

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 XIV

WARSZAWA, 28 STYCZNIA 1937 R.

Nr. 4

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Czy należy zwlekać z przecinaniem zrostów opłucnowych w przypadkach z wyraźnym wskazaniem?

Podał

Dr. Olgierd SOKOŁOWSKI (Zakopane).

(Na podstawie 168 zabiegów u 150 chorych, w tym 122 przepalania u 110 chorych).

Ftizjologia rozróżnia dwa zasadnicze typy przebiegu gruźlicy płucnej: z przewagą procesów włóknisto-wytwórczych z jednej strony, z drugiej zaś — procesów wysiękowo-pneumonicznych i rozpadu. Przypadki pierwszej grupy ulegają nieraz samoistnej poprawie, a nawet wyleczeniu; środki lecznicze, stosowane w tej grupie, są natury konserwatywnej: wypoczynek, klimat odpowiednio dobrany, leki objawowe, leczenie bodźcowe. Metody te najczęściej zawodzą, gdy stosuje się je w przypadkach drugiej grupy, a przynajmniej wymagają bardzo długiego stosowania, co rzadko jest możliwe i społecznie nieekonomiczne.

Jądrzem, około którego obraca się zagadnienie leczenia tej drugiej grupy, jest jama gruźlicza. Jest ona miejscem hodowli prątków i źródłem zakażenia drogą oskrzelową zdrowych części płuc. Stwierdzenie jamy powinno automatycznie pociągać za sobą postawienie jej zlikwidowania. Najbardziej owocnym środkiem jest w tym wypadku odma lecznicza, z metodami bardziej chirurgicznymi na dalszym planie (wyrwanie nerwu przeponowego, plastyka, plombacja).

Wiemy jednak, że odma nie zawsze powoduje zapadnięcie się i zarośnięcie jamy; zrosty są czasem tak ułożone i mają taką budowę, że można je przeciąć i uwolnić rozpięte na nich płuco, zawierające ziejącą jamę. Zabieg ten zapoczątkował Jacobaeus w r. 1910.

Zbyt często spotyka ftizjolog przypadki, w których odma niekompletna kontynuowana jest automatycznie według następującego schematu: „Odma skuteczna musi trwać długo, żeby zagoiło się chore miejsce, conajmniej 2 — 3 lata. W „tym“ przypadku odma trawa 3 — 4 miesiące, pacjent dalej prątkuje: nic dziwnego, odma trwa za krótko. Mija pół roku. Jama dalej ziejie i prątkuje: trzeba płuco dalej uciskać“. Tak mijają miesiące wciąż bez wyniku.

Takie kontynuowanie odmy, zabarwione obawą przed zabiegiem uzupełniającym odme, doprowadza

nieraz do sytuacji, w której możliwość wyboru staje się bardziej ograniczona; zamiast np. łatwej operacji przecięcia zrostów, musi się poddać pacjenta cięższemu zabiegowi, jak plastyka, żeby zlikwidować jamę, o co od początku chodziło, a czego nie zdołała dokonać odma. Zabieg przecięcia zrostów bywa dziś dla laików, a, niestety, i dla niektórych lekarzy straszakiem, podobnym, jak odma przed kilkunastu laty.

Pragnę wykazać, jak te „piętrzące się“ niebezpieczeństwa bywają wyolbrzymiane i urojone, i podkreślić, ile ryzyka leży właśnie w przedłużaniu okresu wyczekiwania ponad termin kilkomiesięczny.

1. Coraz częściej słyży się o znaczeniu odmy wybiórczej, o konieczności szanowania zdrowej tkanki płucnej; o zwłóknieniach, które pozostawia po sobie zbyt długie utrzymywanie jej w stanie bezpowietrznym, gdy przekrwienie bierne (żylnie) sprzyja bujaniu tkanki łącznej nawet i tam, gdzie nie jest ona bynajmniej pożądana. Następstwa bujania są szkodliwe pod kątem prawidłowego utleniania krwi w pęcherzykach płucnych, szczególnie, gdy tkanka sprężysta również częściowo zaniknie, a przekrój łączny koryta naczyń włosowatych się uszczupli.

2. Im dłużej czeka się na zapadnięcie się jamy, tym bardziej naraża się chorego na zeszywnienie jej ścian. Pobudza się siły ślepej natury, dążącej do otorbenia miejsc niezagojonych, szczególnie w przypadkach, kiedy odma nie została założona dość wcześnie.

Do wyjątków należą przypadki, w których ognisko suchotnicze przebiega bez zrostów; jest prawem biologicznym, że ognisku towarzyszą „przynależne“ mu zrosty, czy to dlatego, że ognisko daje zapalenie oboczne, czy też, jak chcą niektórzy, ognisko powstaje łatwiej w miejscu, upośledzonym przez uprzednio powstałe zrosty — to zresztą tylko sprawa genezy. Jeżeli nie zapomnimy o zrostach, które powstają bez ogniska suchotniczego, w wyniku wysiewów krwiopochodnych, zrozumiemy, że, praktycznie biorąc, muszą istnieć zrosty mniej lub więcej rozległe w każdym przypadku, wymagającym zabiegu unieruchamiającego.

Stwierdziłem, że na 515 przesłędzonych przeze mnie w tym kierunku rentgenologicznie odm istniały zrosty powrózkowate i taśmowe w 49%, płaszczynowe zaś w 59%, w dole zaś aż w 93% więcej

Charakterystyka zrostów.

lub mniej rozległe. Procent zrostów powrózkowatych jest w rzeczywistości prawdopodobnie nieco wyższy, gdyż na normalnych zdjęciach tylnoprzodnich nie bywają widzialne zrosty taśmowe, ułożone w płaszczyźnie strzałkowej.

W pewnym odsetku przypadków bywają zrosty mało rozległe lub łatwo rozciągliwe; chory wygaja wtedy sam swoją jamę. Istnieją odmy, w których zrosty potrzebują szeregu miesięcy, by się rozciągnąć i tak ułożyć, żeby jama mogła się zamknąć. Jeśli włączymy postępowanie, skracające okres prątkowania, wpływamy na zmniejszenie się odsetka przerzutów, co oczywiście, nie jest także społecznie obojętne (krótszy okres izolacji, krótsze, a więc mniej kosztowne leczenie, skrócenie okresu „nosicielstwa“ zarazka). Choćby nawet można liczyć w niektórych przypadkach na skuteczne rozciągnięcie się zrostów, np. po 5 — 6 miesiącach (rzadko), lepiej jednak przeciąć te zrosty już po 2 — 3 miesiącach trwania odmy i przyspieszyć zniknięcie prątków o kilka miesięcy, jeśli, oczywiście, zrosty nadają się do przecięcia bez ryzyka.

Uznawany powszechnie trzymiesięczny termin wyczekiwania można zredukować nieraz nawet do jedynego miesiąca. Wskaźnikowe są przypadki, w których ze względów, dyktowanych warunkami życia, trudno było czekać, a zrost nadawał się z kształtu do przecięcia. Wziernikowanie wykazało kształt, wyłączający wciągnięcie uchyłka jamy lub tkanki płucnej i brak widzialnych naczyń. Ustosunkowanie się zrostu do narządów sąsiednich wyłączało takie ryzyko powikłań, jak obsunięcie się płata, zranienie dużego naczynia i t. p. Przepalenie odbyło się gładko, bez jakichkolwiek powikłań, jama się zamknęła, prątki znikły. Obawa krwawienia z drobnych, niewidzialnych gołym okiem naczynek jest minimalna przy użyciu t. zw. czerwonego żarzenia. Jest rzeczą oczywistą, że na wczesne przecinanie decydujemy się wtedy, gdy zrost jest już dostatecznie długi, dostępny z wszystkich stron, przy czym możliwemu przecięciu przyściennego („zgotenie“) jest warunkiem niezbędnym.

Przewlekane ponad cztery miesiące może być uzasadnione tylko w wyjątkowych przypadkach; wyjątkowo bowiem tylko może się zdarzyć, by odma nieskuteczna w ciągu 4 miesięcy zmieniła się bez interwencji na skuteczną.

Hasło „*contra spem sperare*“ obraca się nieraz przeciw choremu i staje się wtedy antytezą innego: „*primum non nocere*“.

Próba unieszkodliwienia zrostów powinna być podjęta nawet wtedy, gdy zrosty nie mogą być całkowicie przecięte, tylko nadcięte. Nadcięcie nadających się do tego zrostów może wpłynąć dwojako w kierunku skuteczności odmy: 1) powoduje rozciągnięcie się pozostałych zrostów, co samo przez się może już usunąć przeszkodę do zapadnięcia się jamy; 2) o ile to rozciągnięcie się nie usunie przeszkody, może uczynić pozostałe zrosty dostępnymi dla powtórnego zabiegu — przecięcia doszczętnego.

Jeżeli przyjmujemy, że ci wszyscy chorzy, którzy doszli do przecięcia po upływie więcej, niż 3 miesięcy od założenia odmy prątkowali o n—3 miesięcy „za długo“, okaże się, że 62 osoby prątkowały o 359 miesięcy za długo, czyli, na jednego chorego wypada przeciętnie 5,9 miesięcy niepotrzebnego prątkowania. Gdyby zaś nawet przesunąć termin graniczny z 3 na 6 miesięcy,

wówczas wypadnie, że 32 osoby, operowane w 8-ym miesiącu od założenia odmy, prątkowały o 219 miesięcy za długo, co na jednego chorego stanowi przeciętnie 6,8 miesięcy. Obliczenie to zrobione jest na podstawie poniższej tablicy (tabl. Nr. 1), przy czym nie wliczono do niego 4 chorych, u których wykonano zabieg później, niż po 2,5 latach, gdyż istniały u nich okresy przejściowe bez prątków.

TABLICA Nr. I.

Od założenia odmy do dokonania zabiegu upłynęło miesięcy	Liczba osób, poddanych zabiegowi	Okres niepotrzebnego prątkowania w miesiącach	
		ogółem	na 1 chorego
1	4	—	—
2	17	—	—
3	17 38	—	—
4	19	19	1
5	8	16	2
6	3	9	3
7	5	20	4
8	4	20	5
9	5	30	6
11	2	16	8
12	4	36	9
14	4	44	11
17	2	28	14
19	1	16	16
20	2	34	17
22	1	19	19
29	2 62	52 359	26 5,9
35	2	?	?
59	2	?	?

Muszę podkreślić, że wczesne operowanie bynajmniej nie wpływa ujemnie na odsetek korzystnych wyników. W I-szym kwartale operowano 21 osób, w tym korzystnych wyników 16; w II-im kwartale 44 osoby, w tym korzystnych wyników 30; (w I-szym kwartale 76% korzystnych, w II-im 68%). Powikłania, jak np. wysięk ropny, przypadły na okres późniejszy, niż półroczny.

Za „*locus communis*“ uchodzi już dziś twierdzenie, że należy wziernikować każdą odmę, gdy zachodzi choćby najmniejsze podejrzenie istnienia zrostu, którego przecięcie może poprawić warunki odmowe. Zdjęcie, uzupełnione prześwietleniem w różnych pozycjach, skośnych i pochylonych, uwidoczni prawie zawsze albo sam zrost, albo takie odkształcenie zarysu płuca, które możnaby tłumaczyć zrostem, choćby bardzo cienkim. Praktyka wziernikowania poucza jednak, że w odsetku bynajmniej nie znikomym wykrywa ono zrosty jeszcze i tam, gdzie Roentgen wcale ich nie wykazał.

Wziernikowanie nie daje powikłań: jedynie czasami rozedmę podskórną!). Wziernikuje się bezboleśnie, w znieczuleniu miejscowym (skóra, okostna że-

1) Na 41 wziernikowań miałem tylko 2 kilkodniowe wysięki reakcyjne i tyleż przypadków 1 — 2-dniowej podgorączki. Poza tym w jednym przypadku wysięk mieszany (o słabej wirulencji); wynik prawdopodobnie przerzutu z ropnia podskórnego po zastrzyknięciu eukodału. Wyleczony konserwatywnie: wielokrotne wypuszczania i przepłukiwania rozczynek fizjologicznym. Ten sam chory zareagował, zresztą, w kilka tygodni później ropniem na zastrzyknięcie domięśniowe wyciągu śledziony.

Zrosty przeszkodą przewlekłą w wygojeniu jamy.

Wczesne usuwanie zrostów.

Znaczenia wziernikowania.

ber, opłucna); nie ma zatem powodu wstrzymać się od wzniernikowania z samej tylko obawy zaszkożenia.

Ważne przeciwwskazanie do wzniernikowania stanowi płytkość przestrzeni odmowej; powinno się ją zawsze przesondować przez igłę odmową: odległość płuca od ściany klatki piersiowej musi wynosić co najmniej 3 cm z zrozumiałych powodów, dyktowanych kształtem narzędzi. Wzniernikowanie uzupełnia dane, zdobyte roentgenem w kilku kierunkach:

1. Wykrywa zrosty, nadające się do przecięcia w przypadkach, pozornie do tego się nie nadających.

2. Wykazuje niejednokrotnie, że zrost, nadający się rentgenologicznie do przecięcia, albo do tego się nie nadaje, albo nadaje się tylko częściowo; wykrywa się przy tym krótkość jego części włóknistej, naczynia żyłne lub gruzelki, względnie drobne ogniska, które mogą być przez przecięcie uszkodzone. Dodać należy, że te zdobyte wzniernikowania rozszerzają nasz pogląd na powikłania odmy.

3. Wykrywa zrosty, idące ku przodowi (przez badanie rentgenologiczne rzadko wykrywalne), które mają znaczenie szczególne, bo przewodzą uraz oddechowy z miejsca największego jego nasilenia.

4. Wykazuje pęcherze rozedmowe lub ogniska, leżące pod samą opłucną, czyli ustala dodatkowe, często niezmiernie ważne wskazania do przecięcia.

Ad 1. Jeden z takich przypadków. F.: duża jama o osi podłużnej około 7 cm. i poprzecznej około 4 cm., zajmująca prawie cały górny płąt. Od strony śródpiersia widać pasek odmy; nazewnątrz od jamy, między nią a ścianą klatki piersiowej rozległy zrost, stwarzający pozory wrosnięcia całego płata; we wzniernikowaniu — szereg żaglowych zrostów, bardzo blisko siebie leżących. Po przecięciu części z nich pozostałe rozciągnęły się na tyle, że można było je przeciąć na następnym posiedzeniu, w trzy tygodnie po pierwszym. W wyniku obu przepałań: jama już po 4-ch tygodniach zmniejszyła się do wielkości 20-groszówki; prątkowanie ustąpiło w kilkanaście dni po drugim zabiegu. Pacjent był przeznaczony do plastyki, i tylko „na wszelki wypadek“ poddano go wzniernikowaniu. Obecnie plastyka nie wchodzi w rachubę.

Ad 3. W kilku przypadkach z jamami, uparcie zięjącymi, wzniernikowanie wykazało, że zrosty w kopule szczytu nadały się tylko do częściowego przepalenia, wykryto natomiast zrosty, idące ku przodowi ku 1. parasternalis, względnie mamillaris; zrosty te odpowiadały swym przyczepem płucnym zięjącej jamie; zniknięcie jamy i odprątkowanie, które nastąpiło wkrótce po zabiegu, należy przypisać niewątpliwie usunięciu urazu tylnoprzodniego, gdyż zrosty nadpalone w kopule nieznacznie tylko wpłynęły na powiększenie się przestrzeni odmowej (na normalnym zdjęciu tylnoprzodnim).

Ad 4. Widzi się nieraz duże zlewające się pęcherze rozedmowe tuż u nasady płucnej zrostu; nieraz widzi się zrosty „przeciwiciągające“, t. j. rozchodzące się w różnych kierunkach od takiego pęcherza rozedmowego. Obraz taki wprawia w zdumienie, dlaczego dotąd nie nastąpiło pęknięcie pęcherza rozedmowego? Przecięcie przysienne takich zrostów ratuje chorego od grożącej mu odmy samoistnej, wentylowej i t. d. Przecięcie zrostu w przypadku, gdy ciągnie on powierzchnię płuca z ogniskiem, tuż pod opłucną się znajdującym, ratuje chorego od takich powikłań, jak zakażenie opłucnej zawartością ogniska, odma wentylowa lub przetoka z ewentualnym zakażeniem mieszanym.

Omówione fakty nie mogą chyba nie zachęcić do rozszerzenia wskazań do wzniernikowania.

Zabieg przepalenia daje mało stosunkowo powikłań ze strony płuc i opłucnej. Ponieważ uraz opłucnej jest tu intensywniejszy, słuszne jest spodziewać się i większej reakcji. O ile na 40 wzniernikowanych u 2-ch tylko zjawił się skąpy, krótkotrwały wysięk, o tyle (tabl. Nr. II) na 122 zabiegi — były 23 wysięki krótkotrwałe, surowicze, bez temperatury lub z 1 — 2-dniową podgorączką, 4 dłużej trwające surowicze, 2 surowicze przeszły w ropne gruźlicze i jeden mieszanym (nie bezpośrednio po zabiegu, lecz w 7 — 8 dni później); bez wysięku natomiast 62. Razem zatem przypadki bez wysięku lub z przemijającym małym wysiękiem wynoszą 85 na 100, gdyż w 22 przypadkach wysięk istniał już przed zabiegiem. U tych ostatnich następowało przeważnie nieznaczne tylko powiększenie się, a w kilku przypadkach istniejący przedtem wysięk znikł wkrótce po zabiegu. W jednym przypadku istniejącego przed przepaleniem wysięku nastąpiło jego zropienie, ale dopiero w 4 — 5 tygodni po zabiegu, gdy powstała odma samoistna wentylowa.

TABLICA Nr. II.

	Liczba przypadków	Stosunek procentowy	
		do ogólnej liczby zabiegów	do liczby zabiegów dokonanych przy odmie suchej
Zabiegi bez wysięku pooperacyjnego	62	50,8%	62%
„ z wys. krótkotrwałym skąpym	23	18,9%	23%
„ „ sur. dłużej trwającym	4	3,3%	4%
„ „ ropnym gruźliczym . . .	2	1,6%	—
„ „ mieszanym	1	0,8%	—
„ o wyniku niewiadomym . . .	8	6,6%	—
Razem zabiegów dokonanych przy odmie „suchej“	100	82,0%	—
Zabiegi dokonane przy istniejącym przedtem wysięku	22	18,0%	—
Ogółem dokonano zabiegów (u 110 chorych)	122	100,0%	—

TABLICA Nr. III. (zachowanie się ciepłoty)

	Liczba	%
Bez temper. lub z kilkud. podg.	81	73,6
Temperatura ponad 38 (na kilka dni).	16	14,5
„ „ 38 (na dłużej).	1	0,9
Gorączka była przed zabiegiem	9	
Nie wiadomo	3	
Razem	110	

Gdy porównamy ryzyko zabiegu (1,6% ropnych gruźliczych i 0,8% mieszanym) z niedającym się ująć w cyfry ryzykiem pozostawienia zięjącej i prątkującej kawerny, wniosek jest jasny, szczególnie, gdy się ryzyko porówna z odsetkiem wyników korzystnych: na 110 operowanych (tabl. V): 84 (76,3%) wyników korzystnych mechanicznie, a z tych wszystkie, co do których miałem możność przeprowadzenia dostatecznie długiej obserwacji (w liczbie 70), dały wyniki także klinicznie korzystne. Przez wynik klinicznie korzystny

rozumiem ustanie prątkowania lub zniknięcie płwociny przy równoczesnym zniknięciu jamy; przez korzystny mechanicznie — zupełne odklejenie się płuca lub odmę wybiórczą z zupełnym zapadnięciem się jamy. Z liczby korzystnych wyłączam przypadki, w których mimo zupełnego odklejenia się płuca jama pozostała ziejąca (sztywność ścian jamy lub nacieczony miąższ). Przyczyna leży, oczywiście, nie w istocie zabiegu, lecz w charakterystyce przypadku.

Zrosty taśmowe lub powrózkowate łatwo na ogół przepalić; pewne trudności przedstawia jedynie położenie zrostu szczytowego przy małym ucisku płuca lub przyczep na *I. parasternalis* i *mamillaris*. Innego rodzaju trudność, a raczej niebezpieczeństwo przedstawia takie umiejscowienie przyczepu, kiedy już u jego nasady przebiega duże naczynie. Chodzi o to, że przecinanie grubszego zrostu w pobliżu naczynia mogłoby spowodować zakrzep przyścienny wskutek przydługiego z konieczności działania silnego gorąca. Pomijam możliwość zranienia naczynia, byłby to prymitywny błąd techniczny: nie można, oczywiście, ciąć tam, gdzie nie jest się zupełnie pewnym zasięgu żegadła i dokładnej widzialności wszystkich szczegółów, nieuszczuplonej przez widzenie w przesadnym skrócie perspektywicznym.

Zadanie komplikuje się w przypadku rozległych zrostów żaglowych lub firankowych, szczególnie wtedy, gdy odległość między przyczepem płucnym a ściennym zbliża się „do zgubienia“. W tych przypadkach może być mowa tylko o częściowym przecięciu: ważne jest wtedy, aby stosunek przeciętej części do nieprzeciętej był „architektonicznie“ uzasadniony, to znaczy, by nie pozostawić tak ułożonej części zrostu, żeby mógł on się później naderwać w nieodpowiednim miejscu, np. przy samym płucu lub samo płuco naderwać. Z drugiej jednak strony idzie także i o to, żeby przeciąć taką część i tak ułożoną, by to przecięcie usuwało napięcie płuca i zaraz oddechowy. Wobec takich zrostów musi się „strategicznie“ rozważyć *pro* i *contra* tego, czy innego stopnia przecięcia. Ryzykiem jest nieraz pozostawić niedocięte miejsce, ale większym jest ryzykiem brnąć dalej w tkance, gdy się nie wie, jak blisko znajduje się miąższ płucny. Tylko, posiadając bardzo dużą wprawę, można decydować się na nacinanie zrostu, gdy się nie zna całej jego rozciągłości, a o reszcie zrostu wnioskować tylko można z wyglądu części dla wzroku dostępnej. Dużym ułatwieniem bywa wtedy sondowanie zimnym żegadłem, ostrożne odchylenie (sonda świetlna) i t. p.

Sytuacja pozwala nieraz na przecięcie kilku powrózkowatych i nacięcia żaglowego lub grubego zrostu, najbardziej przeszkadzającego w ucisku płuca. Niekiedy jednak musi się ograniczyć do nacięcia jedynego, jako tako zdatnego do interwencji zrostu, i pozostawić gros zrostów nietknięte; bywa to przeważnie w przypadkach odm zaniedbanych.

Liczbę nacięć lub przecięć w moich przypadkach i stosunek rodzaju zabiegu do wyniku przedstawia tabela nr. IV.

TABLICA Nr. IV.

	Liczba	Wyniki mech. korz.	Wyniki klin. korz.
1. Przecięcie wszystkich zrostów	36	80,0%	63,5%
2. Przecięcie niektórych zrostów	29	82,4%	67,8%
3. Nacięcie zrostu	18	76,4%	64,7%
4. Nacięcie niektórych zrostów i przecięcie reszty	27	68,0%	61,4%

Z przytoczonej tablicy widać, że największy % wyników mechanicznie korzystnych przypada na przecięcia całkowite wszystkich lub części zrostów. Nie wymaga to tłumaczenia. Natomiast może dziwić, że różnica między wynikami korzystnymi mechanicznie, a korzystnymi klinicznie w przypadkach przecięć całkowitych (1. i 2.) jest większa, niż w przypadkach z nacięciami (3. i 4.). W sprawie % wyników korzystnych klinicznie należy powiedzieć, że uszczupla ten % pewna wstrzemięźliwość oceny, szczególnie w tych przypadkach, w których obserwacja była niedostatecznie długa.

Ułożenie płuca po przecięciu całkowitym zmienia się radykalnie: widać, że mechaniczna poprawa odmy jest nie zawsze synonimem jej skuteczności. Powtórze, wśród przypadków z przecięciami całkowitymi znajduje się więcej starych odm, które doszły do operacji stosunkowo późno: nastąpiło więc usztywnienie ścian jam, wskutek czego zamknięcie się ich każe na siebie dłużej czekać mimo zwolnienia od zrostu. Kryje się w tym jeszcze pewien odsetek tych przypadków, w których przecięcie wszystkich zrostów spowodowało, mimo dokładnego rozważenia wskazań, obsunięcie się górnego płata i zmianę niezupełnie korzystną krążenia w nim płynów. W piśmiennictwie spotyka się głosy, przestrzegające przed usuwaniem zupełnym zrostów po lewej stronie tam, gdzie szpara międzypłatowa nie jest zarośnięta. Chodzi o to, że po lewej stronie przebiega ona skośnie ku przodowi i w dół: może nastąpić ześlizgnięcie się górnego płata po skośnej powierzchni płata dolnego z przegięciem się oskrzela drenującego; powoduje to zatrzymanie się wydzieliny, a jama wtedy się powiększa¹⁾.

Zauważyłem, że i po prawej stronie przecięcie wszystkich zrostów taśmowych nie zawsze daje natychmiastowy korzystny wynik, choć nie ma tutaj ześlizgnięcia się płata; samo jednak nadmierne opadnięcie w dół przy braku odmy wybiórczej powoduje takie samo zatrzymanie się płwociny i zbyt powolne, jak na uzyskane wyniki mechaniczne, gojenie się jamy. W przypadkach takich zaleca się odpowiednie ułożenie chorego celem ułatwienia odpływu wydzieliny.

Dlatego postawiłbym pod znakiem zapytania, czy należy przecinać zawsze wszystkie nadające się do tego technicznie zrosty. Czy nie należy wyciągnąć nauki z tego faktu, że w rzadkich przypadkach, kiedy zrosty w ogóle nie powstały, odma powoduje zbyt nagłe zapadnięcie się płata, z czym związane bywa dłużej trwające utrudnienie odpluwania i gorączka. Za najszus-

Czy należy
zawsze prze-
cinać wszyst-
kie zrosty na-
dające się do
tego techn-
cznie!

1) Ciekawym przyczynkiem, wypuklającym różnicę warunków powstawania zrostów po stronie prawej i lewej, jest stosunek między liczbą operacji przeprowadzonych po stronie prawej i lewej. Na 37 (33,6%) operacji prawostronnych przypada 71 (64,5%) operacji lewostronnych. (Prócz tego w dwóch przypadkach operowałem po obu stronach). Przypuszczam, że różnica ta stoi w związku z niejednakowym ułożeniem szpar międzypłatowych: po stronie lewej płaszczyzna szpary przebiega bardziej skośnie i pochyło, co sprzyja przesuwaniu się produktów zapalnych po rowku, utworzonym przez brzegi płatów, a przebiegającym (z lewej) od góry z tyłu skośnie w dół ku przodowi. Statystyka moja (wyżej wspomnianych 515 odm) wykazuje po lewej 6,4% zrostów zewnętrzno-bocznych, po prawej zaś tylko 0,4. Częstsze powstawanie zrostów zewnętrzno-bocznych po stronie lewej daje też i częstsze wskazanie do zabiegu po tej stronie.

niejsze uważałbym postępowanie takie: po upewnieniu się, że prócz bocznych szkodliwych zrostów istnieją również położone przyśrodkowo, i to tak, że mogą nie brać udziału w urazie i nie przeszkadzają prawdopodobnie w zapadnięciu się jamy, przystąpić do przecinania tej pierwszej kategorii zrostów, a w miarę możliwości oszczędzać tę drugą kategorię, może ona bowiem być pomocna w przeciwdziałaniu obsunięcia płata. Nie można by tych zrostów było zostawić, gdyby im groziło samoistne naderwanie się, które może spowodować uszkodzenie płuca. Przy takim postępowaniu przygotować się należy na zabieg ponowny, gdyby najbliższy przebieg wykazał, że pozostawione zrosty powodują dalszą nieskuteczność odmy, lub że zachodzi niebezpieczeństwo jamy „wiszącej“.

W moich przypadkach takie pozostawienie części zrostów przyśrodkowych było prawie zawsze korzystne; wprawdzie efekt natychmiastowy był mniej jaskrawy, ale najbliższe tygodnie wykazywały szybkie zmniejszanie się jamy, ilości płwociny i znikanie prątków. W jednym przypadku musiałem zabieg powtórzyć, gdyż jama została „wisząca“, wtedy już jednak zarosła szpara międzypłatowa.

Przecięcie wszystkich górnych (zawieszających) zrostów wydaje się być szczególnie nie zawsze korzystne u osobników bardzo młodych. Na 9 przepalonych całkowitych u chorych w drugiej dekadzie życia otrzymałem 4 wyniki korzystne, a w 5-ciu brak wyniku (brak zapadnięcia się jamy), gdy tymczasem na 23 przepaleniach całkowite w trzeciej dekadzie życia 18 korzystnych i 5 bez wyniku.

Jestem daleki od tego, by różnicę wyników w drugiej i trzeciej dekadzie w przepaleniach całkowitych przypisywać wyłącznie przyczynom mechanicznym (pomimo, że u tych właśnie młodych chorych szpara międzypłatowa częściej bywała niezarośnięta). Sądzę, że większa chwiejność układu hormonalnego w okresie przejściowym i inne czynniki, decydujące o sprawności aparatu odpornościowego ustroju, odgrywają dużą rolę.

Z następującego zestawienia wyników wedle wieku widać, że nie tylko czynniki mechaniczne odgrywają rolę:

Wiek	Liczba przypadków	% wyników korzystnych klinicznie
II dekada	18	38,0
III „	64	60,3
IV „	22	76,1

Przepalania całkowite zdarzają się częściej w II dekadzie, niż we wszystkich innych. Z 36 całkowitych przepaleń 9 przypada na II dekadę wieku, co stanowi połowę wszystkich przepaleń w tej dekadzie. Reszta 28 całkowitych przepaleń przypada na 92 przepalania z innych klas wieku, czyli stanowią one dla tej grupy mniej, niż $\frac{1}{3}$. Analiza przyczyn wyników obojętnych, jak również późnych pogorszeń lub przerzutów, nie stojących w związku z operacją, rzuca dodatkowe światło na to, jak ważne jest wczesne zakładanie odmy i wczesne przystępowanie do zabiegu przepalania w przypadkach z wyraźnymi wskazaniami (wczesne zabezpieczenie przed przerzutami).

Wyników mechanicznie obojętnych miałem 19 (tabl. Nr. V). Spośród tych 19 u 13 zrosty były rozległe: z nich znaczna część nie nadawała się do przepalania. Późne pogorszenia, nie stojące w związku z zabiegiem (wystąpiły po 6-ciu miesiącach lub więcej

po operacji), stwierdziłem u 20 chorych, z tych u 8-miu postępował proces, istniejący w drugim płucu, pomimo poprawy w płucu operowanym. Zaobserwowałem, że przyczyna późnych pogorszeń, nie stojących w związku z zabiegiem, leży albo w sztywności ścian jamy (pomimo przecięcia wszystkich zrostów), albo w tym, że zrosty były zbyt rozległe, i przecięto tylko nieznaczną ich część. Na tę kategorię chorych przypada 12 z wyżej przytoczonych 20-tu.

Nie ulega wątpliwości, że odsetek wyników obojętnych i późnych pogorszeń zmniejszy się znacznie przez wczesne zakładanie odm i wczesne przystępowanie do zabiegu przepalania w przypadkach z wyraźnymi wskazaniami (wczesne zabezpieczenie przed przerzutami).

W 4 przypadkach nastąpiło pogorszenie w prawdopodobnym związku z operacją (3,6%). W 1-ym wysięk o burzliwym przebiegu, po 8-iu dniach dwoinki (*exitus* po 6-iu tygodniach); w 2-im objawy odmy wentylowej w 6 tygodni po częściowym przecięciu grubego zrostu, po czym istniejący przed zabiegiem wysięk surowiczy zropiał (*exitus* po 3 miesiącach); był to chory wyniszczony, z odmą obustronną. W 3-im przerzut drobnoguzkowy do przeciwległego płuca w kilka dni po operacji powoli się likwidował w ciągu kilku tygodni. W 4-ym objawy niedomogi mięśnia sercowego w kilkanaście dni po zabiegu, *exitus* wśród objawów szybko postępującego upadku działalności serca (wątpliwy związek z zabiegiem).

TABLICA Nr. V.

Wyniki korzystne	84	76,4%
„ obojętne	19	17,3%
Pogorszenia w związku z zabiegiem.	4	3,6%
Wynik niewiadomy (zbyt krótka obserwacja).	3	2,7%
Razem	110	100

Operowanie w odmach dwustronnych rzadko nasuwa trudności. Na 17 operowanych z odmą dwustronną — w jednym tylko przypadku zjawiała się duszność, wskutek czego przerwałem operację po przecięciu jednego z kilku nadających się do przecięcia zrostów. Po usunięciu wziernika i wyregulowaniu ciśnienia duszność ustąpiła natychmiast.

Wnio ski.

I. Stereotypowy schemat postępowania odmowego z zaniedbaniem metod, uzupełniających odmě, w szczególności — metody przepalania zrostów, jest szkodliwy:

1) Z powodu ryzyka pogorszeń i przerzutów, większego, niż ryzyko samego zabiegu. 2) Przedstawia ryzyko społeczne, gdyż przedłuża okres nosicielstwa zararka.

II. Wziernikowanie przestrzeni odmowej znakomicie uzupełnia orientację w kwestii postępowania z odmą nieskuteczną, a nie pociąga za sobą żadnych powikłań.

III. Przecinanie zrostów doszczętne lub niedoszczętne poprawia warunki odmowe często tak znacznie, że już po kilku tygodniach ustępują wszelkie objawy kliniczne, rentgenowskie i bakteriologiczne czynnego i otwartego procesu. Odsetek wyników (tabl. V) korzystnych mechanicznie i klinicznie wynosi 76,4; niebezpieczeństwo zaś powikłań (tabl. II.) jest niewspółmiernie małe: wysięk surowiczy dłużej trwający 3,3%, wysięk gruzliczy ropny 1,6%, wysięk ropny 0,8%; gorączka trwająca dłużej, niż tydzień, 0,9%. (Tabl. III.)

Omówienie pogorszeń.

Przecięcia w odmach dwustronnych.

IV. Praktyka przecięć wykazuje, że nie zawsze należy przecinać wszystkie nadające się technicznie do przecięcia zrosty; że istnieją przypadki, w których pozostawienie niektórych zrostów „obojętnych“, po przecięciu „szkodliwych“, zapobiega niekorzystnemu pooperacyjnemu ułożeniu się płatów. Pogląd ten znajduje potwierdzenie także w przypadkach odm, w których zrosty wogóle nie istniały.

V. Późne zastosowanie odmy, względnie zabiegu przepalania zmniejsza skuteczność przepalania, gdyż

rozległość zrostów utrudnia wtedy zabieg i czyni go w wyniku połowicznym.

VI. Późniejsze pogorszenia, nie stojące w związku z zabiegiem, pozostają często w przyczynowej łączności z późnym zastosowaniem odmy, względnie zabiegu przepalania, które z konieczności musi być bardzo ograniczone.

VII. Drugostronna odma nie stanowi przeciwskazania do zabiegu przepalania.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala Żydowskiego w Lublinie.

(Dyrektor: Dr H. Mandelbaum).

Przypadek nowotworu złośliwego (raka) przebiegającego pod postacią choroby układu krwiotwórczego.

Podał
Dr B. HOLCBERG (Lublin).

Prawidłowe rozpoznanie chorób układu krwiotwórczego następuje, jak wiadomo, niekiedy bardzo duże trudności. Dotyczy to zarówno schorzeń, atakujących krwinki czerwone, jak i krwinki białe.

A chociaż nauka o chorobach krwi ostatniej doby wiele światła wniosła do tej dziedziny, to jednak bardzo często napotykać trudności w interpretacji objawów chorobowych schorzeń narządu krwiotwórczego. W związku z tym pozwalamy sobie poniżej przedstawić przypadek, będący przykładem maskowania choroby krwi przez inną chorobę.

Cnory D. Sz. lat 62, rolnik, Nr. karty szpitalnej 566, przybył do oddziału dnia 29 listopada 1935 roku. Podaje, że choroba jego zaczęła się przed 6 tygodniami bólami głowy oraz bólami w prawym uchu. Po 10 dniach położył się do łóżka. Zaczął wtedy odczuwać duszność oraz zauważył zjawienie się uwypuklenia z prawej strony szyi. Duszność stopniowo wzmagana się. Po dalszych 2 tygodniach, gdy zaczął odpinąć krew, duszność złągodniała, a obwód szyi zmniejszył się. Stracił apetyt. Schudł. Nigdy przedtem nie chorował. Ma dwoje dzieci. Nie pali, nie pije.

Stan obecny: Chory bladej, wycudzony, lekki wytrzeszcz lewego oka, prawa połowa szyi jednostajnie uwypuklona. Tu, w obrębie mięśnia mostkowo-siłkowo-obojętkowego prawego wyczuwa się twardy, elastyczny guz, wielkości mandarynki, bolesny przy obmacywaniu, gładki. Dookoła zaś niego wyczuwa się powiększone gruczoły cłonkowe, nieco twarde, do wielkości dużej rasoni ocenujące. Poza tym macane są gruczoły cłonkowe w lewej okolicy szyjnej, w obu pachach, pachwinach, na trójkątach Scarpy. Na prawej stopie, na zewnętrznej kostce, widac guz twarzą, bolesny przy obmacywaniu, wielkości sliwki. Guz ten cnory ma już od wielu lat (włókniak).

W płucu prawym z tyłu wypuk skrocony od 9 zebra w dół. W miejscu tym drzenie głosowe wzmożone.

Płuco lewe wypukowo bez zmian. W miejscu skrócenia wypuku w płucu prawym wdech pęcherzykowy osłabiony, poza tym płuca osłuchowo bez zmian.

Serce bez zmian. Tętno 88, miarowe, średnio wypełnione.

Sledziona wystaje spod łuku żebrowego na 1/2 paica, o brzegu twardym.

Badanie moczu: C. g. 1032, kwaśny, białka słaby ślad, diazo niewyraźne. W osadzie 0—1 krwinek białych, 0—2 krwinek czerwonych.

Badanie krwi: HB 75%, krwinek czerwonych 3520000, wskaźnik 1.0, krwinek białych 32800 w 1 mm³ o wzorze: zasadochłonnych 1%, kwasochłonnych 54%, obojętnochłonnych 34%, limfocytów 9% i monocytów 2%.

Prześwietlenie płuc: w obu dolnych płatach płucnych, a przede wszystkim w prawym, widoczne są liczne, drobne, do wielkości fasoli dochodzące ogniska nacieczeniowe.

W czasie obserwacji przeważają stany podgorączkowe, co kilka dni gorączka przekracza 38 C.

Badanie neurologiczne: Siła mięśniowa wszędzie jednakowa. Odruchy ścięgnowe z prawej kończyny dolnej żywsze, niż z lewej. Odruchy brzuszne i jądrowe prawostronne słabsze. Babinski ujemny. Zrenice równe, jednakowo oddziałują na światło, zbieżność i przystosowanie. Dno oka bez zmian. Cnory przytomny, przygnębiony, odpowiada na pytania poprawnie. Mowa jest bardzo powolna, bezbarwna. Niektóre słowa chory powtarza po kilka razy. Czasami nie kończy rozpoczętego zdania. Gdy mu się na to zwraca uwagę, odpowiada, że zapomniał, co ma dalej mówić. Niekiedy, po zadaniu pytania, trzeba długo czekać na odpowiedź. Niekiedy rzeczy z trudem sobie przypomina. Czyta poprawnie, jednak podczas czytania nagle zaczyna fantazjować i nie czyta tego, co jest drukowane. Gdy mu się na to zwraca uwagę, powtarza dalej to samo. Szybko męczy się. Wszelka próba pisania zawodzi, gdyż wciąż rysuje łuki, koła, nakładające się na siebie tak, że wycodzi jakąś nieudolną bazgraniną, którą chory odczytuje w brzmieniu, podanym przez lekarza.

W czasie miesięcznej obserwacji dał się zauważyć ciekawy szczegół: chory najchętniej siedział w łóżku w pozycji zgięcia we wszystkich stawach, z tułowiem, mocno podanym do przodu, tak, że głowa dotykała stóp, albo też kłęczał à la vache z głową, opartą o prześcieradło. W takiej pozycji chory trwał niekiedy całymi godzinami. Czuł się wtedy lepiej, bo nie miał bólów głowy.

Początkowo chory odpluwał krew, później to krwiopłucie zupełnie ustało. W uszach specjalista nie znalazł żadnych zmian. Bóle w prawym uchu tłumaczył uciskiem guza i gruczołów chłonnych z prawej strony szyi na r. *auricularis n. vagi*. Dno oka bez zmian.

Następne badanie krwi z dnia 1.XII.1935 roku wykazało 49800 ciałek białych o wzorze: kwasochłonnych 60%, obojętnochłonnych 32%, limfocytów 6% i monocytów 2%.

Biorąc pod uwagę powyższe objawy, przypuszczaliśmy, że mamy do czynienia z ziarnicą złośliwą. Uzasadniało to rozpoznanie: przebieg choroby, która zaczęła się od obrzmienia gruczołów chłonnych z jednej strony szyi, jak to się często obserwuje w ziarnicy złośliwej, powiększenie innych gruczołów chłonnych, powiększenie śledziony, okresowa gorączka, objawy płucne, krwiopłucie i dane kliniczne, które tłumaczyliśmy sobie obecnością w płucach ognisk ziarnicy, objawy mózgowo, wywołane tą samą przyczyną, a przede wszystkim typowe objawy ze strony krwi: guza leukocytoza z ogromną eozytosią. Rzadko jednak notuje się tak wysokie liczby, jak w naszym przypadku. Znane są przypadki ziarnicy złośliwej, gdzie liczba ciałek białych sięga 200000

w 1 mm³, a liczba ciałek kwasochłonnych dochodziła do 70%. Dla potwierdzenia rozpoznania dnia 2.XII.1935 wycięto jeden gruczoł szyjny, znajdujący się w prawym kącie żuchwowym, i posłano do zbadania histologicznego do pracowni anatomo-patologicznej szpitala na Czystem w Warszawie (kierownik Dr Płoński^{*}).

Odpowiedź brzmiała: w nadesłanym wycinku przeważają tkanki, uległe martwicy rozplywnej. Ledwo widoczne w tych miejscach zarysy komórek i ich układ przemawiają raczej za sprawą nowotworową, na obwodzie widać zbitą tkankę łączną, niewielkie skupienia tkanki limfoidalnej oraz drobne ogniska różnokształtnych komórek, prawdopodobnie nowotworowych.

Badanie więc histopatologiczne wskazywało na możliwość istnienia u naszego chorego raka. Ze względu na niepewny wynik badania histologicznego, wywołany martwicą gruczołu, należałoby to badanie powtórzyć. Jednak chory nie chciał się zgodzić na powtórne wycięcie gruczołów. Ze względu na dokuczliwe bóle głowy wykonaliśmy nakłucie lędźwiowe. Pod małym ciśnieniem wyciekał jasny płyn. W nim nieznaczny ślad białka. Pandy wybitnie dodatni, 6 komórek w 1 mm. Dnia 5.XII.1935 r. leukocytoza 59800 o wzorze: kwasochłonnych 62%, obojętnochłonnych 35%, limfocytów 3%.

Wśród komórek kwasochłonnych widoczne są myelocyty i metamyelocyty. Odczyn opaskowy (Rumpel — Leede) ujemny. Stan chorego pogarsza się. Bóle głowy zwiększają się, chory nie śpi po nocach

13.XII.1935 r. leukocytoza 63000 w 1 mm³, o wzorze: kwasochłonnych 65% (myelocytów 4%, metamyelocytów 15%, pętłowatych 13%, wielopłatowych 73%), obojętnochłonnych 25%, limfocytów 8%, monocytów 2%. Wstrzyknięto choremu podskórnie 1 cm³ 1% roztworu adrenaliny. Po 15 minutach leukocytoza wyniosła 85400, o wzorze: zasadochłonnych 1%, kwasochłonnych 60% (myelocytów 7%, metamyelocytów 7%, pętłowatych 10%, wielopłatowych 76%), obojętnochłonnych 27%, limfocytów 12%. Po 30 minutach po wstrzyknięciu adrenaliny leukocytoza wyniosła 102200, o wzorze: kwasochłonnych 64% (myelocytów 4%, me-

tamyelocytów 10%, wielopłatowych 76%), obojętnochłonnych 25%, limfocytów 9%, monocytów 2%.

Odczyn Wassermann'a ujemny. Dalsza obserwacja chorego nic nowego już nie wniosła. Osłabienie ogólne wzmagają się. 29.XII.1935 r. chory zmarł. Z żrzczyzn od nas niezależnych nie mogliśmy wykonać sekcji.

Bezpośrednio po śmierci wycięliśmy gruczoł chłonny z lewej okolicy szyjnej, który posłaliśmy do zbadania histologicznego do pracowni anatomopatologicznej szpitala na Czystem w Warszawie (Dr Płoński^{*}). Odpowiedź brzmiała: W nadesłanym wycinku stwierdza się utkanie nowotworu złośliwego o charakterze raka z komórek różnokształtnych. Łącząc obraz ten z danymi klinicznymi oraz z obrazem krwi, dochodzi się do wniosku, iż był to prawdopodobnie przypadek raka z rozległymi przerzutami, między innymi z przerzutami do szpiku kostnego. W ten tylko sposób można wytłumaczyć sobie niezwykle obraz krwi.

Przypadki podobne opisał Płoński^{*} w pracy, wydrukowanej w Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim Nr. 4 1934 r., jednak tak znacznej eozynofilii nie spotykał. Naegeli podaje przypadki bardzo znacznej eozynofilii w nowotworach złośliwych i tłumaczy wysoką leukocytozę przerzutami do szpiku kostnego.

Co się tyczy punktu wyjścia nowotworu, to, sądząc z danych klinicznych, możnaby przypuszczać, iż mieliśmy tu do czynienia z pierwotnym nowotworem płuc (*Ca. bronchogenes*). Niejednokrotnie bowiem się zdarza, że w przypadkach nowotworów płuc w obrazie klinicznym na pierwszy plan wysuwają się objawy, spowodowane przez przerzuty, tym bardziej, że wczesne objawy raka płuc są często nieuchwytnie i zależą całkowicie od przypadkowego umiejscowienia nieraz bardzo małego guza i jego stosunku do dużych oskrzeli. Powiększenie śledziony w danym przypadku należałoby tłumaczyć występującą nieraz w przypadkach przerzutów do szpiku metaplastyczną szpikową w śledzionie (Płoński^{*}).

W ten oto sposób tylko dzięki badaniu histologicznemu udało się powyższy przypadek prawidłowo rozpoznać i wyjaśnić sobie poszczególne etapy w rozwoju choroby i jej objawy.

^{*}) W. Panu Doktorowi M. Płoński^{*}erowi za łaskawe badania histologiczne składamy w tym miejscu serdeczne podziękowanie.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Instytutu Anatomii Patologicznej Uniwersytetu w Brukseli (Dyrektor: Prof. Dr med. A. P. Dustin).

Trucizny jądrowe, ich wpływ na ustrój i znaczenie w patologii.

Podał

Karol CHODKOWSKI (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 3).

III. Podobieństwo zmian we wstrząsie jądrogubnym i zmian po naświetlaniu promieniami X i γ .

Po wykryciu trucizn jądrowych, a zwłaszcza po poznaniu działania trypaflawiny na grasicę, tkankę limfatyczną i nabłonek gruczołów Lieberkühna Dustin zwrócił uwagę na nadzwyczajne podobieństwo tych zmian do zmian, wywoływanych przez promienie. By nie rozszerzać ram niniejszego zestawienia, omówię tylko pokrótce ważniejsze cechy tego podobieństwa. Dotyczy ono zarówno rozmieszczenia zmian w narządach (podobieństwo topograficzne), jak i powstawania zmian w określonym czasie i kolejności (podobieństwo chronologicz-

ne); wreszcie oba czynniki (promienie i trucizny) atakują przede wszystkim jednakowe stany skupienia chromatyny (podobieństwo wybiórczości). Porównując działanie promieni i trucizn jądrowych, Dustin przekonał się, że oba czynniki powodują zmiany w tych samych narządach, przede wszystkim grasicy, gruczołach limfatycznych, kępkach Peyera, śledzionie, szpiku i wreszcie w nabłonku gruczołów Lieberkühna. Niewątpliwie istnieją także pewne różnice w działaniu promieni na niektóre narządy. Przypomnijmy sobie, że takie same różnice istnieją w działaniu poszczególnych trucizn. Zależą one przede wszystkim od rodzaju promieni, czasu naświetlania, odległości, używanych filtrów i innych czynników natury technicznej.

Jeżeli zaś porównać zmiany jednoczesowe po działaniu trucizn jądrowych i promieni, to obrazy histologiczne, zwłaszcza w grasicy, są zupełnie jednakowe. Jedynie oczyszczenie terenu przez pożeranie resztek komórkowych przebiega mniej gwałtownie u zwierząt, poddanych działaniu trucizn niż u zwierząt

naświetlanych. Dustin tłumaczy to zjawisko powolnym wydalaniem trucizn, które, pozostając dłużej w tkankach, mogą wpływać na zjawisko wtórne, jakim jest niewątpliwie fagocytoza.

Z porównania działania trucizn jądrowych i naświetlań wynika, że oba czynniki atakują te same komórki. W grasicy powodują one zagęszczenie jąder tymocytów kory, oszczędzając tymocyty warstwy rdzennej; w tkance limfatycznej w obu razach zostają porażone limfocyty ośrodków rozmnażania; wreszcie w gruczołach Lieberkühna — komórki w okresie podziału pośredniego.

Z dawnych prac było wiadomo, że komórki w okresie podziału pośredniego są szczególnie wrażliwe na naświetlanie promieniami X lub γ (prawo Pethesa). Niektórzy autorzy twierdzili, że „ta komórka jest najbardziej wrażliwa na działanie promieni, która ma przed sobą największą przyszłość kariokinetyczną” (prawo Bergonié — Triboudeau), oraz że „komórka najbardziej zróżnicowana jest najmniej wrażliwa na napromienianie” (prawo Kienböcka). Dustin uznaje za niezaprzeczalnie słuszne tylko prawo Pethesa, natomiast kwestionuje słuszność obu praw pozostałych.

Z oceny zmian wynikało, że tymocyty i limfocyty są nadzwyczaj wrażliwe na działanie trucizn jądrowych i napromienianie, a przeciw są to komórki wysoce zróżnicowane i nie mające przed sobą żadnej przyszłości kariokinetycznej. Biorąc pod uwagę stan zagęszczenia chromatyny w tymocytach i limfocytach oraz w chromozomach komórki dzielącej się, Dustin twierdzi, że istnieje jedno wspólne prawo wrażliwości komórkowej na oba czynniki: „Chromatyna jądra jest tym bardziej wrażliwa na napromienianie i trucizny jądrowe, im większy jest jej stan zagęszczenia, czy to w okresie podziału pośredniego, czy też w okresie przedpyknotycznym, np. w tymocytach i limfocytach.

Wreszcie należy także wspomnieć o podobieństwie działania małych dawek trucizn i promieni: wywołują one ledwie uchwytne wstrząsy jądrogubny, a po pewnym czasie silną falę podziału pośredniego jąder.

Z tego krótkiego porównania należy wysnuć zasadniczy wniosek, że działanie promieni i narządynie jest czymś ściśle swoistym i im tylko właściwym, i że istnieją inne czynniki o tych samych własnościach działania. W tym ujęciu promienie są tylko jedną z wielu trucizn jądrowych.

IV. Mechanizm działania trucizn jądrowych.

Niezmiernie ciekawe jest zagadnienie mechanizmu powstawania zmian z działania trucizn jądrowych. Zagadnienie to dotychczas nie zostało ostatecznie rozwiązane. Najprawdopodobniej chodzi tu o działanie pośrednie drogą zmian odczynowości surowicy krwi i soków ustroju. Jak wspominałem wyżej, Dustin, opierając się na zjawisku występowania zakwaszenia ustroju w przebiegu głodzenia, przeprowadził doświadczenia nad wpływem rozczyńców kwaśnych i zasadowych, wstrzykiwanych do jamy otrzewnej. Badaniami tymi stwierdził on, że „nagła zmiana stężenia jonów wodoru (pH) wywołuje wstrząs jądrogubny”. Wywołało to pewne zastrzeżenie ze strony innych autorów, którzy przeczą możliwości powstawania wstrząsu jądrogubnego pod wpły-

wem czynników, burzących równowagę kwasowo-zasadową. Jolly (1925) wywołał ostry zanik grasicy u szczurów wstrzykiwaniem wysokoku, który, jego zdaniem, nie powoduje zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej. Firket i Linhoff (1925) uzyskali wstrząs jądrogubny w grasicy wstrzykiwaniem do otrzewnej płynnej parafiny i oleatu żelaza, związków obojętnych niebiałkowych i niekoloidowych. Autorzy ci przypuszczają, że czynnik, powodujący zagęszczenie jąder, jest związany z procesami wstecznymi i zjawiskami odradzania się w miejscu wstrzyknięcia. Twierdzą oni, że nie należy się zbyt spieszyć z przyjęciem poglądu, że zakwaszenie powoduje zagęszczenie jąder. Wreszcie Firket (1927) twierdzi, że samo zaburzenie równowagi kwasowo-zasadowej nie wystarcza jeszcze do wywołania zagęszczenia jąder tymocytów.

Mimo tych zastrzeżeń teoria o zaburzeniu równowagi kwasowo-zasadowej i wpływie jego na powstawanie wstrząsu jądrogubnego była zbyt pociągająca, by można było ją pominąć bez ściślejszych badań. Dustin, Piton i Rocmans porównywali zachowanie się zmian histologicznych i wahań pH u zwierząt, naświetlanych promieniami rentgenowskimi. Okazało się, że podczas całego trwania wstrząsu jądrogubnego istniało zakwaszenie ustroju. Zależy ono najprawdopodobniej od rozpadu nukleoproteidów jąder pod działaniem promieni i wyzwolenia niektórych związków fosforu. Autorzy ci uważają, że nie można przypisywać alkalozie własności pobudzania podziału komórek, gdyż w czasie jej trwania nie znajdujemy postaci podziału ani w śledzionie, ani w grasicy, ani w kępkach Peyera. Tylko u niektórych zwierząt stwierdzono pojedyncze postaci podziału pośredniego, świadczące o znacznie zmniejszonej czynności podziałowej komórek. Alkalozą, być może, towarzyszy okresowi wypoczynku podziałowego, jaki zwykle następuje po wstrząsie jądrogubnym. Niektóre narządy były zupełnie niewrażliwe (jądra) lub mało wrażliwe (jelito) na wahania pH. Zarówno kwasica, jak i alkalozą, zdaniem Dustin, Piton, Rocmans są zjawiskami towarzyszącymi, a prawdopodobnie i następczymi, zmianom histologicznym.

Z dalszych prac należy wymienić badania Piton i Rocmansa, którzy określali zachowanie się zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej u świń morskich, poddanych działaniu arseniku. Stwierdzili oni, że fali podziału jąder zarówno w pierwszym, jak i drugim okresie działania arseniku (patrz wyżej) towarzyszy stale przesunięcie odczynowości surowicy krwi w kierunku zasadowym. Natomiast wstrząsowi jądrogubnemu nie zawsze towarzyszyła kwasica. Nie można jej przeto uważać za jedyny czynnik rozstrzygający o niszczeniu jąder przez zagęszczenie. Piton i Rocmans uważają, że jeszcze nie można ustalić, czy istnieje ścisły związek przyczynowy podziału jądra z alkalozą.

Wreszcie z badań Zylberszaca wynika, że kwasica gazowa, wywołana w różny sposób u myszy, szczurów i królików, zawsze powoduje wstrząs jądrogubny. Stopień zagęszczenia jąder zależał od stopnia zakwaszenia ustroju. Zylberszac sądzi, że badania jego wyjaśniają zjawisko występowania wstrząsu jądrogubnego po wstrzyknięciu wysokoku (Jolly). Związek ten zostaje bowiem rozłożony w ustroju na wodę i dwutlenek węgla, który zakwasza ustroj, powodując wstrząs. Zylberszac usuwał myszom i szczurom obie nerki. U zwierząt, które pozostawały przy życiu przez jakiś czas (myszy — 22—36 godz., szczury — 48—65 godz.),

stwierdzał zawsze wstrząs jądrogubny równoznaczny z wstrząsem po trypaflawinie, surowicy obcogatunkowej z kwasem solnym lub napromienianiu. Takie same zmiany uzyskał podwiązaniem moczwodów na poziomie miedniczek. Przypuszcza on, że zmiany te nie zależą od mocznicy (wstrzykiwanie dużych dawek mocznika myszom nie wywołuje wstrząsu), lecz raczej od zakwaszenia ustroju. Niektórzy autorzy (Blum) przypisują to zakwaszenie zatruciu kwasem solnym. Zylberszac sądzi, że ta teoria zbliża jego doświadczenie z usuwaniem obu nerek do doświadczeń Dustina z wstrzykiwaniem kwasu solnego.

Większość badań, przytoczonych wyżej, wskazuje, że istnieje jakiś związek między wstrząsem jądrogubnym i falą podziału a zaburzeniami równowagi kwasowo-zasadowej. Badania te jednak nie rozstrzygnęły ostatecznie, jaki to jest związek. Zagadnienie to jest zatem dotychczas nierozwiązane. Należy się spodziewać, że dalsze badania, przeprowadzane w tym kierunku, wyjaśnią je w mniejszym lub większym stopniu.

V. Znaczenie trucizn jądrowych w patologii.

Zjawiska wstrząsu jądrogubnego i fali podziału jąder, dotyczące tak ważnych zagadnień, jak śmierć i mnożenie się komórek, muszą same przez się posiadać duże znaczenie w biologii i patologii. Znaczenie to wzrasta tym bardziej, że większość ciał, poznanych jako trucizny jądrowe, jest dość często stosowana jako leki w różnych cierpieniach u ludzi i zwierząt.

1. Trucizny jądrowe, jako środek badania komórki i tkanki.

Poznanie działania trucizn jądrowych może mieć duże znaczenie w embriologii, cytologii i histologii doświadczalnej. Trucizny te, zastosowane w małym stężeniu na komórkę wyosobnioną, pozwalają wydzielić pewnej czynności i poznać bliżej takie zjawiska, jak zapłodnienie jaja, podział pośredni jąder i t. p. Dla przykładu przytoczę, że Hertwig używał trypaflawiny zamiast napromieniań w embriologii doświadczalnej, Dalcq — jako trucizny plemników (spermatozojdy), Politzer stosował auraminę w badaniach nad podziałem komórek naskórka larwy *urodeles*. Albertini stosował trucizny (jądrowe) napromienianie, przetwory arsenu i inn. w badaniach nad ośrodkami rozmnażania Fleminga w tkance limfatycznej. Wreszcie badano również wpływ niektórych trucizn na tkanki, hodowane *in vitro* (Ludford).

Należy tu podkreślić raz jeszcze ważność poznania własności kolchicyny jako odczynnika do określania stanu przygotowania i zdolności komórek do podziału pośredniego. Stanu tego zwykle badanie histologiczne jeszcze wykryć nie może.

Nie bez znaczenia jest również szczególne powinowactwo pewnych jadów do niektórych tkanek i różna wrażliwość tych tkanek na działanie jednej i tej samej trucizny. Trypaflawina niszczy bardzo szybko dzielące się komórki nabłonka gruczołów Lieberkühna, oszczędza zaś także komórki w gruczołach płciowych (jądra); niszczy ona olbrzymią większość tymocytów kory, oszczędza tymocyty warstwy rdzennej grasicy; wreszcie na ośrodki rozmnażania w tkance limfatycznej działa o wiele słabiej, niż na grasicę. Arsenik natomiast jest trucizną wybiórczą tkanki limfatycznej.

Zastosowanie trucizn jądrowych pozwala wyraźnie chwycić pewne różnice, między komórkami morfo-

logicznie bardzo podobnymi, np. tymocytem i limfocytom. Różnic tych obraz histologiczny w warunkach zwykłych nie ujawnia. Odmienne zachowanie się tymocytów i limfocytów w stosunku do działania niektórych trucizn stanowi, zdaniem Dustina, jeszcze jeden dowód, że są to komórki zupełnie różne pochodzeniem i czynnością.

Wynika z tego, że trucizny jądrowe, zwłaszcza niektóre, np. trypaflawina, kakodylaty, kolchicyna, mogą stanowić jeden z potężnych środków badań nad komórką i tkankami.

2. Trucizny jądrowe a czynniki regulujące podział komórek.

Oddawna przyjęto, że zjawisko zagęszczenia chromatyny (*pycnosis* t.zw. „Tingible Körper“ Fleminga) jest tylko przypadkowym objawem zwyrodnienia jądra komórki. Dustin stwierdził w badaniach nad truciznami jądrowymi, że fala zagęszczenia poprzedza falę podziału jąder, a po każdej fali podziału zjawia się nowa fala zagęszczenia jąder. Krzywe tych fal zawsze miały kierunek przeciwny. Z ich zachowania się Dustin wynioskował, że zjawisko zagęszczenia jąder nie jest bynajmniej przypadkowym objawem zwyrodnienia, lecz posiada on duże znaczenie ogólne fizjologiczne. Istnieje bowiem ścisły związek pomiędzy falą zagęszczenia jądra a falą podziału komórek: zagęszczenie może przygotowywać komórki do podziału lub ograniczać nadmierny wynik mnożenia się komórek.

W tym ujęciu zagęszczenie jąder (*pycnosis*) jest tylko jednym z czynników, ograniczających nadmierne mnożenie się komórek. Spostrzeżenia niektórych autorów potwierdzają ten pogląd (Max Ernst znajdował zagęszczenie jąder komórek u wszystkich zarodków w różnych narządach i tkankach).

Badania nad truciznami jądrowymi pozwoliły wykryć i drugi czynnik, posiadający to samo działanie. Wstrzykując białko obce zwierzętom w pewnych odstępach czasu, Dustin przekonał się, że fala podziału po każdym wstrzyknięciu staje się coraz słabsza.

Wreszcie po 9—10 wstrzyknięciach zwierzęta przestają oddziaływać falą podziału jąder. Można by przypuszczać, że zdolność podziałowa komórek wyczerpała się. Tymczasem wystarczy wstrzyknąć inne ciało białkowe, aby wywołać nową falę podziału. Komórki zatem jakby uodporniły się przeciwko czynnikowi, pobudzającemu podział (zjawisko „*cinéphyllaxie*“). Zjawisko to występuje tylko w odniesieniu do trucizn jądrowych pochodzenia białkowego.

Dustin przypuszcza, że odporność komórek nowotworowych na działanie promieni Rentgena i radu należy do zjawisk podobnych.

Zjawisko zagęszczenia jąder i zjawisko jakby uodpornienia się komórek przeciw czynnikiem białkowym, pobudzającym podział, stanowią dwa czynniki, regulujące nieograniczone mnożenie się komórek, a tym samym nieograniczony rozrost i przerost narządów i tkanek (Dustin).

Mają one jeden cel, mimo że sposób działania ich jest różny: pierwszy czynnik doprowadza przez zagęszczenie chromatyny do zniszczenia jądra i śmierci komórki, drugi — czyni komórki niewrażliwymi na powtarza-

jące się bodźce pochodzenia białkowego, i chroni je przed nieograniczonym podziałem.

Poznanie tych czynników może się przyczynić w pewnym stopniu do rozwiązania niektórych zagadnień z dziedziny nowotworów.

3. Trucizny jądrowe a przemiana nukleoproteidów.

W myśl teorii *Dustina* i *Jollyego* grasica i tkanka limfatyczna stanowią ośrodek, regulujący syntezę i przemianę nukleoproteidów. Badania nad wpływem trucizn jądrowych na te narządy potwierdziły tę teorię w całej rozciągłości. Okazało się także, że w pewnych warunkach i inne narządy mogą brać żywy udział w tej przemianie: należy tu jelito dzięki wydalaniu ciał kulistych (*sphérules*), zawierających kwas tymonukleinowy. Trzeba jeszcze dodać, że według nowszych poglądów nie chodzi tu tylko o przemianę nukleoproteidów, lecz prawdopodobnie także o wydzielanie ciał o charakterze hormonów i zacyznow.

4. Trucizny jądrowe a działanie środków leczniczych.

Poznanie wstrząsu jądrogubnego rzuca dużo światła na sposób działania niektórych leków na drobnoustroje i pasożyty. Według teorii *Ehrlicha* działanie to jest bezpośrednie, tymczasem szereg doświadczeń z działaniem leków *in vitro* przeczy tej teorii. Przytoczę tu za *Dustina* em doświadczenie *Levaditego*: trypanozomy w roztworze atoksylu *in vitro* zachowują swą żywotność i ruchliwość; jeżeli jednak dodać trochę miazgi wątrobowej, t. j. komórek żywych — trypanozomy zostają zabite. Wynika z tego, że działanie to jest pośrednie. Niewątpliwie zatem muszą zajść jakieś zmiany ze środkiem leczniczym, aby mógł on zadziałać na czynnik chorobotwórczy pasożytniczy w tak małym stężeniu, w jakim znajduje się po rozproszaniu w ustroju żywym. Prawdopodobnie zachodzi jakiś odczyn między środkiem leczniczym, komórkami ustroju i pasożytem.

Z drugiej strony wiadomo, że środki lecznicze nie działają zaraz bezpośrednio po wprowadzeniu do ustroju. Zawsze upływa pewien okres czasu większy, niż czas niezbędny do rozproszania leków w ustroju. *Dustin*, *Zylberszac* i *de Laet* przypuszczają, że czas ten jest równoznaczny z czasem potrzebnym do wywołania wstrząsu jądrogubnego i wyzwolenia ciał białkowych, zawartych w jądrach (nukleoproteidy). Dopiero po połączeniu środka leczniczego z białkami powstaje nowe ciało czynne, zabijające drobnoustroje i pasożyty (toksyalbuminy innych autorów).

Niewątpliwie przeto zjawisko wstrząsu jądrogubnego, wyzwalające dużo ciał białkowych, a być może, inne ciała o charakterze hormonalnym lub zacyznowym, musi być brane pod uwagę przez wszystkich, którzy chcą wyjaśnić działanie środków chemicznych, stosowanych nie tylko w leczeniu chorób z zakażenia drobnoustrojami lub pasożytami, lecz także w nowotworach.

5. Trucizny jądrowe a niektóre zatrucia.

Niektóre z leków, poznanych obecnie jako trucizny jądrowe, dają wcale nierzadko niepożądane objawy działania ubocznego, a nawet powodują śmierć chorych po wstrzyknięciu już niewielkich dawek. Dla tego też, zdaniem niektórych autorów (*De Laet*), poznanie zjawiska wstrząsu jądrogubnego może rzucić pewne światło na przyczynę śmierci po wstrzyknięciu małych dawek takich leków, jak *salvarsan*, *neosalvarsan* i inne. Może ono w pewnej mierze przyczynić się do wyjaśnienia zgo-

nu po uśpieniu chloroformem. Przytoczę tu przypadek zespołu *Ombredana* (gorączka z błądzością u osesków po zabiegu operacyjnym). *Bastenie* stwierdził w jednym przypadku tego zespołu (osesek, poddany zabiegowi z powodu stulejki w uśpieniu chloroformowym) wstrząs jądrogubny w grasicy i śledzionie obok zwyrodnienia śluzowatego neurogleju i niewielkiego uszkodzenia tarczycy (przekrwienie, złuszczenie komórek nabłonka pęcherzyków, znikanie koloidu). Trudno jest przesądzać związek przyczynowy pomiędzy wymienionymi zmianami patologicznymi. Można jednak przypuszczać, że zasadniczą zmianą był wstrząs jądrogubny, wywołany działaniem chloroformu.

Zjawisko wstrząsu jądrogubnego u ludzi i jego znaczenie w patologii nie jest jeszcze dokładnie poznane. Przypadek *Basteniego* jest pierwszą próbą wyjaśnienia niektórych zespołów z uwzględnieniem tego zjawiska. Tylko liczne spostrzeżenia mogą przyczynić się do poznania jego znaczenia nie tylko w patologii zespołu *Ombredana*, lecz i w niektórych innych cierpieniach u ludzi.

Należy tu dodać, że badania nad truciznami jądrowymi i wstrząsem jądrogubnym zapoczątkowały nowy dział nauki o truciznach, a mianowicie naukę o truciznach komórki (cytotoksykologia).

6. Trucizny jądrowe a układ siateczkowo-śródbłonkowy.

Pomiędzy środkami, używanymi do wywołania t. zw. blokady u. s. ś. znajdują się trucizny jądrowe o wyjątkowo silnym działaniu. Zwłaszcza na uwagę zasługuje tu błękit trypanu i błękit pyrrolu. Ciała te, stosowane w dawkach niewiele większych, niż do wywołania blokady, powodują silny wstrząs jądrogubny; małe dawki po przejściowej lekkiej fali zageszczenia jąder dają bardzo silną falę podziału komórek. Duże dawki niektórych barwników mogą na długi czas zahamować podział komórek.

Dustin uważa, że wysnuwanie wniosków z blokady w warunkach tak wielkich zaburzeń ustroju jest zupełnie nieuzasadnione. Wyniki badań zależą nie od blokady, lecz od wstrząsu jądrogubnego i wyzwolenia ciał białkowych (nukleoproteidów).

Spośród wszystkich środków, używanych do wywołania blokady u. s. ś. jedynie chlorofil nie powoduje wstrząsu jądrogubnego, może się zatem doskonale nadawać do badań nad tym układem.

Za poglądem *Dustina* przemawiają również spostrzeżenia *Ickowicza*, który badał wpływ jądrowości arsylenu na szczurach z blokadą u. s. ś. Tusz, użyty do blokady wstrzyknięty dożylnie, powoduje wstrząs jądrogubny, który osiąga największe natężenie w 24 godziny. Po 48 godzinach narządy (grasica) są już oczyszczone ze szczątków jądrowych.

Arsylen, wstrzyknięty w okresie największego natężenia wstrząsu, działał bardziej jadowniczo, niż wprowadzony po ukończeniu wstrząsu (48 godzin po wstrzyknięciu tuszu). *Ickowicz* uważa, w myśl poglądu *Dustina*, że zmniejszenie jądrowości arsylenu zależało od wyzwolenia nukleoproteidów (48 godz. po wstrzyknięciu tuszu nukleoproteidy są zupełnie uwolnione z narządów, dotkniętych wstrząsem, mogą przeto działać obronnie), było zatem następstwem wstrząsu jądrogubnego, a nie blokady u. s. ś.

Trzeba niewątpliwie poddać pewnej rewizji wyniki badań z blokadą u. s. ś. z uwzględnieniem zjawiska jądrogubnego.

7. Trucizny jądrowe a działanie promieni Roentgena i radu *).

Podobieństwo działania napromieniowań i trucizn jądrowych na niektóre narządy i tkanki oraz wnioski, wypływające z tego, omówiłem wyżej. Tu przypominam tylko, że histologiczny wynik działania promieni Roentgena i radu nie jest czymś swoistym dla promieni, lecz jest właściwy również truciznom jądrowym.

8. Trucizny jądrowe a leczenie nowotworów.

Fakty istnienia trucizn, atakujących komórki w podziale pośrednim, oraz istnienie różnej wrażliwości komórek i tkanek na ich działanie są bardzo ważne dla zagadnienia leczenia nowotworów środkami chemicznymi. Pozwalają one bowiem przypuszczać, że ten sposób leczenia jest możliwy teoretycznie. Nic też dziwnego, że przeprowadzono badanie i w tym kierunku nie tylko u zwierząt, lecz i u ludzi. Nie uzyskano jednak dotychczas wyników pomyślnych. Trypaflawina, zalecana w leczeniu nowotworów u ludzi, zupełnie nie działała na dzielące się komórki raka gruczołowatego (mysiego), wszczepionego myszom, mimo że wstrząs jądrogubny u nich przebiegał tak samo, jak u myszy kontrolnych (Dustin). Przeszczepy tego raka od myszy, poddanych działaniu trypaflawiny, zachowały swą złośliwość. Podobne wyniki dały badania nad wpływem tego barwnika na mięsak Crockera (Dustin i Gregoire). Błękit izaminy stosowany przez Dustina w przypadkach raka kolczystokomórkowego szyi macicy i języka, nie wywarł żadnego wpływu leczniczego na te nowotwory.

Po poznaniu własności przetworów arsenowych przekonano się, że kakodylat sodu pobudza podział komórek mięsaka Crockera, wszczepionego myszom (Dustin i Gregoire). Podobne, lecz znacznie silniejsze działanie wywiera kolchicyna (Dustin) na komórki mięsaka Crockera, raka gruczołowatego myszy tłuszczako-mięsaka świnki morskiej, a nawet raka posmołowego myszy.

Znając wrażliwość komórki w okresie podziału pośredniego na napromienianie, możnaby przypuszczać, iż zjawisko pobudzania komórek nowotworowych do podziału da się wyzyskać dla leczenia nowotworów złośliwych promieniami rentgenowskimi lub radowymi. Dotychczasowe, zresztą nieliczne, spostrzeżenia mogłyby w pewnej mierze potwierdzać to przypuszczenie. Amoros i Hayes zauważyli, że napromienianie nowotworów złośliwych u ludzi ze skazą moczanową, leczonych kolchicyną, dawało lepszy wynik leczniczy, niż u innych osób. Zauważono również dodatni wpływ leczniczy kolchicyny na nowotwory złośliwe u psów (Amoros) lub nowotwory, wszczepione myszom (Amoros i Findlay). Jednak Ludfordowi nie udało się uzyskać zatrzymania wzrostu nowotworów, wszczepionych myszom, pod działaniem kolchicyny (objawy zatrucia). Dalsze badania, być może wyjaśnią, czy i jakie zastosowanie kolchicyna znajdzie w leczeniu nowotworów u ludzi.

*) Czytelnik, interesujący się wpływem promieni na powstawanie fali zagęszczenia jąder i podziału komórek w nowotworach złośliwych, znajdzie omówienie tego zagadnienia w pracach Dustina, ogłoszonych w: Bruxelles — Medicales 33, 1927; Cancer 4, 1927; Bull. de l'Academie Roy. de Méd. de Belgique juin 1929; Cancer 3, 1929; Arch. Intern. Méd. Exp. 5, 1929.

W chwili obecnej trucizny jądrowe nie dały jeszcze wyników pomyślnych w leczeniu nowotworów złośliwych doświadczalnych i nowotworów złośliwych u ludzi. Dustin sądzi, że między licznymi środkami, dotychczas jeszcze niewypróbowanymi, znajdzie się, być może, taka trucizna jądrowa, która sprawi dużą niespodziankę w tej dziedzinie.

9. Trucizny jądrowe w innych dziedzinach patologii.

Zjawisko wstrząsu jądrogubnego przebiega w narządach, które niewątpliwie posiadają duże znaczenie w wytwarzaniu ciał obronnych. Wstrząs ten może być wywołany przez jady drobnoustrojowe. Posiada on przeto pewne znaczenie w zjawiskach odpornościowych i serologicznych. Dotychczas niewiadomo, jaki jest związek między wstrząsem jądrogubnym a tymi zjawiskami. Zauważę tylko, że niektórzy autorzy uważają go za pierwszy odczyn obronny ustroju na zadziałanie czynnika jadrowego (Ickowicz).

VI. Zakończenie.

W takim krótkim zestawieniu nie można omówić wszelkich zagadnień, łączących się z truciznami jądrowymi i wstrząsem jądrogubnym, w sposób obszerny i wyczerpujący, tym bardziej, iż starałem się przedstawić całością zagadnienia możliwie krótko i jasno. Ująłem je przede wszystkim w świetle poglądów Dustina i jego szkoły. Prace Dustina, jako autora, który wykrył zjawisko wstrząsu jądrogubnego, muszą stanowić z natury rzeczy podstawowe źródła piśmiennicze dla każdego, kto się tym zjawiskiem zainteresuje. Tam też Czytelnik znajdzie wszelkie szczegóły, dotyczące omawianego zagadnienia (metodyka, dawkowanie i t. p.).

Zjawisko wstrząsu jądrogubnego jest mało znane poza Belgią, Francją i Szwajcarią. Dlatego też prace z innych pracowni i zakładów naukowych są jeszcze nieliczne. Prawie wszystkie uwzględniłem w niniejszym zestawieniu poglądowym. Prace krytyczne dotyczą przede wszystkim mechanizmu działania trucizn jądrowych (Jolly, Firket i Linhof, Firket). Trzeba zaznaczyć, że nie uszczuplają one znaczenia poznania zjawiska wstrząsu jądrogubnego. Jako odpowiedź na największy zarzut: różnorodność i mnogość trucizn jądrowych—przytoczę wyjątek z pracy *) Dustina, będący zarazem dowodem, jak wielkie znaczenie przypisuje on poznaniu zjawiska wstrząsu jądrogubnego:

„Les chocs caryoclasiques réalisés par des agents et des substances diverses, pourront, sans doute, dans un avenir plus ou moins rapproché être attribués à un mécanisme physico-chimique unique. Certains critiques ont voulu voir dans la diversité des agents classiques, une raison de n'attribuer qu'une faible importance au phénomène“.

„Nous leur repondrons que la même objection pourrait être faite pour les réactions inflammatoires (a nawet w stosunku do nowotworów — przypisek autora) et nous pensons au contraire que par leur fréquence, leur importance, leur retentissement profond sur l'organisme tout entier, les phénomènes caryoclasiques doivent prendre place à côté des grands processus généraux de la pathologie: de l'inflammation, des réactions réticuloendothéliales, des processus néoplasiques etc.“

*) L'apport de la pathologie expérimentale à la connaissance des mécanismes cytorégulateurs. Madrid-Blass, S. A. Tipografica — 1933, str. 203, 20.

ŹRÓDŁA PIŚMIENNICZE.

Albertini — Beitr. pathol. Anat. 89, 1932. Albertini, Gasser u. Wakrmann — Folia Haemat. 54, 1936. Amoroso — Nature 135, 1935. Bastenie — Arch. Intern. Méd. Expér. 7, 1932. Baumann — Acta Radiol. Stockholm 2, 1930. Blum — C. R. Soc. Biol. 93, 1925. Bykowa — Virchows Archiv 265, 1927. De Laet—Bruxelles-Médical 34, 1932. De Walsche — Arch. de Biol. 42, 1931. Dustin C. R. Soc. Biol. 85, 1921; 87, 1922; 91, 1924; 92, 1925; 93, 1925; 103, 1930; 107, 1931; 108, 1931; C. R. Ass. Anat. Turin 1925, Nancy 1932, Bruxelles-Médical aout 1925 37, 1033. Strassburg—Médical 1, 1927. Cancer 4, 1927. Arch. Intern. Méd. Expér. 3, 1927. Bull. Acad. Roy. Méd. Belg. 25.I.1930; 14.VII.1934. Revue médicale de l'est. Nancy 1—15.I.1929. Arch. d'anat. microscop. 25, 1929. Arch. Zool. exper. et gener. 75, 1933. L'apport de la pathol. expérimentale à la connaissance des mécanismes cytotégulateurs, Madrid 1933. Journ. des sciences méd. de Lille 49, 1934. Loewenhock—Vereeniging Amsterdam, juin 1935. Arch. portug. des sciences biol. 5, 1936. Dustin et Chapeauville—C. R. Soc. Biol. 87, 1922. Dustin et Piton—

Bull. Acad. Roy. Méd. Belg. 23.II-1924. Dustin, Piton et Rocmans — C. R. Soc. Biol. 107, 1931. Dustin et Zylberszac — C. R. Soc. Biol. 108, 1931. Dustin et Zylberszac — C. R. Assoc. Anat. Lisbonne 1933. Dustin et Leroy — Bull. Acad. Roy. Méd. Belg. 29.II, 1931. Dustin et Gregoire — Bull. Acad. Roy. Méd. Belg. 16.XII.1933. Ernst M. Z. Anat. u. Entwickl. 79, 1926. Firket et Linhof — C. R. Soc. Biol. 92, 1925. Firket — C. R. Soc. Biol. 97, 1927. Gregoire et Lison — C. R. Soc. Biol. 117, 1934. Hertwig — Anat. Anz. 58, 1924. Jolly — C. R. Soc. Biol. 93, 1925. Ickowicz — Ann. anat. pathol. 12, 1935. Ickowicz — C. R. Soc. Biol. 119, 1935. Ickowicz — C. R. Ass. Anat. 1935. Ickowicz — Arch. Intern. Méd. Expér. 10, 1935. Lits — C. R. Soc. Biol. 115, 1934; 118, 1934. Ludford — Arch. exper. Zellforsch. 18, 1936. Mayer — Arch. Intern. Méd. Expér. 5, 1929. Piton et Rocmans — Arch. Intern. Méd. Exp. 5, 1929. Rocmans — C. R. Doc. Biol. 103, 1930. Wätjen — Centr. Pathol. 33, 1922. Wätjen — Virch. Arch. 256, 1925. Van Heerswynghels — Arch. Intern. Méd. Expér. 9, 1935. Zylberszac — C. R. Soc. Biol. 107, 1931; 108, 1931; 111, 1933; 114, 1933; 115, 1933.

Oceny książek.

„Luffahrt-medizinische Abhandlungen”. (Tom I, zeszyt 12. Leipzig, G. Thieme. Wydawnictwo Stowarzyszenia wykładowców medycyny lotniczej — pod redakcją: Werner Knothe, Artur Pickhan i G. A. Weltz).

Jest to zbiór krótkich szkiców i rozpraw naukowych z dziedziny medycyny lotniczej, przeznaczonych do użytku zarówno wykładowców, jak i słuchaczy. Ze słowa wstępnego Wernera Jansena dowiadujemy się, że już od dłuższego czasu studenci wyższych szkół w Niemczech mieli możliwość słuchania zleconych wykładów o istocie i rozwoju medycyny lotniczej — na podstawie odnośnego rozporządzenia Ministra Oświaty Rzeszy. Dopiero jednak gdy „więzy Wersalskiego dyktatu opadły również z niemieckiego lotnictwa”, koła lekarzy, zatrudnionych w broni lotniczej, ogromnie wzrosły, a zatem i potrzeba ich specjalnego wykształcenia zaznaczyła się jeszcze wyraźniej. Stąd powstała idea — jak piszą o tym w swej przedmowie redaktorzy wydawnictwa — utrwalenia w druku cennego materiału, stanowiącego treść licznych wykładów, prowadzonych dla studentów i lekarzy z zakresu medycyny lotniczej. Myśl, dodajmy od siebie, zupełnie słuszna i ułatwiająca w dużym stopniu przekazywanie wiedzy lotniczo-lekarskiej szerokim rzeszom zainteresowanych w jej zdobyciu. Zwłaszcza w dziedzinie medycyny lotniczej, której początki rozwoju sięgają zaledwie 25 lat wstecz, i która jest jeszcze wciąż w okresie szybkiego rozrastania się wszcz i w głąb, systematyczne zbieranie i grupowanie już zdobytego materiału naukowego jest wprost koniecznością, jeśli chodzi o cele dydaktyczne. Prace bowiem doświadczalne i różne przyczynki, dotyczące zagadnień obszernego już dziś działu medycyny lotniczej, są zbyt rozproszone w piśmiennictwie światowym, by z nich łatwo było korzystać przy opracowywaniu wykładów. Dlatego też pomysł zapoczątkowania tego rodzaju wydawnictwa, obliczonego, jak widać, na dalszą metę, należy powitać z całym uznaniem. A teraz przyjrzyjmy się pokrótce zawartej w tym I-ym tomie treści. Składa się na nią 19 odrębnych opracowań różnych autorów, omawiających bardzo treściwie poszczególne działy lub zagadnienia z zakresu medycyny lotniczej. Ponieważ cały zeszyt zawiera tylko 140 stron, na każdą zatem rozprawkę przypada bardzo niewiele miejsca, co zmusza poniekąd autorów do utrzymania się w ramach możliwie zwartego traktowania przedmiotu. Z góry trzeba powiedzieć, że nie wyszło to na złe książki, mającej na celu specjalne zadanie — przedstawienia w krótkim zarysie tego, co już zostało osiągnięte czy ustalone na polu wiedzy lotniczo-lekarskiej. Oto pobieżny przegląd zawartych w książce artykułów, ułożonych w pewnej kolejności, odpowiadającej stopniowemu rozrastaniu się lotnictwa i związanych z nim zagadnień z dziedziny medycyny i hi-

gieny. Mamy tu więc: 1) Prof. Dr W. Schnell z Halle daje: „Pojęcia ogólne o postawieniu i rozbudowie wykładów lotniczo-lekarskich”, zakreślając przede wszystkim ramy medycyny lotniczej, która powinna obejmować — z jednej strony problemy fizjologiczne przystosowywania się ustroju do zmienionych warunków życia podczas lotu, z drugiej zaś — zagadnienia z dziedziny higieny lotnika, a więc zapobiegania szkodliwościom lotu oraz możliwego rozszerzenia granic przystosowania się organizmu. Zakres tych zagadnień jest olbrzymi i dotyczy różnych działów medycyny, dlatego też — zdaniem autora — tylko słuchacze ostatnich semestrów klinicznych mogą z korzyścią uczęszczać na te wykłady, które powinny być łączone z praktycznymi pokazami. 2) Dr G. A. Weltz z Monachium podaje krótkie chronologiczne zestawienie z historii rozwoju lotnictwa oraz wyjątek z opisu Glaishera doznanych przezeń objawów choroby wysokości podczas wlotu balonem w dn. 5.IX.1862. 3) Dr S. Ruff z Berlina pisze o „technicznych postępach w lotnictwie”, podając w krótkości najważniejsze zdobycze w zakresie budowy aparatów lotniczych oraz zaopatrzenia ich w najnowsze wynalazki techniczne, jak np. urządzenie kabiny do ślepych lotów, urządzenia do ślepego lądowania i t. d. 4) Prof. Dr H. Strughold z Berlina daje krótki zarys „historii medycyny lotniczej”, przytaczając poszczególne etapy jej rozwoju od najdawniejszych czasów i dołączając wykaz najważniejszych źródeł z piśmiennictwa. 5) Prof. Dr H. Rein z Getyngi w umiejętnie opracowanym artykule p. n. „Oddychanie na wysokości” — usiłuje na podstawie najnowszych badań udostępnić zrozumienie tego zawiłego problemu i dać naukowe wytłumaczenie mechanizmowi zjawiska aklimatyzacji organizmu do przebywania na wysokości. 6) Prof. Dr E. Koch z Bad Nauheim mówi o „zachowaniu się krwioobiegu na dużych wysokościach”, przytaczając bardzo interesujące dane doświadczalne o wpływie zmian ciśnienia atmosferycznego na przemianę gazową w tkankach, a w związku z tym — na liczbę uderzeń serca oraz na ciśnienie krwi. 7) Artykuł tegoż autora p. t. „Elektrokardiogram przy obniżaniu ciśnienia”, wyjaśnia pewne charakterystyczne cechy w zachowaniu się krzywej elektrokardiograficznej w komorze depresyjnej u osobników wytrzymałszych i słabszych (długość trwania okresu skurczu). 8) Dr H. Hartmann z Berlina dał wykład o „wpływie adaptacji do wysokości na zachowanie się tętna i siły mięśniowej przy niedoborze tlenowym”, pojaśniony całym szeregiem pouczających wykresów i tabel liczbowych. 9) Prof. Dr H. Strughold z Berlina podał w krótkim zarysie wiadomości o znanych dotąd odczynach centralnego układu nerwowego i narządów zmysłów na wpływ dużych wysokości. 10) Doc. Dr H. Lottig z Hamburga

mówi „o wartości rozpoznawczej próby wytrzymałości na wysokość“, przestrzegając przed wyciąganiem z niej zbyt pośpiesznych i bezkrytycznych wniosków, nadaje się ona jednak do zastosowania przy szczegółowym badaniu zdolności do służby w powietrzu. 11) Dr H. v. Diringshofen zamieścił dłuższy artykuł „o wpływie na człowieka wysokich przyspieszeń oraz siły odśrodkowej“, przedstawiając szczegółowo i na przykładach działanie tych sił na organizm lotnika. 12) Prof. Dr H. Frenzel z Kolonii dał obszerny wykład o „czynnościach narządu przedślonkowego w odniesieniu do wykonywania lotów“. 13) Pułk. Dr E. Hippke podał krótko potrzebne dla lekarza wiadomości o skokach ze spadochronem. 14) Prof. Dr W. Schnell z Halle dał krótki szkic „o samolocie w służbie zdrowia“, mówiąc o rozszerzeniu w przyszłości jego zastosowania. 15) Doc. Dr E. A. Müller przedstawił dane doświadczalne „o najwydajniejszej szyb-

kości pracy w samolocie, poruszonym siłą mięśni“. 16) Doc. Dr H. Lottig dał ogólny zarys „badania przydatności do lotnictwa“. 17) Doc. Dr K. Velhagen jun. rozwinął zagadnienie wrażliwości oka na barwy i jej znaczenia w komunikacji powietrznej. 18) Płk. Dr E. Hippke podał króciutką wzmiankę o „organizacji służby zdrowia w wojskach lotniczych“. 19) Doc. Dr H. Lottig przedstawił pokrótce „praktyczne doświadczenia opieki sanitarnej nad niemieckim Związkiem sportowo-lotniczym (DLV)“. Pomimo niejednolitej wartości wymienionych wyżej prac — ogólna ich ocena wypada dodatnio, a pożytek ich dla wykładowców i dla słuchaczy jest niewątpliwy, gdyż pierwszym dają poważne oparcie do przygotowania wykładów, drugim zaś — krótki konspekt do powtórzenia i usystematyzowania zaczerpniętych z wykładów wiadomości. Szata zewnętrzna wydawnictwa bez zarzutu; cena (10 RM) nie wygórowana. A. Huszcza.

Wskazówki praktyczne.

Według Bernharta, można w błonicy złośliwej oparować niebezpieczną niewydolność krążenia za pomocą zastrzykiwań hormonu części korowej nadnercza w 20 ctm³ 10% roztworu cukru gronowego. Dla wzmocnienia działania radzi B. kombinować leczenie hormonalne z witaminą C w dużych dawkach, stosowanych śródżylnie. W przypadkach przewlekłej pobłoniczej niedomogi krążenia nadaje się nowy hormon nadnercza do stosowania doustnego. (D. m. W. 1936 Nr. 28).

W przypadkach miesiączkowania bolesnego i miesiączki obfitej (*Dysmenorrhoea* i *Hypermenorrhoea*) radzi Klawfen zastrzykiwania 20 jednostek insuliny i 10 ctm³ 10%—20% glukonatu wapnia w jednej strzykawce. (Ztbl. Gyn. 1936, Nr. 48).

W sprawie terminu ukończenia izolacji chorych płonniczych dochodzą Kopetzky, Rechtperg i Oehler do następujących wniosków: w przypadkach niepowikłanych wystarcza 4 tygodniowe odosobnienie, zaś w przypadkach powikłanych (*Otitis*, *Rhinopharyngitis*, *Eczema*, *Panaritium*, *Fluor vaginalis*) odosobnienie trwać winno aż do ustania objawów, groźących przeniesieniem zarazka. Powrót do szkoły nie może

nastąpić bezpośrednio po upływie wspomnianych 4 tygodni. (W. kl. W. 1936, Nr. 32).

Gander i Niederberger stwierdzali w pierwszych dniach zapalenia płuc deficyt witaminy C. Polecają tedy do wypróbowania swoją metodę leczenia zapalenia płuc witaminą C. Pierwszego dnia choroby stosują wyłącznie witaminę C w dawce 1000—2000 mg. Redoxon był stosowany domięśniowo i doustnie. (M. m. W. 1936, Nr. 51).

H. Held poleca w przypadkach świeżych krwotoków płucnych następujące postępowanie: obie dolne kończyny zostają obłożone wilgotnymi gorącymi okładami, na które nakłada się watę i warstwę batysty Billrotha. Po 10 godzinach opatrunk ten zostaje ponowiony po uprzednim zabezpieczeniu skóry kończyn waseliną. Postępowanie to w razie potrzeby stosować należy w ciągu kilku dni. Wynik zawsze niezawodny. Ten sam skutek osiągnąć się daje za pomocą gorącej (40°C) ławatywy. W celu uspokojenia chorego zastrzykuje się 0,02 dioniny podskórnie. U niekrwawiących i niegruźliczych okłady gorące na kończyny dolne wywoływały spadek ciśnienia krwi o 10—20 mm Hg. (D. m. W. 1936, Nr. 23).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polska Akademia Umiejętności

IV. Wydział lekarski

Posiedzenie z dnia 20 listopada 1936

(w Warszawie, w gmachu Towarzystwa Naukowego Warszawskiego)

Czł. A. Beck i W. Orłowski przedstawiają pracę p. F. Krajewskiego p. t. *Wpływ różnych diet na czynność wydzielniczą błony śluzowej żołądka*. Doniesienie I. *Wpływ diety białkowo-tłuszczowej Jarockiego*.

(Z II Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witold Orłowski).

Czł. A. Beck i W. Orłowski przedstawiają pracę p. F. Krajewskiego p. t. *Wpływ różnych diet na czynność wydzielniczą błony śluzowej żołądka*. Doniesienie II. *Wpływ „drugiej diety“ Jarockiego*.

(Z II Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witold Orłowski).

Czł. W. Orłowski i M. Franke przedstawiają pracę p. J. Fliederbauma p. t. *Badania wpływu gruczołów dokrewnych na gospodarkę wodną ustroju*. Doniesienie III. *Tarczycza*.

(Z II Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witold Orłowski).

Czł. W. Orłowski i M. Franke przedstawiają pracę p. J. Fliederbauma p. t. *Badania wpływu gruczołów dokrewnych na gospodarkę wodną ustroju*. Doniesienie IV. *Gruczolę przytarczyczne*.

(Z II Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witold Orłowski).

Czł. W. Orłowski i M. Franke przedstawiają pracę p. J. Fliederbauma p. t. *Badania wpływu gruczołów dokrewnych na gospodarkę wodną ustroju*. Doniesienie V. *Jajniki i jądra*.

(Z II Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witold Orłowski).

Czł. W. Orłowski i S. Dąbrowski przedstawiają pracę p. W. Markerta p. t. *Badania nad amoniakiem we krwi u ludzi*. Doniesienie IV. *Amoniak we krwi w różnych stanach chorobowych*.

(Z II Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witold Orłowski).

Czł. W. Orłowski przedstawia pracę własną p. t. *Patogeneza przewlekłej niewydolności krążenia*.

(Z II Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witold Orłowski).

Czł. W. Orłowski i S. Przyłęcki przedstawiają pracę pp. S. Sierakowskiego i K. Kozieradzkiego p. t. *Glikokol jako środek regulujący kwasność zawartości żołądka*.

(Z II Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witold Orłowski, oraz z Państwowego Zakładu Higieny. Dyrektor: doc. Gustaw Szulc).

Czł. S. Dąbrowski i S. Przyłęcki przedsta-

wili pracę p. Z. Galinowskiego p. t. *Badania nad przemianą purynową w chorobach miększu wątrobowego. III. Przemiana kwasu moczowego pod wpływem obciążenia ustroju drożdżowym kwasem nukleinowym.*

(Z I Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: dr Zdzisław Gorecki).

Czł. S. Dąbrowski przedstawia pracę, wykonaną wspólnie z pp. B. Dehryngiem i Z. Stolzmannem p. t. *O osiągalnym stopniu ściśłości w oznaczaniu stałej Ambarde przy badaniu sprawności nerek w wydalaniu mocznika.*

Czł. A. Beck i J. Modrakowski przedstawiają pracę pp. J. Feglera i F. Krajewskiego p. t. *Wpływ obniżonego ciśnienia barometrycznego przy wyrównanym ciśnieniu parcjalnym tlenu na wentylację płuc, szybkość ruchu powietrza w drogach oddechowych i pracę wdechową.*

(Z pracowni fizjologicznej (kierownik: doc. dr Jerzy Fegler) Instytutu Badań Lekarskich Lotnictwa (kierownik: ppłk. dr A. Fiumel).

Czł. W. Orłowski i R. Rencki przedstawiają pracę p. A. Biernackiego p. t. *Obraz morfologiczny szpiku kostnego w gruźlicy.*

(Z Instytutu Carlo Forlanini. Klinika gruźlicy i chorób narządu oddechowego Uniwersytetu Rzymskiego. Dyrektor: prof. E. Morelli).

Czł. J. Modrakowski przedstawia pracę pp. J. W. Supniewskiego i J. Hano p. t. *O działaniu farmakologicznym amidów metylonitynowych.*

(Z Zakładu Farmakologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie).

Czł. J. Lauber przedstawia pracę własną p. t. *Powiększenie prostego obrazu wierzniakowego.*

Czł. A. Beck i J. Modrakowski przedstawiają pracę p. J. Feglera p. t. *Badania nad arytmia oddechową, adrenalinową.*

(Zakład Fizjologii Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Kierownik: prof. dr Fr. Czubalski).

Czł. W. Orłowski i M. Franke przedstawiają pracę p. St. Hroma p. t. *Badania doświadczalne wpływu śledziony na tarczycę.*

(Z II Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witold Orłowski).

Czł. W. Orłowski i R. Rencki przedstawiają pracę p. J. Glassa p. t. *Znaczenie kliniczne badania punktu krzepnięcia surowicy krwi pod wpływem gorąca, zwłaszcza dla rozpoznawania nowotworów złośliwych.*

(Z Zakładu Chemii Fizjologicznej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego).

Czł. S. Dąbrowski przedstawia pracę p. A. Sławińskiego p. t. *Erytrocyty jako osmometry.*

Czł. S. Dąbrowski przedstawił pracę p. M. Górskiego p. t. *O ciałach złożonych, zawierających wolną grupę aminową ($-NH_2$) w moczu prawidłowym.*

Czł. S. Dąbrowski przedstawia pracę p. St. Raszejowej p. t. *O rozmieszczeniu sodu pomiędzy czerwoną ciałką a osocze we krwi ludzkiej i niektórych zwierząt.*

Czł. S. Dąbrowski przedstawia pracę p. W. Łapy p. t. *O rozmieszczeniu chloru w krwinkach i osoczu w przypadkach niedokrwistości złośliwej.*

(Z Zakładu Chemii Fizjologicznej Uniwersytetu Poznańskiego pod kierunkiem prof. S. Dąbrowskiego i z Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Poznańskiego).

Koło Lekarzy Powszechnego Miejskiego Szpitala na Radogoszczu w Łodzi.

Posiedzenie z d. 15 września 1936 r.

1) Kol. Prawda. *Przypadek nerczycy kiłowej.*

Chory M. lat 16 w marcu b. r. zauważył obrzęki nóg i twarzy. Poprzednio żadnej choroby gorączkowej nie przechodził. Zalecona dieta i pobyt w łóżku pozostały bez wpływu, wobec czego został skierowany do szpitala. W wywiadzie rodzinnym matka rodziła 10 razy, pierwsze dziecko nieżywe. Chory przechodził w 7-mym roku życia zapalenie pr. stawu łokciowego oraz kości podudzia lewego, rozpoznane jako gruźlica. Choroba ta trwała 4 lata. W chwili przybycia do szpitala żadnych dolegliwości podmiotowych.

Stat. praes.: Budowa wąta. Na kończynach dolnych obrzęki do kolan, nieznaczne obrzęki twarzy. Staw łokciowy zgrubiały, ruchy w nim ograniczone. Kość goleniowa lewa łukowato uwypuklona ku przodowi. Układ nerwowy, serce, płuca b. z. Tętno 72. Parcie krwi 115/65. Jama brzuszna b. z. Wątroba niemacalna. Śledziona macalna pod łukiem, twarda. Mocz: bia-

ka 13,2‰, c. g. 1025, w osadzie pojed. wałeczki szkliste. Krew: Erytr. 3900000, Hb 76%. B. c. 7750, pał. 0,5, segm 53,5 eo 0,5, mono 1,5, lym 44. Mocznik 57 mg %, chlorków (wobliczeniu na Cl) 426 mg %. Odczyn Wass. dodatni w 3 odmianach.

Obrzęki, wysoki białkomoc, brak patol. składników morfologicznych w osadzie, niski poziom parcia krwi, brak zmian w układzie krążenia, normalna azotemia wskazują na czystą postać nerczycy. W wywiadzie schorzenie kości, rozpoznane jako gruźlicze, mogło nasunąć myśl o nerczycy skrobio-watej na tle gruźlicy. Przewaga jednak zmian proliferacyjno-hiperplastycznych nad destrukcyjnymi, rentgenologiczne rozpoznanie *Hiperostosis luica*, dodatni odczyn Wass., takż u matki chorego, ujemny wynik próby z czerwienią kongo posłużyły za podstawę do rozpoznania nerczycy kiłowej. Nerczyca kiłowa przebiega najczęściej pod postacią nerczycy lipidowej. Przeprowadzone w tym kierunku badania wykazały: cholesteryny we krwi 200 mg%, białka w surowicy 5,1%, w tym albumin 3,8, globulin 1,3. W moczu ciałek dwułamnych nie znaleziono.

Wobec czego mamy do czynienia z czystą nerczycą. Przypadek zasługuje na uwagę przez wzgląd na rzadkość występowania czystej nerczycy kiłowej na tle kiły wrodzonej późnej.

W dyskusji: kol. Chaimowicz: schorzenie nerek w przebiegu kiły wrodzonej późnej nie jest rzadkie. Bez przeprowadzenia badań nad gospodarką chlorową nie można mówić kategorycznie o istnieniu nerczycy zwykłej. Nawet nieznaczna hipercholesterinemia w danym przypadku przemawia przeciw nerczycy zwykłej. Pierwszy okres nerczycy tłuszczowej nie daje lipidurii, która występuje dopiero po zwyrodnieniu kanalików.

Kol. Prawda: o rzadkości swobodnego schorzenia nerek na tle kiły wrodzonej późnej świadczy fakt, że Bartels zebrał w całej literaturze francuskiej zaledwie 3 przypadki. Nieznaczne powiększenie cholesteryny we krwi spostrzeż można we wszelkich postaciach nerczycy przewlekłej. Przeciwno nerczycy tłuszczowej przemawia w danym przypadku nie tylko brak ciałek dwułamnych, lecz i odwróconego stosunku albumin do globulin.

2) Kol. Kapłan *Pons interclinoideus.*

Chora lat 50. Od 5 lat menopauza. Od 4 lat nieustające bóle głowy. Badania kliniczne i laboratoryjne nic nie wykazały. Zdjęcie czaszki wykazało *pons interclinoideus*.

Posiedzenie z d. 29 września 1936 r.

Kol. Chaimowicz. *Przypadek lipidozoy nerek.*

Chory lat 31. Przed 9 l. po zatruciu pokarmowym obrzęki całego ciała. Potem czuł się dobrze. W marcu b. r. bóle w pr. okolicy lędźwiowej, mdłości bez wymiotów. Nazajutrz obrzęk powiek, później całego ciała. Status: Obrzęki. Serce: granice nalewo rozszerzone. Tony czyste, akcent na II t. aorty. T. 86, PP 180/95. Płuca: pojed. świsty i fuczenia w dolnych płatach. Wątroba macalna. Goldflam praw. dod... Neurol. b. z. Mocz: c. g. 1012, białka 8,2‰, w osadzie pojedyncze wałeczki szklisto-ziarniste. We krwi mocznika 155 mg%. Odczyn Wass. z 2 antygenami dod., cytochol ujemny.

Na pierwszy rzut oka banalny przypadek przewlekłego azotemicznego zapalenia nerek z domieszką nerczycową. Lecz dalsze badania biochemiczne, które wykazały ilość białka we krwi 4,1 g‰, w tem alb. 2,2, glob. 1,9, ilość cholesteryny 300 mg%, w osadzie ciałka dwułamne, wskazały na nawarstwienie cech nerczycy lipidowej w przebiegu zap. nerek azotemicznego.

W dalszym przebiegu pogorszenie: *neuroretinitis haemorr.*, wzrost ciśnienia, bóle głowy. Po leczeniu dietetycznym i zastrzykiwaniach *Na iod.* względna poprawa. Szereg badań krwi na mocznik, chlorki, indykan, ksantoproteinę, polipeptidy, wykazał, co następuje: 1) krzywa mocznika wykazała znaczne wahania, podczas gdy indykan utrzymywał się na tym samym poziomie, 2) brak równoległości w wahanach krzywych mocznika i cholesteryny, 3) skok ksantoprot. w górę przy jednoczesnym obniżeniu wartości mocznika.

W dyskusji kol. Prawda: przypadek niestusznie zaliczono do lipidozoy nerek, gdyż mamy tu do czynienia z zapaleniem nerek prawdopodobnie kiłowym: dodatni Wass., schorzenie łuku aorty, dodatni wpływ leczenia jodem. Lipidoza jest zespołem, występującym w przebiegu wielu zapaleń nerek.

Posiedzenie z d. 27 października 1936 r.

1) Kol. Hajman. *Przypadek zropiałego zatoru mózgu.*

Chory lat 35, przywieziony do szpitala z powodu nagłego porażenia połowicznego prawostronnego z objawami zdekompen-sowanej podwójnej wady zastawkowej i procesem ropnym w

szczęce prawej dolnej. Po kilkudniowym pobycie w szpitalu chory zmarł na skutek krwotoku z nadzgerki *art. maxill. int.* Badiane sekcyjne wykazało: *osteomyelitis et periostitis gangraenescens mandibulae d. Gangraena spatii retromandibularis et palati mollis. Highmoritis gangraenosa. Arrosio art. max. int. Embolia abscedens lobi temporalis sin. Endocarditis verrucosa. Stenosis et ins. mitralis. Induratio fusca pulmonum. Induratio cyanotica hepatis et lienis.*

2) Kol. Pik. *Przypadek cysticercosis cerebri.*

Chory lat 27. Od kilku miesięcy ból głowy z wymiotami. Ze strony nerwów czaskowych brak zmian, tarcza zastoinowa, zwolnienie tętna, ciśnienie płynu mózgo-rdzeniowego do 800 śtupa wody na aparacie Claude'a w pozycji leżącej. We krwi do 9,5 o/o kwasochłonnych. W płynie m.-rdz. 64 — 89 limfocytów, białka 0,5 o/o, odczyn glob. dod., W a s s. ujemny. Po 3-mies. pobycie nagła śmierć wśród objawów porażenia ośrodków. Sekcja: 2 twory pęcherzy wągrów w IV komorze mózgu.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Wiedeńskiego Kolegium Lekarskiego z dnia 18 listopada 1935 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 41/1936) N. Jagić pokazywał przypadek *wrzołu żołądka, leczonego z dobrym wynikiem larostidyną*. 39-letni chory cierpiął od roku z górą z powodu dolegliwości żołądkowych. Bóle były szczególnie silne w nocy. Przy przyjęciu na klinikę chory miał smoliste stolce. Leczenie mlekiem i alkaliami okazało się bezsku-

tecznym. Domięśniowe wstrzykiwania larostidyny (5 cm³ 4% roztworu histydyny), wykonywane codziennie, szybko podziały: ustąpienie bólow osiągnięto po drugim wstrzyknięciu, po 15 wstrzykiwaniach stwierdzono przyrost wagi w wysokości 4 kg. Ta metoda lecznicza jest tym bardziej cenna, że można ją zastosować u chorych, którzy się mogą leczyć tylko ambulatoryjnie. Podczas kuracji larostidynowej chorzy otrzymują z początku papkowate, później zaś stałe pokarmy. Pokazywany chory jest obecnie żywiony klejami, purée z ziemniaków i biszkoptami. Mechanizm działania histydyny nie jest dotąd znany. Kurcze odźwiernika ustępują szybko, aniżeli po wstrzykiwaniach preparatów białkowych, nadkwaśność stopniowo się zmniejsza. Larostidynę należałoby stosować w każdym przypadku stwierdzonej z pewnością choroby wrzodowej.

Na posiedzeniu Stowarzyszenia Lekarzy Styryjskich w Gracu dnia 13 grudnia 1935 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 41/1936) Motloch opisywał *trwałe wyniki operacji zatoki czołowej od zewnątrz*, wykonanych w klinice w Gracu w latach 1932—1935. Ogółem wykonano 13 zabiegów operacyjnych, w tym 5 metodą Killiana i 8 metodą Riedela, przy czym w żadnym z przypadków nie nastąpił dotychczas nawrót. Prelegent podkreśla, że w operacji Riedela stwarzano zawsze szerokie połączenie z nosem, w operacji zaś Killiana przykładano wagę do zachowania wyrostka czołowego celem zachowania przedniego przewodu nosowego i dania mu podpory, gdyż, jak wykazuje doświadczenie, w przedniej części występują najczęściej twory polipowate i wżęzenia.

Z j a z d y

XVI Zjazd Psychiatrów Polskich w Lublinie i Chełmie.

6—7—8-go Grudnia ub. r. odbył się XVI Zjazd Psychiatrów Polskich. Odnaczył się on znaczną frekwencją lekarzy, którzy się zjechali nań z całej Polski. Widziało się profesorów klinik uniwersyteckich, dyrektorów większości Zakładów psychiatrycznych państwowych, samorządowych i społecznych, rozsianych po Rzeczypospolitej, lekarzy wielu szpitalnych oddziałów miejskich, lekarzy zakładów państwowych dla alkoholików i narkomanów, lekarzy prywatnych sanatoriów dla psychicznie chorych, lekarzy, interesujących się opieką przy- i pozazakładową, opieką schroniskową i przytułkową, opieką nad epileptykami i dziećmi umysłowo upośledzonymi, instytucjami poprawczymi i wychowawczymi dla dziatwy niedorozwiniętej, przestępczej i moralnie zaniebanej.

Ci z członków Zjazdu, którzy nie znali Lublina, mieli możliwość zapoznania się z cennymi zabytkami grodu lubelskiego, tej stolicy ziemi, najdalej w Polsce na wschód wysuniętej i już na granicy niemal położonej, a będącej odwiecznym szlakiem, od Czarnego Morza do Bałtyku prowadzącym.

Różnił się ten Zjazd od innych tym, że ci, których więcej przyciągała część naukowa Zjazdu, mieli możliwość wysłuchania w pierwszym dniu szeregu bardzo poważnych odczytów z psychiatrii i nauk pokrewnych, a w dniu 2-gim i 3-cim okazję w innym zupełnie terenie jednocześnie podziwiać w Chełmie, o nie całe dwie godziny od Lublina odległym, pięknym, w naszych oczach w ostatnim trzyleciu powstałym wzorowym Zakład Psychiatryczny dla tysiąca chorych *in spe*. A było się tam przez całe dwie doby gościem pełnowartościowym Zakładu „z kwarterą i całkowitym wiktem“.

Już na dworcu lubelskim witała nas „Kronika nadbuzañska“ numerem uroczystym z artykułem wstępnym w sprawie rozwoju historycznego psychiatrii, artykułem, rozpoczynającym się od bohaterskiego Ajaksa z Iliady, ściganego podczas psychozy przez nadprzyrodzone moce, przez furie mitologiczne, a kończącym się w roku 1920-tym, wielce odległym od epoki Homera, pierwszym Zjazdem Psychiatrów Polskich, zorganizowanym w stolicy przez Prof. Radziwiłowicza z Warszawy pod przewodnictwem Prof. Piltza z Krakowa.

W roku bieżącym, czyli w 16 lat później, pod protektora-tem wojewody ziemi lubelskiej i honorowego prezydium władz

miejscowych pracowały sprężyscie 2 Komitety organizacyjne w Lublinie i Chełmie, pamiętając o najdrobniejszym szczególe pobytu gości, lekarzy i towarzyszących im osób, zarówno w ciągu dnia pracy, jak podczas wieczorów wolnych, zarówno podczas śniadania a la fourchette, wydane w Ratuszu przez Zarząd m. Lublina, jak podczas uroczystej wieczornicy z toastami, zainaugurowanej przez organizacje lekarskie w Resursie Kupieckiej miasta, zarówno podczas wykwinnego dwugodzinnego obiadu z mowami w sali bawialnej Szpitala Chełmskiego, jak Rautu wieczornego w Klubie Społecznym, urządzonego przez Zarząd miasta Chełma, zarówno podczas wycieczek bliskich Lublina, jak dalszych — Chełma i Zamościa.

Nie mniej obfity, a może zbyt obfity był program obrad naukowych, jakie się w uroczystym dniu inauguracyjnym odbyły pod przewodnictwem Prof. J. Mazurkiewicza z Warszawy. Na szczęście automatycznie działa wentyl bezpieczeństwa, zapobiegający przesytowii, wentyl, puszczony w ruch zwyczajowo z jednej strony przez nieprzybyłych na Zjazd prelegentów kunktatorów, z drugiej — przez odczytawców, jeżdżących expremem lub torpedą w pracy naukowej, a dziękując za *ius primae noctis*, zdążyli w międzyczasie ogłosić lub wygłosić zapowiedziane elaboraty w innym miejscu.

* * *

Pierwsze przedpołudnie poświęcone zostało aktualnym zagadnieniom dziedziczenia, heredodegeneracji i zapobiegania w chorobach psychicznych, całe poobiedzie tegoż dnia społeczno-psychiatrycznym motywom rozrodu potomstwa patologicznego, higienie psychicznej, eugenicie i genealogii. Słowem, był to dzień ataku artylerii ciężkiej: był to dzień ciężki dla prelegentów, którzy musieli zgodnie z regulaminem w ciągu 20-tu—30-tu minut załatwić się z tematem rozległym, poważnym i mało wśród lekarzy popularnym; dzień ciężki dla przygotowanych i doraźnych dyskusantów, których przemocą wciśnięto w krótkie łoże Prokrusta o długości zaledwie 3-minutowej, regulaminowo przewidzianej, dzień nie mniej ciężki dla zupełnie niewinnych słuchaczy, którzy musieli trawić przez blisko 6 godzin obficie podane menu materiału naukowego, przystępnego jedynie dla tych wybranych, którzy mieli możliwość studiowania go w nowszych monografiach w spokoju i ciszy kliniki, pracowni, biblioteki lub gabinetu własnego. Lżej od-

dychać mogli słuchacze podczas tematów luźnych z ostatnich dwu dni, gdzie królowały sprawy kliniczne, anatomopatologiczne i terapeutyczne, a odgłosy armatnie dziedziczenia i degeneracji psychicznej oraz genetyki i genealogii ledwie dostrzegalnie o uszy zmęczonych się odbijały.

Wielce ciekawe były i na poziomie naukowym stały uwagi dyskusyjne nad przymusowym obojędzeniem, nad sterylizacją i kastracją z wskazań eugenicznych, lekarskich i społecznych.

Do ożywienia pracy i ciągłości jej wielce się w Chełmie przyczyniła przerwa półtoragodzinna międzyodczytowa, poświęcona ogłędzinom grupowym wzorowego zakładu psychiatrycznego oraz historii jego powstania. A rozpoczyna się ta przydługa historia z chwilą przekazania w roku 1928 na użytek Szpitala 2-ych niewykończonych dużych budynków murowanych z byłego zaboru rosyjskiego („Dom Gradonaczalstwa” i „Pałac Lublinskawo Gubernatora”), zaś kończy się u schyłku roku 1932, gdy po licznych, bardzo kosztownych przeróbkach, prowadzonych przez szereg lat na podstawie planów ułożonych wspólnie z inżynierem przez dyrektora szpitala Fuhrmana, pierwszy pacjent w końcu grudnia 1932 r. osiadł w murach szpitala. Obecnie zakład posiada 115 osób personelu i 420 chorych, a marzy o tysiącu, o ile przyrzczone subsydia wpłyną regularnie.

A gotów jest szpital do przyjęcia tej liczby chorych, gdyż — mimo tych ciągłych krociowych zmian i krociowych redukcji — jest on, wobec uwzględnienia wszelkich dla nowoczesnej lecznicy psychiatrycznej niezbędnych urządzeń, miniaturą pełnego zakładu, daje możliwość leczenia i segregacji różnych postaci chorób psychicznych, osobników różnego wieku i różnej płci. Osobiście z wielką korzyścią i satysfakcją dla siebie oglądałem dokładnie ten szpital i wielkiego nabrąłem dlań szacunku, gdy podczas ogłędzin porównywałem i zestawiałem go z dużymi zakładami Związków Międzykomunalnych, dobrze mi z dawnych odwiedzin znanymi: białostockim w Choroszczynie i warszawskim w Gostyninie.

Słusznie cicerone nasz, wielce energiczny i poświęcający się inicjator i dyrektor, nie ukrywając uderzającego braku roślinności na terenie szpitala, podkreślił, że, gdy obiekt, zakupiony w Choroszczynie za Białymstokiem posiadał piękny stary park, gdy szpital w Gostyninie za Kutnem budowało się wśród lasów na części wykarczowanej, to szpital w Chełmie za Lublinem otrzymał wraz z budynkami pogubernialnymi pustkowie, teren zwany „wygonem miejskim”, który dopiero uroślić racjonalnie wypada.

Mówiąc o szpitalu samorządowym w wielkim stylu, nie chciałbym pominąć milczeniem zorganizowanego przed rokiem i prowadzonego przez prymariuszkę szpitala Helenę K a t z ó w n ę oddziału leczniczo-wychowawczego dla psychoneurozów dzieci, których leczenie odbywa się nowoczesnymi metodami pedologicznymi. Oddział posiada wychowawczynię, nauczycielki, które udzielają dzieciom nauki szkolnej, tworząc środowisko

pogodne, w którym dzieci, mające tu spędzić pewien odcinek swego życia, winny się czuć swobodnie (nb. za trzy i pół złotego dziennie).

* * *

Kończąc sprawozdanie ze Zjazdu, wspomnieć chciałbym, że na Walnym Zgromadzeniu Psychiatrów Polskich, będącym na porządku dziennym i odbytym w Chełmie, przyjęte zostały niektóre wnioski poważniejszej natury, jak: 1) tworzenie instytucji do badań nad dziedzicznością w psychiatrii polskiej, 2) wybór komisji do opracowania wskazań ustawowych do sterylizacji i kastracji u nas w Polsce, 3) przystąpienie do Międzynarodowej Ligi Opieki nad chorymi epileptykami.

Mniej obciążeni pracą naukową członkowie zdołali podczas 3-dniowego Zjazdu poznać bliżej piękne zabytki Lublina, na resztkach, pozostałych po minionych wiekach, mogli śledzić losy Polski od jej początków (Mieszko I, Bolesław Chrobry, Kazimierz Sprawiedliwy), aż do upadku i wskrzeszenia Rzeczypospolitej. Widzieliśmy podczas niedzielnego nabożeństwa uroczystego Katedrę z jej słynną z akustyki zakrystią, upajaliśmy się widokiem na Zamek i Kalinowszczyznę, odwiedziliśmy Ratusz z pobliską Bramą Krakowską przy Starym Rynku, podziwialiśmy majestatycznie prezentujący się Uniwersytet Katolicki, spacerowaliśmy po szerokim Krakowskim Przedmieściu i imponującej ulicy Trzeciego Maja, błądziłszy po niedawno w domu Gminy Żydowskiej odkrytym podziemiu w prastarej kamienicy herbowej Ks. Lubomirskich z ogromną winiarnią ubiegłych wieków, z pięknymi freskami na ścianach i kopule, z frywolnymi wierszami w języku niemieckim, zachwycaliśmy się prastarym, warszawskie Stare Miasto przypominającym grodziskiem w pośrodku niemal miasta położonym, wielce charakterystycznym ghettem żydowskim z krętymi uliczkami, z dziedzińcami gankowymi, z synagogą stylowo i architektonicznie ozdobną, ze starym, dawno zamkniętym, osieroconym, zapomnianym i opuszczonym cmentarzem, słynnym z grobów żydowskich i pomników po głośnych w XV-tym i XVI-tym stuleciu filozofach — teologach, znanych z uczoności, wiedzy i dzieł rabinicznych, pisanych w dziedzinie liturgii, scholastyki i religioznawstwa.

Niestety, samorządy nasze są bardzo ubogie, a zapomogi ze strony Rządu są zbyt skromne i skąpe, aby na wzór Rzymu, Pragi, Cordoby, Augsburga, Norymbergi otaczać opieką, z pietyzmem konserwować i zachować wszystkie te swoiste zabytki, dla których i obcokrajowcy-turyści nierzadko odwiedzają nie tylko stolicę Warszawę i Kraków, ale i pomniejsze miasta i miasteczka egzotyczne, podziwiając wysoce ciekawy wycinek żywy i styl ubiegłych stuleci.

Pamiętnik Zjazdu, gdy się ukaże w druku, będzie niewątpliwie miłą pamiątką nie tylko dla swych prac naukowych, których z braku miejsca świadomie z tytułów i treści nie wymienię, ale i dla ciekawych zdjęć zabytków miejskich choćby w tej formie, w jakiej je opracował Dr. Stefan Wojciechowski w wydawnictwie Ministerstwa Komunikacji przed niedawnym czasem.

Henryk Higier (Warszawa).

Medycyna społeczna

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Ewolucja poglądów na przerywanie ciąży w Z. S. S. R.

Podąła

Stanisława ADAMOWICZOWA (Warszawa).

Ustawodawstwo sowieckie, dotyczące przerywania ciąży, w zaraniu swego istnienia rozpatrywało całe zagadnienie wyłącznie ze stanowiska ochrony zdrowia kobiety, ochrona życia powstającego dziecka nie wchodziła wcale w grę.

Pierwszy akt ustawodawczy w tej sprawie uka-

zał się dn. 18 listopada 1920 r. Dekret, wydany wspólnie przez Komisariaty Zdrowia i Sprawiedliwości, zezwalał na bezpłatne wykonywanie operacji sztucznego przerywania ciąży pod warunkiem, że zabiegi będą wykonywane wyłącznie w szpitalach, co zapewni maksimum bezpieczeństwa kobietom, poddającym się operacji, a tym samym będzie służyło ochronie ich zdrowia i interesom rasy. Dekret kategorycznie zabraniał wykonywania operacji komukolwiek bądź poza lekarzem oraz oddawał pod sąd położne lub babki, winne doko-

niania operacji, jak również lekarzy, dokonywujących zabiegu przerywania ciąży w praktyce prywatnej w celach zarobku.

W uzasadnieniach do dekretu spotykamy twierdzenie, że rząd sowiecki ma na uwadze całe zło, jakie wypływa z przerywania ciąży dla ogółu, że ma zamiar walczyć z tym zjawiskiem drogą agitacji przeciwko przerywaniu ciąży wśród kobiecych mas pracujących i przewiduje, iż będzie ono zanikało w miarę rozwoju opieki nad matką i dzieckiem. Wydanie dekretu umotywowane było ciężkimi warunkami ekonomicznymi, i moralnymi, otrzymanymi w spuściznie po caracie, zmuszającymi nieraz kobiety do poddania się temu zabiegowi. Droga represji uważana była za nie prowadzącą do celu.

Wprowadzenie dekretu w życie w jego pierwotnej postaci natrafiło na trudności. Dekret Komisariatu Zdrowia, jak widzieliśmy, kategorycznie zabraniał dokonywania zabiegu komukolwiek poza lekarzem. Jednakże już artykuł 140 Kodeksu Karnego, który wszedł w życie w następnych latach, stanowił, iż sztuczne przerywanie ciąży jest karalne, o ile zostanie dokonane przez „osobę, nie posiadającą przygotowania medycznego“. Władze ustawodawcze uważały widocznie, iż w warunkach wiejskich, dominujących w związku sowieckim, gdzie wielkie połacie kraju obsługiwane są przez felczerów, nie można pociągać do odpowiedzialności karnej felczera lub akuszerkę za dokonanie poronienia, o ile posiadają oni odpowiednie przygotowanie, i o ile poronienie zostało dokonane w odpowiednich warunkach higienicznych. Przy układaniu kodeksu Komisariat Zdrowia żądał, aby w kodeksie wskazane było, iż wolno dokonywać poronień tylko w szpitalach. Prawdopodobnie jednak brak odpowiedniej liczby łóżek w szpitalach sprawił, iż w kodeksie znalazło się zamiast tego określenie, iż wzbronione jest dokonywanie sztucznego poronienia „w niehigienicznych warunkach“. Jednakże, dążąc do uwzględnienia stanowiska Komisariatu Zdrowia, plenum Najwyższego Sądu R. S. F. S. R. (20 czerwca 1927 r.) wyjaśniło, iż słowa „w niehigienicznych warunkach“ należy rozumieć jako „brak warunków, pozwalających na wykonywanie operacji, poprzedzone odpowiednim przygotowaniem pacjentki do zabiegu, oraz odpowiednią pielęgnacją po operacji“.

Kodeks nie określał czasu, w którym wolno dokonywać poronienia. Lukę tę wypełnił okólnik Komisariatu Zdrowia w 1926 r., ustalając, że poronienie sztuczne w przypadkach, kiedy nie grozi niebezpieczeństwo życiu (ostre zapalenie nerek, wada serca, ostry krwotok ciężarnej, ostry zanik wątroby), jest dozwolone tylko w okresie pierwszych trzech miesięcy ciąży.

W dalszym biegu wypadków dn. 24 listopada 1929 r. ukazał się okólnik Komisariatu Zdrowia „w sprawie organizacji pomocy ludności przy dokonywaniu poronień i w sprawie wzmocnienia walki ze sztucznym przerywaniem ciąży“. Okólnik stwierdzał, iż liczba łóżek szpitalnych dla poronień jest niewystarczająca, oraz że liczba poronień nielegalnych, dokonywanych poza szpitalami w nieodpowiednich warunkach, jest jeszcze bardzo znaczna. Wobec tego Komisariat polecał wydziałom zdrowia: a) zwiększenie w miastach liczby łóżek szpitalnych dla kobiet, przerywających ciążę, b) otwieranie płatnych oddziałów w szpitalach z pobieraniem opłat za zabieg od osób nie pracujących, zamożnych włościan, chałupników, osób, uprawiających wolne zawody, oraz od grup robotników

i urzędników, otrzymujących wysokie uposażenie. (W wiejskich szpitalach rejonowych nie obowiązywały nadal żadne opłaty), c) skierowywanie kobiet, mających zamiar przerwać ciążę, do stacji opieki nad matką i dzieckiem dla wyjaśnienia, czy w danym wypadku nie istnieją przeciwwskazania lekarskie do sztucznego poronienia. Za przeciwwskazania okólnik uważał: zakaźne zapalenie narządów płciowych (ostre i podostre), podejrzenie ciąży pozamacicznej, guzy macicy. Za czasowe przeciwwskazania uznawał ostre zakażenia, ropnie, niezależnie od lokalizacji, podejrzenie świeżych urazów narządów płciowych lub dawne przebiecie macicy.

Okólnik ustalał również, że we wszystkich wypadkach poronienie sztuczne winno być wzbronione przed upływem 6 miesięcy od daty poprzedniego poronienia, iż sztuczne przerywanie ciąży, wykonane nawet w szpitalu, wpływa bardzo ujemnie na zdrowie kobiety, zalecał wzmocnienie walki z tym złem, wreszcie kładł duży nacisk na konieczność jak najszybszego rozpowszechniania środków, zapobiegających zajściu w ciążę.

Okólnik wskazywał, iż kobiety, chcące przerwać ciążę, winny zwracać się, celem otrzymania nakazu na łóżko, do jednej z Komisji przerywania ciąży, funkcjonującej jako Sekcja „Komisji uzdrowotnienia warunków pracy i bytu“ przy stacji opieki nad matką i dzieckiem. W skład „Komisji przerywania ciąży“ wchodził lekarz stacji opieki oraz 2 przedstawiciele „Komisji Uzdrowotnienia warunków pracy i bytu“. Jednym z nich była zwykle przedstawicielka organizacji kobiecych.

Podział łóżek był ujęty w pewne ramy. Przede wszystkim otrzymywały łóżka kobiety samotne, pozostające bez pracy lub posiadające liczne rodziny. Kobieta, zwracająca się do Komisji przerywania ciąży, winna była przedstawić świadectwo lekarskie, stwierdzające istnienie ciąży, dokumenty, ustalające wysokość zarobku, lub, o ile petentka była bez pracy, odpowiednio zaświadczenie Giełdy Pracy, wreszcie zaświadczenie komitetu domowego o warunkach rodzinnych.

Komisje winne były wykorzystać moment zgłoszenia się ciężarnej celem dokonania społecznego rozpoznania przypadku oraz okazania w razie potrzeby pomocy materialnej i prawnej. W praktyce Komisje odmawiały nakazu na łóżka, a tym samym uniemożliwiały legalne przerwanie ciąży w przypadkach, gdy wskazania społeczne wydawały się im niewystarczające. Odsetek odmów, bardzo różny w poszczególnych Komisjach, wahał się w granicach około 10%. Poza stanami chorobowymi pozwolenia na wykonanie sztucznego przerywania ciąży wydawane były na podstawie następujących wskazań społecznych: brak środków, karmienie niemowlęcia, niechęć posiadania dziecka, dążenie do ukrycia ciąży, warunki rodzinne, wielodzietność i t. p.

W tym stanie rzeczy sprawa sztucznego przerywania ciąży przetrwała do 1936 r., w którym nastąpiła radykalna zmiana w ujęciu zagadnienia. 20 kwietnia ubiegłego roku ukazał się okólnik Komisariatu Zdrowia „o warunkach wykonywania sztucznego poronienia“. Okólnik podawał do wiadomości władz sanitarnych, iż Komisariat Zdrowia: a) wypowiada się stanowczo przeciwko przerywaniu ciąży, o ile wykonanie zabiegu nie jest uzasadnione wskazaniami lekarskimi,

wypływającymi ze stanu zdrowia matki lub powstającego dziecka, b) zabrania wykonywania zabiegu poza szpitalami i uprzedza, iż poczyni kroki, aby w praktyce sądowej każde poronienie, wykonane poza szpitalem, zostało uznane za poronienie, wykonane „w niehigienicznych warunkach“, co jest karane na podstawie kodeksu karnego, c) zarządza przekazanie łóżek, przeznaczonych do przerywania ciąży w szpitalach i zakładach położniczych, wydziałom opieki nad matką i dzieckiem z tym, aby zostały one zużyte na rozszerzenie sieci łóżek dla położnic, z zachowaniem niezbędnej liczby łóżek dla poronień, wykonanych na podstawie wskazań lekarskich, oraz dla rozpoczętych poronień

Wreszcie dn. 27 czerwca 1936 r. Rada Komisarzy Ludowych Z. S. S. R. wydała ustawę pod tytułem: „O zabronieniu sztucznych poronień, rozszerzeniu pomocy materialnej dla położnic, ustanowieniu pomocy państwowej dla licznych rodzin, rozszerzeniu sieci zakładów położniczych i dziecińców, zwiększeniu odpowiedzialności karnej za uchylanie się od płacenia alimentów i pewnych zmianach w ustawodawstwie, dotyczącym rozwodów“.

Nowa ustawa zabrania kategorycznie dokonywania poronień. Wyjątek stanowią wyłącznie przypadki, gdy dalsza ciąża grozi życiu lub ciężkimi skutkami zdrowiu kobiety ciężarnej, oraz przypadki, gdy rodzice cierpią na schorzenia, przekazywane dziedzicznie. Zabieg może być dokonany tylko w szpitalu lub w domu położniczym.

Za dokonanie zabiegu poza szpitalem lub w szpitalu, ale z przekroczeniem podanych powyżej wskazań lekarz podlega karze od 1 roku do 2 lat więzienia. Za dokonanie poronienia w niehigienicznych warunkach, lub, o ile sztuczne przerywanie ciąży dokonane zostało przez osobę, nie posiadającą wykształcenia lekarskiego, kara wynosi nie mniej, niż 3 lata więzienia. Za przymuszanie kobiety do poddania się operacji sztucznego poronienia przewidziana jest odpowiedzialność karna, grożąca więzieniem do 2 lat.

Kobieta, przerywająca ciążę, podlega naganie publicznej przy pierwszym przekroczeniu zakazu, przy powtórnym karze pieniężnej w wysokości do 300 rubli.

Zmierzając do poprawy warunków materialnych matek, ustawa przewiduje zwiększenie zapomóg, udzielanych kobietom ubezpieczonym, na zakup wyprawki dla dziecka z 32 rubli do 45 r. oraz zapomóg dla matek karmiących z 5 do 10 rubli na miesiąc.

Uprawnienia te ustawa rozciąga również na kobiety nieubezpieczone, o ile są one członkiniami spółdzielczych „arteli“ lub przedsiębiorstw, powołując do świadczeń kasy wzajemnej pomocy spółdzielni. Ustawa przyrównywa urzędniczki do robotnic fizycznych pod względem okresu zwolnienia od pracy przed i po porodzie (po 56 dni) oraz wprowadza zakaz zwalniania kobiet ciężarnych lub zmniejszanie im zarobków.

Ustalona została również zapomoga państwowa dla licznych rodzin. Rodziny, posiadające 6 dzieci, otrzymują przy urodzeniu każdego następnego dziecka zapomogę w wysokości 2000 rubli rocznie w ciągu pierwszych 5 lat życia dziecka. Dla rodzin, mających 10 dzieci, przy urodzeniu każdego następnego dziecka zapomoga wynosi 5000 rubli w pierwszym roku po urodzeniu dziecka i po 3000 rubli przez 4 następne lata.

Ustawa zawiera również plan wydatnego rozszerzenia sieci instytucji opieki nad matką i dzieckiem na najbliższe 2 lata (do 1939 r.).

W ustawodawstwie o rozwodach wprowadzone zostały następujące zmiany. Procedura rozwodowa prowadzona jest w obecności obu stron. Rozwód zostaje odnotowany w paszporcie. Zostają wprowadzone następujące opłaty za rozwód: za pierwszy 50 rubli, za drugi 150, za każdy następny po 300 rubli. Alimenty wymierzane są w wysokości $\frac{1}{4}$ poborów przy jednym dziecku, $\frac{1}{3}$ przy dwojgu, 50% przy 3 i więcej dzieciach. W warunkach wiejskich ustawa wkłada na zarządy kołchozów obowiązek zapewnienia wypłaty alimentów matce.

Rozporządzenie wykonawcze do ustawy stanowi, iż przy stacjach opieki nad matką winny być zorganizowane specjalne Komisje lekarskie, które są jedynie upoważnione do wydawania pozwoleń na wykonanie zabiegu przerywania ciąży. Komisje obradują w składzie 3 lekarzy: 2 stałych członków — ginekologa i terapeuty — oraz trzeciego członka lekarza specjalisty w zakresie schorzeń, mających w danym przypadku służyć za podstawę udzielenia pozwolenia na zabieg. Stali członkowie Komisji mianowani są na okres 1 roku. Każda Komisja obsługuje pewne terytorium. Lekarze rejonowi na wsi skierowują zwracające się do nich kobiety do komisji, do których ich rejon jest przypisany, dołączając własną opinię na piśmie. Decyzja Komisji winna nastąpić w ciągu 5 dni od zgłoszenia się ciężarnej. W każdym przypadku (niezależnie od treści decyzji) winien być sporządzony akt w 2 egzemplarzach, zaopatrzonych w podpisy członków Komisji.

W każdej republice związkowej ustanawia się Komisję Centralną dla spraw przerywania ciąży, kierującą działalnością Komisji w terenie. Komisja ta w składzie 3 lekarzy pracuje pod osobistym przewodnictwem Komisarza Zdrowia lub jego zastępcy.

Wykonanie zabiegu może mieć miejsce wyłącznie w szpitalach lub zakładach położniczych, znajdujących się na liście Komisji. Lista chorób, upoważniających do przerywania ciąży, przedstawia się, jak następuje.

Wskazania lekarskie do poronień.

1. Ciężkie i stałe organiczne schorzenia serca i naczyń krwionośnych: zapalenie wsierdza z uszkodzeniem zastawek; wady serca i choroby mięśnia sercowego z objawami niewyrównania (obrzęki, zastój wątroby, sinica, trudności w oddychaniu), stałe nadciśnienie niezależnie od ciąży.
2. Stałe zmiany zapalne degeneracyjne i sklerotyczne nerek wraz z zakłóceniem ich działalności.
3. Dwustronna kamica nerkowa (rozpoznanie przy pomocy promieni R o e n t g e n a).
4. Gruźlica otwarta, jak również gruźlica zamknięta płuc i opłucnej ze stałymi objawami zatrucia.
5. Gruźlica dróg moczowych, otrzewnej, jelit, kości, stawów, krtani.
6. Chroniczne schorzenia wątroby z zakłóceniem działalności.
7. Choroba B a s e d o w a, jeżeli jednocześnie istnieje niedomoga układu krwionośnego albo stałe objawy zatrucia.
8. Niedokrewność złośliwa (postać B i e r m e r a) i złośliwa niedokrewność ciężarnych.
9. Białaczka.
10. Nowotwory złośliwe, istniejące w chwili badania lub stwierdzone uprzednio.
11. Padaczka rozpoznana w zakładzie.
12. Zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego, wywołane ciążą.

13. Ciężkie schorzenia rogówki wskutek wyniszczenia organizmu lub zaburzeń gruczołów wydzielania wewnętrznych, wywołanych ciążą.
14. Zwężenie miednicy z *conjugata vera* 7,5 cm lub poniżej. Zniekształcenie miednicy różnego pochodzenia, jak również duże zbliżowacenia pochwy, utrudniające przejście płodu drogą naturalną.
15. Poronienie jest dopuszczalne, jeśli ojciec lub matka, albo jedno z dzieci cierpiało lub cierpi na schorzenia, przekazywane dziedzicznie: krwawiaczka, idiotyzm, padaczka samoistna, ciężkie postacie schizofrenii lub psychozy maniako-depresyjne, leczone zakładowo; ciężkie dziedziczne choroby oczu, prowadzące do ślepoty, głuchoniemota dziedziczna; ciężkie dziedziczne postępujące schorzenie układu nerwowego (postępujący zanik mięśni, bezład dziedziczny).

Przeciwwskazania do sztucznego poronienia tworzą:

1. Rzeżączka ostra i podostra.
2. Ostre i podostre zapalenia narządów zewnętrznych (*vulvovaginitis*) i *bartolinitis* wszelkiego pochodzenia, jak również czyraki narządów płciowych.
3. Nadżerki, jeżeli jednocześnie istnieją ropne wydzieliny z szyi macicy.
4. Zapalenia przydatków i otaczającej je tkanki.
5. Wszystkie miejscowe ropne i ogólne ostre schorzenia zakaźne.

UWAGA.

Jeżeli istnieją przeciwwskazania, komisja lekarska powinna zważyć z jednej strony chorobę, z racji której ma być dokonane poronienie, z drugiej — przeciwwskazania i zdecydować, co jest lepsze dla zdrowia kobiety: zachować ciążę, czy przerwać ją z pewnym ryzykiem.

Rozporządzenie wykonawcze przestrzega przed wszelkim dowolnym rozszerzaniem wskazań leczniczych; przekroczenie ich pociąga za sobą odpowiedzialność karną. W razie przyjęcia do szpitala kobiety z rozpoczętym poronieniem i w razie podejrzenia, że ciąża została sztucznie przerwana, obowiązuje zgłoszenie sprawy do prokuratora. Lekarze i personel pomocniczy, którzy przy zetknięciu się z przypadkiem nieprawie wykonanego sztucznego poronienia nie zawiadomili

o tym prokuratury, podlegają sądowi koleżeńskiemu oraz napiętnowaniu przez „własny kolektyw“.

Wykonanie zabiegu jest płatne (przeciwnie od 40—50 rubli łącznie z utrzymaniem chorej). Kobieta, zgłaszająca się do szpitala celem wykonania zabiegu, winna przedstawić pisemne zezwolenie Komisji lekarskiej i kwit z opłacenia należności za zabieg.

Nowe prawodawstwo, jak głosi wstęp do ustawy, opiera się na następujących przesłankach: neomaltuzjanizm, zgodnie ze zdaniem Lenina, wypowiedzianym jeszcze w 1913 r., jest prądem obcym ideologii uświadomionego proletariatu, jest to kierunek o charakterze wybitnie burżuazyjnym, znajdujący swój wyraz w dążeniu, „żeby tylko samym jakoś przetrwać, a dzieci lepiej już nie mieć“. Walka przeciwko poronieniom sztucznym nie mogła być podjęta od razu w całej pełni ze względu na istniejące warunki. Obecnie jednak, wobec zaniku eksploatacji kapitalistycznej, całkowitego równouprawnienia kobiet we wszystkich dziedzinach życia, wzrostu zamożności, podniesienia politycznego i kulturalnego poziomu mas pracujących, nastąpił czas rozpoczęcia walki z sztucznymi poronieniami w drodze ustawodawczej.

Wślad za wydaniem ustawy rozpoczęta została i prowadzona jest z wielkim rozmachem akcja wychowawcza, mająca na celu uświadomienie szerokich warstw kobiecych o szkodliwości poronień oraz wyrobienie w nich poglądu, że sztuczne przerywanie ciąży jest przestępstwem. Puszczone zostały w ruch zawsze znakomicie działający aparat propagandy na rzecz licznych rodzin (wykłady, przemówienia agitacyjne, wydawnictwa, teatr, kino, radio). W pismach, poświęconych popularyzacji higieny, roi się od artykułów, fotografii i haseł, głoszących, iż obowiązkiem każdej kobiety jest dostarczenie największej liczby nowych obywateli ojczyźnie socjalistycznej, sprawę traktuje się jako sprawę honoru kobiety, ustawie, wprowadzającej zakaz poronień, nadano nazwę „prawa o szczęśliwym macierzyństwie“, mówi się o stworzeniu specjalnego instytutu walki z bezpłodnością i t. d.

A dzieje się to w państwie, posiadającym w swej części europejskiej przyrost naturalny w wysokości około 3.000.000 rocznie, przyrost, przewyższający odpowiednie liczby dla pozostałych państw Europejskich, razem wziętych.

Wiadomości bieżące.

— Doc. dr med. Wł. Filiński został mianowany tytularnym profesorem Uniw. J. P. w Warszawie.

— Nagrodę przyrodniczą m. Lwowa na 1936 r. otrzymał profesor biologii Uniwersytetu Jana Kazimierza, dr Rudolf Weigl, znany w szerokim świecie wynalazca szczepionki przeciwko durowi osutkowemu.

— Komunikat. Izba Lekarska w Krakowie, wykonywując uchwałę Rady Izby Lekarskiej z dn. 5 kwietnia 1936 r., ogłasza dla uczczenia pamięci Marszałka Józefa Piłsudskiego konkurs na pracę naukową z zakresu higieny społecznej i zwalczania chorób społecznych (gruźlica, rak, gościec stawowy, choroby weneryczne, psychiczne, alkoholizm). Praca winna być oryginalna, dotychczas nieogłoszona i winna zawierać istotny przyczynek naukowy w danej dziedzinie. W konkursie mogą wziąć udział lekarze, członkowie jednej z Izb Lekarskich Państwa Polskiego. Nagroda wynosi 750 zł. Izba Lekarska zastrzega sobie ewentualny podział nagrody na dwie. Praca powinna być przesłana do Izby Lekarskiej w Krakowie, ul. Krupnicza 11-a, w terminie do 30.VIII.1937 r., bezimiennie, w

kopercie z napisem: „Konkurs na pracę naukową im. Marszałka Józefa Piłsudskiego“ i opatrzona godłem; osobno należy dołączyć zamkniętą kopertę, również opatrzoną godłem, a zawierającą wewnątrz imię, nazwisko i adres autora. Manuskrypt, który pozostaje własnością autora, powinien być przepisany na maszynie, po jednej stronie i z marginesem. Za izbę Lekarską: Sekretarz: Dr. Ciećkiewicz mp. Prezes: Dr Stryjeński mp.

— Okólnik. VI. Kurs Odmy Sztucznej. W okresie od dnia 25 lutego do dnia 24 marca 1937 r. odbędzie się 4-ro tygodniowy Kurs odmy sztucznej dla lekarzy, zorganizowany przez Polski Związek Przeciwgruźliczy z poparciem Ministerstwa Opieki Społecznej i z współudziałem Wydziału Lekarskiego U. J. P. Program Kursu uwzględni przede wszystkim studia praktyczne jak również obejmie 32-godzinny wykładów teoretycznych z dziedziny rozpoznawania, leczenia i walki z gruźlicą. Każdy ze słuchaczy odbędzie praktykę w zakresie gruźlicy wewnętrznej w klinice, szpitalu i sanatorium, oraz znajomi się dokładnie z techniką pracy w poradniach przeciw-

gruźliczych, oraz z techniką zakładania odmy. Podania na Kurs należy nadsyłać do biura Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Karowa 31, (gmach Polskiego Towarzystwa Higienicznego) najpóźniej do dnia 18 lutego 1937 r. Do podania należy dołączyć: 1) życiorys, 2) ewentualne zaświadczenie instytucji delegującej lekarza na kurs, 3) zobowiązanie do czynnego zwalczania gruźlicy przynajmniej przez dwa lata po ukończeniu kursu. Kandydaci zgłaszający się na kurs mogą ubiegać się o przyznanie stypendium w wysokości do 200 zł. Pierwszeństwo w przyjęciu na kurs oraz w uzyskaniu stypendium będą mieli lekarze już zatrudnieni w instytucjach przeciwgruźliczych. Dyrektor P. Z. P. Dr M. Grodecki. Prezes Polskiego Związku Przeciwgruźliczego Dr J. Adamski.

— Na posiedzeniu Sekcji Jaglicy Polskiego Towarzystwa Okulistycznego w dniu 8.XII.36, zostały uchwalone następujące wnioski: 1. Zwiększenie środków do zwalczania jaglicy. 2. Zwiększenie liczby przychodni przeciwjagliczych. 3. Organizowanie schronisk dla przyjezdnych chorych na oczy. 4. Większe wykorzystanie zakładu jagliczego dla dzieci w Witkowicach. 5. Zwiększenie udziału ubezpieczalni społecznych w akcji zwalczania jaglicy. 6. Akcja wojska i przysposobienia wojskowego w zwalczaniu jaglicy. Wiceprezes Polskiego Tow. Okulistycznego: Prof. Dr Jan Lauber.

— W dniu 13 stycznia 1937 r. na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego zostali wybrani: prezes — Dr B. Frenkiel, wiceprezesi — Dr H. Rueger i Dr A. Margolis, skarbnik — Dr B. Knichowiecki, sekretarze — Dr B. Czaplicki i Dr A. Tenenbaum, bibliotekarze — Dr J. Zurkowski i Dr M. Kocen.

ZMARLI.

Gwidon Pokorny, b. adiunkt I Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego, ordynator Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

20.I. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

Pokazy: P. Goldstein. Przyczynę do trudności rozpoznawczych w ostrym napadzie bólowym brzucha. L. Płockier. Przypadek zakażenia dróg żółciowych pasożytem „*opisthorchis felineus*“. J. Krynski. Rzadki obraz pęcherzyka żółciowego (pokaz rentgenogramów). Odczyt: J. Nusbaum. Przyczynę do leczenia owrzodzeń żołądkowo-dwunastniczych roztworami pepsyny. Walne Zebranie Doroczne: 1. Wybór przewodniczącego i asesora. 2. Sprawozdanie Sekretarza, Skarbnika i Komisji Rewizyjnej. 3. Wybory do Zarządu na miejsce ustępujących członków. 4. Wolne wnioski.

22.I. Polskie Lek. T-wo Radiolog. i Fizjoterapeutyczne.

1. I. Pronaszkowa: (Z Pracowni światłoleczniczej D-ra Brunera w Szpitalu Św. Łazarza) Ostitis cystoides Junglingi. 2. K. Dering-Ossowska. (ze Szpitala im. Karola i Marii dla dzieci). Z kazuistyki radiodiagnostyki nerek: a. guz nerki 2. obustronne wodonercze. 3. F. Łukaszczyk (z Instytutu Radowego im. Marii Skłodowskiej - Curie). Zakres promieniolecznictwa w rakach sutka (odczyt). 4. K. Rowiński

TRESC: O. SOKOŁOWSKI. Czy należy zwlekać z przecinaniem zrostów opłucnowych w przypadkach z wyraźnym wskazaniem? — B. HOLCBERG. Przypadek nowotworu złośliwego (raka) przebiegającego pod postacią choroby układu krwiotwórczego. — K. CHODKOWSKI. Trucizny jądrowe, ich wpływ na ustrój i znaczenie w patologii (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — St. ADAMOWICZOWA. Ewolucja poglądów na przerywanie ciąży w Z. S. S. R. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: O. SOKOŁOWSKI. Doit-on retarder la dissection des adhésions pleurales dans les cas avec indication nette? — B. HOLCBERG. Un cas de néoplasme malin (cancer) évoluant sous la forme de maladie du système hémopoétique. — K. CHODKOWSKI. Poisons carioclasiques, leur influence sur l'organisme et l'importance dans la pathologie (Rev. gén. fin.). — St. ADAMOWICZ. Evolution de législation sur l'avortement en U. R. S. S.

Drukarnia „SŁA“, Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 8-34-48

(z oddziału chorób wewnętrznych Prof. Semerau - Siemianowskiego Szpitala Św. Łazarza). Z kazuistyki radiologii serca.

26. I. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Cieszyński Fr. Systematyczna walka z kiłą wrodzoną jako zagadnienie społeczne. 2. Glass J. Znaczenie badania punktu krzepnięcia surowicy krwi pod wpływem gorąca dla oceny klinicznej różnych stanów chorobowych oraz dla rozpoznawania niektórych nowotworów złośliwych.

26. I. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

1) J. Fryszman: Usunięcie ciała obcego z pęcherza moczowego. 2) E. Luxenburg: Przypadek złamania zuchwy. 3) W. Róbin, M. Fejgin, M. Płoński: Przypadek ostrego zaniku wątroby o niezwykłym przebiegu. 4) D. Kohan: a) Cztery przypadki wrzodu dwunastnicy, leczone operacyjnie. (3 resekcje, 1 zespolenie); b) Guz esicy usunięty drogą krzyżową z zachowaniem zwieraczy. 5) Odczyt. A. Galewski: Dieta ketonowa, jej znaczenie teoretyczne i praktyczne.

29. I. Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk.

1. Komunikaty Zarządu 2. Pokazy 3. Wykład prof. Dr. Rudolfa Weigla. Zarazek tyfusu plamistego (istota i budowa).

Résumé des articles originaux.

O. SOKOŁOWSKI. Doit-on retarder la dissection des adhésions pleurales dans les cas avec indication nette?

Sur la base de matériel de 122 cas l'auteur conclut, qu'on ne doit pas retarder la dissection des adhésions, parce qu'elle améliore éminemment l'efficacité du pneumothorax artificiel. Le pourcentage de résultats bons est de 76,4 et le risque des complications est insignifiant (exsudat séreux 3,3%, exs. tuberculeux purulent 1,6%, exs. purulent 0,8%). La dissection de toutes les adhésions techniquement accessibles n'est pas toujours nécessaire, la dissection totale causant parfois un placement défavorable des lobes pulmonaires; d'autre part la non-dissection des adhésions mécaniquement „indifférentes“ n'entrave pas le résultat favorable et prévient la complication mentionnée.

B. HOLCBERG. Un cas de néoplasme malin (cancer) évoluant sous la forme de maladie du système hémopoétique

L'auteur décrit un cas de cancer bronchial probable. La maladie parcourait sous la forme de lymphogranulomatose avec éosinophilie prononcée. La grande leucocytose accompagnant les néoplasmes malins peut être expliquée par des métastases dans la moelle osseuse. L'éosinophilie prononcée marquant le cas décrit survient bien rarement au cours des néoplasmes malins.

St. ADAMOWICZ. Evolution de législation sur l'avortement dans l'U. R. S. S.

L'auteur passe en revue l'évolution de législation sur l'avortement dans l'U. R. S. S. au cours des années 1918—1936.

Le premier décret en date du 18 Novembre 1918 introduisait l'exécution de l'avortement artificiel à l'hôpital par un médecin sans frais. Les causes sociales pouvaient être invoquées aussi bien, que les causes médicales.

Le décret du 27 Juin 1936 défend l'exécution de l'avortement artificiel sauf pour des causes médicales strictement définies.