

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 41

WARSZAWA, 10 PAZDZIERNIKA 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z oddziału wewnętrznego Szpitala Św. Łazarza.

(Ordynator: Doc. Dr. M. SEMERAU-SIEMIANOWSKI).

O upuście krwi.

Podał

Józef TYPOGRAF (Warszawa).

(Dokończenie—p. Nr. 39-40).

Wskazania.

Przypadki, w których stosuje się upust, mają, według Hayema tę cechę wspólną, że grożą przeważnie życiu, czyli, że wynik upustu można częstokroć ocenić prawie natychmiast. Doświadczenie wykazało, że upust krwi jest w niektórych stanach zabiegiem wyboru, którego żaden inny zastąpić nie może. Skuteczność upustu bywa częstokroć wprost cudowna: usuwa on doraźnie objawy grożące życiu i może w ciągu kilku chwil zasadniczo zmienić groźne doniedawna rokowanie. Poza wstrzyknięciem w odpowiednich przypadkach strofantyny niema w medycynie wewnętrznej drugiego takiego zabiegu, któryby podobnie do upustu krwi działał tak efektywnie, ratując życie chorego lub sprawiając mu na dłuższy czas znaczną ulgę.

Główne wskazania do stosowania upustu przedstawiają przede wszystkim zaburzenia krążenia, następnie zatrucia zewnątrzpochothane i wreszcie zatrucia ustroju trującymi produktami przemiany materji.

W leczeniu upustem krwi zatruc zewnątrzpochothane wchodzą w rachubę zwłaszcza te, których istota polega na nagromadzeniu się jadu głównie we krwi lub uniemożliwieniu w sposób nieodwracalny przez mocne związanie się z krwinkami czerwonymi czynności oddechowej krwi. Dobroczynny wpływ upustu polega do pewnego stopnia na bezpośrednim usunięciu z ustroju części znajdującej się we krwi trucizny. Przez

uruchomienie zaś płynów tkankowych upust może wpłynąć nawet na jady, zatrzymane w tkankach, gdyż dostarcza je szybciej na miejsce wydalania z ustroju (zatrucie strychniną lub morfiną).

Pośród zatruc, które można skutecznie zwalczać przy pomocy upustu, stoi na pierwszym miejscu zatrucie tlenkiem węgla lub gazem świetlnym. W ciężkich tego rodzaju zatruciach natychmiastowy duży upust 500 — 750 cm.³ jest bezwzględnie wskazany i może uratować życie chorego. Następnie te zatrucia, które doprowadzają do wytworzenia methemoglobiny, jak np. zatrucie chloranem potasu, pirogallolem, nitrobenzolem, fenacetyną, lactofeniną, aniliną i jej pochodnymi oraz azotynami. Usuwając wraz z krwią pewną ilość jadu, przyspieszając przemianę materji między tkankami i krwią i zwiększając dopływ do krwi niezatrutych płynów tkankowych, upust pobudza jednocześnie szpik kostny do nowotworzenia krwi. Upust krwi działa korzystnie również i w zatruciach wojennymi gazami trującymi, a szczególnie gazami, wywołującymi podrażnienie płuc (chlor, chloropikryna, fosgen).

We wszystkich zatruciach zewnątrzpochothane należy utraconą przez upust krew zastąpić wlewaniem dożylnym odpowiedniej ilości płynu odżywczego (rozczyń Ringera lub glukozy).

Do chorób o cechach samozatrucia ustroju, które można leczyć upustem krwi, należą mocznica i rzucawka porodowa. Przy zwalczaniu grożącej lub już istniejącej uremji upust krwi z następczem dożylnym wlewaniem hipertonicznego rozczyń cukru gronowego dla jeszcze większego rozcieńczenia krwi, przedstawia nakaz chwili i jest najlepszym zabiegiem leczniczym. Często osiąga się po upuście zwiększenie ilości moczu, wzmożenie wydalania końcowych produktów białkowej przemiany materji i soli kuchennej, poprawę świadomości, złagodzenie bólów głowy i skłonności do wymiotów. W razie przewlekłego charakteru choroby upust może działać, oczywiście tylko przemijająco, ale przedstawia częstokroć jedyny sposób sprawienia ulgi choremu.

Wydaje się prawdopodobnem, że istota wpływu upustu na przebieg przewlekłego zapalenia nerek i mocznicy polega głównie na jego dobroczynnym wpływie na współczynnik krążeniowy choroby. Z tego względu w przypadkach mocznicy bez udziału w obrazie chorobowym czynnika krążeniowego upust większej ulgi nie jest w stanie sprawić. Potężne jego działanie na mechaniczne warunki krążenia okazuje się bezsilne, o ile chodzi o zwalczanie objawów mocznicznych czysto toksycznych, wynikających z zatrucia azotowego na tle niedomogi wydzielniczej nerek, na podwyższony bowiem poziom azotemji upust żadnego wpływu nie wywiera. Najpomysłniejsze wyniki w dziedzinie chorób nerek osiąga się przy pomocy upustu w ostrem zapaleniu nerek; duży upust krwi zmniejsza utrudnienie krążenia, zwłaszcza w zakresie naczyń włosowatych, odciąża w ten sposób serce, szybko doprowadza do ustąpienia obrzęków i poprawia stan ogólny.

W przewlekłych nefrozach upust krwi jest wprost przeciwwskazany, gdyż przy małym ciśnieniu tętniczem upust, pogarszając warunki krążenia, może się okazać nawet szkodliwy.

Wdzięcznem polem do stosowania upustu jest rzucawka porodowa. Pogląd, że upust działa leczniczo przez usunięcie wraz z krwią hipotetycznych jądów jest mało prawdopodobny. Wogóle przy upustach w związku z zatruciami nie należy zbyt precyzyjnie określać ilości jadu, usuniętej bezpośrednio z krwią z ustroju. Wypuszczając około 500 cm³ krwi, usuwamy zarówno w rzucawce, jak i w mocznicy zaledwie $\frac{1}{10}$ część ogólnej masy krwi, czyli pozbawiamy ustrój niewielkiej jedynie ilości toksyn. Dodatni wpływ upustu w rzucawce porodowej polega raczej na pomyślnem zadziałaniu na warunki krążenia, za czem przemawia w pomyślnie przebiegających przypadkach szybkość osiąganego wyniku (Bürger).

Podczas gdy w nadciśnieniu żylnem wskazania do upustu są ściśle określone i uzasadnione, sprawa, kiedy i dlaczego dokonywać upustu w nadciśnieniu tętniczem, nie jest jeszcze ostatecznie wyjaśniona. Wysokość ciśnienia tętniczego po upuszczeniu krwi naogół nie opada. W nadciśnieniu na tle nerkowem obniżenie ciśnienia nawet po bardzo dużych upustach bywa jedynie nieznaczne i nawet, gdy występuje, to okazuje się szybko przemijającym, gdyż zwykle już na drugi dzień osiąga poprzednią wysokość. Małe, choćby powtarzane upusty po 150 — 200 cm³, jakie się często robi tym chorym, nie mogą, oczywiście, wywrzeć żadnego wpływu na ciśnienie, nie mówiąc już o tem, że nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięte, czy to dążenie do obniżenia ciśnienia wogóle jest celowe ze względu na możliwość jego charakteru wyrównawczego. Upust krwi u chorych nerkowych z nadciśnieniem należy stosować dopiero, w chwili zachwiania się równowagi krążenia, mając na myśli raczej serce niż nerki, i nie w nieosiągalnym celu obniżenia ciśnienia, lecz głównie dla umożliwienia choremu przetrwania niebezpiecznej chwili.

Również i w nadciśnieniu samoistnem upust nie sprawia większej poprawy, i częste upusty krwi u takich chorych nie mają racji bytu. Pahl

i Fahrenkamp słusznie przeciwstawiają się temu, aby u takich chorych od czasu do czasu, ze względu na nadciśnienie, puszczać krew, i są zdania, że w ostatnich czasach nadużywa się upustów w tej, tak częstej obecnie chorobie, przemijające bowiem zmniejszenie ilości krwi nie może okazać trwałego wpływu na chorobowe nastawianie napięcia tętniczego. Wielu chorych z nadciśnieniem samoistnem odczuwa jednak bezwzględnie ulgę po upuszczeniu. Zwłaszcza bóle głowy na jakiś czas łagodnieją lub nawet ustają zupełnie; często nie stwierdza się przytem obniżenia ciśnienia. Upust krwi należy ograniczyć tylko do tych przypadków nadciśnienia, w których stwierdza się dolegliwości mózgowe (bóle głowy i zawroty) lub objawy duszności, oraz do stanów „przełomów naczyniowych” i związanego z niemi chwilowego osłabienia krążenia. Nadciśnienie samo przez się nie jest więc wskazaniem do upustu wbrew rozpowszechnionej zarówno wśród lekarzy, jak i wśród chorych opinii. Nierzadko się zdarza, że hipertonicy, zwłaszcza przy współistnieniu miażdżycy, źle znoszą upust i podlegają zapaści, która zależy w tych warunkach od niedostatecznie sprawnej działalności układu wyrównawczego i zaburzeń czynności naczynioruchowej. Veil znajdował u takich chorych znaczne odchylenia co do wystąpienia i czasu trwania poupastowego rozcieńczenia krwi.

Czyli, że upust krwi, tak często dawniej stosowany we wszystkich postaciach nadciśnienia, zarówno nerkowego, jak i samoistnego, nie jest naogół, o ile chodzi o objaw nadciśnienia, zabiegiem odpowiednim. Zapobiec ewentualnie grożącemu w związku z nadciśnieniem udarowi mózgowemu upust nie jest w stanie.

Podczas gdy w warunkach fizjologicznych i w nadciśnieniu samoistnem lub na tle nerkowem ciśnienia przez upust obniżyć się nie udaje, w przypadkach miażdżycy wyrównanie ciśnienia po większych upustach (5 cm³. na kilo wagi) może nie nastąpić i spowodować groźny spadek ciśnienia. Niemożność dostosowania się mało elastycznego układu naczyniowego do zmienionych warunków wypełnienia naczyń może doprowadzić do objawów zapaści. Te duże wahania ciśnienia narzucają pytanie, jak postępować w udarach mózgowych na tle miażdżycy. Narazić chorego w stanie nieprzytomności, bladego, z małym, słabym i częstym tętnem jeszcze na zapaść tętniczą wydaje się ryzykownem, i dlatego niektórzy autorzy nie zalecają upustu w tych warunkach (Naunyn, Goldscheider). Jeżeli natomiast stwierdza się jednocześnie z udarem objawy osłabienia akcji serca, wówczas upust jest bardziej wskazany. Również gdy mamy do czynienia z osobnikiem pełnokrwistym, z ciśnieniem bardzo wysokiem, mocną czynnością serca, tętnem napiętem, można próbować, zwłaszcza, jeśli stan nieprzytomności trwa zbyt długo powstrzymać dalsze krwawienie przez upust. Wskazana jest tu jednak ostrożność, mająca na celu uniknięcie niepożądanych wahań ciśnienia, które upust mógłby spowodować, i które zamiast spodziewanej poprawy mogłyby okazać wpływ nawet szkodliwy. Udaje się to osiągnąć przez dokonywanie upustu powoli, *refracta dosi*, czyli przez stosowanie niewielkich upustów co kilka godzin. W zatorze mózgowym

lub zakrzepie upust jest, oczywiście, bezskuteczny, a może nawet szkodliwy.

Upust krwi jest następnie bezwzględnie wskazany w przypadkach mózgowych zatorów powietrznych, które obecnie, w związku z coraz częstszym stosowaniem odmy sztucznej, nabierają większego znaczenia klinicznego. Jessen np. zebrał z piśmiennictwa 26 przypadków śmierci podczas odmy, zależnych właśnie od mózgowych zatorów powietrznych, i utrzymuje na podstawie własnego doświadczenia, że duży i szybki upust ratuje takim chorym życie. Pomyślnie jego działania polega, prawdopodobnie, na gwałtownym powiększeniu różnicy ciśnień w tętnicach i żyłach w zakresie mózgowych naczyń włosowatych, która jest w stanie przepchnąć powietrze zatorów przez kapilary. Jessen jest zdania, że każdy lekarz, zajmujący się odmą, powinien być podczas zabiegu stale w pogotowiu do dokonania upustu, aby w razie wystąpienia objawów mózgowych zatorów powietrznych (utrata przytomności, objawy podrażnienia lub porażenia) był w stanie natychmiast wypuścić z żyły nie mniej, niż 400 cm.³ krwi.

Najefektywniejsze wyniki osiąga się bezwątpienia przy prawidłowo i w odpowiedniej chwili ustalonym najczęściej wskazaniami do upustu, a mianowicie, podczas groźnych zaburzeń krążenia. Jedynie i wyłącznie upust krwi jest w stanie szybko i skutecznie zwalczyć te objawy zastoinowe, które utrudniają pracę serca i uniemożliwiają skuteczne zastosowanie leczenia, wzmacniającego serce. Niedomoga krążenia jest tą jednostką chorobową, w której wszystkie współczynniki mechanizmu działania upustu uwidaczniają się w sposób najwyraźniejszy.

W przypadkach niedomogi krążenia działanie dobroczynne upustu na akcję serca nie odbywa się bezpośrednio, podobnie do wpływu naporstnicy, lecz pośrednio, drogą usunięcia objawów niewyrównania w zakresie krążenia obwodowego. Przeszkody krążenia utrudniają sercu odzyskanie stanu równowagi i są przyczyną utrzymywania się i pogarszania niedomogi. Dopiero usunięcie tych przeszkód i zastosowanie właściwego leczenia może przywrócić sercu prawidłową czynność. Jest to błędne koło, które serce samo sobie wytwarza i podtrzymuje, zaburzenia bowiem krążenia na obwodzie utrudniają pracę serca, osłabienie zaś jego wzmagając jeszcze bardziej utrudnienie krążenia. Główną zaporą jest zwolnienie krążenia w żyłach i zwiększenie się ciśnienia żylnego. Zastój żylny przedstawia często przeszkodę, której serce nie jest w stanie przezwyciężyć, i o którą wstrzymuje się fala krwi, przez nie wysyłana. Zastój żylny tamuje przede wszystkim krążenie z powodu obniżenia różnicy ciśnienia tętniczko-żylnego i zwiększenia lepkości krwi. Sprzyja on pozatem przenikaniu poza naczynia surowiczego płynu obrzękowego. Nagromadzenie zaś wody w tkankach, rozciągając przestwory międzytkankowe, uciska naczynia włosowate. W nerkach uniemożliwia to ich prawidłową czynność, co doprowadza do zmniejszenia diurezy, zatrzymania chlorków w ustroju i jeszcze większego nagromadzenia obrzęków, utrudniających coraz bardziej krążenie w małych naczyniach.

Nadciśnienie żyłne — zasadniczy objaw niedomogi krążenia, którego nigdy nie brak — jest

pierwszym i głównym punktem uchwytu działania leczniczego upustu krwi. Dzięki zmniejszeniu przez upust ciśnienia żylnego jesteśmy w stanie szybko odciążyć prawy przedsionek i prawą komorę. Z doświadczeń na zwierzętach wiadomo (R o m b e r g), że sztuczne rozcięcie prawej połowy serca, doprowadzające jego czynność prawie do ustania, można wyrównać przez obfity upust krwi i przywrócić w ten sposób prawidłową akcję serca.

Czas utrzymania się wysokości ciśnienia żylnego na obniżonym poziomie można wykorzystać dla celów rokowania (Lemierre i Bernard). Utrzymywanie się ciśnienia na obniżonym poziomie przez czas dłuższy rokuje dobrze, i chorzy tacy poprawiają się doskonale, co dowodzi, że warunki hydrauliczne krążenia od chwili upustu uległy poprawie. Jeżeli zaś obniżone bezpośrednio po upuście ciśnienie szybko, bo już na drugi dzień, znowu się podnosi, rokowanie jest złe, — dowodzi to bowiem, że przyczyny, zwiększające ciśnienie, znowu działają, i że mięsień serca nie był w stanie zareagować na sprawioną mu ulgę. Dusznosc i sinica po chwilowej poprawie szybko w takich przypadkach znowu powracają, i chorzy ci zwykle prędko giną.

Pomyślny wpływ upustu na obieg krwi w naczyniach krążenia dużego znajduje jeszcze większe i jeszcze bardziej efektywne zastosowanie w stosunku do krążenia płucnego. Gdy krew z płuc ze względu na osłabienie serca lewego (najczęściej w nadciśnieniu tętniczym lub z powodu wady zastawki dwudzielnej) nie może dostatecznie szybko odpływać do lewego przedsionka, wówczas powiększenie ciśnienia hydrostatycznego na koszt opadającego ciśnienia hydrodynamicznego doprowadza w naczyniach włosowatych płuc do przesiekania płynu surowiczego do pęcherzyków płucnych i drobnych oskrzelików. Jeszcze zanim zwolnienie i nadmierne przepełnienie krążenia płucnego doprowadzi do właściwego obrzęku płuc w całej groźbie jego rozpaczliwego obrazu klinicznego, dochodzi często do „zesztywnienia płuc“, względnie utrudnienia ich ruchów.

Oddziaływa to ujemnie na zwykły pomyślny wpływ ruchów oddechowych na krążenie żyłne i przyczynia się do wytworzenia lub zwiększenia zastoi w żyłach obwodowych. W przypadkach, w których rozszerzenie serca na prawo, znaczne wypełnienie widocznych żył, objawy zastoi w płucach i sinica wskazują na przeciążenie prawej połowy serca, upust jest bezwzględnie wskazany. Przy charakterystycznych zaś objawach zbliżającego się lub już istniejącego obrzęku płuc upust jest częstokroć jedynym zabiegiem, który może uratować życie choremu. Działanie upustu polega w tych warunkach na tem, że późniejsza w układzie żylnym przyciąga poprzez zastoiny włosowate krew tętniczą i odciąża w ten sposób serce lewe. Poprawia się również i czynność serca prawego, jego bowiem dotyczy przede wszystkim upust żylny. Krążenie płucne przyspiesza się, przesiekanie płynu ustaje, i wsysa się on z powrotem do naczyń płucnych. Już podczas dokonywania upustu uwidacznia się jego doraźny dobroczynny wpływ na duszność, rżenia i sinicę. Powłoki skórne i śluzówki odzyskują swą barwę i prawidłową ciepłotę, krwawa pienista plwocina znika, oddech ułatwia się znako-

mie, samopoczucie się poprawia, chory odzyskuje nadzieję, że może być uratowany, i częstokroć udaje się go istotnie uratować. Ze wszystkich wskazań, w których upust może oddać usługi, ostry obrzęk płuc jest wskazaniem najważniejszym i daje najpóźniejsze wyniki lecznicze.

Zarówno więc w przypadkach niedomogi prawej, jak i lewej komory upust krwi powoduje u chorych sercowych szybką poprawę objawów klinicznych, które łatwo stwierdzić i ocenić, badając tętno, oddech i diurezę. W stosunku do tętna stwierdza się zwolnienie, poprawę siły i wypełnienia oraz wielkość amplitudy. Duszność chorych sercowych jest pochodzenia przede wszystkim mechanicznego (zastój krwi w małym krążeniu i obrzęk, utrudniający dostęp powietrza do pęcherzyków płucnych). Upust umożliwia odpływ zalegającej w płucach krwi i przyczynia się do wchłaniania obrzęku, przyspieszając zaś krążenie, doprowadza do zetknięcia się z powietrzem większej, niż uprzednio, ilości hemoglobiny. Ułatwienie oddychania zwiększa ponadto wpływ ruchów oddechów na krążenie żyłne. Ilość moczu po upuście nawet bez zastosowania żadnych środków, wzmacniających serce, może wzrosnąć u obrzękniętych chorych sercowych bardzo znacznie. Widzieliśmy częstokroć, jak z 400—500 cm.³ na dobę podnosi się do 2—3 litrów. Diureza ta utrzymuje się czasem na wysokim poziomie aż do zupełnego ustąpienia obrzęków. Przy ich ustępowaniu współdziałają: zachowanie bez zmiany wysokości ciśnienia tętniczego, spadek ciśnienia żylnego i związane z tem zwiększenie różnicy ciśnień w obu układach naczyniowych i przyspieszenie krążenia w naczyniach włosowatych, zmniejszenie lepkości krwi wskutek przeniknięcia płynu obrzękowego do krążenia, rozwodnienie krwi, zwiększające diurezę, oraz związana z ułatwieniem krążenia obwodowego poprawa akcji serca. Efekt w porę zastosowanego i dostatecznie dużego upustu wzmacnia się, oczywiście, jeszcze bardziej przy zastosowaniu środków moczopędnych i nercowych, które uprzednio mogły się okazać bezskuteczne. Upust krwi, przeczyszczanie i odpowiednie preparaty naporstnicy oraz moczopędne (zwłaszcza strofantyna i salirgan) są częstokroć w stanie znakomicie poprawić rozpaczliwy i beznadziejny z pozoru stan niektórych chorych sercowych. Upust krwi jest przyczyną tym ważnym czynnikiem, który, zmieniając zasadniczo cały obraz chorobowy ciężkich zaburzeń krążenia; umożliwia, jako *conditio sine qua non*, zadziałanie leków i utrwalenie przez nie osiągniętej poprawy.

Z pośród chorób zakaźnych upust krwi znajduje największe zastosowanie w zapaleniu płuc, zwłaszcza wówczas, gdy zostaje ono powikłane przez wystąpienie obrzęku płuc. Sztuka polega na wybraniu odpowiedniej chwili dla największego skuteczności upustu. O ile u pełnokrwistego pneumonika z dobrze wypełnionem, może nawet napiętem tętnem i przy utrzymującym się ciśnieniu stwierdzamy objawy niedomogi prawego serca i zastój żylnego, polegające na coraz większej sinicy, duszności, rozszerzeniu żył szyjnych, ewentualnie zastoinowej wątrobie i objawach zastoinowych w małym krążeniu, nie należy wówczas wahać się z dokonaniem upustu 300—400 cm.³ krwi, który jest w stanie przeciwdziałać postępowaniu

duszności i sprawić ulgę sercu, zagrożonemu ostrą rozstrzelnością. Wyraźne zaś objawy rozpoczynającego się obrzęku płuc (wykrztuszanie pienistego surowiczego płynu) nakazują upust natychmiastowy. Niewolno wówczas czekać zbyt długo i zwracać się do upustu, jako do *ultimum refugium*, dopiero wówczas, gdy obrzęk płuc jest już tylko *modus moriendi*.

Podczas zapaści natomiast upustu dokonywać nie należy; wskutek bowiem toksycznego porażenia układu naczynioruchowego zakres krążenia nerwu trzewnego jest przepełniony, a obwód stosunkowo pusty. Upust krwi na to nieprawidłowe rozmieszczenie krwi wyrzucić dodatniego wpływu nie jest w stanie.

W chorobach krwi upust nie znajduje obecnie żadnego zastosowania, z wyjątkiem czerwienicy (*polycythæmia*) w której powtarzane co miesiąc upusty łagodzą dokuczliwe objawy (zwłaszcza bóle głowy). Chorzy tacy często z własnej inicjatywy zwracają się do lekarza z prośbą o dokonanie upustu. Poprawa jest, oczywiście, czysto objawowa i przemijająca i zależy głównie od zmniejszenia lepkości krwi i nadciśnienia żylnego.

Na zakończenie wspomniemy tu o jeszcze jednym wskazaniu do upustu, o wskazaniu najdawniejszym, a mianowicie, o stosowaniu go co pewien czas u ludzi zdrowych. Medycyna ludowa oddawna zauważyła, że ludzie zdrowi lub nieznacznie tylko niedomagający, albo cierpiący na choroby o przebiegu podostym czują się po upuście krwi jakby odświeżeni, odmłodzeni. Niewątpliwą słuszość tego spostrzeżenia mieliśmy możność kilkakrotnie obserwować po znacznych upustach krwi u ludzi zdrowych, dokonywanych dla celów transfuzji. Ludzie ci, zasadniczo zdrowi, czuli się po upuście jeszcze silniejsi. Zjawisko to można tłumaczyć w sposób następujący (Zuelzer): upust krwi powoduje przenikanie płynu tkankowego do krwi. Najbardziej ukrwione narządy, a mianowicie gruczoły wewnątrzwydzielnicze, do których należy zaliczyć również wątrobę i śledzionę, zostają poprostu przez większy upust wyciśnięte, jak gąbka, i oddają zawarte w nich w obfitości hormony do krwiobiegu. To gwałtowne przeniknięcie wszystkich hormonów ustroju, magazynowanych w narządach, do krwiobiegu i pobudzenie ich w związku z tem do wzmożonej pracy wewnątrzwydzielniczej jest właśnie powodem doznawanego po upuście uczucia odmłodzenia. Zuelzer jest zdania, że to pobudzenie przez upust krwi czynności wszystkich gruczołów wewnątrzwydzielniczych przedstawia nowy, uzasadniony naukowo, a prawie że wcale dotychczas nie wyzyskany zakres wskazań dokonywania upustu, zbliżony w swej istocie do rozległego zakresu wskazań do stosowania leczenia bodźcowego.

PIŚMIENNICTWO.

- Klemperer i Ahlenstiel. Neue deutsche Klinik. 1928. Tom I. Bürger. Klin. Wochenschrift. 1925. Nr. 18. Lemierre i Bernard. Presse medicale. 1926. Nr. 45. Rosenow. Deutsche med. Wochenschrift. 1926 Nr. 20. Veil. Erö. d. Inn. Med 1917. Nr. 15. Nonnenbruch. M. m. W. 1925. str. 1064 i 2004. Eppinger. Ueber das Asthma cardiale. 1914. Jessen. M. m. W. 1919 str. 1824. Gallardin. La tension arterielle en clinique. 1920. Mackenzie-Rothberger. Herzkrankheiten. 1923. Becher. M. m. W. 1920 str. 397. Eckstein i Noeggerath. M. m. W. 1921. str. 1485. Romberg. Lehrbuch d. Herzkrankheiten. 1925. Tabora. B. kl. W. 1911. str. 203.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Państwowego Zakładu Higieny

(Dyrektor: prof. Dr. L. HIRSZFELD)

i Oddziału III B chorób wewnętrznych Szpitala Dz. Jezus

(ordynator: † Doc. Dr. Władysław JANOWSKI) w Warszawie.

Badania nad układem siateczkowo-śródbłonkowym¹⁾.

Doniesienie I-sze. Dopełniacz, jako wyraz stanu czynnościowego układu siateczkowo-śródbłonkowego²⁾.

Podał

Dr. Józef LANDSBERGER (Warszawa).

Koncepcja R. Stephana o istnieniu we krwi swego rodzaju zaczynu, wytwarzanego w śledzionie i przyspieszającego krzepnięcie krwi, będącego równocześnie miarą sprawności czynnościowej układu Śs., jest pierwszą i do niniejszej pracy jedyną próbą poszukiwania we własnościach krwi³⁾ miernika stanu czynnościowego układu Śs. Próba ta zawiodła. Metoda, powstała z powyższej koncepcji, nie znalazła szerszego zastosowania przy badaniu chorego. Praca niniejsza jest dalszym poszukiwaniem w surowicy krwi odpowiednika dla stanu czynnościowego układu Śs. Dzięki licznym spostrzeżeniom, luźno rozrzuconym w piśmiennictwie, dotyczącym zachowania się dopełniacza w sprawach, w których, w świetle poglądów współczesnych, udział układu Śs. jest niewątpliwy, że wymienię: choroby zakaźne, blokadę, proteinoterapię, wstrząs anafilaktyczny — nasuwało się przypuszczenie o możliwej zależności wahań dopełniacza od stanu czynnościowego układu Śs.

W celu doświadczalnego sprawdzenia powyższego przypuszczenia w 53 doświadczeniach na królikach zbadano zachowanie się dopełniacza pod wpływem bodźców, których miejscem działania jest układ Śs. A mianowicie: 16 królików poddano blokadzie jedno — lub wielodniowej za pomocą tuszu, żelaza i błękitu trypanu; w 13 doświadczeniach

¹⁾ Układ siateczkowo-śródbłonkowy — układ Śs.

²⁾ Praca ukaże się w całości w „Medycynie Doświadczalnej”.

³⁾ W przeciwieństwie do metod późniejszych, polegających na obciążeniu — w badaniu — komórek Śs. pewną dodatkową czynnością (eliminacją ze krwi wprowadzonych do krwiotoku cząsteczek barwników, kulek tłuszczowych i t. d.).

wykonano uczulanie; w 8-iu — wywołano wstrząs anafilaktyczny. Na 10 królikach wykonano odpowiednie kontrole do powyższych badań. Dla kontroli również w 6 doświadczeniach sprawdzono wpływ upustów krwi na zachowanie się dopełniacza. W 24 doświadczeniach (z 53 wyżej wymienionych) zbadano równocześnie stan czynnościowy układu Śs. metodą Kongo (według Adlera — Reimanna, w modyfikacji Nikołajewa — Tichomirowa¹⁾) przed i po zabiegach, o których była wyżej mowa, osiągając w ten sposób możliwość zestawienia wahań dopełniacza z wahaniami W.K. Okazało się, że:

1 — dla braku jakiejkolwiek prawidłowości w waniach samego dopełniacza po blokadzie, uczulaniu i w kontrolach, jakoteż dla częstego braku zgodności tych wahań z wynikami badania czynnościowego układu Śs. nie można dopełniacza uważać za wyraz stanu czynnościowego układu Śs.

Obok tego stwierdziłem, że

2 — blokada i uczulenie mogą wpływać na układ Śs. pod względem czynnościowym, sądząc z zachowania się W.K., jednakowo hamująco i pobudzająco;

3 — że poziom dopełniacza po blokadzie i uczulaniu wykazuje w obu rodzajach doświadczeń wzrost, spadek lub poziom: bez zmiany.

4 — W kontrolach, po dożylnym zastrzyknięciu fizjologicznego roztworu soli kuchennej lub Normasolu, stwierdziłem bądź wzrost, bądź spadek dopełniacza i W.K.

5 — We wstrząsie anafilaktycznym układ siateczkowy czynnościowo może ulec podrażnieniu, zahamowaniu lub pozostać bez zmiany.

6 — Odczyn układu Śs. na blokadę i uczulanie, wyrażony w W.K., zależy od początkowego poziomu W.K. Im początkowy poziom W.K. jest większy, tem odczyn komórek Śs., wyrażony w W.K., jest mniejszy i odwrotnie.

7 — Z powyższego wynika, że niema właściwie dla komórek Śs. swych bodźców hamujących czy też drażniących. Zarówno tusz, błękit trypanu, żelazo, jak i pozajelitowo podane białko mogą mieć, zależnie od początkowego poziomu W.K., jednakowe działanie na układ Śs.

8 — Nie stwierdziłem zależności kierunku wahań dopełniaczy od ich poziomów początkowych.

¹⁾ Wskaźnik Kongo — W.K.

Z praktyki prywatnej.

Obecny stan wiedzy o uleczalności raka krtani.

Podał

B. KARBOWSKI (Warszawa).

(Dokończenie—p. Nr. 39-40)

Leczenie Roentgenem.

Nie ulega wątpliwości, że nabłoniaki reagują na promienie Roentgena. Szybko rozwijające się, bujające nabłoniaki, o podścielisku, obficie unaczynionem, o ściśle określonej budowie bazocellularnej reagują znacznie lepiej, niż płaskokomórkowe (parimenteux epidermoides), o podścielisku słabo unaczynionem.

Czy wyleczenie krtani jest możliwe za pomocą naświetlań rentgenowskich?

Jak wynika z danych, zaczerpniętych z literatury, wyleczenie jest możliwe, ale przypadki wyleczone są bardzo rzadkie. H. Goutard i A. Valat są odmiennego zdania. W trzech przypadkach, nie nadających się do leczenia operacyjnego, otrzymali wyleczenie. W jednym z tych po sześciu latach niema nawrotu.

Według Hautanta nabłoniaki na strunie rzekomej nadają się do leczenia Roentgenem i wykazują dość dużą wrażliwość ze względu na silne unaczynienie i bujający charakter. Dopuszczalne jest leczenie Roentgenem nabłoniaków struny głosowej prawdziwej, o ile ruchy nie są jeszcze ograniczone. W razie przerastania przez nabłoniak mięśni samej struny i mięśni przestrzeni podgłosniowej leczenie Roentgenem jest bezcelowe — są to nabłoniaki radjoodporne.

Leczenie Roentgenem może być związane z powikłaniami niebezpiecznymi dla chorego. Powikłania mogą być następujące: ostry obrzęk krtani, martwica chrząstek z następczą infekcją — ropnie.

Powikłania te mogą wystąpić zaraz albo też po kilku tygodniach lub miesiącach. Powikłaniom tym można zapobiec odpowiednim przygotowaniem chirurgicznym chorego: 1) tracheotomia jest konieczna ze względu na obrzęki, które mogą wystąpić; 2) podochrzęstnowe wyluszczenie szkieletu krtani ze względu na często obserwowaną martwicę. Chodzi o to, że nowotwór stwarza nowy obieg krwi; po naświetlaniu, kiedy nowotwór znika, części chrząstki zostają wyłączone z krwioobiegu i ulegają nekrozie.

Ostatnio powikłania są rzadsze ze względu na możliwość dostosowania dawek do odmiennych warunków w poszczególnych przypadkach.

Jakie zmiany spostrzegamy w krtani w następstwie leczenia? Mniej więcej po 12 dniach od rozpoczęcia leczenia zjawiają się nieznaczne dolegliwości. Stopniowo dolegliwości potęgają się, występują dość dokuczliwe bóle przy łykaniu. Gardziel i krtani są obrzmiałe, specjalnie silnie reagują na lewki krtani, które pokrywają się powierzchownymi owrzodzeniami, wreszcie nalotami włóknikowymi. Takie same zmiany stwierdzamy wewnątrz

krtani. Na 25 — 30 dzień zaczynają ustępować zmiany w krtani i gardzieli. Bywają niekiedy w późniejszych okresach między 3 — 8 miesiącem od początku leczenia powikłania w postaci obrzęków przewlekłych wiązadeł, nagłośni i zatok gruszkowatych. Do tego przyłączają się zaburzenia w łykaniu na tle zaburzeń czucia, napady kaszlu, i komplikacje płucne. Zmiany zapalne na skórze ustępują zazwyczaj między 25 — 30 dniem. Rzadkie są głębsze zmiany, trwające od 2—3 miesięcy, które pozostawiają po wygojeniu zmiany bliznowate na skórze. Z objawów ogólnych może być silna astenia.

Leczenie radem.

W leczeniu raka krtani rad oddaje niewątpliwie większe usługi niż Roentgen. Leczenie radem jest jeszcze w okresie doświadczeń, wyniki jednak, otrzymywane dotychczas, są pomyślne i w niedalekiej przyszłości leczenie radem raków krtani będzie nie tylko metodą konkurencyjną, lecz dominującą. Narazie metody stosowania radu nie są jeszcze ustalone. Dawniej wprowadzano rad od zewnątrz zapomocą przecięcia krtani lub też przez okienko, utworzone w skrzydle odpowiednim chrząstki tarczowej. Niektórzy badacze usiłowali obkłuć nowotwór przez drogi naturalne. Wszystkie te metody zostały zarzucone, jako nieodpowiednie i niedające wyników.

Douglas Quick i Johnson stosują emanację radową. Obkływają oni nowotwory rurkami, zawierającymi emanację, bez filtrów. Ostatnio autorzy ci umieszczają w metalowej oprawie banieczkę szklaną o średnicy 6 — 8 milimetrów, zawierającą 500 — 600 milimetrów sześciennych emanacji. Oprawka metalowa, zaopatrzona w drut giętki, wprowadzona zostaje do krtani na kilka minut. Kiluminutowa aplikacja tej ilości radu niefiltrowanego wystarcza do wywołania silnego efektu leczniczego. Słusznie podkreślają ci autorzy, że każdy przypadek wymaga specjalnej techniki. Tak samo jak chirurgia krtani wymagała dziesiątków lat ażeby dojść do tak świetnych rezultatów, technika radowa również wymaga wieloletniego doświadczenia.

Jakie są wyniki dotychczasowe leczenia radem nabłoniaków krtani? Douglas Quick i E. H. Johnson leczili 156 przypadków. Z tych 20 przyp. nabłoniaków wewnątrzkrtańowych, nadających się do operacji.

7 przypadków od roku nie wykazuje nawrotu.

7 przypadków są na wyleczeniu.

4 przypadki okazały się radoodporne.

51 przypadków nabłoniaków wewnątrzkrtańowych, nienadających się do operacji; z tych: w 4 przypadkach niema nawrotu (czas obserwacji niepodany); w 4 przypadkach poprawa trwa od 8—12 miesięcy.

53 przypadki nabłoniaków zewnątrzkrtańowych czyli nabłoniaków dolnego odcinka gardzieli. Z tych:

w 2 przypadkach — wyleczenie,

w 12 przypadkach — poprawa,

w 11 przypadkach — czasowa poprawa,

w 21 przypadkach — nie było poprawy,

7 przypadków — uszło z pod obserwacji.

Rigaud (Tuluza) leczył 19 przypadków nabłoniaków krtani zapomocą kołnierza radowego, poddając działaniu radu dużą przestrzeń szyi sposobem Regaud. We wszystkich przypadkach było reakcyjne zapalenie skóry.

Wyniki leczenia:

w 4 przyp. wyleczenie (trzy nabłoniaki wewnętrzzkrtaniowe jeden zewnętrzzkrtaniowy);

w 8 przyp. powstały nawroty między 3 — 14 miesiącami;

w 4 przyp. zejście śmiertelne z powodu zapalenia płuc odoskrzelowego w następstwie tracheotomji;

jeden przyp. zginął z powodu uremji na 10 dzień po zastosowaniu radu;

jeden przyp. zginął z powodu charłactwa rakowego.

Srebrny w przyp., w którym po przecięciu krtani zastosował rad, widział martwicę chrząstek. Krtani się zapadła tak, że choremu nie można było usunąć rurki tracheotomijnej. Miejscowo było wyleczenie, które trwało rok. Po roku nawrót.

Gault (Dijon) podał ostatnio 5 przyp. raka krtani, leczonych bądź to operacyjnie z następczem stosowaniem radu, bądź to tylko radem. Jeden przypadek raka nagłośni i nasady języka (hist. rak naskórkowaty), w którym po wyłuszczeniu gruczołów drogą operacyjną Gault obkłuł nowotwór 6 igłami 2 mmgr. radioelementu. Po roku powtórne obkłucie z powodu nawrotu. Przez trzy lata nie było nawrotu. Chory zmarł na skutek zapalenia wyrostka robaczkowego. 2 przypadki raka przedstonka krtani (vestibule laryngé), które obejmowały połowę nagłośni, więzadła nalewkowo-nagłosniowe i zatokę gruszkowatą. Gruczoły zajęte. Rad w ilości od 40—50 mmgr. radioelementu (filtrowany platyną, złotem, aluminium i kauczukiem) stosowany był w ciągu 6 dni zewnętrznie. Po 6 dniach 10 mmgr. radioelementu wprowadzono do gardzieli, odpowiednio filtrowane. Rad utrzymywany był we właściwym miejscu za pomocą dwóch nitok. Górna nitka wyprowadzona została przed nos i przyklepiona plasterem lepkiem; do dolnej nitki przymocowana była pałeczka ołowiana (rodzaj ciężarka) i wprowadzona do przełyku. Jeden z tych przypadków jest 30 miesięcy, drugi 18 miesięcy bez nawrotu. Pod względem histologicznym były nabłoniaki typu błon śluzowych. Dwa przypadki raków wewnątrzkraniowych: z tych jeden leczony był metodą skombinowaną—leczenie chirurgiczne z następczem zastosowaniem radu, drugi przypadek wyleczony został 10 mmgr. radioelementu, który wprowadzony został za pomocą sondowania bez końca i przez 4 dni utrzymany na wysokości struny rzekomej, gdzie rak był umiejscowiony. Histologicznie były to nabłoniaki typu błon śluzowych (du type muqueuses). Bez nawrotu są te przypadki od 4 — 6 lat.

Osobiście z kol. Flokstrumpe mieliśmy w leczeniu 11 przypadków. Z tych:

6 przypadków raka zewnątrzkraniowego, które nie nadawały się do operacji,

w dwóch przypadkach po dokonaniu tracheotomji i podochręstnowego wyłuszczenia chrząstki tarczowej nabłoniaki obkłuśmy igłami radowymi.

W jednym przypadku nowotwór znikł, rok cały chory czuł się zupełnie dobrze, po roku nawrót;

w trzech przypadkach nałożony został kołnierz radowy sposobem Regaud. Poprawa trwała od 3—8 miesięcy;

w jednym przypadku guz, wychodzący z tylnej powierzchni chrząstki pierścieniowatej, obkłuty został igłami radowymi przy pomocy direktoskopu Hasslingera. Guz znikł, chory cztery miesiące czuł się dobrze. Po 4-ym miesiącu nawrót.

Raków wewnątrzkraniowych mieliśmy 5 przypadków. W jednym przypadku po dokonaniu wyłuszczenia podochręstnowego chrząstki tarczowej nowotwór został obkłuty igłami radowymi od zewnątrz. Na razie nowotwór, umiejscowiony w przedstonku krtani u nasady nagłośni, znikł. Po kilku miesiącach stwierdzono nawrót, i chory umarł po roku na skutek przerzutu do mózgu. Wobec niepomyślnych wyników, otrzymanych ogólnie przyjętymi metodami, zastosowaliśmy metodę własną. Po dokonaniu tracheotomji dolnej wprowadziliśmy rad do krtani za pomocą sondowania bez końca. Na zewnątrz chorem nałożony został kołnierz radowy. Przez cały czas chory był pod stałą kontrolą, i dbaliśmy o to, żeby rad w krtani przylegał do nowotworu. Przy tej metodzie po 6—8 dniach zarówno krtani, jak i gardziel, wykazuje oparzenie drugiego stopnia w postaci szarawo-białych lub szarawo-mlecznych nąlotów. Skóra jest mocno podrażniona.

Metodę tę zastosowaliśmy w 4 przypadkach; jeden chory z nabłoniakiem, wychodzącym z lewej struny rzekomej, który pod względem histologicznym okazał się nabłoniakiem bazocellularnym, przerażał lewą chrząstkę nalewkową, chory ten od 18 miesięcy jest zdrow bez nawrotu. Drugi przypadek z nabłoniakiem nagłośni szybko rozrastającym się od 8 miesięcy nie wykazuje nawrotu. W jednym przypadku nabłoniaka prawdziwej struny głosowej, który 1½ roku był leczony Roentgenem i obejmował już całą prawą połowę krtani, po zastosowaniu metody tej na razie była wybitna poprawa; chory, niestety, w dwa miesiące po zastosowaniu radu zachorował na gripę i zmarł na skutek powikłania płucnego. Jeden chory obecnie jeszcze jest w leczeniu. Czas obserwacji naszych przypadków jest zbyt krótki, ażeby ostatecznie wypowiedzieć się co do wartości metody, przez nas zastosowanej. Wyższość naszej metody nad innymi polega na tem, że nowotwór wraz z drogami chłonnymi znajduje się w polu silnego promieniowania ze wszystkich stron; że rad przylega bezpośrednio do nabłoniaka; tkanka zarówno nabłoniaka, jak i otaczające tkanki nie są maltretowane przez uprzednie zabiegi chirurgiczne. Specjalny nacisk kładziemy na to, że metoda, przez nas stosowana, pozwala nam na długotrwałe stosowanie radu bez następnych przykrych powikłań w postaci martwicy chrząstek. Proces gojenia się oparzelizn trwa od 4—6 tygodni.

Jeżeli porównamy wyniki leczenia chirurgicznego raka krtani z wynikami leczenia zachowawczego radem, przyczem uwzględnimy wyniki leczenia tylko tych chirurgów, którzy mają duży materiał krtaniowy i mieli możność opanować operację wyłuszczenia krtani pod względem technicznym, to okazuje się, że w tej chwili takie zestawienie jest

niemożliwe. Powyżej trzech lat bez nawrotu podaje Gluck i Soerensen 25%; nieco mniejszy odsetek bez nawrotu powyżej trzech lat mają polscy chirurdzy. Wyjątek stanowi Tapia (Madryd), który podaje 40%. Rzecz jasna, że wyniki leczenia chirurgicznego zależne są i będą od materiału, jaki kwalifikować będziemy do operacji. Tapia operuje tylko przypadki, w których rak ogranicza się ściśle do wnętrza krtani, i w których niema gruczołów macalnych. 20% — 25% bez nawrotów powyżej trzech lat będziemy mieli przy materiale, w którym są przypadki, bezwzględnie nadające się do wyłuszczenia krtani, i przypadki, w których wynik pomyślny jest możliwy.

Jeżeli zrobimy zestawienie przypadków, leczonych radem, na zasadzie danych z dostępnej mi literatury, to okazuje się, że na 46 przypadków, nadających się do operacji, na razie niema nawrotu powyżej roku do 6 lat w 15 przypadkach. Na 107 przypadków, nie nadających się do leczenia chirurgicznego, w 9 przypadkach niema nawrotu. (W literaturze jest mowa o wyleczeniu, czas obserwacji nie podany. Dwa przypadki, które obserwuję z Floksztrumpfem, są od 18 miesięcy bez nawrotu).

Czas obserwacji większości przypadków, leczonych radem, jest zbyt krótki, ażeby wyprowadzić już teraz daleko idące wnioski praktyczne.

Leczenie radem nawiązałem do przypadków nabłoniaka fałszywej struny głosowej i zatoki Morgagniego dlatego, że pod względem prognostycznym należą do niepomyślnych.

Inaczej się ma sprawa z nabłoniakami struny prawdziwej. Nabłoniaki struny prawdziwej są najczęstszą postacią. Jeżeli rozwija się w kierunku dolnym to mamy do czynienia z nabłoniakiem podgłośniowym. Punktem wyjścia sprawy jest łuszczyca (leucoplasie degenerée). Nabłoniaki struny prawdziwej rozwijają się w tempie powolnem, nie są tworamı bujającemi i podścielisko mają mało unaczynione. Histologicznie są to nabłoniaki o typie skórnym. Nabłoniaki struny głosowej prawdziwej dłuższy czas nie przekraczają granic jednej strony. Chrzątka tarczowa i pierścieniowata są jakby wałem ochronnym. Dopóki chrząstki nie są zniszczone, niema przerzutów do gruczołów. Rozpoznanie tych przypadków ma miejsce względnie wcześniej ze względu na zaburzenia głosu. Co się tyczy leczenia, to typ ten nabłoniaka okazał się radio-odporny. Leczenie chirurgiczne daje wyniki bardzo dobre. Usuwanie nabłoniaka w granicach zdrowych tkanek za pomocą tyteotomji daje 80% wyleczenia.

Rad w początkowych okresach nabłoniaka prawdziwej struny daje niezłe wyniki, i leczenie radem może być uważane za metodę konkurencyjną. Z kol. Floksztrumpfem mamy przypadki pod obserwacją od 18 miesięcy bez nawrotu. Naogół poglądy nie różnią się co do przypadków, w których nabłoniak zajmuje $\frac{2}{3}$ przedniej części struny głosowej. Takie przypadki winny być leczone chirurgicznie za pomocą przecięcia krtani. Nabłoniaki zaś, usadowione w tylnej $\frac{1}{3}$ i dochodzące do przedniej powierzchni nalewki, zawsze dają nawroty i nadawałyby się lepiej do leczenia radem, ewentualnie do leczenia chirurgicznego z następczem zastosowaniem radu.

Nabłoniaki podgłośniowe są rzadkie. Górna powierzchnia struny głosowej jest normalna; domykalność dobra. Pod strunami stwierdzamy ziarninowanie. Rokowanie niepomyślne. Wczesne rozpoznanie niełatwe; biopsja dość trudna wymaga niekiedy przecięcia krtani. Wiązadło pierścieniowato-tarczowe nie przeszkadza przejściu sprawy na zewnątrz krtani. Szybko dochodzi do przerzutów w gruczołach wzdłuż żyły jarzmowej i nerwu zwrotnego.

Trudności rozpoznawcze i dość szybko zjawiające się przerzuty do gruczołów czynią mniej prawdopodobnem wyleczenie na drodze chirurgicznej. Odpowiedniejszą metodą leczniczą będzie zastosowanie radu w sposób, jaki zastosowaliśmy z kol. Floksztrumpfem w całym szeregu przypadków, t. zn. aplikacja radu bezpośrednio do nabłoniaka z jednoczesnem zastosowaniem kołnierza radowego od zewnątrz.

Czy rad uczyni zbędnem w przyszłości stosowanie leczenia chirurgicznego, w tej chwili trudno przewidzieć. Jedno jest niewątpliwe, że zakres stosowania radu jest szerszy, niż zakres stosowania metod chirurgicznych w nabłoniakach krtani. M. J. Jonson na 386 przez siebie obserwowanych przypadków tylko w 6 przypadkach znalazł wskazanie do wyłuszczenia krtani. Metody stosowania i dawkowania nie są jeszcze ustalone. Daleko idąca indywidualizacja konieczna.

Technika stosowania radu ulega z roku na rok poważnym zmianom. Ostatnio w toku są doświadczenia nad działaniem dużych dawek radu o silnej przenikliwości i o dostatecznej filtracji t. zw. telecurietherapie penetrante. Max Cheval (Bruksella) pracuje 4 gramami radioelementu umieszczonemi w bloku ołowianym 300 gramowym. W ołowianym tym bloku są dwa kanały. Za pomocą tego przyrządu można otrzymać promienie dostatecznie filtrowane i o tak silnej przenikliwości, że przechodzą przez miednicę bez zatrzymywania się. Bardzo dokładne badania prowadzi M. Cheval nad rakami macicy; dokonywając co dzień biopsji, ma możność w serjach śledzić zmiany w komórkach nowotworowych. Naświetlając raka szyi macicy, Cheval dzieli miednicę na sześć pól (portes d'entrée). Każde pole jest 16 razy naświetlane po 50 minut. W ten sposób działaniu promieni podlega nie tylko nowotwór, ale i pierwszy odcinek dróg limfatycznych, albowiem teren, w ten sposób naświetlany, ma średnicę, wynoszącą 22 cm, co stanowi 5—6 kilo tkanek. Ten sposób stosowania radu jest bezbolesny, nie wywołuje żadnych zaburzeń w narządach sąsiadujących, nie powoduje zmian w śródbłonku naczyń krwionośnych.

Mayer i Cheval od 18 miesięcy stosują telecurieterapię w rynolaryngologii. W przypadkach raka krtani naświetlają krtani z dwóch stron (deux portes d'entrée lateral). Wyniki na razie nie są jeszcze ogłoszone.

Jesteśmy, jak widać, na przełomie w leczeniu raka wogóle, raka krtani w szczególności. Jasnem jest, że wyniki leczenia będą w pierwszym rzędzie zależne (zarówno leczenia radem, jak leczenia chirurgicznego) od wczesnego rozpoznania nabłoniaków, ew. tych zmian, które określamy jako praecancereux.

Wnioski badaczy, którzy się kwestją uleczałości raka krtani interesują, są następujące:

1. Każda chrypka przeważnie w wieku starszym musi być możliwie wcześniej dokładnie zbadać i jej tło rozpoznane.

2. Ogół lekarzy musi być dostatecznie poinformowany o ważności ustalenia przyczyny chrypki w wieku starszym i nie zadawać się przypisywaniem przyczyny przewlekłemu nieżytowi.

3. W każdym podejrzanym przypadku dokonanie biopsji jest konieczne, jeżeli uzyskaliśmy uprzednio zgodę chorego na leczenie bądź to chirurgiczne, bądź to radem.

4. Dokładne ustalenie granic nowotworu ma ważne znaczenie dla wyboru metody operacyjnej.

5. Usunięcie nowotworu przez drogi naturalne możliwe jest tylko w przypadkach nowotworów małych rozmiarów brzożu nagłośni.

6. Raki krtani z punktu widzenia chirurgicznego muszą być podzielone na trzy grupy:

- 1) Ca wewnątrzkrtniowy przedni;
- 2) Ca wewnątrzkrtniowy tylny;
- 3) Ca zewnątrzkrtniowy.

7. Raki wewnątrzkrtniowe przednie należy operować za pomocą przecięcia krtani; dają one 80% wyleczenia.

8. Dla raków wewnątrzkrtniowych tylnych mamy do wyboru wyluszczenie krtani całkowite lub częściowe i leczenie radem.

9. Raki zewnątrzkrtniowe nie nadają się do

leczenia chirurgicznego i winny być leczone radem lub Roentgenem.

10. Pacjenci, których stan ogólny pozwala na dokonanie wyluszczenia krtani, żyją na skutek leczenia paljatywnego rok i dłużej. Jeżeli wyluszczenie krtani może przedłużyć choremu życie na rok, operacja jest zbędna.

11. Rad oddaje większe usługi w leczeniu raka krtani, niż dawniejsze metody, ale leczenie radem jest jeszcze w okresie doświadczeń.

12. Konieczna jest klasyfikacja nowotworów. Metody leczenia i dozowanie muszą być oparte na tej klasyfikacji.

13. Rad może być stosowany w przypadkach raków wewnątrzkrtniowych, nadających się do operacji, nie można jeszcze jednak twierdzić, że jest agent de choix.

14. Stosowanie radu przed operacją może się przyczynić do lepszych wyników operacyjnych.

15. W przypadkach, nienadających się do operacji, rad lub Roentgen może być stosowany jako środek paljatywny.

16. Nie należy stosować radu w przypadkach, daleko posuniętych.

17. Nabłoniaki naskórkowe typu skórno-podścieliskowego różnorodnym są radoodporne i nadają się raczej do leczenia chirurgicznego z następczym stosowaniem radu. Nabłoniaki naskórkowe typu błon śluzowych z przewagą komórek podstawczych (basocellulaires) z podścieliskiem dobrze unaczynionem nadają się do leczenia radem.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Współczesny stan organoterapii.

Podał

Dr. Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

(Ciąg dalszy—p. Nr. 36, 37, 38).

Nadnercza.

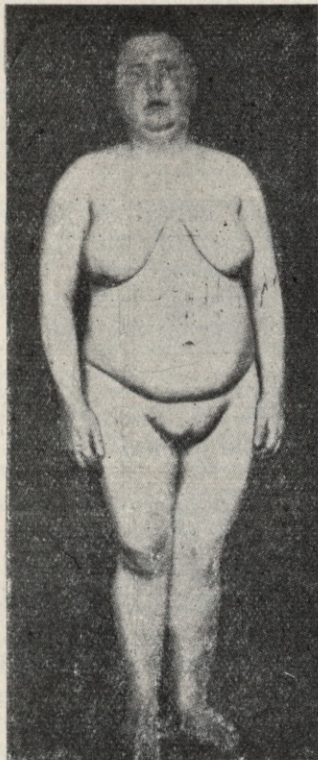
Nadnercza są to organy parzyste, z których każdy przylega do górnego bieguna nerki. Składają się one z dwóch części różniących się od siebie, pod względem morfologicznym, rozwojowym i czynnościowym: części rdzeniowej i części korowej. Substancja korowa utworzona jest przede wszystkim z komórek nabłonkowych, zawierających liczne ziarenka o charakterze lipoidalnym. Substancja rdzeniowa, stanowiąca od jednej piątej do jednej szóstej przecięcia, zawiera liczne włókienka nerwowe i komórki zwojowe, przede wszystkim zaś swoiste gniazda, których wielkie, wielokątne komórki barwią się na brązowo kwasem chromowym (komórki chromochłonne). Podobne komórki chromochłonne są rozsiane wszędzie w ustroju, mówi się przeto o układzie chromochłonnym.

W r. 1895 odkryte zostało działanie fizjologiczne wyciągu z nadnerczy, a mianowicie podnoszenie ciśnienia krwi, w r. 1901 Takamine oraz Aldrich otrzymali hormon w postaci krystalicznej — adrenalinę. W r. 1904 Stolz osiągnął syntezę tego hormonu, którego skład chemiczny dał się określić jako metylamino-aethanolbrenzkatichina. Hormon syntetyczny nazywa się supreniną. Pomimo to, że adrenalina, hormon wytwarzany przez substancję rdzeniową nadnerczy, jest dokładnie znana, sprawa czynności tych gruczołów nie jest jeszcze zupełnie wyjaśniona, nieznana jest jeszcze czynność substancji korowej, a także należy przypuszczać, że i substancja rdzeniowa wydziela jeszcze inne hormony.

Ponieważ wszystkie sposoby chemiczne określania adrenaliny, w tej liczbie i kolorymetryczne, nie są dostatecznie pewne i czułe, zostały opracowane liczne i skomplikowane metody biologiczne.

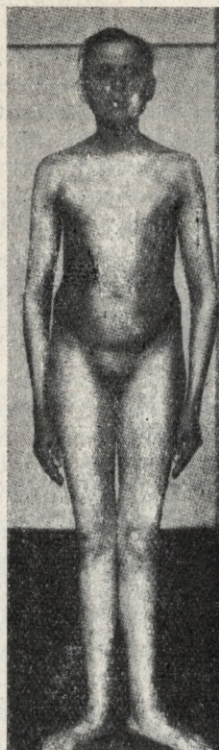
Działanie fizjologiczne adrenaliny.

Hormon nadnerczy działa przede wszystkim pobudzająco na układ współczulny: przez zwężanie naczyń tętniczych podnosi on ciśnienie krwi; przy-



Ryc. 29.

Otluszczenie pochodzenia mózgowego—typ Biedla u 30-letniej dziewczyny (w/g Curschmanna).



Ryc. 30.

Wzrost wysoki, charakteru eunuchoidalnego (przypadek Grotego).

tem naczynia wieńcowe serca stanowią wyjątek i rozszerzają się pod wpływem adrenaliny. Również i naczynia włosowate mogą prawdopodobnie ulegać zwężeniu pod wpływem adrenaliny. Skurcze serca zostają przyspieszone przez adrenalinę, także mięśnie gładkie macicy doprowadzane są do skurczów. Tak samo rzecz się ma z muskulaturą jelit i żołądka a także z odnośniami częściami składowymi śledziony, jak to niedawno stwierdzone zostało i u człowieka. Muskulatura oskrzeli doznaje ze strony hormonu nadnerczy rozszerzenia; to samo dotyczy i muskulatury żrenicy: rozwieracz żrenicy zostaje pobudzony. Muskulatura obwodowa również pozostaje pod wpływem adrenaliny (drżenie).

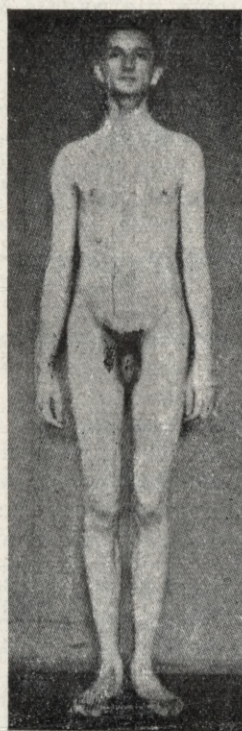
Pęcherz moczowy wskutek wpływu hormonu nadnerczy podlega skurczeniu; we krwi wzmagają się liczba czerwonych ciałek, osobiście limfocytoza. Adrenalina wywiera wpływ także i na wydzielanie gruczołów trawiennych i nerek: działa w sposób pobudzający również i na oddechową przemianę materii. Szczególnie godna uwagi jest zdolność adrenaliny do mobilizowania glikogenu w wątrobie i do podnoszenia w ten sposób ilości cukru we krwi, czasem i do wywoływania cukromoczu. Pod względem tej własności adrenalina jest wyraźnym antagonistą insuliny.

Stosunek adrenaliny do innych hormonów był przedmiotem licznych badań. Korrelacja między układem adrenalinowym a tarczycą zasadza się bez wątpienia na wzajemnem wspieraniu swych czynności. Co się tyczy stosunku hormonu nad-

nerczy do hormonu przysadki, to Kepinow (1920) znajduje, że wzmagające ciśnienie krwi działanie tego ostatniego przychodzi do skutku tylko przy pośrednictwie układu nadnerczy.

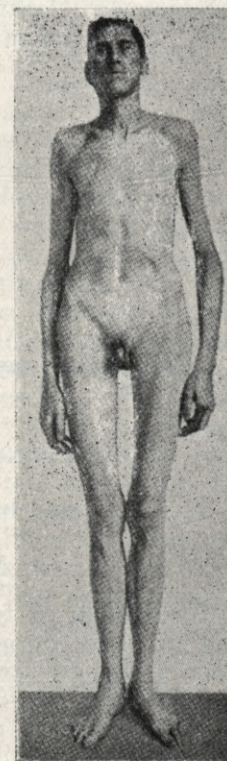
Wzajemne oddziaływanie na siebie nadnerczy i narządów płciowych widoczne jest z szeregu badań, ogłoszonych w czasach ostatnich, Asher (1925) wskazuje na wpływ pobudzający nadnerczy, na wtórne objawy płciowe; Serdjukow (1926) dowodzi czynnościowej zależności nadnerczy od organów płciowych. Adrenalina, hormon wytworzony przez substancję rdzeniową nadnerczy, nie wyczerpuje jeszcze całej wydzielniczej funkcji tych gruczołów dokrewnych. Prace, dotyczące tego ostatniego zagadnienia, a ogłoszone w ciągu ostatnich kilku lat, nie rozstrzygają jeszcze ostatecznie sprawy, nie udało się bowiem dość ostro odgraniczyć czynności kory nadnerczy od ich rdzenia. Jako najbardziej charakterystyczny objaw, występujący u zwierząt po wyluszczeniu nadnerczy, uważane jest łatwe wyczerpywanie się i zmęczenie mięśniowe.

Różni autorowie starali się w związku z nadnerczami postawić sprawę witamin. Zupełna bowiem niedomoga tych gruczołów wywołuje objawy, przypominające znane awitaminozy, a przede wszystkim doświadczalną Beriberi; przy braku witaminy B następuje przerost kory nadnerczy.



Ryc. 31.

Częściowy eunuchoidyzm z wzrostem olbrzymim (2,02 metr.) Narządy płciowe normalne, owłosienie twarzy, ale obok tego głos sopranowy, zupełna *frigidity* i infantylizm psychiczny.



Ryc. 32.

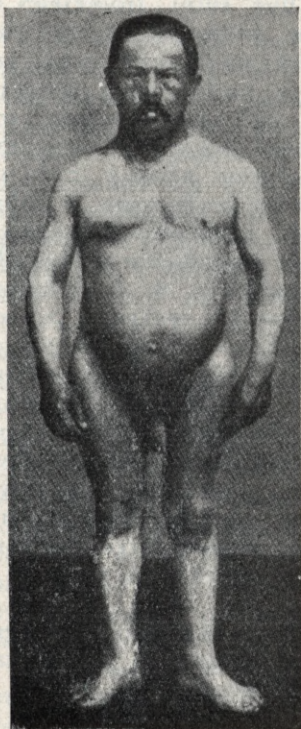
Typ wysokiego wzrostu o charakterze eunuchoidalnym u 32-letniego mężczyzny, pochodzącego z rodziny o typie wysokim. Wysokość ciała 202 cm. (w/g J. Bauera).

Stosunek nadnerczy do innych gruczołów dokrewnych.

Ścisły stosunek nadnerczy do gruczołów płciowych nie ulega wątpliwości. Tak substancje z kory nadnerczy wpływają na rozwój dojrzałości płciowej; kora ta ulega podczas ciąży przerostowi. Zależność wzajemna obu tych narządów wyraża się również w pewnym określonym stosunku ich wielkości w różnych okresach życia: usunięcie nadnerczy może pociągnąć za sobą zanik organów płciowych, a po kastracji występuje powiększenie wagi nadnerczy.

Stosunek grasicy do adrenaliny wyraża się w prawdopodobnym neutralizowaniu hormonu tego gruczołu, mającego działanie, obniżające ciśnienie krwi. Niektórzy dowodzą, że rozwój i funkcja wydzielnicza tkanki chromochłonnej są hamowane przez grasicę, tak, że tkanka chromochłonna nie może należycie odpowiadać większym wymaganiom. W związku z tem objaśniane są niektóre przypadki nagłej śmierci w *status thymicus* wskutek narkozy lub nadmiernego wysiłku. Antagonizm między substancją rdzeniową nadnerczy i grasicą wyrażać ma się także i w tem, że po zastrzykiwaniach adrenaliny występują zmiany o charakterze zwyrodnienia w grasicy, a po usunięciu grasicy obserwować można przerost substancji rdzeniowej; po wycięciu nadnerczy zostaje wstrzymana inwolucja grasicy.

O stosunku nadnerczy do tarczycy było już wspomniane powyżej. Adrenalina ma wpływać na wydzielanie hormonu tarczycy i odwrotnie. Hormon tarczycy uczuła zakończenia nerwu współczulnego



Ryc. 33.

41-letni kretyn
(w/g H. Zondeka).



Ryc. 34.

Status thymico-lymphaticus u 16 letniego chłopca (wypyrsk, obrzęk nóg, niedorozwój narządów płciowych (w/g H. Zondeka).



Ryc. 35.

Choroba Addisona u 44-letniej kobiety. Wygląd pacjentki po upływie 2 lat od początku choroby. Utrata na wadze 20 kg. Konstytucyjny niedorozwój jajników, ciśnienie krwi 64—72 R. R. Ilość cukru we krwi 0,025%. Anatomicznie: obustronna gruźlica nadnerczy (w/g J. Bauera).



Ryc. 36.

Ta sama kobieta, co na ryc. 35 przed zachorowaniem.

dla następczego działania adrenaliny. Również i między korą nadnerczy a tarczycą istnieje pewna korelacja, wyrażająca się między innymi we wpływie na zawartość lipidów w korze.

Co się tyczy stosunku nadnerczy do przysadki, to należy wskazać na oddziaływanie adrenaliny i pituitryny na objawy naczynioruchowe. Po usunięciu przysadki zmniejsza się znacznie wrażliwość naczyń krwionośnych na adrenalinę, również i działanie tej ostatniej na cukromocz.

Stosunek nadnerczy do trzustki wyraża się przede wszystkim w pewnej zależności przebiegu cukrzycy od stanu czynnościowego tych gruczołów.

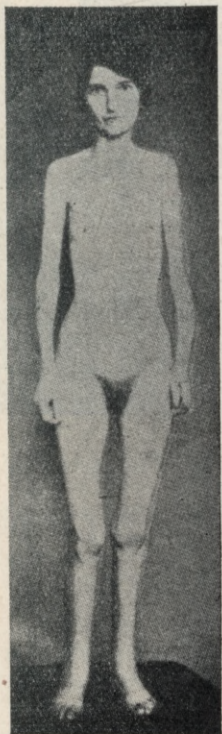
Objawy kliniczne niedomogi nadnerczy.

Zastosowanie lecznicze adrenaliny oparte jest na jej działaniu fizjologicznym na serce, krwiobieg, mięśnie gładkie i t. d. i rozpowszechnione jest stosunkowo dawno. Jak wiadomo, używana jest adrenalina jako lek, podtrzymujący działalność serca, dalej do miejscowego anemizowania błon śluzowych, do przeciwdziałania miejscowym przekrwieniom, do badania wrażliwości na adrenalinę.

Na działaniu adrenaliny na mięśnie gładkie tchawicy i oskrzeli polega stosowanie jej w dychawicy oskrzelowej, jako środka symptomatycznego.

Fakt, że adrenalina stanowi wydzielinę tylko substancji rdzeniowej i nie obejmuje wszystkich hormonów nadnerczy, jest prawdopodobnie przyczyną tego, że nie może ona grać roli, jako czynnik substytucyjny w objawach niedomogi nadnerczy.

Choroba, opisana w r. 1855 przez lekarza angielskiego Addisona, stanowi najczęstsze cierpienie, spowodowane przez zniszczenie czynności nadnerczy. Etiologia choroby tej nie jest jednolita, ale obraz kliniczny w przypadkach różnego pochodzenia jest prawie zawsze podobny. Stosownie do przeważającego w etiologii choroby Addisona



Ryc. 37.

Niedomoga wielogruzołowa. Niedomoga trzustki i nadnerczy. Zanik narządów płciowych. Mazies. 40-letnia kobieta o uderzająco młodym wyglądzie twarzy (przypadek Curschmanna).

złoty daje podawanie przetworów z całych nadnerczy.

Obok klasycznej choroby Addisona opisywane są przez niektórych autorów przypadki łagodnej przewlekłej niedomogi nadnerczy, występującej sporadycznie a także i familijnie (Boenheim, Croom, Bernhardt i in.). Do objawów tej postaci chorobowej zaliczane są: lekkie ubarwienie skóry, łatwe męczenie się, pobudliwość nerwowa, adynamja mięśniowa, bóle głowy, zaburzenia żołądkowe, niskie ciśnienie krwi, skłonność do biegunki i braku wolnego kwasu solnego w żołądku. Leczenie substytucyjne choroby Addisona nie wykazało dotychczas dostatecznie dobrych wyników. Stosowanie adrenaliny zawodzi tu zupełnie; lepsze względnie rezultaty daje podawanie przetworów z całych nadnerczy.

Szyszynka.

(*Epiphysis cerebri, glandula pinealis*).

Szyszynka stanowi u człowieka dorosłego wypuklenie długości około 1 cm., a szerokości 0,5 cm., znajdujące się w mózgu między przednią parą wzgórków czworaczych. Szyszynka zachowuje swą objętość, względnie rośnie aż do skończenia się okresu wzrostu. Nowe badania prowadzą do wniosku, że już w młodości następują w szyszynce zmiany wsteczne, że jednakże aż do późnej starości pomimo wyraźnego zwyrodnienia znajduje się w tym gruczole tkanka zdolna do wykonywania czynności.

Funkcje szyszynki nie są jeszcze ostatecznie wyjaśnione. Wykonane w ciągu ostatnich piętnastu lat doświadczenia z wyluszczeniem szyszynki doprowadziły naogół do wniosku, że gruczoł ten może być zupełnie usunięty u młodych i starszych zwierząt, i że zwierzęta te mogą pozostawać przez czas długi przy życiu, bardzo często nie wykazując żadnych odchyśleń od normy. Wyciągi, otrzymane z szyszynki dla celów leczniczych, mają, zdaniem Berkeleya (1920), wywierać dodatni wpływ na cofnięcie w rozwoju dzieci.

Hypergenitalismus.

(Przedwczesny rozwój płciowy).

Z niedomogą czynności szyszynki łączona jest dość rzadka postać chorobowa — przedwczesny rozwój płciowy. Wogólności patogenetyczna tego cierpienia nie jest jednolita. Przyczyny, zdaniem niektórych autorów, mogą być tutaj trojakiiego rodzaju. Mianowicie, w grę wchodzić mogą guzy szyszynki, nowotwory kory nadnerczy oraz gruczolów płciowych. Tylko w nadzwyczaj rzadkich przypadkach spostrzegany był przedwczesny rozwój płciowy bez stwierdzania takich nowotworów.

Guzy szyszynki z *pubertas praecox* były dotychczas obserwowane prawie wyłącznie u chłopców; guzy kory nadnerczy i gruczolów płciowych mogą wywoływać te objawy chorobowe u obu płci.

Guzy szyszynki, występujące w dzieciństwie, powodują u chłopców niezwykle wczesne pojawienie się pierwotnych i wtórnych oznak płciowych; narządy płciowe trzyletniego chłopca odpowiadają takimże narządom u 14—16 letniego. Również i ogólny rozwój ciała odpowiada późniejszemu wiekowi. Obok tego występują objawy mózgowe.

Guzy kory nadnerczy i gruczolów płciowych porażają przeważnie dzieci płci żeńskiej. I tutaj również występują wszelkie objawy przedwczesnej dojrzałości płciowej i przedwczesnego rozwoju fizycznego.

Leczenie polega na operacyjnym usunięciu nowotworów. Wyciągi z szyszynki okazywały niejednokrotnie działanie dobroczynne.

Przedwczesny zanik starczy.

Obok różnych postaci przedwczesnej dojrzałości i rozwoju zdarzają się, aczkolwiek rzadziej, przypadki chorobliwego przedwczesnego starzenia się. Przypadki te należy ujmować jako uwarunkowane zaburzeniami wewnątrzwydzielniczymi lub

ośrodkowo-odżywczeni (Curschmann). Niezawsz są to przejawy istotnego schorzenia, ale raczej objawy jeszcze fizjologiczne, aczkolwiek lekko anormalne. Należą tu objawy takie, jak wczesna siwizna, przedwczesne przekwitanie u kobiet, łysina, do pewnego stopnia i występujące familiarnie zwąpnienie naczyń.

Niektóre choroby, wywołane przez zaburzenia gruczołów dokrewnych, prowadzą do występowania przedwczesnego starzenia się, jak choroba Basedowa. Odwrotnie lekkie postaci obrzęku śluzowego, o ile są kompensowane przez stosowanie tyreoidyny, odznaczają się młodym względnie wyglądem. Najcięższą postać przedwczesnej starości można spostrzegać w charłactwie pochodzenia przysadkowego, t. zw. chorobie Simmondsa, czyli przy zupełnym braku czynności płata przedniego przysadki.

Bywają jednak przypadki przedwczesnej starości, które nie dają się podciągnąć pod żadne z wymienionych schorzeń wewnątrzwydzielniczych. Osobniki takie, kobiety względnie częściej, aniżeli mężczyźni, wykazują już w początkach czwartego dziesiątka życia siwiejące włosy, suchą zmarszczoną skórę, starczy wyraz twarzy, zanik narządów płciowych, niskie ciśnienie krwi. Przy obdukcji stwierdzano w takich przypadkach zanik organów wewnątrzwydzielniczych, osobiście kory nadnerczy, płata przedniego przysadki i przede wszystkim jajników.

Wydzielanie wewnętrzne gruczołów płciowych.

I. Gruczoły płciowe męskie.

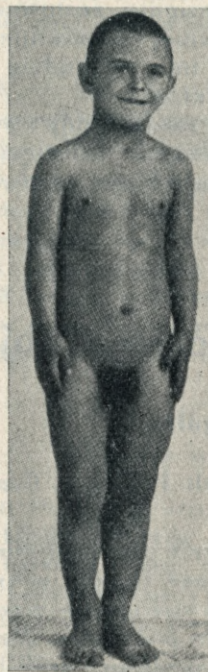
Ze wszystkich wpływów hormonalnych najdawniej znany jest fakt, że gruczoły płciowe, zarówno męskie, jak i żeńskie, obok swych funkcji wydzielniczych zewnętrznych wywierają na ustrój również i działanie o charakterze dokrewnym. Praktykowane od tysięcy lat na zwierzętach i ludziach trzebieenie było już do pewnego stopnia bezwiednym eksperymentem; w r. 1849 Berthold pokazał, że u młodych kogutów po kastracji charakter samczy nie ulega zmianie, jeżeli usunięte jądra zostają umieszczone pod skórą w innym miejscu ciała. Za początek jednak właściwej naukowej organoterapii uważać należy słynne wystąpienie Brown-Séquarda, który w r. 1889 przedłożył Paryskiej Akademii nauk odmładzający wynik zastrzykiwania samemu sobie wyciągów z jąder zwierzęcych. Nanowo wielkie zainteresowanie obudziły w tym zakresie badania Steinacha, ogłoszone w r. 1920. Steinach oparł się na teorii Bouina i Ancela, dowodzącej, że komórki gruczołów płciowych, które posiadają czynności wewnątrzwydzielnicze, nie są identyczne z właściwymi komórkami płciowymi. Komórki, wydzielające hormon, są to według tej teorii komórki śródmiąższowe, dokładnie dające się określić histologicznie. Stosunek jednych komórek do drugich przypomina stosunek, jaki zachodzi w trzustce między komórkami miąższowymi produkującymi ferment trzustkowy, a wysepkami Langerhansa, wytwarzającymi hormon.

Teoria ta nie została przez wszystkich przyjęta; jednakże Steinachowi posłużyła ona za

punkt wyjścia do t. zw. „operacji Steinacha”. Ponieważ wiadomo, że po podwiązaniu *ductus deferens* następuje zanik gruczołów zarodkowych, podczas gdy komórki śródmiąższowe wykazują powiększenie, przeto Steinach przypuszczał, że uda mu się w ten sposób osiągnąć odmłodzenie. Jednakże naogół metoda Steinacha nie mogła się utrzymać.

Również i przeszczepianie jąder na człowieka pomimo liczne prace w tym kierunku nie dało jednolitych wyników.

Bliższe poznanie zarówno fizjologicznych, jak i chemicznych własności hormonu płciowego mę-



Ryc. 38.

Pubertas praecox u 3½-letniego chłopca. (Klinika Pirqueta) (w/g J. Bauera).



Ryc. 39.

Pubertas praecox u 3-letniego chłopca—brata chłopca przedstawionego na ryc. 38. (Klinika Pirqueta). (w/g J. Bauera).

skiego nie jest jeszcze dokonane ostatecznie z powodu braku probierza, któryby z całą pewnością pozwalał stwierdzać obecność swoiste działających czynników. Żaden z podawanych dotychczas odczynników, czy to wpływ na grzebień kastrowanego koguta (Sentjurin), czy działanie na poszczególne organy (Lichaczew), czy wywoływanie zmian w ciśnieniu krwi (Kylin), nie dały wyników zadawalających.

Chemiczne izolowanie sperminy udało się Wredemu i in., nie jest to jednak właściwy hormon płciowy.

Własności fizjologiczne gruczołów płciowych męskich i skutki, wywoływane przez trzebieenie.

Rozmaici badacze otrzymywali przy pomocy przygotowanych przez siebie wyciągów z jąder różnorodne działania. Nieproporcjonalna do wielkości ciała siła fizyczna, właściwa osobnikom płci męskiej, dowodzi prawdopodobieństwa wpływu

hormonu męskiego na siłę mięśniową; fakt ten przypuszczał już Brown-Séquard. Dalej, po stosowaniu wyciągu z jąder zostało stwierdzone wzmacnianie się ogólnej przemiany materji, które wyrażało się nieznacznie u osobników normalnych, ale bardzo wyraźnie u osobników, pozbawionych gruczołów płciowych.

Wrodzony całkowity brak gruczołów płciowych męskich jest bardzo rzadki; występuje on albo jako objaw odosobniony, albo też jako częściowy przejaw innych ciężkich braków ustrojowych. Daleko częstsza jest wczesna utrata jąder przez trzebieenie. Wiadomo powszechnie, że u zwierząt jest zabieg ten często dokonywany w celach tuczenia i dla podniesienia zastosowania do roboty. U ludzi było dawniej stosowane dla przygotowywania eunuchów na wschodzie lub z przyczyn rytualnych u sekciarzy.

Osobnik płci męskiej, pozbawiony swych gruczołów płciowych w pierwszych dziesięciu latach życia, wykazuje w wieku późniejszym tylko

niedostateczny rozwój narządów płciowych; skóra odznacza się małą ilością barwnika, jest żółtawa, porost włosów na twarzy w okresie rozwoju płciowego nie występuje zupełnie, również brak uwłosienia i na innych częściach ciała. Zato obfity porost włosów występuje na głowie przy braku skłonności do łysiny. Wcześniej poddany trzebieeniu wykazuje silniejszy rozwój podkładu tłuszczowego, aniżeli mężczyzna normalny; odkładanie się tłuszczu występuje, podobnie, jak u kobiet, w okolicy pośladków, piersi i dolnej części brzucha. Krtań pozostaje małą, nie kostnieje i głos zachowuje charakter dziecięcy. Fizjologiczny zanik grasicy jest znacznie opóźniony i we krwi występuje zwiększenie liczby limfocytów. Gruczoł tarczowy pozostaje mały, zato powiększa się kora nadnerczy i przysadka. Na szczególną uwagę zasługują objawy ze strony układu kostnego, a mianowicie, nienormalna długość kości, osobliwie nóg.

(C. d. n.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Zagadnienia ogólne.

o A. GROTTJAHN. *Aerzte als Patienten*. (Lipsk. G. Thieme. 1929).

Autor, zaszczytnie znany z licznych prac z dziedziny medycyny społecznej, podjął w książce pod tytułem powyższym zadanie nowe, niezmiernie wdzięczne a obiecujące w przyszłości nader doniosłe rezultaty dla medycyny praktycznej. Mamy tu zbiór subiektywnych historii chorób, skreślonych przez lekarzy samych.

Można istotnie mieć nadzieję że, gdy zbierze się obfity materiał historii chorób, odtworzonych przez lekarzy, jako pacjentów, lekarzowi łatwiej będzie wniknąć w stan psychiczny chorego, co przecież niewątpliwie na postępowanie lekarskie mieć może wpływ pierwszorzędny. Materiał ten, jak dotychczas, bardzo jest jeszcze skąpy. Z trzech źródeł czerpie autor, mianowicie: z autobiografij lekarzy, gdzie te historie chorób znajdują się jako treść przygodna, powtóre — z literatury kazuistycznej, w której autorowie lekarze rozmyślnie podkreślają historię przebieganych chorób, wreszcie — z ankiety, zarządzanej przez autora, obejmującej około 40 historii chorób. Ogółem wszystkich tych historii chorób jest niespełna 140. Wszystkie prawie odznaczają się pewnemi brakami. Najgłówniejszym błędem jest fakt, że owe subiektywne zwierzenia były spisywane przeważnie z pamięci, krócej lub dłużej po przebiegu przez lekarza choroby. Jakkolwiek pierwiastek subiektywny często mieć może pogląd na sprawę chorobową, jednakże w wielu przypadkach odsonić może stan psychiczny chorego w sposób, wysoce sprzyjający dla obiektywnej oceny sprawy, z którą mamy do czynienia. Rozczytując się w książce Grotjahn'a, widzimy, że pomysł autora zasługuje na istotne uznanie. Zwłaszcza niektórzy autorowie, jak np. Naunyn, Ebstein, Heubner, Billroth, Nothnagel i t. p. dają materiał prawdziwie cenny. Oczywiście, na przeważającą część tych subiektywnych historii składają się neurologiczne. Ponieważ, o ile nam wiadomo, w tym kierunku dotychczas żadnych poważniejszych studjów nie podjęto, trudno przeto wiedzieć, czy poza lekarzami niemieckiej narodowości pozostawili i inni lekarze jakiegokolwiek materiały

literackie. W książce Grotjahn'a znajdujemy zaledwie kilka tylko nazwisk nieniemieckich.

Wnioski, jakie wyprowadzić można z materiału, zebranego dotychczas, są jeszcze oczywiście, bardzo skąpe. Autor sam doskonale to rozumie i nader rozważnie analizuje to, co mu się dotąd zebrać udało. Lecz ta próba w wysokim stopniu jest zachęcająca. Droga, jaką wskazuje nam Grotjahn, może doprowadzić do wyników wielce pożytecznych dla psychologii chorego człowieka. Nasuwa się tu przy głębszem wniknięciu moc zagadnień, które w potocznym życiu lekarza coraz to na pierwszy plan występują. Tylko szczegółowe uważne przestudjowanie książki, o której mowa, może rozjaśnić czytelnikowi, w jakim kierunku badania odnośne powinny być dokonywane. Z głębokiem przeświadczeniem o pożytku, jaki stąd wyniknie możemy pracę Grotjahn'a zalecić każdemu lekarzowi.

M. F.

Choroby serca i naczyn.

M. A. BRIDGES. *Kwas moczowy we krwi w dusznicy bolesnej*. (Ann. of. Int. Medicine. Tom 2, Nr. 4, 1928).

U dziewięciu chorych z napadami dusznicy bolesnej autor stwierdził wartości kw. moczowego we krwi na górnej granicy normy.

Zastosowano leczenie w kierunku zmniejszenia ilości kw. moczowego. We wszystkich przypadkach obserwowanych zupełne ustąpienie objawów następowało po pewnym czasie, o ile tylko hiperurikemja się zmniejszała i to w zależności od sposobu leczenia.

Ilość hemoglobiny stopniowo wzrastała. Czasami zjawiał się przejściowy białkomocz.

Leczenie było przeprowadzone za pomocą podawania salicylu. Objawów ubocznych przez cały czas nie stwierdzono.

Napadów dusznicy przez cały czas obserwacji nie było.
B. G.

T. H. COFFEN i H. P. RUSH. *Ostra niestrawność, a dusznica bolesna*. (J. A. M. A. Tom 91, Nr. 23, r. 1928).

Znaczenie objawów brzusznych w powstawaniu napadów

dusznicy bolesnej znane jest stosunkowo niedawno, szczególnie w przypadkach ostrych, gdzie objawy brzuszne zajmują następne miejsce po bólu w piersi, gorączce i leukocytozie.

W całym szeregu przypadków objawy brzuszne były tak silne, że zabiegu operacyjnego uniknięto tylko dzięki silnym bólom w okolicy serca.

Zaznaczyć należy, że duży odsetek chorych wykazywał znaczną gorączkę i leukocytozę.

Wielu chorych łączy swój napad z przebytą influencją.

Dość często można stwierdzić u chorych zmiany w elektrokardiogramie.

Autorzy zwracają także uwagę na stosunkową częstość zakażeń ogniskowych (zęby, migdałki i p.) u chorych z napadami dusznicy.

Rokowanie ostrej niedrożności naczyń wieńcowych jest zawsze poważne, jednakże pośród obserwowanych przez autorów chorych pewna część poprawiła się i żyje nadal (po 5 latach obserwacji, a nawet w 1 przypadku po 11 latach).

Autorzy podkreślają znaczenie prawidłowego rozpoznania dla leczenia, tem bardziej że zespół niestrawności ostrej bardzo może przypominać wyżej wymienione stany.

B. Goldstein

NEMOURS. O radjoterapii w leczeniu dławicy piersiowej. (Presse Médicale 1929, Nr. 52).

Nemours podaje wyniki leczenia powyższą metodą 51 chorych.

Wśród tych chorych autor liczy 31 dobrych wyników 8 polepszeń, 5 niepowodzeń, 1 pogorszenie i 6 śmierci.

Nie udało się wyciągnąć żadnych ścisłych wskazań lub przeciwwskazań, gdyż stosowano tę metodę ze zmiennym wynikiem, u starców, jak i młodych, ale prawie zawsze u chorych, u których już wypróbowano bez skutku wszystkie inne środki. Autor zwraca uwagę na nieszkodliwość promieni względem mięśnia sercowego, zwłaszcza, jeśli się stosuje jego metodę; przypadki śmierci nie mogą być przypisane tej terapii, gdyż, jak wiadomo, nigdy nie można przewidzieć w przebiegu dławicy piersiowej nagłego końca. Technika autora polega na 3-ch seansach na tydzień, po 20 minut promieni nawpół „przenikających”.

Należy skierować promienie na miejsce bolesne.

Autor dochodzi do wniosku, że ze wszystkich znanych środków promienie Roentgena najczęściej i najpewniej wywołują ustąpienie napadów dławicy piersiowej.

M. Lenemann.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

F. FONSECA i C. TRINCAO. O wahaniach poziomu cukru we krwi u osobników zdrowych pod wpływem rentgenowskich naświetlań trzustki. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. N. 18, 1928).

Liczni autorzy próbowali już leczyć cukrzycę za pomocą naświetlania promieniami Roentgena trzustki, nadnerczy i przysadki. Jedni starali się odpowiednią dawką promieni pobudzić trzustkę, inni zaś usiłowali osiągnąć ten sam wynik przy pomocy zahamowania czynności gruczołów antagonistycznych.

Badania autorów dotyczą wyłącznie naświetlań trzustki. Z otrzymanych przez nich danych wynika, że u ludzi zdrowych naświetlanie trzustki promieniami Roentgena obniża naczeczko poziom glikemji oraz umożliwia jej odczyn energiczniejszy na pobudzenie, wywołane podaniem glukozy; odczyn ten przeciwdziała powstającemu wówczas wzrostowi poziomu cukru we krwi.

Działanie hipoglikemizujące omawianych naświetlań na krzywą glikemiczną autorzy uzależniają od hiperinsulinemji,

powstającej pod wpływem podrażnienia trzustki promieniami Roentgena.

J. Typograf.

M. CAMPAGNA. Kiła trzustki naśladująca cukrzycę. (J. Am. Med. As. Nr. 11, r. 1929).

Autor przytacza przypadek *pancreatitis interstitialis* na tle kiłowym przebiegający pod postacią cukrzycy.

Leczenie swoiste spowodowało wyleczenie zupełne bez stosowania specjalnej diety, insuliny. Zwraca uwagę okoliczność, że zgorzel która nie goiła się przy leczeniu zwykłym przeciwcukrzyczym, zagoiła się bardzo szybko po zastosowaniu arsenobenzolu.

Odczyn Wassermann'a był ujemny, zaś pacjent czuł się zupełnie dobrze przed wystąpieniem zgorzeli. Innych objawów kiły poza trzustką nie stwierdzono.

B. Goldstein.

W. U. Mc. CIECHAN i G. W. NORRIS. Gruczolak wysp Langerhansa z napadową hipoglikemją. (Am. J. med. sciences, t. 177 nr. 1 r. 1919).

Autorzy przytaczają opis przypadku, przebiegającego z napadową hipoglikemją i utratą przytomności. Na autopsji stwierdzono gruczolak trzustki, obejmujący głównie wyspy Langerhansa i wykazujący głównie budowę tych wysp.

W związku z tem zjawiskiem autorzy przypisują duże znaczenie w przypadkach stwierdzonej za życia hipoglikemji istnieniu podobnych zmian trzustkowych.

B. Goldstein.

Choroby narządów trawienia.

Dr. med. Seweryn CYTRONBERG. Fizjologia, patologia i klinika przewodu pokarmowego w świetle poglądów chemji fizycznej. Rzecz, odznaczona przez Warszawskie Towarzystwo Lekarskie nagrodą im. Mikołaja Rejchmana. Z przedmową Prof. Witolda Orłowskiego. Warszawa, 1929. Str 577 + VIII.

Ze szczerą radością należy powitać ukazanie się dzieła Kolegi Cytronberga. Bo nie jest to jeszcze jedna kompilacja, lecz dzieło twórcze, świadczące o tem, że autor sam kroczy w pierwszych szeregach badaczy, posiłkujących się chemją fizyczną dla rozwikłania wielu męczących nas zagadek. Nie ulega wątpliwości, że chemja fizyczna, która obecnie nie zdobyła sobie jeszcze dostatecznego miejsca w myśleniu lekarskiem, a to ze względu na brak odpowiedniego przygotowania teoretycznego współczesnego pokolenia lekarzy, już w najbliższym czasie wywalczy sobie stanowisko, jeżeli nie dominujące, to przynajmniej równorzędne z chemją i histologją — podwalinami obecnej wiedzy lekarskiej. Bo uprzytomnijmy sobie, że chemja omawia ciała, których wielkość conajwyżej przekracza tysiąckrotnie wielkość atomu wodorowego; dla histologii niedostępne są jeszcze zarysy ciał 25000 razy większych „Między temi granicami — jak mówi Parnas, leży organizacja komórkowa, struktura substancji żywej; przedstawia ona dzisiaj jakoby wielką białą plamę na mapie, wewnątrz jądra, którego wąziutki rąbek odkryła chemja, a który pozwala tylko zdaleka ogądać histologją.” Na podobój tego jądra wyruszyła chemja fizyczna, a wiedza medyczna tak niecierpliwie oczekuje wyników, że słuszne są skargi chemików fizycznych, że podczas gdy oni mozolą się jeszcze nad fundamentami gmachu nowej wiedzy, fizjologowie i lekarze bez troski bujają na strychu. A w tych warunkach zrozumiałem się staję, że na każdym kroku napotykamy sprzeczności, że spostrzegamy nowe zjawiska, a nie jesteśmy w stanie ich wytłomaczyć. Nie możemy więc z tego czynić zarzutów autorowi, który zdumiewająco skrzętnie notuje spostrzeżenia i twierdzenia b. wielu autorów, niekiedy sprzeczne i mgliste. Jest to chaos, ale chaos twórczy

A obok tych danych monograficznych, zebranych ze wzorowym obiektywizmem, istotną wartość książki stanowią własne spostrzeżenia i teorie Kol. Cytronberga, tem cenniejsze, że oparte na bogatym materiale.

Pierwsza część pracy jest w bardzo luźnym związku z tematem. Składa się na nią bardzo krótki i treściwy zarys zasad chemii fizycznej. Dla czytelnika, nieobznajmionego z chemią fizyczną — a takich będzie przypuszczalnie wielu — jest on niezbędnym wstępem. Odpowiada też najzupełniej swojemu założeniu, i żałować należy, że autor nie wydał części tej oddzielnie dla czytelników, których następne części mniej dotyczą. Tylko kilka zastrzeżeń: wbrew twierdzeniu autora, że jest to pierwszy w piśmiennictwie lekarskim polskim zarys chemii fizycznej, muszę stwierdzić, że zasady chemii fizycznej są bardzo dokładnie i przejrzysto omówione w „Chemii fizjologicznej” Parnasa. Tylko że dzieło to, zamiast być ozdobą biblioteki każdego lekarza, spoczywa w koszykach księgarzy ulicznych. Drugi zarzut stanowi to, że autor zupełnie nie omawia pojęcia tłumików czyli moderatorów. Nie czyni tego, gdyż pojęcie to we własnych badaniach autora nie gra wybitnej roli, ale w zarysie chemii fizycznej jest to luka dotkliwa. Bo jak wytłumaczyć pojęcie kwasoty czynnej, równowagę kwasowo-zasadową, potrzebę określania stężenia jonów wodorowych zamiast miareczkowania? Jest to niedopatrzanie, wynikające z kolosalnego nawału materiału, zresztą, nieutrudniające zrozumienia dalszych wywodów autora.

Część druga zawiera fizjologję przewodu pokarmowego pod kątem widzenia chemii fizycznej. Stanowisko autora jest tu tak konsekwentnie przeprowadzone, że zrazu wprowadza w pewne zdziwienie czytelnika, który na każdym kroku napotyka znane sobie i, zdawałoby się, dostatecznie już wytłumaczone fakty w zupełnie nowym oświeceniu. Ale po wczytaniu się zdziwienie ustępuje miejsca uczuciu radości, płynącej z przekonania, że otwierają się przed nami nowe horyzonty, obiecujące rozwikłanie wielu niepokojących nas zagadek. Autor omawia fizyczno-chemiczne właściwości głównych pokarmów, soków trawiennych, poczynawszy od śliny, oraz przebieg trawienia w różnych odcinkach przewodu pokarmowego, a w związku z tem wahania i zmiany fizyczno-chemiczne, zachodzące w ustroju. Posługuje się autor określaniem ph., refraktometrią, stalagmometrią i wiskozymetrią. Z metod tych na plan pierwszy wysuwa się refraktometria, co jest samo przez się zrozumiałe. Napięcie powierzchniowe układu różnych ciał jest wynikiem ich właściwości; mamy więc ciała mniej lub więcej powierzchnio-czynne, dodatnio lub ujemnie powierzchnio-czynne. Naprzykład, nieznaczna domieszka żółcianów ma bardzo wybitny wpływ na napięcie powierzchniowe zawartości żołądka. W tych warunkach wynik badania stalagmometrycznego jest wypadkową działania tyłu sił, działających w odmiennych kierunkach, że trudno opierać na tem wnioski wiążące. To samo dotyczy również pomiarów lepkości — jakkolwiek wzrasta ona w zasadzie z powiększeniem liczby cząsteczek koloidowych, to jednak wzrost wskaźnika wiskozymetrycznego nie zawsze odpowiada oczekiwanym wynikom, gdyż nie wszystkie koloidy w jednakowym stopniu wykazują zmiany lepkości. A również i ph jest zależny od tyłu sprzecznych czynników, że nie nadaje się, aby stanowić punkt wyjścia, tem więcej, że znaczenie kwasoty dla spraw trawiennych jest dość ograniczone. Wszystkie te metody dostarczają jedynie nieznacznie pożytecznego uzupełnienia danych, jakie daje refraktometria. Wskaźnik załamania światła, zależny od ogólnego stężenia zawartych w danym układzie koloidów, elektrolitów i nieelektrolitów, jest stosunkowo najbardziej uchwytny i jednoznaczny, a tem samem nadaje się, jako podstawa do badań porównawczych. Przyrost wskaźnika refraktometrycznego świadczy zawsze o większem rozproszeniu się cząsteczek, w pierwszym rzędzie białkowych. Natomiast określenie napięcia po-

wierzchniowego, lepkości i stężenia jonów ma jedynie znaczenie pomocnicze.

Na szczególną uwagę zasługują wyniki badań zawartości żołądka — opierają się one na własnych badaniach autora i są już dostatecznie dojrzałe, ażeby z nich wyprowadzić wnioski praktyczne i zastosować je w praktyce. Zmianom patologicznym poświęca autor część trzecią, a szczególnie wartościowe jest ustalenie zasad, które są podstawą odróżnienia czterech typów fizyczno-chemicznych zawartości żołądka: zaburzenia bez wyraźnych odchyłeń, zaburzenia nadczynnościowe, z upośledzoną czynnością żołądka — i wreszcie właściwości fizyczno-chemiczne zawartości w przypadkach raka. Ta ostatnia grupa jest tak ściśle określona, daje wyniki tak zastanawiające, że metoda Kol. Cytronberga zasługuje na jaknajszersze zastosowanie we wszystkich wątpliwych przypadkach, a jeżeli kontrola wyników Kol. Cytronberga nie pomniejszy wartości tej metody, śmiało stwierdzić będzie można, że trudne zagadnienie wczesnego rozpoznania raka żołądka jest już rozwiązane. Z uznaniem należy podkreślić umiar autora, który zupełnie powstrzymuje się od wypowiadania jakichkolwiek hipotez, tłumaczących spostrzegane przez niego zjawiska, choć hipotezy te wprost same nasuwają się uważnemu czytelnikowi.

Poza omówieniem zaburzeń fizyczno-chemicznych innych wydzielin przewodu pokarmowego autor omawia szerzej swoje badania nad genezą wrzodu trawiennego, które go na innej drodze doprowadziły do wyników zgodnych z wynikami Balinta. Ale jak hipoteza Balinta o zakwaszeniu tkanek, jako przyczynie wrzodu, spotkała się ze sprzeciwem, tak i spostrzeżenia Kol. Cytronberga nie są całkowicie przekonywujące i dostateczne do uzasadnienia jego hipotezy. Nie zmniejsza to jej wartości jako jednej z pierwszych prób rozwikłania trudnego zagadnienia pochodzenia wrzodu za pomocą badań fizyczno-chemicznych.

Część czwarta i ostatnia poświęcona jest wnioskowi leczniczemu. Zawiera ona nowe uzasadnienia dla stosowanych już metod i nowe wskazówki — niestety, niekiedy w praktyce trudno wykonalne.

Wykład jasny i przejrzysty. Pewne zastrzeżenia budzą niektóre zwroty stylistyczne, a w szczególności owa nieszczęsna, tułająca się po wielu autorach „treść” (zamiast „zawartość”) żołądkowa. Znaczna liczba błędów drukarskich, poprawionych w końcu książki, również często przeszkadza.

Jeżeli tak obszernie omówiłem pracę Kol. Cytronberga, to dlatego, że uważam, iż na, niestety, dość jałowej glebie lekarskiego piśmiennictwa polskiego wyrosło dzieło istotnie twórcze i zasługujące na szczególną uwagę. Należy życzyć, aby praca Kol. Cytronberga jaknajprędzej ukazała się w przekładzie w języku obcym i była żywym dowodem poważnej i samodzielnej twórczej pracy naukowej naszych badaczy.

Ludwik Justman.

J. FLECKEL. O wymacywaniu normalnej wątroby. (Arch. f. Verd. Kr. Tom 44 Nr. 3—4).

Autor stwierdza, że w znacznej części przypadków u zdrowych i u chorych wątroba daje się wymacać (62 — 88%).

W warunkach normalnych wymacuje się przytem ostry, dość miękki, niebolesny brzeg wątroby przednio-dolny, położony bardzo powierzchownie.

Do wymacywania wątroby autor poleca zmodyfikowaną przez siebie metodę Obracowa.

Rękę palującą kładzie się nie na płask lecz z nieco zgiętymi palcami. Podczas wdechu palce tej ręki wyprostowują się i starają się zbliżyć do przedniej ściany klatki piersiowej. Podczas wydechu, przeciwnie, palce się nieco zginają i zeslizgują pod brzeg wątroby na dolną jego powierzchnię. W ten

sposób można wyczuć nie tylko tylny-dolny brzeg wątroby, lecz i przednio-dolny.

W pewnych przypadkach wymacywanie wątroby nie udaje się (szczególnie normalnej wątroby). Do przyczyn, utrudniających palpację, należą: niemożność wykonywania głębokich oddechów przeponowych; nadmiernie tłuste i zarazem napięte powłoki brzuszne, silne wzdęcie, napięcie mięśni brzusznych wskutek spraw chorobowych w obrębie jamy brzusznej, ewentualnie zajęcie otrzewny, wreszcie obecność płynu.

B. Goldstein.

DZIAŁOSZYŃSKI. Znaczenie cholecystografji dla chirurgji. (D. m. W. Nr. 17. 1929).

Technika zabiegu polega na wstrzyknięciu wieczorem dnia poprzedniego 1 ampułki hipofizyny, a po godzinie — dożylnie 20 cm.³ tetragnostu, wolno, w przeciągu 10—15 min. z uprzedzeniem i następczem wstrzyknięciem 10 cm.³ soli kuchennej. Sposób powyższy dał dobre wyniki w 80—90% przypadków. Nie spostrzegano przy tem ujemnych skutków działania poza b. nieznaczne podniesienia temperatury i nudnościami jedynie u b. wyniszczonych pacjentów.

W razie dobrego wypełnienia się pęcherzyka żółciowego treścią kontrastową autor zaleca leczenie niechirurgiczne, a nawet nie stosować próbnej laparotomji, gdyż w 15 przypadkach podobnych stwierdzono w pęcherzyku żółciowym, za pomocą badania makro- i mikroskopowego, zaledwie ślady zmian chorobowych.

Wskazaniem do leczenia chirurgicznego jest pośrednie wykazanie kamieni w pęcherzyku żółciowym zapomocą ubytków cieniowych wypełnionego pęcherzyka. Bezpośrednie wykrycie kamieni udaje się niezmiernie rzadko.

Bezwzględnie leczeniu operacyjnemu podlegają przypadki, w których pęcherzyk żółciowy nie wypełnił się pomimo dobrze przeprowadzonego badania kontrastowego. Ten wynik ujemny może zależeć od: zamknięcia przewodu pęcherzykowego przez kamień, blizny, obecności guza; od zmian w ścianie pęcherzyka — sprawy zapalne, ostre i przewlekłe, marskość — i stąd wskutek zdolności zagęszczenia, cień pęcherzyka nie występuje, — od ciężkich zaburzeń czynności wątroby. W powyższych przypadkach, o ile wiek, stan serca i płuc na to pozwalają, istnieje wskazanie do wczesnej operacji.

St. Luxenburg.

D. DAVIS i D. TALLEY. Cholecystografja a kwasota żołądkowa. (J. Am. Med. Ass. tom 92, Nr. 2).

Niedawno Hines wskazał, że w stanach bezkwaśności żołądka cholecystografja wypada ujemnie. Autorzy są wręcz przeciwnego zdania. Badania własne nad całym szeregiem chorych z bezkwaśnością wykazały, że wyniki cholecystografji są w tych razach normalne. Wprawdzie autorzy stosowali metodę oralną, podczas gdy Hines — śródżylną, tembardziej jednak, stosowanie śródżylnej metody powinno było dać wyniki dokładniejsze.

B. G.

Wskazówki praktyczne.

Glasscheib i Honsig uważają ropotok zębodołowy za A — awitaminozę i na tej zasadzie leczą to cierpienie tranem z dodatkiem fosforu: *Ol. jecor. aselli* 150.0, *Phosphori* 0.01—2 razy dziennie po łyżce stołowej. Wyniki były dobre. Ponieważ jednak tran zawiera i witaminę D nie jest więc jeszcze rozstrzygnięte, która z dwóch witamin jest substancją, działającą leczniczo w ropotoku zębodołowym.

(Ztsch. f. Stomatol. 1928. N. 4)

Clairmont i Meyer potwierdzają pogląd amerykański na projekt stosowania jodu przed wyłuszczeniem wola w chorobie Basedowa. Dobre strony tej metody są następujące: 1) unika się podniecenia operacyjnego i zapaści psychicznej; 2) krwawienie podczas operacji jest o wiele mniejsze; 3) przebieg pooperacyjny jest pomyslniejszy.

(D. m. W. 1928 N. 48)

Hochsinger podaje następujący szemat leczenia kity wrodzonej ssawców: raz na tydzień neosalwarsan 0.03 na kilo wagi ciała, po 3 zastrzyknięciu dawka nieco większa (w ogólności zamiast 0.15 — 0.20 do 0.25). Działania szkodliwego H. niewi-

dział. Odczyn Wassermanna dodatni prędko przechodzi w ujemny. Leczenie trwać powinno 6 tygodni. Po niem znów 6 tygodni. *Protojod. Hydrarg.* w dawce 0.01 w ciągu pierwszych dwóch tygodni 3 razy, w ciągu drugich dwóch tygodni 2 razy i w ciągu ostatnich 2-tych tygodni raz dziennie. Müller robi 12 zastrzyknięć domięśniowych kalomelu obok 12 wlewań dożylnych neosalwarsanu. W ostatnich czasach stosuje się również i spirocid: przez 8 tygodni po 1/4 pastylki dziennie naczczo z 5-io dniową pauzą po zakończeniu każdego tygodnia. Ku końcowi leczenia, które trwa około 12 tygodni, można dodać 1/2 pastylki dziennie.

(W. m. W. 1928 N. 19).

De Rosa radzi stosować w swierzbie wcierania mitigalu w sposób następujący: po pierwszym zastosowaniu środka — ciepła kąpiel mydlana, potem w ciągu trzech wieczorów zrędu wciera się ogrzany mitigal za pomocą szczotki na pół twardej: Swędzenie ustaje już po pierwszym wtarcu, a objawy skórne, pryszczycza, ropnie, plamy pokrzywkowe szybko się goją.

(Progressi di Terapia 1928 N. 2).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 8 maja 1929 r.

Przewodniczący prof. Szmurło. Obecnych 20 członków oraz 18 gości.

I. Odczytanie i przyjęcie protokołu poprzedniego posiedzenia.

II. R. Hanusowicz: *Nowe poglądy na grzybicę strzygącą* (rzecz przeznaczona do druku).

III. St. Mahrburg i Gojdz. *Przypadek olbrzymiego tętniaka oraz zmian spowodowanych przez niego w naczyniach kończyn górnych* (przeznaczone do druku).

Dyskusja: prof. J. Szmurło podkreśla, że omawiany przypadek zasługuje na szczególną uwagę z racji niezwyklej wielkości tętniaka oraz jego przebiegu. Cytuje poza tem przypadek tętniaka Stokesa, którego pęknięcie spowodowało gwałtowny krwotok nazewnaż oraz 2 przypadki pęknięcia tętniaków, obserwowane przez siebie z krwotokiem do płuc, następczem krwiopłuciem i zejściem śmiertelnem. W końcu zapytuje mówca,

czy wobec umiejscowienia oraz rozległości tętniaka nie stwierdzono u chorego objawów ze strony nerwu zwrotnego prawego.

W odpowiedzi Gojdz zaznacza, że u chorego żadnych takich zmian nie stwierdzono.

IV. Girszowicz. *O wpływie rozczyńców hipertonicznych na miażdżycę w związku ze współczesnymi poglądami na klinię tej choroby.*

Dyskusja: prof. A. Januszkiewicz — w dłuższym przemówieniu porusza sprawę powstawania miażdżycy oraz mechanizmu działania na tę chorobę płynów hipertonicznych. W sprawie używanego przez prelegenta hipersolu mówca nie wypowiada się jeszcze w sposób kategoriyczny, wobec względnie niedawno rozpoczętego stosowania tego preparatu w klinice, j kkolwiek pierwsze wrażenie z jego użycia nie przemawiałoby za tym entuzjazmem, z jakim rosycy badacze względem niego się zachowują.

W odpowiedzi Girszowicz zgadza się, że hipersol nie jest środkiem, który we wszystkich przypadkach daje niezawodny skutek, jednak polepszenie samopoczucia chorych, co się bardzo często zdarza przy stosowaniu tego leku, przemawia za tem, by był on częściej w lecznictwie używany.

Prof. J. Szmurło — z dobrym skutkiem stosuje oddawna sok cytrynowy i agrestowy w napadach dny; na podstawie własnych obserwacji mówca zaleca podawanie porzeczek w napadzie kolki wątrobowej.

V. W poczet członków Towarzystwa w drodze tajnego głosowania jednogłośnie przyjęty został Jan Klukowski.

(Według Pamiętn. Wileńsk. Tow. Lek.)

E. Czarnecki.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Debré i Cofino omawiali na posiedzeniu czerwcowym parysk. tow. pediatr. (Pr. méd. Nr. 62) wrażliwość na tuberkulinę dzieci szczepionych BCG. Posiłkowano się

metodą doskórą, jako czulszą i łatwą do stosowania u najmłodszych dzieci, po uprzednim dokonaniu próby Pirqueta. Doskórnie wprowadzają $\frac{1}{10}$ mligr., zaś w razie wyniku ujemnego wstrzykują $\frac{5}{10}$ mligr. U 151 dzieci nieszczepionych lecz znajdujących się w tych samych warunkach, co i szczepione, które były zupełnie odseparowane od wszelkiego kontaktu z gruźliczymi, odczyn tuberkulinowy był ujemny. Śród natomiast 139 dzieci szczepionych odnotowano 41 razy odczyn skórny dodatni, 59 razy odczyn doskórny dodatni po zastrzyknięciu $\frac{1}{10}$ mlgr., 17 razy odczyn doskórny dodatni od $\frac{5}{10}$ mlgr., a więc 117 razy odczyn dodatni.

Na tem samem posiedzeniu Weill-Hallé demonstrował dziecko 4-letnie w celu zadokumentowania nieszkodliwości BCG. Dziecko to otrzymało (błędnie) potrójne zastrzyknięcie dawki, zwykle podawanej do wewnątrz. Te 3 zastrzyknięcia, z których każde wprowadzało do ustroju 400 milionów prątków, były zrobione przed dwoma laty. Dziecko, któremu, nawiasem mówiąc, uprzednio nawet nie robiono próby tuberkulinowej, jest w obecnej chwili zupełnie zdrowe.

Huber i Guachesco cytują również na tem posiedzeniu przypadek, dotyczący dziecka, szczepionego BCG zaraz po urodzeniu, a u którego między 3 a 9-ym miesiącem rozwinął się ropień zimny na szyi. Ropa nie zawierała drobnoustrojów i nie wywołała gruźlicy u świnki morskiej odczyn skórny był u dziecka dodatni. Opróżnienie ropnia doprowadziło do wyzdrowienia, które trwa po upływie sześciu dalszych miesięcy.

Na posiedzeniu Akademii lekarskiej Calmette, Couvelaire, Valtis i inni komunikowali o przypadku, w którym stwierdzili obecność zarazki przesączalnego gruźlicy w płynie amniotycznym jaja, usuniętego przy wycięciu macicy kobiety ciężarnej, chorej na gruźlicę płuc. Jajo zostało jałowo wyjęte z macicy, poczem płyn zastrzyknięto świnkom. Otrzymano w ten sposób zakażenie gruźlicze o cechach swoistych, spostrzeganych po wprowadzeniu zarazki przesączalnego. Prątki Kocha, znalezione w systemie chłonnym świnek-początkowo niezłośliwe, odzyskały swą złośliwość po pewnej liczbie przeszczepień z jednego zwierzęcia na drugie.

(Pr. méd. Nr. 63).

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Z oddziału higieny pracy Państwowej Szkoły Higieny.

(Kierownik: Dr. Brunon NOWAKOWSKI).

Ołowica zawodowa wśród drukarzy warszawskich.

Podali

Dr. Brunon NOWAKOWSKI, Dr. Henryk RABINOWICZ,

Dr. Janina CZARKOWSKA (Warszawa).

(Dokończenie—p. Nr. 36, 37, 38).

Ważniejsze objawy obiektywne są w tablicy 7, zestawione z czasem pracy w zawodzie. Trudno się jednak zorientować w tych liczbach, gdyż chwila stwierdzenia objawu nie odpowiada oczywiście chwili powstania danego objawu. Ten wzgląd nabiera wagi szczególnej przy objawach, które, jak wiemy, mogą trwać latami. Są to: rąbek i osłabienie prostowników. Nakropienia uchodzą za zjawisko mniej długotrwałe. Uderza w tym względzie fakt, że liczba osób z nakropieniem ma niejako tendencję do narastania z biegiem lat pracy, gdy pozostałe dwa objawy wykazują tendencję odwrotną, która w rzeczywistości powinna wyrazić się jeszcze wybitniej.

Właśnie one mogły powstać znacznie wcześniej aniżeli zostały stwierdzone. Prawdopodobnie mamy tu do czynienia z wyrazem z jednej strony większej wrażliwości osób młodszych, a z drugiej pewnej naturalnej selekcji w tym sensie, że osobniki wrażliwsze zostają wyeliminowane. Może tu odgrywać pewną rolę i wzrost tolerancji względem ołowiu po przebyciu tak zwanego „okresu krytycznego” (Teleky, 4). Zauważono bowiem, że w kilka miesięcy po rozpoczęciu pracy z ołowiem może nastąpić zachwianie równowagi fizjologicznej słabszego lub silniejszego stopnia. Po przebyciu tego okresu u niektórych pozostaje większa tolerancja, u innych, odwrotnie, wrażliwość może być zwiększona. Ci pierwsi mają oczywiście lepsze szanse na długotrwałą pracę w swoim zawodzie, niż drudzy. Nie mamy, niestety, dokładnych wiadomości o tem, jak częste są zmiany zawodu wśród drukarzy. Najsilniejszy ruch panuje, naturalnie, wśród młodocianych, oceniają go na 2% rocznie. Przytem zapewne ubywają również bardziej wrażliwi. Trudniej wytłumaczyć tendencję wzrostu nakropień. Może wyraża się w ten sposób anemja lekkiego stopnia, powolnie się rozwijająca pod wpływem długotrwałego oddziaływania drobnych ilości ołowiu. Te dwa sprzeczne ze sobą prądy wywołały

TABLICA Nr. 7.

Objawy obiektywne a czas pracy w zawodzie.

Liczby bezwzględne.

Czas pracy w zawodzie	Liczba badanych osób:			Rąbek	Nakrapianie			Osłabienie prostowników
	Ogólna	Bez objawów	Mających co najmniej 1 objaw		100 — 250 na milion	300 i więcej na milion	Wogóle	
Do 2 lat	29	19	10	4	0	3	3	3
Od 3 do 5 lat	67	43	24	10	4	5	14	6
Do 5 lat	96	62	34	14	4	8	17	9
Od 6 do 10 lat	107	67	40	11	3	12	27	6
Do 10 lat	203	129	74	25	7	20	44	15
Powyżej 10 lat	224	141	83	25	14	25	57	16
Razem	427	270	157	50	21	45	101	31
L i c z b y w z g l ę d n e								
Do 2 lat		65.5	34.5	13.8	0	10.3	10.3	10.3
Od 3 do 5 lat		64.2	35.8	14.9	6.0	7.5	20.9	9.0
Do 5 lat		64.6	35.4	14.6	4.2	8.3	17.7	9.5
Od 6 do 10 lat		62.6	37.4	9.3	2.8	11.2	25.2	5.6
Do 10 lat		63.5	36.5	12.3	3.3	9.9	21.7	7.4
Powyżej 10 lat		63.0	37.0	11.2	6.3	11.2	25.4	7.1
Razem		63.2	36.8	11.7	4.7	10.5	23.6	7.3

zjawisko o uderzającej regularności: odsetek osób, mających co najmniej jeden z wymienionych objawów we wszystkich grupach, jest prawie identyczny. Szczupłość liczb, które dysponujemy, zmusza nas do bardzo oględnego wypowiedzania się. Tyle jednak powiedzieć można, że już po dwóch do pięciu latach pracy zawodowej mamy natężenie objawów ołowiczych prawie równe temu, które spotykamy po 10 latach. Świadczy to zapewne nietylko o większej wrażliwości młodocianych na ołów, lecz potwierdza poprzedni nasz wniosek o niedostateczności warunków higienicznych naszych drukarni. Dodamy, że najkrótszy czas pracy u osób z rąbkiem wynosił półtora roku, tyleż u osób, mających osłabienie prostowników, rok zaś u osób, wykazujących nakropienia. Próba korelacji z wiekiem badanych niczego nowego nie wniosła.

Pozostaje jeszcze do omówienia obraz krwi. Hemoglobinę zbadaliśmy według Tallquista u 425 osób. Jeden tylko miał 60%; 69, czyli około 16%, miało 70—75%; 349 zaś, to jest około 82%, miało 80—85%; reszta — 90% i więcej hemoglobiny. Różnice pomiędzy grupą niepodjęzanych a grupą podejrzaną były nieistotne. W każdym bądź razie anemii poważnego stopnia naogół nie znaleźliśmy. Przemawia to do pewnego stopnia za swoistością nakropień zasadochłonnych, które stwierdziliśmy. Ciekawo, ale trudno do wytlomaczenia wynik dało obliczenie wzoru białych ciałek krwi. Wahaliśmy się z początku, czy wogóle badać w tym

kierunku z uwagi na różnorodność zmian, które pod tym względem występują w ołowicy. Wobec tego jednak, że badanie to mogliśmy przeprowadzić na tych rozmazach krwi, na których badaliśmy nakropienia, a więc bez dodatkowego obciążenia badanych, postanowiliśmy uzyskać dane orientacyjne. Naogół przy tym sposobie nie starczyło nam materiału, by przeliczyć więcej, niż 100 białych ciałek, stąd wyniki nie są zbyt ściśle, do orientacji wystarczają jednak. Oczywiście mogliśmy w tych warunkach badać jedynie stosunek procentowy poszczególnych postaci. Pogodziliśmy się z tem ograniczeniem tem łatwiej, że właśnie ten stosunek względny uchodzi za bardziej charakterystyczny, aniżeli liczby bezwzględne (1). Nie brak i w naszym materiale wyników różnorodnych. Jednakże od pierwszego zaraz preparatu rzucała się w oczy aż nazbyt częsta limfocytoza. Jak widać z tablicy 8, na 297 osób, zbadanych w tym kierunku, tylko 7.1% miało mniej limfocytów, niż 26%. Według dawnych norm 92.9% miałyby więc limfocytozę. Stosując najbardziej liberalną normę, jaką znaleźliśmy w piśmiennictwie, mianowicie 35.5% u młodocianych (15), otrzymujemy 35.6% osób w ramach normy, czyli 64.4% osób z niewątpliwą limfocytozą względną. Jeszcze najwięcej zgodności pośród autorów jest na tym punkcie, że względna limfocytoza bywa często przy działaniu ołowiu. Gdyby tak było istotnie, to liczba podejrzaną o działanie ołowiu wśród naszego mater-

jału okazałyby się znacznie wyższa, aniżeli przyjmujemy na zasadzie poprzedniej dyskusji. Staraliśmy się to wyjaśnić drogą zestawienia tego zjawiska według grup klinicznych. Nie chcąc rozdrabniać liczb, zadowoliliśmy się w tablicy 8 przeciwstawieniem grupy I, niepodważanych, grupom II—V łącznie. Różnice wypadły minimalne i przynajmniej w tem zestawieniu nie przemawiają za tem, by względna limfocytoza była oznaką działania ołowiu. Już przy przeglądaniu poszczególnych preparatów zauważyliśmy, że zachodziła niejako korelacja ujemna pomiędzy limfocytozą a nakropieniem zasadochłonnem, przynajmniej w przypadkach, gdy obydwie te objawy były wybitniej zaznaczone. Dlatego sprawdziliśmy to w tablicy 9, która w znacznym stopniu potwierdza to nasze bezpośrednie wrażenie. W granicach tego, co za normę przyjęliśmy, można zauważyć wyższe nieco odsetki wśród osób mających co najmniej 100 nakropień. W mniejszym stopniu, ale w tym samym sensie trwa ta różnica przy 36—50% limfocytów, by przy ponad 50% limfocytów dać znaczną różnicę w odwrotnym kierunku: 13% u osób z co najmniej 100 nakropieniami wobec blisko 29% dla osób bez nakropień lub z poszczególnymi tylko nakropieniami. Inaczej wypada porównanie grupy bez nakropień z grupą, mającą tylko poszczególne nakropienia, choć różnice są tutaj tak nieznaczne, że trudno przypisywać im większe znaczenie. W granicach normy grupa, mająca poszczególne nakropienie, ma mniejsze odsetki, powyżej normy ma, odwrotnie, wyższe odsetki, niż grupa bez nakropień. Może mamy tutaj potwierdzenie obserwacji rosyjskich badaczy, Fiszera i Nikuliny. Niestety, pracę tę znamy tylko ze streszczenia (16). Spotykali oni limfocytozę właśnie u zdrowych robotników ołowiowych. W miarę nasilenia objawów działania ołowiu ustępowała ona miejsca limfopenji. Widzą oni w limfocytozie pierwszy wogóle objaw działania ołowiu, a więc raczej, możnaby powiedzieć, nara-

żenia znaczniejszego stopnia na działanie ołowiu. Gdyby ją tak należało interpretować, wtedy i nasze wyniki stałyby się zrozumiałe. Nie posiadamy dostatecznego materiału porównawczego, by się móc co do tego wypowiedzieć definitywnie. Bardzo nieznaczne różnice, ale w podobnym sensie widać również na tablicy 8. Być może, na większym materiale, po zakończeniu dalszych naszych badań, uda się uzyskać co do tego punktu nieco więcej światła. Pozostaje jeszcze bardzo ciekawa różnica pomiędzy chrześcijanami a żydami, którą uwidocznia tablica 8. Żydzi wykazują istotne różnice zarówno w granicach normy, jak i przy wyższych stopniach limfocytozy. Charakteryzuje ich większa liczba osób z limfocytozą i to szczególnie w grupie mającej ponad 50% limfocytów. Jak już wiemy, żydzi są, przeciętnie biorąc, nieco młodszy od chrześcijan i pracują w warunkach higienicznie gorszych. Czy tylko te czynniki są odpowiedzialne za tę różnicę, lub czy inne jeszcze czynniki, ewentualnie rasowe, wchodzą w grę, powiedzieć nie możemy. Sam fakt jest bardzo ciekawy i zasługuje na pogłębienie i dalsze poszukiwania. Eozynofilję, która również ma towarzyszyć zmianom ołowiczym, spotkaliśmy ogółem w 11.1% ogółu badanych, więcej wśród niepodważanych o działanie ołowiu, bo 13.8%, wobec 8% wśród reszty. Nie badając kału, nie mogliśmy wykluczyć innych możliwych przyczyn.

*
*
*

Moglibyśmy zakończyć na tem nasze wywody. Jednak tak mało wiemy wogóle o cechach zdrowotnych poszczególnych grup zawodowych w Polsce, że zaciekać mogą niektóre dane, które przy sposobności tej ankiety dały się uchwycić. A więc co do zagrożenia gruźlicą. Pisał o tem u nas Kempner (17). Nie mogliśmy oczywiście przeprowadzać specjalnych badań. Za-

TABLICA Nr. 8.

Względna limfocytoza według wyznania i grup klinicznych.

WYZNANIE	L i c z b y b e z w z g l ę d n e														
	Zbadano			Znaleziono limfocytów w %											
	Ogółem	W grupie klinicznej		W grupie klinicznej I				W grup. klinicznych II—V				W grup. klinicznych I—V			
		I	II—V	< 26	< 36	36—50	50 i >	< 26	< 36	36—50	50 i >	< 26	< 36	36—50	50 i >
Chrześcjan	140	85	55	7	43	32	10	6	24	24	7	13	67	56	17
Żydów	157	90	67	5	18	35	37	3	21	23	23	8	39	58	60
Razem . .	297	175	122	12	61	67	47	9	45	47	30	21	106	114	77
L i c z b y w z g l ę d n e.															
Chrześcjan		60.6	39.3	8.2	50.6	37.6	11.8	10.9	43.7	43.7	12.7	9.3	47.8	40.0	12.2
Żydów		57.3	42.7	5.6	20.0	38.9	41.1	4.5	31.3	34.3	34.3	5.1	24.8	36.9	38.2
Razem . .		58.9	41.1	6.9	34.9	38.3	26.8	7.4	36.9	38.5	24.6	7.1	35.6	38.4	25.9

TABLICA Nr. 9.

Limfocytoza względna w połączeniu z nakrapianiem zasadochłonnem.

NAKRAPIANIA ZASADOCHŁONNE	Liczby bezwzględne					Liczby względne			
	L I M F O C Y T Ó W								
	Poniżej 26%	Poniżej 36%	36—50%	Ponad 50%	Razem	Poniżej 26%	Poniżej 36%	36—50%	Ponad 50%
Bez nakrapiań	15	74	82	63	219	6.8	33.8	37.4	28.7
Mniej niż 100 w preparacie	1	7	10	7	24	4.2	29.1	41.7	29.1
Razem	16	81	92	70	243	6.6	33.6	37.8	28.8
100 i więcej /milion	4	25	22	7	54	7.4	46.3	40.7	13.0

TABLICA Nr. 10.

Rozrodczość wśród drukarzy warszawskich.

Cała ludność		Drukarze warszawscy								
1	2	3	4	5		6		7		8
Liczba dzieci na gospodarstwo rodzinne *) w r. 1921	Wyznanie	Liczba nieżonatych	Liczba żonatych	Liczba dzie- ci żywych		Liczba dzie- ci zmarłych		Rubryki 5 + 6		Liczba bez- dzietn. małż.
				ogółem	na 1 małż.	ogółem	na 1 małż.	ogółem	na 1 małż.	Bezwzgl. %
Cała Polska 2.45	Chrześcjanie . .	100	152	209	1.4	109	0.7	318	2.1	40 26.3
Cała Polska 2.53	Żydzi	101	74	142	1.9	31	0.4	173	2.3	12 16.2
Warszawa Miasto . . . 1.85	Razem . . .	201	226	351	1.6	140	0.6	491	2.2	52 23.0

*) Liczby te otrzymaliśmy z Głównego Urzędu Statystycznego za pośrednictwem oddziału statystyki i epidemiologii Państwowej Szkoły Higieny.

znacaliśmy tylko przypadki, w których skarżono się na objawy płucne i ogólne, podejrzane o gruźlicę. Osoby te dałyby się może scharakteryzować, jako kandydaci do przychodni przeciwgruźliczej. Było takich 12.6% ogółu zbadanych. Dość ciekawa wydaje nam się również liczba osób, skarżących się na jakikolwiek objaw chorobowy. Oczywiście, znowu liczby niedokładne zarówno ze względu na możliwość przesady, jak zamilczenia, raczej tego drugiego. Z tem zastrzeżeniem 75% ogółu badanych miało choćby jeden objaw subiektywny. Na zaparcie skarżyło się 23.4%. Żydzi częściej się skarżyli i więcej podawali objawów. Odsosne liczby dla żydów wynosiły 85.1, względnie 32.0% wobec 67.5, względnie 17.4% u chrześcijan. Nie można na tych liczb przywiązywać zbyt wielkiej wagi. Ale jedno porównanie winno wzbudzić poważne refleksje. Poprzednio przy zastosowaniu bardzo czułych metod stwierdziliśmy, że około 1/4 ogółu zbadanych wymaga obserwacji lekarskiej z uwagi na możliwość wystąpienia u części z nich poważniejszych zmian ołowiczych w przyszłości. Tutaj natomiast mamy 3/4 ogółu zbadanych, którzy wymagają leczenia, a może

przedewszystkiem prowadzenia przez lekarza z powodu najrozmaitszych cierpień i dolegliwości. Mogą one być nawet w przeważnej części banalne. Nie powinniśmy ich jednak lekceważyć zarówno z punktu widzenia czysto ludzkiego, jak i z punktu widzenia wydajności pracy. Jak poważnie mogą one wpłynąć na skrócenie życia, i jak doskonałe wyniki może dać odpowiednie zajęcie się niemi, tego uczy doświadczenie nowojorskiego Life Extension Institute (18). Należałoby więc przy badaniu perorycznym zająć się nietylko ołowicą, lecz uwzględnić całość zmian chorobowych, swotykanich u danego osobnika, choćby narazie wśród pracowników zawodów narażonych na szczególne niebezpieczeństwo dla zdrowia. Z czasem zakres badań perorycznych winien być rozszerzony możliwie na wszystkie zawody. Szczególnie instytucje ubezpieczeń społecznych winny sprawą tą się zająć (19).

Staraliśmy się również wyjaśnić wpływ alkoholu na zmiany ołowicze. Nie otrzymaliśmy jednak danych, które dałyby się zużytkować. Istotną okazała się jedynie różnica co do spożycia alkoholu wśród chrześcijan i żydów, zgodnie z obserwacjami

innych autorów polskich (20). Wśród chrześcijan przyznało się do picia 88%, wśród żydów 35%. Wreszcie spróbowałismy się zorientować co do tego, czy narażenie na działanie ołowiu ojca odbija się na potomstwie. Tablica 10 zawiera dane, dotyczące tego pytania. Nie mamy jednak materiału porównawczego. Jedynie liczba dzieci żywych, przypadających na jedno małżeństwo, da się porównać z liczbą dzieci na poszczególne gospodarstwo rodzinne w Polsce, według spisu ludności z r. 1921. Jest to więc liczba dzieci żywych, zamieszkałych razem z rodzicami w dniu spisu. Liczba ta winna być mniejsza, niż nasze liczby, obejmujące wszystkie dzieci danego małżeństwa, niezależnie od faktu zamieszkiwania z rodzicami. W rzeczywistości nasze liczby są mniejsze. Oczywiście, cały szereg czynników, nietylko działanie ołowiu na ojca, może wytłomaczyć ten wynik, choćby stosunkowo wysoka stopa życiowa wśród drukarzy i t. p., tak, że odpowiedzi na powyższe pytanie tą drogą nie otrzymaliśmy.

Na zakończenie pragnęlibyśmy wrócić raz jeszcze do sprawy niechęci, z którą odnoszą się często pracownicy do periodycznych badań lekarskich. Obawiają się ujemnych dla siebie skutków materialnych i społecznych z zarządzenia, które ma na widoku ich zdrowie. Jest rzeczą aż nadto dobrze zrozumiałą, że pracownik, jeżeli zachodzi taki konflikt interesów, kieruje się raczej względami na korzyści bezpośrednie, jak wysokość zarobku, stałe zatrudnienie, niż dalszemi na gożącą mu w przyszłości chorobę. Istnieje na tem tle podobno specjalna technika dyssymulacji (Gerbis) (3) podczas badania periodycznego. Droga wyjścia z tej trudności jest, zdaje się, jasna. Należy usunąć przyczyny tego oporu przez zapewnienie osobom, wyłączonym z pracy ze względów zapobiegawczych, odpowiedniego odszkodowania i złagodzenia ewentualnych ujemnych skutków społecznych. U nas sytuacja prawna pod tym względem w obecnej chwili jest niepomysłna. Mamy, zdaje się, jako jedyne państwo, osobną ustawę o zapobieganiu chorobom zawodowym, zupełnie niezależną od ogólnej ustawy ubezpieczeniowej, która jest dopiero zaprojektowana. W danej chwili osobnik taki, miałby jedynie prawo do zasiłku z Kasy Chorych, znacznie niższego, niż jego faktyczny zarobek. Tutaj jest jedna luka do wypełnienia przez ustawodawstwo ubezpieczeniowe, zasiłek ten winien być podniesiony do 100% płacy i odpowiednio pokryty. Zabezpieczyłoby to interesy czasowo z pracy wyłączonych, powracających po kilku tygodniach do dawnego zajęcia. Lecz pozostaje sprawa trwale wyłączonych na zasadzie stwierdzenia szczególnej wrażliwości. Według projektu naszej ustawy ubezpieczeniowej, byłiby oni zrównani w prawach z poszkodowanymi przez wy-

padek, jeżeli na skutek przebytych chorób utracą zdolność do pracy w pewnym odsetku. Tymczasem zadaniem badań periodycznych jest przecież ustrzec robotnika przed inwalidztwem, z tego to względu ma nastąpić wyłączenie trwałe z pracy niebezpiecznej. Jeżeli chodzi o pracowników niewykwalifikowanych, taka zmiana zajęcia może się odbyć bez poważnych następstw. Inaczej u pracowników wykwalifikowanych. Dla nich należałoby przewidzieć możliwość przeszkolenia do innego zawodu. Pod tym względem na uwagę zasługuje przepis ustawy niemieckiej, która przewiduje tak zwaną rentę przejściową (Uebergangsrente). Odnosny artykuł upoważnia zakład ubezpieczeniowy do przyznania renty takim osobom na czas potrzebny do zdobycia innego zajęcia. Skuteczność tego przepisu jeszcze praktycznie nie została sprawdzona, ustawa niemiecka działa zaledwie lat kilka. W każdym bądź razie przepis tego rodzaju wydaje się nam wysoce pożądany, gdyż ułatwiłby osiągnięcie właściwych celów periodycznego badania lekarskiego.

PIŚMIENICTWO.

- 1) W uzupełnieniach Telekyego do niemieckiego tłumaczenia: Legge i Goadby. Bleivergiftung und Bleiaufnahme, Berlin, 1921. 2) Teleky w Handbuch der sozialen Hygiene, Gottsteina, Schlossmanna i Telekyego, T. II, Berlin, 1926. 3) Teleky, Gerbis i Schmidt: Die Frühdagnose der Bleivergiftung, Berlin, 1919. 4) Teleky w: Die meldepflichtigen Berufskrankheiten, Kölscha, Monachjum, 1926. 5) King Alcock, Brit. Med. Journ. Tom II, pp. 741-49, 1902. 6) Albrecht: Ergographische Studien über die Funktion der Handstrecker i t. d. Berlin, 1928. 7) Hertz R.: O barwieniu się za życia ziarnistości i zasadochłonnem nakropieniu krwi. Odbitka ze sprawozdań z posiedzeń Tow. Nauk. Warsz. Wydział Nauk Mat. Przyr. Rok III, zes. 8, 1910. 8) K. B. Lehmann i współpracownicy, Arch. f. Hyg. Tom 94, 1924. 9) Kucleb: Medycyna, Rok II, zeszyt 18, 1928. 10) Landau, Bauer i Grochowski: Higiena pracy, Nr. 1, 1928. 11) Aub, Fairhill, Minot i Reznikoff: Lead poisoning, Baltimore, 1926. 12) Hamilton: Industrial Poisoning in the United States, New-York, 1925. 13) Fine: Journ. Industrial Hygiene, Tom V, Nr. 4, Boston, 1923. 14) Hahn cyt. przez Hamilton (l. c.). 15) Stickl: Arch. f. Hyg. Tom 98, Nr. 1-2, 1927. 16) Fiszer i Nikulina u Wigdorczyka: Prace z Instytutu Chorób zawodowych w Leningradzie, Tom II, wedł. streszczenia w Ztbl. f. d. ges. Hygiene, Tom 17, pp. 297-302, 1928. 17) Kempner: Higiena pracy w zakładach drukarskich, Pamiętnik VI Zjazdu Lek. i Dział. San. Miejskich, Łódź 1927. 18) Nowakowski B.: Nowiny Społ.-Lek. Nr. 3 i 4, 1928. 19) Nowakowski B.: Przegląd Ubezpieczeń Społecznych, Nr. 9, 1927. 20) Kacprzak, Adamowiczowa i Sielicki: Kronika Warszawy, Nr. 1, 1927.

Wiadomości bieżące.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do wszystkich Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, że w Monitorze Polskim z dnia 13-go sierpnia 1929 r. Nr. 185 poz. 488 ogłoszone zostało rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dn. 2 maja 1929 r. zawierające instrukcję dla położnych.

Rozporządzenie to jest dopełnieniem całokształtu przepisów wykonawczych, normujących prawa i obowiązki położnych, opartych na rozporządzeniu Prezydanta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o położnych (Dz. Ust. Nr. 34 poz. 316).

Instrukcja dla położnych, podzielona na trzy działy, obejmuje obowiązki ogólne położnej, dotyczące rejestracji, przeszkalaniania i t. d., spis narzędzi pracy i leków, które położna winna posiadać, oraz normuje stosunek położnej do ciężarnej, rodzącej, położnicy i dziecka.

Ze względu na ważność postanowień instrukcji, z którymi położna winna dokładnie się zapoznać i ściśle się do nich stosować, w par. 2 wprowadzono obowiązek nabycia przez położną u lekarza powiatowego 1 egz. instrukcji, a przepis ten należy ściśle wykonać w stosunku do ogółu położnych.

Broszury, zawierające instrukcję dla położnych, przygotowało Polskie Lekarskie T-wo Wydawnicze (Warszawa, ul. Mokotowska 49) po cenie 50 groszy za egzemplarz.

Zarządzenie niniejsze należy udzielić do wiadomości i wykonania pp. lekarzom powiatowym.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia

Dr. Piestrzyński.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do wszystkich Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, że w Dzienniku Ustaw R. P. Nr. 62 poz. 484 z r. 1929 ogłoszone zostało rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 27 lipca 1929 r. o obowiązku odbywania jednorocznej praktyki szpitalnej przez lekarzy.

Rozporządzenie powyższe, oparte na podstawie art. 2 i 25 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim (Dz. Ust. Nr. 105 poz. 762), wprowadza dla lekarzy obowiązek odbycia jednorocznej praktyki szpitalnej przed przystąpieniem do samodzielnej praktyki zawodowej.

Praktykę szpitalną po ukończeniu uniwersyteckich studiów lekarskich względnie w czasie trwania tychże studiów, jednakże nie wcześniej, niż po ukończeniu 14-tu trymestrów, odbywać można we wszystkich szpitalach publicznych, liczących co najmniej 200 łóżek i posiadających przynajmniej trzy oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny i położniczy, oraz na klinikach uniwersyteckich.

Pod pojęcie szpitala o 200 łóżkach władny jest Wojewoda podciągnąć i szpitale mniejsze, o ile w jednej i tej samej miejscowości jest więcej szpitali o łącznej liczbie 200 łóżek. Naówczas Wojewoda przedkłada Ministerstwu Spraw Wewnętrznych wnioski do zatwierdzenia, na których oddziałach tych szpitali względnie w których z tych szpitali można dopuścić do odbywania praktyki szpitalnej.

Uznanie praktyki szpitalnej, odbytej zagranicą lub w wojску, za równorzędną z praktyką szpitalną w rozumieniu oma-

wianego rozporządzenia, pozostawione zostało swobodnemu uznaniu władzy administracji ogólnej.

Za właściwe władze w tym względzie uważać należy wojewódzkie władze administracji ogólnej, a to z tytułu wykonywania przez nie rejestracji lekarzy.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie sześciu miesięcy po dniu jego ogłoszenia, t. j. od 1-go marca 1930 r., i winno być ściśle przestrzegane przy rejestracji lekarzy.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia

Dr. Piestrzyński.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów.

Wobec nasilenia duru brzusznego i celem zapobieżenia szerzeniu się przypadków epidemii, spowodowanej niehigienicznym sposobem sprzedaży artykułów żywności, zwracam uwagę P.P. Wojewodom, by na podstawie par. 8 pkt. 10 i 12 pruskiej ustawy z dnia 28 sierpnia 1905 r. (Zb. u. p. str. 373), oraz w związku z p. 6 okólnika Nr. 166 (Z. Z. 4885 29) z dn. 9. VIII. 1929 przestrzegane były ściśle zarządzenia pisma okólnego z dnia 17. X. 1928 Nr. Z. H. 4796 28, dotyczące sprzedaży artykułów żywności (p. p. 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13), tych zwłaszcza, które przeznaczone są do bezpośredniego spożycia, t. j. bez uprzedniego mycia lub gotowania.

W szczególności należy zarządzić, by aż do odwołania:

1) ze sprzedaży ulicznej wykluczone były gatunki cukierków, nieposiadające indywidualnego opakowania (papier, bibułka, cynfolja);

2) przy sprzedaży na ulicach, targach, rynkach, straganach, budkach:

a) wyroby cukiernicze (ciastka, pierniki, obwarzanki, chałwa i t. p.) oraz pieczywo umieszczane były bezwarunkowo pod szkłem (szafki, gablotki, klosze),

b) owoce, w szczególności wszelkie gatunki śliwek oraz pokrajane melony i t. p. pozostawały pod przykryciem z czystej gazy muślinowej,

3) sprzedaż lodów odbywała się w sposób, zabezpieczający produkty te przed zanieczyszczeniem.

W wydanych w powyższej sprawie okólnikach zechce Pan Wojewoda (Pan Komisarz Rządu) podać załączony wzór powiatowym władzom administracji ogólnej do stosowania.

Podsekretarz Stanu

(Pieracki)

Zarządzenie Starosty

z dnia 1929 r.

o ograniczeniu obrotu artykułami żywności.

Na podstawie § 8 pkt. 10 i 12 pruskiej ustawy z dnia 28 sierpnia 1905 r. (Zb. u. p. str. 373) oraz wobec ustalenia w obrębie gminy (miejskiej, wiejskiej) choroby zakaźnej duru brzusznego zarządzam co następuje:

§ 1. Cukierki w handlu ulicznym (sprzedaż na ulicy, targach i rynkach, ze straganów, budek, koszu i t. p.) mogą być sprzedawane tylko w indywidualnym opakowaniu (zawinięte w papier, bibułkę, cynfolję).

§ 2. Inne wyroby cukiernicze, jak ciastka, pierniki, obwarzanki, chałwa i t. p. oraz pieczywo w handlu ulicznym powinny

być umieszczane bezwarunkowo pod szkłem (szafki, gablotki, klosze).

§ 3. Owoce, w szczególności wszelkie gatunki śliwek, oraz pokrajane kawony, melony i t. p. w handlu ulicznym powinny pozostawać pod przykryciem z czystej gazy muślinowej.

§ 4. Lody w handlu ulicznym powinny być sprzedawane w sposób, zabezpieczający przed zanieczyszczeniem.

§ 5. Winni naruszenia postanowień niniejszego zarządzenia podlegają w drodze administracyjnej karze grzywny do 1000 zł. lub aresztu do 3-ch miesięcy, albo obu tym karom łącznie, niezależnie od konfiskaty przedmiotów, wprowadzanych w obieg niezgodnie z przepisami niniejszego zarządzenia.

Konfiskata może być orzeczona samoistnie.

§ 6. Zarządzenie niniejsze obowiązuje od chwili ogłoszenia.
Starosta.

— Curiosum dotyczące prasy lekarskiej na Powszechnej Wystawie Krajowej w Poznaniu.

W pawilonie prasowym na Wystawie w Poznaniu był kącik, przeznaczony dla prasy lekarskiej. W tem miejscu na ścianie umieszczony był duży plakat z napisem: Wiedza lekarska. Stosunek ilości streszczeń artykułów naukowych z francuskiej prasy lekarskiej do prac oryginalnych: 837 streszczeń i 49 prac oryginalnych. Pod tym budującym napisem umieszczony był wykres w postaci koła, w którym wazki wycinek przedstawiał owe 49 prac naukowych, na które zdobyła się polska „Wiedza

lekarska” a reszta powierzchni koła przedstawiała ową przytłaczającą liczbę 837 streszczeń z prasy francuskiej.

Pod tym napisem leżał oprawiony egzemplarz „Biuletynu” Towarzystwa Walki z rakiem i takiż egzemplarz czasopisma „Czystość”. Sytuację ratowały poniekąd 2 grube tomy Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego, które same zawierają już kilkadziesiąt prac oryginalnych i kilka tysięcy streszczeń nietylko z prasy francuskiej.

Widać z tego, że nikt ze świata lekarskiego nie postarał się o to, żeby na wystawie przedstawiony był prawdziwy dorobek naukowy lekarski w Polsce, stąd wkradło się takie curiosum (bez podpisu), kompromitujące zawód lekarski.

— III. Zjazd lekarski w Krynicy, który się odbędzie w dniach 4, 5 i 6-tego stycznia 1930 r. w krótkim czasie ustalili dokładny program naukowy zjazdu i rozesłali zawiadomienia szerokim kołom lekarskim. Dotychczas zgłosili odczyty: Profesorowie: Franke (Lwów), Groer (Lwów), Jezierski (Poznań), Radziwiłłowicz (Wilno), Korczyński (Kraków), Docenci: Filiński (Warszawa), Klejn (Warszawa), Łabendziński (Poznań), Oszański (Kraków), Wierzuchowski (Warszawa), Sabatowski (Lwów). Doktorzy: Blassberg (Kraków), Braun (Kraków), Chwalibogowski (Lwów), Franio (Warszawa), Kmiotowicz junior (Lwów), Kucharski (Poznań), Rejchan (Kraków), Tochowicz (Kraków).

Dalsze zgłoszenia przyjmuje jeszcze do 1 października sekretarz generalny Dr. Witold Skórczewski.

TREŚĆ: J. TYPOGRAF. O upuście krwi. — J. LANDSBERGER. Badania nad układem siateczkowo-śródbłonkowym. B. KARBOWSKI. Obecny stan wiedzy o uleczalności raka krtani. — St. KRAMSZTYK. Współczesny stan organoterapii (Str. zbior. c. d.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — B. NOWAKOWSKI, H. RABINOWICZ i J. CZARKOWSKA. Ołowica zawodowa wśród drukarzy warszawskich. (Dok.) — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX. J. TYPOGRAF. Sur la saignée. — J. LANDSBERGER. Etudes sur le système réticuloendothelial. — B. KARBOWSKI. L'état contemporain de la science concernant la curabilité du cancer du larynx. — St. KRAMSZTYK. L'état contemporain de l'organothérapie (Rev. gén. suite). — B. NOWAKOWSKI, H. RABINOWICZ et J. CZARKOWSKA. Le saturnisme professionnel parmi les imprimeurs à Varsovie (fin.)

WARUNKI PRENUMERATY:

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

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O. 86-96.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

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

Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich, Warszawa, Zielna 47 Telefon 19-57.