

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

Rok XI

WARSZAWA, 12 KWIETNIA 1934 R.

Nr. 14

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z oddziału IX. chorób nerwowych Szpitala na Czystem.
(Ordynator Dr. L. B r e g m a n).

O myotonji zanikowej.

Podał:

Dr. Adolf POTOK, (Warszawa).

Mimo licznych prac, szczególnie niemieckich i francuskich autorów, do ostatniego czasu nie została rozstrzygnięta kwestja, czy, jak chcą jedni, myotonja zanikowa (m. z.) jest chorobą *sui generis*, czy też, zgodnie ze zdaniem innych, jest tylko odmienną, ewentualnie następstwem myotonji kongenitalnej czyli choroby *Thomsona* (ch. Th.). Pierwsze przypadki, opisane w końcu zeszłego stulecia, zaliczano do przypadków ch. Th. *Hoffmana*, który jeden z pierwszych ogłosił kilka przypadków ((1900), zalicza je do ch. Th., połączonej z zanikami mięśni.

Steinert (1908), opierając się na dokładnym przestudjowaniu przypadków z piśmiennictwa i ścisłej obserwacji swoich własnych, doszedł do wniosku, że mamy tu do czynienia ze stałym zespołem objawów typowego obrazu chorobowego, z postępującą dystrofią myopatyczną. Również *Steinert* zalicza te przypadki do ch. Th., przyczem uważa, że zaniki mięśni mogą dopiero powstać na tle myotonji, że myotonja jest pierwotną, a zaniki sprawą wtórną.

W tym samym czasie prawie. co *Steinert* w Niemczech, *Batten* i *Gibb* w Anglii opisują przypadki m. z. i zwracają również uwagę na typowość tego obrazu chorobowego, przyczem *Batten* nadmienia, że niekiedy objawy myotonji występują późno i często razem z dystrofią.

W kilka lat później (1912) *Curschmann* ogłosił obszerną pracę, w której dowodzi, że myotonja atroficzna lub dystroficzna nie ma nic wspólnego z ch. Th., że nie jest ona wtórnym okresem myotonji kongenitalnej, lecz jest chorobą osobną. Na poparcie swego twierdzenia *Curschmann* przytacza następujące dane: 1) Czas wystąpienia pierwszych objawów chorobowych. W ch. Th. pierwsze objawy występują we wczesnej młodości, w dzieciństwie, natomiast w m. z. pierwsze objawy występują w 20 — 30 roku życia,

rzadko wcześniej. 2) Ch. Th. jest cierpieniem par excellence rodzinnie - dziedzicznym, natomiast w m. z. moment ten odgrywa znacznie mniejszą rolę, dziedziczność jest znacznie rzadsza, niż w ch. Th. 3) Zaburzenia myotoniczne w m. z. są przeważnie niewielkie i nieliczne, ale zawsze stereotypowo rozmieszczone, w ch. Th. objawy myotoniczne występują prawie we wszystkich mięśniach. 4) Reaktywne objawy myotoniczne są również w m. z. stereotypowe i nieliczne, przeważnie otrzymuje się odczyn myotoniczny tylko w niektórych mięśniach, w pozostałych brak reakcji tak mechanicznej, jak elektrycznej. Inaczej w ch. Th. gdzie reakcję myotoniczną otrzymać można ze wszystkich mięśni. 5) Lokalizacja zaników mięśni w okresach wczesnych i nieco późniejszych jest typowa. 6) Współudział gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu i objawy zanikowe ze strony innych narządów (podściółki tłuszczowej, łysiny, potencji płciowej i t. d.). *Curschmann* mówi o ogólnej skazie zanikowej.

Zaniki mięśni są główną cechą m. z. Już sam wygląd zewnętrzny chorego umożliwia niekiedy zrobienie rozpoznania. Zaniki są zwykle duże, symetrycznie obustronne innych narządów (podściółki tłuszczowej, łysiny, potencji płciowej i t. d.). *Curschmann* mówi o ogólnej skazie zanikowej.

Lokalizacja zaników jest typowa i często w następującej kolejności: zanikowi ulegają najpierw drobne mięśnie dłoni i mięśnie przedramienia, przyczem agoniści (rozginacze) są przeważnie atroficzne, najwięcej dotknięty jest zwykle *M. supinator longus*, natomiast antagoniści (zginacze) są myotoniczne; dalej zanikają mięśnie szyi, zwłaszcza mięśnie sutkowo - mostkowo - obojczykowe i twarzy (*facies myopathica*). Pozostałe mięśnie zostają oszczędzone lub też ulegają zanikowi późno i w słabszym stopniu, niż wymienione. W wyjątkowych przypadkach choroba atakuje jednocześnie mięśnie kończyn górnych i dolnych. Według *Curschmanna* język nigdy nie ulega zanikowi, mimo, że w języku objawy myotoniczne występują bardzo często, i to ma być charakterystyczną cechą m. z. Jednakże niektórzy autorzy (*Steinert*, *Grund*) opisują przypadki, gdzie zaniki dotknęły również mięśni języka.

Obok zaników mięśni znajduje się szereg różnych objawów, będących wyrazem zaburzeń w dziedzinie gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu i układu węgetatywnego, a mianowicie: wczesne wyłysienie, obniżenie lub zanik popędu płciowego, zanik jąder i ogólne wyniszczenie, przedwczesna zaćma, objawy tężyczki (obj. *Chvostka* i *Trousseau*) i duża wrażliwość na zmiany atmosferyczne i termiczne. Podstawowa przemiana materji bywa zwykle wzmożona, niekiedy jest obniżona.

Bardzo częstym objawem jest zanik potencji seksualnej, u mężczyzn niemoc płciowa i zanik jąder, u kobiet *frigidity* i brak miesiączkowania. Natomiast drugorzędne cechy płciowe pozostają zachowane.

Również często spotykanym objawem jest przedwczesna zaćma (*cataracta praesenilis*). *Fleischer* znalazł pośród swoich 38 chorych 29 z zaćmą, *Hoffmann* w 10% swoich przypadków.

Wszystkie wyżej wymienione objawy tworzą zespół tak charakterystyczny, że wyodrębnienie m. z. w osobną jednostkę chorobową wydaje się uzasadnione.

Obecnie przechodzę do historii choroby 2-ch chorych, których obserwowaliśmy na oddziale przez czas dłuższy.

R. M. lat 36 (pokazywany w Tow. Neurolog. w Warszawie dnia 20.II.1930 r.). Dawniej był zawsze zdrow, *lum negat*. Ojciec chorego żyje i jest zdrow; matka umarła przed 4-ma laty. Przez długie lata cierpiała na kurcze w nogach, szczególnie, gdy leżała w łóżku. Również najstarsza córka chorego cierpi od 2-ch lat na kurcze w kończynach górnych, zwłaszcza w palcach podczas pracy. Gdy dostaje kurczu, nie może dalej pracować.

Obecną swoją chorobę chory datuje od 10 — 11 miesięcy. Rozpoczęło się od osłabienia prawej ręki, stopniowo narastającego, później również osłabienie lewej ręki i kończyn dolnych. Równocześnie z osłabieniem zaczął doznawać w różnych mięśniach ciała bardzo silnych kurczów, przeważnie bardzo bolesnych. Najczęściej kurcze występują w mięśniach rąk, nóg i karku, podczas kurczu ruchu żadnego wykonać nie może. Kurcze trwają zwykle 1/2—1—2 minut, zjawiają się zwykle podczas pracy przy wykonywaniu ruchu, połączonego z wysiłkiem, np. przy krajaniu nożem chleba często dostaje kurczu w palcach i nie może wypuścić noża z ręki, natomiast w spokoju kurcze zdarzają się rzadko.

Od czasu choroby chory stał się powolny i ogólnie osłabl. Poci się dużo i jest bardzo wrażliwy na zimno, palec u rąk stają się jak „martwe“, nie czuje ich wtedy wcale. Również osłabienie popędu płciowego, potencja jest znacznie zmniejszona. Głos jest niezmienny. Widzi gorzej i mniej wyraźnie, niż przed chorobą.

Badanie przedmiotowe wykazało: Chory budowy prawidłowej, odżywianie naogół dobre, temperatura normalna, uwłosienie głowy obfite, łysiny brak. Mimika twarzy dość żywa, maskowatości niema. Narządy wewnętrzne bez zmian. Ciśnienie krwi 160/80. Narządy płciowe dobrze rozwinięte. Tarczycyca niepowiększona. W obrębie twarzy zaników nie stwierdza się, jedynie mięśnie okrężne oczu są lekko zanikle. Objaw *Chvostka* obustronnie dodatni. Żrenice okrągłe, lewa nieco szersza, oddziałują na światło i przystosowanie dobrze. Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane, drgań oczopląsowych brak. Dno oczu i ostrość wzroku normalne, zmętnień soczewki nie stwierdza się. Lewa fałda nosowo - wargowa nieco gorzej zarysowana, niż prawa. Pozatem w zakresie nerwów czaszkowych brak zmian.

Mięśnie szyi normalnie rozwinięte, mięsień kapturowy lekko zanikły. W obrębie prawej kończyny górnej stwierdziliśmy zanik mięśni małych dłoni: międzykostnych, kłęba i kłębika, mięśni przedramienia, zwłaszcza *M. biceps brachii* i *M. supinator longus*, i mięśni ramienia. Chory unosi kończynę poniżej linii poziomej, w stawie łokciowym nie zgina i nie prostuje, ruchy kciężką i palcami ograniczone, układa rękę w pięść niedostatecznie, opozycja dużego palca z pozostałymi palcami upośledzona. Lewa kończyna górna jest normalna. Ruchy kończyn dolnych są normalne, zaników nie stwierdzono. Odruchy okostnowe i ze ścięgien mm. dwugłowych ramion ob. zniesione, ze ścięgni m. trójgłowego prawego słaby, lewego umiarkowany. Odruchy kolanowe i ze ścięgien Achillesa umiarkowane, podszwowe — zgięcie palców. Odruchów patologicznych brak.

W obrębie mięśni nóg i rąk drżenie włókienkowe, podobne niekiedy do falowania mięśni (*myokymia*).

Mocz, krew, płyn mózgowo - rdzeniowy składników chorobowych nie zawierają, odczyn *Wassermann* a we krwi i w płynie ujemny. Ilość wapnia we krwi wynosi 0,19 mgr. % Metabolizm bazalny wynosi — 43,94.

Chory przy nagłych ruchach doznaje skurczu mięśni, tak np. przy nagłym podnoszeniu nogi doznaje skurczu w udzie, gdy siłą wyprostuje nogę, doznaje skurczu w łydce, przy dźwiganiu ciężarów skurczu w *M. quadriceps femoris*, przy silnem przywodzeniu ręki do tułowia doznaje skurczu w ramieniu. Kurcze są zawsze bardzo bolesne, i przy zjawieniu się skurczu chory w miejsce skurczone stuka dość silnie kilka razy, i wtedy, jak utrzymuje, skurcz szybciej przechodzi.

Badanie pobudliwości mechanicznej mięśni wykazało zwiększoną pobudliwość w różnych mięśniach rąk i nóg, zwłaszcza ud. Przy uderzaniu młotkiem powstaje skurcz mięśnia w postaci waleczka, trwający kilka sekund. Przy drażnieniu prądem faradycznym mięśni kończyn, kapturowego, mostkowo - sutkowo - obojętkowego niema odczynu myotonicznego. Przy drażnieniu mięśni okrężnych oczu słaby odczyn myotoniczny, skurcz trwa krótką chwilę dłużej, niż działanie prądu. Drażnienie prądem faradycznym języka powoduje powstanie dolka po stronie przeciwnej, czasami powstanie dolków po obu stronach, które jednak nie trwają dłużej, niż działanie prądu. Przy drażnieniu prądem galwanicznym kurcze przy zamknięciu anody są o wiele większe, niż z katody.

Czucie wszelkiego rodzaju zachowane. Zaburzeń w urynowaniu i w oddawaniu kału brak. Chodzi dobrze. Pod względem psychicznym odchyłać od normy nie wykazuje.

Reasumując, mamy chorego, który od blisko roku cierpi na osłabienie prawej kończyny górnej, połączone z bardzo bolesnymi kurczami, powstającymi przeważnie podczas wykonywania ruchów. Przy badaniu stwierdzono duży zanik mięśni całej prawej kończyny górnej (szczeg. *M. biceps brachii* i *M. supinator longus*); drgania włókienkowe w obrębie mięśni rąk i nóg; wzmożoną pobudliwość mechaniczną i słaby odczyn myotoniczny w okrężnych mięśniach oczu. Pozatem mamy zanik potencji płciowej, pocenie się i zaburzenia naczynioruchowe w postaci nadwrażliwości na wpływy termiczne.

Na podstawie opisanego zespołu objawów rozpoznaliśmy myotonję zanikową.

Objawem nietypowym, obserwowanym u naszego chorego, są drgania włókienkowe, których zwykle w m. z. niema. Jednakże w niektórych rzadkich przypadkach objaw ten występuje, np. w przypadku *Koelichena*; *Higier* obserwował u swego chorego drgania włókienkowe, połączone z falowaniem mięśni. W naszym przypadku drgania włókienkowe niekiedy również przypominały falowanie mięśni.

Drugim nietypowym objawem są bolesne kurcze mięś-

ni. i właściwe skargi chorego tyczą się przede wszystkim tej kwestji. Objaw ten towarzyszy myotonji zanikowej bardzo rzadko, i również S t e i n e r t opisuje przypadek z odczynem myotonicznym i z objawami *crampus* z bardzo silną bolesnością przy ruchach dowolnych. Pozatem S t e i n e r t opisuje przypadek z kurczami bolesnemi.

Przechodzę do następnego przypadku.

L. A. lat 18 (pokazywany na konferencji neurolog. szpit. dn. 16.4.1931). Chory jest od roku. Choroba rozpoczęła się od osłabienia prawej ręki; chory, który z zawodu jest krawcem, nie mógł utrzymać igły, nie mógł szyć. Osłabienie dotyczyło z początku tylko palców i dłoni, później całej ręki i w mniejszym stopniu również lewej ręki.

Od 2-ch lat cierpi na kurcze w nogach, od roku też w palcach, zwłaszcza prawej ręki. Skurcze zjawiają się najczęściej przy zmianach pozycji, np. gdy siedzi i nagle się podnosi, zjawia się skurcz w nogach, jeżeli trzyma rękę zamkniętą i chce ją nagle otworzyć, doznaje skurczu w palcach. Skurcze są krótkotrwałe i niebolesne.

Chory jest bardzo wrażliwy na zimno, w zimnie kurcze zjawiają się częściej i trwają dłużej, niekiedy może skurzone palce dopiero wyprostować, gdy je zanurza w ciepłej wodzie. Chory wiąże wogóle swoją obecną chorobę z wypadkiem prze-marznięcia. Jeździł na rowerze podczas mrozu (-10°C) 30 kilometrów bez rękawiczek, ręce zmarzły mu wtedy bardzo, były bardzo czerwone. Od tego czasu prawa ręka zaczęła „chudnąć“.

Innych chorób nie przechodził, *luem negat.* W rodzinie chorego podobnej choroby nie było.

Od czasu choroby schudł. Poci się dużo, ma zawsze wilgotne ręce. Popęd płciowy według chorego nie zmniejszył się, od przeszło roku stosunku płciowego nie miał.

Mowa jest niezmienną, zaczyna się jednak od czasu choroby przy pierwszym słowie, zanim wymawia pierwsze słowo, trudno mu poruszyć językiem.

S t a n o b e c n y: Budowa prawidłowa, odżywianie nieco upośledzone. Temperatura normalna.

Serce: granice przesunięte na lewo, uderzenie koniuszka rozlane na dużej przestrzeni, wzmocnione; tony czyste, tętno 100 — 110 na min., miarowe. Ciśnienie krwi 125/70. Pozostałe narządy wewnętrzne bez zmian. Tarczycza niepowiększona. Narządy płciowe dobrze rozwinięte.

W obrębie twarzy zaników, ani wiotkości mięśni nie stwierdza się. Żrenice równe, okrągłe, oddziałują na światło i przystosowanie dobrze. Ostrość wzroku 5/5, dno oczu normalne, soczewki zmętnień nie wykazują. Przy pokazywaniu zębów prawa fałda nosowo - wargowa mniej zagłębiona, niż lewa, przy mówieniu czasami odwrotnie. Język wysuwa w linii prostej, ruchy języka zachowane, zaników niema. Pozatem w zakresie nerwów czaszkowych brak zmian. Objaw C h v o s t k a po stronie prawej dodatni, po stronie lewej zaznaczony, objaw T r o u s s e a u ujemny.

Mięśnie szyi i karku bez zaników.

Kończyny górne — sine, zimne i wilgotne. Na prawej kończynie górnej zanik mięśni międzykostnych, kłęba i kłębika, w mniejszym stopniu wszystkich mięśni przedramienia i ramienia. Opozycja dużego palca z 5-tym palcem utrudniona. Pozatem ruchy we wszystkich odcinkach zachowane. Siła mięśniowa i napięcie zmniejszone. Drżenie palców wyciągniętych rąk o dość dużej amplitudzie. Lewa kończyna górna — norma. Odruchy okostnowe i ścięgnowe — żywe, po stronie prawej żywsze.

Kończyny dolne — ruchy we wszystkich odcinkach zachowane, zaników mięśni nie stwierdza się. Odruchy kolonowe i ze ścięgien Achillesa — żywe, podeszwowe — arefleksja. Przy J e n d r a s s i k u niekiedy R o s s o l i m o

dodatni. Odruchy brzuszne zachowane, mosznowych brak. Drgań włókienkowych brak.

Czucie dotykowe i bólowe zachowane, ciepło rozpoznaje wszędzie dobrze; podaje, że na prawej dłoni odczuwa ciepło i zimno gorzej, niż na lewej. Przy wkładaniu natomiast rąk do ciepłej wody wyciąga prędko prawą rękę, gdyż „woda parzy“, lewą zaś zostawia przez długi czas w wodzie. Przy wkładaniu rąk do zimnej wody nie odczuwa tak wybitnej różnicy, ma jednak przykre uczucie w rękach, zwłaszcza w prawej.

Mechaniczna pobudliwość mięśni jest wzmocniona, przy uderzeniu młotkiem powstaje duży walek, utrzymujący się krótką chwilę. Przy drażnieniu mięśni prądem faradycznym występują skurcze szybkie, nietrwające dłużej, niż działanie prądu. Przy drażnieniu prądem galwanicznym skurcze, powstające przy zamknięciu anody, są znacznie większe, niż przy zamknięciu katody.

Podstawowa przemiana materji wynosi + 5,7%. Mocz, krew, płyn mózgowo - rdzeniowy bez zmian, odczyn W a s s e r m a n n a we krwi i w płynie ujemny.

Mamy zatem chorego, który od 2-ch lat cierpi na kurcze, połączone z zanikami mięśni. Kurcze są niebolesne, krótkotrwałe i zjawiają się zwykle przy zmianie pozycji, lub też kiedy chory zamierza znajdujący się w spokoju narząd wprowadzić w czyn. Bardzo charakterystyczne pod tym względem jest twierdzenie chorego, że zaczyna się tylko przy pierwszym słowie, innemi słowy, gdy chory chce zacząć mówić, występuje krótkotrwałe skurcz w języku, i chory zaczyna się, po ustąpieniu skurczu mówi dalej swobodnie.

Lokalizacja zaników mięśni w naszym przypadku jest typowa dla m. z., dotknięte są przede wszystkim drobne mięśnie dłoni, następnie mięśnie przedramienia i ramienia.

Mechaniczne drażnienie mięśni wykazuje zwiększoną pobudliwość, natomiast elektrycznego odczynu myotocznego nie stwierdzono.

Pozatem chory ten wykazuje szereg objawów, wskazujących na zaburzenia w wydzielaniu wewnętrznym lub też układu wegetatywnego, a mianowicie: schudnięcie, silne pocienie się, tachykardję, objaw C h v o s t k a, akrocyanozę i dużą wrażliwość na ciepło i zimno oraz obniżenie popędu płciowego (?). Na podstawie wyliczonych objawów rozpoznaliśmy myotonję zanikową.

Brak odczynu myotonicznego przy drażnieniu prądem elektrycznym nie przemawia przeciw naszemu rozpoznaniu, gdyż podobne przypadki są opisane, a nawet opisane są przypadki z częściową reakcją zwyrodnienia (M a a s i Z o n d e k).

W rozpoznaniu różniczkowym myśleć należy o jamistości rdzenia, postępującym zaniku mięśni typu D u c h e n n e - A r a n, *sclerosis lateralis amyotrophica*. Lecz brak odruchów patologicznych, przedmiotowych zaburzeń czucia, zaburzeń troficznych, brak drgań włókienkowych i objawów opuszkowych, wreszcie obecność kurczów przy ruchach dowolnych przemawiają przeciwko wspomnianym chorobom.

Twierdzenia chorego, że choroba wystąpiła bezpośrednio po prze-marznięciu, nie należy lekceważyć. Znane są przypadki z nagłym początkiem choroby bezpośrednio lub w krótkim czasie po urazie (S t e i n e r t, G r u n d, B e r o l d, T e t z n e r, K o e l i c h e n). W naszym przypadku silne prze-marznięcie, jako uraz termiczny, mogło być tym bodźcem, powodującym wybuch m. z.

Patogeneza m. z. jest jeszcze zupełnie nieznaną. Część badaczy przyjmuje związek między gruczolami dokrewnymi a m. z.; niektórzy z nich wiążą powstanie tego cierpienia z hipoplazją tarczycy, inni z dysfunkcją przysadki lub też gruczolów przytarczycznych (P e-

ritz). Za ostatniem przypuszczeniem przemawia częstość spotykanych objawów zaćmy i objaw Chvostka. Według Orzechowskiego główną przyczyną m. z., jak również ch. Th., jest nieprawidłowe funkcjonowanie gruczołów płciowych (hypogonitalismus, względnie hypergonitalismus) przy jednoczesnym współdziałaniu pozostałych gruczołów endokrynych. Podaje on następującą formułkę wielogruczową:

Myotonja zanikowa	Choroba Thomse	
Układ grasiczo-limfetyczny	brak (?) zmian	brak pewnych zmian
Nadnercza	hipofunkcja (?)	hiperfunkcja
Tarczyca	hiper- (i dys-?) funkcja	brak zmian
Gruczoły przytarczyczne:	hipo- (i dys-?) funkcja (znaczna)	hipo- (i dys-?) funkcja (mier-na)
Gruczoły rodne:	hipofunkcja	hiperfunkcja
Przysadka:	brak zmian (?) lub hiperfunkcja	hiperfunkcja płata gruczołowego

Druga część badaczy przyznaje obecność objawów wewnątrzwydzielniczych, lecz według nich nie są one przyczyną m. z., raczej występują równocześnie z nią (Curschmann).

Momenty dziedziczno-rodzinne odgrywają w m. z. znacznie mniejszą rolę, niż w myotonji zwykłej kongenitalnej. Fleischer znalazł pierwsze objawy tej choroby w 5-tej generacji wstecz. Pierwszym objawem rodzinnym jest zaćma przedwczesna jeszcze bez objawów myotonicznych, w następnych pokoleniach zjawiają się kurcze i zaniki. W naszym pierwszym przypadku matka i córka chorego cierpiały na kurcze w nogach, niewiadomo, czy zaniki były, czy brakowały. Najczęściej jednak znajdujemy w historjach choroby tych chorych wyraźną wzmiankę, że podobnej choroby w rodzinie nie było, że nikt prócz chorego w rodzinie takiej choroby nie ma.

Chorobie tej ulegają mężczyźni narówni z kobietami, mężczyźni w nieco późniejszym wieku, niż kobiety; choroba jest bez przerwy postępująca i prowadzi mniej więcej w 50 — 55 roku życia do śmierci.

Opisane są kombinacje m. z. z innymi chorobami: z tężyczką (Curschmann), z wolem (Fleischer), z lipodystrofią, moczówką prostą i bezsennością (Krause i Ellenbach).

Na pytanie, gdzie jest siedlisko m. z., jedni odpowiadają: zaniki są pochodzenia myopatycznego, za czym przemawia brak drgań włókienkowych, brak odczynu zwyrodnienia w zanikających mięśniach, wygląd myopatyczny chorych. Z drugiej strony, w niektórych przypadkach spostrzega się objawy, wskazujące na to,

że zaniki mięśni są pochodzenia ośrodkowego, a nie obwodowego. Opisane są przypadki ze zmianami degeneracyjnymi w tylnych powrózkach, z brakiem odruchów ścięgnowych i z ataksją w kończynach oraz ze zmianami psychicznymi. W niektórych przypadkach stwierdzone zostały częściowy odczyn zwyrodnienia (Voss, Koelichen, Higier) i drgania włókienkowe, jak w naszym pierwszym przypadku. Curschmann natomiast uzależnia zaniki od sarkoplazmy, której tonus stoi pod wpływem centralnego układu wegetatywnego.

Jak już wyżej wspomniałem, stosunek m. z. do ch. Th. nie jest jeszcze ostatecznie wyjaśniony. Curschmann uważa m. z. za zupełnie odrębną jednostkę chorobową, nie mającą nic wspólnego z ch. Th. Steiner traktuje m. z. jako sprawę wtórną, powstałą na tle ch. Th. Higier utrzymuje, że mamy tu do czynienia z charakterystycznym, specjalnym i złośliwym typem ch. Th. Wreszcie Slauck, opierając się na swoich badaniach anatomicznych, dochodzi do wniosku, że m. z. należy do chorób myopatycznych, a mianowicie, zajmuje ona miejsce pośrednie między ch. Th., z którą ma wspólne objawy kliniczne i elektryczne, a *dystrophia muscularis progressiva*, z którą ma wspólne zmiany abiotroficzne w mięśniach.

PISMIENICTWO:

Batten i Gibb cytowany według Hirsfelda. Curschmann, Münch. med. Wochenschrift (1906 str. 1281); Deut. Zeitschr. für Nerv. (tom 45 str. 161), Deut. Zeitschr. für Nerv. (tom 53 str. 114). Fürnrohr, Deut. Zeitschr. für Nerv. (tom 53 zeszyt 1 — 2); tenże Münch. med. Woch. (1914 str. 2384). Fleischer, cytowany według Peritza, Grund, Münch. med. Woch. (1913 Nr. 16 i 17). Higier, Zeitschr. für die ges. Neur. u. Psych. (tom 32 str. 246). Hirsfeld, Zeitschr. für die ges. Neur. Psych. (tom 5 zeszyt 5). Hoffmann, Münch. med. Woch. (1912 str. 55). Jung, Presse médicale (1930 str. 1125). Koelichen, Księga Jubileuszowa Edwarda Flatau (1929 str. 351). Lemierre, Garcin et Laplanche Revue neur. (1932, str. 898). Lewandowski, Münch. med. Woch. (1911 str. 490). Maas u. Zordek, Zeitschr. für die ges. Neur. u. Psych. (tom 59). Oppenheim, Lehrbuch der Nervenheilkunde. Orzechowski, Księga Pamiątkowa ku czci Bolesława Orzechowicza (1916, str. 90). Peritz, Pathologie u. Therapie Kraus u. Brugsch (tom X część I). Reichmann, Münch. med. Woch. (1911 str. 1108). Slauck Zeitschr. für die ges. Neur. u. Psych. (tom 67 str. 276). Steiner, Deut. Zeitschr. für Nerv. (tom 37 zeszyt 1 — 2); tenże Deut. Zeitschr. für Nerv. (tom 39 zeszyt 1 — 2). Tetzner, Neurolog. Zentrbl. (1912 str. 89). Voss, Deut. Zeitschr. für Nerv. (1911 str. 1108). Willich, Münch. med. Woch. (1913 str. 20).

Z praktyki prywatnej

Niedostrzeżony czynnik w skłonności do kataru nosa*).

Podał

E. EWENS, B. S., M. D. (Atlantic City, U. S. A.).

Niema prawdopodobnie większego wroga ludzkiego zdrowia i dobrego samopoczucia niż katar nosa, który walczy zwycięsko z usiłowaniami na-

*) Artykuł niniejszy drukujemy na odpowiedzialność autora.

szemi wykrycia jego etiologii i skutecznych środków zapobiegawczych. Ta wszechobecna choroba nie tylko naraża kraj na bezpośrednią stratę 450 milionów dolarów rocznie**), lecz toruje drogę całemu szeregowi powikłań nieżytych, których następstwem jest zmniejszenie wydajności pracy i wzra-

**) Na podstawie danych statystycznych Urzędu Zdrowia Publicznego St. Zj.

stające wciąż zapotrzebowanie najliczniejszej grupy specjalistów w dziedzinie pomocy lekarskiej.

Najnowsze wysiłki, zdążające do ograniczenia spustoszeń, wywoływanych tą powszechną plagą, zdążają w kierunku poznania czynnika swoistego na drodze laboratoryjnej. Niema jednak bezsprzecznego dowodu, że istnieje wyraźna przyczyna bakteryjna, a nawet, gdyby taka etjologia została ostatecznie ustalona, wątpliwe jest, czy wpłynęłoby to na rozproszenie się mroku, w którym tu błądzimy. Trudno jest bowiem wyobrazić sobie serologiczne zabezpieczenie przeciw chorobie, do której skłonność raczej wzrasta, a nie słabnie.

Większe szanse powodzenia miałoby wykrycie możliwego do usunięcia czynnika anatomicznego w skłonności do zakażeń nieżytych. Teoretycznie nieprawidłowość w budowie powinna wywołać osłabioną odporność względem drobnoustrojów, znajdujących się normalnie w nosie i gardle, i, jeżeli nieprawidłowość ta jest udziałem powszechnym ludzkości, mogłaby ona lepiej i logiczniej wytłumaczyć częstość „katarów“, niż domniemana agresywność i specyficzność niewykrytego drobnoustroju lub jadu. Taka hipoteza tłumaczyłaby trafnie ujemne wyniki badań bakterjologicznych i nie byłaby bynajmniej pustym domysłem.

Nie ulega wątpliwości, że badania kliniczne pominęły jeden dający się usunąć defekt cielesny, którego uspasabiający do katarów nosa wpływ daje się wykazać empirycznie i przekonywająco, a którego opóźnione poznanie zdaje się być przyczyną dotychczasowej bezpłodnej walki z katarami.

Tym przeoczonym czynnikiem jest nic innego, jak ów, zdawałoby się, nieszkodliwy organ — jęczyzek — tak często niesłusznie nazywany „podniebieniem“ zarówno przez laików, jak i zawodowców. Ten przeżytek i fizjologicznie zbędny przydatek (*appendix*.) nie spotkał się nigdy z krytycznymi uwagami, poza temi, które mu poświęcił Hippokratēs: stwierdził on jego częste wydłużenie, stanowiące mechaniczną przyczynę kaszlu napadowego, i zalecał stafilotomję, jako środek zaradczy. Niestety, idea Hippokratesa a nie zyskała nigdy większej popularności. Gdyby wynikający z niej praktyczny pożytek w zwalczaniu niezliczonych przypadków kaszlu spazmatycznego i bezustannego chrząkania został należycie oceniony, znacznie większe możliwości, wynikające z tego postępowania, zostałyby ujawnione na długo przed wiekiem XX. Główną przeszkodą w tym względzie była i nadal pozostaje przesądna i mylna koncepcja o funkcjonalnej doniosłości jęczyzka, wskutek czego stafilotomja była nieodpowiednio wykonywana, nawet w tych przypadkach, kiedy uciekano się do niej z całą „ostrożnością“.

Łatwo zrozumiały brak stanowczej decyzji i konserwatyzm sprawiły, że dawniej przez czas długi stosowałem stafilotomję, lecz wkrótce okazało się, że odważniejsze postępowanie nie pociągało za sobą żadnych złych skutków, których się obawiałem, a postępowanie to było o wiele skuteczniejsze. Stopniowo doszło do tego, że zacząłem usuwać jęczyzek w całości, — zabieg, który od owego czasu wykonałem setki razy z wynikami dotąd niewidzianymi. Stałe stosowanie „stafilektomji“ przeciw nawykowemu chrząkaniu i na-

dającym się do leczenia typowi kaszlu napadowego w rezultacie ujawniło zdumiewający fakt, że wywiera ona również zbawienny wpływ na stan kataralny całego odcinka górnych dróg oddechowych. Początkowo nie było to odkryciem obiektywnym, ani nawet przypuszczaną możliwością. Była to rzecz całkiem przypadkowa — i przez samych pacjentów stwierdzona: zwracali oni wielokrotnie uwagę na różne nieoczekiwane korzyści, osiągnięte dzięki stafilektomji — mianowicie na stosunkowo rzadsze „katar“y. W pierwszych czasach uważałem te wynurzenia chorych za wytwór ich imaginationsi, i, gdyby nie entuzjastyczne powtarzanie tych, zdawało się, niewiarogodnych twierdzeń, nie wywołałyby one we mnie nigdy najmniejszego zainteresowania, gdyż zdawało się w owym czasie, że niema żadnej logicznej zasady, aby przypuszczać, że proste usunięcie małego kawałka zbytecznej tkanki podniebienia wywołać może poważne następstwa, które owi pacjenci skłonni byli przypisywać zabiegowi. Około dwudziestu lat upłynęło od czasu tych pierwszych, sceptycznie traktowanych obserwacji, a jednak doświadczenie dowiodło bezsprzecznie prowokacyjnego udziału jęczyzka w niedających się opanować nawrotach kataru nosa i związanych z nim powikłań.

Za pomocą wyciwałych badań i dzięki współpracy zainteresowanych pacjentów ustaliłem, że stafilektomja usuwa skłonność do „katarów“ w przeszło 50%. W poszczególnych przypadkach zupełny brak nawrotów kataru stwierdzony został w ciągu kilku lat, a tylko rzadko kiedy wyniki były niezadawalające. Ustalenie dokładnych liczb procentowych jest niemożliwe, gdyż kontrola z konieczności odbywa się w każdym przypadku na podstawie dawnego doświadczenia samych pacjentów. Rzadko kiedy pacjenci mogą powiedzieć, ilu napadom kataru rocznie podlegali poprzednio, lecz mogą robić w okresie pooperacyjnym porównania, które praktycznie są dostatecznie ścisłe, a kontrast jest zwykle tak jaskrawy, że dokładny stosunek liczbowy staje się właściwie mniej ważny. To samo dotyczy zmniejszenia nasilenia katarów i trwania infekcyj, które mogą się zdarzyć i po usunięciu jęczyzka. W szczególności daje się zauważyć złagodzenie, a nawet zupełny brak zapaleń zatok nosowych w tych przypadkach, w których były one dawniej stałym dokuczliwym towarzyszem lub następstwem nieżyty nosa.

Skuteczność całkowitego usunięcia jęczyzka potwierdzają nie tylko informacje subiektywne, ale również wyraźne i nieulegające wątpliwości zmiany w stanie gardła i nosa. Najoczywistsze z tych wyraźnych skutków są tak zdecydowanie pewne i zjawiają się tak prędko, że wprost wydają się niewiarogodne. Przewlekłe zmiany w jamie nosowo-gardzielowej ustępują do tego stopnia, że nie utrudniają oddychania nosem, a charakterystyczne objawy nieżyty gardzieli i jamy nosowo-gardzielowej ulegają złagodzeniu. Te wyraźne skutki przemawiają bardzo za szkodliwym udziałem jęczyzka w skłonności do kataru; w rzeczywistości obserwowano je tak często, że innego wyjaśnienia przyjmując nie można.

Rola, jaką jęczyzek odgrywa w predyspozycji do kataru i chrób pokrewnych, może wydać się mniej dziwna i niewytłumaczona, jeżeli weź-

miemy pod uwagę niezmiernie słabe unaczynienie tego narządu i jego inne, odpowiednio skąpe składniki histologiczne, które czynią go mniej odpornym, niż dobrze zbudowane i unaczynione części gardzieli. Ponadto, wisząc w przestrzeni, prowadzącej zarówno do dróg oddechowych, jak i połykowych, jęczyczek gromadzi na sobie całe pokłady bakteryj. Jęczyczek narażony jest również na większe lub mniejsze urazy mechaniczne, szczególnie przy chrapaniu. Wymienione własności czynią z jęczyczka idealne siedlisko, w którym drobnoustroje znajdują doskonałe warunki vegetacji i skąd przenikają do nozdrzy tylnych i okolic sąsiednich. (Uderzająco zgodny z temi praktycznymi rozważaniami jest dobrze znany fakt, że pierwsze objawy rozpoczynającego się kataru nie są odczuwane w nosie, lecz prawie zawsze w okolicy miękkiego podniebienia jako suchość i łechtanie, a zajęcie nosa występuje nieco później).

Ta linja rozumowania może się wydać zasadniczo fałszywa z tego względu, że lekceważy zupełnie domniemane funkcje jęczyczka. Czy jednak jęczyczek w rzeczywistości służy do jakichś wyrażonych i pożytecznych celów w ustroju ludzkim, czy też jest tylko zbytecznym, szczątkowym narządem? Tworom niższym jest on potrzebny jako ważny dla życia mechanizm odruchowy. Podczas forsownego oddychania jęczyczek stanowi zabezpieczenie przeciwko wpadaniu owadów i innych ciał obcych, lecz, poza udziałem w tej tak ważnej ochronie krtani i płuc, nie służy do żadnych innych celów, którym podniebienie miękkie samo nie mogłoby sprostać. Życie i zwyczaje ludzi pierwotnych wymagały niewątpliwie takiego samego zabezpieczenia, lecz dawno minęły już czasy, gdy ludzie, ciężko dysząc, biegli przez lasy. Od czasu, jak cywilizacja usunęła potrzebę korzystania z ust, jako wrót do oddychania, jęczyczek właściwie nie miał żadnej czynności do spełniania, a wskutek nieużywania go został zepchnięty do poziomu zbytecznych i zanikających narządów. Tak samo, jak ustanie funkcji wyrostka robaczkowego osłabiło jego ukrwienie, zmniejszyło jego rozmiar i objętość, obniżyło jego żywotność wogóle i uczyniło zeń prosto szczątek i zdradliwy czynnik patogenetyczny. Jego wpływ patologiczny na narządy sąsiednie może być porównany z wpływem, wywieranym przez obcą narośl o tej samej lokalizacji i stwierdzonym na podstawie zaobserwowanych skutków pooperacyjnych. Potwierdzenie postępującego zaniku cech fizycznych jęczyczka daje nam porównanie tego prawie cylindrycznego szczątku u ludzi z dobrze zbudowaną, szeroką, trójkątną zasłoną zwisającą w gardle zwierząt niższych. Liczne zasuszone okazy, znajdujące się w posiadaniu autora, są przekonującym dowodem tego daleko posuniętego zwyrodnienia.

W roku ubiegłym ukazał się w jednym ze stołecznych pism ciekawy odpowiednik tego twierdzenia w artykule, zatytułowanym: „Katar i Ewolucja”. Choć pisany bez specjalnego uwzględnienia jęczyczka, artykuł ten zawierał prawdziwie proce przypuszczenie, które usprawiedliwia choć częściowe przytoczenie go na tem miejscu:

„W ciągu ostatnich dziesiątków lat zaszły w wiedzy biologicznej zmiany, niedoceniane nawet przez samych biologów. Teoria ewolucji nie jest

już teraz traktowana jako coś, co wymaga dowodów. Zostało to już uczynione. Natomiast istota tej teorii może być obecnie przyjęta jako przewodnia zasada przy wyjaśnianiu innych faktów, jeszcze ciemnych, lub przy poszukiwaniu jeszcze przyczyny jakiegokolwiek zjawiska. Jeżeli anatom znajduje, na przykład, jakiś narząd lub twór, robiący wrażenie zbytecznego dla jego terażniejszego właściciela, to ma prawo przypuszczać, że organ ten był kiedyś potrzebny, i że wskutek jakiejś zmiany w zwyczajach lub warunkach życia rodzaju ludzkiego stał się bezużyteczny. Zwykłym przykładem jest tu ludzki wyrostek robaczkowy. Ta sama zasada powinna być zastosowana do tajemnicy katarów. Nie można obwiniać natury o rozmyślne pomaganie zarazkom do usadawiania się w ludzkich gardłach i nosach.”

Autor powyższego artykułu nie przewidywał szybkiego zrealizowania tego teoretycznego przypuszczenia; tem niemniej jest prawdą, że jęczyczek jest tym czynnikiem ewolucyjnym, o który chodzi, i że powszechne uznanie tej zasady uczyni „tajemnicę katarów” znacznie mniej zagadkową.

Niema sposobów ustalenia przed operacją patogenetycznej roli jęczyczka w przypadkach wyraźnej skłonności do katarów. Ani jego wielkość, ani inne, dające się zaobserwować cechy nie stanowią bezwarunkowego wskazania do wyłuszczenia, gdyż stwierdzono, że jęczyczek niezwykle małych rozmiarów może być źródłem wyraźnych dolegliwości, i że nie typ wydłużony jedynie przyczynia się do zmniejszonej odporności śluzówki nosa i gardła. Stafilektomia może więc być uważana jako usprawiedliwiony i pożyteczny zabieg we wszystkich przypadkach, zdradzających szczególną skłonność do kataru, o skuteczności zaś jej decyduje staranne wykonanie operacji, a nie wielkość, ani konsystencja usuniętej tkanki.

Sprzeciw wobec tej radykalnej propozycji mógłby być podyktowany znanymi przesądami, lecz sprawdzenie oceny przypisywanej jej racjonalności i wartości jest zawsze dostępne każdemu specjalście. Sposób jest niezmiernie prosty, a materia kliniczny wszędzie bardzo obfity.

Stafilektomia jest tak drobnym zabiegiem, że właściwie opis jej techniki jest zbyteczny. Nie wymaga specjalnej umiejętności ze strony operatora, ani żadnych szczególnych ułatwień. Miejscowe użycie kokainy lub larokainy (R o c h e) w dostatecznej ilości czyni operację prawie niebolesną. Wobec konieczności posługiwania się obiema rękami ze strony operatora pacjent musi sam przyciskać sobie język, co przy odpowiednich wskazówkach może zrobić lepiej, niż wykwalifikowany asystent. Środki hemostatyczne nie były nigdy potrzebne, choć nieraz zdawało się, że trzeba będzie je zastosować. Krwawienie jest zwykle nieznaczne i ustaje samo w ciągu 1 do 5 minut. W wielu przypadkach krwawienia prawie niema. Opieka pooperacyjna jest niepotrzebna, lecz wszędzie, gdzie to było możliwe, pacjenci pozostawali pod obserwacją codzienną aż do zupełnego zagojenia się rany. Konieczność całkowitego usunięcia jęczyczka nie może być dość mocno podkreślona, gdyż żaden kompromis między stafilotomią a stafilektomią nie da wyników, wyraźnie potwierdzających spostrzeżenia autora.

Przesądna awersja do całkowitego usuwania języczka w ciągu całych wieków uniemożliwiła dokonanie epokowego dzieła rynolaryngologicznego, gdyż tylko za pomocą eksperymentalnego stosowania stafilektomji można było zebrać fakty konieczne do dawno już usiłowanego zwalczania „katarów” i związanych z nimi dolegliwości nosa i gardła. Przesąd ten, choć powszechny, jest zupełnie nieuzasadniony. Przeszło 2000 wykonanych

stafilektomij nie dało najmniejszego powodu do usprawiedliwienia tego przesądu. W rękach autora zabieg omawiany dawno już przeszedł ze stadium eksperymentalnego do stanu ustalonego faktu klinicznego, którego pożytek okaże się nie mniej zdumiewający dla przyszłych badaczy, niż był niegdyś dla autora niniejszej pracy.

Z rękopisu angielskiego przełożyła

Janina Srebrna.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Odporność i alergja w gruźlicy *).

Podał

A. DAWIDSON (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 13)

Spostrzeżenia kliniczne wykazują, że dzieci w rodzinach gruźliczych wprowadzie wcześniej się infekują, ale w dalszym przebiegu, pomimo ciągłego kontaktu ze źródłem infekcji, stają się odporne na re—i superinfekcje; nowe ogniska u tych dzieci nie powstają. Redeker twierdzi, że dzieci, które znajdowały się pod stałą, ale słabą infekcją, stawały się odporne i mogły znieść masową infekcję, gdy znalazły się następnie przez dłuższy czas w mieszkaniu suchotnika, podczas gdy dzieci, niezakażone dotąd, ginęły bez wyjątku, znalazłszy się w podobnych warunkach życiowych. Otwarta gruźlica jednego z małżonków tylko wyjątkowo wywołuje gruźlicę u drugiego. Dla zakażonego Europejczyka nie są zatem infekcje zwenątrż pochodne niebezpieczne. Potwierdzają to badania anatomo-patologiczne K ü s s a, A l b r e c h t a i G h o n a, które wykazały, że u człowieka z reguły znajduje się w płucach tylko jeden zespół pierwotny, rzadko 2—5, a ponad 5 wyjątkowo.

Behring i Römer uzależnili przebieg gruźlicy wyłącznie od odporności swoistej i wypowiedzieli pogląd, że pierwsze zakażenie, które człowiek przerabia w dzieciństwie, wywołuje w nim alergję i nadaje mu odporność przeciw nowym zakażeniom w późniejszym życiu; dorosły dostaje suchot tylko wtedy, gdy istniejąca odporność zostaje przełamana przez masową reinfekcję; wówczas nie dochodzi do ostrych postaci gruźlicy, jak przy pierwszej infekcji, a tylko do przewlekłe przebiegających suchot płucnych. Jeżeli uwzględnić różne zachowanie się ras przy pierwszej infekcji, to należy przyznać dużo słuszności pogładowi Neufelda, Wichmana, Lydtina i innych. Większą oporność ludów cywilizowanych tłumaczy Neufeld tem, że przez wymieranie jednostek mniej opornych i przetrwanie przy życiu bardziej opornych powstaje pokolenie odporne na gruźlicę. Z wielkim uznaniem cytuje on słowa Müllera, że dla przebiegu gruźlicy człowieka mniej ważne jest, czy dany osobnik zachowuje się w stosunku do zakażenia, jak przy pierwszej czy wtórnej infekcji, a rozstrzygające jest to, czy dany człowiek reaguje na zakażenie, jak świni,

ka morska, czy też, jak pies. Odporność, nabytą przez zakażenie, ujmuje on tylko jako przyspieszoną zdolność reagowania w postaci koncentrowania normalnych sił obronnych. Ciągła w szeregu licznych pokoleń walka z gruźlicą wpływa drogą dziedziczenia na pewne łatwiejsze „nastawienie się” do walki z tym zarazkiem; i to stanowi oporność naturalną.

Skibiński dowodzi na podstawie swych badań i doświadczeń, że w leczeniu gruźlicy, zwłaszcza dorosłych, pierwszorzędną rolę odgrywa oporność naturalna, odporność zaś nabyta, ze względu na to, że prątek Kocha jest dla człowieka antygenem mało jadowitym, a więc pod względem immunologicznym mało wartościowym,—tylko znikomą.

Podstawową ideą dla zrozumienia tych zjawisk biologicznych jest rola wzajemnego powinowactwa jądów gruźliczych i tkanek ustroju do siebie (Michałowicz i Popowski). „Powinowactwo tkanek do lasecznika Kocha i jego jądów jest pierwszym i niezbędnym warunkiem do występowania zmian biochemicznych w tkankach i wytwarzania się tkanki gruźliczej”. Niezbędnym warunkiem istnienia powinowactwa są, zdaniem Doerra, pewne ciała odpornościowe, zawarte w tkankach ustroju, swoiste dla jądów gruźliczych. Sprawa powinowactwa tkanek do jądów bakteryjnych, w tej liczbie i do jądów gruźliczych, została również poruszona przez Brokmana. Zdaniem Brokmana przewaga powinowactwa tkanek do jądów nad powinowactwem wolnych ciał odpornościowych do tych jądów jest czynnikiem decydującym. Powinowactwo antygeny do komórki wrażliwej stanowi czynnik równoznaczny z wrażliwością osobniczą na dany antygen, czyli czynnik równoznaczny z „chorobą”. Jady nie wywołują zmian chorobowych w ustroju, którego tkanki wykazują całkowitą obojętność w stosunku do nich, np. nieoddziaływanie tkanek niemowląt na jad błoniczy nawet przy braku antytoksyn w krwi. Brokman sądzi, że brak powinowactwa do jądów może być nie tylko wrodzony, lecz wytwarzać się również i w przebiegu cierpienia. Fakt powyższy odgrywałby wtedy wybitną rolę w samym mechanizmie zdrowienia; w tych przypadkach zdrowienie nie byłoby bowiem uzależnione od ciał odpornościowych tkankowych i humoralnych. Hirsfeld określa wymienione zjawisko jako „areaktywność wtórną”, zaznaczając przytem, że fakt jej istnienia nie jest dotychczas ustalony. Byłoby to, zdaje się, zjawisko, zbliżone

*) Referat wygłoszony na posiedzeniu naukowym w szpitalu dla dzieci im. Bersonów i Baumanów.

do adiaforji Gröera lub anergji pozytywnej Hayeck'a. Skibiński, opierając się na tych przesłankach, idzie dalej w swem rozumowaniu i powiada: „Odporność pozostaje w odwrotnym stosunku do oporności wrodzonej. Jeżeli przez oporność naturalną rozumieć się będzie pożywkę, jaką przedstawia organizm wobec zarazków bez żadnej czynnej obrony ze strony organizmu, to oporność naturalna będzie tylko przeszkodą dla organizmu w wytworzeniu odporności. Im mniejszą bowiem oporność posiada organizm, t. j. im lepszą jest pożywką, tem więcej będzie miał punktów zaczepienia i grup powinowactwa w swem podłożu dla jądów bakteryjnych i tem większą będzie posiadał możność wytworzenia przeciwciał obronnych, dzięki hiperregeneracji tych grup powinowactwa. Wartość immunizacyjna antygeny zależy od jego jadowitości, czyli od ilości grup powinowactwa, jaką znajduje antygen w organizmie. Te grupy powinowactwa są przeciwciałami normalnymi, i z nich przez proces hiperregeneracji powstają przeciwciała odpornościowe. Dlatego też autor rozróżnia: 1) antygeny pierwotnie (wysoko) jadowite, t. j. takie, które już przy pierwszym wtargnięciu, do organizmu wywołują gwałtowne zaburzenia chorobowe. Ma to miejsce wówczas, gdy antygen znajduje od razu dużo grup powinowactwa, t. j. gdy w chwili wtargnięcia zarazka już w większości tkanek znajdują się przeciwciała normalne, z których pod wpływem procesu hiperregeneracji powstają przeciwciała odpornościowe, przeprowadzające ustrój ze stanu pierwotnej wrażliwości w stan niewrażliwości, czyli w stan odpornościowy. Przebieg choroby jest gwałtowny, i, jeśli następuje wyleczenie, które jest dziełem odporności sokowej i tkankowej, to ono jest pełne i trwałe. W tych chorobach dobre wyniki daje leczenie t. zw. odpornościowe za pomocą szczepionek i surowic, i 2) wtórnie (mało) jadowite (kiła, gruźlica), które przy pierwszym zetknięciu się z organizmem napotykają tylko małą ilość przeciwciał normalnych i dlatego na początku wywołują tylko alergję i dopiero wtórnie, gdy przeciwciała normalne pod wpływem swoistego antygeny rozmnożyły się w nadmiarze, stają się jadowite. Te antygeny posiadają mniejsze zdolności immunizacyjne i najczęściej przeprowadzają ustrój ze stanu niewrażliwości pierwotnej w stan wrażliwości uczuleniowej, alergji, a z tego stanu już tylko z trudem w stan niewrażliwości odpornościowej. Przebieg choroby jest przewlekły, i z powodu małych zdolności immunizacyjnych organizmu choroba skończyć się nie może i trwa całe życie, jakkolwiek dzięki odporności tkankowej ustrój jest chroniony od superinfekcji. Postać, przebieg i zejście choroby zależy głównie od konstytucjonalnego stanu opornościowego organizmu. Tu leczenie swoiste, zmierzające do podniesienia odporności, schodzi na plan drugi, a pierwsze miejsce zajmuje leczenie nieswoiste, dietetyczno-klimatyczne, wzmagające naturalną oporność organizmu.

Redeker uważa, że wrodzona oporność ma znaczenie, ale nie decydujące. W stosunku do infekcji gruźliczej świnka zachowuje się zasadniczo, jak świnka, pies—jak pies, a człowiek—jak człowiek. Czy zakażone niemowlę zginie od infekcji gruźliczej, czy też zwalczy ją niepostrzeżenie,

nie, zależy od ciężkości i częstotliwości powtarzających się zakażeń w pierwszym okresie (Redeker rozróżnia zakażenia: przypadkowe, powolne i napaadowe).

Przy omawianiu tej sprawy niepodobna nie wspomnieć teorii Rankego, która w nowszych czasach uzupełniła naukę Römera i Behringa i w sposób klasyczny tłumaczyła przebieg gruźlicy w zależności od odporności i alergji. Ranke ujmuje gruźlicę człowieka jako jedną całość, rozgrywającą się w ciągu życia, i o przebiegu jej ma decydować nabyta odporność swoista. Na podstawie swych badań patomorfologicznych dzieli tę całość na trzy następujące po sobie okresy i dla każdego okresu odrębną formę patobiologiczną. Piękna teoria Rankego w całości nie daje się utrzymać, słuszna jest tylko pod tym względem, że między zmianami anatomopatologicznymi i stanem alergji istnieje zależność, ale cykliczny przebieg tych zmian niekiedy tylko daje się stwierdzić, gdyż gruźlica u człowieka niezawsze przebiega ściśle według opisanych przez niego 3 okresów. Nieraz już w pierwszym okresie mamy przerzuty krwiopochodne w dużym i małym krążeniu, nieraz wypada drugi okres i zaraz po pierwszym następuje trzeci, nieraz w okresie trzecim zdarzają się przerzuty krwiopochodne. Obserwacje kliniczne i badania anatomiczne wykazują, że stany nadwrażliwości mogą ustępować miejsca stanom względnej odporności, ale i kierunek odwrotny jest napatykany. Teoria Rankego nie tłumaczy nam, dlaczego nieraz rozwój gruźlicy ulega zahamowaniu już w pierwszym okresie, innym razem szerzy się nieprzerwanie, przechodząc poprzez wszystkie okresy, dlatego u jednych chorych od początku są wyraźne tendencje do zmian włóknistych, u innych natomiast do zmian rozpadowych.

Te wszystkie pytania, niestety, pokryte są jeszcze mgłą tajemnicy natury. Prace Skibińskiego (Gruźlica Nr. 5 1931 r. Wiedza Lek. Zesz. VI 1933 r.) obszernie te zagadnienia omawiają.

Ostatecznie możemy się zdobyć na następujące wnioski:

1) w powstaniu i przebiegu pierwszej infekcji gruźliczej pierwszorzędą, zdaje się, rolę odgrywa oporność wrodzona.

2) pod wpływem zakażenia gruźliczego ustrój nabywa właściwości odmiennego reagowania na ponowne zakażenia, czyli występuje alergja.

Jeśli się uwzględni, że nieuczulony organizm daje się łatwo zakażać gruźlicą, podczas gdy uczulony tylko wyjątkowo przy masywnej reinfekcji, następnie, że gruźlica inaczej przebiega w ustroju alergicznym, aniżeli nieuczulonym dotąd, to musimy dojść do wniosku, że:

3) odporność nabyta w gruźlicy istnieje,

4) odporność ta jest w większym stopniu ochroną przed reinfekcją, aniżeli bronią w walce z istniejącą chorobą; odporność ta jest chwiejna, zależna od wahań czynników wśród—i pozaustrojowych.

Oceny książek.

Dr. Marja GRZYWO-DĄBROWSKA. **Pogadanka o gruźlicy dla uczniów szkół powszechnych.** Praca nagrodzona na konkursie Sekcji Szkolnej Wojewódzkiego Komitetu „Dni Przeciwgruźliczych” w Łodzi w roku 1933. Drukarnia Państwowa w Łodzi.

W krótkiej broszurce autorka stara się możliwie przystępnie przedstawić sposoby zakażenia się i warunki, sprzyjające powstawaniu gruźlicy, ilustrując to cytatami z dostępnej literatury ojczywej i unikając szczęśliwie zbyt wielu liczbowych danych. W formie pytań i odpowiedzi (może był to warunek konkursu?) rekapitułuje jeszcze główną treść pogadanki, chcąc w ten sposób utrwalić w główkach działwy jak najwięcej pożytecznych wiadomości higienicznych. Kończy pracę przytoczeniem wierszyków, wydanych przez Towarzystwo Przeciwgruźlicze i zawierających rady higieniczne dla młodszych dzieci. W ten sposób autorka w krótkim rzucie zapoznaje działwę szkolną z tem, co może być przez tę działwę łatwo zrozumiane. G.

Dr. L. STERNHEIM. **Das Wunder der Heilung durch eigenes Blut.** Nakład Hans Huber, Bern. 1933, stron 64.

H i p p o k r a t e s tak był pochłonięty poszukiwaniem środka, który leczyłby wszystkie choroby (*panaceum*), że dał córce swojej imię Panakeia. A w tem poszukiwaniu owego *panaceum* H i p p o k r a t e s był na właściwszej drodze, niż współczesna medycyna. Medycyna, bądź co bądź, oznacza naukę o leczeniu i lekarstwach — *nomen omen!* Tymczasem współczesna nauka poszła innemi drogami i wepchnęła lecnictwo na manowce, powodując kryzys medycyny. Lekarze i pacjenci zrozumieli, że lekarze nie potrafią leczyć; pacjenci wpadli w pesymizm, a wśród krytycznych lekarzy zapanał nihilizm terapeutyczny. Współczesny lekarz przyznaje, że chory musi wrócić do zdrowia sam, lekarz może najwyżej łagodzić cierpienia i — nie szkodzić choremu (*primum non nocere!*). Zdawało się, że chirurgja może zdziałać więcej — i, istotnie, chorzy nabrali do chirurgji zaufania, tylko mniej zadowoleni z wyników byli sami chirurdzy (B i e r, K r e c k e, L i e k, S c h l e i c h, S a u e r b r u c h), którzy przyznawali, że nóż kaleczy narządy. Nieporozumienie polegało na tem, że medycyna zapatruje się na ustrój żywy, jak na skomplikowaną maszynę, którą bada i naprawia, jak inżynier martwą rzecz. Lekarz, jak i inżynier, przystępuje do naprawy zepsutych części, nie troszcząc się o cały organizm. Zaczęto produkować środki na serce, płuca, wątrobę, nerki, żołądek, kiszkę, mózg — po kilkadziesiąt na każdy z tych narządów — i szeroko je stosować. Większość tych środków są to związki gatunkowo obce dla ustroju ludzkiego — a żaden z nich nie leczy choroby. Odwrót z tego labiryntu zaczął się pod wodzą profesora B i e r a, który wypowiedział hasło: „Zastrzyknij, cokolwiek chcesz, jakakolwiek materję, która

spowoduje rozkład, gorączkę i zapalenie — a każda to wywołuje — i w ten sposób osiągniesz wpływ leczniczy”. Chodzi o to, że komórki ustroju chorego wpadły w rodzaj przytępienia, wrażliwość ich musi być nanowo pobudzona, a na to potrzebny jest nowy bodziec. Zaczęto produkować takie bodźce; brano materiał z państwa zwierzęcego, roślinnego i mineralnego; używano alkoholu, wody, siarki, srebra, yatrenu, kwasu mrówczanego, błękitu metylowego, terpentyny, olobintyny, terpichiny, oliptolu i wielu innych środków. Wielki przemysł farmaceutyczny pracował bez wytchnienia. Lekarze upodobali sobie najbardziej obce białko: wprowadzono nowoprotynę, mleko, aolan, caseosan, yatren-casein i wreszcie krew: naprzód zwierzęcą, potem ludzką, przerobioną (odwłóknioną, shemolizowaną, zmieszana z cytrynianem sodu, wodą), aż wreszcie całkowitą: narazie obcą, a wreszcie własną, samgo chorego. I oto, jak zwykle, — rzecz najprostsze okazała się najwłaściwszą. Lekarze nie mogli zaprzeczyć, że wyniki stosowania własnej krwi (autohemoterapia) były nad wyraz dobre. D ö d e r l e i n nazwał tę metodę „jajkiem Kolumba” w medycynie. Drobną ilość krwi, pobrana z żyły chorego i wstrzyknięta mu bezzwłocznie domięśniowo, stwarza cud. „Kto na własne oczy widział wyniki tej metody, ten już od niej nie odstąpi”. Ilość krwi zastrzyknięta waha się zależnie od zapatrywania lekarza, od 0,1 — 0,2 cm. do 10, 20 nawet 80 cm. Autor uważa za wystarczającą ilość 2 ccm, stosowaną kilka razy, w odstępach 10 — 14 dniowych, w przewlekłych przypadkach nawet w odstępach 4 — 6 tygodniowych. Tu nie można ułożyć schematu; lekarz powinien sam ocenić, czego choremu potrzeba; w medycynie nie można być rzemieślnikiem, lekarz musi być artystą. Doskonale wyniki daje autohemoterapia w stanach wyczerpania i osłabienia, zwłaszcza okresów późniejszych życia, o których mówi H e i n e: unjung und nicht mehr ganz gesund; pozatem domeną tej terapii są zwłaszcza przewlekłe choroby skórne, na które medycyna poprostu nie zna środka skutecznego, choć przemysł farmaceutyczny podsuwa jej setki środków, a więc: pryszczycza, nawet pęcherzyca (*pemphigus*), pokrzywka i t. d. Autor stosuje autohemoterapię w chorobach zakaźnych (płonica, róża przyranna, dur, krztusiec, grypa, angina, gościec stawowy), w chorobach narządów oddechowych (nieżyty nosa, zatoki czołowej, choroby krtani, dyshawica, zapalenie płuc i opłucny), w chorobach narządów trawienia, w chorobach nerek i pęcherza, chorobach krwi, gruźlicy dokrewnych, przemiany, układu nerwowego, chorobach kobiecych i wenerycznych. Na kilkunastu stronach autor przytacza opinię o tej metodzie różnych autorów z najrozmaitszych pism lekarskich. Metoda ta jest u nas dość rozpowszechniona. Praca S t e r n h e i m a będzie niewątpliwie bodźcem do częstszego jej stosowania, niż to miało miejsce dotąd.

W. K n a p p e.

Wskazówki praktyczne

D r e y f u s leczył z powodzeniem rozmaite stany *neurytyczne i newralgiczne*, w których nie można było znaleźć innej etiologii za pomocą *wyluszczenia migdałków*, zawierających czopy ropne. (Schw. m. W. 1934, N. 4).

—o—

Otto M e y e r upatruje ścisły związek *utajonych zapaleń żył kończyn dolnych z gościem przewlekłym i ostrym*. Zapalenie to rozpoznaje M. tam, gdzie ucisk na żyły wywołuje ból. Leczenie uciskowe żył chronić ma od nawrotów gościa i powikłań sercowych. (Ztbl. inn. Med. 1934, N. 10).

F o r v e r a podaje wyniki leczenia wszelkiego rodzaju *niedokrewności za pomocą nasświetlanej promieniami pozafjolkowemi własnej krwi chorego*. 20 ctm.³ jałowo pobranej z żyły łokciowej krwi, zmieszanej z 5% cytrynianem sodu (1 : 4), umieszczonej na płytce P e t r i e g o i w odległości 20 — 30 ctm. nasświetlanej w ciągu 5 — 10 minut lampą kwarcową, zastrzyknięte domięśniowo, szybko podnoszą liczbę czerwonych ciałek krwi. Po upływie 3 — 5 dni zastrzyknięcie może być powtórzone. (D. m. W. 1933, N. 52).

—o—

Ho l z m a n n radzi wykonywać *pierwsze szczepienie ospy* jaknajwcześniej, gdyż u nieco starszych dzieci pierwsze szczepienie ospy wywołać może zapalenie mózgu. (Kl. W. 1933, N. 39).

—0—

S t o r c h e i m poleca w *stanach padaczkowych* zastrzyknięcie dożylnie 10 ctm.³ 25% roztworu *siarczanu magnezji*. Zastrzyknięcie można ewentualnie jeszcze dwa razy powtórzyć. (Journ. Am. med. Ass. 1933, str. 1313).

—0—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 24 października 1933 r.

Początek o godz. 20 punktualnie.

Obecnych członków T-wa: — 47.

Wprowadzonych gości: — 46.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 17.X. r. b. przyjęto.

2. Kol. P r e z e s odczytał wykaz prac, nadesłanych do Biblioteki T-wa.

3. Kol. P r e z e s zawiadomił o wydaniu Przeglądu Piśm. Lek. Pol. za rok 1923 i 1924.

4. Kol. P r e z e s zawiadomił zebranych o śmierci Dra W. F i l i p o w i c z a, członka Tow. Zebrani uczcili pamięć zmarłego powstaniem z miejsc i jednogminutową ciszą.

5. Kol. S k ł o d o w s k i J., członek T-wa i T r o j a n o w s k i A. przedstawił „Przypadek gruźliczego surowiczowłóknikowego zapalenia osierdzia”.

6. Kol. M i k u ł o w s k i Wł., członek T-wa, omówił „Przyczynę do zagadnienia konfliktów poszczepiennych u dzieci” (streszczenie własne).

W 6 dni po jednorazowym szczepieniu podskórnym przeciw durowi brzuszemu zachorowała Janina P. lat 8, wśród nagłego podniesienia ciepłoty do 40°. W 3-m dniu choroby przybywa do szpitala, gdzie przez 5 dni waha się jeszcze między 37,2° a 39,3° i następnie znika zupełnie. Gorączce towarzyszy przez cały czas wysypka rumieniowa, podobna do odry, ze zmiennym umiejscowieniem, ale najchętniej pojawiająca się w okolicy bolesnych stawów. Oprócz tego spostrzegano przy ogólnej astenji, lecz zachowanej przytomności, wybitne obniżenie parcia tętniczego i skąpe wydzielanie moczu. Brak wolnych stolców, brak obrzęku śledziony. Odczyn Widala 1 : 200. Posiewy krwi i moczu ujemne pod względem bakterjologicznym. W kale nie wyhodowano prątków durowych. W czasie gorączki rozwija się zapalenie miedniczek nerkowych. Dziecko wykazuje znaczną hipotrofię i obniżenie wagi, wybitną chudość, mikrocefalię, rozdwojenie języczka na podniebieniu, różnicę barwikową tęczy i asymetrię pałców. Przy dodatnim odczynie W a s s e r m a n n a, mimo ujemnych wywiadów rodzinnych — te objawy dystrofji nabierają charakteru stygmatów kilowych. Mniejsza wartościowość wątroby, zakażonej kilą wrodzoną, stanowić może sprzyjający teren dla powstania „choroby surowiczej”, która była przedmiotem naszej obserwacji. Schorzenie miedniczek nerkowych jest objawem anafilaksji, opisywanym przez R i c h e t a (syna) i T r z a n k a.

Przypadek, jak wszystkie konflikty poszczepienne, budzi interes nie tylko biologiczny i kliniczny, lecz także sądowo-lekarski.

7. Kol. L a s t m a n H. wygłosił odczyt „O hormonach serca”.

Opierając się na bogatym piśmiennictwie oraz na badaniach przeprowadzonych w Klinice Chorób Wewnętrznych Pana Prof. W. O r ł o w s k i e g o, dochodzę do następujących wniosków:

1) Wyciągi z narządów, tak zwane hormony krążenia nie mają wpływu na niewydolność mięśnia sercowego i niemiarowość zupełną.

2) Nie uczulają mięśnia serca na naporstnicę.

3) Nie mogą być stosowane w tych przypadkach, w których są wskazania do stosowania naporstnicy lub innych wypróbowanych środków sercowych.

4) Wywierają wpływ tylko na nadciśnienie samorzadne czynnościowe przed ustaleniem się, a więc w okresie ulegania ciągłym zmianom.

5) Dają pomyślne wyniki w sensie poprawy stanu podmiotowego w pewnym tylko odsetku duszniczy bolesnej i chromania przerywanego i to tylko w stanach kurczowych.

6) Mogą wywierać wpływy uboczne, jak zaczerwienienie twarzy, uczucie przypływu krwi do głowy, a nawet objawy wstrząsu.

7) Nie mają działania zbiorowego.

8) Przeciwwskazań do ich stosowania niema.

9) Najlepsze wyniki dają stosowane pozajelitowo, najlepiej dożylnie.

W rozprawach przemawiali: Kol. W a ł a w s k i J. i O r ł o w s k i W.

8. Kol. L i k i e r A. omówił „Stosowanie dużych dawek koraminy i stiminolu w zatruciach morfiną, veronalem i innymi środkami nasennymi” (streszczenie własne).

Referent zdał sprawozdanie z wyników leczenia dużymi dawkami koraminy i stiminolu ostrych zatruc środkami nasennymi w II-iej klinice Chorób Wewnętrznych Uniwer. Warsz. Od listopada r. ub. do października r. b. leczył on w ten sposób 10 przypadków, w tem: 1 przypadek zatrucia morfiną, 5 veronalem, 1 przypadek zatrucia veronalem i luminalem, 1 luminalem i 2 tlenkiem węgla.

Niemal wszystkie przypadki były przywiezione do kliniki w stanie utraty świadomości. W zależności od ciężkości zatrucia wstrzykiwano dożylnie od 5 cm.³ do 15 cm.³ obu leków dożylnie i jako pewną rezerwę od 5 do 10 cm.³ domięśniowo, w jednym tylko przypadku wstrzyknięto 70 cm.³ koraminy w ciągu 2-ch dni. We wszystkich przypadkach spostrzegano po każdym wstrzyknięciu pogłębienie oddechów, poprawę tętna po chwilowym pogorszeniu, niewielkie wahania ciśnienia. Często po jednym wstrzyknięciu zatruty odzyskiwał przytomność. Z objawów ubocznych spostrzegano po obu lekach drgawki, a po stiminolu ślinotok i ruchy polykowe i wymiotowe.

Na 10 przypadków zatruc były 2 zejścia śmiertelne, w tem jeden chory przybył do kliniki w stanie beznadziejnym z obustronnym zapaleniem płuc. Prócz obserwacji klinicznych przeprowadził referent kilkanaście doświadczeń na psach wywołując narkozę morfiną, morfiną i eterem i veronalem a później ratując je wstrzykiwaniami od 4 — 6 cm.³ domięśniowo lub 2 — 3 cm.³ dożylnie koraminy lub stiminolu. Gdy wstrzykiwał zbyt duże dawki obu leków 8 — 10 cm.³ domięśniowo i 4 — 6 cm.³ dożylnie, otrzymywał silne drgawki u zwierząt i w końcu one padały, a na sekcji stwierdzał wylewy krwawe do mózgu.

W końcu referent przedstawił krzywe oddechów, tętna i ciśnienia krwi u psów wymóżdżonych, z których wynika, że obydwą leki pogłębiają oddech, przyspieszają czynność serca, a na ciśnienie krwi wpływają niejednakowo, a mianowicie: koramina po chwilowym spadku wywołuje niewielki wzrost ciśnienia, stiminol zaś po niewielkim spadku wywołuje gwałtowne podniesienie się ciśnienia.

Rozprawy: Kol. W a ł a w s k i J. wnioskuje z doświadczeń na zwierzętach, że środki te mają działanie różne: mogą rzeczywiście pobudzić oddech i przyprowadzić chorego do przytomności, jednak podawanie dużych dawek może wywołać zatrucie. Wstrzyknięcie dużej dawki koraminy zwiększeniu wywołuje spadek ciśnienia krwi (niekiedy o ¼ początkowej wysokości), który znika po przecięciu n. błędnego. Zjawiają się ostre drgawki toniczno-kloniczne. W zatruciu morfiną można chorego doprowadzić do przytomności wstrzykiwaniem dużych dawek koraminy, jednak możemy przez to wywołać zaburzenia w środkowym układzie nerwowym. Śmierć nastąpi nie na skutek zatrucia morfiną, lecz zatrucia koraminą. Należy przeto stosować wyższe dawki koraminy ogólnie.

Kol. L i k i e r A. stosował ogólnie wysokie dawki koraminy i stiminolu, nigdy nie podawał tak wysokich dawek (20 cm.³) zalecanych w piśmiennictwie. Sądzi, że działaniu koraminy na układ oddechowy należy przypisać następne odoskrzelowe zapalenie płuc w tego rodzaju zatruciach.

Zebranie zakończono o godz. 22.

Prezes: Ludwik P a s z k i e w i c z.

Sekretarz Doroczny: Karol C h o d k o w s k i.

Posiedzenie z dnia 7 listopada 1933 r.

Początek o godz. 20-ej punktualnie.

Obecnych członków T-wa 46.

Wprowadzonych gości — 48.

1. Protokół posiedzenia z dnia 24 października r. 1933 przyjęto.

2. Kol. P r e z e s przedstawił wykaz prac nadesłanych do Biblioteki T-wa.

3. Kol. S e k r e t a r z S t a ł y wygłosił wspomnienie pośmiertne o ś. p. Władysławie F i l i p o w i e z u.

4. Kol. L a s t m a n H. wygłasza odczyt p. t. „Badania kliniczne nad wpływem myostriatolu, lakarnolu, myofertu na układ krążenia ze szczególnem uwzględnieniem działania na ciśnienie tętnicze”.

Streszczając otrzymane wyniki, dochodzę do wniosków następujących:

1) Myostriatol, stosowany domięśniowo lub dożylnie nie wywiera zarówno u ludzi zdrowych, jak i w nadciśnieniu wyraźnego działania na ciśnienie tętnicze, rozkurczowe, skurczowe i średnie;

2) Myostriatol zwalnia czynność serca i zwiększa wskaźnik oscylometryczny;

3) Stosowany domięśniowo lub dożylnie poprawia w dusznicę bolesnej i w zarostowym zapaleniu tętnic stan podmiotowy chorych;

4) Z wpływów ubocznych wywołuje, lecz stosunkowo rzadko, w 2 — 3 minuty po zastosowaniu zaczerwienienie twarzy, szybko ustępujące.

5) Lakarnol i myofert nie wywierają żadnego działania na niemiarowość zupełną oraz na niewydolność krążenia, nie wpływają również na prawidłowe ciśnienie krwi i na wskaźnik oscylometryczny, tętno zaś zwalniają, lecz w mniejszym stopniu, niż myostriatol.

6) Najistotniejszym działaniem powyższych „hormonów” jest poprawa stanu podmiotowego chorych, która jest najtrwalsza po myostriatolu.

7) Przeciwwskazań do stosowania lakarnolu, myofertu i myostriatolu niema.

5. Kol. L a s t m a n H. wygłasza odczyt p. t. „Badania doświadczalne nad wpływem lakarnolu na układ krążenia” (streszczenie własne).

Badania doświadczalne nad wpływem lakarnolu na układ krążenia wykonane były w Zakładzie Fizjologii U. Warsz. W pierwszej grupie doświadczeń, wykonanych na psach i kotach, chodziło o zbadanie wpływu powyższego przetworu na ciśnienie tętnicze krwi. Stwierdzono, że po dożylnym wstrzykiwaniu lakarnolu, ciśnienie krwi tuż po wstrzyknięciu zleżała wzrasta, następnie zaś znacznie spada. Wstrzykiwanie dożylnie atropiny, przecięcie nerwów błędnych oraz przecięcie rdzenia nie zmienia tego działania lakarnolu. Druga grupa doświadczeń dotyczyła wpływu lakarnolu na wyśobnionie serce kota i królika. Okazało się, że dawki mniejsze wywołują wzmoczenie inotropizmu bez zmian chronotropizmu, dawki zaś duże wzmoczenie inotropizmu z upośledzonym chronotropizmem. To działanie na chronotropizm utrzymywało się pomimo równoczesnego z lakarnolem wstrzykiwania dożylnego atropiny. Stwierdzono również, że przepływ płynu odżywczego przez naczynia wieńcowe serca zwiększa się pod wpływem lakarnolu. Ze względu na rozszerzające działanie „hormonów” krążenia na naczynia, można na podstawie badań klinicznych i doświadczalnych wnioskować, że hormony krążenia są wskazane w chorobach, przebiegających ze stanami kurczowymi w naczyniach krwionośnych. Tak więc wskazaniem do ich stosowania są:

1) dusznica bolesna,

2) chromanie przerywane w początkowych okresach,

3) kurcze naczyń w następstwie zaburzeń w układzie współczulnym,

4) nadciśnienie w okresie ciągłych wahań ciśnienia tętniczego.

W rozprawach przemawiali: Kol. O r ł o w s k i W., M i c h a ł s k i i L a s t m a n.

6. Kol. A p f e l b a u m E. wygłasza odczyt p. t. „Wpływ czynników kwaszących na przemianę kwasu mlecznego” (streszczenie własne).

Z moich badań nad wpływem zakwaszenia ustroju chlorkiem amonu na przetwarzanie i spalanie kwasu mlecznego wynika, że pod wpływem przesunięcia równowagi kwasowo-zasadowej w stronę kwaśną następuje spadek poziomu kwasu mlecznego we krwi. Równoległe do obniżania się tego kwasu zużycie przez ustroj tleny wzmagają się, jednakże pomiędzy wymienionymi zjawiskami nie było żadnej ilościowej zależności.

Ze względu na to, że spadek poziomu kwasu mlecznego we krwi oraz wzmoczone chłonięcie tlenu w doświadczalnej

kwasicy zbiegają się z okresem wzmoczonej tolerancji węglowodanów, przyjmuje, że wytworzyły się korzystne warunki dla gospodarki węglowodanowej ustroju ze współdziałaniem wzmoczonych procesów chorobowych przemiany kwasu mlecznego.

Na podstawie tych badań nie mogę rozgraniczyć ilościowo stopnia wzrostu fazy restytucyjnej czyli glikogenotwórczej kwasu mlecznego od stopnia wzmoczenia jego spalania. Wobec znacznej przewagi procentowej spadku tego kwasu nad wzrostem tlenochłonności tkanek, przypuszczam, że głównie mają tu miejsce procesy przetwarzania anionu mlecznego. Wnioski te wymagają zastrzeżeń w zakresie chłonięcia przez ustroj tlenu, gdyż na wzrost procesów chorobowych składają się poza kwasem mlecznym jeszcze i inne wytwory przemiany materji. Jednakże wobec tego, że badania nad zużyciem tlenu przeprowadzałem porównawczo codzienne, zestawienie tych danych daje mi możliwość oceny przemiany tlenowej w zakwaszonym doświadczalnie ustroju.

W celu wyłączenia roli kwasu mlecznego jako tłumika kwaśnego w kwasicy, przeprowadziłem badania porównawcze pomiędzy poziomem tego kwasu we krwi a stopniem wychyleń równowagi kwasowo-zasadowej. Z badań tych wynika, że niema żadnej ściślejszej zależności pomiędzy temi zjawiskami. Często przy niskim poziomie zasobu zasad i prężności pęcherzykowej ustroj nie ograniczał wytwarzania kwasu mlecznego, chociaż byłby to moment korzystny dla celów wyrównawczych. Odwrotnie, przy wysokim zasobie węglanów t. j. w stanach, nie grożących ustrojowi niewyrównaniem kwasicy, kwas mleczny spadał we krwi znacznie. Niewspółmierność pomiędzy temi zjawiskami dowodzi, że obniżania się poziomu kwasu mlecznego w doświadczalnej kwasicy nie można jedynie ujmować z punktu widzenia jego właściwości, jako moderatora kwaśnego.

W rozprawach przemawiali: Kol. W ę g i e r k o J. K., M o d r a k o w s k i i p r e l e g e n t.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22 minut 20.

Prezes: Ludwik P a s z k i e w i e z.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: M. K r u s z ó w n a.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Genewie z dnia 11 stycznia 1934 r. (Praxis N. 4, 1934) A. d u B o i s pokazywał przypadek choroby *Vaqueza*. Przypadek dotyczył 40-letniego mężczyzny z sinicą, fioletowym zabarwieniem twarzy i rąk. W wieku 20 lat został zwolniony z wojska z powodu choroby serca: wykazywał szmer skurczowy nad zastawką dwudzielną i zastawkami półksiężycowymi tętnicy głównej; miał zimne ręce i nogi. W roku 1932 i później w roku 1933 miał przemijające porażenie mowy (*aphasia*), które trwało za każdym razem po kilka dni, następnie wszystko powracało do porządku. Te porażenia mowy były zapewne zależne od bardzo małych zakrzepów i zatorów. Wątroba powiększona. Sledziona powiększona. W moczu zwiększona zawartość urobiliny. We krwi 10.500.000 czerwonych ciałek ze 130% hemoglobiny. W tym przypadku choroby V a q u e z a, podobnie jak w dwóch innych, stwierdzono bezsok żołądkowy, który spotyka się również w niedokrewnościach złośliwych. Leczenie polegało na podawaniu fenylhydrazyny w dawce dziennej 0,1 gr. Przy podawaniu fenylhydrazyny należy zwracać uwagę, by nie nastąpiła kumulacja i nie podawać jej zbyt długo bez przerwy. Ciekawe byłoby podawanie cebuli albo czosnku w dawce pół kilograma dziennie. Poza to wskazane byłoby wielokrotne upusty krwi, a wreszcie podawanie rozczynu F o w l e r a w dawce 0,18 do 0,22 cm.³ dziennie. Wszystkie te metody dają dobre wyniki.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Genewie z dnia 15 lutego 1934 r. (Praxis N. 9, 1934) R o c h pokazywał przypadek *przepukliny przeponowej*. Przypadek dotyczył 66-letniego mężczyzny, geometry z zawodu, który miał co drugi dzień napady bólów w lewej połowie klatki piersiowej, zaburzenia w polykaniu i trawieniu. Myślano o dusznicę bolesnej lub raku żołądka. Napady występowały również poza wysiłkami, niekoniecznie w pozycji leżącej. Badanie rentgenowskie wykazało normalne pod względem wielkości i konfiguracji serce oraz prawidłowe przechodzenie pokarmów, lecz stwierdzono przytem przepuklinę przeponową żołądka. Przepuklina powstała podczas grypy, w krótkiej przebiegu choroby duzo kaszał. Przypadki podobne są rzadkie, zaś symptomatologia ich bardzo rozmaita. Wkroczenie chirurgiczne wobec podeszłego wieku pacjenta jest polaczone z ryzykiem; należy go odradzać wobec tego, że dolegliwości pacjenta nie są zbyt dokuczliwe.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

O podstawach walki społecznej z nowotworami złośliwymi.

Podał

M. PŁONSKIER (Warszawa).

kierownik Oddziału Anatomopatologicznego w Szpitalu na Czystem.

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 13).

Co każdy lekarz musi wiedzieć o nowotworach złośliwych?

Co to są nowotwory złośliwe?

Nowotworami złośliwymi nazywamy choroby, polegające na powstawaniu w różnych narządach ognisk, składających się z tkanek o nietypowej budowie i wykazujących od pierwszej chwili powstania tendencje do rozrostu i rozpadu; naskutek tych własności tkanki prawidłowe, wśród których powstają ogniska nowotworowe, zostają niszczone przez rozrastanie się nowotworu, bądź też przez to, że ulegają martwicy jednocześnie z nowotworem. Zwykle choroba rozpoczyna się od powstania jednego ogniska nowotworowego w jednym narządzie (ognisko pierwotne); później dopiero powstają ogniska nowotworowe wtórne w tym samym lub w innych narządach; wtórne ogniska mogą powstawać naskutek bezpośredniego wrastania tkanki nowotworowej do najbliższego otoczenia, bądź też w ten sposób, że od ogniska pierwotnego odrywają się drobne skupienia komórek nowotworowych, które na drodze naczyń krwionośnych i chłonnych zostają przeniesione do innych, często najbardziej odległych narządów (przerzuty); przeniesione drobne skupienia komórek nowotworowych zachowują w nowym miejscu swe własności pierwotne, t. j. tendencję do rozrostu i do rozpadu i mogą się stać znów punktem wyjścia dla dalszych ognisk nowotworowych. Najczęściej nowotwory złośliwe szerzą się wszystkimi drogami, — a więc przez wrastanie do otoczenia i jako przerzuty na drodze naczyń limfatycznych i krwionośnych.

Czy nowotwory złośliwe występują tylko u ludzi?

Nowotwory złośliwe są chorobą całego świata zwierzęcego. Zestawienia statystyczne, dotyczące częstości występowania nowotworów złośliwych u zwierząt, są niepewne, szczególnie, jeżeli idzie o zwierzęta dzikie. Częstość nowotworów złośliwych u zwierząt domowych przedstawia się w swej kolejności w sposób następujący: psy, konie, bydło rogate, koty, świnie, owce. Częste są nowotwory u kur. Sposzrzegano nowotwory u karasi, szczupaków i węgorzy. Nowotwory myszy i szczurów są najczęstszym materiałem doświadczalnym w pracowniach naukowych.

Czy nowotwory złośliwe są chorobami ogólnymi całego ustroju?

We wczesnym okresie, kiedy powstaje ognisko pierwotne, nowotwór złośliwy nie jest jeszcze chorobą ogólną, lecz tylko chorobą umiejscowioną, która w tym okresie jest uleczalna; od chwili, kiedy zaczynają powstawać wtórne ogniska nowotworowe, — choroba staje się coraz bardziej uogólniona i stopniowo coraz trudniej poddaje się le-

czeniu. Z tego względu wczesne rozpoznanie nowotworu złośliwego jest niesłychanie ważne i decyduje o dalszym przebiegu choroby. Bardzo wczesne rozpoznanie nowotworu złośliwego ratuje chorego od śmierci.

W jakich narządach powstają nowotwory złośliwe?

Nowotwory złośliwe (ogniska pierwotne) mogą powstawać we wszystkich bez wyjątku narządach. Pod tym względem istnieją dotychczas wśród lekarzy pewne uprzedzenia, oparte na tem, że istnieją narządy, w których nowotwory złośliwe powstają bardzo często (sutek, żołądek, macica i t. d.). Lekarze, stykający się z chorobami tych narządów, biorą w różniczkowaniu pod uwagę możliwość istnienia nowotworu złośliwego. Jeżeli natomiast idzie o narządy, w których nowotwory złośliwe powstają rzadziej lub bardzo rzadko (migdałki, wyrostek robaczkowy, tchawica, jajowody i t. d.), — lekarze dość często nie biorą wcale pod uwagę możliwości istnienia w tych narządach nowotworu złośliwego. Należy zawsze pamiętać o tem, że nowotwory złośliwe mogą powstawać we wszystkich narządach. Przez wzgląd na umiejscowienie nie należy nigdy odrzucać możliwości istnienia nowotworu złośliwego.

W jakim wieku występują nowotwory złośliwe?

Nowotwory złośliwe mogą powstawać u ludzi w każdym wieku. I pod tym względem istnieją wśród lekarzy pewne uprzedzenia. Nowotwory złośliwe, a przynajmniej raki są w dużej części przypadków chorobami wieku dojrzałego (nie starczego; odsetek raków u ludzi powyżej lat 70 wyraźnie się zmniejsza). Fakt ten jednakże nie zmniejsza bynajmniej możliwości istnienia nowotworów złośliwych u ludzi młodych, dzieci i noworodków. Należy zawsze pamiętać o tem, że nowotwory złośliwe mogą występować u osobników w każdym wieku. Przez wzgląd na wiek chorego nie należy nigdy odrzucać możliwości istnienia nowotworu złośliwego.

Czy nowotwory złośliwe są chorobą dziedziczną?

Możliwość bezpośredniego dziedziczenia nowotworów złośliwych nie jest udowodniona. Istnieją natomiast dane, wskazujące na to, że można odziedziczyć usposobienie do nowotworów złośliwych. Praktycznie rzecz biorąc, u ludzi, w których rodzinach bywały liczne przypadki nowotworów złośliwych, należy się bardziej liczyć z możliwością wystąpienia lub istnienia nowotworu złośliwego i brać to zawsze pod uwagę w różniczkowaniu z jakimikolwiek innymi chorobami.

Jakie są przyczyny powstawania nowotworów złośliwych?

Nie znamy przyczyn, które wywołują nowotwory złośliwe. Dzięki jednakże pracom doświadczalnym i spostrzeżeniom klinicznym lat ostatnich udało się ustalić istnienie niektórych czynników, mających znaczenie w powstawaniu nowotworów złośliwych. Są to czynniki konstytucjonalne i czynniki drażniące. Czynnikiem konstytucjonalnym jest

usposobienie do nowotworów złośliwych, które może być dziedziczne. O usposobieniu ogólnym do nowotworów złośliwych należy myśleć w tych przypadkach, kiedy w rodzinie badanego osobnika wielokrotnie występowały nowotwory złośliwe w różnych narządach; o usposobieniu narządowym, — kiedy w rodzinie badanego osobnika występowały wielokrotnie nowotwory złośliwe w jednym narządzie. Podłożem morfologicznym usposobienia do nowotworów złośliwych bywają nieraz zmiany tkankowe, które są pozostałościami zaburzeń rozwojowych, powstałych w życiu płodowym i które, jako zmiany tkankowe, mogą stać się punktem wyjścia dla nowotworów złośliwych. Zmiany tkankowe, będące nieraz podłożem morfologicznym usposobienia do nowotworów złośliwych, są niejednokrotnie dostrzegalne. Do zmian tego rodzaju można zaliczyć brodawki, polipy, znamiona barwnikowe, naczyniaki, gruczolaki, — szczególnie, jeżeli występują one w dużej liczbie u jednego osobnika. Na szczególną uwagę zasługują znamiona barwnikowe, które mogą stać się punktem wyjścia dla bardzo złośliwych nowotworów. W przypadkach, kiedy istnieje usposobienie ogólne do nowotworów złośliwych, zmiany powyższe mogą być umiejscowione w różnych narządach. Jeżeli się umiejscawiają w jednym narządzie lub przeważnie w jednym narządzie, to mogą świadczyć o usposobieniu narządowym (np. polipy jelita grubego, występujące często rodzinnie). Praktycznie rzecz biorąc, usposobienie do nowotworów złośliwych możemy stwierdzać na zasadzie szczegółowego wywiadu rodzinnego oraz na podstawie szczegółowego badania danego osobnika. O usposobieniu do nowotworów złośliwych powinniśmy myśleć: 1. przy dodatnich danych w wywiadzie rodzinnym, 2. przy dodatnich wynikach oględzin 3. przy dodatnim wywiadzie i jednoczesnym dodatnim wyniku oględzin; w tym ostatnim przypadku należy szczególnie myśleć o usposobieniu do nowotworów złośliwych. Zmiany tkankowe, które mogą być podłożem usposobienia do nowotworów złośliwych, mogą być często nieuchwytnie, niedostrzegalne. W przypadkach więc, kiedy nie możemy stwierdzić zmian tego rodzaju, nie powinniśmy całkowicie odrzucać możliwości istnienia usposobienia do nowotworów złośliwych. Tak samo nie możemy odrzucać możliwości istnienia usposobienia do nowotworów złośliwych w tych przypadkach, kiedy w rodzinie danego osobnika nie było nowotworów złośliwych.

Czynniki drażniące, które mają duże znaczenie w powstawaniu nowotworów złośliwych, są bardzo liczne i bardzo różnorodne. Wszelkie ciała, które przez czas dłuższy drażnią tkanki, mogą być współczynniki w powstawaniu nowotworów złośliwych. Mogą to być czynniki fizyczne, chemiczne, cieplne, promieniste, bakteryjne, pasorzytnicze; są one przeważnie zewnątrzpochodne, częściowo zewnątrzpochodne (kamienie żółciowe lub inne patologiczne produkty przemiany materji). Przy działaniu czynników drażniących nie jest ważny ich charakter, ani natężenie; bardzo ważna natomiast jest długotrwałość ich działania. Najbardziej niebezpieczne jest stałe, względnie stale się powtarzające przez długi czas, najsłabsze choćby działanie powyższych czynników. Okres czasu, po któ-

rym może się ujawnić działanie czynników drażniących, jest bardzo długi i wynosi u ludzi kilka lub kilkanaście lat. Najbardziej jaskrawym przykładem działania czynników zewnątrzpochodnych są t. zw. raki zawodowe, powstające np. w skórze u robotników, pracujących w fabrykach przetworów smołowych, u rentgenologów, radologów, raki płuc u górników. Przykładem działania czynników drażniących zewnątrzpochodnych mogą być raki pęcherzyka żółciowego w przypadkach kamicy żółciowej.

Czynniki drażniące najczęściej przyczyniają się do powstawania nowotworów złośliwych nie bezpośrednio, lecz tylko pośrednio, wywołując patologiczne zmiany tkankowe, które dopiero później stają się punktem wyjścia nowotworów. Do zmian tych należą przedewszystkiem bardzo długotrwałe, nieogojące się, przewlekłe stany zapalne (owrzodzenia, nadżerki, katary), a szczególnie te, w których przebiegu jednocześnie dochodzi do nadmiernego wytwarzania się tkanek (polipy, modzelowatość krtani, leukoplakje, nadmierne rogowacenie i t. d.). W każdym przypadku, w którym stwierdzamy podobne zmiany, powinniśmy się starać wykryć, przez jakie czynniki zostały one wywołane. Ma to znaczenie praktyczne, ponieważ dostatecznie wczesne usunięcie działania czynników drażniących może zapobiec tworzeniu się nowotworów złośliwych. W wielu przypadkach, w których spostrzegamy zmiany powyższe, nie udaje się wyjaśnić rodzaju czynników drażniących, ani też wogóle ustalić ich działania. Nie zmienia to postaci rzeczy, ani charakteru zmian, w których tak samo mogą powstać nowotwory złośliwe.

Jaki jest mechanizm działania czynników drażniących?

Wpływ czynników drażniących na tkanki i wynik ich działania zostały dokładnie wyjaśnione na drodze doświadczałnej na zwierzętach. Czynniki drażniące uszkadzają tkanki i wywołują martwicę większej lub mniejszej liczby komórek. Zwykle jednorazowe uszkodzenie tkanki pociąga za sobą odnowę (regenerację) z komórek otaczających, które, dzieląc się, zastępują komórki zniszczone; stale się powtarzające działanie czynników drażniących wywołuje stale się powtarzającą odnowę komórek, przyczem działanie czynnika drażniącego może nastąpić i często następuje w chwili, kiedy proces odnowy po uprzednim uszkodzeniu jeszcze się nie zakończył. W zależności od natężenia i charakteru czynnika uszkadzającego oraz w zależności od własności tkanek w miejscu zadziałania czynnika, wynik tego działania będzie różny. Nieraz może powstać ubytek w tkance, ubytek, któremu dalsze drażnienie nie pozwala się goić; przy nieznacznym jednakże pod względem ilościowym niszczeniu komórek wynik pierwotny działania czynnika drażniącego może być wcale niedostrzegalny. Po bardzo długim okresie działania drażniącego komórki, stale zmuszane do odnowy, zostają wytrącone ze swych zwykłych warunków życia, mogą stracić swe normalne własności i ulec „zwyrodnieniu” zarówno pod względem swej budowy, jak i przemiany materji; stają się one w tych przypadkach niejako nowym zupełnie rodzajem komórek, obdarzonych funkcją „złośliwości”, t. j. nadewszystko zdolnością do bar-

dzo szybkiego i nieprawidłowego rozmnażania i do rozpadu. W tych przypadkach, kiedy niszczenie komórek przez czynniki drażniące jest nieznaczne pod względem ilościowym, może po dłuższym czasie zjawić się odrazu guzek, składający się z tych nietypowych komórek, przyczem zmiany, poprzedzające jego powstanie, mogą być trudno dostrzegalne: w przypadkach, kiedy komórki bywają zniszczone na dużej przestrzeni, powstaje widoczny ubytek, w którym na brzegach lub w dnie zaczynają się zjawiać ogniska komórek nietypowych, zajmujących coraz większą przestrzeń. Mechanizm działania czynników drażniących zewnątrzpochodnych, działających w narządach wewnętrznych, jest najprawdopodobniej taki sam, jak wyżej opisany i dobrze zbadany mechanizm działania czynników zewnątrzpochodnych, działających najłatwiej na narządy zewnętrzne. W narządach wewnętrznych rolę czynników drażniących mogą grać produkty własne tych narządów, o ile w ich sposobie wydzielania lub w ich składzie zachodzą zmiany ilościowe lub jakościowe (zastój wydzieliny w pęcherzykach gruczołowych lub w przewodach gruczołowych, złogi, kamienie i t. d.). We wcześniejszych okresach działania czynników drażniących, t. j. wtedy, kiedy nie nastąpiła jeszcze zasadnicza zmiana własności komórek, usunięcie działania czynnika drażniącego może zapobiec powstaniu nowotworu złośliwego; w późnych okresach, po dłuższym działaniu czynnika drażniącego, usunięcie tego działania nie zapobiega powstaniu nowotworu, ponieważ komórki zmieniły już swój charakter i rozrastają się nietypowo już niezależnie od czynników drażniących. W okresie, poprzedzającym ostateczną zmianę własności komórek, zmuszanych stale do odnowy przez czynniki drażniące, mogą się zjawiać twory, składające się jeszcze z prawidłowych komórek, powstających w nadmiernej liczbie (polipy, modzelowatości, leukoplakje); usunięcie doszczętne tych tworów oraz usunięcie czynników drażniących, jeżeli są one uchwytne, może nieraz zapobiec powstaniu nowotworu złośliwego.

Powstanie nowotworu złośliwego bywa często wynikiem współdziałania czynników drażniących i czynników konstytucjonalnych. Jednakże niemożność stwierdzenia istnienia ani jednych, ani drugich nie wyłącza możliwości powstania lub istnienia nowotworu złośliwego.

Czy należy używać pojęcia „chorób przedrakowych”?

Nazwą chorób, wzgl. stanów przedrakowych określa się często zmiany patologiczne w tkankach, z których mogą powstać nowotwory złośliwe. Należą tu zmiany, o których była mowa, a które powstają w różnych okresach pod wpływem czynników drażniących; należałoby do nich zaliczyć i te zmiany konstytucjonalne, które bywają punk-

tem wyjścia dla nowotworów złośliwych (znamiona, i t. d.). Jednakże, jak się okazuje, nie we wszystkich, lecz tylko w części przypadków stany powyższe prowadzą do powstawania nowotworów złośliwych. Toteż używanie w pracy potocznej tego pojęcia, co do istoty którego toczy się jeszcze dyskusja, nie jest wskazane; tembardziej nie jest wskazane, ażeby przedostało się ono do świadomości szerszego ogółu. Należy poprostu pamiętać o możliwym niebezpieczeństwie, tkwiącem w stanach, o których tu mowa, i odpowiednio postępować z chorymi, przez nie zagrożonymi.

Czy jednorazowy uraz może być powodem powstania nowotworu złośliwego?

Niejednokrotnie spostrzegano, że nowotwory złośliwe powstają w miejscu jednorazowego, silniejszego urazu (uderzenie, oparzenie, ukąszenie); w pojedynczych przypadkach nowotwory powstawały po bardzo krótkim czasie (4 tygodnie) nieraz bardzo późno (po 3 latach). Wątpliwem jest bardzo, ażeby u zupełnie zdrowego człowieka uraz zdrowej okolicy ciała mógł wywołać powstanie nowotworu złośliwego; w doświadczeniach na zwierzętach nie udawało się wywołać nowotworu przez jednorazowy uraz. Należy przyjąć, że uraz może przyspieszyć bardzo znacznie rozwój już istniejącego, przedtem bardzo małego, niedostrzegalnego nowotworu, — względnie, że uraz może spowodować powstanie nowotworu u ludzi o wybitnie zaznaczonej dyspozycji nowotworowej lub wreszcie zadziałać na miejsce, uprzednio zmienione przez czynniki drażniące.

Czy nowotwory złośliwe są chorobami zaraźliwymi?

Nie mamy żadnych dowodów istnienia zarazka lub jadu nowotworów złośliwych. Nowotwory ludzkie nie dają się przenosić na zwierzęta. W doświadczeniach na zwierzętach stwierdzono, że nowotwory złośliwe można przenosić z jednego osobnika na drugiego tylko wśród osobników tego samego gatunku; nowotwór myszy nie przyjmuje się u szczura, lecz tylko u myszy. Nowotwory zwierzęce dają się przenosić tylko za pomocą materiału komórkowego (z wyjątkiem mięsaka kurzego). Teoretycznie jest to możliwe i u ludzi; praktycznie jednak możliwość ta może być nie brana w rachubę. Ażeby komórki nowotworowe przyjęły się i mogły dalej rosnąć u nowego osobnika, muszą być one w odpowiedniej ilości i w odpowiedni sposób wprowadzone głęboko do odpowiednich tkanek (tak, jak to się postępuje w doświadczeniach na zwierzętach). Przy zwykłym powierzchownym stykaniu się lekarza z chorym na nowotwór, względnie chorego z otoczeniem, niebezpieczeństwo przeniesienia komórek nowotworowych nie istnieje prawie wcale, a możliwość ich przyjęcia się u nowego osobnika może być nie brana w rachubę. (C. d. n.)

Wiadomości bieżące

— Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy. W walce z jaglicą obok akcji leczniczej i leczniczo - zapobiegawczej winna być prowadzona systematyczna i należyte zorganizowana akcja

uświadamiająco - propagandowa. Do prowadzenia tej akcji powołane są wszystkie instytucje lecznicze i leczniczo - zapobiegawcze, w pierwszym rzędzie przychodnie przeciwjaglicze, a następnie instytucje, zajmujące się szerzeniem zasad higieny, jak np. szkoły, zakłady opiekuńcze, zwią-

ki oświatowe i t. p. oraz organa sanitarne. Akcja propagandowa polega: 1) na wywieszaniu plakatów propagandowych przeciwjagliczych w poczekalniach i innych pomieszczeniach, dostępnych dla szerszej publiczności; 2) na rozdawaniu popularnych broszur i ulotek o jaglicy lub na udostępnieniu ludności zaopatrywania się w nie; 3) na urządzaniu pogadarek i odczytów o jaglicy. W tym celu z inicjatywy i przy poparciu Ministerstwa Opieki Społecznej zostały opracowane i wydane następujące pomoce propagandowe: 1) Plakat propagandowy p. t. „Jaglica” w opracowaniu Dr. M. Zacherta (wydanie Polskiego T-wa Higienicznego r. 1934. Cena za szt. 50 gr., za sto sztuk 40 zł.). Na plakacie tym w barwnych rysunkach przedstawione są warunki zakażenia się jaglicą i jej szerzenia się oraz wskazane postępowanie, chroniące przed tą chorobą. 2) Broszurka popularna p. t. „Jaglica” w opracowaniu Dr. M. Zacherta (wydanie Państwowej Szkoły Higieny r. 1930, z rysunkami w tekście. Cena 20 gr. za sztukę, za sto sztuk 12 zł.). Broszura zawiera krótkie pouczenia o istocie jaglicy i jej skutkach, o przyczynach szerzenia się i sposobach zapobiegania zakażeniu się tą chorobą, upomnienia dla chorych jagliczych oraz przepisy prawne, dotyczące zwalczania jaglicy. Z tych względów Ministerstwo Opieki Społecznej uznaje powyższą broszurę za nadającą się do rozpowszechnienia w myśl art. 4 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 333) o zwalczaniu jaglicy. Plakaty i broszury są do nabycia w Polskim T-wie Higienicznym, Warszawa, ul. Karowa 31. 3) Film p. t. „Zapobieganie jaglicy” w opracowaniu Dr. M. Zacherta i Dr. L. Rostkowskiego, składający się z 70 przezroczy na taśmie, wydany przez firmę „Ornak” w Warszawie, ul. Polna 74. Cena za taśmę 5 zł. Film ten nadaje się do ilustrowania pogadarek i odczytów popularnych o jaglicy. Zawiadamiając o powyższem, Ministerstwo Opieki Społecznej prosi Pana Wojewodę o zalecenie właściwym urzędom oraz zainteresowanym instytucjom i organizacjom, aby stałe były zaopatrzone w wymienione wyżej wydawnictwa, niezbędne do prowadzenia systematycznej akcji uświadamiającej w zakresie zwalczania jaglicy. Zaznacza się przytem, że koszty, związane z prowadzeniem akcji propagandowej przeciwjagliczej, winny być pokrywane przez właściwe instytucje i organizacje. Ministerstwo Opieki Społecznej przesyła w załączeniu egzemplarze plakatów i broszur o jaglicy z prośbą o rozesłanie po jednym egzemplarzu okazowym wszystkim zainteresowanym instytucjom (z uwzględnieniem przede wszystkim przychodni przeciwjagliczych, ambulatorjów i szpitali ocznych). Jednocześnie powiadamia się, że „oprzednie zarządzenia w sprawie propagandy przeciwjagliczej: Nr. Z. Z. 6981/26 z dnia 5 czerwca 1926 r. L. Z. Z. 9673/26 z dnia 20 października 1926 r., D. Z. Z. 5056/28 z dnia 31 sierpnia 1928 r. i D. Z. Z. 7983/30 z dnia 30 grudnia 1930 r. obecnie są nieaktualne.

Dyrektor Departamentu

(—) Dr. J. A d a m s k i

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości o następujących nagrodach i zapomogach stypendjalnych, którymi rozporządza w roku 1934-tym. 1. Fundusz z zapomogowo-stypendjalny im. Marji i Jana Giellerów. Zapomoga w wysokości zł. 2.000.— dla lekarza polaka, wyznania rzymsko-katolickiego, pracującego naukowo w szpitalach warszawskich. Zarządzający pracownią ma pierwszeństwo do zapomogi. Do podania o stypendjum dołączyć należy: a) curriculum vitae, b) zaświadczenie Dyrektora Szpitala, że kandydat pracuje naukowo, lub też zajmuje stanowisko zarządzającego pracownią w danym szpitalu. 2. Fundusz nagro-

dowy im. Dra Walentego Koczorowskiego. Nagroda konkursowa w wysokości zł. 1.200.— za najlepszą pracę złożoną w rękopisie w języku polskim, opartą na własnych samodzielnych badaniach z zakresu nauk przyrodniczych w zastosowaniu do medycyny lub higieny. Jeżeli komitet konkursowy z pomiędzy prac nadesłanych uzna dwie za równie dobre, pierwszeństwo mieć będzie praca, odznaczająca się dobrym stylem i poprawnością języka. Wymaganem jest, aby prace konkursowe były pisane na maszynie. 3. Fundusz nagrodowy im. Dra Miłojaja Rejchmana. Nagroda w wysokości zł. 450. za najlepszą pracę, niezależnie od wielkości tejże, z dziedziny gastrologii (badania i spostrzeżenia nad stanem prawidłowym i chorobowym organów trawienia, wpływ chorób organów trawienia na inne organy i soki ustroju, wpływ chorób innych organów i soków ustroju na stan organów trawienia), napisaną po polsku, nadesłaną Towarzystwu Lekarskiemu w rękopisie, lub wydrukowaną w latach 1928 — 1934. 4. Fundusz nagrodowy im. Dra Miłojaja Rejchmana dla lekarza wojska polskiego. Nagroda w wysokości zł. 450.— dla lekarza wojska polskiego, który w ciągu 5-letniego premjowego okresu (r. 1928 — 1934) okaże największą umiejętność i troskliwość w leczeniu żołnierzy opiece jego oddanych. Kandydat, odpowiadający powyższym warunkom, wybrany będzie przez Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, w porozumieniu z Departamentem Sanitarnym Ministerstwa Spraw Wojskowych. Kandydaci, ubiegający się o powyższe nagrody, powinni złożyć podanie ze szczegółowym opisem biegu życia wraz z dokumentami w Kancelarii Tow. Lek. Warsz. 5. Fundusz stypendjalny im. Pawła Sieragowskiego i żony jego Bronisławy. Stypendjum w wysokości zł. 4.000.— na pomoc naukową dla polaka, pracującego tak w kraju, jak i zagranicą, na polu biologji i medycyny doświadczalnej. 6. Fundusz stypendjalno-nagrodowy im. Dra Feliksa Sommera. Stypendjum względnie nagroda w wysokości zł. 1.500.— dla polaka, wyznania rzymsko-katolickiego, na prowadzenie badań i prac naukowych lekarskich i przyrodniczych, z pierwszeństwem dla prac o charakterze monograficznym, lub na nagrodę za przedstawioną w rękopisie lub w druku nową nienagrodzoną pracę w powyższym zakresie. Do zapomogi stypendjalnej im. Dra Pawła Sieragowskiego i żony jego Bronisławy, oraz nagrody im. Dra Feliksa Sommera dołączyć należy oprócz podania: 1. curriculum vitae, 2. bieg studjów dotychczasowych, 3. ewentualne odbitki prac dotychczasowych ogłoszonych drukiem, 4. określenie kierunku, w którym kandydat pracuje, lub ma zamiar pracować. Podania wraz z załącznikami na wszystkie konkursy składać należy na ręce Sekretarza Stałego do Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała Nr. 7) do dnia 30 czerwca r. 1934-go.

Sekretarz Stały:

(—) Prof. Dr. med. A. L e ś n i o w s k i

— KONKURS. Zwróciła się do nas fabryka chemiczno-farmaceutyczna „GEO” w Warszawie z propozycją ogłoszenia szeregu konkursów, mających na celu sprawdzenie wartości klinicznej i terapeutycznej leków produkcji krajowej. W dążeniu do zaznajomienia ogółu lekarzy z nowymi zdobyczami lecznictwa chemicznego i uznając ważność popierania własnego przemysłu chemiczno-farmaceutycznego, redakcja naszego pisma propozycję firmy „Geo” przyjęła i w porozumieniu z nią ogłasza konkurs na temat: „Anjon rodanowy (CNS) i Teobromina

w leczeniu nadciśnienia". Warunki konkursu: 1) Udział w konkursie brać mogą wszyscy lekarze, uprawnieni do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim. 2) Prace muszą być oparte na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniach, wykonanych w instytucji odpowiedzialnej (pracownia uniwersytecka, oddział szpitalny i t. p.), i uwzględniać piśmiennictwo polskie i obce. 3) Prace winny być napisane bardzo czytelnie (możliwie na maszynie), na jednej stronie arkusza z pozostawieniem marginesu i podpisane godłem. Prace należy nadsyłać do Redakcji Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego (Sienkiewicza 12) w trzech identycznych egzemplarzach najpóźniej do dnia 31 grudnia r. b. Razem z pracą należy przesłać zamkniętą kopertę, opatrzoną zewnątrz tem samym godłem, a wewnątrz zawierającą imię, nazwisko i adres autora. 4) Wyniki konkursu podane zostaną w pierwszym kwartale r. 1935 w Warsz. Czasop. Lek. Prace nagrodzone zostają własnością firmy „Geo”, która ma prawo ogłosić je drukiem. 5) Skład Sądu Konkursowego stanowią 4 członkowie Komitetu Redakcyjnego Warsz. Czasop. Lekarskiego i jeden przedstawiciel Działu Naukowego firmy „GEO” — z prawem kooptacji. 6) Za najlepsze prace przyznane będą 2 nagrody: I nagroda w wysokości zł. 450.—, II nagroda w wysokości zł. 250. 7) W razie, gdyby Sąd Konkursowy nie przyznał nagrody pierwszej żadnej z nadesłanych prac z powodu nieodpowiedniego poziomu naukowego, Sąd Konkursowy ma prawo albo ponownie ogłosić konkurs albo podzielić nagrodę na mniejsze części. Te same uprawnienia dotyczą drugiej nagrody. 8) Potrzebne do przeprowadzenia badań próby i leki wyśle Fabryka „GEO”, Warszawa, Żelazna 56, tel. 509-89.

— W lipcu 1935 r. odbędzie się w Brukseli VII Kongres Międzynarodowy Lekarski w sprawie Wypadków przy pracy i Chorób Zawodowych. Kongres będzie obradował w 3 sekcjach: 1) sekcja chirurgiczna z dwoma tematami programowymi:

„Późne następstwa urazów czaszki” oraz „Urazy ręki i palców”; 2) sekcja chorób zawodowych z tematami programowymi: „Walka z pyłem w przemyśle” i „Patologia zatruc gazami kopalnianymi”; 3) sekcja wspólna z tematami programowymi: „Objektywne objawy bólu” i „Urazy elektryczne”. Poza referatami do tych tematów dopuszczone będą krótkie referaty na inne tematy związane z leczeniem i zapobieganiem wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym. Informacyj udziela Sekretarz Generalny Kongresu: Dr. Leo Dejardin, 23 rue du Commerce, Bruxelles.

— Fundacja Tomarkin przeniosła siedzibę swoją we Włoszech do Rzymu (Roma, Via Marco Minghetti 17). VI Międzynarodowy Kurs lekarski odbędzie się w St. Moritz w czasie od 5 do 18 sierpnia r. b. Tematy główne dotyczyć będą: chorób serca, chorób dzieci, odżywiania, balneologii, chorób żołądka i kiszek i medycyny społecznej. Dopuszczone będą i tematy wolne. Przewidziane są udogodnienia, dotyczące podróży i mieszkań. Informacyj udziela: Secrétariat de la Fondation Tomarkin, Roma, via Marco Minghetti 17.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

10.IV. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

1. Mikulowski Wł. O zastosowaniu w klinice w celach rozpoznawczych wczesnego wywoływania gruźlicy doświadczalnej na śwince morskiej metodą Ninniego.
2. Chodkowski K. Wpływ dużych dawek witamin na rozwój i przebieg gruźlicy płuc u królików.

19.IV. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne.

Dr. Lipiec-Szwarcowa. Rasyzm w świetle antropologii i genetyki.

TREŚĆ: A. POTOK. O myotonji zanikowej. — E. EWENS. Nieostrzeżony czynnik w skłonności do kataru nosa. — A. DAWIDSON. Odporność i alergja w gruźlicy (Str. pogl. C. d.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. PŁOŃSKIER. O podstawach walki społecznej z nowotworami złośliwymi (C. d.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: A. POTOK. Sur la myotonie atrophique. — E. EWENS. Un facteur inaperçu dans la disposition pour le rhume. — A. DAWIDSON. Immunité et allergie dans la tuberculose (Rev. gén. suite). — M. PŁOŃSKIER Sur les bases de la lutte sociale contre les néoplasmes malins (suite).

WARUNKI PRENUMERATY:

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

SAL DIETETICUM
SINE CI Br' J' N'
nulla contrindicatio!
ARTISAL
GEO