli jest cierpieniem b. niebezpiecznym dla postępującej gruźlicy, a nawet i dla dawno już nieczynnych postaci. „Zaziębienie i grypę” b. często spotykamy jako momenty, które spowodowały ponowne odpluwanie, wydzielanie bakteryj, podwyższenie ciepłoty ciała. Należy zawsze dążyć do szybkiego opanowania tego przeziębienia, aby możliwe nie doprowadzić do zajęcia głębszych dróg oddechowych i aktywowania sprawy swoistej. Grypa bowiem ma zdolność znoszenia obronnego nastawienia tkanek gruźlika w stosunku do jego własnych zarazków, ważny jest także wzajemny stosunek gruźlicy i kiły. Kiła wrodzona nie daje specjalnego usposobienia do gruźlicy, jedynie gruźlicze zmiany stawów i zoły zdarzają się nieco częściej u dzieci z kiłą dziedziczną. Kiła utajona również nie wywiera wybitnego wpływu na gruźlicę. Natomiast w przypadku świeżego zakażenia kiłą i czynnej gruźlicy rokowanie tej ostatniej znacznie się pogarsza. Z patologji przemiany materji należy podnieść fakt b. rzadkiego połączenia dny i gruźlicy, fakt, dla którego nie mamy wystarczającego wytłumaczenia. Rzadkie jest także połączenie otyłości i gruźlicy. Otyłość, nabytą w czasie przebiegu gruźlicy, należy uważać za czynnik szkodliwy dla organizmu, powodujący obciążenie płuc i serca, zmniejszający jego odporność, ułatwiający powstawanie nieżyty przewlekłego oskrzeli. Z drugiej strony wiemy, że nadmierne odchudzanie, tak modne w dobie obecnej, zwłaszcza za pomocą preparatów hormonalnych, b. często prowadzi do pogorszenia stanu gruźlicy płuc. Z tej dziedziny chorób specjalny wpływ na gruźlicę ma cukrzyca, przyczem ta ostatnia jest przeważnie cierpieniem pier-

wotnem. Połączenie gruźlicy z cukrzycą jest różnie podawane w literaturze: od 3% — 15%. Naogół biorąc, cukrzyca usposabia raczej do wysiękowych spraw ogniskowych, nacieków okołoskrzelowych, które mają b. małą skłonność do cofania się. Charakterystyczną rzeczą tych spraw gruźliczych, nieraz b. rozległych, jest znikomość objawów klinicznych. Cukrzyca jest czasem wyraźnym przeciwwskazaniem leczenia bodźcowego, które tylko wtedy może być przeprowadzone, o ile uda się chorego odcukrzyć, nie stosując przytem zbyt surowej diety. Dla stosowania insuliny w tych przypadkach pozostają te same wskazania. Lżejsze przypadki należy prowadzić bez insuliny pamiętając o tem, że często widuje się odczyny ogniskowe zależne od insuliny. Pożądana jest także zmiana preparatów insuliny, gdyż te odczyny zależą mogą także od zawartego w niej białka. Obecnie wiemy, że gruźlica i pylica b. często występują razem, przyczem to drugie cierpienie sprzyja powstawaniu pierwszego. W tych przypadkach gruźlica ma charakter sprawy włóknistej, jednak rokowanie nie jest pomyślne.

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

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

M. PENNACCHIETTI. Idiotyzm mongoloidny i nadczynność tarczycy. (Rev. Neur. 1932, T. II, N. 3).

Na podstawie badań klinicznych i anatomo-patologicznych autor przychodzi do wniosku, że mongolizm nie wynika z niedomogi tarczycy, jak to przypuszczano dotąd, lecz że odwrotnie, istnieje w nim nadczynność tego gruczołu. Istotnie podstawowa przemiana materji była we wszystkich 23 przypadkach, badanych przez autora, wyższa od normalnej. Również i badania histologiczne w jednym przypadku wykryło obraz, przypominający cierpienie B a s e d o w a. Psychicznie odpowiada temu podniecenie ruchowo - ideowe małych pacjentów przy równoczesnem ubóstwie zasobów myślowych. Autor sądzi, że mechanizm chorobowy zespołu mongoloidnego polega na następującem: nadczynność tarczycy w życiu płodowem powoduje zbyt szybkie ewolucje rozwojowe z zatrzymaniem dalszych możliwości rozwojowych. O tem ostatniem decyduje zbyt mała grasicca, niedostateczna warstwa kory nadnerczy, wczesne zrastanie się kości. Praca wnosi nieco światła do dziedziny zgoła ciemnej i zaniedbanej.

N. Z. Z.

WOENCKHAUS E. Przyczynę do naświetlań w chorobie Basedowa. (Therapie der Gegenwart. str. 249, 1931).

W o e n c k h a u s referuje o 52 przypadkach choroby B a s e d o w a z kliniki wewnętrznej w Giessen, leczonych w ostatniem pięcioleciu z dużem powodzeniem R o e n t g e n e m. 90% się poprawiło, blisko $\frac{3}{4}$ osób były zupełnie zdolne do pracy zawodowej. Po upływie 3 miesięcy można powtórzyć naświetlanie 2 — 3 pól. Słabe naświetlanie i słabe filtrowanie promieni daje nie gorsze wyniki od dawnych mocnych naświetlań i filtrowań promieni.

H. H i g i e r.

G. EISMAYER. Leczenie cukrzycy syntalimą. (Klin. Woch. N. 20, 1932).

Autor sądzi, że krytyka zbyt surowo odniosła się do syntaliny; w doświadczeniach na zwierzętach używano zbyt syntaliny; w doświadczeniach na zwierzętach używano zbyt dużych dawek syntaliny; fakt, że u zwierzęcia dopiero toksyczna dawka syntaliny obniża glikemję, nie powinien być przeciwwskazaniem w leczeniu cukrzycy ludzkiej; analogicznie do spostrzeżenia, że naparstnica na chore serce działa leczniczo w małych dawkach, nie działa zaś na zdrowe serce zwierzęcia doświadczalnego. Syntalina jest przeciwwskazana u chorych na wątrobę; niekiedy jednak uszkadza zdrową wątrobę; dwa tego rodzaju przypadki opisuje autor. Autor podaje wyniki leczenia

nia syntalimą 68 chorych cukrzycowych; w 6 przypadkach leczenie zmuszony był przerwać z powodu ostrych zaburzeń żołądkowo-jelitowych, w 1 przypadku rozwinęła się żółtaczką. W 40 przypadkach przy pomocy syntaliny uzyskano odcukrzyenie moczu i poprawę stanu ogólnego. Autor sądzi, że w lżejszych przypadkach cukrzycy można stosować z powodzeniem syntalimą w małych dawkach; radzi po dłuższem stosowaniu przerywać leczenie na 14 dni; zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, spowodowane syntalimą, zdaniem autora, skutecznie są zwalczane przez decholinę.

Jakób P e n s o n.

RAUSCH. Próby leczenia cukrzycy za pomocą diatermji trzustki. (D. m. W. N. 32, 1932).

Wpływ diatermji na czynność gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem był przedmiotem prób i badań już od 1923, od czasu naświetlania gruczołu tarczowego przy chorobie B a s e d o w a. Autor spostrzegł, że nagrzewania okolicy krzyża, przeprowadzane z jakiegokolwiek bądź powodu, wywoływały u pacjentów uczucie kolosalnego głodu, a określona krzywa zawartości cukru we krwi przebiegała niżej, niż u osób nie podlegających nagrzewaniom. Spadek krzywej nie był jednak równomierny, czasami występowało podwyższenie, czasami nie widywano żadnego wpływu diatermji. W jednych przypadkach godzinne, u innych $\frac{1}{2}$ godzinne seanse, odnosiły porządkany skutek. W 12 przypadkach cukrzycy poddano chorych nagrzewaniom. Najlepsze wyniki otrzymano w lekkich przypadkach, osiągając podniesienie tolerancji ustroju na węglowodany; w średnio ciężkich — wyniki były mniej pomyślne, udało się jednak nieco obniżyć potrzebną ilość insuliny; w daleko posuniętych — żadnej poprawy nie uzyskano. Mechanizm działania diatermji polega na wywołaniu przekrwienia, które powoduje lepsze zaopatrzenie komórek w tlen i podnosi przez to czynność gruczołową. W rezultacie tego zwiększa się ilość insuliny we krwi. Dobre działanie diatermji zależy od stopnia zniszczenia aparatu wysepkowego.

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

H. W. BENHAM, M. FISHER, I. MORE, C. THURGAR. Trzy przypadki choroby Addisona leczone wyciągiem z kory nadnercza. (The Lancet. T. I, N. 3, 1932).

W 1930 r. S w i n g l e i P f i f f n e r otrzymali wyciąg z kory nadnerczy, wolny od adrenaliny; środek ten budzi ze stanu śpiączki koty, którym uprzednio usunięto nadnercza; dalsze wstrzykiwanie wyciągu utrzymuje koty w dobrym stanie; przerwa podawania wyciągu powoduje śmierć zwierząt w ciągu 10 dni. Autorzy opisują wyniki stosowania wyciągu z kory nadnerczy, sporządzonego metodą S w i n g l e a i P f i f f n e r a, w 3 przypadkach choroby A d d i s o n a. We wszystkich trzech przypadkach stan chorych był bardzo ciężki. Po 2 — 3 wstrzyknięciach wyciągu nastąpiła w 2 przypadkach wyraźna poprawa objawów subiektywnych i obiektywnych. Zwłaszcza dużą poprawę uzyskano w przypadku 2-im; chory przed leczeniem był b. słaby, ciągle wymiotował, nie spał. Po 2 wstrzyknięciach wyciągu korowego nastąpiła widoczna poprawa; w ciągu 10 tygodni chory otrzymał 78 cm³ wyciągu, zaczął chodzić, wymioty ustały, ciśnienie krwi wzrosło, samopoczucie znacznie się poprawiło zmiany barwnikowe nie uległy zmianie. W przypadku 3-im efekt był znikomy; po każdorazowej iniekcji występowała wysoka temp., silne dreszcze i utrata przytomności. Wobec braku poprawy i silnych toksycznych objawów zaniechano dalszych wstrzykiwań. Pomimo czasowej poprawy w przypadkach 1 i 2-im, chorych przy życiu nie udało się utrzymać; po pewnym czasie występowało pogorszenie i zejście śmiertelne. Autopsja w 2 przypadkach wykazała gruźlicę nadnerczy, w 3-im ich zanik. Aby przekonać się o stopniu toksyczności wyciągu, autorzy wstrzyknęli zdrowemu osobniko-

wi 10 cm³ dożylnie; po upływie 1/2 godz. wystąpiły dreszcze, temp. i objawy zapaści. Po 2 dniach temp. spadła i objawy zupełnie się cofnęły. Autorzy sądzą, że powodem toksyczności wyciągu jest zawartość białka. Wyciąg z kory nadnerczy stanowi wielki postęp w leczeniu choroby Addisona; nie pro-

wadzi do wyleczenia, ale umiejętnie dawkowany wywołuje poprawę wszystkich objawów, za wyjątkiem zmian barwnikowych; być może, że zmiany metody otrzymywania wyciągu doprowadzą do ulepszenia i do większej skuteczności leku.

Jakób P e n s o n.

Oceny książek

Dr. P. GLEICH. O zdrowem i chorem dziecku powyżej jednego roku. Lwów. Warszawa. 1933.

Książka, poza przedmową D-ra K. F. C i e s z y ń s k i e g o (który napisał też zakończenie), obejmuje 1. króciutki rozdział, dotyczący ogólnych zasad higieny i odżywiania, 2. fizjologję i patologję okresu dojrzewania płciowego, 3. tak częsty brak łaknienia u dzieci i 4. opis najważniejszych chorób, występujących w wieku dziecięcym. Naogół stany chorobowe u dzieci wysunięte są w książce na plan pierwszy, i opis ich wypełnia z górą 8/10 materiału. To jest jedyny, ale i zasadniczy zarzut, który mógłbym uczynić pracy D-ra G l e i c h a, zarzut, który można również uczynić większości współczesnych wydawnictw popularno - medycznych. Naskutek, być może, tego, że już dawniejsze wydawnictwa z tej dziedziny wyczerpały w dużym stopniu materiał, obejmujący zasady ogólnohigieniczne, współcześni popularyzatorzy zaznajamiają ogół laików, w tym przypadku matki, z kliniką chorób dziecięcych. Podany zostaje w książce D-ra G l e i c h a, muszę przyznać, że z talentem, przebieg chorób, sposoby ich rozpoznawania, a nawet leczenia. Recenzent jest zdania, że tego typu sposób popularyzacji medycyny stwarza tylko kadry półinteligentów (w danej gałęzi wiedzy), co bodaj lekarzowi raczej utrudnia, aniżeli ułatwia pracę. Obawiam się również, że nieprzemilczanie przez autora możliwości ciężkich śmiertelnych powikłań w stanach chorobowych o skądinąd dobrem rokowaniu spędzi zupełnie niepotrzebnie sen z oczu wielu matek i to zupełnie zbytecznie, gdyż powikłaniom tym w większości przypadków ani pielęgnacja, ani częstokroć sztuka lekarska nie są w stanie zapobiec. Autor, co prawda, należy mu przyznać słusność, postawił sobie za wytyczną zaznajomienie matek ze sposobem zapobiegania chorobom. Zadanie to w stosunku do chorób zakaźnych, krzywicy zostało wykonane z dużym powodzeniem. Rozdział o zwalczaniu braku łaknienia u dzieci został napisany przez autora z wielką znajomością rzeczy. Jednak, zdaniem recenzenta, wskazówki, dotyczące zasad ogólnohigienicznych odżywiania, wychowania fizycznego, potraktowane są zbyt ogólnikowo. Brak zupełnie rozdziału o ubiorze dziecka, a, jak wiadomo, pod względem doboru odzieży matki grzeszą jeszcze obecnie i wykazują najwięcej konserwatyizmu. Książkę Dra G l e i c h a uważam za bardzo pożyteczną, ale mniej dla matek, t. j. dla celu, któremu została przeznaczona. Jest to, zdaniem moim, bardzo dobra lektura dla pielęgniarek, ochraniarek, ew. wychowawczyń, które nieraz muszą orjentować się nieco w medycynie.

H. B r o k m a n.

GUTTMANN—MARLE. *Medizinische Terminologie*. Wydanie 25 i 26 z 600 ilustracjami. Urban u. Schwarzenberg. Berlin - Wiedeń. 1932. Cena RM. 20.

Znane i znakomite, a może i jedyne w swoim rodzaju dzieła G u t t m a n n a ukazało się w nowem, uzupełnionem i ulep-

szonem wydaniu. Jest to wzorowy słownik terminologii lekarskiej, w którym nie brak chyba żadnego wyrazu, mogącego interesować lekarza. Cały materiał ułożony jest alfabetycznie, i przy każdym wyrazie podane jest jego pochodzenie i znaczenie. Obok nazwisk znajdujemy tu rok urodzenia, specjalność i miejsce pobytu noszącego to nazwisko uczonego. Nazwiska uczonych lekarzy i przyrodników podane są o tyle, o ile łączą się z opisaniami przez nich postaciami chorobowymi, odczynami, metodami badania lub leczenia, narzędziami i t. d. Określenie postaci chorobowej, opis metody badania, czy reakcji chemicznej i t. d. podany jest zwięźle, w kilku słowach, wystarczających jednak do zrozumienia istoty rzeczy. Charakterystyczne objawy chorobowe, przyrządy i aparaty przedstawione są na dobrych, wyraźnych rysunkach. Nawet każdy znak lub skrót literowy został w książce uwzględniony. Biorę na chybił trafił literę D. Mamy tutaj takie znaczenie tego skrótu literowego: w oftalmologii — Dioptrie; w fizyce — Dichte (gęstość); małe d: w chemii — dextrogyr.; na receptach: *da, detur* lub *dentur* (daj, niech będzie dany, wzgl. dane); w homeopatii D oznacza potencję decymalną, D₁ — rozcieńczenie 1 : 10, D₃ — rozcieńczenie 1 : 1000 i t. d. Szukałem w książce rzadko spotykanych wyrazów lekarskich i wszystkie znalazłem, podane krótko i dokładnie. Komu zależy na szybkim i dokładnym zrozumieniu wyrazów, w medycynie używanych, a niezawsze mu dostępnych, ten w książce G u t t m a n n a — M a r l e g o znajdzie sumiennego doradcę. A jeżeli kogo, jak mnie, spotka pod tym względem zawód, to niech winę przypisze tym, którzy o swoje lub cudze prawa się nie upomnieli. Jako Polaka interesowało mnie, czy nie zostali pominięci w słowniku uczeni lekarze polscy, których nazwiska powinny w nim figurować. Nie znalazłem nazwiska B r o w i c z a (komórki B r o w i c z - K u p f e r a, łasecznik duru brzuszego B r o w i c z - E b e r t h a), B u j w i d a (odczyn na cholera — Cholerot), nazwisko G o l d f l a m a znalazłem tylko pod literą E w połączeniu z nazwiskiem E r b a: E r b - G o l d f l a m ' Krankheit: *Myasthenia gravis pseudoparalytica*; pod literą G. G o l d f l a m a niema. Wielka krzywda stała się B i e r n a c k i e m u, przy którego nazwisku znajduje się tylko o b j a w: niewrażliwość nerwu łokciowego na ucisk; w wiązce rdzenia i t. d. (Zeichen: Unempfindlichkeit des nervus ulnaris gegen Druck; bei Tabes usw.). O odczynie opadania krwinek ani słowa, a pod wyrazem: Senkung - reaktion znajduję nazwisko F o h r a e u s (1918), nazwiska B i e r n a c k i e g o niema. Autor książki w przedmowie do wydania 1-go (r. 1902) pisze: „przynaję, że mogłem opuścić coś, co uwzględnić należało, możliwe są także pewne niedokładności. Za zwrócenie uwagi na takie luki i błędy będę wdzięczny krytykom i czytelnikom”. Widocznie dotychczas nikt tych niedopatrzeń nie wytknął.

Z. S r e b r n y.

Wskazówki praktyczne

M o l l stwierdził dobre działanie *leczenia wątrobowego (Campolon)* w *dychawicy spastycznej*. Stosowany był wyciąg z wątroby domięśniowo, rzadziej świeżo gotowana wątroba.

Szczególnie dobrze działało leczenie wątroba w *allergicznym* typie dychawicy i w tych przypadkach, w których stwierdzało się wysokie liczby krwinek czerwonych. Tam, gdzie po lecze-

niu wątroba występowała poprawa, stwierdzało się spadek liczby krwinek czerwonych. (Brit. med. Journ. 1932, Nr. 3725).

— o —

Th. H o c i s t i zwraca uwagę na *wczesny objaw chromania przestankowego*: jeżeli nogę człowieka zdrowego włożyć do wody gorącej, to noga nabiera barwy rakowo - czerwonej, w tych samych warunkach we wczesnym okresie chromania przestankowego noga staje się sina (cyanotyczna). Jeżeli wyjętą z gorącej wody rakowo - czerwoną nogę zdrowego człowieka oblać lodowatą zimną wodą, to noga na krótko blednie, a potem nabiera delikatnej barwy różowej, gdy noga sina chorego na chromanie przestankowe w tych samych warunkach staje się rakowo - czerwona. Ponieważ chorobie z początku uległa zwykle jedna noga, to różnica zabarwienia, występująca przy tej próbie, jest tak jaskrawa, że rozpoznanie można łatwo postawić. (Klin. Wsch. 1932, Nr. 44).

— o —

Przeciwko odmrożeniom i stanom naczynioruchowym poleca R. S a c h s ciepło, ale nie promieniujące, lecz w postaci gorącego powietrza. Po zastosowaniu gorącego powietrza

— zimne nacieranie. W odmrożeniach wystarczają 4 — 6 nagrzewań 80 — 100 stopniowych po 20 — 40 minut. (Med. Klin. 1932, Nr. 25).

— o —

G e l l h a u s opatruje *miejsca odmrożone* maścią następującą: Rp. Sacch. lact. 10,0 — 15,0; Aq. dest q. s. ad sol.; Ungt. Vaselin., Adip. Lanae aa ad 100,0. M. f. Ungt. Można do tego dodać 0,5 — 1,0 kamfory. W przypadkach dużej wrażliwości na mrozy — codziennie zrana kąpiel z alunem. (Ztschr. f. ärztl. Fortb. 1932, Nr. 5).

— o —

Według P e t e r s a następujące postępowanie ma *zapobiegać powikłaniom nerkowym w pionicy*: alkaliczowanie moczu za pomocą mieszanki: Rp. Natr. bicarb. 2,0; Kal. bicarb. 0,3; Calc. carb. 0,4; Aq. Menth. pip. ad 30,0. Tę ilość mieszanki zażywać należy aż do otrzymania alkalicznego odczynu moczu. Prócz tego: co 4 godziny w mleku nalewka jodowa w ilości odpowiedniej do wieku, a obok tego przez 14 dni przetwory tarczycy w dawce, odpowiadającej 0,1 — 0,2 świeżej substancji gruczołu. (Practitioner. 1932, Nr. 11).

— o —

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Posiedzenie z dnia 7.VI.1932 r.

Początek posiedzenia o godz. 8-mej punktualnie. Obecnych członków Towarzystwa 29, wprowadzonych gości 41.

1. Protokół posiedzenia z dnia 24.V. i 31.V. — przyjęto.

2. Kol. P r u s z c z y ń s k i A. (członek T-wa) przedstawia przypadek „*Tłuszczaka języka*” (z przezrocami), (streszczenie własne).

Podczas sekcji złok 70-letniej kobiety na języku jej spostrzegłem guzek wielkości ziarna soczewicy. Znajdował się on na grzbiecie języka w niewielkiej odległości od t. zw. otworu ślepego (*foramen caecum*), nieco w lewo od linii środkowej. Guzek, osadzony na szerokiej i bardzo krótkiej nóżce, pokryty niezmienną (makroskopowo) śluzówką, nie różnił się od otoczenia barwą powierzchni zewnętrznej. Na powierzchni przekroju posiadał on w środku zabarwienie żółtawe, a na obwodzie szarawe (nabłonek śluzówki) i stosunkowo dobrze odcinał się od warstwy mięśni językowych.

Pod mikroskopem stwierdzono w guzku utkanie tłuszczaka twardego (*lipoma durum*). W skrawkach mrożonych, po zabarwieniu ich Sudanem III, widać w komórkach tłuszczaka dość duże, chociaż nierównej wielkości żółtopomarańczowe kule.

W obrębie nowotworu i w pobliżu niego pod nabłonkiem można dostrzec nacieki z drobnych, okrągłych komórek.

W nabłonku śluzówki, pokrywającym opisany guzek, nie zauważyłem żadnych wybitnych zmian.

Mięśnie języka były w stanie wiądu z równoczesnym rozrostem tkanki tłuszczowej.

Tłuszczaki języka należą do wyjątkowo rzadkich nowotworów tego narządu. Dostępne mi piśmiennictwo, pochodzące z zeszłego stulecia, zawiera 16 takich przypadków. W piśmiennictwie obecnego wieku, zdaje się, brak nowych przypadków tłuszczaków języka.

Najczęstszą siedzibą opisywanych nowotworów języka bywa koniuszek i brzezi — najrzadszą zaś — podstawa. Prawdopodobnie poza innymi czynnikami odgrywają tu pewną rolę częste urazy (np. zębami) koniuszka i brzegów języka.

Wielkość tłuszczaków może być nieraz znaczną. W jednym przypadku, podanym w piśmiennictwie, tłuszczak miał wymiary: 7 cm × 6 cm × 4 cm. Po większej części omawiane nowotwory języka występują u ludzi młodych.

Tłuszczaki języka nie różnią się mikroskopowo od tego rodzaju nowotworów w innych częściach ciała. Nie dają one

wznowy po doszczętnem ich usunięciu, nie dają również przerzutów. Jednak M a n t e l opisał tłuszczaka języka, który dał wznowę w 37 lat po niedoszczętnem wyluszczeniu pierwotnego nowotworu.

Mój przypadek tłuszczaka zasługuje na uwagę ze względu na rzadkie umiejscowienie jego na języku i na podeszły wiek zmarłej.

Należy jeszcze nadmienić, że powyższej sprawy nowotworowej nie można powiązać z chorobą, która spowodowała zejście śmiertelne. Śmierć bowiem nastąpiła wskutek groniastozukowej i prosówkowej gruźlicy płuc oraz prosówkowej gruźlicy wątroby i nerek.

3. Kol. Z a w a d o w s k i i Witold (członek T-wa) — wygłosił odczyt p. t. „*Radjoterapia pierwotnych nowotworów płuc*” (streszczenie własne). Z dwu dróg, któremi kroczymy w leczeniu nowotworów złośliwych, t. j. drogi chirurgicznej i radjoterapeutycznej, pierwsza z nich znajduje się dopiero w okresie zbierania początkowych doświadczeń, które naogół są bardzo mało zachęcające.

Druga natomiast, t. j. radjoterapia, jakkolwiek nie daje nam prawdopodobieństwa wyleczenia, jednakże w poważnej liczbie przypadków może dać ulgę w dolegliwości chorego. Niekiedy nawet możemy uzyskać zniknięcie objawów chorobowych i odzyskanie zdolności do pracy na dłuższy okres czasu.

Wyniki tego rodzaju, jakkolwiek nie należą do reguły i dotyczą tylko przypadków szczególnie promienioczułych, to jednak stawiają radjoterapię raka płucnego na stanowisku zupełnie wyjątkowym, jeśli zważymy, że naogół rozpoznanie to zawierało równocześnie całkowitą rezygnację w zakresie leczenia samej sprawy nowotworowej oraz skazywało lekarza na bierną obserwację postępu choroby i stosowanie leczenia wyłącznie objawowego, polegającego na łagodzeniu cierpień za pomocą środków znieczulających, których działanie zaznaczało się niekiedy tylko przejściowo i niewystarczająco.

Prelegent przytacza historię choroby dwu przypadków, które należą do postaci raka histologicznie niezróżnicowanych wzgl., słabo zróżnicowanych. Okazały się przeto wybitnie promienioczułymi, tak iż w obu guzy płucne zmniejszały się znacznie i na długi czas, a nawet prawie znikły po napromieniowaniu.

Oba jednak wykazały tendencję do nawrotów miejscowych, szerzenia się w śródpiersiu i do przerzutów dalszych, w jednym do gruczołów nadobojczykowych, w drugim zaś do gruczołów szyjnych i mózgu.

Obecność przerzutów gruczołowych dała w obu przypadkach możność wykonania biopsji i ostatecznego wyjaśnienia obrazu chorobowego. Skłonność do szerzenia się, której napromienianie nie zdołało usunąć, należy położyć na karb te-

go, że w początkowych okresach rozpoznanie raka pierwotnego opierało się tylko na przypuszczeniu, tak, że pierwsze serie napromieniowania nie były dostatecznie intensywne, i obszar leczenia nie dość szeroki. W przypadkach analogicznych należałoby napromienić odrazu okolice samego guza, całe śródpiersie i okolice nadobojczykowe, zastosować serie dłuższe, napromienić przez filtry grube (co najmniej 2 — 3 cm Cu) i z dużej odległości. Należy przypuszczać, że tego rodzaju technika, zwłaszcza po kilku kolejnych seriach, pozwoliłaby na dłuższy czas zlokalizować, a może i wyleczyć ostatecznie sprawę nowotworową. Z drugiej strony w tych przypadkach ocena całego obrazu musiałaby się oprzeć tylko na przesłankach klinicznych i radiologicznych, i brak było tak ważnego potwierdzenia histologicznego. W przypadkach takich radjoterapeuta mógłby się wahać co do wyboru techniki leczniczej i działać niedość szeroko i niedość energicznie. Dlatego też szczegółowe studium obu powyższych przypadków należy uważać za bardzo doniosłe, gdyż opierając się na zdobytem w nich doświadczeniu, będziemy w stanie na przyszłość polepszyć jeszcze znacznie wyniki radjoterapeutyczne w raku płucnym o postaci promienioczułej. Ogółem napromienianych było 8 przypadków. Wybitna poprawa i odzyskanie zdolności do pracy nastąpiło w dwóch przypadkach, w jednym na okres dłuższy, w drugim na krótszy, gdyż obrót niekorzystny zaznaczył się na skutek zjawienia się przerzutu w mózgu. Zresztą, przerzut ten okazał się również wrażliwy na promienie, jak nowotwór pierwotny, tak, że objawy mózgowe ustąpiły całkowicie po napromienianiu.

W 4-ch przypadkach działanie napromieniowania na objawy przedmiotowe, jak ból, kaszel, duszność, ucisk w piersi, zaznaczyło się wyraźnie, tak, że wynik można uważać za zadawalający.

W dwóch przypadkach działanie napromieniowania nie dało wyraźnego wyniku. Rozporządzając tak małym materiałem, nie mogę wyciągnąć z niego wniosków bardziej szczegółowych. Jednakże doświadczenie moje wykazuje niezbicie, że radjoterapia raka pierwotnego płuca jest uzasadniona, i że należy się do niej uciekać częściej, niż dotychczas, tembardziej, że w żadnym przypadku spostrzeganym nie zaznaczył się jakikolwiek wpływ ujemny trwały, któryby zależał od działania nasświetlań.

Zasadniczym warunkiem powodzenia radjoterapii raka płucnego, jak zresztą i innych raków, jest dobry stan ogólny i brak chery. Musimy się bowiem liczyć z tem, że znaczny nieraz guz po zadziałaniu cytokaustycznym promieni i zjawieniu się zmian wstecznych, aż do martwicy całych mas tkankowych, musi ulec wessaniu. Działanie na organizm tak znacznej ilości ciał białkowych, powstających z rozpadu tkanek, może być fatalne, jeśli narząd krążenia i duże gruczoły jamy brzusznej nie stoją na wysokości zadania. Wtedy zdarzyć się może, że działanie napromieniowania zbyt intensywnych zwiększy stan zatrucia organizmu produktami rozpadu nowotworu i przyspieszy nawet zejście śmiertelne.

Dlatego też w przypadkach z obecnością dużych guzów i miernym stanem ogólnym postępować musimy bardzo ostrożnie, stosować małe pola, rozkładać dawki na czas dłuższy i śledzić odczyn ze strony całego ustroju. Podkreślić należy, że obawy co do zatrucia organizmu produktami rozpadu raka dotyczą tylko przypadków, daleko posuniętych ze zmianami bardzo rozległymi. W przypadkach początkowych będziemy mogli zawsze napromienić śmiało, a stąd i widoki lecznicze będą lepsze. Niemożna przeto położyć nacisku na konieczność wczesnego rozpoznawania i wczesnego rozpoczęcia napromieniowania. Obydwa przypadki wyraźnie korzystnego działania rentgenoterapii dotyczą nowotworów, wcześniej rozpoznanych i od początku leczonych napromienianiami.

Podobnie, jak znaczne wyniszczenie, przeciwwskazaniem będą powikłania zapalne raka, występujące w postaci ostrej i bardzo rozległej. Napromieniania intensywne, niezbędne dla opanowania sprawy nowotworowej, wpływają niekorzystnie na tego rodzaju zmiany, wywołując rozległe działanie rozplywne, a nawet zgorzel. Zbierając wskazania i przeciwwskazania radjoterapii podkreślić musimy, że opierają się one na szczegółowej ocenie całokształtu przypadku z uwzględnieniem:

1) stanu miejscowego w klatce piersiowej, zależnego od nowotworu pierwotnego i jego powikłań, a następnie od przerzutów w śródpiersiu, w płucach i na opłucnie. Materiałem głównym do wyciągnięcia wniosków pewnych w tej dziedzinie będzie seryjne badanie radiologiczne, rozporządzające nie tylko obrazem ekranowym, lecz także zdjęciami tylnoprzednimi, skośnymi i profilowymi. Materiał ten da nam dokładny pogląd przestrzenny na warunki anatomopatologiczne płuca, opłucny

i śródpiersia oraz możność oceny rodzaju i szybkości wzrostu sprawy nowotworowej;

2) obecności lub braku przerzutów dalszych, a przede wszystkim w gruczołach chłonnych nadobojczykowych i szynych, w mózgu, w narządach jamy brzusznej (nadnercza) i w układzie kostnym;

3) dolegliwości podmiotowych chorego, związanych z wpływem sprawy nowotworowej na płuca, oskrzela, opłucnę i śródpiersie oraz objawów podmiotowych zależnych od przerzutów dalszych;

4) wieku, ogólnego stanu sił i odżywienia oraz obrazu hematologicznego.

Wskazaniem bezwzględnie do napromieniowania będzie stwierdzenie wyraźnej promienioczułości nowotworu. W tym kierunku bardzo przydatne byłoby badanie histopatologiczne cząstki, otrzymanej drogą biopsji, czy to z płuc, czy też z przerzutu w gruczołach chłonnych szyi lub też w kościach. Ponieważ będzie to możliwe zawsze już w dalszym okresie cierpienia, przeto niesłuchanie cenne będą spostrzeżenia, które pozwolą na pewne wnioski o promienioczułości na podstawie innej, głównie na podstawie obrazu radiologicznego w samych początkach cierpienia, gdy wyniki radjoterapii są najlepsze. W przypadkach tej grupy, nawet daleko posuniętych, z obecnością olbrzymich guzów można będzie napromienianiem uzyskać zniknięcie ich przynajmniej czasowo.

Istnienie znacznych dolegliwości podmiotowych (ból, ucisk, duszność, kaszel) i objawów przedmiotowych ucisku na narządy śródpiersia uważać możemy również za wskazanie kategoryczne do leczenia promieniami, jeżeli inne środki lecznicze (znieczulające, odciążające) nie dały pożądanej ulgi. Na wyniki korzystne liczyć będziemy mogli, jeśli nie będzie w danym przypadku znaczniejszych powikłań zapalnych, i jeśli chodzi o osobnika w wieku niezbyt podeszłym (poniżej 60 lat).

Jeżeli nawet w danym przypadku niema wskazań bezwzględnych, poprzednio przytoczonych, to radjoterapia mimo to jest godna zalecania, gdyż jest to w stanie obecnym naszej wiedzy „najlepsze leczenie, którem rozporządzamy i jedynie możliwe do zastosowania w znacznej większości przypadków”, jak się wyraża H u g u e n i n.

Przeciwwskazaniem do napromieniowania będzie bardzo podeszły wiek (ponad 60 — 70 lat), jeżeli łączy się ze znaczną zgrubiałością starczą, i bardzo zły stan ogólny oraz obecność znacznej chery nowotworowej.

Rozległe powikłania zapalne w płucach o przebiegu ostrym są również przeciwwskazaniem do radjoterapii. Przeciwskazanie to może być tylko czasowe, jeśli uda się zwalczyć je przez odpowiednie leczenie farmakologiczne i biologiczne.

W wywodach powyższych o radjoterapii raka pierwotnego płuca opierałem się na doświadczeniach z zakresu leczenia promieniami X. Wyniki stosowania radu, którego promienie gamma dzięki znacznie krótszym falom i olbrzymim kwantom posiadają działanie bardziej selektywne na komórki nowotworowe, są niekiedy jeszcze korzystniejsze, niż wyniki rentgenoterapii, jak o tem świadczą przypadki zebrane przez H u g u e n i n a. Nawet tam, gdzie wrażliwość na promienie X jest już po kilku seriach wyczerpana, promienie gamma mogą jeszcze zachować swą skuteczność. Na przeszkodzie szerszemu zastosowaniu radu stoi to, że dla przeprowadzenia leczenia raka pierwotnego płuca potrzeba większych jego ilości i zastosowania przez czas dłuższy. Wobec pewnej skuteczności leczenia radowego w wielu innych postaciach nowotworów tylko najbogatsze płacówki radjoterapeutyczne będą mogły pozwolić sobie na poświęcenie około 300 mg. tego pierwiastka przez czas około 10 dni do dwóch tygodni na leczenie jednego przypadku nowotworu płucnego. Naskutek tego curieterapii raka płucnego będzie musiała pozostać metodą wyjątkową, zaś postępowaniem zwykłym będzie stosowanie twardych i krótkofalowych promieni X.

Uciekanie się do energii promienistej w tej, czy owej postaci odebrało leczeniu raka pierwotnego płuca całkowitą beznadziejność. Jakkolwiek niedostateczne i niezadawalające całkowicie są narazie jego wyniki, w przyszłości polepszą się one jeszcze znacznie wraz z udoskonaleniem techniki i aparatury oraz z postępem djagnostyki.

Radjodjagnostyka i obserwacja radiologiczna, przyczyniając się do umożliwienia wcześniejszego rozpoznawania raka płucnego, torować będą drogę do polepszenia wyników radjoterapii.

D y s k u s j a :

Kol. E l e k t o r o w i c z uważa, iż nie wszystkie nowotwory płuc nadają się do napromieniowania. Większość raków

płuc jest niewrażliwa na promienie. O wrażliwości raka, a więc i o jego budowie trudno wnioskować na podstawie obrazów rentgenowskich. Polepszenie po naświetlaniu należy oceniać ostrożnie. Zmniejszenie się cienia na Rentgenie może zależeć od cofania się spraw zapalnych dokoła nowotworu lub też od znikania niedodmy, którą spowodowało zamknięcie oskrzela. Co do powikłań (np. krwotoki) — trudno jest nieraz ustalić, czy zależą od napromieniowania, czy też nie; wnioskuje się z własnego materiału chorych, kol. E. jest zdania, że w rakach płuc, w przeciwstawieniu do mięsaków śródpiersia, otrzymujemy mało dodatnich wyników. Kol. E. zarzucił na jakiś czas stosowanie napromieniowań w rakach płuc.

Kol. Laszkowski (członek T-wa), opierając się na własnym materiale, podaje, że na 52 przypadki miał 19 przypadków raków drobnokomórkowych, a więc światłoczułych, nie licząc raków litych, które są średnio-światłoczułe. To powinno skłonić do stosowania promieni Rentgena w lecznictwie. Wynik jest uzależniony od wczesnego rozpoznania. Kol. L. sądzi, że może należałoby stosować naświetlanie szerszych pól, bo w 90% przypadków są zajęte gruczoły śródpiersia.

Kol. Orłowski (streszczenie własne): stwierdza, że nie spostrzegł pomyślnego wyniku leczniczego napromieniowania raków płuc. Możliwe, iż w tych przypadkach istniały przeciwwskazania. Kol. Zawadowski zwęził znacznie zakres stosowania leczniczego promieni rentgenowskich w rakach płuc. Na zagadnienie leczenia raków płuc promieniami rentgenowskimi należy zapatrywać się odmiennie. Stwierdzenie raka płuc przesądza o niepomyślnym rokowaniu. Należy przeto zawsze próbować działania napromieniowania, jako dotychczas jedynej metody leczniczej, która może dać poprawę. W jednym przypadku po naświetlaniu wystąpiło szybko wysianie się nowotworu w całych płucach, potwierdzone badaniami pośmiertnymi.

Kol. Zawadowski stwierdza, że pomimo zastrzeżeń kol. Elektrowicza wrócił do rentgenoterapii w leczeniu nowotworów płuc. Liczby podane przez kol. Laszkowskiego, są zachęcające dla stosowania prom. Rentgena w rakach płuc, gdyż blisko połowa ich jest światłoczuła. W drugiej połowie promienie Rentgena wywierają działania paliatywne, co też nie jest bez znaczenia. Co do naświetlania szerszych pól, w początkowych okresach tego nie stosował, gdyż rentgenolog początkowo miewa zawsze wątpliwości, czy napewno ma do czynienia z rakiem płuca. Trudności rozpoznawcze w początkowych okresach zawsze istnieją, i to wpływa ujemnie na pewność postępowania terapeutycznego.

4. Kol. Hełd wygłosił odczyt p. t.: „O gastrochromoskopji i jej wartości rozpoznawczej“ (streszczenie własne): próba chromoskopowa, polegająca na zdolności wydalania przez błonę śluzową żołądka czerwieni obojętnej, zastrzykniętej domięśniowo, jest cenną próbą pomocniczą w rozpoznawaniu różniczkowym schorzeń żołądka oraz w ich rokowaniu.

Na zasadzie 160 badań chromoskopowych ustaliliśmy, iż zdrowa błona śluzowa żołądka wydalą barwnik w 12 — 24 min. po zastrzyknięciu (przeciętnie po 17 min.); w nadkwaśności szybciej (od 17 — 4 min.), w podkwaśności — później (od 26 — 40 min.). Jednak ścisłej równoległości między liczbą kwasoty a czasem wydalania czerw. oboj. niema.

W przypadkach upośledzonego wydalania barwnika z moczem (w schorzeniach przewlekłych nerek) następuje wyrównawcze przyspieszenie wydalania przez błonę śluzową żołądka — niezależnie od stopnia kwasoty treści żołądkowej.

We wszystkich nieżytych śluzówki żołądka, przy zachowanej nawet kwasocie, wydalanie czerwieni oboj. jest wyraźnie opóźnione. Na zwolnienie wydalania barwnika wpływa poza uszkodzeniem komórek gruczołowych ilość wydzielanego śluzu.

We wrzodzie żołądka, wzgl. dwunastnicy, jak zresztą i w innych stanach nadkwaśności stwierdza się przyspieszone wydalanie barwnika. W przypadkach wrzodu z zahamowaniem wydalaniem barwnika liczyć się należy bądź z współistnieniem nieżyty śluzówki, bądź z możliwością nowotworowego przeistoczenia wrzodu w okolicy przyodźwiernikowej.

W bezkwaśności pochodzenia psychicznego - nerwowego wydalanie czerw. ob. nie jest upośledzone; w bezkwaśności pochodzenia organicznego wydalanie barwnika jest albo wybitnie zwolnione (od 45 — 95 min.), albo całkowicie zniesione.

Przy badaniu sprawności wydzielniczej żołądka w różnych stanach bezsoczności próba chromoskopowa okazała się pewniejsza od histaminowej. (Przyp. bezkwaśności, niewydalające barwnika, z reguły nie reagują również na histaminę, w

niektórych przyp. z ujemną próbą histaminową — błona śluzowa żoł. zachowała jeszcze zdolność wydalania barwnika.

Histamina, stosowana jednocześnie z czerw. ob., przyspiesza wydalanie barwnika przez śluzówkę żołądka, a w pewnych przypadkach z ujemną próbą chromoskopową — dopiero po jednoczesnym zastosowaniu histaminy — czerw. ob. barwnik ukazuje się w żołądku. A zatem zdolność wydalania barwnika po histaminie jest czynnością ostateczną śluzówki, poczem następuje już całkowita niewydolność aparatu wydzielniczego.

Z jednorazowego ujemnego wyniku próby chromoskopowej nie można jeszcze wnioskować o nieodwracalnym uszkodzeniu śluzówki żoł. Dopiero kilkakrotnie, w odstęпах czasu kontrolowana próba jest w stanie orzec o zaniku, wzgl. regeneracji aparatu wydzielniczego.

Na 11 przyp. raka żoł. w 6-ciu próba chromoskopowa wypadła ujemnie. Próba chromoskopowa wypadła ujemnie zwłaszcza w rakach, umiejscowionych w okolicy przyodźwiernikowej; w rakach, ograniczonych do trzonu, wydalanie barwnika pozostaje nieraz dość długo zachowane.

Przy różniczkowaniu raków od innych schorzeń żołądka — postępujące z biegiem czasu upośledzenie wydalania barwnika przemawia za rakiem, przyspieszenie zaś — stanowczo przeciw rakowi.

We wszystkich 5 przypadkach niedokrewności żośliwej mieliśmy do czynienia z całkowitą bezsocznością, z ujemną próbą chromoskopową, nawet przy jednoczesnym stosowaniu histaminy. Świadczy to o zaniku błony śluzowej żołądka.

Dyskusja:

Kol. Orłowski: próba, polecana przez prelegenta, chociaż opracowana przed kilku laty, nie zdobyła sobie dotąd prawa obywatelstwa ani wśród lekarzy praktyków, ani też w szpitalach, czy klinikach; stosowanie do badania czynności żołądka, bodźców sztucznych, niezjologicznych ze względów praktycznych nie jest słuszne (czerwień obojętnej, histamina, kofeina). Wychodząc z tego założenia, kol. Orłowski wybrał do badania czynności żołądka sole kapusty. Co do kily żołądka, która w przypadku prelegenta rozpoznano za pomocą badania gastrochromoskopowego — to też same wyniki można było otrzymać inną drogą, np. *ex juvantibus*.

Gastrochromoskopja daje możliwość wcześniejszego, niż za pomocą innych metod, określenia zdolności wydzielniczej żołądka, ale i to nie ma większego znaczenia praktycznego, gdyż chorzy, nie mając skarg, nie zgłaszają się wówczas do lekarzy. Badanie chromoskopowe ma więc wyłącznie znaczenie naukowe. Gastrokopja wykazuje bardzo często nieżyt żołądka w przebiegu choroby wrzodowej, gdy natomiast na podstawie materiału, przytoczonego przez prelegenta, jest to sprawa rzadka.

Kol. Hełd — metoda chromoskopowa za granicą ma swoich zwolenników, i poświęcono jej sporo prac. W Polsce natomiast dotychczas nie była opracowana. Prelegent uważa, iż w warunkach klinicznych nie powinna być pominięta. Ma ona znaczenie praktyczne w zanikach błony śluzowej żołądka. Niekiedy musimy się uciekać do stosowania bodźców sztucznych przy wyodrębnianiu ukrytych zdolności wydzielniczych błony śluzowej żołądka. Co do zachowania się treści żołądkowej w chorobie wrzodowej — oddział kol. Landaua stoi na odrębnym stanowisku. Na 23 spostrzegane przypadki raz tylko stwierdzono podkwaśność.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22 min. 25.

Prezes: Witold Orłowski.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: M. Kruszówna.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Paryskie Towarzystwo Chirurgiczne.

Posiedzenie z d. 11 stycznia 1933 r.

1) Rany kończyn spowodowane mechanicznymi kościarkami.

Petit-Dutaillis przypomina uwagę Cadentat z Tuluzy, który zanotował kilka przypadków ran nóg często b. poważnych, spowodowanych mechanicznymi kościarkami. Szczegół znamienny tych spostrzeżeń, że prawie wszystkie przypadki dotyczyły dzieci.

Umiejscowienie rany było 7 do 10 ctm. ponad stopą, rana prawie jałowa, tak, że zawsze goiła się *par primam* (zarówno mięśnie jak i ścięgna). Autor przytacza jeszcze parę ciekawych spostrzeżeń z tej dziedziny.

2) O inwaginacji kiszek u osesków.

D'Allain przedstawia przypadki następujące: 9-cio

letnie dziecko, operowane późno w stanie *algiditas*, zmarło. Przypadek nie należy do omawianej kategorii.

9 przypadków pozostałych przed operacją były poddane lawatynie odprowadzającej z wynikami następującymi: dwa przypadki wyzdrowiały bez operacji. Autor mógł przedsięwziąć próbę odprowadzenia, gdyż:

1) zdjęcie wykazało brzeg *coecum* zupełnie wyraźny i to nie tylko na ekranie, lecz i na fotografii, którą a. uważa za niezbędną,

2) ośesak oddał gazy, znak ważny niedosyc uwzględniony,

3) obraz ogólny dziecka uległ gwałtownie zmianie: ustąpił niepokój i krzyk. Niekiedy chory zasypiał.

7 pozostałych chorych było poddanych operacji; cięcie według *M a c B u r n e y a*, jest ono bowiem mniej poważne od cięcia środkowego. Na 7 przypadków, w 3-ch udało się kieszkę odprowadzić, jednakże badania kliniczne i radiologiczne

nie dawały co do tego pewności. Cztery pozostałe przypadki nie ulegały wpływowi lawatyw.

A. wyciąga wniosek, że: 1) lawatyna ma znaczenie pod warunkiem, iż jest wykonana przez chirurga i to tuż obok sali operacyjnej, 2) cięcie *M a c B u r n e y a* jest mniej niebezpieczne i wystarczające do zabiegu;

Tamowanie upływu krwi z naczyń drogą elektrokoagulacji (nóż elektryczny).

M o u r e przedstawia na temże posiedzeniu sposób tamowania krwi z naczyń dzięki operowaniu nożem elektrycznym.

Pomijając wszelką patogenezę przypadków referent omawia stronę praktyczną; wszystkie naczynia, nawet tętnicze grubości *art. radialis*, mogą zamykać się przez koagulację. Badanie histologiczne wykazuje przytem, że nie tworzy się skrzep, lecz istotne zlepianie się ścian naczyń z zamknięciem ich światła. To dowodzi, że przy dobrej technice, polegającej na stopniowej i nie nadmiernej koagulacji; nie ma żadnego ryzyka.

J u r m a n d (Paryż).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Życie i dzieło Alfreda Grotjahna.

Karta z dziejów medycyny społecznej.

Podał

Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 5).

Wybucho wojna europejska, i od samego jej początku *G r o t j a h n* z całą siłą i stanowczością akcentuje swe stanowisko polityczne. A więc odmawia swego podpisu pod słynną odezwą trzech tysięcy profesorów niemieckich, która głosiła, że „zbawienie całej kultury europejskiej zależy od zwycięstwa, które wywalczy militarystom niemieckim”. Oburza go zarówno to „zdziwienie”, jak i pogwałcenie neutralności Belgji, jak i „obłąd”, któremu ulegli tacy koryfeusze nauki niemieckiej, jak *H a e c k e l* i *W u n d t*, jak *S o m b a r t* i *K o h l e r*. Powołany do wojska, nie może pogodzić się z przejawami pruskiego militarysty i korzysta tylko z okazji, by powrócić do swych zajęć i nawet w tym czasie wojennym spełniać, jak pisze w pamiętnikach, swe zadanie życia — nasycenie medycyny i higieny ideami racjonalnie pojmowanego socjalizmu i wykonywanie swej roli — medyka, jako socjalisty na katedrze.

W pełnym zamętu okresie mobilizacji wychodzi z pod prasy nowe dzieło *G r o t j a h n a*, traktujące o spadku i regulacji urodzeń („*G e b u r t e n r ü c k g a n g u n d G e b u r t e n r e g e l u n g i m L i c h t e d e r i n d i v i d u e l l e n u n d d e r s o z i a l e n H y g i e n e*”). Temat, poruszony przez autora, uchodził w owym czasie jeszcze za tak drażliwy, że książka nie mogła znaleźć poważniejszego wydawcy. W książce tej po raz pierwszy została poddana naukowym rozważaniom sprawa środków, zapobiegających ciąży. Autor wypowiada tu pogląd, że regulacja urodzeń nie powinna li tylko mieć na celu ograniczenia potomstwa przy pomocy tych środków, lecz również służyć sprawie popierania procesu rozrodczego, dzięki szerokiemu i celowemu stosowaniu czynnika gospodarczego, jak np. wprowadzenia „ubezpieczenia rodzicielstwa”. *G r o t j a h n*, starając się wyjaśnić przyczyny wrostającego spadku liczby urodzeń wśród przodujących narodów, rozróżnia dwa typy, dwa spo-

soby rozmnażania się ludzi. Typ pierwszy, który można nazwać naiwnym, reprezentują pary, wydające na świat tyle potomstwa, ile dopuszcza ich naturalna płodność. Cięża, poród i okres karmienia następują bezpośrednio po sobie i wypełniają kompletnie życie kobiety. Ten „naiwny” sposób rozmnażania się, który obok wielkiej liczby urodzeń charakteryzowany jest przez równie wielką śmiertelność niemowląt i dzieci, nie może być uważany za godny naśladowania dla narodów o wyższej kulturze. Drugi typ—to świadome regulowanie urodzeń przy pomocy racjonalnie stosowanych sposobów zapobiegawczych. Wyraz „racjonalizacja urodzeń” został przez *G r o t j a h n a* użyty po raz pierwszy w jego „*Patologii Społecznej*” i stał się odtąd pojęciem coraz to bardziej rozpowszechnionem w odnośnych gałęziach nauki, czy to będzie ekonomja, czy higjena rasy. *G r o t j a h n* opracował prawa, dające możność regulowania przyrostu bez żadnej szkody dla danej grupy etnicznej, a raczej z pożytkiem pod każdym względem. Poczucie narodowe w dodatkiem, nienapastniczym znaczeniu tego wyrazu jest, jego zdaniem, najbardziej powołaniem uczuciem, jakie może mieć bezwzględny, kierowniczy wpływ na obudzenie i wzmocnienie poczucia obowiązku produkowania potomstwa. Obok tego istnieje cały szereg dróg i sposobów charakteru prawodawczego, państwowego i społecznego, które mogą być użyte w tym kierunku. Zagadnienie rozrodczości ludzkiej z biegiem czasu coraz bardziej zajmuje umysł *G r o t j a h n a*. Sprawie tej poświęca on w r. 1926 większą monografię p. t. „*Higjena rozrodczości ludzkiej*” („*Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung. Versuch einer praktischen Eugenik*”). Książka ta, przetłomaczona w r. 1930 na polski przez *T. J a n i s z e w s k i e g o*, miała za cel zastąpienie przestarzałego tymczasem już dzieła z r. 1914 o spadku i regulacji urodzeń. W monografii tej stara się *G r o t j a h n* uwzględnić nowy materiał cyfrowy i osiągnięte w tym czasie wyniki na polu badań nad dziedzicznością. Dotychczas cała nauka o ilościowej stronie rozrodczości, problem ludnościowy, obracały się li tylko dookoła teorii *M a l t h u s a*, podobnie jak zagadnienie zwyrodnienia ograniczało się do teorii *D a r w i n a*. *G r o t j a h n* poszedł tu inną drogą, obrał metodę indukcyjnego, społeczno-higienicznego rozważania; mianowicie, zbierał on poszczególne fakty z rozmaitych dziedzin nauk przyrodniczych i humanistycz-

nych i próbował wysnuć z nich odpowiedź na pytanie, jak powinniśmy kierować świadomie i planowo higieną rozrodczości, aby móc utrzymać ludność pod względem ilościowym i jakościowym przynajmniej na jednakowym poziomie, a nawet, gdzie to możliwe, osiągnąć poprawę. G r o t j a h n twierdził, że problem fizycznego i duchowego zwyrodnienia oraz dążenie do usunięcia go drogą planowej hodowli — były dotychczas traktowane zbyt indywidualnie. Wskutek tego mogły prądy eugeniczne spotykać się z zarzutami, że muszą zawsze pozostawać bezplanowymi i niejasnymi, gdyż dla człowieka, w odróżnieniu od zwierzęcia i rośliny, nie daje się ustanowić żaden właściwy cel dla racjonalnego chowu. Otóż punktem wyjścia G r o t j a h n a było przekonanie, że celem powinien być tu nie pojedynczy człowiek, czy kilka poszczególnych rodzin, lecz masa indywidualów, związana ze sobą pochodzeniem, czyli dana grupa ludności. Jednym słowem, wnioskuje G r o t j a h n, celem wszystkich usiłowań w zakresie chowu ludzkiego powinno być osiągnięcie typu ludnościowego, który przystosowany do danych warunków żywnościowych i kulturalnych mógłby wykazywać od pokolenia do pokolenia zmniejszającą się liczbę dziedzicznie obciążonych. W ten sposób sprawa zwyrodnienia zostaje przeniesiona poza granice nauki o dziedziczności i przez pociągnięcie demografii i polityki ludnościowej dostaje się w zakres rozważań socjologicznych, społeczno-higienicznych.

Na tej to drodze otwierają się, zdaniem G r o t j a h n a, pomyślnie widoki dla celowego wpływania na rozrodczość. Właściwości dziedziczne poszczególnego osobnika są wprawdzie niezmiennie i usunięte z pod naszego wpływu, ale właściwości dziedziczne ogółu ludności mogą się w ciągu krótkich względnie okresów czasu wybitnie zmienić na lepsze lub gorsze, a to dzięki rozmaitej rozrodczości osobników. Ta różnorodność rozrodczości poszczególnych części składowych ludności jest jednak zależna od czynników społecznych, które są niestale i dostępne dla naszych wpływów. Tego rodzaju rozumowanie prowadzi do włączenia eugeniki do zakresu zagadnień higieny społecznej.

Sprawy, związane ze spadkiem urodzeń, zajmowały G r o t j a h n a do ostatnich chwil życia. Echo tego znajdujemy nawet na ostatnich stronach pamiętnika, pisanych nakrótka przed nieoczekiwanym skonem autora (Por. „E r l e b t e s u n d E r s t r e b t e s E r i n n e r u n g e n e i n e s s o z i a l i s t i s c h e n A r z t e s”, Berlin 1932). Uważał on, że ograniczenie urodzeń, stosowane w niewłaściwym miejscu i fałszywych rozmiarach, stanowi wielkie niebezpieczeństwo nie tylko dla narodu niemieckiego, lecz dla wszystkich narodów o zachodnio - europejskiej cywilizacji; uległyby one bowiem niebezpieczeństwu zalewu przez ludy bliskiego i dalekiego wschodu. G r o t j a h n przypuszczał, że w ten sposób upadek cywilizacji zachodniej może stać się faktem istotnym. Objaw ten można opanować, jak twierdził on, li tylko na drodze regulacji urodzeń, która pomimo powszechną znajomość środków prewencyjnych może zapewnić dostateczną ilość tego potomstwa. „Na bezspornie grożące niebezpieczeństwo racjonalizacji rozrodczości — pisał G r o t j a h n — istnieje tylko jeden środek: jeszcze silniejsza racjonalizacja! Racjonalizacja całkowita, a nie połowicza”. Jeszcze w ostatnim roku swego życia w nader licznych odczytach i artykułach propaguje on ideę, której rozpowszechnianie uważał za jedno z najważniejszych za-

dań całej swej działalności: poprzez spadek urodzeń ku ich regulacji pod względem ilościowym i jakościowym!

W ciągu całej wojny europejskiej G r o t j a h n pozostaje wierny swemu zasadniczemu światopoglądowi politycznemu, od początku nie wierzy w zwycięstwo Niemiec; oburzają go wszelkie przejawy barbarzyństwa wojennego, czy to bombardowanie z aeroplanów Londynu, czy wojna podwodna. W tym czasie porzuca on ostatecznie praktykę lekarską i, obejmując z dn. 1 września r. 1915 nowoutworzony urząd kierownika Wydziału Higieny Społecznej w Urzędzie Zdrowia miasta Berlina, poświęca się już całkowicie swej ulubionej twórczości i działalności. Jak w pierwszej części swych pamiętników daje G r o t j a h n obraz lekarskiego świata Berlina, tak w swych notatkach z okresu wojny i rewolucji kreśli sylwetki wybitnych polityków i publicystów, z którymi, jako czynny członek niemieckiej partii socjalistycznej, miał możliwość się stykać. Przewijają się więc przed oczami czytelnika tacy ludzie, jak R a t h e n a u i Theodor W o l f f, S ü d e k u m i S c h e i d e m a n n, S c h m o l l e r i P r e u s s. Wyniku wojny nie uważał G r o t j a h n za ostateczne dla Niemiec nieszczęście. W uwagach i refleksjach, jakie z tego powodu umieścił w swych pamiętnikach, odbił się również w sposób wysoce charakterystyczny cały jego oryginalny światopogląd, światopogląd eugenisty i reformatora ludzkości. „Nie skarżmy się — woła — że wojna światowa przekreśliła próbę Niemiec stworzenia imperjalizmu zamorskiego, jak nazawsze zniszczyła imperjalizm Habsburgów”. Okres wielkich tworów państwowych już i bez tego przeminął. Wobec osłabionej przez spadek urodzeń podstawy ludnościowej zarówno Anglja, jak Francja, zmuszone będą prędzej czy później do zrezygnowania ze swych ogromnych posiadłości kolonialnych; dobrze więc się stało, że Niemcy wczas zostały od tego powstrzymane. G r o t j a h n uważa, że historyczne przeznaczenie Niemców leży w dążeniu do intensywności kultury, a nie do jej ekstensywności. W przeciwieństwie do Anglosaksów, których misją jest ekspansja i rozwój w rozciągłości horyzontalnej przy użyciu środków kapitalizmu, handlu, maszyny parowej i żeglugi, zadaniem historycznym Niemców jest intensywność kultury i pogłębianie jej w kierunku prostopadłym, odpowiadającym strukturze narodu niemieckiego, która będzie związana nieodłącznie z postępującą socjalizacją. Dla G r o t j a h n a za usługą wojny światowej było to, że usunęła ona ze sceny absolutyzmy europejskie, a przedewszystkiem „najniebezpieczniejszy dla politycznego rozwoju Europy absolutyzm pruski”.

W r. 1918, na parę tygodni przed przewrotem, piszący te słowa miał możliwość odwiedzenia G r o t j a h n a w jego urzędzie w Magistracie Berlińskim i przeprowadzenia z nim dłuższej dyskusji. G r o t j a h n był w owym czasie zupełnie zrezygnowany co do przyszłości Niemiec, twierdził, że wzrastający spadek urodzeń i luki, uczynione przez wojnę w składzie ludności, nie pozwolą na dalszą ekspansję narodu niemieckiego, i że przyszłość należeć będzie do narodów słowiańskich. I oto ten tak nastawiony uczony, posiadający niezwykłą umysłowość i pozbawiony wszelkich przesądów światopogląd polityczny i społeczny, rozszerzony przytem do najwyższych granic horyzont społeczno - higienicznego myślenia, w pamiętniku swym, pisanym w r. 1931, nie mógł pogodzić się z ustąpieniem Pomorza, przypuszcza-

ją, że sprawa musi być załatwiona na drodze pokojowego samookreślenia w sposób pomyślny dla Niemiec.

Przewrót polityczny w Niemczech wprowadza G r o t j a h n a w r. 1920 na katedrę uniwersytecką, jako pierwszego zwyczajnego profesora Higieny Społecznej, a oprócz tego zostaje on, jako członek stronnictwa socjalistycznego, obrany członkiem odrodzonego parlamentu Niemieckiego. Jako profesor okresu rewolucyjnego i socjalista, trafia G r o t j a h n w fakultecie lekarskim na opór starych konserwatywnych profesorów, przede wszystkim, oczywiście, R u b n e r a. Pomimo to udaje mu się z biegiem czasu utrwalić swe nowe stanowisko, zostać nawet w latach 1927—28 dziekanem fakultetu i wprowadzić nowych docentów dla swego przedmiotu.

Działalność parlamentarna nie była w guście G r o t j a h n a, i ograniczał on tu swą rolę do czynnego udziału w przeprowadzeniu nowych ustaw, dotyczących higieny i opieki społecznej. Pomimo to w pamiętnikach swych z tego okresu zdobył się na szereg głębokich uwag i refleksyj, dotyczących blasków i cieniów systemu parlamentarnego. „Państwo zwierzchności (O b r i g k e i t s s t a a t) — pisał — nauczyło się w ciągu tysięcy lat okrywać podłość racji stanu uniformem, wstęgą i gwiazdą orderu, muzyką i barwnością, gdy tymczasem parlamentaryzm w całej nagości wystawia na pokaz swe bezsporne ludzkie ułomności i słabostki; ale w istocie samej parlamentaryzm jest uczciwszy, aniżeli wydający się tak godnym ustrój arystokratyczny”.

Okres pracy G r o t j a h n a, jako zwyczajnego profesora higieny społecznej, był bardzo płodny w wyniki. Liczba słuchaczy jego urosła wtrójnasób. Jednocześnie rozpoczyna on wykłady w Akademii Administracyjnej, w Wyższej Szkole Nauk Politycznych oraz w założonej przez G o t t s t e i n a w Charlotenburgu Akademii Higieny Społecznej. Z Seminarjum jego wychodzi w tym czasie cały szereg działaczy na niwie medycyny społecznej, którzy zajmują rozmaite stanowiska urzędowe i społeczne i odznaczają się również w pracy naukowej i publicystycznej.

Jedną z najbardziej charakterystycznych i uderzających cech umysłowości G r o t j a h n a była jego bardzo silna tendencja do regulowania i organizowania najszerszych podstaw życiowych. Sam on opowiada, że „szał ten musiał być sztucznie hamowany”, gdyż nie miał nigdy sposobności, aby te skłonności wrodzone istotnie w czyn wprowadzić. Działalność naukowo-literacka G r o t j a h n a obejmowała różne dziedziny. W r. 1929 wobec wpływających masowo na powierzchnię życia dążeń reformistycznych w zakresie szkolnictwa, wydaje on wspólnie z pedagogiem J u n g e dzieło, poświęcone reformie szkolnej, jako praktyczne projekty lekarza i pedagoga („M a s s v o l l e S c h u l r e f o r m. P r a k t i s c h e V o r s c h l ä g e e i n e s A r z t e s u n d e i n e s L e h r e r s”). Lipsk 1929). Pomijając już znane rady higienisty co do budowy i urządzenia szkół oraz opieki lekarskiej w szkole, G r o t j a h n i tutaj pozostaje wierny swemu nawskroś oryginalnemu i śmiałości sposobowi myślenia. „Według mego, niestety, obecnie niemiarodajnego zdania, dziecko, a więc człowiek poniżej lat 16, ze zdrowotnego punktu widzenia, nigdy nie może mieć dość mało szkoły. Nie okres życia pomiędzy 6 a 16 rokiem, lecz wiek od 16 do 26 lat jest właśnie okresem odpowiednim do wchłaniania wiedzy”. G r o t j a h n twierdzi, że nauka wtedy daleko łatwiej

i szybciej bywa przyswajana, a przytem z krytycyzmem. Żadna, najbardziej wymyślna higiena szkolna nic nie może pomóc, jeżeli młodzież większą część dnia musi przebywać w złem powietrzu szkolnym i przy nudnych bezmyślnych robotach. Jeszcze nigdy nie było szkoły prawdziwie zdrowej, i dlatego najważniejszym wymaganiem higieny szkolnej jest — możliwie mało szkoły! Nauczyciele powinni zadowolić się tem, aby dawać dzieciom dobry wzór, jak wieść życie, a poza tem podstawy elementarne czytania, pisania, rachowania, nieco historii, wiele geografii, nauki o kulturze i przyrodzie, mało matematyki. Wszystko inne powinna szkoła pozostawić domowi rodzicielskiemu, ulicy, zawodowi, prawom obywatelowym i karnym, związkom społecznym, stronnictwom politycznym, nieskrępowanemu czytaniu książek, aparatom radjowym, prasie i wogóle życiu z jego niezliczonymi wpływami świata zewnętrznego.

Reformatorskie tendencje G r o t j a h n a przejawiają się na każdym kroku w jego działalności. Nieswojo czuje się na fakultecie lekarskim berlińskim, gdzie przedstawiciele nauki mają już w chwili dostania się na katedrę berlińską zwyczajne profesury i znaczniejszą część swej pracy naukowej poza sobą. Toteż cieszy go, gdy z tego grona wyjdzie jakaś śmielsza, oryginalniejsza myśl. Jest rzeczą charakterystyczną, jak bardzo G r o t j a h n odbiegał od przeciętnego typu uczonego medyka swego czasu. Był nie tylko przeciwnikiem zbyt silnie, jego zdaniem, rozwiniętego kierunku doświadczalnego w medycynie, ale nawet był do pewnego stopnia nihilistą terapeutycznym.

Kiedy w Genewie powstaje przy Lidze Narodów Sekcja Higieny, G r o t j a h n zostaje przez jej dyrektora R a j c h m a n a wezwany do udziału w tworzeniu przy niej działu Higieny Społecznej. Z zapałem przedstawia on Zarządowi Sekcji Memorjał, dowodzący celowości zorganizowania w Genewie Archiwum i Wywiadowni dla użytku międzynarodowego, gdzie możnaby znaleźć wiadomości co do wszelkich zagadnień z zakresu zdrowia publicznego i higieny społecznej. Podobna instytucja, pisał G r o t j a h n, obok wyraźnych korzyści zainteresowanych państw i poszczególnych działaczy na tem polu, służyć by mogła w sposób wybitny idei współpracy międzynarodowej, a zatem leżałaby u samych podstaw Ligi Narodów. Obok tego planował G r o t j a h n stworzenie przy tej instytucji międzynarodowej bibliografii dla spraw zdrowia publicznego. Ale plany G r o t j a h n a nie spotkały się w łonie działaczy genewskich z należytem poparciem i spełzły na niczem. Nie bez gorczy wskazuje on na to, że przeważnie olbrzymie środki fundacji R o c k e f e l l e r a zostawały użyte nie tak, jakby tego wymagały istotnie wysokie cele i zamierzenia. Jest rzeczą charakterystyczną, że poglądy i dzieła G r o t j a h n a największy bodaj oddźwięk znalazły w Rosji Sowieckiej. Jego „Patologia Społeczna” w rosyjskim przekładzie została dostarczona każdemu rosyjskiemu lekarzowi; a prawie wszyscy rosyjscy lekarze i higieniści, przybywający do Berlina, nie opuszczali okazji poznania i rozmowy z tym niemieckim uczniem i działaczem.

Dorobek piśmienniczy G r o t j a h n a nie ograniczał się do zagadnień, związanych tylko z higieną społeczną. Tak w r. 1907 wydał on książkę, poświęconą osobie Marcina L u t h e r a („L u t h e r, e i n C h a r a k t e r b i l d a u s s e i n e n W e r k e n”), a w r. 1929 oryginalną rzecz o lekarzach jako pacjentach („A e r z t e a l s P a t i e n t e n. S u b j e k-

tive Krankengeschichten in ärztlichen Selbstschilderungen"). Autor miał tu na celu zużytkowanie 138 historii chorób lekarzy dla ożywienia medycyny duchem psychologicznym i zastosowania psychologii przy łóżku chorego, co, jak twierdził, za mało było dotychczas w użyciu.

Przedwczesna i niespodziewana śmierć nie pozwoliła Grotjahnowi wypełnić całkowicie tego planu, który był sobie nakreślił, nie dała mu już możliwości napisania tych dzieł, których tytuły i treść wylicza na ostatnich stronach po śmierci wydane go pamiętnika. A więc w r. 1932 miało ukazać się dzieło, zatytułowane „Cele i pragnienia w dziedzinie żywienia się ludności w świetle higieny indywidualnej i społecznej”. Ideą przewodnią miała być tu krytyka dotychczasowego sposobu żywienia się i propagowania przede wszystkim diety jarskiej, której Grotjahn był żarliwym zwolennikiem. Dalej chciał on napisać większą rzecz o istocie uczucia rozkoszy i o stosunku jego do zdrowia i choroby, do pracy, wychowania i do życia publicznego. Dowodził on, że aczkolwiek tyle filozofowano na temat rozkoszy, to jednakże to codzienne duchowe przeżycie nie zostało dotychczas poddane szczegółowo i dokładnie badaniem empirycznym. Higiena nauczyła nas, jak mamy chronić się przed chorobami. Wskazuje nam ona, w jakich warunkach zdrowotnych powinniśmy mieszkać, żywić się i rozmażać. Poucza nas również higiena, jak możemy pracować bez szkody dla zdrowia, powinna więc ukoronować swą działalność przez danie nam wskazówek, jak możemy używać życia bez szkody dla siebie i innych. Taka nauka o rozkoszy (hedonologia), równie możliwa i konieczna, jak nauka o pracy (ponologia), mogłaby zdaniem Grotjahn'a, jako wiedza stosowana, wzbogacić taką np. pedagogikę, stosunek nasz do współobywateli i pieczę nad własną osobowością. Grotjahn wierzył w to, że musi przyjść czas i dla takiej właśnie „racjonalizacji” życia i użycia i dla dzieła, idei tej poświęconego, miał już gotowe notatki i poszczególne rozdziały.

Na rok 1939 planował Grotjahn książkę, której zasadnicze myśli stają się obecnie bardziej aktualne, aniżeli to mógł przypuszczać autor. „Człowiek prosty i jego własność, próba nauki o prawidłowym pod względem zdrowia sposobie życia” — taki miała nosić tytuł. Miało być to dzieło poświęcone takiej formie życia i higienie codziennej, która uwzględniłaby zarówno dane nauk biologicznych, jak i warunki społeczne. Z biegiem czasu doszedł bowiem Grotjahn do przekonania, że nie da się przeprowadzić reformy społecznej bez reformy życia, podobnie jak higiena społeczna nie jest do osiągnięcia, gdy nie poprzedza jej higiena indywidualna. Reforma życia polega nietylko na życiu zdrowym, ale i na życiu prostym. Demokracja współczesna, niestety, nie zrozumiała jeszcze, że człowiek prosty powinien właśnie być reprezentatywnym typem człowieka współczesnego.

Koroną działalności pisarskiej Grotjahn'a miało być dzieło o „Higienicznym państwie przyszłości” — fantazja, mająca być syntezą światopoglądu autora, gdzie zejść się miały dwie zasadnicze linje jego życia: socjalistyczna i higieniczna, które łącznie i każda z osobna służyły jednemu celowi — usunięciu ze świata nędzy i niedoli ludzkiej we wszelkich ich przejawach.

„Grotjahn, mówi biograf jego Gottstein, w tak licznych swych dziełach stworzył, jako pionier, nowe pole pracy, pogranicze między nauką o gospodarstwie a nauką o zdrowiu. Rozdział ten wypełnił on nietylko przez swe dzieła i podręczniki, lecz również przez swą działalność profesorską i społeczną. Był on istotnym założycielem i twórcą higieny społecznej”. Lekarze, którzy tak, jak Grotjahn, pojmują zadania i obowiązki medycyny, mogą być istotnie w myśl zdania Gladstona przewodnikami narodów, a gdy to zostanie osiągnięte, będzie można pomysleć o „higienicznym państwie przyszłości”.

Wiadomości bieżące

— Z chwilą większego rozpowszechnienia się przetarczania krwi aktualna się stała kwestja jej dostarczenia przez t. zw. dawców.

Praktyczni amerykanie zrozumieli już w czasie wielkiej wojny znaczenie transfuzji. Żołnierze mieli określoną grupę krwi, i dawca otrzymywał po transfuzji 2-tygodniowy urlop. Obecnie, dzięki staraniom Coe'a, organizacja dawców w New Yorku jest pod kontrolą państwową. Komisja kliniczna i serologiczna wykonywa badania, określa cenę. Część dochodów idzie na koszty administracji, ewent. na opłacanie dawców dla chorych ubogich. Jedynie dawca, znajdujący się pod kontrolą, jest dopuszczony do dostarczania krwi. Liczba transfuzji wynosi obecnie około 10.000 rocznie.

W Londynie zajmuje się krwiodawcami Czerwony Krzyż. Jako dawcy służą członkowie organizacji sportowych młodzieży. Pobieranie pieniędzy jest wzbronione, imię odbiorcy jest nieznane dawcy, który otrzymuje jedynie odpowiednie zaświadczenie, zaś po 10 transfuzjach medal ratownictwa. Dawcy są ubezpieczeni. Jest ich obecnie w Londynie 1300, wśród nich 260 kobiet. Tak załatwili sprawę transfuzji „egoistyczni” Anglicy. W roku 1925 w Londynie dokonanych było 428 transfuzji, w roku 1931 — 2078.

Podobnie sprawa jest uregulowana w Rotterdamie: dawcy są bezpłatni i otrzymują jedynie medale.

W Paryżu istnieje „oeuvre de la transfusion sanguine d'urgence” szpitali paryskich. Mają one w pogotowiu nietylko stałych dawców, ale i 16 lekarzy, specjalistów transfuzji.

W Moskwie istnieje zakład dla transfuzji Bognowa, również i Charków takim zakładem rozporządza.

W Wiedniu członkowie rozmaitych instytucji miejskich mają określoną grupę krwi i służą w razie potrzeby.

Jak te sprawy wyglądają u nas? Gdy przed 1½ rokiem sprawa o nieszczęśliwe przetoczenie krwi znalazła się przed sądem warszawskim, a oskarżyciel publiczny rozpoczął przemówienie od słów: „na ławie oskarżonych znajduje się nie dany lekarz, lecz cały świat lekarski”, Departament Służby Zdrowia natychmiast zajął się tą sprawą, zwołał komisję rzeczoznawców i opracował dokładne wytyczne, które miały wejść w życie.

Niestety, uregulowanie prawne ze względu na formalitych nie mogło zostać dotychczas załatwione. Pozostaje droga samopomocy społecznej lub samorządowej. Zdawałoby się, że organizacje szpitalne, Kasy Chorych i t. p. potrafią wyłonić odpowiednie formy organizacyjne. Kilka szpitali istotnie zorganizowało u siebie pogotowie transfuzyjne. Są to jednak poczynania oderwane, o których nie wie ani świat lekarski, ani publiczność. Nie zdobyliśmy się ani na organiza-

cję na podstawach bezinteresownej służby społecznej, ani na organizację jako tako uregulowanej służby płatnej.

U nas, jako dawcy krwi, często służą bezrobotni. Nie daje to ani dostatecznej gwarancji choremu, iż dawca znajduje się pod stałą kontrolą lekarską, ani dawcy, że mu pobranie krwi nie zaszkodzi. Cena za krew jest niewspółmiernie wysoka: 1 zł. za 1 ccm. Jedna transfuzja kosztuje zatem 300 — 500 złotych. Zaś niezamożny zazwyczaj nie może korzystać z tego zabiegu.

Dlaczego się tak dzieje? Dlaczego nie jesteśmy w rzędzie społeczeństw, które potrafiły znaleźć dla tego zabiegu formy organizacyjne? Czy brak nam zmysłu ofiarności? Czy przy załatwianiu spraw bieżących zgubiła się wizja celów dalszych i świadomość dobra publicznego?

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

7.II. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Z a o r s k i J. Leczenie zapaleń wyrostka robaczkowego u dzieci i jego wyniki. 2. F r e y d A. Gorączka maltańska.

9.II. Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa.

1) Zagajenie Prezesa. 2) „Wspomnienie o działalności ś. p. prof. dr. Babińskiego” wygłosi dr. W. K r z e m i ń s k i. 3) Referat arch. L. T o k a r a „Rozplanowanie i urządzenie nowoczesnych kuchni i pralni szpitalnych”. 4) Dyskusja. 5) Wolne wnioski.

13.II. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej Sekcja kliniczna.

A. S t r a s z y ń s k i. Zjawiska alergiczne w kile wrodzonej. A. M i c h a ł o w s k i. O rozpoznawaniu wczesnej kily wrodzonej.

14.II. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. S ł o n i m s k i Piotr. Zagadnienie genezy krwinek czerwonych w świetle badań porównawczo - doświadczalnych. 2. Wybór Prezesa.

16.II. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Posiedzenie plenarne.

Prof. W. G r z y w o - D a b r o w s k i. Nowy polski kodeks karny pod względem sadowo-lekarskim.

R E G U L A M I N

ogłaszania prac w „Warsz. Czasop. Lekarsk.”.

1. Prace, nadsyłane do redakcji, muszą być pisane na maszynie. Wyjątki robione będą tylko dla rękopisów bardzo czytelnych.

2. Autorzy prac proszeni są o zwięzłe traktowanie przedmiotu. Wstępny, omawiający dane z piśmiennictwa, statystyki i historii, powinny być możliwie krótkie. Redakcja zastrzega sobie prawo skracania artykułów w porozumieniu z autorami.

3. Koszty drukowania tablic i klisz ponoszą autorzy.

4. Autorzy otrzymują 25 odbitek swych prac bezpłatnie

TREŚĆ: Z. ŚWIDER. Rozważania nad patogenezą dusznicy oskrzelowej. — A. KRAKOWSKI. O zespołach patologicznych w neurologji. — L. FINGERHUT. Zanik miesiączki w przebiegu moczówki prostej. — M. PŁONSKIER. O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi. (Str. zbior. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — ST. KRAMSZTYK. Życie i dzieło Alfreda Grotjahna. (Dok.) — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: S. ŚWIDER. Considération sur la pathogénie de l'asthme bronchial. — A. KRAKOWSKI. Sur les syndromes pathologiques en neurologie. — L. FINGERHUT. L'aménorrhée au cours du diabète insipide. — M. PŁONSKIER. Sur les recherches modernes concernant les néoplasmes malins. (Rev. gén. fin.). — ST. KRAMSZTYK. La vie et l'oeuvre d'Alfred Grotjahn. (Fin.)

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

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

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

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