

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Widok 9, m. 6 tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Towarowa 2/4, tel. 3.34-87.

Rok XV

WARSZAWA, 5 MAJA 1938 R.

Nr. 17

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z Oddziału Wewnętrznego Miejskiego Szpitala Żydowskiego
w Białymstoku.

(Ordynator: Lekarz Naczelny Szpitala A. W. Kapłan).

O zespołach wątrobowo-nerkowych (hepatonephritis) *)

Podali

A. W. KAPŁAN, W. FRYSZMAN, J. KRAMARZ i L. HELLER
(Białystok).

(dokończenie — patrz nr 16).

Przypadek z.w.-n., po zatruciu mięsem, zakończony śmiercią. Zmiany anatomicopatologiczne w wątrobie, odpowiadające wczesnym okresom ostrego, żółtego zaniku wątroby.

H. G., żona felczera, lat 36. W szpitalu od dn. 13.I—18.I. 1936 r. Upřednio zdrowa, przechodziła dur brzuszny w 1919 roku. Przed czterema laty — zakażenie porodowe. Od trzech lat napadowe bóle w prawym podżebrzu, skłonność do zaparcia, diety nie przestrzegała. Ostatni napad — w kwietniu 1935 r, po czym czuła się dobrze. Żółtaczką, zapalenia nerek nigdy nie miała. Czworo dzieci, jedno poronione, *menses* — norma.

2 tygodnie temu, na Nowy Rok, zaraz po spożyciu galaretki mięsnej poczuła się niedobrze, wystąpiły wymioty i bóle brzucha, rozwołnienia. Poza tym krwawienia z narządów rodnych, utrzymujące się przez 10 dni, 10-tego dnia — silny krwotok.

Lekarz stwierdził napięcie i bolesność powłok brzusznych, zażółcenie (początkowo myślał o ciąży pozamacicznej lub poronieniu).

Dostarczona do szpitala w stanie bardzo ciężkim, śpiąca, nawpół przytomna, żółta. Głęboki, nierówny oddech — 18 na minutę. Tętno 50 na minutę, niemiernowe. Zapach aromatyczny z ust. Wymiotuje żółto-zieloną płynną treścią. Obrzęków nie było. Stan i przebieg bezgorączkowy. Język zupełnie suchy, pokryty brązowym nalotem. Zrenice okrągłe, reagują na światło i nastawienie. Płuca bez zmian. Serce — akcja niemiernowa, zwolniona (bradyarytmia), tony głuche, lekki podmuch skurczowy na koniuszku i nad aortą. Ciśnienie krwi 115/60. Brzuch konfiguracji normalnej. Powłoki brzuszne napięte. Tkliwość i ból uciskowy i samoistny, między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym mostka a prawym nadbrzuszem.

Wątroba i śledziona niepowiększone. Odruchy ścięgnowe żywe, patologicznych brak.

13.I. Chora stale wymiotuje. Również jak i w poprzednim

przypadku, moczu nie oddaje, wydobyto cewnikiem 75 cm³ brunatnego, mętnawego, kwaśnego moczu. Ciężar gatunkowy 1020, białka — 0,1%, urobilinogen i bilirubina silnie zwiększone, cukru nie ma; w osadzie liczne tłuszczowe, zwyrodniałe nabłonki, białe ciała od 30—50 w p. w., krwinki od 3—4 w p. w., wałeczki drobno- i gruboziarniste a także woskowe od 2—4 w p. w., leucyny i tyrozyny nie wykryto.

K r e w : Odczyn v. d. B. bezpośredni + + +; Bilirubina — 28 j. v. d. B. Hb — 85%, Er. — 4.500.000, Ind. — 0.94, L. — 43.500.

Wzór: B—0. E—0. Mł—2. P—12. S—80. Ly—3. M—3.

Glicemia: 120.

Odczyn Biernackiego — 30 min.

Odczyn Wassermanna — ujemny.

Mocznik — 3,1 g w litrze, chlorki w osoczu 326, w krwinkach 227.

Chora wzięta od razu na stałą kroplówkę z roztworu glukozy 3 litr. przez dobę oraz insulinę. Stan jej przy tym jakby się poprawił. Wymioty ustąpiły, przytomność większa, skarży się na silne bóle w dołku podsercowym.

15.I. Żółtaczką jakby mniejszą. Bilirubina we krwi 19 j. v. d. B.

Stan chorej jednak bardzo ciężki, wystąpiła opryszczka na wargach i policzku lewym oraz krwawienia z nosa i dziąseł. Mocznik we krwi 5 g w litrze, mocz oddała ze stolcem lekko zabarwionym (biliwerdyna obecna).

Krew: czas krzepliwości 19 min., czas krwawienia 1/2 min.; płytki obecne 1—2 w p. w.

Chora w dalszym ciągu obok środków nasercowych otrzymuje kroplówki z cukrem i insulinę. Akcja serca miarowa. Powłoki brzuszne miękkie, tkliwości, oporów nie ma. Wątroba i śledziona niemacalnie.

16.I. Stan się nadal pogarsza. Chora pogrążona w głębokim śnie. Po upuszczeniu 600 cm³ krwi nieznaczne polepszenie. Chora dalej zapada w śpiączkę. Mocznik we krwi — 6 g w litrze. Rezerwa alkaliczna — 21,5.

17.I. Ponownie wymioty. Mocz: białko — 0,33%, urobilinogen silnie zwiększony. Barwniki żółci — ślad. Mocznik w moczu — 9 g w litrze. W osadzie leukocyty 80—100 w p. w., erytrocyty wyługowane 0—1 w p. w.

Krew: Hb. — 60, Er. — 3.100.000, Ind. — 1,0, L. — 36.300.

Mocznika we krwi 6 g w litrze. Bilirubina we krwi: odczyn bezpośredni silnie dodatni. Surowica zawiera 8 j. v. d. B.

18.I. Chora zmarła.

Badanie anatomicopatologiczne, wykonane w zakładzie Anatomii Patologicznej U. J. P. w Warszawie (Doc. W. Czarnocki i K. Chodkowski), wykazało:

*) Wygłoszone na Zjeździe Przyrodników i Lekarzy Polskich we Lwowie w lipcu 1937.

„W wątrobie — zupełne zatarcie budowy zrazikowej i zatarcie układu beczkowego wskutek wybitnego roztrzęsienia komórek wątrobowych: zaródź komórek zawiera bardzo liczne, drobnitkie kuleczki tłuszczu (barwienie Sudanem III hematoksylina);

jądra posiadają wyraźnie zagęszczoną chromatynę (*pycnosis*), w części komórek widać tylko cienie jąder, część natomiast przedstawia płytki bezjądrowe (martwica komórek);

tkanka łączna międzyzrazikowa znajduje się w zwykłej ilości, widać w niej dość obfite nacieki z limfocytów;

w naczyniach włosowatych jest mało krwinek czerwonych i sporo krwinek białych, przeważnie leukocytów obojętno-chłonnych;

komórki gwiazdowate *Browicz-Kupfera* w wielu miejscach są dość liczne;

w komórkach wątrobowych i poza nimi gromadzą się kuleczki barwnika żółci.

W nerkach — kłębuszki są zwykłej wielkości, tylko w torebce *Bowmanna* i niektórych kłębuszkach gromadzi się płyn surowiczy;

natomiast komórki nabłonka kanalików krętych i pętli *Henlego* w wielu miejscach uległy martwicy skrzepowej, i tylko niektóre są dobrze zachowane;

komórki nabłonka kanalików wyprowadzających nie przedstawiają większych odchyżeń od normy, oprócz tego w komórkach nabłonka gromadzą się delikatne kuleczki tłuszczu.

W gruczole chłonnym wątroby — zatarcie budowy, duże przekrwienie, obrzęk, zluszczenie się śródbłonka zatok.

W trzustce — w paru zrazikach, znalezionych w tkankach z okolicy wątroby, widać niewielki rozplam tkanki łącznej.

W pęcherzyku żółciowym — zmiany postmiertne z przepojeniem ściany barwnikiem żółci.

Obraz mikroskopowy wątroby i nerek odpowiada daleko posuniętym zmianom zwyrodnieniowym aż do martwicy włącznie mięszu obu narządów.

Zestawienie danych klinicznych i danych badania histologicznego przemawia za powstaniem ich najprawdopodobniej wskutek jakiegoś zatrucia.

Zmiany w wątrobie mogą być bardzo wczesnym okresem ostrego zaniku żółtego.

Wnioski.

1. Z. w.-n. jest często spotykanym zespołem klinicznym, bez stałych cech anatomicznych i o niejednoletniej etiologii.

2. Zaburzenia humoralne w stanach pooperacyjnych, zwłaszcza na drogach żółciowych, są identyczne z zaburzeniami humoralnymi z. w.-n. i wymagają jednakowego postępowania leczniczego.

3. Najczęściej obserwujemy z. w.-n. jako powikłanie kamicy wątrobowej lub w następstwie zabiegów operacyjnych na drogach żółciowych.

4. Konieczność dokładniejszej, systematycznej analizy zespołu humoralnego i znaczenie terapii cukrowo-insulinowej, chlorowania, wyciągów wątrobowych.

5. Rokowanie przy celowym postępowaniu leczniczym nawet w ciężkich postaciach jest względnie dobre.

Nazw.	M O C Z					K R E W				Ciśn. krwi	Ob-rzęki	Zespół krw-nacz.	T ^o .	Anemia	Etiologia	U w a g i
	Diureza	Białko	Element. mocz.	Barw. żółc.	Urbg.	Mocz-nik	Chlor-ki	Bilirub.	Rezer. alk.							
Mar.	b.mała	+	+	++	+	>>> 2,4 - 3,2	<	12j.v.dB		niskie	niema	+	> dreszcz.	+	kam. żółc.	
God	b.mała	+	+	+++	+++	>>> 3,1 - 6,0	<	20j.v.dB	21,5	niskie	niema	++	<	+	zatruc. pok. (paradur?)	Exitus.
Tal.	b.mała	+	+	++	+++	>> 1,0 - 2,2	<	12j.v.dB		niskie	niema	++	>	+	sepsis	Exitus.
Fl.	b.mała	+	+	+++	norma	>> 3,4	<<<< osocze 170 krw. 163	5j.v.dB		niskie	niema	+	> dreszcz.	+	kam. żółc.	Znaczna poprawa po wprowadzeniu NaCl.
Or.	mała	śląd	+	++	norma	> 0,8	<<< osocze 305 krw. 142	4j.v.dB	47	niskie	niema		>		kam. żółc.	
Kr.	mała	śląd	+	+	norma	> 1,5	<	1j.v.dB		niskie	niema				kam. żółc.	
Cha.	średn.	+	+	śląd	++	norma	dyslok.	1,5j.vdB		niskie	niema				kam. żółc.	
Not.	średn.	+	+	-	-	> 1,6	>	Odczyn pośr.-śl.		niskie	niema				kam. żółc.	
Męc.	mała	+	+	+	++	<	<	11j.v.dB	40,5	niskie	niezn.					
Mof.	mała	+	-	+++	+	norma	<	7,4j.v.dB	48	norma	niema					Cukromocz.
Jaw.	mała	+	+	++	+	> 0,62	<	Odczyn bezp. +		niskie	niema		>		pneumok.	

PIŚMIENICTWO.

1. Bratkowski: „W sprawie przemiany azotu i wody w żółtaczce“. *Polsk. Arch. Med. Wewn.* T. III. Zesz. 1. — 2. Brulé, Lengre: „Hépató-néphrite grave après ingestion d'un abortif“. (*Bulletins et mémoires de la société médicale des Hôpitaux de Paris*, 48; 860; 1933). — 3) Brulé, Hillemand, Mallarmé: „Hépató-néphrite grave, nature indéterminée, guérison rapide“ (*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 23 Fervier 1934, *Bulletin* Nr. 7, 5 Mars 1934). — 4) Derancois J. C. E.: „A propos d'un cas d'hépató-néphrite“. (*Thèse de Paris*, Jouve Edit., 1934). — 5) N. Fiessinger et H. Walter: „L'exploration fonctionnelle du foie, et l'insuffisance hepaticque“, *Masson* 1925. — 6) N. Fiessinger et H. Walter: „Angiocholécystite aiguë, septicémie éberthienne, hépató-néphrite avec ictère“. (*Bulletins et mémoires de la société médicale des Hôp. de Paris*, 1920, p. 506). — 7) Filiński: „Niedomoga wątroby z punktu widzenia klinicznego“. *Lwów* 1923. *Ossolineum*. — 8) E. Gaujoux, J. Brahic: „A propos des hépató-néphrites, la fonction uréosecretoire au cours des ictères“. (*La Bulletin médical*, 17 Juin 1933). — 9) E. Gaujoux, J. Brahic: „A propos des hépató-néphrites, les hépató-néphrites chroniques, le syndrome urémigène et hypertensif, au cours des cirrhoses“. (*Archives de médecine générale et coloniale* Nr. 2, 1934). — 10) Klecki: „Patologia ogólna“, *Kraków* 1928. — 11) F. Koch: „Nierenfunktionsstörungen und Nierenveränderungen bei Lebererkrankungen“. (*Zentralblatt f. inn. Med.* Nr. 18; 53; 1932). — 12) A. Lemierre, M. Laudet, M. Durolf: „Hépató-néphrite aiguë mortelle avec azotémie et hypochlorémie“. (*Bulletins et mémoires de la société médicale des Hôp. de Paris*, 54 599; 611; 14 Avril 1930). — M. Loeper: *L'aminémie*. *Pr. Med.* 1937 str. 1603. — 13) Merklen, Bicard, Adnot: „Hépató-néphrite aiguë grave. Urée, chlore, réserve, alcaline, guérison“. (*Bulletins et mémoires de la*

société médicale des Hôp. de Paris, Seance du 3 Juillet 1931). — 14) Nobécourt: „Néphrites et hépató-néphrites dans les pneumonies de l'enfance“. (*Progrès medical*, 42, 1526—1534; 1 octobre 1927). — 15) Pagniez, Escalier: „Hépató-néphrite avec énorme azotémie suivie de paratyphoide B., guérison“. (*Soc. med. des Hôp. de Paris*, 1926). — 16) G. Parturier, J. Delalande: „Les altérations rénales dans les maladies du foie“. (*La vie médicale* Nr. 8, 1932). — 17) Pasteur Vallery-Radot, D. Delafontaine, Mlle. P. Gauthier-Villars: „Hépató-néphrite toxique, azotémie avec hypochlorémie plasmatique et globulaire et réserve alcaline normale. Echec de la rechloruration“. (*Bulletins et mémoires de la société médicale des Hôp. de Paris*, Nr. 22. 1933). — 18) Pasteur Vallery-Radot: „Hépató-néphrites aiguës“. (*Problèmes actuels de Pathologie médicale*, troisième série. *Masson Edit.* 1934). — 19) Pokorny Gwidon: „Materiały do zagadnienia stanu czynnościowego wątroby w chorobach nerek“. *Polsk. Arch. Med. Wewn.* 1926. T. II. Zesz. 4-ty. — 20) A. J. Pytel: „Pieczoneczno-pociecznyj syndrom“. *Kliniczeskaja Medicina*. T. XIV. Z. 6. 1936.—21) Fr. Rathery, M. Derot, Moline: „Etude biologique d'un cas d'hépató-néphrite infectieuse aiguë“. (*Soc. med. des Hôp. de Paris*. Nr. 24. 1934. — 22) Roger, Vidal et Teissier: „Foie et reins“. (*Masson Edit. Paris*). — 23) L. Rivet: „Un cas mortel d'hépató-néphrite aiguë spirochétosique“. (*Bull. et mem. de la soc. med. des Hôp. de Paris* 47. 1931). — 24) M. Rosnowski i M. Lityński: „Przyczynę do zespołu chorobowego nerkowo-wątrobowego i jego klinicznego znaczenia“. *Medycyna* Nr. 17. 1932. — 25) Vague Jean: „Les hépató-néphrites aiguës. *Masson Edit. Paris* 1935. — 26) Vallery-Radot, Derot: „Essai de classification des principaux types d'hépató-néphrites“. (*Le Bulletin medical* Nr. 45, 1931). — 27) Żebrowski: „Próba klasyfikacji chorób wątroby“. *Polsk. Arch. Med. Wewn.* T. IX. Zesz. 2.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Zakładu Rentgenowskiego Szpitala Dzieciątka Jezus w W-wie.

Radioterapia raka wątroby.

(Według metody własnej: zastosowanie przesłony o otworach kwadratowych lub szelinowych Lysholma).

Podali

W. SITKOWSKI i B. GRYNKRAUT (Warszawa).

I. Wstęp.

Medycyna rozporządza obecnie nową bronią w zwalczaniu nowotworów złośliwych, mianowicie — radioterapią: energia elektromagnetyczna, zawarta w promieniach Roentgena i radu, ma wpływ na rozwój nowotworów, o ile zaistnieją odpowiednie warunki, ażeby tkanki mogły sobie przyswoić tę energię.

Jednym z tych warunków było (a jest jeszcze uważane przez Wintza) podanie jednorazowej dawki najwyższej. Metoda ta daje w pewnych przypadkach dobre wyniki, w innych zawodzi. Regaud i Coutard osiągnęli wyniki dodatnie w całej grupie nowotworów dla poprzedniej metody radioodpornych (raki krtani), wprowadzając pojęcie czynnika czasu do radioterapii. Okazuje się bowiem, że rozmaite tkanki (nabłonkowe i podścieliskowe — zdrowe, nowotworowe — chore) absorbują energię elektromagnetyczną z szybkością niejednakową, jedne przyswajają ją sobie szybciej, inne wolniej. W tym przypadku, gdy tkanki nowotworowe czynią to szybciej, niż reszta ciała, można im podać o wiele większą dawkę, i, mimo uznanej poprzednio radioodporności, dają się zniszczyć. Pojęcie radioodporności ma więc granicę wybitnie ruchomą, która, przesuując się w miarę postępu technicznego, daje możliwość leczenia raków dotychczas nieuleczalnych.

Rozmieszczenie energii elektromagnetycznej w czasie, dokonane przez szkołę paryską, uzupełniliśmy nowym pojęciem — rozmieszczeniem energii w przestrzeni. Dzielenie przestrzeni naświetlanej pozwoliło nam znacznie powiększyć dawkę promieni Roentgena i tym samym tolerancję skóry wobec tych promieni. Okazuje się, że możemy również powiększyć i tolerancję całego organizmu wobec tych promieni, jak tego dowodzą nasze doświadczenia. Pewne obserwacje kliniczne, które podajemy w tej pracy, dowodzą, że dzięki naszej metodzie umożliwiające zostało leczenie raków, dotychczas uważanych za radioodporne, nieuleczalne.

II. Opis przesłony.

Rozróżniamy 2 rodzaje przesłony: Nr 1 i Nr 2. Prócz tego zbudowaliśmy przesłonę Nr 3. Stosowaliśmy głównie przesłony 1 i 2.

Wykonanie jest bardzo proste: w blasze ołowianej grubości 2 mm wykonaliśmy szereg otworów kwadratowych o wymiarach 3 na 3 cm. Pomiędzy nimi pozostawiliśmy cienkie ścianki prostokątne o szerokości 1 cm w kracie Nr 1 i 0,5 cm w kracie Nr 2. W ten sposób krata Nr 2 posiada 2 razy mniej: przestżeń nienaświetloną, niż krata Nr 1. Do naświetlanych przypadków stosowaliśmy głównie przesłonę Nr 2, której wymiary są 22 cm na 15 cm = 330 cm², posiadającą 24 otwory po 9 cm² każdy, czyli że przestżeń naświetlana wynosi 216 cm², a nienaświetlana 114 cm², co stanowi prawie 2 razy mniej.

III. Obserwacje kliniczne.

Doświadczenia i próby wykonywaliśmy na całym

szeregu chorych, klinicznie uważanych za beznadziejnych.

Jako przykład pozwolimy sobie przytoczyć Stanisława W. lat 21, z oddziału docenta Rutkowskiego. Chory w maju 1936 roku był operowany w jednym z oddziałów szpitalnych z powodu objawów podrażnienia wyrostka, lecz w czasie operacji stwierdzono nikłe zmiany wyrostka, natomiast znaleziono przedziurawienia jelita cienkiego w 2 miejscach; otwory zaszyto, chory został wypisany 27.VII jako wyleczony. Przyjęty 26.IX 1936 r. do oddziału docenta Rutkowskiego, gdzie stwierdzono w nadbrzuszu, nieco po stronie lewej od pępka, twór twardy, kształtu cygara, leżący ukośnie, o powierzchni gładkiej, podczas oddechu nieruchomy, dający bóle samoistne, na ucisk miernie tkliwy; guz tworzy jedną całość z wątroba. Wątroba w całości powiększona, prawy płąt znajduje się o 3 palce poniżej łuku żebrowego, lewy na szerokość dłoni wychodzi spod wyrostka mieczykowatego. W jamie brzusznej szybko zbiera się duża ilość płynu, który trzeba było co kilka dni wypuszczać. 17.X wykonano operację. Guzem wyczuwalnym była wątroba twarda, przeobrażona, wśród mięszu której stwierdzono białe utkanie przerzutów. Zabieg został ograniczony do zbadania i pobierania wycinka. Na powłoki założono szew pierwotny. Badanie anatomico-patologiczne pobranego wycinka wykazało komórki różnokształtne, różnej wielkości (do komórek olbrzymich), o 3—4 i więcej jądrach ujawniające duże różnice w ilości zabarwienia zarodzi. Jądra komórek okrągłe, owalne lub potwornie wielkie różnią się wyraźnie układem: *Neo malignum metastaticum*. W danym przypadku mieliśmy nieulegający wątpliwości guz bardzo złośliwy, szybko się rozwijający. Chory wyniszczony, o zabarwieniu żółtaczkowym, wybitnie osłabiony, nie mógł chodzić, przynoszono go na noszach do naświetlań. 10.XI zastosowaliśmy naświetlania jamy brzusznej w okolicy guza przez kratkę, z przodu w odległości 50 cm przez filtr 1, O Cu + 1, O AL, z tyłu taki sam filtr, tylko w odległości 34 cm, gdyż chory nie mógł zbyt długo leżeć na brzuchu. Chory otrzymywał na seansy po 300 r. Ogólny stan chorego zaczął się poprawiać, wątroba stopniowo zmniejszała się, w jamie brzusznej płyn zbiera się bardzo wolno. 14.XII wypuszczono po raz pierwszy od początku naświetlań 3 litry płynu. Wątroba ledwo wyczuwalna pod łukiem żebrowym. Chory, którego dotychczas przynoszono, bez pomocy sam przychodzi na naświetlanie z parteru na 1 piętro. Samopoczucie znacznie się poprawiło.

15.XII po wypuszczeniu płynu nie przyszedł na naświetlanie.

16.XII wysoka temperatura, bóle w prawym boku. 18.XII *pneumonia dex.*, i na żądanie rodziny wypisany ze szpitala. Po 5 dniach zmarł w domu wśród objawów obustronnej pneumonii. W ciągu 26 dni chory otrzymał po 3900 r. na pole, po czym nastąpiło łuszczenie naskórka. Dawka łączna wynosiła 7800 r.

II przypadek. Chorą M. P., lat 52, operowana w sierpniu 1936 r. w oddziale docenta Becka z powodu *Ca uteri*. Macięcę wraz z przydatkami usunięto całkowicie. W marcu 1937 r. zgłosiła się do szpitala z powodu bardzo silnych bólów; bywały dnie, że chorej zastrzykiwano po 3 razy dziennie morfinę. Badanie ginekologiczne wykazało guz na przedniej powierzchni kości krzyżowej wielkości pięści. 12.III rozpoczęto naświetlania promieniami X przez kratkę przy filtrze 1, O Cu + 1, O AI. 180 kv. z odległości 50 cm. Skóra chorej bardzo wrażliwa, po pierwszych 300 r. wystąpiło zabarwienie. Dzięki naświetlaniu przez kratkę udało się zastosować na każde pole po 4500 r. Badanie ginekologiczne (8.V.37.) nie wykazało obecności guza, ani też naciecznia. Bóle przeszły bez śladu. Samopoczucie chorej dobre.

IV. Część doświadczalna.

A. Na skórze ludzkiej.

1. Chory G. J. Rak kręgosłupa. Otrzymał jednorazową dawkę 500 r. (przy 100 kv. 4 mA, 1 mm AI. filtru) raz z prawej, drugi

raz z lewej strony kręgosłupa, z tą różnicą, że prawa strona była naświetlona bezpośrednio, gdy lewa pośrednio, po nałożeniu przesłony o otworach kwadratowych na skórę. Po miesiącu pigmentacja ze strony lewej była o wiele słabsza, co mógł również stwierdzić artysta malarz, któregośmy uprosili o przemalowanie tych odcieni na akwareli.

2. Chora K. S. l. 35. Przerzuty do skóry po operacji *Ca mammae*. Naświetlano symetrycznie 2 pola brzuszne, 10 na 15 cm, po 300 r. dziennie, 47 r/1' przez filtr 0,5 mm Cu., jedno prawe bezpośrednio, bez przesłony, otrzymało 1800 r., drugie lewe pośrednio, po założeniu na skórę przesłony o otworach kwadratowych, otrzymało 3200 r. Po miesiącu okazało się, że najsilniej pigmentowane było pole, które otrzymało najsłabszą dawkę bez kratki a najsłabiej to, które otrzymało dawkę prawie że podwójną, lecz przez kratkę. Dowodzi to, że po założeniu przesłony na skórę naświetlaną wytworzyły się korzystniejsze warunki biologiczne dla niej, gdyż z powodu tylko przesłony strata dawki powierzchniowej, jak to wykazuje rachunek, nie przekraczała 10%.

B. Doświadczenia na królikach.

Naświetlaliśmy tylko brzuch królika. Okazało się, że przy dawce jednorazowej 1500 r. (przy 100 kv. 4 mA. 1 mm. AI. 23 cm. odległości skóry od antykathody), króliki padały mniej więcej w przeciągu 1 tygodnia, jak to wynika z niżej podanej tablicy. Jest to więc dawka śmiertelna.

a)

Króliki	Doświadczenie trwało	Wynik	Sekcja wykazała
Nr 1	7 dni	padł	gwałtowne przekrwienie wątroby i nerek, zanik śledziony, spadek wagi sięgający 30%
Nr 3	9 „	„	waga pierwotna 2850 g., pośmiertna 2000 g.
Nr 4	8 „	„	waga pierwotna 2200 g., pośmiertna 1600 g.
Nr 23	9 „	„	

b) O ile jednak zastosujemy tę samą dawkę 1500 r. (100 kv, 4 mA. 1 mm AI. 23 cm) ale pośrednio, gdy przesłona jest nałożona na skórę królika, dawka ta śmiertelna nie powoduje, jak to wynika z niżej podanej tablicy.

Króliki	Doświadczenie trwało	Wynik	Kratka Nr 1
			Sekcja wykazała
Nr 5	30 dni	padł	<i>pleuritis exsudativa</i>
Nr 7	„	„	zwyrodnienie tłuszczowe wątroby. Otrzymał dodatkowo 300 r. bez kratki.
Nr 8	110 „	zabity	

c) Podwojenie dawki śmiertelnej do 3000 r., podanej jednorazowo (100 kv, 4 mA. 1 mm AI. 23 cm) poprzez przesłonę, wywołuje śmierć królika dopiero po 16-u i 29-ciu dniach, jak to widać z tablicy następującej:

Króliki	Doświadczenie trwało	Wynik	Kratka Nr 1
			Sekcja wykazała
Nr 6	16 dni	padł	strata na wadze 40%
Nr 10	29 dni		strata na wadze 40%

d) W tych samych warunkach, co poprzednio, dawka nawet wyższa, o ile jest podana podzielona w czasie, okazuje się, że nie jest zabójcza dla królika.

Królik	Data	Dawka	Kratka	1 mm. Al. 23 cm 100 kv. 4 mA.
Nr 2	25 X.	1500 r.	Nr 1	
	7 XI.	1500 r.	Nr 1	
	3 XII.	300 r.	bez kratki	
	5. XII.	400 r.	" "	

Razem 3700 r. w czym 700 r. bez kratki.

Królik zdechł dopiero po 5-ciu miesiącach. Sekcja wykazała serce powiększone, wiotkie, zwyrodnienie tłuszczowe wątroby. Śledziona, rzecz godna uwagi, zmian nie wykazywała. Podczas naświetlań królicza zaszła w ciążę i urodziła 3 żywe króliki, które po 3-ch dniach zdechły. Rozłożenie dawki w czasie i przestrzeni pozwala więc tkankom organizmu absorbować znacznie większe ilości energii promienistej, niż to dotychczas było możliwe, co ma wielkie znaczenie w leczeniu nowotworów.

e) Wykonaliśmy również próby z przesłoną szczelinową typu L y s h o l m a. Dawka 1500 r. (100 kv. 4 mA. 1 mm Al. 23 cm) mierzona pod przesłoną, a więc po przejściu przesłony, czyli że pełne 1500 r., ale rozłożone w przestrzeni w ten szczególny sposób, że pomiędzy pasmami naświetlonymi znajdowały się pasma równej szerokości, ale nie naświetlone, jak się okazało, nie było zabójcze dla królików Nr 14 Nr 16. A więc jest zabójcza dla królika nie sama dawka 1500 r., ale specjalny sposób rozłożenia tej energii elektromagnetycznej w przestrzeni. Co się tyczy królika Nr 14, to żył on jeszcze po 2-ch miesiącach, po czym został zabity i na sekcji stwierdzono śledzionę małą i *pleuritis tbc*. Królik zaś Nr 16 został zabity po 6-ciu tygodniach, i na sekcji zmian anatomicznych nie zauważono. Sposób dzielenia dawki przez przesłonę L y s h o l m a ochrania królika od śmierci nawet przed podwójną dawką śmiertelną, t. j. 3000 r. (100 kv. 4 mA. 1 mm Al. 23 cm), podaną jednorazowo. Królik Nr 15, który otrzymał tę dawkę, żył jeszcze po 2-ch miesiącach, po czym został zabity i na sekcji znaleziono dużą wątrobę zwyrodniałą tłuszczowo i zanik śledziony. Podnosząc kilowoltaż do 180 kv. przy 6 mA. filtrowanych przez 0,5 mm Cu + 1 Al., 30 cm odległości od antykatory, 3000 r., mierzonych pod L y s h o l m e m, zdołały zabić królika Nr 22 dopiero po 14-u dniach, przy czym dawka była podana jednorazowo.

Z tych doświadczeń wynika, że naświetlanie powierzchni ciągłych, homogennych stoi na przeszkodzie w podawaniu wysokich dawek promieni R. i zmniejsza tolerancję organizmu na te dawki.

C. Doświadczenia miernicze.

Wykonano pomiary:

- a) w powietrzu: 100 kv. 4 mA. 1 mm Al. 27 cm. otrzym. 35 r. na min.
" " " " " " " pod L y s h o l m e m 20 r. namln.
120 " " " " " " " " " " " " " 35 r. " "
- Dodanie więc 20 kv. wyrównywa stratę, spowodowaną L y s h o l m e m.
- b) w bloku parafiny 10 cm na 15 cm. zainstalowano kamerę jonizacyjną na głębokości 6 cm. Pomiary wykonane dały wartość promieniowania wiórnego, jak to wykazuje następująca tablica:
- 1) Bez przesłony 100 kv. 4 mA. 1 mm. Al. 27 cm. w 1 min. daje 211/4 r.
 - 2) Przez kratkę Nr 2 " " " " " " " " " " " 14 r.
 - 3) Przez otwór 3 X 3 " " " " " " " " " " " 11 r.
 - 4) Przez L y s h o l m a " " " " " " " " " " " 11 r.
 - 5) " " " " " " " " " " " " " 19 r.

Wyrównywamy więc stratę w promieniowaniu wtórnym przez podniesienie kilowoltażu o 20%.

Podamy jeszcze pomiary, wykonane w bloku parafiny, naświetlanym przez kratkę o otworach kwadratowych i mierzonych na 10 cm głębokości.

W tym celu określamy potrzebny czas w sekundach dla otrzymania 100 r., tubus 10 cm na 13 cm prąd 4 mA. przy zmiennym kilowoltażu i zmiennym filtrze.

Określenie czasu w sekundach dla otrzymania 100 r.

	Filtr 1 mm. Al.			Filtr 0,5 mm. Cu + 1 mm Al.		
	100 kv.	160 kv.	180 kv.	100 kv.	160 kv.	180 kv.
1) bez kratki	510	158	143	1800	414	316
2) kratka Nr 1	706	259	210	2571	632	492
3) kratka Nr 2	667	240	184	2400	545	429
4) kratka Nr 3	652	253	184	2400	535	422

Pomiary, wykonane w powietrzu, wykazują, że przez obecność kratki strata wynosi do 20% (przy 100 kv.) i 6% tylko przy 180 kv., w bloku parafiny zaś strata ta dochodzi do 20%. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że dzięki kratce możemy podwoić dawkę, to strata ta w zupełności się pokrywa.

D. Wpływ podwojenia odległości antykatory od powierzchni naświetlanej na wielkość dawki głębokiej.

Opis doświadczenia: Fantom wodny o powierzchni naświetlanej 25 cm na 30 cm. Na głębokości 10 cm wody umieszczono kamerę jonizacyjną. Wymiar kratki Nr 2 wynosi 14 cm na 22 cm, a wymiar pojedynczego otworu mierzy 3 cm na 3 cm. Napięcie stałe 180 kv. 4 mA. 0,5 mm Cu + 1 mm Al. Obliczamy wydajność r. na minutę.

Tablica A.

Odległość od antykatory	40 cm.	80 cm.
1) Naświetlanie bez przesłony	18 r.	6,5 r.
2) Naświetlanie przez kratkę	15,5 r.	5,75 r.
3) Naświetlenie przez pojedynczy otwór 3 cm. na 3 cm	9,5 r.	2,75 r.

W drugiej serii doświadczeń dozomierz znajduje się na powierzchni wody i mierzy dawkę powierzchniową.

Tablica B.

Odległość od antykatory	40 cm.	80 cm.
1) Naświetlanie bez przesłony	36 r.	10,5 r.
2) Naświetlanie przez kratkę	33 r.	10 r.
3) Naświetlanie przez pojedynczy otwór 3 cm. na 3 cm.	29,5 r.	8 1/8 r.

Zestawiając powyższe dane, dochodzimy do wniosku, że głęboka dawka procentowa, która wynosi 50% dla odległości 40 cm., podnosi się o 12% dla odległości 80 cm., gdy naświetlamy duże pole bezpośrednio. Wynik obliczenia, który otrzymujemy, naświetlając przez kratkę, jest zupełnie podobny do poprzedniego i wynosi 47% dla odległości 40 cm., a dla odległości 80 cm. zyskuje 10% i dochodzi do 57% dawki powierzchniowej. Zupełnie odmienny jest wynik naświetlania przez otwór pojedynczy wielkości 3 cm na 3 cm: przy 40 cm. odległości od antykatory procentowa dawka głęboka wynosi 32%, a przy 80 cm. tylko 33%. Przyrost dawki głębokiej przez oddalenie ogniska lampy rentgenowskiej wy-

nosi tylko 1%. Mimo więc, że pole, naświetlane przez kratkę jest złożone z pojedynczych pól o wymiarach małych, tworzą one ze sobą całość i takie złożone pole daje dawkę głęboką procentowo podobną do naświetlania dużego pola.

Wykonaliśmy również pomiary w powietrzu, co streszczamy w tablicy C.

Tablica C.

Odległość od antykady	40 cm.	80 cm.
1) Naświetlanie bez przesłony	29,5 r.	7,75 r.
2) Naświetlanie przez kratkę	28 r.	7,5 r.
3) Naświetlanie przez pojedynczy otwór 3 cm. na 3 cm.	25,25	7 ¹ / ₈ r.

Pomiary te, w porównaniu z pomiarami znajdującymi się w tablicach A i B, pozwalają obliczyć potęgę promieniowania wtórnego.

E. Działanie przesłony na płytkę fotograficzną.

Nasze doświadczenia wykazały:

1) Zdjęcia kraty na papierze światłoczułym są równie ostre, gdy krata znajduje się na powierzchni kliszy lub gdy jest oddalona od niej o 5 lub 10 cm.

2) Zdjęcia kraty poprzez 10 cm mąki lub też wody dają obrazy nieostre, w których przestrzenie nienaświetlone wychodzą zamglone. Przez powiększenie objętości ciała naświetlanego i napięcia wtórnego przestrzenie graniczne, normalnie ostre, jasne, na zdjęciu, wykonanym w powietrzu, wychodzą w tych warunkach zaciemnione, zamglone, nieostre i mało się różnią od naświetlonych bezpośrednio. Na tych zdjęciach możemy studiować tworzenie się pola, niehomogennie naświetlanego, o zmiennej intensywności, gdzie dzięki wtórnemu promieniowaniu, pola, mocno naświetlane, postępują rytmicznie za polami, słabiej naświetlonymi.

V. Część teoretyczna.

Wiadomo, że mniejsze pola można naświetlać wyższą dawką, niż duże. Objasnienie tych faktów jest nie-trudne, jeżeli się rozważy rolę, jaką odgrywa pas graniczny skóry nienaświetlonej w ożywianiu, oddychaniu i regeneracji pola, bardzo intensywnie uprzednio naświetlanego. Jak wiadomo po takim naświetlaniu śródbłonek naczyń włosowatych skóry i tkanki podścieliskowej ulega silnemu urazowi, który w poszczególnych przypadkach może doprowadzić do zupełnej martwicy skóry. Im mniejsze więc jest pole naświetlone, tym łatwiej regeneruje się dzięki sąsiedztwu naczyń krwionośnych, nieuszkodzonych przez naświetlanie. Należałoby więc doprowadzić do każdego skrawka skóry naświetlanej odżywczo działającą skórę z pasa granicznego, co też my czynimy, dzieląc duże pole naświetlane na mniejsze, między którymi przeprowadzamy sztuczne pasy graniczne. Jest to tym bardziej konieczne, że w miarę, gdy wymiary pola naświetlanego wzrastają, wymiary pola granicznego zmniejszają się jeszcze szybciej. Dla przykładu rozważmy przypadek pola prostokątnego o 1 cm. długości i o 1 cm. szerokości. Jeżeli przyjmujemy, że szerokość pasa graniczającego jest również równa 1 cm, to jego powierzchnia będzie ośmiokrotnie większa, niż powierzchnia naświetlana. Rozważmy teraz drugi przypadek pola naświetlanego kwadratowego 10 cm na 10 cm

czyli o powierzchni 100 cm². W tym przypadku przypuścimy również, że szerokość pasa granicznego wynosi też 1 cm, a więc jego powierzchnia równa się 44 cm², czyli że stosunkowo znacznie się zmniejszyła, gdyż nie tylko nie jest 8 razy większa, ale 2 i 1/2 raza mniejsza. Powierzchnia naświetlona powiększyła się stokrotnie, a powierzchnia nienaświetlona, czyli pas graniczny zmniejszył się stosunkowo 20-krotnie.

Zrozumiałe więc jest, że wprowadzenie do pola naświetlanego pasemek nienaświetlanych powiększa wymiary pól granicznych, dzieli duże pola na mniejsze i wzmacnia wytrzymałość powierzchni naświetlanych na najwyższe dawki promieni Roentgena.

Streszczenie.

Autorzy podają nową metodę naświetlań rentgenowskich, w której stosują zasadę dzielenia dużych pól na drobniejsze. W ten sposób zostaje osiągnięty cały system pól naświetlonych, a obok każdego z nich pole nietknięte promieniami R. W ten sposób pole naświetlone intensywnie powiększa swoją odporność na działanie promieni przez bezpośrednie zetknięcie się z polem o odżywianiu prawidłowym, o naczyniach włosowatych nietkniętych promieniami. Doświadczeń dokonano na zwierzętach (królikach), dla których określono na wstępie dawkę śmiertelną (1500 r.). Okazało się, że ta sama dawka, podana przez przesłonę, przestaje być śmiertelna, i że można ją nawet podwoić bezkarnie. U ludzi dawka rumieniowa skóry, podana przez przesłonę, rumienia nie wywołuje, co pozwala podwyższyć dawkę rentgenowską i przesunąć jej granicę wwyż. Pomiary jonometryczne, wykonane za pomocą przesłony, wykazują znaczną wydajność tej metody. Opisany jest przypadek raka wątroby, skutecznie leczonego tą metodą, jak również kilka innych przypadków wymagających bardzo intensywnego naświetlania. Możliwość podania większych dawek w radioterapii nowotworów złośliwych oznacza duży postęp, jednak nie rozstrzyga w zupełności problemu radiodporności. Problem ten będzie rozstrzygnięty dopiero przez nowsze badania nad uczulaczami, w myśl naszej teorii aktywności raka. Dzięki uczulaczom tkanki nowotworowe są w stanie przyswoić sobie energię elektromagnetyczną w sposób bardziej dokładny.

PIŚMIENICTWO.

- Abeles, Fortschr. Röntgenstr. 1925. Haring, W. Strahlentherapie 1934, 51, 154—163. Köhler, A. Fortschr. Röntgenstr. 1909—1910, 14, 27—29. München. med. Woch. 1909, 56, 2314—2316. Strahlentherapie 1912, 1, 121—131. Liberson, F. Radiology, 1933, 20, 186—195. The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy Vol. XXXVI, Nr 2, August, 1936. Grynkrout, B. Bulletin et Mémoires de la Société de Radiologie Médicale de France, Janvier, 1935, 50. Grynkrout, B. u. Sitkowski, W. Strahlentherapie, 1936, Bd. 56. Festschrift f. Antoine Beclère. II-e Congrès International Contre le Cancer, 1936; Bruxelles. IV-y Ogólnopolski Zjazd Walki z Nowotworami w Wilnie, 1936. V International. Radiologenkongress, 1937, Chicago. Bulletin et Mém. de la Soc. de Rad. Méd. de France, Mai, 1937. Sitkowski i Grynkrout. Doroczny zjazd naukowy w Łodzi P. L. T. R. 1935, gruzdzien.

Z Oddziału Wewnętrznego A Szpitala matz. Poznańskich
w Łodzi.

(Ordynator: Dr. L. Szyfman).

Spostrzeżenia nad działaniem Insuliny protamino-cynkowej.

Podali

L. SZYFMAN i I. LEBOWICZ (Łódź).

Ujemną stronę insuliny zwykłej (I. zw.) stanowi konieczność wprowadzenia jej do ustroju drogą wyłącznie zastrzykiwań oraz krótkotrwałe jej działanie. Wszelkie dotychczasowe próby stosowania insuliny drogą doustną, donosową zawiodły. Natomiast problem wytworzenia preparatu insulinowego, ulegającego powolniejszemu wchłanianiu i mającego dzięki temu trwalsze działanie, wydaje się być na drodze do rozwiązania dzięki wykrytej w r. 1935 przez Hagedorna insulinie protaminowej. Dalsze udoskonalenie tego preparatu zawdzięczamy Scottowi, który wprowadził do lecznictwa t. zw. cynkprotamininsulinę (IPC), czyli insulinę protaminową, uzupełnioną przez dodanie cynku, naturalnego składnika zwykłej insuliny. Piśmiennictwo obce, zwłaszcza amerykańskie i angielskie, dotyczące działania IPC, jest już bardzo bogate i oparte na ogromnym materiale klinicznym (Joslin, Lawrence, Himsworth, Bennett).

W literaturze polskiej poruszali dotychczas tę sprawę na podstawie pojedynczych tylko przypadków, ze względu na trudności, związane z uzyskaniem preparatu, Elmer, Landau, Grott. Ze wszystkich ogłoszonych dotychczas prac wynika, że działanie IPC występuje później i trwa dłużej, niż działanie insuliny zwykłej. Według Himswortha, *maximum* działania insuliny zw. występuje po 2—3 godzinach, a IPC po 8—15 godzinach, czas trwania działania insuliny zw. wynosi 6—8 godzin, IPC od 30—57 godzin (według Wildera, nawet 3 doby). Joslin podkreśla, że za pomocą tej samej dawki IPC można w ciągu pierwszych kilku dni jej stosowania nie osiągnąć nawet odcukrzenia, a po kilku dniach znika nie tylko cukromocz, ale mogą wystąpić objawy hipoglikemii, zmuszające do zredukowania dawki IPC. Tłumaczy się to kumulacyjnym działaniem IPC. To właśnie kumulacyjne działanie cynkprotamininsuliny i zależne od tego nieoczekiwane występujące objawy niedocukrzenia stanowią, według autorów (Joslina, Himswortha i innych), wielką przeszkodę, uniemożliwiająca całkowite wykorzystanie dodatnich cech IPC. Bennett opisał nawet przypadek śmierci wskutek śpiączki hipoglikemicznej, spowodowanej cynkprotamininsuliną. Radzi on wobec tego nie przekraczać jednorazowej dawki 30 jedn. Wszyscy autorzy zgodnie podkreślają, że niedocukrzenie po IPC przebiega podstępnie, bez znanych klasycznych objawów hipoglikemii: pocenia, bicia serca, drżenie i bicie serca; dominują natomiast w okresie początkowym bóle głowy i nudności. W razie wystąpienia śpiączki jest ona cięższa i trudniejsza do opanowania, niż po insulinie zwykłej. Umber usiłuje wytłumaczyć różnicę w obrazie klinicznym hipoglikemii po zwykłej insulinie i po IPC w sposób następujący: nagły spadek glikemii po zwykłej insulinie powoduje na skutek reakcji antagónistów (nadnercza, tarczycy) wystąpienie takich objawów, jak bicie serca

drżenie, IPC natomiast, ze względu na powolniejsze jej działanie, nie mobilizuje kontr-regulatorów, stąd brak tych objawów; występujące natomiast po IPC bóle głowy, nudności skłonny jest kłaść na karb niedocukrzenia tkanki mózgowej.

Cynkprotamininsulina wskazana jest w przypadkach, wymagających: po pierwsze — kilkakrotnych dziennych zastrzykiwań, po drugie — gdy za pomocą insuliny zwykłej nie udaje się opanować cukromoczu nocnego i wzrastającej nad ranem glikemii. Nie należy jej natomiast stosować w stanach śpiączkowych i przedśpiączkowych, w przebiegu wtórnych zakażeń u diabetyków lub powikłań chirurgicznych, kiedy zależy nam przede wszystkim na szybkim działaniu insuliny. Największym materiałem klinicznym, dotyczącym IPC, rozporządza Joslin, który w ciągu 2-cho lat ostatnich stosował IPC u 1.250 chorych z wynikiem na ogół zachęcającym. Spośród 1.250 chorych Joslina 657 otrzymuje samą IPC, a 593 leczenie kombinowane, to znaczy — IPC plus insulinę zw. Joslin rozpoczyna zazwyczaj od 10 jedn. IPC z rana, powiększa w razie potrzeby codziennie dawkę do 60 jedn. pro dosi. aż do zniknięcia cukromoczu. Jeśli to się nie udaje za pomocą samej IPC, stosuje jednorazowo z rana IPC w połączeniu z insuliną zwykłą w odróżnieniu od szkoły Hagedorna, która przy kombinowanym leczeniu wstrzykuje z rana zwykłą, a po południu IPC. W sprawie diety przy stosowaniu IPC Joslin trzyma się zasady: „przy IPC rzadsze zastrzykiwania — częstsze spożywanie pokarmów“. Podaje on przeciętnie około 150 g wodań w woła, z których $\frac{1}{3}$ na śniadanie, a $\frac{2}{4}$ na pozostałe posiłki; ostrzega on przy tym chorych, by przed każdym wysiłkiem fizycznym spożywali nieco węglowodanów ze względu na możliwość wystąpienia hipoglikemii. Na podstawie swego materiału Joslin uważa, że IPC jest dobrodziejstwem dla wielu chorych. Podkreśla on, że dawkowanie IPC jest trudniejsze, niż zwykłej insuliny, i wymaga w pierwszym okresie ścisłej obserwacji klinicznej. Zastrzega się jednak, że okres doświadczalny stosowania IPC jeszcze się nie zakończył. Faltą stosował IPC w 22 przypadkach. Wyniki, uzyskane przez niego, świadczą korzystnie o wartości leczniczej IPC, sprostując jednak częste objawy lekkiego niedocukrzenia, a w dwóch przypadkach ciężka hipoglikemia. Wagner stosował IPC w 29 przypadkach u dzieci i młodocianych diabetyków. Uzyskiwał wyniki na ogół zachęcające, w kilku przypadkach, zwłaszcza u młodych dzieci, zmuszony był do odstawienia IPC ze względu na ciężkie objawy hipoglikemiczne.

Z autorów francuskich Schwob, Rivoire, Boulin wypowiadają się na ogół przychylnie o IPC, poważne zastrzeżenia wysuwa natomiast Rothery ze względu na podstępnie występującą po IPC i ciężko przebiegającą hipoglikemię.

Z autorów polskich otrzymali zachęcające wyniki Elmer (w 9 przypadkach), Landau (w 2 przypadkach), Grott w jednym z 4 przypadków spostrzegali ciężką hipoglikemię.

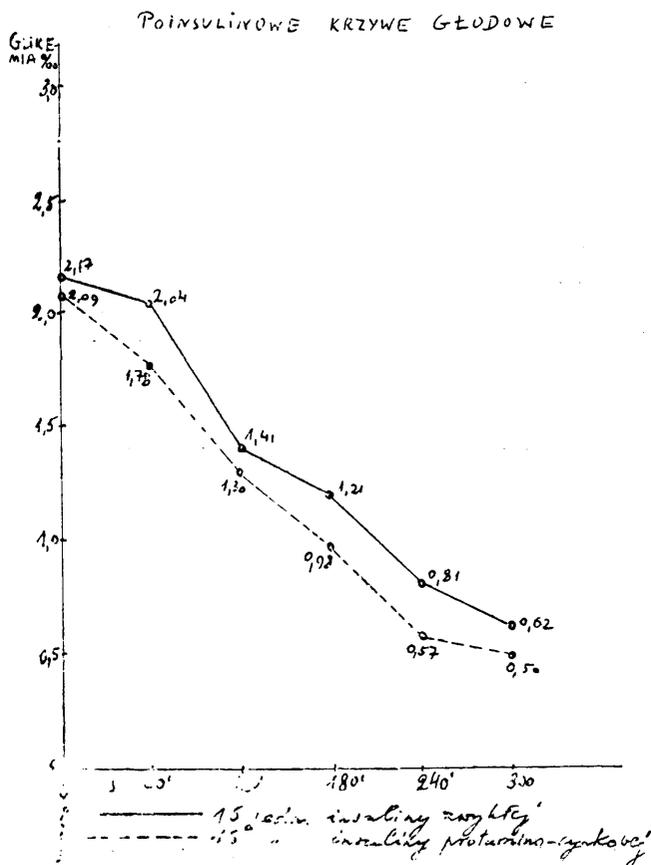
Ze względu na skromny materiał autorów polskich uważamy za właściwe omówienie spostrzeżeń własnych, dotyczących 4 przypadków.

Przykład I. Chora lat 27, cukrzycą, wykryta przez kilka tygodniami w związku ze swedzeniem w okolicy brzucha. W czasie przybycia do szpitala znaczny cukromocz (7%—72 g na dobę). Poziom cukru we krwi 175 g. w litrze. Zastosowano insulinę 2 razy dziennie po 16 jednostek przy diecie, zawierającej około 80 g. białka, 60 g. tłuszczu, 135 g. węglowodanów;;

*) Według odczytu wygłoszonego w Łódzkim Tow. Lekarskim dn. 6-go kwietnia 1938 r.

wydała przy tym około 25 g, bilans wodorów węgla + 110. W ciągu następnych kilku dni chora dostawała z rana 24 jedn., wieczorem 20 jedn. Wobec skłonności do hipoglikemii zrezygnowano później z wieczornej dawki insuliny. Przy wypisaniu ze szpitala po 7-iodniowym pobycie otrzymywała 20 jedn. insuliny raz dziennie z rana, wydała przy tym od 8 — 15 g. cukru na dobę. Bilans węglowodanów + 150. Chora pozostawała w obserwacji ambulatoryjnej. Ze względu na trudności materialne nie stosowała insuliny, wobec czego nastąpiło pogorszenie w postaci wzrostu glikemii do 2,06 g‰ i znacznego cukromoczu (4%). W tym stanie chorą przyjęto powtórnie do oddziału celem leczenia za pomocą IPC. Stosowano preparat firmy Organon pod nazwą Cynkprotamininsulina. Chcąc bliżej poznać wpływ IPC na gospodarkę węglowodanów, przeprowadziliśmy u pacjentki szereg badań wstępnych. Przede wszystkim sprawdziliśmy zachowanie się u niej krzywej głodowej cukru we krwi po zastrzyknięciu 16 jedn. insuliny zwykłej i tej samej dawki IPC w ciągu 5 godzin.

TABLICA I.

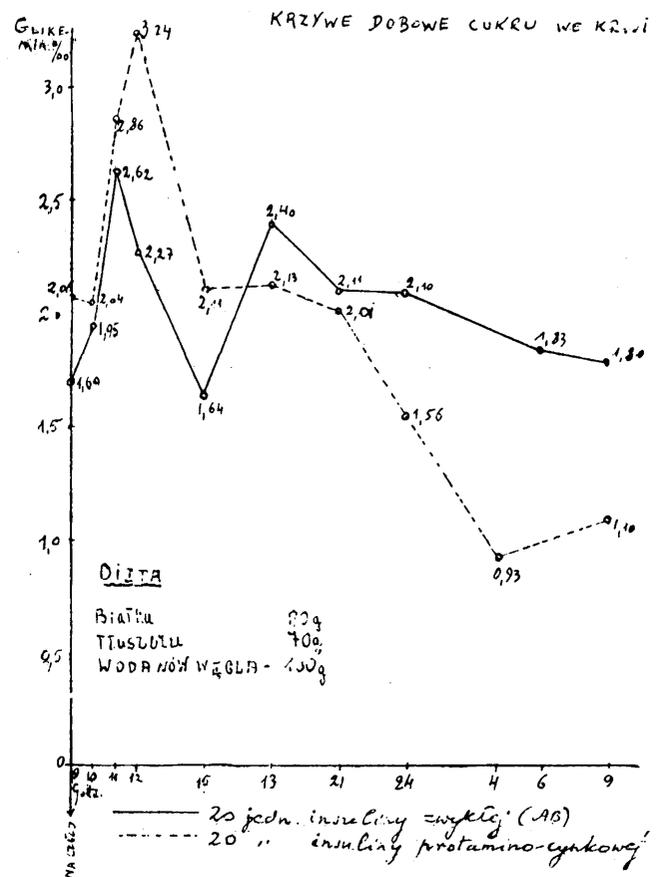


Z otrzymanych krzywych wynika, że działanie IPC w stosunku do glikemii pochodzenia endogennego nie różni się od działania insuliny zwykłej. Przekonało nas o tym powtórne kontrolne badanie, dokonane po kilku dniach. Wyniki te są zgodne ze spostrzeżeniami Lawrence'a i Arctera. Natomiast co do glikemii pochodzenia pokarmowego IPC różni się wybitnie od działania insuliny zwykłej. mianowicie, spadek glikemii pod wpływem IPC występuje później i utrzymuje się znacznie dłużej, niż przy insulinie zwykłej.

Jak wynika z tablicy II, *maximum* działania IPC stwierdzono po 19-u godzinach (0,93%). Po 24 godzinach poziom cukru we krwi wynosił zaledwie 1,1 g‰, czego nigdy dotychczas u tej chorej nie zdołano osiągnąć, nawet przy dwukrotnym stosowaniu insuliny z rana 24, a wieczorem 16 jedn. Odpowiednio do krzywej glikemii zachował się i cukromoczu: utrzymywał się w ciągu dnia, znikał w nocy. W dniu 20.III dokonano kontrolne-

go badania zachowania się cukru we krwi po 16 jedn. IPC w ciągu 5 godzin głodzenia. Na czczo tego dnia glikemia wynosiła 1,81; po 60' — 1,74; po 120' — 1,33; po 180' — 1,05; po 240' — 0,74; po 300' — 0,64; od obiadu chora otrzymywała swoją zwykłą dietę, składającą się z około 130 g węglowodanów, 80 białka i 70 tłuszczu. Nazajutrz z rana cukier we krwi wynosił 1,61 g‰. Zastrzyknięto 20 jedn. IPC. Chora pozostawała na swojej zwykłej diecie. W 3 godziny później wystąpiły objawy hipoglikemii, niepokój, brak łaknienia, bóle głowy, senność, ogólne samopoczucie chorej złe. Objawy te ustąpiły po podaniu wodorów węgla. Wystąpienie hipoglikemii po 20 jedn. IPC, przy zachowaniu zwykłej diety pacjentki, skłonni jesteśmy tłumaczyć kumulacyjnym działaniem IPC. W ciągu następnych 2 dni chora zupełnie insuliny nie otrzymywała, a jednak poziom cukru we krwi nie przekraczał 1,65 g‰, co prawdopodobnie zależało od utrzymującego się jeszcze działania IPC. W tym stanie chora na własne żądanie została wypisana ze szpitala z poleceniem stowania w domu (na prowincji) raz dziennie insuliny zwykłej.

TABLICA II.



Na dalsze stosowanie ambulatoryjne u tej chorej IPC zdecydować się nie mogliśmy ze względu na ujawnione u niej kumulacyjne działanie IPC i niespodziewanie występujące przykre objawy hipoglikemii.

Przy p a d e k II*). Chora lat 56, cukrzyca, stwierdzona przed 2 tygodniami. Przy diecie, zawierającej 80 g białka, 70 wodorów węgla i 65 tłuszczu — 6% cukru w moczu — 60 g na dobę. Bilans + 10, Glikemia 2,14. Wobec tego zastosowano przy diecie uboższej w tłuszcz i obfitszej w węglowodany insulinę początkowo 2 razy po 10 jednostek, później 2 razy po 20 jedn., a w miarę poprawy gospodarki wodorów węgla raz dziennie 20 jedn. z rana. Przy 20 jedn. po tygodniu leczenia wydała kilkanaście gramów cukru na dobę. Bilans + 110. Cukromoczu

*) W następnych przypadkach stosowano insulinę protaminowocynkową firmy „Novo“.

w nocnej porcji był zazwyczaj większy, niż dzienny. Przy zastosowaniu IPC w tej samej dawce cukromocz utrzymywał się mniej więcej w tych samych granicach, zaznaczała się natomiast wyraźna różnica między insuliną zwykłą a IPC, mianowicie, w dziennej porcji cukromocz zawsze przeważał w stosunku do porcji nocnej. Z przypadku tego, krótko tylko spostrzeganego, wobec wypisania chorej, możemy wyciągnąć tylko ten wniosek, że jednorazowa dawka ranna IPC dała możliwość opanowania nocnego cukromoczu na skutek powolniejszego i późniejszego jej działania.

P r z y p a d e k III. Chory lat 50, diabetyk od dłuższego czasu, otrzymujący insulinę. Sprawa opanowana przy 20 plus 12 jedn. Nieznaczny cukromocz. Zastosowano raz dziennie 20 jedn. IPC z rana. Cukromocz wzrósł. Wtedy podano jednorazowo 32 jedn. IPC z rana. Efekt taki sam, jak przy dwukrotnym podawaniu zwykłej insuliny. Dawkę tę chory zniósł dobrze, bez wszelkich objawów hipoglikemii. Przypadek ambulatoryjny, wobec czego szczegółowo zbadany być nie mógł.

P r z y p a d e k IV — analogiczny do poprzedniego. Chora dobrze znosiła jednorazową dawkę 36 jedn. IPC bez objawów hipoglikemicznych, a pod względem działania dawka ta odpowiadała mniej więcej tejże dawce insuliny zwykłej, rozłożonej na dwie części — 20 z rana i 16 wieczorem.

Reasumując, na podstawie danych z piśmiennictwa i skromnego własnego materiału, pozwalamy sobie wyciągnąć następujące wnioski:

1. IPC stanowi ceną zdobyczą w leczeniu cukrzycy. Umożliwia ona bowiem w licznych przypadkach dzięki powolnemu i dłuższemu działaniu zredukowanie liczby zastrzykiwań w ciągu doby.

2. Ogranicza jej wartość praktyczną działanie kumulacyjne, prowadzące czasami do ciężkich, podstępnie przebiegających napadów hipoglikemicznych.

3. Ustalanie odpowiedniej dla danego chorego dawki IPC wymaga ścisłej obserwacji klinicznej i naraża często większe trudności, niż dawkowanie insuliny zwykłej.

4. Wobec powolnego działania IPC — nie powinna ona mieć zastosowania w stanach śpiączkowych i przedśpiączkowych, które pozostają nadal domeną insuliny zwykłej.

5. Okres doświadczalny IPC nie jest jeszcze zakończony (Joslin).

PIŚMIENNICTWO.

Bennet — Lancet, str. 1319—1937. Elmer — Polska Gaz. Lek. Nr 1 — 2/1938. Falta — Kl. Woch. Nr 47/1937. Grott — Medycyna, Nr 3/1938. Himsworth — British Med. Jour. Ass. str. 541—543/1937. Joslin — The Am Med. Jour. Ass. vol 109 Nr 7/1937. Landau, Waksman — P. G. Lek. N. — 13/1938. Lawrence, Arcter — British Med. Jour. str. 747/1936. Rivoire — Bull. Soc. Med. Hcpit. Nr 31/37. Rathery — Loc. cit. Schwab — Pr. Med. Nr 8/28. Umber, Störing, Fölmer — Kl. Wochft. Nr 13/1938.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi.

Podał

M. PŁOŃSKI (Warszawa),

prosektor Szpitala Starozakonnych na Czystem w Warszawie

(Dokończenie — patrz nr 16)

Bardzo interesujące są przypadki, w których usuwano tylko część nowotworu złośliwego, a drugą część pozostawiano z powodu trudności operacyjnych, i w których później pozostawiona część guza samoistnie zanikała. Sauerbruch opisuje przypadek mięsaka uda u 22-letniej dziewczyny, w którym nie udało się usunąć części guza, wrastającej do miednicy; po operacji stan chorej się poprawił, i pozostawiona część guza zanikała. Müller operował przypadek mięsaka miednicy u 22-letniego mężczyzny, przy czym musiał pozostawić część guza; chory wyzdrowiał zupełnie, powrócił do swych zajęć i był spostrzegany w ciągu 18 lat. Strauss cytuje przypadek raka żołądka, w którym usunięto tylko część nowotworu (zresztą badanego histologicznie); chory wyzdrowiał i zmarł po 10 latach z powodu choroby nerkowej (?); sekcji nie wykonano. Wintz zwraca uwagę na to, że w tym ostatnim przypadku operacja mogła być doszczętna: raki wrzodziejące są często otoczone przez tkanki w stanie zapalnym, które operujący może wziąć za tkanki rakowe. Błąd tego rodzaju spotykamy często w przypadkach ginekologicznych, np. w rakach szyi, jakoby nie nadających się do operacji, w których po częściowym zabiegu następuje wyleczenie; najprawdopodobniej i w tych przypadkach w najbliższym otoczeniu lub w przymaciaczach istnieją tylko zmiany zapalne (brane za zmiany nowotworowe), które po

doszczętnym (pczornie tylko częściowym) usunięciu właściwego ogniska nowotworowego cofają się samoistnie.

W ostatniej grupie przypadków Wintz omawia samowyleczenia nowotworów złośliwych bez jakichkolwiek zabiegów lub wpływów zewnętrznych. Przypadki takie dawniej opisywano dość często; wydaje się jednak, że w większości tych przypadków miały miejsce błędy rozpoznawcze. Od czasu, kiedy badania histologiczne nowotworów są wykonywane częściej, liczba spostrzeganych samoistnych wyleczeń raka bardzo znacznie się zmniejszyła. Jednakże niektóre z przypadków zasługują na uwagę. W jednym z dawniej opisanych spostrzegano gruczolak złośliwy odbytniczy u 31-letniej kobiety (badany histologicznie przez Ortha); po operacji doszczętniej dwukrotnie występował nawrót, za każdym razem operowany. Przy trzecim nawrocie guz samoistnie zanikł, i chora wyzdrowiała (pozostawała jednakże w obserwacji tylko w ciągu 2 lat). Niejednokrotnie spostrzegano w czasie próbnego otwarcia jamy brzusznej raki trzustki (nieraz badane histologicznie), — po czym chorzy pozostawali przy życiu jeszcze przez kilka lat (?). Niektórzy autorzy opisywali samoistne wyleczenia raków włókniстых (scirrhus) piersi. Hainatz opisuje przypadek raka górnej wargi; po próbnym wycinku nastąpiło samowyleczenie (obserwacja 3-letnia). W innym przypadku rak szyi macicy, badany histologicznie, zanikł samoistnie; pacjentka zmarła po 7 latach z powodu grypowego zapalenia płuc (sekcji nie wykonano).

Wintz z wielką ostrożnością i krytyzmem odnosi się do tych przypadków. We wnioskach ostatecznych podkreśla, że należy w dalszym ciągu szukać przypadków nowotworów złośliwych, które by bez żadnych

zastrzeżeń mogły być uważane za przypadki samowyleczenia. Na razie jednak, praktycznie rzecz biorąc, nie należy się zupełnie liczyć z możliwością samoistnego wyleczenia nowotworu złośliwego.

Strauss i Frauchinger odróżniają następujące grupy przypadków samoistnego wyleczenia nowotworów złośliwych: 1. naukowo stwierdzone samoistne wyleczenia bez jakiegokolwiek zabiegu, 2. niepewne przypadki samoistnego wyleczenia bez jakiegokolwiek zabiegu, 3. naukowo stwierdzone samowyleczenia po operacjach paliatywnych (zespolenia, sztuczny odbył, częściowe usunięcie guza i t. p.), 4. samoistne wyleczenia w przebiegu chorób zakaźnych (róża, szkarlatyna, tyfus, cholera). Autorzy stwierdzają, że w pierwszej grupie nie ma ani jednego zupełnie pewnego przypadku samowyleczenia, szczególnie, jeżeli idzie o raki. W przypadkach ogłoszonych najczęściej nie wykonano badań histologicznych.

W 1936 roku Hajek opisał przypadek bardzo pouczający dla omawianego tutaj zagadnienia. W 1929 roku przybyła do kliniki 37-letnia kobieta ze skargami na upławy z domieszką krwi. W ostatnich tygodniach straciła na wadze 10 kg. Badanie histologiczne wycinka z części pochwowej macicy wykazało sprawę nowotworową złośliwą (*carcinoma planoepitheliale*); na brzegach pobranego wycinka można było stwierdzić mikroskopowo bardzo żywy rozplam nowotworowy i prawie zupełny brak zdrowych tkanek. Pacjentka wypisała się z kliniki bez dalszego leczenia. W ciągu 6 lat czuła się zupełnie dobrze i przybrała na wadze 5 kg. W 1935 roku nagle dostała gorączki, dreszczy i bólów brzucha. Badanie kliniczne wykazało podejrzaną nadżerkę na części pochwowej macicy oraz naciek z prawej strony poza macicą. Wkrótce wystąpiły objawy zapalenia opłucnej oraz objawy niedrożności jelit. W czasie operacji stwierdzono zrosty między jelitami i otorbiony ropień o przerwanej ścianie. Chora po operacji zmarła. Sekcja wykazała ropnie pomiędzy pętlami jelit, ropień w jamie Douglasa, łączący się z ropniem dookoła cdbytnicy, kiłowe zapalenie tętnicy głównej, macicę niezmienioną, w części pochwowej niewielkie ognisko rakowe (mało zróżniczkowany rak płaskokomórkowy), przymacicza i gruczoły pozaotrzewnowe wolne. W ciągu 6 lat rak wcale nie rósł. Hajek słusznie podkreśla w zakończeniu, że, gdyby ta sama pacjentka dostała się do innego szpitala, i gdyby nie wykonano sekcji, przypadek byłby zaliczony do samoistnych wyleczeń raka.

Touraine i Duperrat w pracy o samoistnym wyleczeniu raka omawiają w pierwszym rzędzie dość częste, jak twierdzą, samowyleczenia raków skóry. Autorzy twierdzą, że samowyleczenia mogą mieć miejsce i w przypadkach raków narządów wewnętrznych. W rozważaniach swoich autorzy opierają się na materiale Rohdenburga, który do 1918 roku zestawiał 198 przypadków jakoby zupełnie pewnego samowyleczenia raków. Odsetek przypadków samowyleczenia raka ma wynosić według Bashforda 1:100000.

Touraine i Duperrat uwzględniają poza przypadkami właściwego samowyleczenia nowotworów złośliwych również i przypadki o łagodnym przebiegu klinicznym z bardzo powolnym wzrostem guzów lub z czasowym zanikiem guzów i t. p. W grupie całkowitych samoistnych samowyleczeń podają 20 przypadków raków skórnych, które całkowicie się cofnęły. Zwracają uwagę na przypadki, w których nowotwór na jednym brzegu zanika z pozostawieniem blizny, a na drugim brzegu rośnie dalej. W grupie raków z przerzutami po-

dają przypadki całkowitego zaniku ogniska pierwotnego przy dalszym rozroście ognisk przerzutowych. Bardzo interesujące są przypadki szybkiego cofania się mnogich przerzutów, które później znów po pewnym czasie się pokazują. Z tych przypadków na szczególną uwagę zasługuje przypadek uogólnionego mięsaka limfatycznego (*lymphosarcoma*) opisany przez Rohdenburga: powiększone i zmienione nowotworowo od 10 miesięcy gruczoły limfatyczne pewnego dnia się zmniejszyły i stały się niemacalne; po tygodniu znów się powiększyły, po czym wkrótce nastąpiło zejście śmiertelne. (W sprawie zanikania przerzutów autorzy niesłusznie powołują się na dawno już znane spostrzeżenia, dotyczące dalszych losów pojedynczych komórek nowotworowych, które przedostają się do krwiobiegu i do poszczególnych narządów. M. B. Schmidt, Lubarsch i inni stwierdzili, że komórki nowotworowe, które się przedostały do włóscinek płuc, wątroby i gruczołów limfatycznych, bardzo często się rozpadają i nie stają się od razu punktem wyjścia dla przerzutów. Konjettz n stwierdzał to samo w naczyniach włosowatych sieci. Lubarsch przypuszczał, że wielokrotny rozpad komórek nowotworowych w jakimś narzędzie przygotowuje niejako odpowiedni teren do powstania przerzutów. Borst mówi o „fazie premetastazy” w przebiegu nowotworów złośliwych, kiedy komórki nowotworowe krążą w ustroju i są unieszkodliwiane przez siły obronne; później dopiero, po wielokrotnych „wysiewach” komórek nowotworowych tworzą się właściwe przerzuty. Zjawisko cofania się przerzutów, t. j. wtórnych ognisk, powstałych z osiadłych w jakimś narzędzie i zachowanych przy życiu komórek nowotworowych, nie wiąże się bezpośrednio ze zjawiskiem rozpadu komórek, krążących w ustroju w „fazie premetastazy“).

W dalszym ciągu autorzy francuscy cytują przypadki raków o niezwykle powolnym przebiegu klinicznym.

W materiale, zestawionym przez autorów, można odróżnić następujące grupy przypadków samoistnego wyleczenia, częściowego cofania się i łagodnego przebiegu nowotworów złośliwych: 1. przypadki w ogóle nieileczone, 2. przypadki po częściowym zabiegu chirurgicznym, 3. przypadki po operacji paliatywnej, 4. przypadki po próbnym otwarciu jamy brzusznej, 5. przypadki po miejscowym zakażeniu nowotworu. Jeżeli idzie o warunki ogólne, to autorzy podkreślają dobroczynny nieraz wpływ wysokiej gorączki; równocześnie jednak zwracają uwagę na częste pogorszenia spraw nowotworowych pod wpływem gorączki. Podają przypadki, w których spostrzegano polepszenia, a nawet wyleczenia po bardzo dużych krwotokach (Lomer, Teilhaaber). Przypominają o wyleczeniach raków skóry (niezbadanych histologicznie) w przebiegu kuracji przeciwiłkowej, często u osobników z dodatnim odczynem Wassermanna.

W zakończeniu swej pracy Touraine i Duperrat stwierdzają, że samoistne wyleczenie nowotworów złośliwych jest możliwe nawet w przypadkach daleko posuniętych. Oczywiście, idzie tu o przypadki wyjątkowe, i na ich podstawie nie można zmieniać ustalonych poglądów na rokowanie w sprawach nowotworowych. Materiał, dotyczący samoistnego wyleczenia nowotworów złośliwych, jest bardzo ważny, gdyż świadczy o tym, że przebieg nowotworów nie zawsze jest bezwzględnie złośliwy. Byłoby błędem, zdaniem autorów, opieranie definicji raka na bezwzględnie postępującym przebiegu sprawy chorobowej.

Streszczenia pojedyncze.

Farmakologia i Toksykologia.

G. KRULL. Stosowanie Coraminy w zatruciach alkoholem. (Münch. med. Woch. Nr 50, 1937).

Szybkie występowanie działania Coraminy przy dożylnym zastosowaniu i jej nieszkodliwość nawet w dużych dawkach pobudziły autora do stosowania preparatu w zatruciu alkoholem ze względu na jej własności, pobudzające oddech i krążenie. Autor opisuje przypadek ciężkiego zatrucia alkoholem z ciężkimi zaburzeniami krążenia i oddechu oraz utratą przytomności, w którym zastosował trzy dawki pięciocentymetrowe Coraminy dożynie i jedną dawkę pięciocentymetrową domięśniowo. Już po pół godzinie wystąpiło polepszenie, wróciła przytomność. Ten szybki skutek zachęcił autora do stosowania Coraminy we wszystkich podobnych przypadkach i w cięższych zatruciach; wynik zawsze otrzymywał dobry. W lekkich przypadkach wystarczały małe dawki do ocucenia chorego. Górnej granicy dawkowania nie ustalono. Co do ilości stosowanej Coraminy, należy się kierować według osiągniętych rezultatów. Przy stosowaniu dużych dawek Coraminy występuje nieraz objaw kichania. Autor jest zdania, że objaw ten jest spowodowany drażnieniem śluzówki nosa przez wydzielającą się Coraminę. F. Mikulska.

Choroby zakaźne.

B. A. PETERS i R. V. HAVARD. Chemoterapia zakażeń paciorkowcowych przy pomocy para-benzyl-aminobenzenu-sulfamidu. (The Lancet T. I. Nr 22 s. 1273. 1937).

Podając Septazinę w płonicy zmniejszono liczbę występujących powikłań chorobowych. Autorom wydaje się, jakoby lek ten wstrzymywał rozszerzenie się sprawy chorobowej w organizmie, a wyniki osiągnięte byłyby może jeszcze lepsze, gdyby leczenie tego rodzaju można było wcześniej zastosować. W leczonych 47 przypadkach powstrzymano postęp choroby już w 24 pierwszych godzinach. W 31 przypadkach przywrócono ciepotę normalną w 24 godzinach, zaś w 12 przypadkach — w ciągu 48 godzin. W. S. Hołobut.

W. T. BENSON. Spostrzeżenia nad przebiegiem niektórych zakażeń paciorkowcowych. (Edinburgh Medical Journal N. S. (IV), T. 45. s. 24, 1938).

Obserwacje autora tyczą się schorzeń na tle paciorkowca hemolizującego, przede wszystkim płonicy, róży oraz gorączki połogowej. Etiologia, trudności diagnostyczne, przebieg schorzeń, częstość i rodzaj występowania komplikacji zwłaszcza w płonicy są obszernie omówione. W ustępach, omawiających sposoby leczenia, uwzględnione są obok dotychczasowych klasycznych metod postępowania (wieloważna przeciwpaciorkowcowa surowica, surowica antytoksyyczna przeciwbłonicza itp.) również i najnowsze zdobycze z dziedziny chemoterapii przeciwstreptokokowej. Leczenie sulfanilamidem, a zwłaszcza benzyl-sulfanilamidem pod postacią Septazyny oraz Soluseptazyny jest gorąco polecane przez autora, zachęconego do takiego sposobu leczenia własnymi dobrymi wynikami, uzyskanymi w przypadkach płonicy, róży i zakażenia połogowego. Ponadto podnosi autor również dodatnie profilaktyczne znaczenie podawania preparatów sulfamidowych w tych schorzeniach oraz korzystny ich wpływ, ograniczający występowanie nawrotów choroby i powikłań.

W. S. Hołobut.

Choroby narządów trawienia.

LIAN I FRUMUSAN. Fibrynogen a choroby wątroby. (La pr. méd. 1938, Nr 20).

Znaczenie wątroby dla utrzymania odpowiedniego pozio-

mu fibrynogenu w krwi zostało już przed wielu laty ustalone. Przekonano się, że doświadczalne wycięcie tego narządu powoduje wybitne zmniejszenie się fibrynogenu, a nawet jego całkowite zniknięcie. Dalsze badania wykazały, że wątroba jest jedyną wytwórną tego ciała białkowego, tak ważnego dla procesu krzepnięcia krwi. Powyższe odkrycia stały się punktem wyjścia dla opracowania nowych prób czynnościowych wątroby, a ich myślą przewodnią było ustalenie stosunku między zawartością fibrynogenu w krwi i stanem wątroby. Autorzy posługują się dość prostą, choć czułą techniką określania ilościowego fibrynogenu, której szczegółowy opis przekracza jednak ramy streszczenia. Przeciętnie zawartość fibrynogenu w krwi wynosi 400—500 mgr %. (Liczby te są nieco wyższe od uzyskanych na innej drodze — ref.). Na podstawie tej liczby autorzy podzielili swój materiał schorzeń wątroby na dwie grupy: 1) o zmniejszonej, 2) prawidłowej lub zwiększonej fibrynogenemii. W pierwszej znajdują się wszelkie typy marskości i żółtaczka miazsowa; do drugiej zaliczyć należy niedomogę wątroby pochodzenia sercowego, nowotwory wątroby, żółtaczkę zastoinową pochodzenia pozawątrobowego (np. kamicę), wreszcie chorobę Weila (*Spirochaetosis ictero-haemorrhagica*). Zastój w wątrobie pochodzenia sercowego, przechodząc w stwardnienie marskie, daje później obniżenie poziomu fibrynogenu w krwi. Pamiętać należy, na co autorzy kładą szczególny nacisk, że gorączka sama przez się podnosi poziom fibrynogenu i że w jej obecności wyniki są niemiarodajne. W zestawieniu z innymi próbami czynnościowymi, badanie fibrynogenu jest najdostępniejsze i na ogół zgodne z wynikami próby galaktozowej, stosunku globulin do albumin i innych. Znaczenie diagnostyczne polega nie tylko na wymienionym już podziale na 2 grupy, lecz także pozwala na każdorazowe zdanie sobie sprawy z czynności wątroby w ogóle, gdyż czynność fibrynogeno-powietyczna odpowiada również i innym czynnościom wątroby i może być miernikiem jej działania na wszystkich polach. Również próba powyższa ma duże znaczenie rokownicze, uwydatniające się szczególnie przy częstym ponawianiu obliczenia i wykreślaniu odpowiedniej krzywej. Zawsze jednak należy brać pod uwagę maskujący wpływ gorączki. A. Wajngot.

CAROLI. Szary ostry zanik wątroby. (Bull. hôp. Paris, 1938, Nr 4).

Autor przedstawia przypadek żółtaczki, która wystąpiła w tydzień po wstrzyknięciu zapobiegawczym surowicy przeciwżółtaczkowej. Przebieg choroby był bardzo gwałtowny, rozpoczął się silnym bólem głowy, który ustąpił z chwilą ustalenia się żółtaczki. Następnie ziały się wszystkie składniki cholemmii: bradykardia, opóźnione krzepnięcie krwi przy niezmiennym czasie krwawienia, krwotok do jelit. W obliczu narastającej niedomogi wątroby dokonano, za radą N o ë l a F i e s s i n g e r, otwarcia jamy brzusznej. Operację zakończono drenażem pęcherzka żółciowego i biopsją odcinka wątroby. Wątroba na operacji przedstawiała się zupełnie niezwykle: woreczek bez zmian, wątroba nieznacznie powiększona, spoista. Najbardziej zastanawiająca była jej barwa — pomimo istniejącej bilirubinemii w ilości 1 g barwnika w litrze, narząd był biało-szary, jakby wpyłukany. Skrawek na przekroju matowy. Na nożu nie pozostawała ani jedna kropla krwi, nacięta tkanka nie krwawiła również. Mikroskopowo nie stwierdzono ani śladu żółci i ani śladu krwi, choćby pod postacią paru krwinek. Natomiast stwierdzono rostrzeń przestrzeni międzybełczkowych i rozległe ogniska martwicze, szczególnie w obrębie rozgałęzień żył wrotnej, t. j. w środku zrazików. Obraz tego rodzaju jest całkowitą nowością w piśmiennictwie lekarskim. Nie przypomina żadnego ze znanych rodzajów zaniku i został przez autora ochrzczone mianem szarego. Jest on wynikiem gwałtownego obrzęku anafilaktycznego wątroby z uci-

skiem na komórki, kanaliki żółciowe i naczynia krwionośne. Wy-
nik operacyjny był dobry. Z drenu wypływała obficie żółć, coraz
bogatsza we właściwe sobie składniki. Autorzy stanowczo za-
przeczą, iż by wszystkie fazy zabiegu miały jednaki wpływ
lecniczy. W tym przypadku i w wielu innych podobnych praw-
dopodobnie niedrenowanie woreczka było momentem zasadni-
czym, gdyż nie stwierdzono zastojów żółci na przestrzeni między
drogami żółciowymi w wątrobie i woreczkiem. Bezpośrednio
niemyślnie sama laparatomia, czy to na drodze mechanicznej
(dekompresja), czy przez jakiś oddech z otrzewnej wywołała po-
prawę i doprowadziła do wyleczenia. Rola biopsji ze względu na
nieznaczny wielkość skrawka jest bez znaczenia.

A. Wajngot.

H. FINSTERER. Stawianie wskazań do leczenia operacyj-
nego ostrych ciężkich krwotoków żołądkowych. (Wien. med.
Wschr. Nr 8 i 9, 1938).

W ostrym krwotoku ze stwierdzonego już z pewnością
wrzodu doradza autor natychmiastową operację, gdyż za pomocą
wczesnej operacji można najpewniej zahamować krwotok i za-
pobiec śmiertelnym przypadkom wskutek późniejszego krwotoku
dzięki nadżarciu naczyń z głębiej drażącego wrzodu lub wsku-
tek przebicia do wolnej jamy otrzewnej. Konieczne bywa przy
tym uprzednie lub następowe przetaczanie krwi jedynie w bar-
dzo ciężkich krwotokach wskutek nadżarcia dużej tętnicy. Je-
żeli autor bywa wezwany do krwawiącego wrzodu dopiero wtedy,
gdy zawiedzie leczenie wewnętrzne, doradza późną operację wte-
dy, gdy ma pewność, że krwawienie jeszcze trwa. W wątpliwych
przypadkach, gdy można przypuszczać, że krwawienie już ustaje,
zaleca wyczekiwanie, gdyż wskutek ciężkiego już uszkodzenia
narządów wewnętrznych przez długotrwałą niedokrewność ope-
racja, nawet jeżeli ją wykonywać w sposób jak najbardziej oszczę-
dzący i przy użyciu jak najmniejszych ilości nowokainy i nawet
jeżeli ją poprzedzić przetaczaniem krwi, może się skończyć nie-
powodzeniem. W ostrych krwotokach z prawdopodobnego wrzodu
(długotrwałe dolegliwości o charakterze nadkwaśności i t. d.)
zaleca autor próbną otwarcie jamy brzusznej w znieczuleniu
miejscowym, ażeby móc przede wszystkim wykluczyć z pewnością
drażący wrzód. Jeżeli stwierdzi się wrzód, wykonywa się w ty-
powy sposób wycięcie. Jeżeli krwotok warunkuje *gastritis erosiva*,
wycięcie bywa wtedy wskazane, gdy dolegliwości istnieją już od
wielu lat i wciąż wykazują nawroty. W przeciwnym razie za-
szywa się brzuch i leczy się dalej krwotok wewnętrznie. Jeżeli
krwotok wystąpił zupełnie niespodzianie bez najmniejszych
uprzednich dolegliwości, można mieć co najwyżej do czynienia
z ostrym powierzchownym wrzodem. W tym przypadku uważa
autor za wskazane leczenie wewnętrzne, oddaje zatem chorego
interniście. W razie większych strat krwi lub powtórzenia się
krwawienia okazuje pomoc w leczeniu wewnętrznym przetacza-
nie krwi. W stwierdzonej z pewnością marskości wątroby wska-
zane jest próbną otwarcie jamy brzusznej, o ile były uprzednio
nawet nainieznaczniejsze dolegliwości żołądkowe (zręga i t. p.),
gdzie wskutek zastojów chorzy mogą ulec skrwawieniu nawet
z nadżartej żyły zupełnie powierzchownego wrzodu. W krwoto-
kach u ludzi w starszym wieku (powyżej 60 lat) lub w razie
istnienia zmian miażdżycowych tętnic uważa autor operację za
jeszcze potrzebniejszą niż u młodych chorych, gdyż szanse osta-
tecznego zahamowania krwotoku za pomocą metod wewnętr-
znych są jeszcze mniejsze. Dla istniejących w danej chwili wskazań
wystarcza jako operacja wycięcie krwawiącego wrzodu. Pomimo
to, jeżeli możliwe, należy wykonać typowe wycięcie odźwierni-
kowo-żołądkowe (wycięcie $\frac{2}{3}$ żołądka), gdyż w ten sposób osią-
ga się nie tylko w sposób najpewniejszy zahamowanie krwotoku,
lecz również całkowite wyleczenie chorych z ich wrzodu. Autor
uważa za nader cenną współpracę z doświadczonym internistą
przy stawianiu pewnego rozpoznania i rozstrzygnięciu ważnego
zagadnienia, czy należy operować czy nie. H. L.

Choroby przemiany materii i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

Russell M. WILDER, Edward C. KENDALL, Albert M.
SNELL, Edwin J. KEPLER, Edward H. RYNEARSON i Mildred
ADAMS. Zmniejszenie potasu jako ważny czynnik w chorobie
Addisona. Badanie przemiany materii. (Arch. Intern. Med., 1937,
t. 59, z. 3).

Znaczenie dostatecznych ilości soli kuchennej dla chorych
na chorobę Addisona znane już była dość dawno, ale dopiero
badania Harropa, Soffera, Nicholsona i Margaret
Strauss oraz niezależne od nich prace Allersa, Nilsona
i Kendalla wykazały, że w ustroju tych chorych wydziela się
więcej sodu, niż chloru i że dodatek dwuwęglanu sodu do chlorku
sodu stanowi ważny czynnik leczniczy. W jednym z obserwow-
anych przez autorów pracy niniejszej przypadków można było za
pomocą tej metody uzyskać wymienny wynik przez bardzo
długi okres czasu, bez stosowania wyciągów kory nadnercza. Nie
dzieje się to jednakże we wszystkich przypadkach. Tłumaczenie
tego uzyskano na drodze badania gospodarki potasu. Kendall
i Allers stwierdzili, że psy z wyciętymi nadnerczami są bar-
dzo czułe nawet na małe dawki dodawanego do ich pożywienia
potasu. Wilder i jego współpracownicy przeprowadzili odnośne
badanie w 3 przypadkach choroby Addisona. Stosowano
dietę o stałej zawartości jonów, a mianowicie 0,59 Na, 0,91 Cl, 1,6 K
(wyjawszy jedno doświadczenie, kiedy zwiększono tę ostatnią
ilość do 5,8 przez pewien czas). W pierwszym przypadku mała
ilość sodu i chloru nie wywoływała ujemnych skutków na prze-
bieg choroby, jeżeli potasu podawano niewiele, dodanie 2,4 gra-
ma potasu wywoływało wzmożone wydalanie sodu i chloru i po-
gorszenie objawów chorobowych. W przypadku drugim zwięk-
szenie ilości potasu do 4 gramów dziennie wywołało znaczne po-
gorszenie choroby, którego nie można było zatrzymać przez do-
dawanie zwiększonych ilości chlorku sodu. W przypadku trze-
cim wykonano próbę z powiększeniem ilości pobieranego potasu
na drodze dietetycznej (w poprzednich podawano w opłatkach
jako *Potassium citricum*), powstało znaczne zwiększenie utraty
chloru, sodu i azotu, znaczna kreatynuria — mimo podawania
dużych dawek chlorku sodu i nieznacznych dawek wyciągu kory
nadnercza. W okresie wcześniejszym, kiedy chory pobierał tylko
1,6 grama potasu, znosił dobrze prawie zupełne ograniczenie
chloru i sodu przez 17 dni. Można go było utrzymać bez wyciągu
kory nadnercza przez 66 dni tylko na diecie biednej w potas i z
niewielkimi dawkami dodatkowo stosowanego sodu i chloru.
W normalnej diecie jest przeciętnie około 4 gramów potasu dzien-
nie. Ilość ta może wywołać znaczny stopień wydzielania się
chloru i sodu, a przez to pogorszyć stan chorych. Dla zapobieg-
nięcia temu trzeba się uciec ewentualnie do tak wielkich dawek,
jak 18 gramów chlorku sodu i 5 gramów cytrynianu sodu. Za-
potrzebowanie sodu i chloru jest znacznie zmniejszone przy die-
cie, w której zawartość potasu nie przekracza 1,6 gramów na do-
bę. Chorem tym można podawać znacznie mniejsze niż zwykle
ilości soli sodowych nawet bez zastosowania wyciągów kory nad-
nercza. Żeby osiągnąć optymalne wyniki lecznicze trzeba zasto-
sować nie tylko restrykcję soli potasu, ale również stosować sole
sodu nie w ilościach minimalnych, ale znacznie większych. Kiedy
to jest możliwe, a zwłaszcza w kryzysach, należy się uciec do wy-
ciągu kory nadnercza. Dieta biedna w potas jest trudna do prze-
prowadzenia, gdyż może łatwo wykazywać niedobór innych
składników, zwłaszcza wapnia, fosforanów, żelaza, witaminy B
i G. Dla tego trzeba je odpowiednio dopełniać fosforanem wap-
niowym, solami żelaza i stężonymi witaminami B i G. Należy
tu stosować tę samą ścisłość dietetyczną, jaka panuje przy usta-
laniu diet dla chorych na cukrzycę. Postępować się należy tabelą
Shermana. W jarzynach, kartoflach ilość potasu jest dość
zmienna, najlepiej pozbyć się jego nadmiaru (ale oczywiście obok
innych soli) przez gotowanie ich w 2 — 3 zmianach wody, przez
co usuwa się 75 — 80% soli i więcej. Specjalnie bogate w potas

pokarmy (powyżej 300 mg w 100 gramach) są następujące: mięso, ptactwo, ryby wszelkiego rodzaju, ziemniaki, grochy, boby, kapusta, seler, orzechy, szpinak, owoce suszone, zwłaszcza daktyle, figi, śliwki, banany, ananasy, pszenica. Dieta, zawierająca dziennie 1,6 g potasu, została podana przez siostrę Mary Victor z Instytutu Mayo, została ona umieszczona również w oryginalnej pracy niniejszej.

Herman Makower (Łódź).

J. SKURSKY. Stosowanie Coraminy w śpiączce cukrzycowej. (Wien. klin. Woch. Nr 47, 1937 r.).

Autor już pisał dawniej o leczeniu za pomocą Coraminy ciężkich zatruc środków nasennymi. Przypadek, w którym udało mu się za pomocą Coraminy uratować zatrutego w ciężkim stanie śpiączkowym, spowodował, że zaczął stosować Coraminę dożylnie w śpiączce cukrzycowej. Jako pojedynczą dawkę stosował 10 cm³, którą powtarzał według potrzeby. W swoich obserwacjach spostrzegł, że w śpiączce cukrzycowej, dzięki stosowaniu Coraminy w dużych dawkach niezależnie od insuliny, stan śpiączkowy ulegał znacznemu złagodzeniu i czas trwania znacznemu skróceniu. Niebezpieczeństwo, zagrażające życiu, mogło być usunięte. Rodzaj zatrucia, występujący w śpiączce cukrzycowej, w literaturze jest nie dość wyjaśniony. Przypomina on stany, występujące w innych zatruciach. Tak samo, jak w zatruciach narkotykami, tak i w śpiączce cukrzycowej Coramina, zastosowana w dużych dawkach, wywiera wpływ korzystny.

F. Mikulsk a.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

François REFFY. Nowe badania nad preparatem novarsenobenzol Billon. (Schweiz. medizin. Wochenschr. Nr 9 s. 202. 1938).

Na materiale 80 chorych kiłowych stosowano wyłącznie Novarsenobenzol, a zalety preparatu oceniano w efekcie terapeutycznym znikaniem krętków, gojeniem się owrzodzeń i cofaniem się wykwitów skórnych oraz znikomością występowania objawów ubocznych (nudności, wymioty, wysypki toksyczne, powikłania nerkowe). Autor podkreśla, że, podczas gdy w latach 1928 i 1929 na 470 iniekcji Novarsenobenzolu i 1255 Neosalvarsanu liczba przypadków nietolerancji wynosiła procentowo wobec pierwszego preparatu 3%, a drugiego — 2,7%, to obecnie w latach ostatnich liczby te się zmieniły na korzyść Novarsenobenzolu (Novarsenobenzol 1,6%, Neosalvarsan 3,6%). W konkluzji pracy podnosi autor, że często dla chorych nieprzyjemny zapach preparatu arsenobenzolowego jest stosunkowo łagodny i znośny przy użyciu Novarsenobenzolu; Novarsenobenzol nie drażni nerek, a erythrodermie, niekiedy występujące, są słabego nasilenia i szybko ustępujące. Uboczne objawy naczyniowo-nerwowe są procentowo mniej częste po Novarsenobenzolu, niż po Neosalvarsanie. Novarsenobenzol wg. doświadczeń autora dorównywa w zupełności Neosalvarsanowi, a w przypadkach nietolerancji u pacjentów na inne preparaty arsenobenzolowe wybiera go autor w pierwszym rzędzie jako najmniej toksyczny.

W. S. Hołobut.

Paul A. O'LEARY. Nieswoiste leczenie kiły. Wykład kliniczny na Zgromadzeniu A. M. A. w Atlantic City (czerwiec 1937). (Journ. Amer. Med. Assoc., 1938, t. 110, z. 1).

W ciągu ostatniego dziesięciolecia nieswoiste leczenie kiły spotykało się z coraz bardziej rosnącym entuzjazmem, co należy przede wszystkim przypisać odkryciu Wagner von Jaurega. Dalsze poszukiwania w zainaugurowanym przez niego kierunku spowodowane zostały m. inn. przez uznanie ograniczonego działania preparatów arsenowych i ciężkich metali. Stąd zainteresowanie leczeniem wstrząsowym jako reakcją przeciwko chemoterapii. Najbardziej popularną metodą jest leczenie za pomocą gorączki. Nie jest wyłączone, że w przyszłości znajdzie się metody jeszcze skuteczniejsze. „Leki swoiste“, obecnie stosowane, nie tylko dla tego nie mogą całkowicie zadowolić, że nie wywołują wyleczenia w dostatecznie dużym odsetku zachoro-

wań, ale również dla tego, że wymagają tak długiego i żmudnego stosowania. Dołączają się do tego powikłania i trudności natury technicznej i ekonomicznej. Chemoterapia może zapobiegać poważnym skutkom zakażenia nawet jeżeli nie potrafi wywołać wyleczenia — i to jest jej największą zaletą. Wyniki leczenia porażenia postępującego zimnicą są obecnie lepsze, niż były 10 lat temu. Tłumaczy się to m. inn. wcześniejszym rozpoczęciem leczenia, dobieraniem przypadków w początkowym okresie choroby. Według doświadczeń autora, można obecnie spodziewać się remisji, umożliwiającej powrót do pracy w 60% przypadków. Jeszcze lepsze wyniki osiąga się za pomocą malarioterapii w przypadkach, kiedy wyraźnych oznak porażenia postępującego jeszcze nie ma, ale istnieje w tym kierunku poważne podejrzenie. Ocena poprawy w władze rdzenia jest trudniejsza, należy się liczyć ze znaczną poprawą w przypadkach, w których płyn mózgowo-rdzeniowy ma odczyn Wassermann'a dodatni i w których zastosowano zimnicę po leczeniu chemoterapeutycznym, w około 25%. W przypadkach z ujemnym odczynem płynu poprawa występuje trudniej i w mniejszej liczbie przypadków, zwłaszcza, jeżeli zmiany utrzymywały się przez długi czas, nawroty występują tu również częściej niż w grupie poprzedniej. Wyniki leczenia kiły nerwowej u dzieci z kiłą wrodzoną nie były tak dobre, jak w kile nabytej. W przypadkach kiły utajonej nie ma potrzeby stosowania malarioterapii, w kile trzewiowej uzyskano wyniki mierne. Jest to w ogóle metoda dość ryzykowna, którą można przeprowadzić jedynie w szpitalu. Dlatego nie zadziwia duża liczba metod zastępczych, mających mniejsze ryzyko i łatwiejszych w zastosowaniu. Zalicza się tu sodoku, dur powrotny, szczepionki durowe, tuberkulina, kąpiele gorące, fale krótkie, przegrzewanie za pomocą lamp elektrycznych, diatermii i innych metod elektroterapeutycznych. Sodoku i dur powrotny nie zyskały popularności. Szczepionki durowe i inne, kąpiele gorące mają swoich zwolenników. Metody elektryczne są w stanie ciągłego doskonalenia się. Wyniki, uzyskane z ich pomocą, są dobre, nie ziszczyły jednakże pokładanych w nich początkowo nadziei. Dlatego też ostatnio poleca się jednocześnie ze stosowaniem mechanicznie wywołanej gorączki używanie leków chemoterapeutycznych, jak arsenobenzoli, bizmutu lub rtęci. Pierwszą maszyną elektryczną do wywoływania gorączki był radioterm Whitney a oraz Carpentera i Pagea z r. 1930. Z ostatnich modeli najbardziej obiecującym jest podany w r. 1935 przez Ketteringa i Simpsona hiperterm. Według Neymanna uzyskano za pomocą tego rodzaju maszyn elektrycznych remisję w 22% przypadków porażenia postępującego, w 39% nie było żadnej poprawy. We wczesnych przypadkach kiły stosowanie leczenia gorączkowego obok chemoterapii jest usprawiedliwione tylko wtedy, kiedy ta ostatnia nie daje dostatecznie dobrych wyników. Według Barnaclea, Ebaugh a i Ewalta uzyskano nieco lepsze wyniki za pomocą kombinacji gorączki sztucznej z tryparsamidem, niż za pomocą leczenia zimnicą. Podobne wyniki uzyskali Hinzie i Blalock, którzy zimnicę umieszczają na trzecim miejscu za gorączką sztuczną plus tryparsamid i samym tylko tryparsamidem, na ostatnim miejscu było stosowanie samej tylko elektryczności o dużej częstotliwości. Wyniki, uzyskane w ciężkich zmianach neuroletycznych za pomocą szczepionek, mleka, siarki są gorsze niż przy malario- i elektroterapii. Natomiast w niektórych łagodniejszych postaciach trudno poddającej się leczeniu kiły metody powyższe dają niekiedy wyniki korzystne. Szczepionka durowa jest zwłaszcza wskazana w przypadkach, w których zimnicą się nie przyjmuje. W połączeniu z chemoterapią uzyskano dobre wyniki w *keratitis interstitialis*, w odpornej kile skórnej i kostnej, w przebiegach twardego podniebienia. Inni autorzy donoszą o dobrych wynikach za pomocą gorących kąpielii, siarki etc. w przypadkach podobnych. Leczenie nieswoiste kiły nie stanowi *panaceum*, nie należy zaniedbywać przez nie dawno stosowanych i uznanych metod leczenia za pomocą swoistych leków chemicznych. Zwłasz-

cza tyczy się to okresów wcześniejszych choroby, gdzie mają one nie tylko działanie lecznicze ale zapobiegawcze przed dalszym szerzeniem się zakażenia, i przed powstaniem poważnych powikłań. Nie należy tych dwóch rodzajów leczenia przeciwstawiać sobie, ale kombinować je ze sobą. Leczenie zimnicą działa może mniej szybko od leczenia elektrotermicznego, ale wydaje się, że osiągnięte wyniki są trwalsze. Wszystkie te metody muszą być stosowane przez lekarzy, którzy są z nimi dobrze obeznani, w przeciwnym razie przy zastosowaniu każdej z tych metod można spotkać się z przykrymi powikłaniami i z przypadkami śmiertelnymi. Teoretyczne podstawy leczenia nieswoistego nie są jeszcze dokładnie poznane, prawdopodobnie chodzi tu o wpływ ich na zasadnicze mechanizmy odpornościowe.

Herman M a k o w e r (Łódź).

Medycyna sądowa.

Knud SAND. Sterylizacja i kastracja w Danii. (Annales de méd. légale 1937).

Pierwsze duńskie prawo o sterylizacji z 1929 r. miało charakter raczej próby; po 5 latach na podstawie doświadczenia, nabytego od 1929 r., wprowadzono w 1934 r. prawo o sterylizacji psychicznie niedorozwiniętych (imbecylów), a w 1935 r. — prawo o sterylizacji, dotyczące wszystkich innych osób (z wyłączeniem imbecylów), oraz prawo o kastracji osobników nienormalnych i przestępczych. Na podstawie prawa o sterylizacji imbecylów zabieg ten może być dokonany w przypadku, gdy tego rodzaju chory zostanie uznany za niezdolnego do żywienia i wychowania dzieci. Wniosek o dokonanie sterylizacji zgłasza dyrektor odpowiedniego Zakładu publicznego do Rady, składającej się z sędziego, osoby, zajmującej się zagadnieniami społecznymi, i psychiatry; o ile Rada ta uzna danego osobnika za istotnie niezdolnego do żywienia i wychowania potomstwa, będzie on pozbawiony zdolności do rozplodu; po dokonaniu zabiegu osobnik ten może korzystać z większej swobody, może być umieszczony w rodzinie, mającej pod opieką inne tego rodzaju osoby itp. Według prawa z 1935 r. zezwolenia na dokonanie sterylizacji udziela Min. Sprawiedliwości po zasięgnięciu opinii Rady Sądowo-Lekarskiej; podstawę pozwolenia stanowią powyżej podane względy społeczne. Podanie o sterylizację musi być poparte świadectwem lekarskim i stwierdzeniem, że zainteresowany, wnoszący podanie o sterylizację, jest poinformowany o skutkach zabiegu. Jeśli zainteresowany żyje w związku małżeńskim, musi być uzyskana zgoda współmałżonka. W przypadku podania się o sterylizację osobnika normalnego musi być stwierdzone, że zachodzi możliwość przekazania choroby potomstwu; o ile zainteresowany znajduje się pod kuratelą, konieczna jest zgoda prokuratora. Pozwolenie na sterylizację może być w nadzwyczajnych przypadkach udzielone nawet wtedy, gdy zainteresowany jest niepełnoletni. O ile chodzi o sterylizację osobników nienormalnych, lecz nie imbecylów, prośbę o zabieg, popartą przez opiekuna, wnosi sam zainteresowany; pozwolenie na zabieg będzie wydane, gdy zaznajomienie się ze sprawą wykaże, że sterylizacja będzie korzystna dla proszącego. Jeśli zainteresowany nie jest zdolny do zrozumienia znaczenia zabiegu, wniosek o sterylizację przedstawia tylko jego opiekun. Jeśli chory znajduje się w publicznym zakładzie leczniczym lub opiekuńczym, wniosek o sterylizację może przedstawić dyrektor zakładu.

Kastracja. Pozwolenia na zabieg udziela Min. Sprawiedliwości po otrzymaniu od Rady Lekarskiej oświadczenia, a) że zainteresowany pod wpływem popędu płciowego może popełnić czyny niebezpieczne dla społeczeństwa, b) że popęd płciowy powoduje u niego wielkie cierpienia fizyczne lub naraża go na hańbę. Prośba o kastrację musi być poparta świadectwem lekarskim, dokładnie uzasadniającym potrzebę kastracji, oraz zaświadczeniem, że zainteresowany jest poinformowany o skutkach kastracji. Do pozwolenia na kastrację wymagana jest zgoda współmałżonka. Jeśli zainteresowany jest psychicznie normalny, do otrzymania zezwolenia na kastrację wymagana jest jego

pełnoletność i zgoda na zabieg; jeśli ma opiekuna, zgoda tego ostatniego. Opiekun, wgl. dyrektor zakładu, gdzie przebywa zainteresowany, może podać wniosek o kastrację, jeśli ten ostatni nie rozumie istoty czynu. W odróżnieniu od dawnego prawa z 1929 r. kastracji może być poddany nie tylko przebywający w zakładzie publicznym — kastracja może być zastosowana i do ludzi pod względem psychicznym normalnych, o ile zachodzi niebezpieczeństwo przekazania chorób. Zabieg sterylizacyjny może być zasadniczo dokonany tylko za zgodą osoby zainteresowanej, gdy chodzi o osobników, niezdolnych do zrozumienia znaczenia zabiegu, koniecznie jest zgoda opiekuna. Kastracja może być dokonana w zasadzie również tylko za zgodą zainteresowanego; wyjątek stanowią przypadki, gdy chodzi o osobę, która popełniła ciężkie przestępstwo przeciwko moralności publicznej, i zachodzi prawdopodobieństwo recydywy — kastracja wtedy może być dokonana przymusowo (dotychczas nie było sposobności do zastosowania tego prawa). Kontrolą nad zabiegami i zarządzeniami formalnymi zajmuje się Wyższa Rada Lekarska. Od 1929 r. do 1.VII.1937 r. dokonano zabiegów: I. Sterylizacji: a) imbecylów: mężczyzn 139, kob. — 383; razem — 522. b) innych osób: mężczyzn 26, kob. — 55; razem — 81. (p. b. obejmujące chorych psychicznie, psychopatów, padaczkowych, encefalopatów, kleptomanki podczas ciąży i cierpiących na dziedziczne cierpienia fizyczne). II. Kastracji: mężczyzn — 174, kobiet — 1, dzieci — 1. Razem — 176. Kastrowano przeważnie imbecylów i psychopatów, kilka razy — padaczkowych i in. Większość ich popełniła przestępstwa przeciwko moralności publicznej (zgwałcenie, ekshibicjonizm uporczywy, sadyzm, bestializm, parę razy podpalenie), wgl. cierpiała na ciężkie zaburzenia psychiczne na tle wybujałości płciowych. Wyniki. Sterylizacja jest korzystna w stosunku do osobników, niepożądanych dla rozplodu, gdyż pozwala nie krępować ich izolacją; wyniki eugeniczne dadzą się uwidocznic naturalnie dopiero po dłuższym czasie. Co do kastracji, jej następstwa natury fizycznej albo są bardzo nieznaczne, albo nawet nie występują wcale. Często stwierdza się tu powiększenie wagi, w rzadkich jednak przypadkach dochodzące do otyłości; często spotyka się nadmierne pocenie się, czasem w postaci napadów, ustępujące po roku; zmian w uwłosieniu na twarzy i na głowie nie stwierdzono, uwłosienie w innych okolicach ciała ulegało zmniejszeniu się. Wpływ kastracji na psychikę na ogół nieznaczny: sprawność władz psychicznych (pamięć, skala zainteresowań i t. p.) nie wykazywała zmian; czasem obserwowano pewne przygnębienie, lecz trzeba pamiętać, że chodziło tu o psychopatów; często występowało uspokojenie psychiczne, ponieważ nie zachodziła już obawa popełnienia przestępstwa; nieraz stwierdzano radość życia i zapał do pracy. Prawie wszyscy kastraci byli zadowoleni z zabiegu; niektórzy żalowali, że został on dokonany zbyt późno. Wyniki kryminalno-terapeutyczne kastracji — dobre (zawsze chodziło o przestępców na tle popędu płciowego); wpływ dodatni uwidocznił się albo w parę dni, albo w parę tygodni po zabiegu. *Libido* — zdolność do stosunków płciowych zwykle zanikała po upływie ok. 6 miesięcy; zatracała się wyobraźnia seksualna, niektórzy nawet przed upływem 6 miesięcy po zabiegu mogli odbywać stosunki płciowe tylko z trudem i bez większej chęci; zanikały popędy do dokonywania przestępstw, i występował spokój płciowy. U imbecylów efekt kastracji duży: stawali się oni żywi psychicznie, zdradzali więcej zainteresowań natury ogólnej, może dlatego, że przedtem byli pochłonięci przede wszystkim pobudkami seksualnymi. U imbecylów recydywa przestępstwa nie występowała. U nieimbecylów spotykamy ją raz jeden — czyn homoseksualny z 14-letnim chłopcem (jedyna recydywa na 174 kastracji). Reasumując, należy uznać, że z punktu widzenia zwalczania przestępczości, rezultaty kastracji są dodatnie, i że stosowanie zarówno jej, jak i sterylizacji, jest całkowicie umotywowane i przedstawia dla społeczeństwa dużo korzyści.

W. Grzywo - Dąbrowski.

Wydaje się, że autorzy francuscy opierają się w swej pracy na materiale, niezupełnie ściśle skontrolowanym naukowo. W wielu cytowanych przypadkach okres obserwacji jest bardzo krótki; w innych nie wykonano badania histologicznego. Nie wydaje się również zbyt słuszne rozpatrywanie pod jednym kątem widzenia przypadków samowyleczenia raka i przypadków raka o łagodnym przebiegu klinicznym. Należy przyznać, że stanowisko Wintza, którego pracę przedtem omawialiśmy, jest bardziej słuszne. W tak ważnej kwestii, jaką jest możliwość samoistnego wyleczenia nowotworów złośliwych, należy zachować jak najdalej idącą ostrożność, a nawet pewien sceptycyzm.

PIŚMIENICTWO.

Ciała rakotwórcze. 1. Cook, Haslewood, Hewett, Hieger, Kennaway i Mayneord. The Amer. Journ. of Cancer. 1937. T. 29. Nr 2, str. 219. 2. Fieser L. F., Fieser M., Hershberg, Newman, Seligman i Shear. The Amer. Journ. of Cancer. 1937. T. 29 Nr 2,

str. 260. 3. Shear. The Amer. Journ. of Cancer. 1937. T. 29. Nr 2, str. 269. Mikrobiologia. 4. Gerlach, Wien. klin. Woch. 1937. Nr 47. 5. Schmidt. Wien. klin. Woch. 1938. Nr 5. Geneva. 6. Fischer A. The Amer. Journ. of Cancer. 1937. T. 31. Nr 1, str. 1. Diagnostyka. 7. Ascoli. Klin. Woch. 1935. 14. 8. Bing i Marangos. Brun's Beitr. 1934. 106. 9. Brandt. Klin. Woch. 1935. 14. 10. Brieger i Trebing. Berl. klin. W. 1908. 45. 11. Cizek. Z. f. Krebsf. 1935. 42. 12. Fuchs H. J. Biochem. Z. 1926. 170, 176; Klin. Woch. 1933. 12. 13. Fuchs i Falkenhausen. Biochem. Z. 1932. 245; Z. f. exp. Med. 1932. 81. 14. Kafka. Z. f. Krebsf. 1935. 41. 15. Lehmann-Facius i Witting. Dtsch. med. W. 1934. 60. 16. Montemartini. Z. f. Krebsf. ref. 1931. 27. 17. Shaw-Mackenzie. Z. f. Krebsf. 1931 ref. 18. Sehart. Zbl. Path. 1928. 43; Klin. Woch. 1935. 14. 19. Wetzler i Willheim. Biochem. Z. 1932. 254. 20. Wright i Wolf. J. Cancer Res. 1930. 14. 21. Yokota. Biochem. Z. 1931. 232. Samowyleczenie. 22. Frauchiger. Z. f. Krebsf. 1929. 29. 23. Hajek. Med. Klin. 1935. Nr 47. 24. Rohdenburg. J. Cancer Res. 1918. 3. 25. Strauss O. Z. f. Krebsf. 1927. 24. 26. Touraine i Duperrat. Presse Med. 1938. Nr 4. 27. Wintz. Streiflichter uber d. Krebs. 1933. Wien.

O c e n y k s i ą z e k .

Nowoczesna Encyklopedia Zdrowia (pod redakcją dr-a A. Rzańnickiego). Wydawnictwo „Minerwa“, Warszawa. Tom pierwszy: Zarys anatomii i fizjologii. Jak powstają choroby.

Udatny dobór Komitetu Redakcyjnego, przejrzysty wykład, zajmująca treść czynią z całości lekturę niezmiernie pożyteczną, zwłaszcza dla pedagogów i wychowawców. Sądzę, że powinni się z tym wydawnictwem zaznajomić również dziennikarze, którzy tak skwapliwie zamieszczają w prasie codziennej wiele „rewelacji“ z dziedziny medycyny i lecznictwa, niestety, niesprawdzonych dostatecznie i bałamutnych. Uważałbym za rzecz bardzo cenną, gdyby w zapowiedzianych dalszych tomach udzieliła Redakcja nieco miejsca tak żywotnym zagadnieniom, jak walka ze znachorstwem, choroby zawodowe, lekarska obrona przeciwlotnicza i t. p. Szata zewnętrzna i strona graficzna „Encyklopedii“ — na wysokości zadania.

Dr. G. R a c i a z e k .

E. MERCK'S Jahresbericht. 1937. Str. 430.

Jest to jubileuszowy numer rocznika Merckowskiego, którego pierwszy numer ukazał się w r. 1886 z okazji 59-ego zjazdu niemieckich przyrodników i lekarzy. Zawiera on spis rzeczy wszystkich dotychczas wydanych roczników oraz życzenia i opinie o roczniku farmakologów i klinicystów (między innymi prof. M o d r a k o w s k i e g o). W części oryginalnej znajdujemy następujące artykuły: A. W i n d a u s a „Z historii witaminy przeciwkrwicznej“, E. A b d e r h a l d e n a „Znaczenie badań chemicznych w dziedzinie hormonów i witamin“, F. v. M u e l l e r a „Rola środków farmakologicznych wśród metod leczniczych“, E. R o m i n g e r a „O ocenie, zapobieganiu i leczeniu wtórnych niedokrewności“, H. E u l e r a „Znaczenie witamin w dentyście“, Z. O p p e r m a n n a „O znaczeniu współpracy kliniki i przemysłu chemiczno-farmaceutycznego dla postępu lecznictwa weterynaryjnego“, H. K a e m m e r e r a „Drogowskazy leczenia chorób alergicznych“, Bergera H. Schuetza „Spocan“, A. Schittenhelma „W sprawie leczenia czynnościowych zaburzeń, występujących w związku z pracą, w sensie odprężania za pomocą papaweryny i eupaweryny“, M. K i r s c h n e r a „Doświadczenia z fiolkami skopolaminy, eukodalu i efetoniny“. Z pracowni E. M e r c k a pochodzą prace H. M o l i t o r a i W. L. S a m p s o n a „O działaniu dużych dawek naturalnej i syntetycznej witaminy B“, Th. M o l l e i H. W i e t e r s a „Badania nad kwasem dehydroaskorbinowym“, F. v. W e r d e r a „O pochodnych kwasu kumarynowo-3-karboowego, H. K r e i t m a i r a „Badania farmakologiczne pewnych roślin krajowych“, O. W o l f e r a, H. K r e i t m a i-

r a i W. S i e c k m a n n a „Zarnowiec i jego ciało czynnych“, W. K u e s s n e r a, H. K r e i t m a i r a i H. R u n g e g o „Swoiste alkaloidy sporyszu i ergometryna“, H. L e o n h a r d t a „Pewne nowsze metody fizykalne i fizykochemiczne oznaczania wartości środków leczniczych“, H. L e o n h a r d t a, W. M o e s e r a i R. K l o c k m a n n a „Zagadnienie wskaźników w oznaczaniu zawartości pewnych leków“, B. R a p p a i F. K. R u s s o w a „O tabletkach i nowej metodzie produkcji tabletek“. Dalsze 228 stron zajmuje piśmiennictwo z r. 1935 i 1936, dotyczące rozmaitych leków; zauważyć należy, że nie uwzględniono tutaj zupełnie piśmiennictwa polskiego. Jak widzimy z tego zestawienia, rocznik zawiera bardzo bogaty materiał z zakresu lecznictwa.

H. L.

Dr. Robert SCHWAB. Bienengift als Heilmittel. (Georg Thieme, Lipsk. 1937).

Habent sua fata medicamenta! Lecznictwo i środki lecznicze, tak, jak inne przejawy kultury, zresztą, najsilniej z bytem ludzkości związane, przeżywają swe wzloty i okresy upadku, raz święcą triumfy, innym razem giną w zapomnieniu, aby znów po wiekach osiągnąć renesans. W dobie obecnej jesteśmy świadkami wzmoczonej fali zainteresowania medycyną ludową, tkwiącą korzeniami w prehistorii, i znów w arsenałach walki z chorobą i śmiercią zjawiają się z grubej empirii wyrosłe środki lecznicze roślinne i zwierzęce. Bogato wyposażone w środki badawcze pracownie i kliniki coraz częściej prezentują nam, oczywiście, w formie coraz doskonalszej i bardziej uzasadnionej, nowe odkrycia oparte na prastarym tworzywie organów roślinnych i zwierzęcych. Ludy starożytne miały już pewne pojęcie o dobroczynnym wpływie jadu pszczelego na niektóre schorzenia. Olbrzymi skok od wystawiania odkrytej, schorzałej części organizmu na ukąszenia pszczoł do wyrafinowanych metod wstrzykiwań lub wcierań przetworów fabrycznych jadu pszczelego dokonany został właściwie w ciągu kilku ostatnich lat. Nie sądzę, by był on prostą grą przypadku. U źródła jego dopatrzeć się można przede wszystkim ogromnego rozpowszechnienia chorób t. zw. reumatycznych i zrozumienia niezmierniej szkody, jaką wyrządzają one społeczeństwu. Walka z chorobami reumatycznymi — oto bodziec do poszukiwania wciąż nowych środków i nie dziwnego, że nastąpiła pomyślna dla ludzkości, jak się wydaje, konfrontacja starego lecznictwa z nowymi metodami badawczymi. Książka S c h w a b a jest krótką historią dawnych zdobyczy „pszczołolecznictwa“ i streszczeniem najnowszych badań i wyników leczniczych. Omawia stanowisko jadu pszczelego wśród innych podobnych wytworów zwierzęcych, przedstawia wpływ jego na niektóre czynności fizjologiczne zdrowego orga-

nizmu ludzkiego i wreszcie, niestety, z grubsza tylko — dotychczasowe wnioski dla leczenia chorób reumatycznych. Jak zwykle w takich razach — zbyt entuzjazm dla nowej metody włącza w orbitę jej zastosowania zbyt wiele jednostek nozologicznych — jest jednak rzeczą już bezsporną, że dla leczenia niektórych przynajmniej chorób jad pszczeli stanie się dobrym środkiem. Wskazane jest w każdym razie jak najszybsze zebranie dużej kazuistyki. Na marginesie tej recenzji pragnę tylko

jeszcze dodać kilka uwag. Otóż, aby środek leczniczy osiągnął swój cel w walce z chorobą społeczną, musi być on tani i dostępny dla najszerzych mas ludności. Z dotychczasowych perspektyw można się zorientować, że fabryczne preparaty jadu pszczelego są bardzo drogie. Kto wie, czy większe rozpowszechnienie pszczelarstwa nie złagodziłoby tego mankamentu. Myślę, że warto, aby i lekarze w tej sprawie głos zabrali.

Antoni Wa j n g o t.

Wskazówki praktyczne.

Heun poleca *surówki soków owocowych w szeregu chorób wewnętrznych* z powodu ich własności odwadniających i odłuszczeniowych, pobudzających wydalanie produktów przemiany materii, regulujących działalność gruczołów dokrewnych, alkalizujących i zaopatrujących ustrój w witaminy, sole mineralne i fermenty. Pomiędzy wskazaniami pierwsze miejsce zajmuje otyłość, w której kuracja surówkami owocowymi góruje nad głodzeniem dzięki działaniu alkalicznemu, które ułatwia i przyspiesza wydalanie kwaśnych produktów przemiany materii. Dzięki odciążeniu krwiobiegu wskazanie do tego leczenia stanowią wszystkie choroby układu krążenia z nadciśnieniem włącznie. W mocnicy kuracja ta często ratuje życie. Wreszcie godne są polecenia surówki soków owocowych w ostrych chorobach zakaźnych, przewlekłych zapaleniach, schorzeniach gośćcowych, dolegliwościach okresu przekwitania i w objawach starzenia się. (Ther. Gegenw. 1937 nr 10).

—o—

Görg chwali w stanach spastycznych pęcherzyka żółciowego, żołądka, jelit i dróg moczowych *Tranzeninę* i *Spasmo-Cibalginę*. W *nieustających wymiotach ciężarnych* leki te działały również bez zawodu, ale ostatecznego słowa autor jeszcze

nie wypowiada. W dławicy piersiowej wyraźnego działania nie widział. (Ther. Gegenw. 1937 nr 12).

—o—

Endoskopia, zdaniem *Venezzi*ale, oddaje duże przysługi nie tylko w rozpoznawaniu, ale i w leczeniu *schorzeń dróg oddechowych*. Należało by dążyć do tego, aby metoda ta i w Europie doczekała się takiego rozpowszechnienia, jakim cieszy się w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. (Ther. Gegenw. nr 10).

—o—

Geller pisze o *leczeniu zapaleń przydatków macicznych*, co następuje: W zapaleniach ostrych wszelkie leczenie jest zbyt ciężkie, w podostrych zaleca się leżenie w łóżku, ciepłe lub zimne okłady na brzuch i leki przeciwbólowe. Ostatnio otrzymywano dobre wyniki od stosowania krótkich fal. W celu zapobieżenia przejściu w ropienie, okazały się pożyteczne domięśniowe zastrzyki własnej krwi w ilości 10—20 cm³. W zapaleniach rzeżączkowych dobrze działają szczepionki. W sprawach przewlekłych poleca się stosowanie przekrwienia diatermią lub kąpielami borowinowymi. (Fortschr. Ther. 1937 nr 11).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

CCXLIV posiedzenie z dnia 22 listopada 1937 r.

Obecnych 36.

Przewodniczył B r o k m a n.

O d c z y t y:

S. Dobryszyci. *Gastroskopia jako metoda badania*. W roku 1932 weszły w użycie gastroskopy półsztywne oraz gięte zamiast starych ściśle sztywnych.

Giętość nowoczesnych aparatów pozwala na dostosowanie się ich do anatomicznych zakrzywień przełyku. Niewielka zaś średnica (6,25 mm — 8 mm) zapobiega ocieraniu się gastroskopu o zęby górne i o ściany przełyku podczas zakładania przyrządu. Te zalety nowoczesnych aparatów ułatwiają wprowadzanie ich do żołądka, umożliwiają swobodne manipulowanie nimi i zachowanie czucia dotyku palca ręki wprowadzającej, potrzebnego do wyczuwania przeszkód w głębi. Wszystko to sprawia, że metoda wzziernikowania żołądka jest dziś bezpieczna i dostępna dla szerzego ogółu lekarzy.

Najbardziej rozpowszechniony aparat gięty *Wolfa* *Schindlera* składa się z dwóch części: górnej metalowej sztywnej o średnicy 8 mm i dolnej giętkiej o średnicy 11 mm. Szeroka średnica części giętej, a zwłaszcza jej nieco jeszcze szersze zakończenie w postaci balonika gumowego stwarza dość znaczne opory tarcia o ściany przełyku podczas zakładania aparatu. Dla pokonania tego oporu potrzebny jest większy nacisk ręki wzdłuż osi aparatu. Okoliczność ta znacznie osłabia subtelne czucie dotyku palca i możliwość wczesnego poznania przeszkód w głębi (uchyłek, polip, rak). Oględziny gardzieli i dokładne badanie rentgenologiczne przełyku i żołądka wykrywa te przeszkody i ustala przeciwwskazania do gastroskopii. W celu zmniejszenia oporu tarcia zaproponował prelegent konstruktorowi firmy *Wolfa* zamiast balonika gumowego na zakończenie, podobne do końca zwykłego miękkiego zgłębnika żołądkowego o średnicy takiej samej, jak średnica części giętkiej.

Wszystkie udoekonalenia techniczne nie wystarczają do zapobieżenia niebezpieczeństwom związanym z omawianą tu me-

todą badania. Niemniej ważną rzeczą jest ustosunkowanie się badacza do trudności, napotykanych podczas gastroskopii. Lekarz wzziernikujący nie powinien stosować przemocy, musi umieć opanować swą ambicję i w każdej chwili przerwać rozpoczęte badanie nawet przed ustaleniem oczekiwanych cennych wyników diagnostycznych.

Ostrożne wzziernikowanie nie pociąga za sobą żadnych złych następstw, nawet w warunkach niekorzystnych (krwawienie żołądkowe).

Możliwości wzziernikowania zależne są od właściwości systemu optycznego przyrządu, wytwarzającego obraz, od kąta i pola widzenia, od położenia gastroskopu w żołądku, od odległości obiektu od obiektu, od korzystania z powietrza, jako środowiska optycznego i światła żółto-czerwonego jako oświetlenia.

Przy bezpośrednim oglądaniu wewnętrznej ściany żołądka widać nie tylko zabarwienie i stan powierzchni śluzówki, ale również i zmiany jej warstw głębszych (wylewy krwawe, stan ukrwienia, obrzęk i zgrubienia). Promienie bowiem żółte i czerwone, przenikając w głąb śluzówki, prześwietlają warstwy, leżące pod normalnie przezroczystym nabłonkiem pokrywającym.

Napięcie żołądka, odpowiednio do stanu kurczliwości jego mięśniówki, poznaje się po oporze, który musi przewyciężyć ręka, naciskająca balon do wtłaczania powietrza. Próba ta oporu ściany żołądka przy jednoczesnym oglądaniu powierzchni jego wnętrza łączy się z określeniem zbitości i elastyczności tkanki. Przy zwiększaniu ilości wprowadzanego do żołądka powietrza fałdy śluzówki stopniowo wygładzają się i wreszcie znikają (tak zwany „Nivellierungseffekt”). Zmiany naciągające, bliznowate i guzowate zachowują swą formę i rysunek powierzchni niezależnie od różnego wypełnienia żołądka powietrzem. Prócz tego nie spozstrzega się tu ani perystaltyki, ani też zmian kształtów ściany żołądka, zależnych od ruchów oddechowych.

Dzięki możliwości bezpośredniego oglądania powierzchni wnętrza żołądka i spozstrzegania za życia jej budowy anatomicznej gastroskopia ma niekiedy większą wartość, niż próba diagnostyczna laparotomia z otwarciem żołądka i bezpośrednim badaniem jego wnętrza.

Procesy chorobowe, ograniczające się tylko do śluzówki,

często są niedostępne dla oka i obmacywującego palca chirurga. Stwierdzenie nawet zmian ściany żołądka od zewnątrz nie zawsze umożliwia rozpoznanie sprawy chorobowej.

Zwiotczenie ściany żołądka i zmienne jego ukrwienie podczas operacji zmienia wygląd żyjącej śluzówki i utrudnia lub nawet uniemożliwia spostrzeganie subtelnego jej zjawisk chorobowych. Przed otwarciem brzucha w celach rozpoznawczych chorób żołądka należy wykonać wzniernikowanie żołądka. Nieprzestrzeganie tej zasady uważane jest dziś za błąd w sztuce lekarskiej.

Gastroskopia nie wyłącza innych metod badania klinicznego chorób żołądka, które powinny być wyczerpująco wykonane przed wzniernikowaniem.

Badanie rentgenologiczne jest ważnym badaniem chorób żołądka. Wskazania i granice tego badania i gastroskopii są dziś jasne i ściśle odgraniczone.

Domena gastroskopii są zmiany rozległe, często bardzo subtelne, obejmujące duże odcinki śluzówki lub całe wnętrze żołądka (nieżyty).

Niekiedy wzniernikowanie żołądka i badanie rentgenologiczne są metodami wzajemnie uzupełniającymi się.

W schorzeniach narządów brzusznych, przebiegających z objawami żołądkowymi, niekiedy jedynie gastroskopia wyjaśnia pochodzenie tych objawów (np. ciężkie nieżyty śluzówki żołądka w cholelitypatii). Umożliwia to zastosowanie odpowiedniego i skutecznego leczenia (streszczenie własne).

Pokazy obrazów gastroskopowych.

Dyskusji nie było.

2) M. Płóński. *Badania doświadczalne nad heterotransplantacją nowotworów złośliwych ludzkich.* (streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja:

J. Mackiewicz zapytuje, jak w świetle nowych badań przedstawia się sprawa punktu wyjścia nowotworów złośliwych. Czy brana jest pod uwagę metaplasja komórkowa? Flaks przypuszcza, że guzy, które powstały u szczurów po heterotransplantacji, pozostawały w związku przyczynowym z tą ostatnią. Zwraca uwagę na możliwości polepszenia wyników doświadczeń przez dodawanie do transplantatu surowicy nowotworowej. W sprawie doświadczeń z thorostrastem zaznacza, że thorostrast może sam przez się być czynnikiem rakotwórczym, a w innych znowu dawkach może hamować wzrost nowotworów.

Brockman przypuszcza, że wyniki heterotransplantacji byłyby może lepsze, gdyby brano do doświadczeń szczepy zwierząt ze znaczną dyspozycją nowotworową.

W odpowiedzi omawia Płóński zagadnienie histogenezy nowotworów oraz możliwości stopniowej przemiany pewnych pokoleń komórkowych w kierunku nowotworowym pod wpływem czynników rakotwórczych. W sprawie zwierząt z dyspozycją nowotworową uważa, że celem wyłączenia nowotworów samoistnych należy raczej pracować na zwierzętach z nieznaczną dyspozycją nowotworową.

CCXLV posiedzenie z dnia 6 grudnia 1937 r.

Obecnych 87.

Przewodniczył Szymonowski.

Odczyty:

1. L. Hirsfeld. *Współczesne podstawy bakteriologii duru brzuszego.* (Streszczenia nie nadesłano).

2. M. Kacprzak. *Z zagadnień epidemiologii duru brzuszego.* (Streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja:

Dworecki, nawiązując do omówionych przez prelegenta udoskonalen w technice poszukiwania pałeczek durowych w kale i moczu „nosicieli”, podaje, że pożywki czterotnianowe Muelle'a, względnie ich modyfikacje, stosowane już od 3 lat w pracowni Szpitala na Czystem, stanowią istotnie duży krok naprzód w metodyce bakteriologii duru. W dziedzinie wczesnego rozpoznania tyfusu brzuszego (i durów rzekomych) hemokultura pozostaje nadal metodą bezkonkurencyjną. W odniesieniu do metodyki posiewu krwi w diagnostyce duru bardzo praktyczny okazał się, według prelegenta, opisany przezeń w r. 1928 sposób, polegający na bezpośrednim mieszaniu krwi, posianej na żółci z rozpuszczonym i ostudzonym do 45° agarem. Po wylaniu tej mieszaniny na płytki Petriego otrzymuje się przezroczyste czerwone masy agaru żółciowo-krwistego, w głębi których kolonie pałeczek durowych wyrastają w postaci ciemno-szarych lub czarnych plam, niekiedy już w kilkanaście godzin po pobraniu krwi. Metoda ta, w porównaniu z innymi, wykazała w ciągu dziesięcioletniego doświadczenia swą wyższość dzięki następującym zaletom: 1) większemu odsetkowi wyników dodatnich, 2) częstemu przyspieszeniu badania, 3) łatwiejszemu

uniknięciu skutków ewentualnego zanieczyszczenia i 4) możliwości ustalenia (poza faktem stwierdzenia duru) stopnia bakteriemii, co posiada dużą wartość rokowniczą. Mówca zwraca uwagę na ciekawy fakt zmniejszenia się odsetka dodatnich wyników hemokultury w pierwszym tygodniu duru, wyników, które w okresie pierwszego piętnastolecia XX-go wieku notowane były w 95%—100% wszystkich przypadków tyfusu brzuszego, a w okresie późniejszym (według statystyki z lat wojny i powojennych) spadły do 50—60%, mimo że technika badań pozostawała bez zmiany. Przyczynę tego zjawiska należy upatrywać w ewolucji, jaka dokonana się nie w istocie zarzaka (pałeczka duru brzuszego należą bowiem do najbardziej „ustalonych” gatunków bakterii), lecz na terenie społecznego podłoża zakażenia durowego: kolosalne wzmocnienie szans zetknięcia się człowieka z pałeczką duru (duże epidemie w omawianym tutaj okresie) doprowadziło prawdopodobnie — wraz z masowymi szczepieniami ochronnymi — do wyraźnego wzrostu przeciętnego stanu uodpornienia ludności — co w wypadku zapadań na dur znajdowało między innymi swój wyraz w hamującym wpływie posianej krwi na wyniki hemokultury. Stąd wypłynęła konieczność wprowadzenia różnych poprawek do metody ongiś tak doskonałej: zaleca się na przykład brać więcej krwi do posiewu (20—30 cm sześć., a nie 5—8 cm³, jak dawniej), przetrzymywać pożywki zawsze w cieplarni przez 5—7 dni lub dłużej i t. p. (autoreferat).

Poza tym zabierali głos w dyskusji Brockman, Bryl, Szymonowski.

Odpowiadali Hirsfeld, Kacprzak.

CCXLVI posiedzenie z dnia 20 grudnia 1937 r.

Obecnych 45.

Przewodniczył Brockman.

Pokazy:

1. W. Luxenburgowa, A. Pruszczyński i B. Rosnowska. *Znaczna rozedma płuc u dziecka spowodowana gruźlicą.*

Luxenburgowa omawia przypadek rozedmy obustronnej z wybitnym osłabieniem oddechu po stronie prawej, z przesunięciem serca w lewo, u niemowlęcia 4-miesięcznego, zakażonego gruźlicą. Rozpoznano sprawę swoistą czynną w gruźlicach tchawiczo-oskrzelowych wobec charakterystycznego dla tego zespołu kaszlu bitonalnego, przypuszczając powiększenie gruczołów głównie po stronie prawej, które, uciskając na prawe drzewo oskrzelowe, dawały w rezultacie osłabienie oddechu oraz rozedmę. Rozedmę po stronie lewej tłumaczono prawdopodobną obecnością ognisk gruźliczych, powstałych na drodze rozsiania krwiopochodnego. Odmę samoistną odrzucono na podstawie analizy klinicznej, a później i roentgenologicznej. Stan ogólny dziecka znacznie się pogarszał, duszność i rozedma nasilały się i dziecko po 3-ch dniach zmarło. Zwłoki skierowano na sekcję z następującym rozpoznaniem: *Tuberculosis glandularum peribronchialium praecipue hyli dextri. Stenosis bronchi sup. mediae et inferioris dextri. Emphysema permagna pulmonis dextri.*

Rosnowska pokazała kilka roentgenogramów (wszystkie wykonane w pozycji leżącej). Na wykonanym pierwszym zdjęciu stwierdza się znaczną rozedmę pola płucnego prawego z zarysowaniem cienia wnękowego. Przy prześwietleniu początkowo myślało się o odmie z racji znacznej powietrzności, niskiego ustawienia przepony i przemieszczenia śródpiersia w dolnej części w lewo. Pole szczytowe nieuciśnięte, w części przyśrodkowej widoczny zarys dużego, możliwe serowatego gruczołu. We wnętrzu widoczne powiększone, częściowo uwapniane gruczoły. Serce i śródpiersie znacznie przemieszczone w lewo. W czasie wdechu drobne przemieszczenia śródpiersia. Pole płucne lewe znacznie uciśnięte o wzmocnionym rysunku. Na wykonanym zdjęciu w 45 min. po śmierci stwierdza się podobnie znaczną rozedmę prawostronną z niedodmą (*atelectasis*) górnego płatu i odmą powietrzną na wysokości pola szczytowego prawego i okolicy podobojczykowej lewej.

Podobne obrazy rozedmy wentylowej opisał Doc. Zardowski, spotykane w przypadkach ucisku na oskrzela przez powiększone gruczoły śródpiersione lub zmiany nowotworowe i okołoskrzelowe. Odmę, niewidoczną przy badaniu przyżyciowym, należało tłumaczyć pęknięciem jednego z pęcherzyków rozemowych mięszu w ostatnich chwilach życia dziecka.

Pruszczyński w omówionym powyżej przypadku stwierdził podczas sekcji uogólnioną gruźlicę prosówkową, powietrze w prawej jamie opłucnowej (odma piersiowa), przesunięcie śródpiersia przedniego w lewo, zapadnięcie górnego płatu prawego płuca, a rozedmę pozostałych płatów tegoż płuca i obu płatów płuca lewego, w prawym płacie środkowym zserowaciałe ognisko pierwotne, duży zserowaciały gruczoł limfatyczny w rozwidleniu tchawicy, który wpukłał się do światła pra-

wego oskrzela głównego i bardzo znacznie zwiężał je, nie niszcząc przy tym śluzówki oskrzela.

Rozednięcie prawego płata dolnego i środkowego w danym przypadku można by tłumaczyć dwójako:

1) jako rozednięcie zastępczą, powstałą wskutek prosówkowej gruźlicy płuc;

2) jako następstwo bardzo znacznego zwiężenia światła oskrzela przez wpuklający się do niego zserowaciały gruczoł; w danym razie podczas wdechu, jako czynnym akcie, pewna ilość powietrza przedostawała się do pęcherzyków płucnych, a po wydechu, jako po akcie raczej biernym, pozostawało dużo powietrza zalegającego, po następnym wdechu świeża porcja powietrza, przedostawszy się do pęcherzyków płucnych, napotykała tam na znaczne ilości powietrza już zalegającego. Siła, napierająca na ściany pęcherzyków, coraz bardziej wzrastała. W ten sposób doszło prawdopodobnie do rozedmy pęcherzykowej. Podczas kaszlu pęcherz taki lub, być może, nawet kilka pęcherzy pękło, a powietrze z nich przedostało się do jamy opłucnowej. Powstała odma samoistna. Następstwem jej było zapadnięcie prawego płata górnego. Brak odczynu zapalnego ze strony opłucnej dowodziłby, że odma powstała w stosunkowo krótkim czasie przed śmiercią. (Streszczenie własne).

2a. L. J e l e n k i e w i c z i J. K e m p n e r. *Przypadek tężyczki pooperacyjnej (tetania parathyreoopriva post strumectomiam) leczony skutecznie witaminą D.* (Będzie drukowane w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim”).

Odczyty:

2b. L. J e l e n k i e w i c z. *O leczeniu hormonalno-witaminowym zaburzeń gospodarki wapniowej.* (Będzie drukowane w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim”).

Dyskusja:

Pekielis uważa przypadek za bardzo ciekawy, wydając mu się jednak dziwne, że już po upływie dwóch dni stosowania Vitavitu nastąpiła tak wybitna poprawa. Zastanawia się, czy nie wystąpiło tutaj spóźnione działanie wapnia, czy też może choroba sama przez się wyczerpała się. Być może, Vitavit uczulił ustrój na podany uprzednio wapń. Zapytuje, czy widywano w pediatrii tak wybitną poprawę po podawaniu Vitavitu, czy cytowani przez prelegenta autorzy amerykańscy uzyskiwali również tak szybką poprawę. Mówca otrzymywał w tężyczce poprawę za pomocą parathormonu oraz jednoczesnego podawania soli wapnia.

A r k i n podkreśla zmętnienie soczewki, występujące w tężyczce. U dzieci ze spazmofilią widuje się zaćmę wrodzoną warstwową, u dorosłych z tężyczką — męty w soczewce. Zmętnienia te cofają się pod wpływem leczenia AT₁₀.

H. H i g i e r zwraca uwagę, że w przypadku tym były ciężkie napady, przypominające już tężycę. Ciało nabłonkowe stało się trudne do znalezienia, podczas tyreoidektomii, łatwo więc można wyciąć ciałka przytarczyczne. Cierpieniu, powstałemu wskutek wycięcia przytarczczek, nadał K o c h e r nazwę „*parathyreoopriva*“, którą następnie zmieniono na właściwą „*parathyreoopriva*“. W powstawaniu tężyczki ważną rolę odgrywa moment konstytucyjny. T. zw. tężyczka szewców (szczególnie częsta w Austrii) występuje przeważnie na wiosnę, przy czym odgrywa tutaj rolę nie tylko moment żywienia, lecz również konstytucyjny. Statystyka amerykańska, obejmująca 15.000 operacji wycięcia tarczycy, wykazuje 25 przypadków tężyczki, w tym 24 u kobiet. W powstawaniu jej muszą więc odgrywać rolę jajniki. Parathormon działa szybko, lecz przemijająco, Vitavit działa powoli i długo. Autorzy amerykańscy uważają, iż ważniejszą rolę odgrywa tutaj nadmiar fosforu, niż hipokalcemia; w tym też kierunku zwracają się ich metody lecznicze. Tężyczka histeryczna polega na naśladownictwie i nie ma nic wspólnego z prawdziwą tężyczką. Cytuje przypadek tężyczki u pewnej panny z typowymi napadami i objawami Erba, Trousseau, Hoffmanna; po wyjeździe chorej do Ameryki siostra zaczęła dostawać napadów tężyczki, lecz bez objawów Erba, Trousseau i in.; została wyleczona psychoterapią. Parathormon działa również w chorobie Raynanda. W *myotonia dystrophica familiaris* z nieodmą przytarczyczną występuje wypadanie włosów, zmętnienie soczewki, *xerophthalmia*.

B a m r y t t e r wyjaśnia, że dla pediatri tężyczka jest zaburzeniem równowagi kwasowo-zasadowej, stałą alkaloza. W tężyczce dziecięcej otrzymuje się dobre wyniki bez witaminy D, tylko za pomocą diety zakwaszającej i środków leczniczych zakwaszających (*Ammonium chloratum*, *Calcium chloratum*). Częste są kombinacje krzywicy i tężyczki, choć czasem krzywica bywa silnie wyrażona, a tężyczka — słabo i odwrotnie. W tężyczce dziecięcej pediatrij mało wnikają w gospodarkę przytarczyczną. Dawniej obawiano się wystąpienia jawnej tężyczki pod wpływem podawania witaminy D (lampa kwarcowa, Vitavit). Próbowana jest obecnie witamina D₃, zbliżona do AT₁₀,

lecz niewiadomo jeszcze, jakie będzie ona dawała wyniki. Niewiadomo, czy usunięcie przytarczczek nie powoduje takiego uczulenia, że 60 kropel Vitavitu wystarczyło do usunięcia objawów tężyczki.

F e l l przypomina jeszcze jedną postać tężyczki, a mianowicie tężyczkę hiperwentylacyjną, dającą wszystkie objawy tężyczki przy normalnym poziomie wapnia we krwi. Stanowi ona dowód wpływu momentów konstytucjonalnych na występowanie tężyczki. Mówca przytacza przypadki tężyczki, idące w parze z porowatością kości (*osteoporosis*), analogiczne do przypadków choroby B a s e d o w a z obrzękiem śluzakowatym.

B o s k o w uważa za możliwe, iż w tężyczce są zaburzenia w stosunku wapnia zjonizowanego do *Calcium albuminatum*.

B r o k m a n stwierdza, że tężyczka niemowląt występuje tylko u dzieci krzywicznych. Witamina D daje w tężyczce niemowlęcej dobre wyniki, natomiast u dorosłych brak ich. Odwrotnie AT₁₀ daje u niemowląt złe wyniki, u dorosłych — dobre. W tężyczce niemowlęcej stosuje się duże dawki środków zakwaszających (*Calcium chloratum*, *Ammonium chloratum*), które dają dobre wyniki, lecz leczą one tylko objawy, a nie istotę choroby. Istotę cierpienia leczy witamina D, która działa leczniczo na krzywicę. Wyniki stosowania witaminy D były powolne, gdyż podawano ją w małych dawkach, obawiając się dużych. Być może, duże dawki witaminy D, podnosząc poziom wapnia, dają szybki efekt. W przypadku pokazywanym wynik jest tak szybki, że mógł on być tylko objawowy. Chodzi tutaj o podniesienie poziomu wapnia zjonizowanego we krwi. AT₁₀ ma posiadać długotrwałe i stałe działanie. Mówca zapytuje, czy prelegent spodziewa się w swym przypadku otrzymania trwałego wyniku.

W odpowiedzi stwierdza J e l e n k i e w i c z, że, jak wynika z prac szeregu autorów (F r e y b e r g, A u b, S t a c e y, K r u s e n i in.), witamina D jest w tężyczce pooperacyjnej lekiem wprost znakomitym. Daje ona zawsze szybką poprawę po okresie utajenia, który trwa około 2 dni. Stacey uważa, że za pomocą witaminy D można tężyczkę tę stale utrzymywać w stanie bezobjawowym i z normalnym poziomem wapnia we krwi. Przebieg przedstawionego przypadku jaskrawo przemawia za tym, że mieliśmy tutaj do czynienia z poprawą *propter hoc*, a nie *post hoc*. Co do mechanizmu działania witaminy D, to nie uczuła ona ustroju na działanie wapnia, lecz podnosi przyswajanie wapnia, zwiększając między innymi jego wysysanie się w przewodzie pokarmowym. Osobliwością przedstawionego przypadku było osiągnięcie poprawy przez stosowanie dawek witaminy D znacznie mniejszych od zalecanych przez autorów amerykańskich, co może zależeć od różnicy stosowanych preparatów (Vitavit i Viosterol). W przypadku przedstawionym oczy nie były badane, lecz, sądząc z braku zaburzeń podmiotowych wzroku, należy przypuścić, że zmętnienia soczewki nie było. W związku z omawianym przez H i g i e r a mianownictwem prelegent uważa, że najodpowiedniejszą nazwą dla tężyczki pooperacyjnej po tyreoidektomii byłaby nazwa *tetania hypoparathyreoidalis*, a nie dotychczasowa nazwa *tetania parathyreoopriva*. W związku z poruszeniem zagadnieniem tężyczki histerycznej prelegent podkreśla, że należy ściśle rozróżniać między dwoma typami tężyczki histerycznej: jeden, kiedy chora w stanie histerycznym naśladuje widziany zespół chorobowy tężyczki i drugi, kiedy u chorej z histerią w następstwie hiperwentylacji występują napady tężyczkowe. Jeżeli w tężyczce dziecięcej osiągają pediatrij zadawane wyniki, stosując tylko środki zakwaszające i wapń, w przypadku zaś przedstawionym 3½-tygodniowe podawanie wapnia i chlorku amonowego nie dało żadnej poprawy, to objaśnić to należy tym, że w tężyczce dziecięcej mamy do czynienia ze znacznie łagodniejszym zaburzeniem przemiany wapniowej. Istota leczenia zakwaszającego sprzeczna jest również, podobnie jak leczenia witaminowo-wapniowego, do podniesienia poziomu wapnia we krwi. Spostrzeżenie, że leczenie krzywicy witaminą D może wyzwolić jawną tężyczkę, jest słuszne i odnosi się do pierwszej fazy działania witaminy D, kiedy podniesienie się poziomu fosforu we krwi wyprzedza podniesienie się poziomu wapnia we krwi. Co do trwałości osiągniętej poprawy w przedstawionym przypadku, prelegent uważa, iż podawanie witaminy D w tężyczce hipoparathyreoidalnej jest analogiczne do leczenia zastępczego. Trwała poprawa nastąpi dopiero wówczas, gdy czynność pozostałych po operacji przytarczczek wyrówna kompensacyjnie brakujące gruczoły przytarczyczne (autoreferat).

3. H. H i g i e r. *O nerwicach płciowych.* (Streszczenia nadesłano).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Akademii Chirurgicznej w Paryżu z dnia 15 grudnia 1937 r. (Paris méd. Nr 1/1938) R e y n a l d o d o s S a n t o s mówił o *arteriografii*. Dowodzi on znaczenia lecz-

niczego wstrzykiwać do tętnicy szyjnej. W 100 z górą przypadkach choroby śpiączkowej wykonano z dobrymi wynikami wstrzykiwania tryparsamidu do tętnicy szyjnej. Z tej drogi wprowadzania leków korzystano również w tętcu, zapaleniu opon mózgowych, złośliwych napadach zimnicy, złamaniach podstawy czaszki. Prelegent zwraca uwagę na wstrzykiwania śród-tętnicze z zastojem: leczniczy związek bakteriobójczy będzie bardziej stężony, a jego działanie spotęgowane. Mniej więcej w dwie minuty po nałożeniu zaciskacza zwalnia się go i puszcza zastrzyknięcie. Bardzo dobre wyniki, otrzymane za pomocą tej metody, zanotowano w obnażonych złamaniach, zapaleniu szpiku kostnego, ropowicach kończyn.

Na posiedzeniu Towarzystwa Pediatrycznego w Paryżu z dnia 16 listopada 1937 r. (Paris méd. Nr 1/1938) M o n t l a u r i P. P. L é v y pokazywali przypadek ciężkiej żółtaczki rodzinnej noworodka bez erytroblastozy. Przypadek dotyczył trzecie dziecko w rodzinie, w której najstarsze nie wykazywało żółtaczki, drugie z kolei natomiast zmarło wskutek żółtaczki. Historia choroby pozwala na postawienie zupełnie pewnego rozpoznania cierpienia: wczesna żółtaczka, która szybko ściemniała, pogorszenie się stanu ogólnego w trzecim dniu, drgawki i śmierć w czwartym dniu pomimo przetaczania krwi. Przypadek ten jest ciekawy ze względu na brak wszelkiego odczynu ze strony narządu krwiotwórczego: morfologiczne badanie krwi, wykonane w trzecim dniu, wykazało tylko umiarkowaną niedokrewność (3.600.000 czerwonych ciałek) z polinukleozą (78%) bez śladów

jądrzastych czerwonych ciałek krwi w preparacie. Aż do ostatnich lat istniała skłonność do uważania ciężkiej żółtaczki wrodzonej i rodzinnej za jeden z objawów „choroby erytroblastycznej“; pokazywany przypadek dowodzi, że nie ma podstaw do przypisywania pierwszorzędnego znaczenia erytroblastozie w rozpoznawaniu i patogenezie ciężkiej rodzinnej żółtaczki noworodków.

Na posiedzeniu Towarzystwa Terapeutycznego w Paryżu z dnia 13 października 1937 r. (Paris méd. Nr 1/1938) M. L a e m m e r mówił o związku między gruczołami dokrewnymi a odwróceniem popędu płciowego. Prelegent, który zajmuje się leczeniem amboseksualności, spostrzegł chorego z odwróconym popędem płciowym, którego nie tylko udało się zbadać klinicznie, lecz u którego przeprowadzono również seryjne badania interferometryczne. U osobnika tego w początkowym okresie leczenia odczyn gonadowy żeński wypadł znacznie silniej niż odczyn gonadowy męski. Ten odwrócony odczyn gonadowy u młodego człowieka uległ zmianie po przeprowadzeniu leczenia propionianem testosteronu, i po upływie miesiąca odczyn gonadowy męski był znacznie silniejszy niż żeński. Objawy kliniczne (libido, rozwój wąsów i brody i t. p.) potwierdziły dane obrazu interferometrycznego. Prelegent podkreśla znaczenie leczenia propionianem testosteronu odwróconych popędów płciowych na tle zaburzeń wewnątrzwydzielniczych u mężczyzny; nie należy przy tym jednak zapominać o stosowaniu przedniego płata przysadki mózgowej i witaminy E.

Z j a z d y

Wrażenia z XV Międzynarodowego Kongresu Okulistycznego w Kairze.

Co cztery lata zbiera się świat okulistyczny na wielkie narady dla dokonania przeglądu postępu wiedzy lekarskiej w tej dziedzinie. Ostatnie dwa kongresy po dłuższej przerwie, wywołanej wojną światową, odbyły się w 1929 r. w Amsterdamie i w 1933 r. w Madrycie. Trzeci z kolei odbył się teraz właśnie w czasie od 8 do 15 grudnia 1937 r. w Kairze. Był to jednocześnie XV tego rodzaju Kongres od chwili powstania Międzynarodowej Federacji Towarzystw Okulistycznych i powołania Międzynarodowej Rady Okulistycznej, jako stałej reprezentacji świata okulistycznego.

Na kongres ten, podobnie jak na poprzednie, przybyły delegacje okulistyczne ze wszystkich części świata. Reprezentowane tu były 42 narody, ale ogólna liczba uczestników zgłoszonych wynosiła 658 osób, a w tym 148 okulistów miejscowych — egipskich. W porównaniu z poprzednimi kongresami liczba uczestników pozamiejscowych była przynajmniej o 25—30% mniejsza. Na zmniejszenie liczby uczestników Kongresu niewątpliwie wpłynęła niewyraźna sytuacja polityczna w basenie Morza Śródziemnego. Nie bez znaczenia też było dość znaczne oddalenie miejsca Kongresu i z tym związane większe koszty podróży oraz dłuższy czas jej trwania. Chociaż trzeba oddać sprawiedliwość miejscowemu Komitetowi Organizacyjnemu, że dołożył wszelkich starań, aby uprzystępnąć uczestnikom Kongresu przejazd i pobyt w Egipcie.

Grupa polska składała się z 16 osób, t. j. z 11 okulistów i 5 osób towarzyszących. Oficjalną delegację stanowili: prof. dr. J. S z y m a ń s k i, prof. dr. W. K a p u ś c i ń s k i, który jednak nie przybył, prof. dr. J. L a u b e r, prof. dr. W. M e l a n o w s k i, jako delegaci Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, i dr. M. Z a c h e r t, delegat Ministerstwa Opieki Społecznej. Szefem delegacji był prof. J. S z y m a ń s k i.

Otwarcia Kongresu dokonał Król F a r u k I w asyście dworu, rządu i korpusu dyplomatycznego w auli nowego gmachu Uniwersytetu Kairskiego. W imieniu rządu i miejscowego komitetu organizacyjnego powitał Kongres Minister Higieny, a następnie Prezes Międzynarodowej Rady Okulistycznej, prof. N o r d e n s o n (Sztokholm), po czym kolejno wygłaszali przemówienia powitalne przedstawiciele większych delegacji. W imieniu polskiej delegacji przemawiał prof. S z y m a ń s k i.

Po otwarciu Kongresu w godzinach popołudniowych w salonach wielkiego hotelu Semiramis nad Nilem rozpoczęły się obrady i posiedzenia naukowe. Tutaj też była urządzona dostępna w ciągu trwania Kongresu wystawa naukowa oraz wystawa instrumentów i aparatów okulistycznych.

Całokształt prac Kongresu można podzielić na następujące działy:

- I prace naukowo - kliniczne,
- II „ naukowo - społeczne i
- III „ organizacyjne.

I. Prace naukowo - kliniczne skupiały się około 2 tematów programowych:

1. *Nadciśnienie tętnicze a siatkówka i*
2. *Wydzielanie wewnętrzne a schorzenia oczne.*

Tematy te stanowiły główny zrąb prac Kongresu.

Pierwszy temat został bardzo wyczerpująco opracowany:

- a) przed Dr. K e i t h a i W a g n e r a (Stany Zjed. A. P.) z punktu widzenia ogólnego,
- b) przez B a i l l i a r t (Francja) z punktu widzenia klinicznego, i
- c) przez K o y n a g i (Japonia) z punktu widzenia anatomo - patologicznego.

Programowe wykłady tych głównych reporterów, opracowane bardzo wyczerpująco w formie monografii, uzupełnione licznymi komunikatami i oświetlone krytycznymi uwagami ożywionej dyskusji, stanowiły treść dwóch pierwszych posiedzeń naukowych Kongresu.

Grupa polska w pracach nad tym tematem brała żywy udział. Przede wszystkim podkreślić należy referat prof. J. L a u b e r a p. t. „Hipotonia tętnicza i zanik siatkówki“, który wzbudzi powszechne zainteresowanie, a dalej komunikat Dr. K l a r a (Katowice) o „Hipotonii tętnicznej siatkówki po wstrząśnieniu mózgu“.

W dyskusji ponadto przemawiali prof. M e l a n o w s k i i prof. L a u b e r. Należy też zaznaczyć, że autorowie obydwu podkreślali kilkakrotnie duże znaczenie prac doc. S o b a ń s k i e g o z Kliniki Warszawskiej dla badań nad zależnością ciśnienia tętniczego i zmian w siatkówce.

Drugi temat programowy — „Endokrynologia a choroby oczu“ przedstawiony został przez pięciu głównych referentów:

1. S m a p p e r (Holandia) — dał pogląd ogólny na wydzielanie gruczołów wewnętrznych,

2. von Szilly (Niemcy) — omówił wpływ wydzielenia tarczycy na oko,

3. von Imre (Węgry) — wpływ wydzielania gruczołów rozrodczych na oko,

4. Jeandelle (Francja) — wpływ przysadki móżdżkowej na oko i

5. Lo Cascio (Włochy) — wpływ gruczołów przytarczycznych na oko.

Ponadto wygłoszono kilkanaście komunikatów uzupełniających. Rozprawa nad tym tematem wypełniła dwa posiedzenia.

Poza tymi tematami programowymi w dziale klinicznym wygłoszono na 3-ch specjalnie na ten cel poświęconych posiedzeniach naukowych kilkadziesiąt komunikatów i demonstracji t. zw. dowolnych.

Uczestnicy polscy wygłosili w toku tych obrad następujące komunikaty:

Dr. Klar (Katowice) — o oczopląsie u górników,

Prof. Abramowicz (Wilno) — o roli ciążka szklistego w akomodacji,

Prof. Melanowski (Warszawa) — o roli tęcz dla przedniego odcinka oka,

Prof. Szymański — o operacji Pól - Elliota,

Dr. Krausz (Łódź) — o zastosowaniu jontoforezy do leczenia jaglicy (demonstracja aparatu).

Prócz tego w dyskusji zabierali głos: prof. Lauber, prof. Melanowski i Dr. Narog.

II. Prace Kongresu z działy okulistyki społecznej obejmowały dwa zagadnienia:

a) sprawę jaglicy i

b) sprawę zapobiegania ślepotcie.

Zagadnieniu jaglicy poświęcone zostały dwa posiedzenia naukowe. Zorganizowane one zostały w ramach ogólnego kongresu przez Międzynarodową Organizację zwalczania jaglicy.

Wstępny referat wygłosił Mac Callan (Londyn), prezes Międzynarodowej Organizacji zwalczania jaglicy, przedstawiając dotychczasowy rozwój tej organizacji, podkreślił znacznie wydawania specjalnego organu (*Revue Inter. du Trachome*), współdziałanie z Międzynarodowym Związkiem zapobiegania ślepotcie oraz z Komitetem Higieny Ligi Narodów.

Następnie szereg referentów zobrazował obecny stan poglądów i wyniki ostatnich badań nad etiologią i patologią jaglicy. Utrzymują się nadal poglądy o przesączalności zarazka jaglicy, o roli ciałek wtrętowych Pro w a z e k a i H a l b e r s t a e d t e r a oraz o pokrewieństwie ich z rickettiami, a w związku z tym o roli wszy w epidemiologii jaglicy. W zakresie rozpoznawania jaglicy duże znaczenie przypisywane jest łuszczce zaczątkowej. W związku z tym tematem Dr. Zacherl wygłosił referat o zastosowaniu oftalmoskopu elektrycznego do wykrywania łuszczki.

W leczeniu jaglicy zaczynają stosować chininę.

Zapobieganie ślepotcie.

Fod przewodnictwem P. Bailliarta odbyło się ogólne posiedzenie Międzynarodowego Związku zapobiegania ślepotcie. (Pres. Inter. de prophylaxie de la Cécité), na którym były rozpatrywane następujące dwa zasadnicze tematy:

1) Program walki ze ślepotą w krajach gorących,

2) Społeczne wymagania walki ze ślepotą.

Spośród referatów, poświęconych pierwszemu tematowi, należy wyróżnić referaty Mac Callana i Wrighta. Mac Callan poruszył sprawę polityki walki ze ślepotą w krajach gorących. Autor przypomina historię dawnego Egiptu, według której ostre oftalmie, jaglica i ślepotą były tu bardzo częste. Już w wiekach średnich lekarze greccy i arabscy odróżniali ostrą oftalmię od przewlekłej jaglicy. W czasie epopei napoleońskiej Dr. B r i g g e, lekarz okrętowy, opisał po raz

pierwszy zakaźny charakter oftalmii. Za ślepotę Mc Callan uważa widzenie nie wyższe, niż liczenie palców na 1 m przed okiem.

Do 80% przypadków ślepoty zależy w Egipcie od różnego typu oftalmii. Częstość stosunkowa ślepoty w Anglii wynosi 1,19 na 100,000, we Francji 0,73, zaś w Palestynie 8,43, w Egipcie 7,76 a w Indiach 5,70.

Ophthalmia neonatorum w Egipcie i Palestynie zdarza się rzadziej, niż w Europie. W Egipcie typowe są oftalmie sezonowe. Zapalenia oczu przenoszą się przy pomocy palców i zakażonych przedmiotów, w szczególności chust.

Ślepotą, występująca w jaglicy, zdarza się z powodu powikłań jej ostrymi oftalmiami i na skutek procesów chorobowych i zbliznowaceń krawędzi powiek.

O s p a też jest częstą przyczyną ślepoty, gdyż szczepienie jej nie jest wszędzie obowiązkowe. W Indiach brak witamin i keratomalacja powodują ślepotę, która częściej się zdarza na wsi, niż w mieście. Powinny tu pomóc przede wszystkim opieka lekarska i podniesienie poziomu życia. W ciągu 34-letniej walki, prowadzonej przez okulistów, ilość ślepoty zredukowała się tu do 1/4.

R. E. W r i g h t mówił o walce ze ślepotą w Indiach Angielskich. Na 352,000,000 l u d n o ś c i j e s t t a m 601,000 ś l e p y c h, tj. 1,72 na 100,000. Do najczęstszych przyczyn ślepoty należą: 1) wrodzone wady, 2) rozmięknienie rogówki, 3) leki drażniące, 4) ospa, 5) jaglica, 6) *ophthalmia neonatorum*, 7) wrodzony syfilis.

W pierwszych latach życia najczęstszymi przyczynami ślepoty są r o z m i e k n i e n i e r o g ó w k i, środki drażniące, rzeżączka, kiła i ospa. Następnie autor omawia istniejące przepisy prawne:

Szczepienie ospy obowiązuje tylko w niektórych krajach.

Zastosowanie obowiązkowe sposobu Crédégo nie wszędzie jest przestrzegane. Leczenie chorób wenerycznych, wobec niedostatecznej liczby lekarzy, nie wszędzie prowadzone jest dość intensywnie. Konieczne jest przestrzeganie przepisów ustawodawstwa zabezpieczenia przy pracy, przepisów oświetlania warsztatów pracy oraz badanie dzieci w szkołach i kandydatów do wojska i t. d.

W organizowaniu walki ze ślepotą pomaga państwo oraz Indyjski Czerwony Krzyż, który daje zapomogi pieniężne.

Organizacja propagandy odbywa się przy pomocy radia, kina oraz plakatów.

Na drugi temat przemawiali między innymi:

P a r k L e w i s (U. S. A.) — O odpowiedzialności okulisty za zachowanie wzroku i o ochronie przed ślepotą.

Era obecna jest erą uprzedzania ślepoty. Przede wszystkim chodzi o uświadamianie ludności o niebezpieczeństwach grożących oku. Dalej o należyłą organizację społeczeństw. Winna być prowadzona energiczna walka z r z e ż ą c k ą n o w o r o d k ó w, kiłą, jaglicą i niedostatecznym odżywianiem ludności.

Walka o ochronę zdrowia przez współpracę zawodową i społeczną jest najpewniejszym sposobem osiągnięcia przyjazni międzynarodowej.

P. Bailliart (Francja) mówił o roli pielęgniarstwa społecznego, wiążącego szpital z domem i dającego możliwość wglądu w warunki bytu chorego i jego otoczenia.

Melanowski omówił stan walki ze ślepotą w Polsce, przedstawiając wysiłki rządu i społeczeństwa w tej sprawie.

III. Prace organizacyjne.

Odbył się szereg posiedzeń administracyjnych Międzynarodowej Rady Okulistycznej i Komitetów specjalnych: zwalczania jaglicy i zapobiegania ślepotcie.

W personalnym składzie tych Komitetów zaszyły następujące zmiany, dotyczące Polaków: do Komitetu Wykonawczego Międzynarodowej Organizacji Zwalczania Jaglicy na miejsce

prof. S z y m a ń s k i e g o, który ustąpił z racji ukończenia kadencji, został powołany Dr. Z a c h e r t. Podobnie do Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego Związku zapobiegania ślepotcie na miejsce, zwolnione przez prof. S z y m a ń s k i e g o, wszedł prof. M e l a n o w s k i.

W Międzynarodowej Radzie Okulistycznej przedstawicielem Polski pozostał nadal prof. S z y m a ń s k i; w skład tej Rady postanowiono powołać prezesa Komitetu zwalczania jaglicy i prezesa Komitetu zapobiegania ślepotcie.

Nadto spośród uchwał Rady i Kongresu zasługuje na podkreślenie uchwała, określająca stosunek okulistów do optyków: przyjęto zasadę traktowania optyka jako aptekarza, sprzedającego szkła. Dalej Kongres przyjął do wiadomości uchwały Światowego Kongresu Ociemniałych, który odbył się w 1937 r. w Warszawie, w sprawie opieki nad ociemniałymi i zalecił Międzynarodowej Organizacji zapobiegania ślepotcie poczynić odpowiednie kroki u właściwych rządów w celu ich realizacji.

IV. Z w i e d z a n i e s z p i t a l i.

Uzupełnieniem rozpraw teoretycznych były wycieczki naukowe i pokazy w następujących szpitalach: Hôpital Ophtalmologique de Guizeh, Hôpital de Kasr El Aini i Hôpital Fouad I-er. W pierwszym z tych szpitali największy oddział stanowi jaglica. Otwarte poczekalnie, na co pozwala łagodny klimat tutejszy, zapełniają setki przeważnie jaglicowych tubylców. Przyjmuje jednocześnie kilku lekarzy, z których niektórzy operują przeważnie powiekowe i plastyczne sprawy, w których, trzeba przyznać, osiągnęli wielką zręczność w technice i szybkości operowania.

W dziedzińcu znajduje się popiersie M a c C a l l a n a, który położył niepospolite zasługi w walce z jaglicą i chorobami ocznymi w Egipcie, będąc tutaj kilkanaście lat na posterunku dyrektora szpitali ocznych.

Obok szpitala znajduje się laboratorium oftalmiczne, które zajmuje piętrowy gmach oddzielny, jest bardzo suto wyposażone i pozostaje pod kierownictwem wybitnego uczonego dra Wilsona.

Drugi ze zwiedzanych szpitali K a s r e l A i n i H o p i t a l jest jednocześnie siedzibą wydziału lekarskiego Uniwersytetu, założonego przez Króla F u a d a w 1921 r. Uniwersytet ten używa języka angielskiego. W szpitalu Kasr el Aini mieści się również uniwersytecka klinika okulistyczna, muzea anatomiczne, patologo-anatomiczne, urządzone staraniem dra B u ł h a k o w a, przedstawiają bardzo bogate i ciekawe zbiory ze względu na miejscowe schorzenia, jak np. bilharzia, nieznanne w innych krajach. Świetne wykorzystanie miejsca i oświetlenia oraz wolność dostępu dla studentów i lekarzy o każdej porze dnia i krótkie opisy zmian dają możliwość największego wykorzystania tych zbiorów.

Trzeci szpital nosi nazwę F u a d a I-go, jeszcze nie zupełnie ukończony, położony na otwartym cyplu wyspy na Nilu, uderza wspaniałością gmachu. Jest to zupełnie nowoczesny szpital ogólny z różnymi oddziałami, wśród których oczny chyba jest największy. Ponadto zwiedziliśmy stary szpital oftalmiczny Kalaun (Qalaoun).

Pokazano nam także wędrowny szpital okulistyczny.

Znajduje się on pod cytadela w Kairze w kilkunastu wielkich namiotach. Utrzymywany jest tutaj jako pokazowy. Poczynając od 1902 r. dzięki pomocy finansowej ze strony Ernesta Cassela i lorda Cromera, którzy ofiarowali na ten cel 40 milionów funtów, rozpoczęto organizację w Egipcie wędrownych szpitali okulistycznych. Obecnie jest 14 szpitali wędrownych, a nadto 59 szpitali stałych.

W Kairze znajduje się dużo innych ogólnych szpitali egipskich i europejskich, tak np. jest stary szpital francuski i wspaniała pod względem budowy i urządzenia szpital żydowski. Prywatni lekarze mają wspaniałe urządzenia, tak np. szpital dra P a p a y o a n o u lub klinika prywatna oczna dra S o b h i B e y a, zajmująca całe pierwsze piętro i wyposażona nie tylko w lampę szczelinową, ale i wszystkie inne najnowsze narzędzia; oprócz sali operacyjnej, dwie opatrunkowe ze stołami każda, wielka ciemnia, trzy poczekalnie z dodatkowym haremem (czyli poczekalnią dla kobiet muzułmanek).

Większość współczesnych lekarzy starszego pokolenia kształciła się w Anglii: w Oksfordzie, Cambridge, Londynie i Manchesterze. Dużo jednak odebrało wykształcenie we Francji, Włoszech i Niemczech. Młodsze pokolenie, mając doskonałych mistrzów, dawniej przeważnie Anglików, i bogato wyposażone kliniki szpitalne i laboratoria oraz kursy dokształcające, wyrobili się na doskonałych techników, celujących szczególnie w plastycznych operacjach, czego byliśmy świadkami podczas pokazów.

Od czasu wyzwolenia Egiptu rozpoczął się silny ruch nacjonalistyczny, eliminujący Europejczyków ze wszystkich dziedzin. Inicjatorem i przywódcą tego ruchu był kilkanaście lat temu zmarły Z a g l u l P a s z a. Obecnie panuje pełny autarkizm w dziedzinie medycyny: poczuwszy się samowystarczalni, skasowali dawne prawo wolnej praktyki dla przybyszów. Z wielkimi ograniczeniami wydają zezwolenia na czasowe wykonywanie praktyki przez cudzoziemców.

Poza wycieczkami naukowymi urządzono również wycieczki krajoznawcze: 1) do Piramid z przyjęciem herbatą w Mena House, słynnym hotelu pod Piramidami, 2) do Cytadeli i meczetów oraz Grobowców Kalifów, 3) do Tam Deltę czyli Barrages du Deltę połączoną z przejażdżką po Nilu. Wreszcie najważniejszą część kongresowców wybrała się na dalsze wycieczki w głąb kraju do Luksoru i Assuanu na zwiedzenie pomników dawnej kultury egipskiej, co zostało znakomicie udostępnione przez zniżki kolejowe (50%) i różne ułatwienia, przysługujące uczestnikom Kongresu.

Organizacja Kongresu pod każdym względem była dobra. Toteż wyniki Kongresu należy oceniać dodatnio tak ze względu na bogaty dorobek prac, przedstawionych na Kongresie i wysoki poziom rozpraw, jak szczególnie pod względem towarzyskiego zbliżenia międzynarodowej rodziny okulistycznej, dla którego koledzy egipscy dzięki gościnności rzeczywście wschodniej stworzyli doskonałą atmosferę i warunki. Kongres ten niewątpliwie znakomicie przyczynił się nie tylko do postępu wiedzy okulistycznej, ale także do pogłębienia znajomości i wzajemnej współpracy pomiędzy okulistami z różnych krajów.

Dr. M. Z a c h e r t (Warszawa).

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Z Oddziału Biochemii Państwowej Szkoły Higieny.
(Dyrektor: Doc. Dr. G. Szulc).

Reforma żywienia w Polsce a zagadnienie wsi *).

Podał

Aleksander SZCZYGIEŁ (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz nr 15—16).

Pośrednictwo a żywienie mas.

Powszechnie wiadomo jest, że ceny niektórych pro-

duktów, płacone przez konsumenta, są dwu-, a nawet trzykrotnie wyższe od cen, płaconych producentom.

Przyczyn tego jest kilka. Przede wszystkim wina leży w zaniedbanej produkcji rolej. Towary, dostarczane na targ, są źle posortowane lub nieodpowiednio wy-

*) Na podstawie odczytu wygłoszonego w październiku 1937 r. na Zebraniu Wydziału Higieny Żywienia Polskiego Towarzystwa Higienicznego.

produkowane. Skup odbywa się najczęściej przez bardzo drobnych pośredników, którzy nie rozporządzają dobrze urządzonymi składami, ani chłodniami. Wskutek tego wiele produktów ulega zepsuciu. Niedostateczna ilość dobrze urządzonych środków przewozowych przyczynia się do tego, że dostawy są zbyt kosztowne, nieregularne i t. d.

Dużą również rolę odgrywa tu dyktatura hurtowników, którzy najczęściej regulują ceny tak, aby z pośrednictwa wyciągnąć maksimum zysku. Słowem, cała nasza aprowizacja dużych zbiorowisk ludzkich odbywa się na skalę małomiasteczkową i jest niesłychanie rozproszkowana.

Jedynym wyjściem z tej kłopotliwej sytuacji jest zakładanie kooperatyw rolniczych, gdyż tylko wtedy będzie można zgromadzić odpowiednią ilość kapitału potrzebnego do stworzenia handlu na większą skalę, zmechanizowania mleczarni, budowy chłodni i t. d. Jedynym z przykładów, jakie znaczenie może mieć stworzenie sieci kooperatyw, są kooperatywy na południowo-wschodnich kresach Polski.

Wszystkie bolączki naszego pośrednictwa odbijają się na cenach, płaconych rolnikom. W dziedzinie pośrednictwa produktów spożywczych nie powinno być dużej rozpiętości między cenami hurtowymi a detalicznymi, gdyż odpada tu koszt reklamy, który w innych dziedzinach przemysłu pochłania olbrzymie sumy.

Z tych paru uwag wynika, że najważniejszymi niedomaganiem w naszym pośrednictwie artykułów żywnościowych jest produkcja na małą skalę, detaliczny skup przez detalicznych przedsiębiorców, psucie się dużej ilości pożywienia wskutek niedostatecznej liczby urządzeń do przechowywania i transportu oraz dyktatura kilkunastu hurtowników. Poprawa stosunków w tej dziedzinie wymaga dużego uświadomienia rolników i wprowadzenia ściślejszego nadzoru nad cenami. Słowem, trzeba dążyć do tego, żeby Polskę detaliczną zamienić na Polskę hurtową.

Najlepszy przykład rozproszkowania pośrednictwa i przetwórstwa mamy chyba z dziedziny mleczarstwa. Według Dąbrowskiego, na terenie Rzeczypospolitej w 1929 r. mieliśmy 4176 mleczarni, które przerabiały zaledwie przeciętnie po 600 litrów mleka dziennie, podczas gdy w Danii było tylko 1665 mleczarni, ale przeróbka mleka wynosiła 8300 litrów, czyli około 14 razy więcej. U nas tylko 13% naszych mleczarni przerabiało powyżej 1000 litrów mleka.

Mówiąc o pośrednictwie, należało by wspomnieć również o przechowalnictwie, chłodnictwie, przetwórstwie i t. d. Jednakże z powodu niezwykłej rozległości tego tematu muszę ograniczyć się jedynie do wskazania piśmiennictwa, skąd można zaczerpnąć dużo informacji z tego zakresu. Wspomnę tu tylko o pracach Prof. Dr. Emila Chroboczka, który cmawianym sprawom poświęcił kilka wyczerpujących artykułów.

Z rozważań tych możemy wyciągnąć następujące wnioski:

1. Do niedawna nastawienie do wsi było błędne, głównie z tej przyczyny, że prawie wszystkie gospodarstwa rolne traktowało się jako samowystarczalne. Tymczasem przeszło 55% zespołów rolniczych znajduje się w takiej sytuacji ekonomicznej, że nie stać ich na żadną szerszą inicjatywę.
2. Bierność chłopca polskiego nie wynika tylko z wad jego charakteru i analfabetyzmu. Wpłynęły na to również ogromne przeludnienie wsi, duże rozdrobnienie gospodarstw rolnych, silna prężność rozrodcza ludności wie-

skiej oraz wyczerpanie i tak ubożego rolnictwa przez długotrwały kryzys ekonomiczny. Niewątpliwie duża rolę w tym odegrało również wadliwe żywienie się wsi.

3. Aktywizacja małych gospodarstw rolnych wymaga wielu wysiłków ze strony państwa i samej wsi.
4. Do podźwignięcia wsi z jej ciężkiego położenia gospodarczego muszą być zastosowane wszystkie możliwe środki, np. parcelacja większych własności, oddłużenie rolnictwa, inwestycje, rozbudowa rzemiosła, przetwórstwa, przechowalnictwa i t. d.
5. Wszelkie projekty, zmierzające do poprawy stosunków panujących na wsi, powinny być dostosowane do stanu zamożności wsi.
6. Reformy żywienia w pełnym tego słowa znaczeniu będą mogły być dokonane dopiero po rozwiązaniu zagadnienia wsi. Inne metody są tylko paliatywne, albo ich skuteczność jest b. ograniczona.
7. Ze względu na nasze zaniechanie w dziedzinie produkcji, przetwórstwa i pośrednictwa należy dążyć do tego, żeby jak największa liczba zakładów naukowych zajęła się pracą nad zagadnieniami, mającymi przede wszystkim znaczenie praktyczne.

Należy dodać, że obecnie zagadnienie wsi wyszło z impasu. Zarówno sfery rządowe, jak i organizacje społeczne czynią duże wysiłki zmierzające do poprawy sytuacji gospodarczej rolnictwa, przy czym więcej uwagi poświęca się małym gospodarstwom, niż dużym.

Zainteresowanie wsią wynika już nie tylko ze współczucia dla niedoli jej mieszkańców, czy też z powodu trudności w ulokowaniu wyrobów przemysłowych na rynku krajowym, ale również ze zrozumienia roli, jaką olbrzymia ta warstwa społeczeństwa odgrywa lub może odegrać w splocie zagadnień gospodarczych i politycznych.

* * *

A teraz zastanówmy się nad tym, dlaczego wszystkie te sprawy muszą obchodzić tych, którzy zajmują się zagadnieniem żywienia w Polsce?

Dwie są tego przyczyny. Przede wszystkim idzie tu o dostosowanie programu nauczania w szkołach gospodarstwa domowego do właściwego poziomu zamożności społeczeństwa polskiego, a następnie o wybór metody pracy w terenie. Analizy sposobu żywienia się szerokich mas robotniczych i włościańskich przekonują, że spożycie mleka, świeżych jarzyn i owoców, oraz tłuszczów i cukru jest za małe.

O zwiększeniu spożycia tych produktów nie może być najczęściej mowy ze względu na małą siłę nabywczą konsumentów. Dr. Paluch, układając jadłospisy dla rodzin robotniczych, doszedł do wniosku, że dochody robotników są za małe, żeby można było za nie nabyć wszystkie te produkty, które są niezbędne do prawidłowego żywienia. W tej sytuacji zachodzą tylko dwie możliwości: 1. podwyższenie zarobków robotników. 2. zmniejszenie cen produktów spożywczych. To drugie jest możliwe do zrealizowania tylko w drodze zmniejszenia kosztów pośrednictwa. Nie powinno się to odbywać kosztem rolnictwa, gdyż producenci i tak otrzymują za niskie ceny za swoje towary.

Z drugiej strony osoby, zajmujące się żywieniem, muszą mieć zawsze na względzie popieranie produkcji krajowej. Obce środki spożywcze można tylko wtedy propagować, gdy nie da się ich zastąpić krajowymi. Pod tym względem, niestety, dietetycy znajdują się w kłopotliwej sytuacji. Na przykład: propaganda spożycia świeżych jarzyn i owoców wzmaga popyt na importowa-

ne artykuły, szczególnie owoce. A sam import pomarańcz i mandarynek kosztuje nas rocznie przeszło 12 milionów złotych. Jeśli do tego dodamy wartość importu innych owoców i orzechów, wtedy otrzymamy sumę około 20 milionów zł. wywożonych za granicę, na zakup produktów, które albo można u nas wyprodukować, albo zastąpić je artykułami pochodzenia krajowego.

Dość często propaguje się również spożycie ryb, jako taniego źródła białka zwierzęcego, o wiele tańszego, niż białka mięsa. Ale względ na nasz ujemny bilans, wynoszący aż 19 milionów zł, nakazuje zaniechać tego rodzaju propagandy, co znowu nie jest pożądane dla rodzimego przemysłu rybnego.

Instytucje, zajmujące się żywieniem masowym, nie mogą zastosować na szerszą skalę ryb krajowych, mleka w proszku, mleka skondensowanego lub sera ze względów na trudności natury aprowizacyjnej — brak poprostu zakładów, które chciałyby się podjąć punktualnego i regularnego wykonywania zamówień na szerszą skalę.

Program działania w zakresie reformy żywienia.

Z poprzednich rozważań wynika, że Polska, mimo iż jest krajem rolniczym, stoi na granicy samowystarczalności pod względem ilościowym w dziedzinie aprowizacji w żywność, a pod względem jakościowym ma poważne braki. Głównymi przyczynami naszych niedomagań w dziedzinie aprowizacji ludności w żywność są:

1. bardzo duża liczba karłowatych gospodarstw rolnych, niezdolnych do żadnych ulepszeń produkcji;
2. silne rozproszkowanie w zakresie przetwórstwa i pośrednictwa;
3. słabo rozwinięty przemysł przetwórczy artykułów żywnościowych.

Bez usunięcia tych przyczyn nie podobna jest uzyskać gruntownej poprawy żywienia mas, gdyż istnieje błędne koło, polegające na tym, że niedociągnięcia w dziedzinie produkcji i obrotu środkami spożywczymi podnoszą ceny artykułów żywnościowych, a tym samym obniżają siłę nabywczą konsumentów, co znowu ze swej strony jest hamulcem postępu wytwórczości rolnej.

Z tego wynika, że racjonalizacja żywienia w Polsce wymaga przeprowadzenia głębokich reform gospo-

darczych i społecznych. Postulaty te są o charakterze zasadniczym i wcześniej, czy później muszą znaleźć należyte rozwiązanie. Do nich należą reforma rolna, oddłużenie rolnictwa i walka z przeludnieniem wsi.

Byłoby jednak grubym błędem uzależnić rozpoczęcie jakiegokolwiek pracy w terenie od zrealizowania omawianych postulatów. Przemawiają za tym dwa względy. Po pierwsze, przeprowadzenie zasadniczych reform jest kosztowne i wymaga co najmniej kilkunastu lat czasu, a po drugie, istnieje cały szereg zagadnień drugorzędnych wprawdzie znaczenia, lecz bardzo doniosłych z punktu widzenia odżywiania mas.

Do tych drugorzędnych postulatów należą: lepsze wykorzystywanie ziemi, wprowadzenie nowych gałęzi wytwórczości rolnej, rozwój spółdzielczości, zwalczanie chorób zakaźnych zwierząt domowych i hodowlanych, zastosowanie ulepszonych nasion, rozbudowa chłodnictwa, sadownictwa, warzywnictwa, pszczelarstwa, hodowli nasion oleistych, mleczarstwa itd. Realizowanie postulatów zasadniczych i drugorzędnych musi odbywać się równoległe i przez dłuższy okres czasu, jeżeli ma się to dokonać bez żadnych głębszych wstrząsów i dać pożądane rezultaty.

Obecnie istnieje mnóstwo organizacji państwowych, samorządowych i społecznych, które zajmują się sprawami, związanymi w ten, czy inny sposób, ze sprawą racjonalizacji żywienia. Mamy zakłady naukowe, stacje doświadczalne, zrzeszenia producentów, kooperatywy, kółka rolnicze, koła gospodyń wiejskich i t. d.

Niestety, między tymi organizacjami nie ma prawie wcale łączności, lub jeśli ona jest, to ma raczej charakter lokalny, niż ogólny. Wskutek tego nie ma żadnej koordynacji pracy, ani współdziałania pomiędzy specjalistami poszczególnych, a związanych ze sobą wspólnym celem, instytucji.

Dlatego też wysuwałem projekt stworzenia Centralnej Organizacji do Spraw Żywienia. Należy sądzić, że odpowiednikiem jej będzie Departament Aprowizacji, stworzony przy Ministerstwie Rolnictwa i Reform Rolnych. (Dok. nast.).

Wiadomości bieżące.

— Nasilenie g r y p y w Łodzi, jakie notowano w tygodniu poświęconym, trwa w bież. tygodniu i nadal. Do gabinetów lekarzy, leczących z ramienia Ubezpieczalni, zgłasza się dziennie 30 do 50 osób, tak, że łączna liczba zgłaszających się chorych wynosi około 1.000 osób dziennie.

— Wiedeńskie ministerstwo oświaty na terenie b. Austrii wprowadziło „*numerus clausus*“ dla Żydów austriackich, pragnących studiować w szkołach wyższych. Na mocy tego prawa będą oni odtąd kontynuowali rozpoczęte już przed tym studia tylko w stosunku 2% do ogólnej liczby słuchaczy. Poza tym rozstrzygać będą rektoraty o każdym przyjęciu z osobna.

— W czwartek przed sądem grodzkim w Łodzi stanął dr medycyny 34-letni Izaak Frenkiel, lekarz ginekolog-chirurg, oskarżony o to, że dnia 10 czerwca 1937 r. wystawił świadectwo lekarskie niezgodne z rzeczywistością, nie odpowiadające stanowi faktycznemu, jakoby Chaim Popow miał liczne zadrapania twarzy, zdraśnięcia, wybicie zęba itp. Po zeznaniach świadka sąd zarządził przerwę do dnia dzisiejszego (piątek) i zażądał akt tych wszystkich spraw, w których złożone były świadectwa, wystawione przez d-ra Frenkiela. Dziś rozprawa ma być zakończona.

Istnieje możliwość rewizji procesów w sprawach, gdzie znajdują się świadectwa d-ra Frenkiela.

— Policja gdyńska wykryła handel narkotykami, w którym główną sprężyną był lekarz gdyński, dr Lewandowski. Dr Lewandowski w przeciągu 16 miesięcy wydał z górą 2.000 recept, umożliwiających zdobywanie dużych ilości narkotyków. Z pomocy w tej mierze d-ra L. korzystało z górą 250 osób. Sekretarz Lewandowski, otrzymał od Lewandowskiego z górą 400 recept. Recepty, zapisywane przez lekarza, zawierały ponad 500 gramów narkotyków, przeważnie morfiny.

— Do Lwowa przybył delegat Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, radca dr Ambroziewicz, w celu przeprowadzenia dochodzenia w niezwykłej sprawie. Przed kilku dniami przybyła do Lwowa z Brzuchowic położnica. Zanim pacjentka zdążyła załatwić uciążliwe formalności w Ubezpieczalni Społecznej, poród nastąpił na ulicy na oczach przechodniów i uczenie gimnazjum naprzeciw ambulatorium. W wyniku dochodzenia zawieszeni zostali w urzędowaniu lekarz dyżurny i odnośna urzędniczka Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

4.V. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

Pokazy: W. Róbin, D. Kohan i M. Płoński. Przepadek raka zagięcia śledzionowego okrężnicy o niezwyklej przebiegu. D. Kohan i L. Płockier. Guz prostonicy jako nawrót po operowanym raku zstępniczy. Odczyt: W. Róbin i J. Nusbaum. O rakach rodzinnych.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna.

1. A. Straszyński. Patologia i terapia zakażeń ropnych skóry. 2. W. Szenwic. Zakażenia paciorkowcowe w chorobach kobiecych i położnictwie.

COLLOQUIUM TERMINOLOGICUM.

XXIX. O terminach naukowych greckich i łacińskich.

Usunięcie z programu dzisiejszego szkolnictwa średniego łaciny i języka greckiego było niewątpliwie ułatwieniem, lecz jednocześnie obniżyło, i to znacznie, poziom kulturalny i intelektualny młodzieży. Jeżeli jednak można było zgodzić się z usunięciem języków starożytnych z programu szkół t. zw. realnych, to trudno je uznać za słuszone, o ile chodzi o szkoły t. zw. humanistyczne, t. j. przygotowujące kandydatów na wydziały: przyrodnicze, lekarski i prawny. Te dziedziny wiedzy są tak ściśle związane ze światem antycznym, że łączności tej, mającej swój wyraz w mianownictwie, zerwać nie można pod groźą wytworzenia prawdziwej wieży Babel w nauce. Lecz wiedza musi pozostać międzynarodową, i wszelkie pomysły autarkiczne skazane są z góry na niepowodzenie lub, o ile będą kontynuowane z uporem, spowodują upadek nauki. Musi więc nastąpić nawrót do źródeł kultury i cywilizacji — świata antycznego. Dziś chcę podać na razie kilka przykładów z mianownictwa, świadczących o mimowolnym zaniedbaniu terminologicznym, zależnym od braku wykształcenia klasycznego. A więc, czytamy w jednej pracy: „Hyperkeratosis basis unguis“, co ma oznaczać w języku polskim „zrogowacenie nadmierne podstawy paznokcia“; wynika stąd, że wyraz grecki βᾶσις ma być użyty nie w mianowniku, lecz w dopełniaczu, który brzmi βᾶσιδος po polsku „bazeos“, całość więc, pisana po łacinie, brzmieć powinna: „hyperkeratosis baseos unguis“ z akcentem na pierwszej zgłosce 2-giego wyrazu. Frzypradek 2-gi: „maksimum“ zamiast „maximum“. Przykład 3-ci: „processus infundibulum“, co ma oznaczać „przedłużenie lejka“, a więc powinno być „processus infundibuli“. Sądję, że starczy tych kilku przytoczonych przykładów, by zwrócić uwagę na legion innych i przekonać o słuszności moich wywodów.

Stanisław Jusztman.

Ad Colloquium XXIX.

Przyznając słuszość uwagom Szan. Kol. Jusztmana co do znaczenia znajomości języków łacińskiego i greckiego dla lekarza, nie mogę podzielić całkowicie jego zarzutów w stosunku do mniemanych błędów, zawartych w przytoczonych wyżej przykładach. A więc: 1) Wyraz „basis“ jest używany i ma to samo znaczenie zarówno w języku łacińskim, jak i w greckim. A więc *Hyperkeratosis basis* nie jest błędem. 2) „Maksimum“ jest niejako spolszczeniem łacińskiego *maximum*, a więc do grzechów językowych zaliczone być nie powinno. 3) *Processus infundibulum* jest błędem, ale dającym się jeszcze poniekąd usprawiedliwić mylnym, co prawda, w tym razie mniemaniem korektora, że dopełniacz został tu położony przed mianownikiem, tak, jak np. w wyrażeniu „*omnium rerum initium*“.

Z. Srebrny.

Résumé des articles originaux.

A. W. KAPŁAN, W. FRYSZMAN, J. KRAMARZ et L. HELLER. Sur les syndromes hépato-rénaux. (h. r.).

1) Le syndrome h.-r. se rencontre souvent comme un syndrome clinique sans caractères anatomiques stables et avec une étiologie variable.

2) Les troubles humoraux dans le syndrome h.-r. sont identiques aux troubles humoraux dans les poly-peptidémies ou aminémies, qu'on observe dans les états post-opératoires. Les deux états exigent la même thérapeutique.

3) Le syndrome h.-r. est observé le plus souvent comme une complication dans les cholelithiases, ou bien comme une suite des interventions chirurgicales sur les voies biliaires.

4) Il est absolument nécessaire de faire systématiquement des analyses rigoureuses du syndrome humoral. La thérapeutique du glycose et d'insuline, du chlorure de sodium et d'extraits hépatiques est d'une grande importance.

5) En appliquant une thérapeutique raisonnable, le pronostic est relativement bon même dans les cas graves.

W. SITKOWSKI et B. GRYNKRAUT. De la radiothérapie du cancer du foie.

Les A. donnent une description d'une méthode nouvelle de radiothérapie intensive des néoplasmes malins. Ils interposent entre la peau et l'ampoule roentgenienne une grille à trous quadrilatères ou à fentes longitudinales du type *L y s h o l m e*, ce qui contribue à une transformation d'un grand champ irradié unique en une mosaïque de petits champs où à côté d'un champ irradié se trouvent des champs non irradiés, recouverts de lamelles de plomb. Ces derniers assurent la nutrition des premiers, car l'irradiation n'a pas entamé leurs capillaires cutanés. Nos expériences portent d'abord sur des animaux (lapins) dont la dose dite mortelle qui tue l'animal dans les 8 jours à partir de l'irradiation, a été déterminée mais la même dose de 1500 r appliquée à travers une grille reste sans effets sensibles. Dans ces conditions cette dose même doublée n'était plus mortelle dans les mêmes délais. En irradiant la peau humaine à travers une grille il a été possible d'augmenter considérablement la dose avant d'obtenir l'érythème cutané. Des mensurations ionométriques sont à l'avantage de cette méthode. Nous avons obtenu une guérison dans un cas de cancer du foie chez un jeune homme de 21 ans. L'augmentation de la dose seule est impuissante à elle seule de combattre toute radiorésistance sans adjonction des sensibilisateurs, dont la nécessité a été prévue par notre théorie actinique du cancer.

L. SZYFMAN et I. LEBOWICZ. Remarques sur l'action de la protamine - zinc - insuline.

De ses travaux les auteurs trient les conclusions suivantes: 1. La protamine - zinc - insuline constitue une arme précieuse dans le traitement du diabète sucré permettant dans beaucoup de cas de réduire le nombre d'injections pendant les 24 heures. 2. Sa valeur pratique est limitée par son action cumulative conduisant parfois à de graves accès hypoglycémiques, qui évoluent sournoisement. 3. La prescription pour un malade d'une dose convenable de protamine - zinc - insuline exige une observation clinique très précise et offre souvent plus de difficultés que la posologie de l'insuline ordinaire. 4. À la suite de l'action plus lente la protamine - zinc - insuline ne doit pas être appliquée dans les états comateux et précomateux, lesquels restent du domaine de l'insuline ordinaire. 5. La période expérimentale de l'application de la protamine - zinc - insuline n'est pas encore terminée (J o s l i n).

TRESC: A. W. KAPŁAN, W. FRYSZMAN, J. KRAMARZ i L. HELLER. O zespolach wątrobowo-nerkowych (hepatonephritis). (Dok.) — W. SITKOWSKI i B. GRYNKRAUT. Radioterapia raka wątroby (według metody własnej: zastosowanie przesłony o otworach kwadratowych lub sześciennych Lysholma). — L. SZYFMAN i I. LEBOWICZ. Spostrzeżenia nad działaniem insuliny protamino-cynkowej. — M. PŁOŃSKI. O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy — A. SZCZYGIEL. Reforma żywienia w Polsce a zagadnienie wsi. (C, d.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich. — Colloquium terminologicum.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: A. W. KAPŁAN, W. FRYSZMAN, J. KRAMARZ et L. HELLER. Sur les syndromes hépato-rénaux. (fin.) — W. SITKOWSKI et B. GRYNKRAUT. De la radiothérapie du cancer du foie. — L. SZYFMAN et I. LEBOWICZ. Remarques sur l'action de la protamine-zinc-insuline. — M. PŁOŃSKI. Sur les recherches modernes concernant les néoplasmes malins. (Rev. gén. fin.) — A. SZCZYGIEL. La réforme d'alimentation en Pologne et le problème de la campagne. (suite)