

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

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

Rok IX

WARSZAWA, 19 MAJA 1932 R.

Nr. 20

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Najważniejsze choroby oczu wieku dziecięcego*).

(Co pedjatra z okulistyki wiedzieć powinien?).

Podał

Leon ENDELMAN (Warszawa).

Zamiarem moim jest podzielenie się w tym odczycie z kolegami pedjatrami spostrzeżeniami, jakie poczyniłem w ciągu długiego szeregu lat nad dzieckiem chorem na oczy. Kierują mną dwa względy: często zdarza się, że zwraca się do nas, okulistów, matka z dzieckiem, dotkniętem błahą chorobą oka, na którą opiekujący się stale dzieckiem pedjatra sam z pewnością znaleźć może środek leczniczy, o ile tylko przypomni sobie podstawowe wiadomości z okulistyki, nabyte podczas studjów, lub je nieco uzupełni w jakiejkolwiek przychodni dla chorych ocznych, z drugiej zaś strony może nie rzadziej bywa, że pedjatra zbyt późno kieruje dziecko do okulisty, kiedy choroba oka poczyniła już znaczne postępy. Oczywiście, że w obu tych przypadkach dzieje się krzywda: w pierwszym tylko materialna rodzicom, w drugim — dotkliwsza, bo dziecku samemu. Postaram się zarazem ten na niektórych przykładach poniżej udowodnić, tutaj pragnę tylko podkreślić rolę, jaką gra w poradniach dla niemowląt i w praktyce prywatnej pedjatra, opiekujący się dzieckiem od najpierwszych dni jego życia aż do lat kilku lub nawet kilkunastu. Zajmuje on stanowisko wyjątkowe, bo najczęściej on, a nie rodzice lub opiekunowie dziecka orzekają o konieczności wezwania specjalisty, tak, jak to dawniej było przywilejem t. z. lekarza domowego. Dlatego też ponosi on większą odpowiedzialność, aniżeli lekarz, opiekujący się stale zdrowiem osoby dorosłej, która wszak sama zdaje sobie sprawę z choroby jakiegoś specjalnego narządu, zwłaszcza zaś tak cennego, jakim jest niewątpliwie narząd wzroku.

Chcąc w pewnej mierze tej odpowiedzialności kolegów pedjatrów ulżyć, postaram się w moim wykładzie w krótkim zarysie odświeżyć ich wiadomości z okulistyki, zapoznać z nowymi zdobyczami w dziedzinie rozpoznawania i leczenia chorób ocznych, a co najważniejsza, wskazać im, kiedy i w jaki sposób sami sobie radzić winni, kiedy zaś chore dziecko kierować należy do okulisty.

Zacznę od ropotoku noworodków — choroby, która dotyka dziecka już na progu życia. Choroba ta, która przed laty była prawdziwym biczem Bożym na niemowlęta, przyprowadzając wiele z nich o zupełną utratę wzroku (w dawniejszych statystykach ociemniałych w wielu krajach ropotok noworodków figurował na pierwszym miejscu wśród przyczyn, które ślepotę wywołały), dziś dzięki wprost genialnemu odkryciu Credégo staje się cierpieniem coraz rzadszem, a właściwie zniknąć powinno zupełnie, o ileby wszystkie akuszerki, wiejskie zwłaszcza, stosowały zawsze i w sposób odpowiedni powyższy zabieg zapobiegawczy. Jak wiadomo, oryginalna metoda Credégo polega na wpuszczeniu do worka spojówkowego nie później, niż w pół godziny po porodzie, jednej kropli 2 proc. rozczyń azotanu srebra. Rozczyn ten zazwyczaj nie powoduje żadnego stanu zapalnego spojówki, co najwyżej lekkie jej zadrażnienie, które bez leczenia szybko mija. Jeśli zdarzają się bardziej długotrwałe stany zapalne, to najczęściej są one spowodowane okolicznością, że rozczyń lapisu, stosowany przez akuszerki lub nawet w zakładach porodowych, jest rzadko odnawiany, więc z czasem wietrzeje i staje się rozczyńcem nie 1 proc. lub 2 proc. lecz 5 proc., a nawet, jak miałem możność raz o tem się przekonać, prawie 10 proc. Dlatego też najlepiej używać octanu srebra, który utrzymuje się tylko w rozczyńcie nie wyżej 2 proc. Osobiście jestem przeciwnikiem wszelkiego rodzaju związków białkowych srebra, jak protargol, corgol i t. d., które mają zastępować azotan srebra, a to z tych względów, że działanie ich jest znacznie mniej pewne. Tu muszę zwrócić uwagę, że jak doświadczenie uczy, pedjatrzy chętnie przepisują

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Pedjatrzych dn. 2 marca 1932 r.

te preparaty dzieciom do dłuższego stosowania we wszelkiego rodzaju schorzeniach spojówki. Wszystkie one po długotrwałym zakraplaniu wywołują srebrzycę, czyli odkładanie się srebra metalicznego w spojówkach, które nabierają brzydkiego; brunatno-szarego zabarwienia, którego usunąć niepodobna. Dlatego też najlepiej będzie poniechać ich stosowania w praktyce, albowiem ich wartość bakterjobójcza jest problematyczna, wydzielinę zaś ropną w przypadkach, gdy jej jest niewiele, najlepiej zwalczać częstymi wypłukiwaniami worka spojówkowego płynami obojętnymi, jak roztwór kwasu borowego, boraksu lub nawet wody przekroplonej.

Osobiście u małych dzieci nie przepisuję również środków odkażających rtęciowych (sublimat, cyanek rtęci): w roztczynach, stosowanych w praktyce, nie mogą one działać odkażająco, natomiast mogą łatwo spowodować stan zapalny wrażliwej skóry dziecka. Najbardziej wskazane w zapaleniu spojówki są środki ściągające, jak np. dobrze nam wszystkim znany siarczan cynku w roztzynach $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}\%$, ałun w takimże stężeniu, tanina $1\frac{1}{2}$ — 1% , z nowszych środków, działających jednocześnie i odkażająco: rezorcyna 1% lub rivanol 1—2 *pro mille*, 4% *Yatrenum purum*, a z preparatów srebrnych 5% *Targesin*, nie dający tak łatwo srebrzycy. Większość tych środków wolę przepisywać dzieciom w postaci płukań czy wymywań oczu: trochę waty zwilża się dobrze lekarstwem, którym następnie wymywa się oko po rozszerzeniu szpary powiekowej jedną ręką, wyzyskując płyn z waty drugą. Czynię to dlatego, że doświadczenie poucza mnie, że, czy to matka, czy piastunka niewykwalifikowana, najczęściej nie daje sobie rady z zakraplaczem do lekarstw, przepisywanych w postaci kropeł ocznych; wszystkie zaś powyższe lekarstwa nie zawierają środków silnie działających, więc mogą być użyte w większej ilości, a przy każdym zabiegu w takiej postaci, jak to wyżej podaję, łączymy, prócz działania ściągającego czy odkażającego, jeszcze i mechaniczne oczyszczenie worka spojówkowego, co jest rzeczą nie do pogardzenia. Wszelkie zawiązywanie oka w sprawach zapalnych spojówki, połączonych z wydzieliną śluzową czy ropną, jest wysoce niewskazane. Wspominam o tem, gdyż wśród publiczności pokutuje jeszcze ten szkodliwy zwyczaj. Istnieje, prócz tego, nawet u matek inteligentnych pewnego rodzaju przesąd, że oko dziecka należy przemywać tylko w jednym określonym kierunku. Słyszę przynajmniej dość często skierowane do mnie zapytanie, czy oczko wymywać od noska do skroni, czy też odwrotnie. Oczywiście, może być tu różnica jedynie w razie ropienia z jednego tylko oka, które należy w tym przypadku zmywać od nosa do skroni, gdyż w kierunku przeciwnym można watą, zawierającą wydzielinę, poprzez siodełko nosa dotknąć się drugiego, zdrowego oka.

Chcąc jeszcze parę słów powiedzieć w sprawie leczenia chorób spojówki, które, z pewnemi wyjątkami, o których zaraz będzie mowa, może, zwłaszcza u noworodków i ośesków, prowadzić pedjatra, muszą jeszcze dotknąć sprawy tak częstego zalecania przez pedjatrów u dzieci t. z. żółtej maści, czyli maści, zawierającej żółty tlenek rtęci. Maść ta niewątpliwie ma oddawna zupełnie zasłużony rozgłos, gdyż np. w przypadkach czę-

stych nawrotów t. z. jęczmieni, czyli czyraczności brzegu powiekowego, lub w ropiejących albo wrzodziejących postaciach zapaleń tegoż brzegu, nie mówiąc o stosowaniu jej w żółtowych zapaleniach oczu, rzeczywiście działa znakomicie, lecz nie jest ona znów środkiem obojętnym, by ją stosować w każdym zaróżowieniu brzegów powiekowych (t. z. *blepharitis sicca* lub *erythematosus*), a tembardziej nie należy jej zalecać jedynie celem pokrycia powiek warstwą tłuszczu, aby zapobiec zlepieniu się powiek u dziecka po śnie w razie sączenia się zasychającej zwykle wydzieliny z oka. Tu wystarczy najzupełniej zwykła maść borna, 3 proc. noviformowa czy kseroformowa lub 1 proc. salicylowa.

Wróćmy raz jeszcze do ropotoku noworodków. Badania ostatnich lat kilkunastu pokazały, że prócz najczęściej spotykanej postaci ropotoku rzeżączkowego, więc wywołanego przez dwoinki *Neissera*, zdarzają się jeszcze przypadki, klinicznie zupełnie przypominające rzeżączkowe zapalenie spojówki, w których, badając wydzielinę z oka, nie znajdziemy dwoinek, lecz t. z. wtęty w komórkach nabłonkowych, odkryte przez *Prowazeka* i *Halberstaedtera* w r. 1907, a poczytywane początkowo przez samych odkrywców i wielu innych badaczy za drobnoustrój, powodujący jaglicę. Dopiero dalsze badania wykazały, że nie są one swoiste dla jaglicy, gdyż można je odnaleźć i w innych chorobach oczu, a nawet w narządach płciowych u mężczyzny i kobiety, skąd przedostają się do worka spojówkowego noworodka. Sprawa tych wtętów jest jeszcze aktualna w okulistyce, gdyż niektórzy autorzy, jak np. profesor wiedeński *Lindner*, wciąż bronią ich swoistości dla jaglicy.

Zapalenie spojówki, wywołane przez te „ciałka wtętowe”, ma przebieg znacznie łagodniejszy od wywołanego przez dwoinki tryprowe, a, co najważniejsza, nie daje powikłań ze strony rogówki, które jak nam wszystkim wiadomo, stanowią dopiero właściwe wielkie niebezpieczeństwo dla narządu wzroku. Jak wyżej zaznaczyłem, tego rodzaju ropotok jest rzeczą względnie rzadką, więc najlepiej każde zapalenie ropne spojówki noworodka, zwłaszcza jeśli pierwsze jego objawy wystąpiły już po upływie 48-iu, najdalej 72-ch godzin po porodzie, poczytywać za rzeżączkowe. Rzadko uciekać się trzeba do badania bakteriologicznego wydzieliny z worka spojówkowego (wystarczy rozmaz na szkiełku przedmiotowym, zabarwiony *G r a m e m*), gdyż ojciec dyskretnie zapytany o to, zawsze przyznaje się do rzeżączki świeżej lub przewlekłej. Wczesne rozpoznanie ropotoku spojówkowego rzeżączkowego u noworodka ma nader doniosłe znaczenie lecznicze, gdyż obecnie posiadamy w mleku, zastrzykniętem domięśniowo, środek, ważyć się to tak nazwać, cudotwórczy: jest ono środkiem, działającym poronnie w całym słowa tego znaczeniu, gdyż niekiedy już po jednorazowym zastosowaniu widzimy prawie że w naszych oczach ustępowanie ciężkich objawów klinicznych tej choroby. Stosujemy 1 cctm. mleka, najwyżej 2 cctm. do trzech zastrzyknięć, co drugi dzień, lub jeszcze lepiej, jak tego wymaga klinika oczna wiedeńska (*Pillat*), która głównie zasłużyła się we wprowadzeniu mleka do leczenia ropotoku, codziennie.

Leczenie ropotoku noworodków pozostawić

należy okuliście, gdyż prócz zastrzykiwań domięśniowych mleka wymaga ono jeszcze stosowania azotanu srebra i to w jaknajdokładniejszej postaci na odwiniete powieki, natomiast inne zapalenia spojówek, nie przebiegające tak burzliwie, mogą być, jak to zaznaczyłem, leczone przez pedjatrę, o ile nie wystąpi w ich przebiegu jakiegokolwiek powikłanie ze strony rogówki. Wszelkie owrzodzenia czy nacieki zapalne tej błony mogą być bardzo brzemienne w skutki, gdyż po nich pozostać mogą nie dające się później usunąć plamy rogówki, w stopniu większym lub mniejszym wzrok upośledzające, o ile wrzód rogówki, drążący w głąb tej błony, nie sprowadzi zupełnego jej przeżarcia, otwarcia komory przedniej oka, zakażenia oka całego, co grozi już zupełną utratą wzroku. Podkreślić tu muszę, że w szeregu przyczyn, wywołujących zupełne ociemnienie lub utratę jednego oka, jedno z przodujących miejsc zajmują właśnie plamy rogówki (ludowa nazwa „bielmo”), jako skutek przebytych w dzieciństwie, a nieleczonych zupełnie lub leczonych niedostatecznie i wadliwie zapaleń i wrzodów tej błony ocznej. Tyczy się to, poza zapaleniami żółzowemi, o których będzie jeszcze mowa, głównie stanów zapalnych spojówki i rogówki w przebiegu ostrych chorób zakaźnych wieku dziecięcego, jak odra, płońica, ospa.

Z chorób oczu noworodka wymienić jeszcze należy wcale nierzadko spotykane wrodzone zatkanie czopem nabłonkowym jednego lub obu przewodów nosowo-łzowych, co powoduje stałe łzawienie z oczu. Najczęściej pedjatra bierze to za stan zapalny spojówki, zaleca stosowanie w ciągu tygodni, a nawet, jak się przekonałem, miesięcy środków takich, jak krople cynkowe, a, co gorsza, takich, jak protargol (srebrzyca); zatkanie takie pręcej lub później rzeczywiście sprowadza w następstwie ropienie z woreczka łzowego z jednej, a stan zapalny z wydzieliną ropną samej spojówki z drugiej strony. Objawem rozpoznawczym jest w pierwszym okresie, kiedy u noworodka stwierdzamy tylko łzawienie, brak jakichkolwiek zmian w spojówce oka, w nieco zaś późniejszym a niekiedy już od pierwszej chwili, wydzielanie się ropy poprzez punkcik łzowy do wewnętrznego kąta oka gdy uciśniemy woreczek łzowy (leży on tuż obok wewnętrznego kąta w stronę nosa); wtedy mamy już do czynienia z ropnem zapaleniem woreczka. Leczymy te stany w sposób następujący: początkowo próbować należy przepchać czop w przewodzie łzowym, masując okolice woreczka w kierunku od góry ku dołowi; ja osobiście dodaję do tego jeszcze łaskotanie nosa drobnym zwilżonym w kwasie bornym knotkiem z waty, aby spowodować parokrotne kichnięcie dziecka, podczas którego zatykający czop może wyjść przez nos; o ile zaś zabiegi te w ciągu paru dni nie usuną łzawienia lub ropienia, należy przetrząć kanalik nosowo-łzowy zgłębnikiem, co, oczywiście, należy już do rękoczynów, wykonywanych przez okulistę. Zazwyczaj wystarcza jednokrotne zgłębnikowanie, i nigdy krzywdy dziecku ono zrobić nie może, choć ja osobiście mam pod tym względem jedno smutne doświadczenie.

Tyczy się ono noworodka, którym się opiekował kol. B u s s e l. Dziecko parotygodniowe cierpiało od urodzenia na łzawienie i ropienie z prawego oka. Kiedym pierwszy raz

dziecko u siebie widział, stwierdziłem: powieki górna i dolna zlekka obrzękłe, bardziej zaś okolica woreczka łzowego, podostry stan zapalny spojówki; przy ucisku na woreczek wydziela się sporo gęstej żółtawo-zielonej ropy; zwróciło moją uwagę, że obrzęk woreczka zajmuje wyraźnie większą przestrzeń, aniżeli zwykle to bywa, tak, jakby rozpoczynała się już ropowica sąsiedniej okolicy, lub też były już zajęte przednie komórki sitowe nosa. Dziecko wtedy nie gorączkowało, stan ogólny był dobry. Rozpoznawszy niewątpliwie ropne zapalenie woreczka i rozpoczynając się ropowicę, jako skutek długotrwałego ropienia w woreczku, przepuściłem cienki zgłębnik przez kanalik nosowo-łzowy, co mi się udało bez trudu i nadmiernego obrażenia tkanek, poczem wycisnąłem z woreczka sporą ilość ropnej zawartości. Następnego dnia oko przedstawiało się lepiej, wydzieliny ropnej prawie nie było, lecz ku wieczorowi dziecko zaczęło gorączkować. Gorączka następnego dnia wzmogła się już do 39 st., kol. B u s s e l zaś nie mógł w stanie ogólnym dziecka stwierdzić nic takiego, coby tę ciepłotę tłumaczyło. Kiedy następnego dnia gorączka się nie zmniejszała, pomimo, że stan oka był wcale zadawalający, i obrzęk miejscowy wyraźnie się cofał, przywołano rynologa, który orzekł, że najprawdopodobniej jest ropa w jamach obocznych nosa. Trzeciego lub czwartego dnia przy ciepłocie stale wzniesionej powyżej 39 st. zjawił się obrzęk w okolicy prawego stawu garstkowego, co już, rzecz oczywista, znamionowało zakażenie ogólne, i dziecko zmarło po upływie tygodnia przy objawach ropnicy.

Trudno, zdaniem mojem, w tym przypadku z całą stanowczością orzec, czy zgłębnikowanie było bezpośrednią przyczyną ropnicy, czy też jedynie czynnikiem, który tylko przyspieszył jej rozwinięcie się wobec istniejących już ognisk ropnych w jamach bocznych nosa, które pręcej lub później mogłyby zakażenie ogólne wywołać.

Cokolwiekby, przypadek powyższy jest zupełnie odosobniony i nie może być przeciwwskazaniem do zgłębnikowania przewodu nosowo-łzowego u noworodka, chyba, jak to miało tu miejsce mamy objawy zajęcia komórek sitowych, gdzie jest już wskazany duży zabieg chirurgiczny otwarcia komórek sitowych, a może i innych jam obocznych nosa.

A teraz przechodzimy do najczęstszego a jednocześnie nader ciekawego z punktu widzenia patologii ogólnej cierpienia oczu u dzieci, t. z. pryszczkowego zapalenia spojówki i rogówki, a właściwie zapalenia żółzowego, któremu chcemy poświęcić więcej miejsca i uwagi właśnie ze względu na to, że jest ono wykładnikiem ważkich odczynów biologicznych, zachodzących w ustroju dziecka.

Jeszcze nie tak dawno, a być może, jeszcze i obecnie, niektórzy okuliści (o pedjatrach głosu nie zabieram) uważali sprawy te w oku za przejaw skazy wysiękowej w spojówce i rogówce, stawiając je w jednym rzędzie ze zmianami wysiękowymi w skórze i śluzówkach, skąd utrzymująca się jeszcze gdzieś nazwa *kerato-conjunctivitis eczematosa*. Leczą, jak nam wiadomo, pojęcie wyprysku (*eczema*) u dermatologów w ciągu ostatnich lat kilkunastu uległo wprost przełomowym zmianom, i dziś poczytywać je możemy jedynie za nazwę znamionującą pewien wygląd powłok zewnętrznych, poza którym kryją się najrozmaitsze sprawy chorobowe. Toteż najlepiej dla nas, pedjatrów i okulistów, będzie, jeśli nazwę powyższą zupełnie zarzucimy, a miast jej używać będziemy nazwy: zapalenie oczu żółzowe, co poniżej udowodnić się postaram. Być może, że należy jeszcze utrzymać

trzecią nazwę: *kerato-conjunctivitis phlyctaenulosa*, bo *phlyctaena* (pryszczyk) jest objawem znamienym dla tej choroby, a nazwa ta utarła się w mianownictwie oddawna.

Od czasu ugruntowania się w nauce pojęcia skazy wysiękowej sam autor jej C z e r n y zaliczył zapalenie pryszczykowe oka do rzędu objawów tej skazy, co, między innymi, pociągnęło pewne pomieszanie pojęć, kiedy żoły zaczęto nazywać gruźlicą przy skazie wysiękowej. Obecnie te dwa stany (skaza wysiękowa i żoły) rozróżniamy najzupełniej. Najlepiej, zdaniem moim, rozwiązał to zagadnienie Rietschel, który powiada: „Żoły ujmować należy jako wyraz zupełnie swoistego stanu odporności lub jako odczyn alergiczny swoiście uczulonego ustroju dziecięcego; pomocnicza zaś hipoteza skazy wysiękowej jest nie tylko najzupełniej zbędna, ale nawet wręcz błędna.” Oczywiście, skaza wysiękowa może przyspieszyć lub ułatwić ujawnienie sprawy żółzowej w skórze, śluzówkach, spojówce i rogówce, gdyż, przy istnieniu wysokiego uczulenia na jady gruźlicze, gotowość tkanek do wysięków, jaką się odznacza skaza wysiękowa, może w znacznym stopniu sprzyjać powstawaniu swoistych zmian żółzowych.

Obok zmian w skórze, jakie spostrzegamy w skazie wysiękowej, postawić należy także zmiany pochodzenia łojotokowego z różnicą jedynie w wieku chorych i ich umiejscowieniu: skaza wysiękowa dotyka dzieci najmłodsze, a zmiany skórne umiejscawiają się przeważnie w okolicach otworów ciała i w miejscach przejścia nabłonka jednego rodzaju w drugi, łojotok zaś występuje w okresie pokwitania i dojrzałości zupełnej na twarzy, czole, podbródku, owłosionych częściach głowy i twarzy i, co w tej chwili głównie chciałbym podkreślić, na brzegach powiek (t. z. *blepharitis*), skąd wtórnie, a niekiedy i pierwotnie wciąga w sprawę chorobową spojówkę i, jeśli nie samą rogówkę, to jej rąbek. Skaza łojotokowa znacznie rzadziej, aniżeli wysiękowa, prowokuje wybuch sprawy swoistej żółzowej, co łatwo tłumaczy się innym stanem alergii ustroju.

Sprawa pochodzenia i istoty pryszczykowego zapalenia spojówki i rogówki od wielu lat zaciekała okulistów, którzy starali się ją rozwiązać przede wszystkim na drodze doświadczalnej. Wiadomo nam doskonale, że za pomocą wielokrotnego wprowadzenia dożylnego jakiegokolwiek antygeny wzbogacamy ustrój tak silnie w przeciwciała, że następuje w pewnej chwili nadczułość na ten swoisty antygen. Objawia się ten stan, między innymi, tem, że przy wprowadzeniu miejscowym, np. przez zastrzyknięcie pod lub nawet przez wtarcie w skórę tegoż antygeny możemy wywołać w tem miejscu silny stan zapalny, czyli t. z. odczyn anafilaktyczny. Z góry należało przewidywać, że tak wrażliwe błony, jak spojówka i rogówka będą bodaj najwrażliwszymi miejscami na tego rodzaju odczyn. Pod tym względem nader ciekawe są doświadczenia Riehma, który dowiódł, że u dostatecznie wysoko uodpornionych względem surowicy końskiej królików przez zakraplania niewielkich ilości tejże surowicy do worka spojówkowego można wywołać pryszczyki, nacieki, owrzodzenia, plamy i łuszczkę rogówki.

Rzecz jasna, że dla ustroju ludzkiego takim

antygenem jest prawie wyłącznie zakażenie gruźlicze, które na drodze wytwarzania jądów „przestrąja” ustrój cały, a przede wszystkim powłoki ciała i zewnętrzne błony oka. Wiemy teraz prawie z całkowitą pewnością, że żółzowe cierpienia u dzieci polegają nie na przerzutowym zakażeniu samymi prątkami, lecz na przemianie, jaka nastąpiła w całokształcie spraw odpornościowych ustroju pod wpływem ciał pochodnych od prątka gruźlicy, a która to przemiana najbardziej jaskrawo i, co najważniejsza, zupełnie swoiście występuje w spojówce i rogówce oka. Za tem niezaprzeczenie przemawiają bardzo liczne statystyki wielkich klinik okulistycznych, gdzie dzieci z żółzowymi cierpieniami oczu poddawano próbie Pirqueta i prześwietlaniu klatki piersiowej promieniami Roentgena. Odsetek dodatnich wyników próby P. waha się u rozmaitych autorów od 70 proc. do 100 proc. Jest to tem bardziej znamienne, że chodzi tu wszak o małe dzieci, które, jak wiadomo, dają rzadziej odczyn dodatni, aniżeli osoby dorosłe. Również i wyniki rentgenologicznego badania wykazywały zmiany, zwłaszcza w zakresie gruczołów wnekowych. Okulista belgijski Weekers stwierdził u wszystkich dzieci z wyraźnym cierpieniem pryszczykowym oczu czynną gruźlicę gruczołów wnekowych.

Lekarz szwajcarski Stalder w r. 1926 stwierdził u 100 u chorych na cierpienia żółzowe oczu zaledwie w 6 proc. zupełnie ujemne wyniki, w 94 proc. zaś zmiany we wnekach i mięszu płuc na rentgenogramach, a nierzadko i objawy fizyczne. W wieku od 1—10 lat przeważały zmiany we wnekach, w wieku późniejszym w szczytach, płatach i okolicy przepony brzusznej. Autor podkreśla, że dodatnie wyniki badania fizykalnego płuc, zwłaszcza u pacjentów młodszych, zawdzięcza dłuższej obserwacji klinicznej w szpitalach i uzdrowiskach dla dzieci. Zalicza on do spraw czynnych t. z. utajone zmiany w płucach i wnekach, które w przypadkach powikłań cierpieniami żółzowymi oczu właśnie świadczą o sprawie czynnej.

W zagadnieniu żółzowym jest jeszcze jedna strona interesująca: jaki wpływ mają przebyte w dzieciństwie żoły na dalszy przebieg zakażenia gruźliczego? Pod tym względem bardzo znamienne są dane katamnestyczne okulistów Igersheimera i Prinza z r. 1921. Zdaniem ich przebyte w dzieciństwie cierpienia żółzowe oczu, które dowodzą wysokiego uodpornienia ustroju względem prątków i ich jądów, przeważnie chronią przed schorzeniem gruźliczym narządów wewnętrznych lub conajmniej łagodzą przebieg późniejszej sprawy swoistej.

Moje doświadczenie, choć nie ujęte w żadne liczby, również przemawia za dobroczynnym, jeśli tak się wyrazić wolno, wpływem przebytych w dzieciństwie ciężkich zapaleń żółzowych oczu na dalszy los gruźlików. Z jednej strony spotykam po latach kilkunastu lub nawet kilkudziesięciu chorych, których we wczesnym dzieciństwie leczyłem z powodu ciężkich zapaleń pryszczykowych, cieszących się najlepszym zdrowiem; z drugiej zaś, badając chorych dorosłych, zgłaszających się np. dla dobrania szkielec, stwierdzam wcale nierzadko plamy rogówek o kształtach znamiennych

dla pryszczkowego, więc, żółzowego zapalenia tej błony, którzy ani wyglądem, ani stanem zdrowia w niczem nie zdradzają przebytego w dzieciństwie zakażenia gruźliczego.

Aczkolwiek w pierwszym i ostatnim rzędzie czynnikami przyczynowym żółzowych cierpień ocznych jest zakażenie gruźlicze, z tem jedynie omówieniem, że pryszczki czy to spojówki, czy rogówki nie jest wytworem bezpośrednim prątku gruźliczego, lecz odczynem alergicznym nadczułego skutkiem wczesnego zakażenia ustroju dziecięcego, mimo to jednak, musimy w niektórych bodźcach zzewnątrzpochodnych widzieć jeszcze pewien czynnik, wywołujący te choroby. Do takich bodźców należą: brud, brak światła i powietrza. Stąd częstość żółzów wśród warstw ludności najuboższej. Dzięki niezaprzeczeniu wielkim postępom, jakie poczyniła higiena i medycyna zapobiegawcza w latach ostatnich, liczba dzieci chorych na żółzy zmniejszyła się w bardzo znacznym stopniu, przypuszczam, bardziej wydatnie, niż liczba dorosłych gruźlików. Mam przed sobą statystykę porównawczą kliniki ocznej w Bernie, tyżącą się dzieci, zgłaszających się z powodu żółzowych chorób oczu, w latach 1906—1910 z jednej i 1926—1930 z drugiej strony. Wynika z niej, że częstość tych chorób w drugim pięcioleciu spadła bardzo wydatnie. I u nas pod tym względem dzieje się znacznie lepiej: kiedym przed przeszło trzydziestu laty rozpoczynał praktykę okulistyczną, przychodnie szpitalne dla chorób oczu były niekiedy wprost przepełnione matkami, niosącemi na rękach dzieci z twarzami, wciśniętymi w odzienie lub z oczyma owiązanymi brudnymi szmatami. Można było zdać już postawić rozpoznanie żółzowego zapalenia lub owrzodzenia rogówki dzięki objawowi światłowstrętu, jaki przedewszystkiem cechuje to cierpienie. Obecnie dzieci takich, w przychodniach spotykamy znacznie mniej, natomiast wszystkie ogrody i skwerki naszej stolicy roją się zimą i latem od wózków dziecięcych, w których najmniejsze już

dzieci godzinami spędzają czas na powietrzu i w słońcu.

Nie będę tu poruszał leczenia miejscowego żółzowych chorób oczu, bo ze względu na bardzo częste powikłania ze strony rogówki, w myśl tego, com wyżej powiedział, należy ono do okulisty. Lecz żaden z nas, choć najbieglejszy w lecznictwie ocznem, nie da sobie rady z takim dzieckiem, o ile nie uczycy mu swej pomocy pedjatra, bo wszak wynik ostateczny leczenia zależy całkowicie od zaleceń higienicznych i ogólnoleczniczych pedjatri. Chciałbym tylko zwrócić uwagę kolegów na parę drobnych, zdawałoby się, nic nie znaczących szczegółów, które mi w mojej praktyce dużo przysługi oddały: 1) włosy dziecka muszą być nieodwołalnie jaknajkrócej ostrzyżone, 2) pod żadnym pozorem nie pozwalać matkom na zawiązywanie choremu dziecku oczu, natomiast w razie dużego światłowstrętu małe dziecko zaopatrzyć w daszek tekturowy, nieco przysłaniający światło od góry i z boków, starszemu zaś dać przydymione szkła ochronne; zabronić matce trzymania dziecka na ręku z wtuloną główką lub kłaść je do łóżka, gdzie samo wciska głowę w poduszkę, 3) jeśli dziecko stale sięga własnymi rączkami do oczu, uszyć z tektury rodzaj rękawów, zawiesić je na sznurku poprzez szyję w okolicy stawów łokciowych, tak aby dziecku uniemożliwić zginanie rąk w łokciach i 4) najważniejszy, choć na pozór barbarzyński, ale za to prawie że niezawodny sposób na zwalczenie światłowstrętu, więc kurczowego przymknięcia powiek, co ogromnie utrudnia leczenie, — zanurzanie parę razy dziennie głowy dziecka twarzą ku dołowi w misce zimnej wody, przez co dziecko zachłystując się wodą, odruchowo otwiera oczy. Podałem powyższe uboczne sposoby lecznicze do wiadomości kolegów-pedjatrów, aby nam—okulistom byli pomocni w ich stosowaniu w domu chorego dziecka, przekonując matki, że one dziecku tylko na dobre wyjść mogą.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z pracowni własnej.

Podstawy biologiczne leczenia guzów złośliwych promieniami Roentgena metodą dawek masywnych, nieintensywnych, typu radowego *).

Podał

B. GRYNKRAUT (Warszawa).

Wieloletnie statystyki Döderleina, dotyczące leczenia promieniami raka szyi macicznej, Coutarda, dotyczące raka krtani, gardzieli i migdałków, Mieschera — raka skóry i wielu innych, dają wystarczającą rękojmię wyleczeń stałych, osiągniętych tym sposobem. Przeciwwstawienie promieni radu promieniom Roentgena jest o tyle słuszne, że stosowanie ich jest połączone z rozmaitymi warunkami technicznymi: rozporządzając stosunkowo małą ilością radu o słabej wy-

dajności, musimy naświetlać przez czas dłuższy, aniżeli promieniami Roentgena, których ilość jest tylko ograniczona siłą aparatu i wydajnością lampy roentgenowskiej, ta zaś jest wielokrotnie większa od preparatu radowego. Dla przykładu przypomnimy, że 50 mgm. rad. elementu na odległości 1 cm. filtrowanym na 2 mm. bronzu daje 1, 2 r. na 1 minutę (jednostek międzynarodowych), gdy naświetlanie promieniami R. przy 180 kv. 3 mA. na odległości 30 cm. daje również w ciągu 1 minuty aż 30 r. Przeszło 25-ciokrotnie większa wydajność aparatu rentgenowskiego pozwala też na szybsze osiągnięcie efektu biologicznego dawki pełnej, nieprzekraczalnej, dawki rumieniowej (Haut-Erythem-Dosis) w ciągu już 20 minut, gdyż efekt biologiczny maksymalny (*radioepidermitis* i *radioepithelitis*) powstaje przy naświetlaniu radowym dopiero przy dawce przeszło 2000 r., co wymaga długiego około 30-godzinnego czasu naświetlania. Warunki techniczne, spotykane przy zastosowaniu tych dwóch rodzajów energii, prom. R. i radu, wy-

*) Według odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu naukowym Tow. Rad. w Warszawie z dnia 11.XII. 1931 r.

wołują też inne efekty. Przy zwykłym naświetlaniu prom. R. dawki maksymalne są stosunkowo małe, najwyżej 600 r., ale zato ta mała ilość jest podana w bardzo krótkim czasie, co czyni z niej broń niezwykle intensywną. Naodwrot, naświetlanie radowe jest mało intensywne, ale zato masywne i wynosi przeszło 2000 r. Znaczna ilość energii, jaką można podać przy naświetlaniach typu radowego, zachęciła Coutarda do zastosowania tej metody też do naświetlań roentgenowskich. W tym celu zmniejszył wydajność lampy roentgenowskiej przez zastosowanie grubych filtrów miedzianych (2 do 3 mm.), oddalił antykateodę od powierzchni naświetlanej do 60 i nawet 100 cm., utrzymując jednak niezmiennie wysokie napięcie. Schwarz z Wiednia zmniejsza w tym samym celu liczbę miliamperów do $\frac{1}{2}$ mA. Tą lub też inną techniką osiąga się małą wydajność lampy roentgenowskiej, 125 r. na godzinę, czyli po 2 r. na minutę, naświetlając przeciętnie po 2 godziny na dobę, osiąga Coutard w ciągu 10 dni dawkę 2500 r. Poznaje się dawkę pełną na skórze przez plamiste zniszczenie naskórka, które następuje 26 dnia po naświetlaniu, ale tylko czasowo, gdyż 42 dnia skóra całkowicie się odradza wraz z włosami i gruczołami łojowymi: jest to *radio-epidermitis*. Podobne zjawisko zauważa się na nabłonku już 13 dnia, a 26 dnia następuje zupełna regeneracja śluzówki: jest to *radioepithelitis*. Coutard oblicza dawkę w jednostkach Holzknechta (J. H.). Według niego dawka ta wynosi dla odczynu na naskórku 50 J. H., gdy dla nabłonka wystarczy 35 J. H. Stworzywszy w ten sposób nową technikę przy naświetlaniach guzów złośliwych, musimy się zastanowić, czy w tych warunkach wynik naświetlania nie będzie upośledzony przez większą długość fali, jaką stosujemy przy naświetlaniach rentgenowskich, czyli innymi słowami, czy istnieje specyficzne działanie krótszych długości fal świetlnych. Przypominamy, że promienie Roentgena i gamma radu są natury wibracyjnej. Długość ich fali jest zmienna i wynosi dla prom. R. od 1 do 0,05 Å, gdy pewne promienie gamma radu mają długość, która może być mniejsza od 0,01 Å (Amströng). Właściwość przenikająca tych promieni jest tem większa, im krótsze są ich fale. Długi czas przyjmowano, że większa przenikliwość promieni radowych, ich krótsza fala ma działanie bardziej elektywne na komórki nowotworowe, niż promieni R. o fali dłuższej. Tak też w dalszym ciągu utrzymuje Coutard. Według tego poglądu należałoby dążyć do stosowania najwyższych napięć w rentgenoterapii nowotworów złośliwych, gdyż otrzymanie sztuczne bardzo krótkich promieni radowych wymaga milionowych napięć. Temu pogładowi przeciwstawia się drugi, według którego ważna jest nie długość fali, którą się naświetla, ale ilość energii zaabsorbowanej przez tkankę nowotworową. Opinia ta, podtrzymywana oddawna przez mego mistrza prof. Guilleminot z Paryża, jest w dalszym ciągu wyznawana przez Holtzusa, dla którego efekty jonizacyjne promieni

roentgenowskich są równoległe do efektów biologicznych, niezależnie od stopnia ich przenikliwości, czyli ich długości. Doświadczenia Ferroux i Regaud, przytoczone w ich komunikacie, przedstawionym na kongresie międzynarodowym radiologii w Paryżu w 1931 roku, wykazują, że sterylizację jądra królika otrzymuje się również dobrze przy pomocy promieni, filtrowanych na 8 mm. glinu lub też wcale niefiltrowanych przy stałym napięciu 180 kv. Fakt ten jest o tyle ciekawy, że przy grubszych filtrach otrzymuje się promienie głównie twardsze, o fali krótszej, gdy przy naświetlaniu promieniami niefiltrowanymi w mieszanice promieni, w ten sposób otrzymanych, przeważają promienie miękkie, czyli o fali dłuższej. W tem doświadczeniu przenikliwość promieni nie gra roli znacznej, i tylko ilość energii elektro-magnetycznej, zaabsorbowanej przez tkankę naświetlanego jądra, ma znaczenie. Wysoki woltaż jest więc wskazany w radioterapii guzów złośliwych, jako środek pomocniczy, który, wytwarzając w lampie roentgenowskiej fale odpowiednio krótkie, umożliwia ich przenikanie wgłąb tkanek naświetlanych, a czynnikiem, decydującym o wyniku naświetlania, jest ilość energii świetlnej zaabsorbowanej (prawo Grothusa). Przeciwstawianie więc wyników naświetlań roentgenowskich naświetlaniom promieniami gamma radu jest uzależnione nie od jakości promieni, wytwarzanych przez to lub inne źródło promieniotwórcze, ale od techniki samego naświetlania. Z różnych czynników, które tu wchodzi w grę najważniejszym okazuje się czas trwania aktu naświetlaniowego. Metodzie dawek pełnych, jednorazowych, krótkotrwałych, intensywnych przeciwstawia się metoda, uwzględniająca czynnik czasu, zbliżona pod wieloma względami do warunków naświetlań radowych. Znaczne uczulenie na światło roentgenowskie pewnych nowotworów w stosunku do tkanek otaczających, zdrowych umożliwia zastosowanie metody naświetlań intensywnych. Metoda ta nie znajduje natomiast słusznego zastosowania w tych licznych przypadkach, gdzie różnica pomiędzy stopniem uczulenia na światło tkanki zdrowej, otaczającej nowotwór, a nowotworem jest nieznaczna. W tych warunkach uczulenia ta sama dawka jest jednakowo niszcząca dla nowotworu, jak i dla tkanki zdrowej. Poszukiwanie warunków, w których możnaby było różniczkować tkanki na to samo promieniowanie, jest zadaniem, nadającym się do rozwiązania. Dzięki stosowaniu naświetlań, rozdrobionych w czasie, udało się stwierdzić różnorodność w zachowaniu się tkanki nowotworowej, łącznotkankowej i nabłonkowej wobec dawki drobionej, powtarzającej się wielokrotnie: otóż okazało się, że najlepiej kumuluje promienie komórka nowotworowa, mniej tkanka nabłonkowa, a najmniej tkanka łączna. Jest więc znaczna rozpiętość w światłoczułości tych tkanek.

(Dok nast.)

Z praktyki prywatnej

Przypadek mięsaka żołądka (*neurinoma sarcomatodes*).

Podał

Józef NUSBAUM (Warszawa).

Mięsaki żołądka należą naogół do rzadkości. Donath stwierdził na 6000, a Tilger na 3000 autopsyj zaledwie w 1-yim przypadku mięsak żołądka. Hosch na 13387 sekcji znalazł 6 pierwotnych mięsaków żołądka. Stosunek procentowy mięsaków i raków żołądka waha się u rozmaitych autorów. Naogół stanowią one 1,5 — 1,9% w stosunku do raków żołądkowych. Jednakże, jak twierdzą niektórzy (Fenwilde) — zdarzają się one częściej, gdyż znaczna ich liczba jakoby nawet na sekcji zostaje rozpoznana jako rak, o ile się nie robi badania drobnowidzowego (Noire i Agasse-La Font).

Rozróżnia się mięsaki pierwotne i wtórne; te ostatnie, wyłączwszy t. zw. *lymphosarcomata*, należą do niezwykłych rzadkości.

Punkt wyjścia dla mięsaków pierwotnych stanowi podsurowicówka (*subserosa*), mięśniówka bądź podśluzówka — podczas gdy śluzówka zazwyczaj pozostaje nietknięta; ulega ona uszkodzeniu dopiero w miarę rozrostu nowotworu i przedostawania się do wewnątrz.

Zależnie od stosunku nowotworu do ściany żołądkowej można, wg. Konietznego, rozróżnić 3 rodzaje mięsaków:

1. mięsaki zewnątrz-żołądkowe (exogastryczne)
2. „ wewnątrz-żołądkowe uszypułowane (endogastryczne) i wreszcie
3. „ śródścienne.

Mięsaki zewnątrzżołądkowe tworzą zazwyczaj ze wszystkich stron dobrze ograniczone guzy, które siedzą bądź na cienkiej szypule, bądź też posiadają szeroką podstawę, a dochodzić mogą do bardzo dużych rozmiarów.

Wśród nich rozróżnia Konietzny:

- a) uszypułowane, twarde mięsaki żoł. (*fibrosarcomata*)
- b) „ miękkie „
- c) guzy miękkie o szerokiej podstawie.

Śluzówka może być zupełnie nieuszkodzona, to też często podczas operacji nie trzeba nawet żołądka otwierać.

Niekiedy szypuły tych guzów oraz umiejscowienie na krzywiznie dużej, jak to bywa w większości przypadków, powodują, że przy obmacywaniu mięsaki sprawiają wrażenie guzów w brzuchu, nic wspólnego z żołądkiem nie mających (guzy sieci, jajnika i t. d.).

Mięsaki zewnątrzżołądkowe o szerokiej podstawie częściej przedzierają się do światła żołądka i powodują krwotoki śluzówkowe oraz owrzodzenia.

Mięsaki wewnątrzżołądkowe są rzadko uszypułowane, wrzodzieją częściej, mimo iż posiadają, w odróżnieniu od raka, powierzchnię gładką.

Specjalną postać mięsaków żołądkowych stanowią t. zw. *lymphosarcomata*, wyróżniające się produkcją znacznej ilości mas nowotworowych, które osiągnąć mogą grubość 6 cm., zamieniając żołądek w sztywną rurę i rozrastając się *per continuitatem* z jednej strony poza odźwiernik do dwunastnicy, z drugiej zaś strony do przełyku.

Niekiedy stwierdzić możemy objaw Kundrata, polegający na przeroście tkanki adenoidalnej u podstawy języka i migdałków. Objaw ten jednak niezawsze występuje na początku choroby. Twierdzenie, iż śledziona w mięsakach jest często powiększona, — zdaje się — powinno się odnosić do tego właśnie rodzaju mięsaków. Co do natury tego guza — istnieją sprzeczne zdania. Orth proponuje dla nich nazwę „aleukemiczne limfomatozy“, którą zresztą popiera Konietzny. Co do wieku, to według H. Schlesingera — *lymphosarcomata* występują najczęściej w 2-gim i 3-cim dziesiątku lat, podczas gdy wszystkie inne mięsaki w wieku nieco późniejszym (40—50 lat).

Klinicznie mięsaki na początku choroby mogą nie dawać żadnych objawów, co, niestety, często staje się powodem spóźnionego rozpoznania.

Naogół objawy subiektywne w zupełności podobne są do tych, jakie stwierdzamy w rakach żołądka, a więc na początku mamy na pierwszym planie objawy dyspeptyczne, dopiero później przyłączają się bóle i wymioty, te ostatnie niekiedy o wyglądzie fusów kawowych — utrata apetytu, wstręt do mięsa i wreszcie wyniszczenie. Niedokrewność i charłactwo mogą, podobnie jak w rakach żołądka, wystąpić dopiero późno. Mięsaki mają jakoby mniejszą skłonność do usadawiania się w otworach (odźwiernik i wpust) niż raki, owszem odźwiernik naskutek nacieczenia może być otwarty, jednak — jak wiadomo — to samo zdarza się i w rakach.

W razie umiejscowienia się guza w odźwierniku występują zazwyczaj objawy zwężenia, w limfosarkomatach może wystąpić rozszerzenie żołądka bez zwężenia.

W treści żołądkowej obserwujemy niekiedy brak kwasu solnego, a w razie zalegań — stwierdzić można również i kwas mlekowy. Jednakże, jak to wykazały badania Heisego i Geymüllera oraz Konietznego, i jak to również potwierdza wynik badania treści w moim, niżej przytoczonym przypadku — zawartość HCl może być normalna, a próby na kwas mlekowy dawać mogą wynik ujemny.

Boas cytuje 20 przypadków, w tych 7 — z normalną kwasotą i 6 z bezsocznością i kwasem mlekowym. W przypadku, opisanym przez Al. Czerwińskiego, stwierdzano nadkwaśność.

Wymioty krwawe występują w mięsakach rzadziej, niż w rakach żołądka. Jednakże na 6 przypadków obserwował Konietzny w 3-ch typowe wymioty o wyglądzie fusów. Również krwawienia utajone stwierdza się tu rzadziej, niż w rakach, a to dlatego, iż owrzodzenia występują tu tylko w pewnych postaciach mięsaków. Zato częściej obserwował w takich razach Schlesinger obfite biegunki. Czasami towarzyszy mięsakowi żołądka nagromadzenie się płynu w jamie otrzewny, spowodowane zapaleniem otrzewny (*peritonitis sarcomatosa*).

Również na podstawie badań rentgenowskich jest rzeczą bardzo trudną odróżnić rak żołądka od mięsaka. Sądzone bowiem, iż sposób rozrostu mięsaków raczej rozszerzy światło w przeciwieństwie do raków, które mają skłonność do zmian mar-

skościowych (*cirrhosis*). Postawienie rozpoznania jest możliwe wówczas, gdy mamy do czynienia z uszypułowanym mięsakiem pozażółdkowym (exogastrycznym). Ścisłe rozpoznanie jest możliwe wówczas, gdy zostaną zwięmiotowane cząstki nowotworu. O takim przypadku wspomina Riegel; w wymiotach krwawych znaleziono duży kawałek nowotworu. Jako moment różniczkowy podnoszą liczni autorzy występowanie przerzutów mięsaka w skórze. Fleiner mógł dzięki licznym mięsakom skórnym przy macalnym guzie żółdka rozpoznać mięsaka żółdka. Podobne przypadki opisują Dreyer, Leube, Strauss. Pewne znaczenie posiada obrzmienie śledziony, które Schlesinger stwierdzał we wszystkich swoich przypadkach, podczas gdy, jak wiadomo, objaw ten stanowi niezwykle rzadkość w rakach. Jednakże Staehelin i Albu nie przypisują temu objawowi żadnego znaczenia rozpoznawczego. Wydaje się, że obrzmienie śledziony występuje — jak to podaliśmy wyżej — szczególnie często w limfosarkomatach.

Rokowanie w mięsakach żółdka powinno być naogół nieco pomyślniejsze, niż w rakach — zwłaszcza, jeżeli pamiętać o guzach uszypułowanych i zewnątrzżółdkowych; tutaj możliwość radykalnego zabiegu jest większa.

Reasumując powyższe, stwierdzić trzeba, że odróżnienie mięsaka żółdka od raka w większości przypadków jest niemożliwe; każdy objaw raka wystąpić może i w mięsakach, a więc krwotok, przerzuty, zwężenie ujść, bezsoczność i t.p.

W niżej przytoczonym przezemnie przypadku mieliśmy właśnie do czynienia z bardzo niejasnym obrazem chorobowym, nie było objawów charakterystycznych nawet dla raka. Temniemniej pozostają jeszcze poza regionarnymi i rozsiazanymi aleukemicznymi limfomatozami poszczególne przypadki, w których możliwe jest rozpoznanie mięsaka za życia bądź z pewnością, bądź z pewnem prawdopodobieństwem.

Przypadek mój dotyczy kobiety lat 22, zamieszkałej w Lipsku, zamężnej od lat 3-ch, trudniącej się gospodarstwem domowym.

Chora zgłosiła się do mnie w marcu r. b., skarżąc się na bardzo znaczne osłabienie i łatwe męczenie się już po najmniejszym wysiłku. W styczniu r. b. zauważyła w dołku wypuklający się twór o konsystencji dość twardej, początkowo wielkości małego jaja, później coraz większy. Dopiero przy dokładnym i kilkakrotnym wypytywaniu udało mi się dowiedzieć, iż chora od lat 3-ch miewała raz na miesiąc lub nawet rzadziej nieznaczne bóle w dołku podsercowym, występujące niezależnie od jedzenia. Bóle te miały charakter ściskający, trwały zaledwie kilka minut i same ustępowały bez stosowania jakichkolwiek środków. O bólach tych chora sama nie wspominała, nie sprawiała jej bowiem większych dolegliwości, to też o nich nawet nie pamiętała. Odbijania miewała rzadko i to puste. Odbijań kwaśnych, gorzkich, bądź też o jakimś przykrym zapachu nie miewała. Nigdy przedtem nie wymiotowała. Mniej więcej w 2—3 tygodnie po zwróceniu uwagi na ów wypuklający się guz chora poczuła nagle w nocy ból o charakterze ściskającym, zlokalizowane w dołku i promieniujące do góry, do klatki piersiowej. Trwały one około kwadransa i również nagle ustąpiły. Zwymiotowała przy tem po raz pierwszy i jedyny około 1/2 szklanki treści żółto-zielonej o smaku gorzkim. Krwi w wymiocinach nie było. Odtąd bólów nigdy, nawet najmniejszych, nie odczuwa. Palenia nie miewa. Od czasu do czasu — nudności. Chora nie znosi jedynie pokarmów

kwaśnych. Potrawy słodkie, mleczne, smażone i pieczone znosi bardzo dobrze. Charakterystyczne, iż chora zjada codziennie na obiad befsztyk z cebulką, a potem nie odczuwa najmniejszych dolegliwości, przeciwnie, czuje się nieco silniejszą. Wstrętu do mięsa nie miewa. Apetyt bardzo dobry. Stolec zaparte, przeciętnie 2 razy na tydzień. Moczu oddaje prawidłowo. Nie kaszle, nie pluje. Dolegliwości sercowych nie odczuwa. Bardzo łatwo się męczy. Ostatnio schudła. Narzeka na bardzo znaczne osłabienie. Rodziła 1 raz, dziecko zdrowe; nie roniła. Żadnych chorób przedtem nie przechodziła. Ojciec chorej umarł z powodu raka żółdka.

Stano b e c n y. Chora budowy prawidłowej, odżywiania miernego; uderzała bladeść powłok skórnych znacznego stopnia z odcieniem żółtawym. Słuszówki również bardzo blade. Chora z powodu osłabienia ledwo chodziła, przytrzymując się stojących sprzętów.

G r u c z o ł y c h ł o n n e szyjowe, nad- i podobojczykowe i łokciowe niemacalne. Macalne jedynie w obu pachwinach.

J ę z y k pokryty szarym nalotem, wilgotny.

W p ł u c a c h — poza zmianami induracyjnymi w szczytce prawym — zmian nie stwierdziłem.

S e r c e — o granicach normalnych, tony czyste. Tętno 100, miarowe, miernie napięte i wypełnione. Ciśnienie krwi 115/75 (aparatem Recklinghausena).

B r z u c h lekko wklęsły, miękki. W nadbrzuszu na lewo od linii środkowej wyczuwalny guz wielkości orzecha włoskiego, ruchomy; podobny guz, mniejszy, napravo od linii środkowej. Obydwa guzy przy obmacywaniu bolesne.

W ą t r o b a macalna tuż pod łukiem, niebolesna na ucisk.

Ś l e d z i o n a niemacalna i wypukowo niepowiększona.

Punkt M. - Burneya niebolesny. Objaw **G o l d f l a m a** ujemny. Chora skierowana została do Warszawy przez lekarza prowincjonalnego, który rozpoznawał raka żółdka, jak to powiedział mężowi chorej.

B a d a n i e t r e ś c i ż o ł ą d k o w e j, dokonane już przedtem, wykazało wolnego kwasu 20, ogólnej kwasoty 36.

Próba na krew wypadła ujemnie.

Rentgenolog rozpoznawał — raka części przyodźwiernikowej i środkowej żółdka, wychodzącego z krzywizny małej.

Reasumując powyższe, widzimy, że chora lat 22, z guzem w nadbrzuszu od 3 czy 4-ch miesięcy, jest blada i bardzo osłabiona. Rozpoznano u niej raka żółdka.

Ze względu jednak na bardzo dobre łaknienie, brak krwi w treści żółdkowej i w kale (co, jak wiadomo, bywa tylko w *scirrhus ventriculi*, który w danym przypadku można było wyłączyć), oraz ze względu na to, iż przedstawione mi zdjęcie rentgenowskie wykonane było tylko w jednej pozycji — zwątpiłem o powyższem rozpoznaniu i zaleciłem powtórzenie i wykonanie szeregu badań pomocniczych.

B a d a n i e t r e ś c i ż o ł ą d k o w e j:

Naczczo wydobyłem 4 cm.³ jasnego płynu, bez makroskopowych resztek pokarmowych, o zapachu kwaśnym. **M i k r o s k o p o w o:** po kilkanaście leukocytów w polu widzenia, liczne komórki nabłonka płaskiego, śluz i pojedyncze ziarna skrobi.

Po śniadaniu mlecznem — wydobyto 80 cm.³ żółtej treści o zapachu mocno kwaśnym. **L — 40, A — 62.**

Próba benzydynowa wypadła zarówno w treści naczczo, jak i po śniadaniu — słabo dodatnio.

W m o c z u — zmian nie stwierdzono.

O d c z y n W a s s e r m a n n a — ujemny.

B a d a n i e k r w i — Er. 3.500.000. Leukocytów — 9.200, Hg. — 60%.

E o z. — 1, Neutr. — 69, Limf. 26, Monoc. 4.

Badanie ginekologiczne zmian nie wykryło.

B a d a n i e r e n t g e n o w s k i e metodą **B e r g a**,

wykonane przez D-ra K r y ś k i e g o, wykazało uchyłek na krzywiźnie małej, co wskazywało na obecność owrzodzenia.

Jak widać, powyższe badania nie doprowadziły do postawienia ścisłego rozpoznania, t. zn. ustalenia, skąd pochodzi ów guz i jakiego jest charakteru.

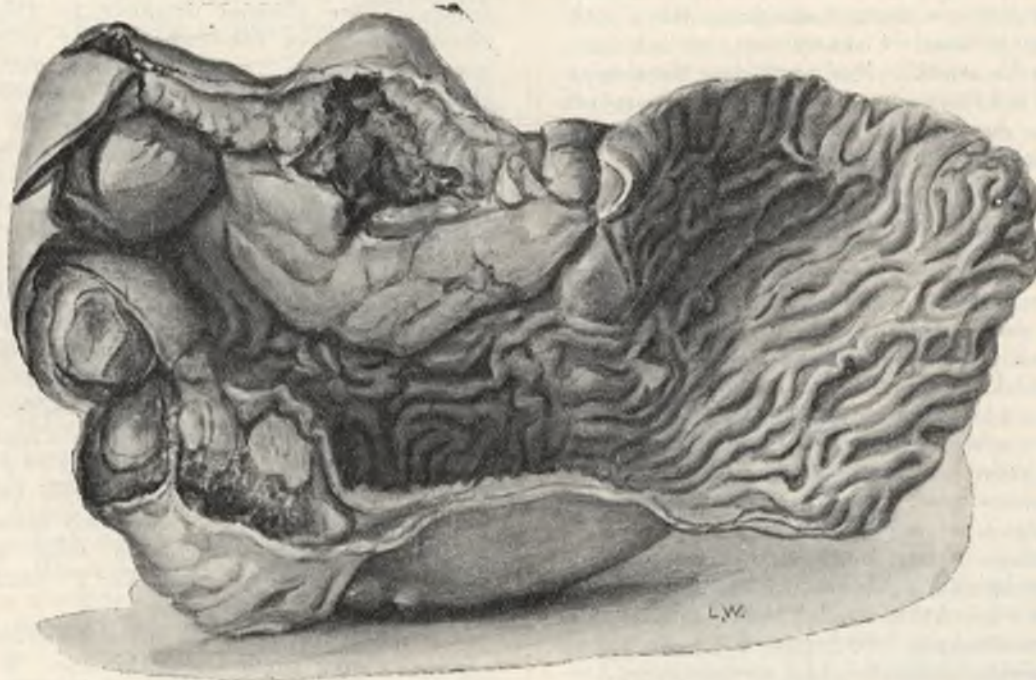
Ze względu na rozpoczynające się charłactwo chorej — nie mogłem wyłączyć sprawy złośliwej, bądź obecności wrzodu i chorą skierowałem do chirurga — D-ra N i e w i a d o m s k i e g o w celu wykonania próbnej laparatomji.

Przy operacji, którą wykonał Dr. Fr. N i e w i a d o m s k i w Szpitalu Przem. Pańskiego na oddziale D-ra B u t k i e w i c z a, spotkała nas wielka niespodzianka, — stwierdzono bowiem cały szereg małych guzków, leżących pod surowicówką i dających się wyluskać, a pozatem kilka większych guzów, wrastających wgłąb, z których jeden miał tendencję do przedziurawienia, co tłumaczyło wynik badania rentgenowskiego. Wykonano rozległą rezekcję — niestety, chora na 3-ci dzień po zabiegu zmarła.

Rys. 1



Rys. 2



Badanie mikroskopowe guzów (Dr. Dą b r o w s k a):

Utkanie guzów składa się z komórek bądź okrągłych o jasnym jądrze, bądź wydłużonych o jądrze wrzecionowatym, bądź dużych, wielobocznych, o jądrze ciemnym, oraz z cienkich włókienek, barwiących się metodą Van G i e s o n a na żółto.

W niektórych miejscach komórki układają się palisadowato i promieniście dookoła sieci z cienkich włókienek, gdzieś natomiast tworzą z włókienkami wiry.

Tkanka nowotworowa nacieka głęboko ścianę żołądka, przerastając mięśnie, rozrasta się nazewnątrz i do światła żołądka w postaci guzów, ulegających rozpadowi.

W gruczołach limfatycznych okołożołądkowych stwierdza się przerzuty nowotworowe o utkaniu guzów macierzystych.

Bardziej udoskonalona w ostatnich czasach technika badania pozwoliła rozpoznać w danym przypadku guz pochodzenia nerwowego (*neurinoma sarcomatodes*).

PIŚMIENICTWO.

Donath. Virch. Arch. 195. 1909. S. 341. Tilger. Virch. Arch. 133. 1893. Konetzny. Erg. d. Chir. u. Orthop. 14. 1921. Hesse i Geymüller. D. Zeitschr. f. Chir. 140. 1917. Str. 364. Kraus-Brugsch. Spez. Path. u. Ther. 1931. Str. 912. Czerniewski. Gastrologja Nr. 1. T. I. Schusterówna. P. G. Lek. 1922. Str. 36. Renck. P. G. Lek. 1922. Str. 208. Finsterer. Wien. klin. Woch. 1922. Str. 426. Kolbe. Kl. W. 1922. Nr. 42. W. D a h s. Bruns Beitr. 138. H. 4.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi.

Podał.

Dr. M. PŁONSKI (Warszawa),

Prosektor Szpitala Starozakonnych na Czystem.

Badania nad nowotworami złośliwymi stanowią bez wątpienia jedną z najciekawszych kart w historii rozwoju nauk biologicznych; zataczają one coraz szersze kręgi i z różnych stron rzucają niespodziewane nieraz snopy światła na ciemną dziedzinę. Brak im może jednolitości, — lecz ciągle przynoszą coś nowego.

Samoistne nowotwory u zwierząt budzą coraz większe zainteresowanie. Dotychczas zajmowano się przeważnie zwierzętami laboratoryjnymi, jak myszy, szczury, króliki, i ich nowotworami. Z nowotworów kur znany jest dobrze mięsak *Rousa*, który daje się przeszczepiać bez materiału komórkowego; okazuje się, że u kur występują i inne nowotwory, i że w materiale sekcyjnym stanowią one przeszło 4% przypadków. E. M. Alk sprostregal u kur mięsaki jajnika, jajowodów, nerek, wątroby; mięsaki limfatyczne jelit i oczodołów; śródbłonki sieci. Ciekawe jest, że raki sprostregal autor bardzo rzadko. Pod wzgledem histologicznym przeważaly śród mięsaków nowotwory z komórek różnokształtnych; guzy dawały przerzuty bardzo często; często sprostregano rozsianie guzów na otrzewnie.

Hubert A. B. e. l. s. opracował na dużym materiale nowotwory ptaków z szczególnem uwzględnieniem nowotworów skóry. Na nowotwory chorują również i gęsi, gołębie, kukułki, papugi, jastrzębie, jaskółki i kanarki. Stosunki procentowe nowotworów u tych ptaków są trudne do ujęcia, ponieważ zachodzą duże różnice w liczbie sprostreganych przypadków. Śród nowotworów występowały włókniaki, kostniaki, chrzęstniaki, — najczęściej mięsaki; z nowotworów nabłonkowych gruczolaki, brodawczaki i raki. Te ostatnie sprostregano często na nieopierzonej skórze, szczególnie na śródstopiu. Przy powstawaniu nowotworów u ptaków mają grać rolę te same czynniki, co u człowieka: zaburzenia rozwojowe i stany przewlekłego podrażnienia tkanek; te ostatnie szczególnie często bywają wywoływane przez pasorzyty.

T. A. K. a. h. a. s. h. i, który zbadał 10000 ryb, stwierdził śród nich nowotwory w 146 przypadkach, — z tego 34 nowotwory części miękkich i 112 nowotworów kości. Śród pierwszych sprostregal włókniaki, tłuszczaki, nowotwory układu nerwowego, nowotwory mieszane i nowotwory barwnikowe skóry o budowie swoistej, niepodobne do ludzkich; raki i mięsaki sprostregal bardzo rzadko. W 4 przypadkach znaleziono przerzuty; nawet bardzo złośliwe nowotwory nie wywołują charłactwa. Przeszczepianie nowotworów na zdrowe ryby nigdy się nie udawało. W niektórych przypadkach stwierdzano obecność pasorzytów; autor przypisuje im działanie drażniące. Bardzo częste występowanie guzów kostnych na wyrostkach kolczastych kręgów łędźwiowych wiąże autor z czynnikami mechanicznymi, gdyż miejsca te u ryb są często narażone na urazy i złamania. Widzimy więc, że nowotwory są zjawiskiem ogólnem w świecie zwierzę-

cym, że u ludzi i u zwierząt występują zbliżone typy nowotworów, i że czynniki, sprzyjające ich powstawaniu, mogą być podobne.

Śród czynników, sprzyjających powstawaniu raków ludzkich, na pierwszym miejscu postawić należy ciała chemiczne, a śród nich smołę i anilinę. Robotnicy, pracujący w fabrykach przetworów smołowych i anilinowych, są stale zagrożeni skutkami stykania się z substancjami drażniącymi i oddychania powietrzem, przesyconem temi substancjami. Słuszne są wysiłki, zmierzające do zmniejszenia tego niebezpieczeństwa, np. przez modyfikację techniki wytwarzania danych przetworów (patrz mój artykuł w *Czas. Lek.* 1931, Nr. 4, 5, 6). Si e b e n podkreśla słusznie, że działanie smoły i aniliny i ich części składowych nie przerywa się w chwili opuszczania przez robotników miejsca pracy: ubrania robotników są nasycone temi produktami, i dzięki temu nawet w domu trwa ich działanie. Uwaga bardzo słuszna, gdyż stałe drażnienie tkanek najmniejszymi choćby ilościami smoły lub aniliny jest bardziej niebezpieczne, aniżeli działanie przerywane większymi dawkami. Należałoby więc dbać o to, ażeby robotnicy codziennie w fabryce zmieniali swe ubrania domowe na fabryczne, i żeby ubrania domowe robotników były przechowywane w pomieszczeniach, zupełnie pozbawionych składników chemicznych przetworów danej fabryki. Poruszona tu sprawa jest dość ważna, dawno bowiem stwierdzono, że działanie smoły na organizm zwierzęcy ma charakter nie tylko lokalny, lecz i ogólny, że powoduje ono ogólną gotowość organizmu od wytwarzania raka w różnych miejscach.

Fischer-Wasels i Büngeler wykazali powyższe działanie smoły na organizm jeszcze w 1929 roku. Pendzlowali oni skórę myszy w różnych miejscach, tak, ażeby nie wywołać nigdzie odczynu miejscowego: kiedy po dłuższym czasie pendzlowania wywoływano u myszy oparzenia skóry, to w bliznach po oparzeniach powstawały raki. Ciekawe spostrzeżenie w tym kierunku podają Oberling i Raile-na u: królikowi w zupełnie innym celu wstrzyknięto do tchawicy smołę, — po dwóch miesiącach u tegoż królika powstał nowotwór na uchu, w tem miejscu, gdzie była przypięta blaszka z numerem kolejnym królika.

Działanie smoły na różne zwierzęta bywa różnorodne i nieraz zgoła nieoczekiwane. W Amsterdamie, w instytucie imienia „Antoni van Leeuwenhoekius” u myszy, której wstrzyknięto do tchawicy zawieszinę smoły z gumą arabską, stwierdzono guz w klatce piersiowej, a we krwi znacznie zwiększoną liczbę białych ciałek. Zawiesina z guza lub krew tej myszy, wstrzyknięta zdrowym myszom, wywoływała podobne zmiany.

Korteweg opisuje je jako „*Leucosarcomatosis*”, przyczem nadmienia, że u myszy zakażonych zjawiają się również typowe zmiany w wątrobie, śledzionie, szpiku, gruczolach limfatycznych. Zmiany te mogłyby się wydawać przypadkowo związane z wstrzyknięciem smoły. Jednakże i inni autorzy sprostregali zjawiska nieco podobne. Mercier podaje, że u myszy, którym wstrzykiwał smołę do jamy

otrzewnowej, występowały guzy — „*Lymphomata*“, nieraz o charakterze złośliwym. Helge J. C. L u n d wstrzykiwał smolę myszom do wypreparowanych gruczołów limfatycznych pachwinowych: u jednej myszy po 6 miesiącach powstał w miejscu wstrzyknięcia guz pochodzenia śródbłonkowego; można go było przeszczepić na inne myszy, przyczem u tych ostatnich jednocześnie spostrzegano powiększenie gruczołów limfatycznych i nacieki z okrągłych komórek w płucach, wątrobie i w nerkach. Należy podkreślić, że u myszy spostrzegano niejednokrotnie samoistne zmiany w układzie limfatycznym: Maud S l y e, która opiera się na największym materiale z myszy, podaje, że na 15,000 sekcji myszy stwierdziła 28 razy białaczkę limfatyczną, 51 — „*Lymphosarcomatosis*“, 5 — „*Leucosarcomatosis*“.

Bardzo ciekawym przyczynkiem do zagadnienia zmian układu limfatycznego u myszy, występujących pod wpływem czynników drażniących, jest praca K r e b s a, N i e l s e n a i A g e W a g n e r. Stwierdzili oni, że naświetlanie myszy promieniami R o e n t g e n a powoduje powstawanie zmian o charakterze „*Lymphadenosis*“, „*Lymphosarcomatosis*“ lub „*Leucosarcomatosis*“. Guzy powstawały często w okolicy grasicy i składały się z komórek podobnych do limfocytów i limfoblastów z bardzo licznymi figurami podziału; ogniska z podobnych komórek spostrzegano prawie we wszystkich narządach, najczęściej w płucach, sercu, śledzionie, gruczołach limfatycznych, w żołądku, jelitach, nerkach, a szczególnie często i obficie w wątrobie i dookoła miedniczek nerkowych. Liczba limfocytów w obrazie krwi wzrastała do 80%. Chorobę tę udawało się przenosić na zdrowe myszy.

Tak więc do czynników, wywołujących u niektórych zwierząt sprawy nowotworowe, przybywa jeszcze jeden czynnik — promienie R o e n t g e n a. Raki rentgenowskie zawodowe u ludzi są już dawno znane; jednakże w tych przypadkach czynnik drażniący działa zwykle przez czas dłuższy. W podanych doświadczeniach natomiast wystarczyło naświetlanie jednorazowe, względnie kilka naświetlań (przy dawce — $\frac{4}{5}$ dawki ludzkiej rumieniowej z 5 mm. filtrem alumin.). W poszczególnych przypadkach i u ludzi występowały nowotwory po bardzo słabych dawkach (lecniczych). Ciekawe spostrzeżenia w tym kierunku podaje Simone L a b o r d e. U kobiety, która przechodziła epilację twarzy za pomocą promieni R o e n t g e n a zjawia się po kilku latach owrzodzenie rakowe w okolicy warg. U mężczyzny, który z powodu pryszczycy rąk otrzymał kilka krótkotrwałych naświetlań, występuje po kilku latach rak dłoni. Wreszcie autor opisuje ciekawy przypadek, w którym u młodej kobiety, leczonej radem z powodu naczyniaka nosa, powstał po dłuższym czasie rak nosa.

Doświadczenia na zwierzętach wykazują, że działanie różnych postaci energii promienistej wywołuje nie tylko nowotwory układu limfatycznego. L a c a s s a g n e i V i n z e n t wywoływali u królików ropnie, a później króliki te naświetlali promieniami R o e n t g e n a: z 12 królików u 3 wystąpiły mięsaki; u królików z ropniami nienaświetlanymi i u królików tylko naświetlanych (bez ropni) nowotwory nie występowały.

W sprawie działania radu na powstawanie nowotworów D a e l s i B i l t r i s ogłosili w ubiegłym roku bardzo ciekawe wyniki dużej pracy doświadczalnej, wykonanej na różnych zwierzętach. Autorzy ci używali do swych doświadczeń mieszanek talku z siarczanem radu (1 : 10,000) Rad. El., roztwór bromku radu

(1 : 20,000), nieraz mieszanek parafiny, ziemi okrzemkowej i kwasu arsenowego, wreszcie roztwór radu w kolodjum. Doświadczenia były wykonywane na myszach, szczurach i świnkach morskich: zwierzętom wprowadzano do jamy czaszkowej, do jamy opłucnowej, do jamy brzusznej lub pod skórę nitki, nasyczone mieszanekami radowymi, lub tubki, wypełnione roztworami. Duża część zwierząt ginęła bez wyraźnych zmian anatomopatologicznych, a u innych po dłuższym czasie występowały nowotwory złośliwe w okolicy, poddanej działaniu radu. U myszy występowały raki i mięsaki skóry po 6 — 10 miesiącach; u świnek morskich mięsaki opon mózgowych po 12 — 25 miesiącach, raki dróg żółciowych po 19 — 30 miesiącach, raki żołądka po 19 miesiącach i mięsaki nerek po 22 mies.

Już dawno stwierdzono, że w powstawaniu nowotworów złośliwych, szczególnie u zwierząt czynnikiem drażniącym mogą być pasorzyty. Doświadczalnie wykazał to już dawno F i b i g e r: u szczurów, karmionych pasorzytami „*Spiroptera*“, zjawiały się raki żołądka. B e a t t i w Ameryce Południowej stwierdził u dzikich szczurów raki żołądka z przerzutami do gruczołów i do wątroby, a jednocześnie w żołądku tych szczurów znalazł „*Hepaticola gastrica*“ (*Nematodes*). V o g e l karmił takimiż pasorzytami szczury i po 3 miesiącach stwierdzał w żołądku raki płaskokomórkowe. Różnica pomiędzy otrzymanymi przez niego wynikami i wynikami F i b i g e r a polegała na tem, że F i b i g e r spostrzegł u swoich szczurów stopniowe przejścia od brodawczaków do raków; w doświadczeniach V o g l a brodawczaki nie zjawiały się, natomiast spostrzegano bezpośrednie wrastanie elementów nabłonkowych do głębszych warstw ściany żołądka. Podobnie jak i F i b i g e r — V o g e l w nowotworach wywołanych nie znajdował już pasorzytów.

H o o g l a n d opisuje raki dróg żółciowych u kotów, u których stwierdzano jednocześnie obecność pasorzytów „*Opisthorchis felinus*“ (*Distomidae*). Pasorzyty tego gatunku są naogół częste u różnych zwierząt i wywołują przerost nabłonka dróg żółciowych; bardzo często spostrzegano je u bydła. Jednakże w stosunku do częstości występowania tych pasorzytów liczba raków, spostrzeganych u zwierząt chorych, jest bardzo znikoma.

Z nowopoznanych czynników chemicznych drażniących, za pomocą których udaje się wywoływać nowotwory u zwierząt, należy wymienić *Zincum chloratum* oraz alkohol.

M i c h a ł o w s k i wstrzykiwał 5% roztwór *Zinci chlorati* do jądra koguta i wywoływał nowotwory o charakterze potworniaków (*Teratomata*). K r e b s wstrzykiwał myszom do odbytnicy i do jamy ustnej co 2-gi dzień 0,1 ccm. 50% alkoholu: z 26 myszy u 3-ch powstały raki w miejscu zastrzyknięcia.

Do nowszych spostrzeżeń nad rakami ludzkimi, występującymi pod wpływem czynników drażniących, należy zaliczyć spostrzeżenia v. D o r m a n n s a. Stwierdza on, że w Azji Wschodniej liczba raków prącia jest bardzo znaczna: w niektórych miejscowościach (Jawa) raki prącia stanowią 12% wszystkich raków u mężczyzn. Autor przypuszcza, że zjawisko to stoi w związku z lekami tajemnymi, stosowanymi przez tamtejszą sztukę lekarską w chorobach wenerycznych, szczególnie we wrzodzie miękkim: wydaje się prawdopodobnem, że środki tego rodzaju, co imbir, muszki hiszpańskie, stosowane przez czas dłuższy, mogą stać się czynnikami, sprzyjającymi powstawaniu raka.

Zagadnienie wpływu pokarmów i przemiany materii na powstawanie i rozrost nowotworów złośliwych stanowi temat bardzo często poruszany: niestety, brak jest dotychczas zgodnych wyników w pracach doświadczalnych w tym kierunku. Zpośród witamin witamina B ma sprzyjać rozwojowi nowotworów. Przemawiają za tem między innymi badania B i s c e g l i e, który stwierdził, że u myszy, karmionych pokarmami z przewagą witaminy B nad witaminą A, raki zaszczerpione szybciej rosły i lepiej się przyjmowały, aniżeli u myszy, karmionych z przewagą witaminy A nad B. Jednocześnie w pierwszej grupie myszy autor stwierdzał metaplastję i przerost nabłonka w żołądku i w oskrzelach, — a więc zmiany, które mogą poprzedzać powstawanie raka.

Do podobnych wniosków doszedł w swych badaniach doświadczalnych C a s p a r i ze swymi współpracownikami: witamina B ma wpływ przyspieszający na rozrost nowotworów. Jednocześnie badania na zwierzętach wykazały, że obfite dostarczanie białka nie wpływa dodatnio na rozrost nowotworów, i że dieta jednostronna, składająca się tylko z owsa lub tylko z mięsa, hamuje rozrost nowotworów. C a s p a r i zwraca przytem uwagę na znane już, bardzo ciekawe zjawisko, że niedożywianie hamuje rozrost nowotworowy, szczególnie przy braku witamin i węglowodanów; podkreśla wreszcie, że obfite spożywanie niegotowanego mięsa i produktów jarskich może wpływać dodatnio na wzrost nowotworów.

B a r e l l i podaje wyniki badań nad działaniem ergosteryny naświetlanej na myszy rakowe: ma ona hamować wyraźnie rozrost nowotworów; w niektórych przypadkach guzy u myszy jakoby zniknęły.

T e s a u r o badał wpływ lipidów na nowotwory: okazało się, że już bardzo małe dawki cholesterolu przyspieszają rozrost; lecytyna w małych dawkach nie miała żadnego wpływu; podawana w dawkach dużych, działała hamująco na rozrost nowotworowy.

Z ciał chemicznych nieorganicznych chlorek magnezu ma działać hamująco na rozrost nowotworowy; pierwsze badania w tym kierunku zapoczątkował D e l b e t. R o b i n e t twierdzi, że najwięcej raków występuje tam, gdzie w glebie jest mało chlorku magnezu. S c h r u m p f - P i e r r o n przypuszcza, że rzadkość raków przewodu pokarmowego w Egipcie jest zależna od obfitości soli magnezowych w tamtejszej glebie i w wodzie. Tymczasem C i l o t t i w badaniach na zwierzętach nie otrzymał wyników, potwierdzających powyższe przypuszczenia: do pokarmu szczurów z mięsami dodawał chlorek magnezu: guzy rosły zupełnie dobrze.

Dość dawno już zwrócono uwagę na to, że w tkance rakowej ilość potasu jest większa, aniżeli w tkance normalnej; szczególnie dużo potasu znajdowano w świeżych przerzutach rakowych. R o s e n s t e i n i K ö h l e r stwierdzili, że w szpiku kostnym chorych na raka ilość potasu jest szczególnie duża, i że ilość potasu w szpiku dzieci jest znacznie większa, aniżeli u dorosłych; okazało się dalej, że młode zwierzęta, którym usuwano szpik z kości udowych, — słabo rosły i często zostawały karłami (*Nanosomia osteomyelopriva*). Na zasadzie powyższych spostrzeżeń autorzy przypuszczają, że szpik kostny ma własność regulowania spraw rozrostowych wogóle, i że powstawanie nowotworów jest związane z dysfunkcją szpiku kostnego. U ludzi chorych na raka probowali więc zadziałać na przebieg choroby rakowej przez usuwanie szpiku kostnego z kości długich, i przez podawanie wyciągów z szpiku kostnego normal-

nego (zwierzęcego), wzgl. przez zaszczepianie świeżego szpiku kostnego zwierzęcego. Z 6-ich chorych, leczonych w ten sposób — u jednego rak znikł zupełnie, a u trzech nastąpiła znaczna poprawa.

Wielokrotnie odrzucana i zwalczana teoria infekcyjna nowotworów złośliwych nie przestaje interesować wielu badaczy. W rzeczywistości nie mamy dotychczas bezwzględnych dowodów, że w powstawaniu nowotworów złośliwych drobnoustroje nie odgrywają zasadniczej roli (poza przyznawaniem im działaniem drażniącym na równi z czynnikami drażniąciami chemicznymi): nie mamy żadnych dowodów, bezwzględnie przemawiających przeciwko teorii infekcyjnej. Owszem, jeżeli stanimy na stanowisku, że nowotwory zwierzęce są pod względem biologicznym zjawiskiem równorzędem z nowotworami ludzkimi, i że podobieństwo morfologiczne, jakie pomiędzy nimi zachodzi, jest istotne, — to wtedy musimy stwierdzić, że w chorobie raka spostrzegamy zjawiska podobne do niektórych zjawisk z przebiegu chorób infekcyjnych; w każdym razie musimy starać się uporządkować i wyjaśnić pewne fakty z biologii spraw nowotworowych, — fakty, które nie dają się ułożyć w ramach klasycznych poglądów na nowotwory złośliwe, jako na grupę zmian, zbliżonych do spraw przerostowych i związanych z zaburzeniami rozwojowymi i zjawiskami regeneracji tkanek.

Do takich faktów w pierwszym rzędzie należy mięsak kur 'o szczególnych własnościach. Jeszcze w 1912 roku Peyton R o u s stwierdził, że krew kur chorych na mięsaki wywołuje takie same guzy u zdrowych kur. Doświadczenia te były wielokrotnie potwierdzane przez różnych autorów. R a g n o t t i, który niedawno badał bardzo szczegółowo te sprawy, stwierdza, że w 50% przypadków krew kur z mięsakiem wywołuje u zdrowych kur guzy, i że osocze tej krwi ma również własności zakaźne; okazuje się dalej, że włóknik, czerwone i białe ciała krwi mają również te same własności, i że jedynie surowica nie wywołuje guzów.

Przez dłuższy czas przypuszczano, że mięsak kur jest wyjątkiem, i że inne nowotwory zwierzęce nie dają się przenosić za pomocą krwi; okazuje się jednak, że niekiedy podobne doświadczenia udają się i u innych zwierząt. B l u m e n t h a l wywoływał raki i mięsaki u myszy i szczurów przez wstrzykiwanie krwi zwierząt z guzami; krew pobierano z żył, przylegających do guza lub też wprost z serca. Jeżeli guzy pierwotne były duże, to zakażenie się udawało, i u zwierząt zdrowych w miejscu zastrzyknięcia powstawały nowotwory. Jeżeli krew krzepła, to guzy udawało się wywołać przy pomocy skrzepu; surowica natomiast nie miała tego działania. W pojedynczych przypadkach udawało się przenosić nowotwory przy pomocy białych lub czerwonych ciałek krwi.

Jednym z poważniejszych argumentów, przemawiających przeciwko teorii infekcyjnej raka, był fakt, że nie udawało się przenosić ludzkich nowotworów złośliwych na zwierzęta. W roku ubiegłym omówiliśmy obszernie na łamach „Czasopisma“ (Nr. Nr. 4, 5 i 6) prace H a i d e n h a i n a, który przeprowadzał swe badania na bardzo dużym materiale i stwierdził, że u myszy, zakażonych ludzkimi nowotworami złośliwymi, niejednokrotnie powstawały guzy złośliwe. Badania H a i d e n h a i n a wywołały żywą wymianę zdań w sprawie istoty tych guzów: dotychczas nie wiemy, czy guzy u myszy H a i d e n h a i n a należy uważać za samoistnie powstałe, czy też rzeczywiście sztucznie prze-

szczepione. W związku z temi pracami Alija K o s i r próbowała zakażać myszy krwią ludzi chorych na raka: w kilku przypadkach wystąpiły u myszy zakażonych krwią zmiany o charakterze „*Leucosarcomatosis*”. Ponieważ jednak podobne zmiany stwierdzono u myszy niezakażonych, to wyniki tych badań należy uważać za ujemne; zresztą, guzy u ludzi, u których pobierano krew do doświadczeń, nie były mięsakami.

V o r o n o f f i A l e x a n d r e s c o próbują na dużym materiale doświadczalnym przeszczepiać ludzkie nowotwory złośliwe na małpy. W celu osłabienia odporności małp poddawano je rozmaitym zabiegom: usuwano jądro, tarczycę, śledzionę lub nadnercze; niektórym wstrzykiwano błękit trypanu, ażeby zablokować układ siateczkowo - śródbłonkowy, nieraz do tkanki nowotworowej przenoszonej dodawano zawiesinę tkanki zarodkowej. Nowotwory ludzkie przenoszono do mięśni, do gruczołów piersiowych, do śledziony, jąder, jajników, mózgu i do innych narządów.

W większej części przypadków tkanka nowotworowa przeszczepiona ulegała wessaniu po 1 — 3 miesiącach. W jednym przypadku rak gruczołu piersiowego, przeszczepiony do gruczołu piersiowego małpy, nie uległ wessaniu i wykazuje cechy dalszego wzrostu złośliwego.

Dodatknie wyniki przy przeszczepianiu nowotworów złośliwych ludzkich na myszy otrzymali F l a s z e n i W a c h t e l z Krakowa. Wychodząc z założenia, że myszy muszą być odpowiednio przygotowane, — że należy zmienić ich „dyspozycję”, autorzy „alkalizowali” zwierzęta: okazało się, że nowotwory ludzkie przyjmowały się zupełnie dobrze, rosły i dawały przerzuty; powstawały one w miejscu szczepienia i wykazywały budowę podobną do nowotworów ludzkich. Autorzy nie podają bliżej, na czym polega „alkalizowanie” myszy.

Również dodatnie wyniki otrzymali K r e b s i F a n n y B u s c h. Naświetlali oni szczury i myszy mocną dawką promieni R o e n t g e n a bezpośrednio przed przeszczepianiem. Już po kilku lub kilkunastu dniach zjawiały się u zwierząt nowotwory złośliwe o budowie podobnej do nowotworów szczepionych; w pierwszym okresie rosły one bardzo dobrze, lecz po 25 dniach zaczynały się zmniejszać. Widzimy więc, że działanie pewnych czynników na organizm zwierzęcy umożliwia heterotransplantację nowotworów ludzkich. Ostatnio wymienione doświadczenia wykazują, że jednorazowe zadziałanie mocnej dawki promieni R o e n t g e n a może na pewien czas znieść naturalną odporność zwierząt; po upływie tego czasu odporność powraca, i guzy dalej nie rosną.

Botho E. B r ü d a w swoich badaniach stara się wyjaśnić powyższe zjawisko: okazuje się, że u zwierząt, którym usunięto śledzionę, przyjmują się nowotwory obcogatunkowe; to samo można osiągnąć przez zablokowanie układu siateczkowo - śródbłonkowego. Według autora ten układ ma wpływ hamujący na wzrost nowotworów złośliwych; przez naświetlanie promieniami R o e n t g e n a osłabia się wpływ hamujący układu siateczkowo - śródbłonkowego. Autor twierdzi, że istnieje wydzielina tego układu (a w pierwszym rzędzie śledziony) — t. zw. „mezenchymina”, krążąca stale we krwi.

Wyniki powyższych badań są naogół dość zachęcające do dalszych doświadczeń w tym kierunku; wyciąganie jakichkolwiek wniosków z faktów powyższych byłoby jednak przedwczesne. Jeżeli możliwe jest „zakażanie” zwierząt nowotworami ludzkimi, to istnieją dwie alternatywy: albo komórki obcogatunkowe, prze-

niesione do nowego organizmu, mogą tam dalej żyć i rozmnażać się, — albo też wraz z komórkami nowotworowymi zostaje przeniesione „coś”, co pobudza komórki nowego organizmu do wzrostu nietypowego. To drugie wydaje się w każdym razie bardziej prawdopodobne. I jeżeli w zdrowym organizmie zwierzęcym nowotwory obcogatunkowe przeszczepione nie przyjmują się — to jest prawdopodobnem, że to „coś” jest zawarte w tkance nowotworowej przeniesionej w bardzo małych ilościach, i że trzeba dopiero organizm zwierzęcy (wzgl. układ siateczkowo - śródbłonkowy) osłabiać za pomocą różnych czynników, ażeby mogło ono zadziałać.

W związku z poruszoną tu sprawą znaczenia układu siateczkowo - śródbłonkowego, jako czynnika obronnego przy powstawaniu nowotworów złośliwych, należy zaznaczyć, że inni autorzy dochodzili do podobnych wniosków o tym układzie na drodze zupełnie odmiennej. Droga ta jest szczególnie ciekawa w pracach B r a u n s t e i n a. Autor ten zwrócił ponownie uwagę na dawne już spostrzeżenia L ö f f l e r a, że liczba raków w Europie zwiększyła się znacznie od czasu rzadszego występowania malarji. W różnych statystykach niejednokrotnie stwierdzano, że w krajach tropikalnych raki są bardzo rzadkie. Przy zestawianiu statystyk raków i malarji w krajach północnych i południowych okazują się duże różnice. Tak np. kiedy we Włoszech (w okresie od roku 1887 do 1891) z 10.000 ludzi na malarję umarło 5,81, a na nowotwory złośliwe 4,28, — to w Holandji w tym samym czasie z tej samej liczby ludzi umarło na malarję 0,4, a na nowotwory złośliwe 7,28. To samo występuje jeszcze wyraźniej w statystykach za lata 1901 — 1905: w Danji, gdzie niema prawie wcale malarji, na 100.000 ludności umarło 150 na nowotwory złośliwe, — a w Serbji, gdzie malarja jest bardzo częsta, na tę samą liczbę ludności umarło tylko 10 na nowotwory złośliwe. Podobne różnice występują w statystykach rosyjskich za lata 1909 — 1911. P u r j e s z, L e g r o i n i inni dawno już spostrzegali u chorych rakowych polepszenie po zakażeniu malarją. B r a u n s t e i n, który widział dużo podobnych przypadków, przypuszcza, że idzie tu o wzmożone działanie obronne układu siateczkowo - śródbłonkowego, który jest zaktywowany przez malarję; oczywiście, przede wszystkim działałby tu układ siateczkowo - śródbłonkowy śledziony. Naskutek zakażenia malarją układ ten wytwarza większą ilość ciał obronnych (mezenchymina? E. B r ü d a), a wysoka gorączka, osłabiając komórki nowotworowe, ułatwia działanie tych ciał. (Należy przypomnieć o spostrzeganym wpływie różny przebieg raków: R i f f e l widział znikanie raków twarzy po ospie). B r a u n s t e i n zakażał malarją chorych na raka i spostrzegał przemijające zmniejszanie się guzów; przypuszcza on, że postępowanie takie mogłoby mieć znaczenie jedynie we wczesnych okresach raka, ponieważ później układ siateczkowo - śródbłonkowy jest wyczerpany. Należałoby więc, według autora, stosować u chorych na raka wyciągi z układu siateczkowo - śródbłonkowego.

Z badań ściśle bakterjologicznych należy wymienić dalszy ciąg prac W. S c h m i d t a, który zakażał różne zwierzęta drobnoustrojami „*Protozoon*”, wyhodowanymi z nowotworów ludzkich. Z 10 myszy zakażonych — 2 dostały raka (nie w miejscu zastrzyknięcia); z 10 świnek — u 1-ej powstał ziarniniak, który dał się przeszczepić na inne świnki; z 5 gołębi u jednego wystąpił mięsak.

Stearn W., Sturdivant i A. E. Stearn badali bakterjologicznie guzy złośliwe ludzkie: z raka piersi, z guza tarczycy, z mięśniaka macicy i z gruczolaka torbielowatego piersi wyhodowali podobne do siebie drobnoustroje, które dla zwierząt były niejadliwe. Tylko w jednym przypadku u szczurów, zakażonych drobnoustrojami, wyhodowanymi z mięsaka, powstały nowotwory złośliwe.

Bellows i Askanazy stwierdzili, że w pomidorach znajdują się pałeczki podobne do *Bac. subtilis*; pałeczki te, wstrzykiwane dootrzewnowo lub podawane wraz z pokarmem, wywołują u szczurów mięsaki otrzewny; te same, zresztą, wyniki otrzymywano, wstrzykując szczurom dootrzewnowo rozcieńczoną zawiesinę pomidorów lub karmiąc szczury pomidorami. Myśmy sprawdzić niedawno powyższe badania i częściowo możemy je potwierdzić (patrz Warsz. Czasopismo Lek. Nr. 16. 1932); dalsze badania są w toku. Wyciąganie jakichkolwiek wniosków z tych spostrzeżeń uważamy stanowczo za przedwczesne.

Lieske odrzuca wszystkie teorie nowotworowe z wyjątkiem teorii infekcyjnej, przede wszystkim dlatego, że żadna teoria nie wyjaśnia zjawiska przenoszenia nowotworów złośliwych z jednego zwierzęcia na drugie. Według autora istnieje swoisty zarazek, wywołujący nowotwory złośliwe, — zarazek, wielokrotnie opisywany przez różnych badaczy, jako prątek wielopostaciowy gramoujemny, jako streptokok lub jako zarazek przesykalny; mają to być różne postacie z cyklu zmienności jednego i tego samego ustroju, który Lieske określa jako „*Polymonas tumefaciens*”. Czynniki drażniące ułatwiają tylko zakażenie; nowotwory ludzi, zwierząt i roślin są zjawiskami analogicznymi i homologicznymi. Zarazek, wywołujący nowotwory złośliwe, istnieje w naturze jako saprofit, a warunki przejścia jego

w postać zjadliwą są narazie nieznane; najczęściej występuje w formie niewidzialnej i żyje najprawdopodobniej w ścisłej symbiozie z komórkami gospodarza. Niestety, poglądy Lieskego nie wykraczają poza ramy hipotezy. Ponieważ hipoteza ta opiera się na bardzo mało jeszcze zbadanym zjawisku zmienności form bakteryjnych — to narazie trudno jest, żeby została zużytkowana jako hipoteza pracy.

PIŚMIENICTWO.

1. Abels. Zeitschr. f. Krebsforsch. 29. 2. Askanazy. Z. f. Krebsf. 34. 3. Barelli. Z. f. Krebsf. 29. 4. Bisceglie. Tumori. 1931. Nr. 2. 5. Beatti. cyt. w. Vogela. 6. Blumenthal. Z. f. Kr. 29. 7. Brüda. Z. f. Kr. 34. 8. Braunstein. Z. f. Kr. 29. 9. Bellows. Z. f. Kr. 34. 10. Caspari. Z. f. Kr. 29. 11. Cilotti. Pathologica (Genova) 23. Nr. 479. 12. Daels i Biltris. Bulletin de l'assoc. franc. pour l'étude du cancer. 1931. Nr. 7. 13. Dormanns. Z. f. Kr. 29. 14. Flaszen i Wachtel. Z. f. Kr. 31. 15. Hoogland. Z. f. Kr. 29. 16. Korteweg. Z. f. Kr. 29. 17. Krebs, Nielsen i Wagner. Acta radiologica. Suppl. T. 10. 18. Krebs. Z. Immun. Forsch. 1928. 59. 19. Kosir. Z. f. Kr. 34. 20. Krebs i Busch. Z. f. Kr. 34. 21. Lacassagne i Vincent. C. r. soc. biol. 1929. 100. 22. Laborde. Bull. assoc. fr. étude du cancer. 1931. 23. Lund. Z. f. Kr. 34. 24. Lieske. Zbl. f. bakter. 1928. 108. 25. Löffler. Deutsch. med. Woch. 1901. 26. Malke. Z. f. Kr. 31. 27. Mercier. C. r. soc. biol. 1930. 103. 28. Michalowski. Virch. Arch. 274. 29. Oberling i Railenau. Bull. assoc. fr. étude du canc. 1931. Nr. 1. 30. Ragnotti. Z. f. Kr. 29. 31. Robinet. Bulletin. 1931. Nr. 7. 32. Rosenstein i Köhler. Med. Klin. 1931. 33. Sieben. Med. Klin. 1931. 34. Schrumpf-Pierron. Bulletin. 1931. Nr. 5. 35. Vogel. Z. f. Kr. 29. 36. Stearn, Sturdivant i Stearn. J. Labor. a clin. med. 1929. 15. 37. Schmidt W. Zbl. f. Bakter. 1928. 109. 37. Takahashi. Z. f. Kr. 29. 38. Tessauro. Z. f. Kr. 35. 39. Vogel. Z. f. Kr. 29. 40. Voronoff i Alexandresco. Kongr. patolog. porówn. Paryż. 1931.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

■ Almanach Lekarski na rok 1932 pod redakcją M. UNGARA. Nakład Spółki wydawniczej „Bio” Lwów 1932. 3.50 zł.

W słowie wstępnym uzasadnia Redakcja potrzebę tworzenia rocznika; przed czytelnikiem przewinie się: 1) barwny rząd prac ze wszystkich dziedzin medycyny, prac oryginalnych na tematy nowe i rzadziej na łamach prasy lekarskiej poruszane, ujętych rzeczowo, w rzeźbione kształty precyzyjnego języka naukowego, 2) wyczerpująca bibliografia lekarska wszystkich narodów, 3) dwa spisy lekarzy Rzeczypospolitej — według nazwisk i miast — ułożone w alfabetycznym porządku na podstawie źródeł autentycznych, gwarantujących dokładność i niezawodność adresów. Jeśli istotnie te trzy walory, teoretyczne i praktyczne, usprawiedliwiają nowe wydawnictwo, to Almanach czyli rocznik lekarski tegoroczny ukazał się w porę, jak ukaże się zapewne w porę przyszłoroczny, mający wszechstronnie oświetlić jeden tylko problem — zagadnienie raka. W tegorocznym mamy szereg artykułów, omawiających sprawy aktualne, częste i interesujące każdego lekarza praktyka, jak: przeczulice skóry, wymioty u dzieci *angina pectoris*, nerwicę, terapię ropni płucnych, leczenie duszności, terapię biologiczną, infekcje wieku dziecięcego, leczenie srebrem koloidalnym w internie, ropotoki zębodołowe, hormonalny płciowe, stosunek tarczycy do narządów rodnych. Mamy szereg znanych autorów, by wspomnieć P r o g u l s k i e g o

i Redlicha, Pisaka i Ungara, T. i S. Ostrowskich, Liebhardta i Gerhardta, Pańczyzna i Frostiga, Grucę i Brilla. Dział bibliograficzny wlicza fachowe czasopisma periodyczne wszystkich narodów Europy, Azji, Ameryki i kolonii — nie pomijając chińskich i japońskich — zarówno treści ogólnolekarskiej jak specjalnej. Spis kompletny lekarzy polskich zajmuje z górą połowę książki. Jeden — na szczęście drobny — rozdział uważałbym za zupełnie zbyteczny w następnym roczniku, mianowicie: „Z literatury obcej”. Dobrze to jest w tygodniku, jak np. w Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim, gdzie wystarcza jedna — dwie stroniczki. W „Roczniku” ma się prawo wymagać rzutu oka na całość. Te kilka pobieżnych referatów, wyrwanych bez planu i programu na chybił trafił z ogromu medycyny praktycznej i teoretycznej całego świata r. 1931 i zajmujących aż całe 5 stronice, stanowią raczej jakieś *mixtum compositum* z rubryki „ni przypiął, ni przylatał”. O ile rozdziały naukowe i bibliograficzne zadawają nie tylko zwykłego, ale i wybrednego czytelnika, o tyle dział 3-ci informacyjny, praktycznie nader ważny, spotkać się musi z niejednym zarzutem, na szczęście, dającym się łatwo usunąć. 1) Dla sporządzenia obu spisów lekarzy wzięte zostały do pomocy Urzędowy Spis z Minist. Spraw Wewn., Dziennik Urzędowy wszystkich Izb Lekarskich Rzeczypospolitej oraz Materiały własne Almanachu, a jednak w samej stolicy, w samej literze A — na więcej liter czasu żałowałem — znalazłem aż czterech nieboszczyków, spoczywających w spokoju co najmniej

po 3 lata. Sądzę, że znalazłbym takich wycofanych nieboszczyków pod innemi literami alfabetu i w innych miastach głównych i powiatowych o wiele, wiele więcej, co dezorientuje szukającego. 2) Brak spisu polskich lekarzy zdrojowych, sanatoryjnych, uzdrowiskowych, w samej Polsce i poza granicami jej ordynujących, stale lub sezonowo. 3) Znajduję w spisie większość lekarzy, pozornie bezrobotnych o suchym imieniu i nic nie mówiącym nazwisku, podczas gdy w mniejszości wymienione są specjalności, ranne i wieczorne godziny przyjęć, jeden lub dwa numery telefonów. Niektórzy z kolegów są nawet zbyt barwnie ucharakteryzowani, jak np. były operator kliniki Wiedeńskiej, Wrocławskiej i Paryskiej; hospitant klinik w Dreźnie, Królewcu i Magdeburgu, elew prof. P i r q u e t a; sekundarjusz i zaprzysiężony ekspert sądowy, stomatolog; były adjunkt i były starszy asystent U. J. K.; były dyrektor kilku klinik wewnętrznych zagranicą; specjalista od przemiany materji i wykonawca różnych szczepień ochronnych; specjalista od reumatyzmu, artretyzmu i nerwobólów; usuwacz włosów, plam, brodawek, znamion, żylaków i chorób wenerycznych; doktor wszech nauk lekarskich, położnik, wyspecjalizowany w chorobach dziecięcych, wewnętrznych, kosmetyce i w zaburzeniach życia płciowego; internista, mający specjalne godziny dla mężczyzn, kobiet i dzieci, a posługujący się jednocześnie galwanofaradyzacją i solluksem oraz diatermją, helioterapią, kwarcówką i masażem wibracyjnym; specjalistka wenerologii, b. lekarka klinik Pragi czeskiej, z windą od tyłu, ma specjalne godziny dla kobiet i mężczyzn. Ogromną większość lekarzy ozdabia jedynie nagi herb miasta, o innych zato dowiadujemy się znacznie więcej, zwłaszcza u pewnego doktora med. i filozofji aż dwie bramy prowadzą do mieszkania, jedna obok kina „Lew” wprost dworca z windą, zaś druga naprzeciw poczty i blisko Katedry również z windą, natomiast u innego, b. sekundarjusza prof. W e n c k e b a c h a, dostęp jest nie tylko od ul. Ś-Jacka, ale i od ulicy Zielonej obok Zakładu Strzałkowskiej. Nawet mnie osobiście, nie domyślam się jaką drogą, dostał się tytuł honorowy, może i zasłużony, gdyż istotny, tytuł recenzenta „Neurologji Polskiej”, co niewątpliwie — choć adresu, telefonów i godzin brak — ułatwi znacznie dostanie się do mnie odnośnej klienteli, t. j. wszystkim chorym lub cierpiącym na, przez i od „Neurologji Polskiej”, ostro lub chronicznie.

Właśnie przez to, że Almanachowi osobiście prognozę stawiam pomyślną, radziłbym usunąć łatwo usuwalny brak, ujednolnić i zrównać prawnie, jak to uczyniła w swoim czasie Rewolucja Francuska, wszystkich członków korporacji lekarskiej w ten arcyprosty sposób, aby dać obok działu informacyjnego, obejmującego wyłącznie imiona i nazwiska, ewentualnie specjalność i telefon, dodatkowo rubrykę płatną, jawnie reklamową, która winna sownie opłacać koszt wydawnictwa, rubrykę z wyliczeniem Dworca i Poczty, Katedry i Zakładu Strzałkowskiej, z brodawkami i solluksem, żylakami i helioterapią, Królewcem i W e n c k e b a c h e m, windami i zaburzeniami życia płciowego.

H i g i e r.

E. FREUND. Nowe cele i drogi w badaniu przemiany materji w guzach złośliwych. (Wien. kl. Woch. N. 1, 1932).

Autor daje przegląd dotychczasowych badań nad rakiem, które z początku ograniczały się do anatomicznych i histologicznych stwierdzeń. Ale również wyniki prac chemicznych i badań nad przemianą materji tłumaczą jedynie zmiany rozpadowe, nigdy jednak nie dają wyjaśnienia istoty rozrostu komórkowego. Co jednak byłoby szczególnie ważne dla zrozumienia raka, to przemiana materji rozrostu. Jeżeli o normalnym rozwoju komórek i tkanek niewiele wiemy, to nasze wiadomości o raku są jeszcze bardziej niepewne. Zda się, że czysta djeta białkowa, jak również pozbawienie węglowodanów działają hamująco, obfi-

ty pokarm tłuszczowy wpływa pobudzająco. Wśród tłuszczów zachodzą kardynalne różnice między hamującymi wzrost olejami a podtrzymującymi wzrost palmitynami. Jeżeli chodzi o witaminy, udało się stwierdzić pobudzające wzrost raka działanie witaminy B w przeciwieństwie do witaminy A i w uzupełnieniu tego pobudzające działanie cholesteryny w przeciwieństwie do odwrotnego działania lecytyny. Ale duże znaczenie posiada nie tylko ta okoliczność, co zostaje wprowadzone do ustroju, lecz również fakt, jakim zmianom ulegają te substancje w jelitach, szczególnie pod działaniem drobnoustrojów, a zwłaszcza flory patologicznej. Pod wpływem tego może przyjść do braku materiału niezbędnego dla normalnego rozwoju komórek, tak, że zostają one zmuszone do pobierania ciał zastępczych i do przekształcania się. Łatwo jest wyobrazić sobie, że u rozmaitych ludzi rozmaite systemy komórkowe odczuwają brak (u jednego żołądek, u innego wątroba lub skóra), i wskutek tego rozmaite narządy stają się miejscem rozwoju nowotworów. Zwrócone w tym kierunku badania podjęli F r e u n d i K a m i n e r; badania te wykazały, że przesącza kału zdrowego człowieka rozpuszcza komórki rakowe, natomiast przesącza kału chorego z rakiem bez względu na to, gdzie jest rak, nie nadaje się do tego. Polega to na obecności dwóch rozmaitych kwasów tłuszczowych (kwasy dwuwęglowe). Ilość tych kwasów tłuszczowych można sztucznie zwiększyć w zawierających tłuszcz odżywczych płynach mlecznych za pomocą określonego szczepu prątki okrężnicy. Komórki rakowe i mięsaki zachowują się pod względem przemiany materji rozmaicie: pierwsze wymagają węglowodanów, komórki mięsakiowe — peptonu. Autor podaje wreszcie widoki i linje wytyczne dla dalszych badań.

A. N e u m a n n (Vöslau - Gainfarn).

Historja i Filozofja medycyny.

W I Z E Kazimierz. Zakres filozofji medycyny. (Archiwum historii i filozofji medycyny. Poznań, T. II, Z. 1—2, 1932).

W i z e, powołując się na własną „Naukę o kategoriach” oraz na poglądy odnośne licznych autorów lekarzy—filozofów, rozpatruje cały zakres filozofji medycyny. Za punkt wyjścia do swoich rozumowań bierze twierdzenie A r y s t o t e l e s a, że wszelka nauka i umysłowość jest albo teoretyczna, albo praktyczna, albo artystyczna i że zgodnie z powyższem w każdej też nauce, jak już D e m o k r i t e s atomista wyrozumował, ustalić można jako działy równomierne jej stosunki do prawdy, dobra i piękna. W trzech przeto wymienionych kierunkach rozpatrywać należy filozofję medycyny, co też czyni W i z e, posługując się m. in. koncepcjami z polskich autorów-lekarzy: J. Ś n i a d e c k i e g o, C h a ł u b i Ń s k i e g o, B i e g a Ń s k i e g o, N u s b a u m a, S z e n a j c h a i Ś w i e c i c k i e g o. Analiza medycyny w jej rozwoju historycznym, jako nauki i sztuki, dowodzi, że ona również rozszerza się trójwymiarowo, że lekarz winien być do pewnego stopnia „trismegistos”, a więc mędrcem, bojownikiem i artystą.

W zakończeniu pozwala sobie referent zacytować jedno p r a k t y c z n e zdanie, jakie W i z e w myśl poglądów dawnych H i p p o k r a t e s a, a nowych S i g e r i s t a, Ś w i e c i c k i e g o i S z e n a j c h a wysuwa: „Lekarz, chcąc być pocieszycielem i już z góry robić dobre wrażenie na chorym, „wziąć go wstępny bojem”, winien być wytwornym zewnątrz i wewnątrz, odznaczać się rzeźkością ciała i umysłu, udzielać otuchę wesołem usposobieniem, nie być pozbawionym dowcipu i humoru”. Zadanie, jak widzimy, niełatwe, gdyż wymaga licznych czynników endogennych, wrodzonych obok zewnątrzpo pochodnych, nabytych.

H. H i g i e r.

Farmakologia kliniczna i doświadczalna oraz toksykologia.

F. HÖGLER. Przyczynę do poznania uszkodzeń wątroby przez atofan względnie preparaty zawierające atofan (arcanol). (Wien. kl. Woch. N. 40, 1931).

Atofan i preparaty zawierające atofan należy tylko wtedy przepisywać, gdy inne leczenie jest niemożliwe, gdyż środki te w każdej postaci stosowania mogą ciężko uszkadzać wątrobę. W cierpieniach wątroby podlegają one bezwzględniemu wyłączeniu, silnie zagrożeni są przez nie chorzy z nadczynnością tarczycy i moczówką cukrową. Jeżeli podejrzewa się, że istnieje uszkodzenie, spowodowane przez atofan, względnie arcanol, nawet gdyby to były tylko lekkie zaburzenia żółdkowo-jelitowe lub gdy jest urobilinogenuria, natychmiast należy zaprzestać podawania preparatu, zastosować surową dietę i kurację karlsbadzką. W cięższych uszkodzeniach i lekkiej żółtaczce wskazane są zastrzykiwania wśródmusku wątrobowego z silną żółtaczką zaleca się leżenie w łóżku, dietę oszczędzającą, kurację insulinowo-cukrową. Przeciwko swędzeniu wskazany jest wapń, przeciwko nudnościom — nautisan.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

W. RAAB. Przypadek trwającego 16 lat nadużywania antypiryny. (Wien. kl. Woch. N. 42, 1931).

Pewna 40-letnia kobieta zażywała w ciągu 16 lat dziennie 1 — 3 gr. antypiryny z powodu bólów głowy. Od dwóch lat ma dolegliwości oddechowe, od czasu do czasu obrzęki, sinicę, białkomocz, podniesienie ciśnienia krwi, zanik nerwu wzrokowego z zaburzeniami widzenia, dalej wrzód dwunastnicy, podniesienie ciepłoty, drżenie, parastezje i umiarkowaną niedokrewność. Na zasadzie piśmiennictwa przyjmuje autor większość dolegliwości jako skutek nadużywania antypiryny.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

E. MANOUSSAKIS. Idiosynkrazja chininowa i jej leczenie. (Paris Méd. N. 5, 1932).

Idiosynkrazja chininowa może się przejawiać w rozmaity sposób. Najciekawsza jest postać rzekomo-płonicza, która może przedstawiać duże trudności w różniczkowaniu z płonicą. Cechy różniczkowe (osutka krwotoczna, *enanthera*, gorączka do 41°, częstoskurcz, słabe tętno, wymioty, majaczenia) mogą zawieść. Za bardziej pewne cechy różniczkowe uważa autor: 1) szybkość, z jaką pojawia się i uogólnia osutka chininowa, rozpoczynająca się też od szyi i górnej części tułowia, jak płonica, lecz w ciągu godziny obejmująca całe ciało i dochodząca do *maximum* natężenia, 2) zmienność natężenia uogólnionej osutki chininowej, 3) spadek ciśnienia, zwłaszcza maksymalnego i dość znaczne, postępujące zmniejszanie się liczby białych ciałek krwi. Pokrzywka chininowa jest banalna i łatwo daje się rozpoznać. Czasami wykwity pokrzywkowe są nieliczne, a przeważają objawy żółdkowo-jelitowe (kolka, palenie brzucha, odbytu) i ze strony dróg oddechowych (nieżyt nosa i oczu, męczący kaszel). Rokowanie jest dobre. Ważny jest pod względem klinicznym i leczniczym, jeśli chodzi o pokrzywkę chininową z temi ciężkimi objawami lub bez nich, fakt, że należy ją różniczkować z temi przypadkami zimnicy, które się ujawniają w olbrzymiej pokrzywce z objawami pseudodychawicznymi i pseudoanginowymi lub bez nich. Inną odmianą idiosynkrazji jest hemoglobinuria chininowa. Wspólną cechą tych wszystkich postaci idiosynkrazji chininowej jest szybkość występowania napadów, które występują zwykle w pierwszej godzinie po zażyciu leku. Inną cechą wspólną jest możliwość wywołania napadu i zapobieżenia mu w sposób pewny. Objawy idiosynkrazji chininowej, jak to wynika z licznych spostrzeżeń autora, zjawiają się wtedy, jeśli następną dawkę chininy podać wtedy, gdy poprzednia uległa już całkowitemu wydaleniu z ustroju. Dlatego też należy zastrzykiwać chininę jeszcze przed zupełnym usta-

niem napadu idiosynkrazji, ewentualnie co 6 godzin po 0,25. Jeśli chorego się widzi w kilka dni po napadzie, należy zastrzyknąć zrazu 0,1 chininy, a jeśli do końca godziny nie wystąpi odczyn, to jeszcze raz 0,25.

Henryk J. Landau.

A. BERGANS. Biochemiczne zmiany krwi i moczu w zatruciach nitro- i amidozwiązkami aromatycznymi. (Tierap. Archiw. T. 9, zeszyt 2 — 1931).

Węglowodory szeregu aromatycznego są często używane w przemyśle; niektóre z nich jak np. anilina łatwo przedostają się do ustroju i mogą powodować nawet ostre zatrucia; anilina i nitrobenzol są jadami krwi i układu nerwowego. Autorzy podają opis 90 przypadków zatrucia różnymi substancjami aromatycznymi. Kliniczny przebieg prawie zawsze był jednaki; w ostrych przypadkach we krwi stwierdzano obecność methemoglobiny oraz wzmogoną ilość bilirubiny, co wskazuje na hemolizę. Posługując się reakcją *B e c h e r a*, autor wykrywał we krwi związki fenolowe i oksykwasy aromatyczne. t. zn. produkty utlenienia aniliny i nitrobenzolu; utlenione produkty ulegają w wątrobie połączeniu z kwasem siarkowym i jako sprzężone kwasy wydalone drogą moczu. We wszystkich przypadkach autor wykrywał w moczu dużą ilość tych kwasów, co dowodzi roli wątroby w zobojętnianiu jądów. Często autor stwierdzał powiększenie wątroby, dwufazową reakcję *H i j m a n s v a n d e n B e r g h a* oraz patologiczny przebieg krzywej glikemii po obciążeniu galaktozą; głównie więc wątroba zostaje zaatakowana przez wymienione aromatyczne związki i zobojętnia je.

Jakób Pensón.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

H. CLAUS. Spostrzeżenia, poczynione podczas obserwacji 100 przypadków ciężkiej posocznicy poanginowej. (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr. t. 29, z. 2 — 5).

Do tej grupy cierpień zaliczamy tylko takie przypadki, w których można stwierdzić bądź zakrzepy w naczyniach krwionośnych, bądź przynajmniej schorzenie ściany lub otoczki naczyniowej. Nie możemy rozpoznawać ciężkiej posocznicy poanginowej w przypadku, w którym samo wyłuszczenie migdałków wystarczyło do ustąpienia objawów. Samopoczucie chorych w przypadkach ciężkiej posocznicy bywa znacznie upośledzone. Przedmiotowo stwierdza się sino-żółtaczkową barwę skóry twarzy, miękkie tętno i suchy język. We wszystkich przypadkach można wykazać tkliwość na ucisk okolicy dużych naczyń szyjnych po stronie chorej. Objaw ten nie posiada znaczenia w okresie jeszcze ostrych zmian na migdałkach i przy obrzmieniu gruczołów chłonnych na szyi. O rozpoznaniu decyduje ogólny stan chorego, tętno i wygląd języka. Dreszczy może nie być. Gorączka może wykazywać typ przerywany lub stały. Jeżeli kliniczne badanie płuc nie wykazuje zmian, nie znaczy to jeszcze, że są one zdrowe. Często drobne ogniska przerzutowe w płucach nie dają żadnych objawów. Zawały płucne nie są przeciwwskazaniem do wykonania niezbędnych zabiegów operacyjnych w przypadku ciężkiej posocznicy. W szeregu przypadków ropnie płuc różnej wielkości ulegały wygojeniu po ustąpieniu zasadniczego cierpienia. W rozpoznaniu różniczkowym należy pamiętać o zwykłych nawrotach anginy, występujących wkrótce po przebytej pierwszej anginie wśród silnych dreszczy. Jeżeli objawy ogólne występują w okresie, gdy migdałki wykazują jeszcze zmiany zapalne, to konieczne jest badanie morfologiczne krwi. Należy wykluczyć agranulocytozę, anginę limfoidalną i ostrą białaczkę. O ile obraz posocznicy rozwija się w pewnym czasie po przebytej anginie w okresie braku jakichkolwiek zmian na migdałkach, to trzeba myśleć również o zapaleniu płuc, różni, zapaleniu nerek i miedniczek nerkowych oraz malarji. Przypadki, w których brak jest zmian na migdałkach,

należą do większości. Leczenie, w razie wystąpienia posocznicy poanginowej, musi być operacyjne. Należy obnażyć naczynia odprowadzające aż do obojczyka a następnie dokonać tonsillektomji. Żyłę jarzmową trzeba podwiązać w 2 miejscach: możliwie jaknajwyżej i jaknajniżej. Niekiedy obserwuje się w przebiegu posocznicy poanginowej zakażenie tętnic i nadżarcie ich ścian. Autor spostrzegał nadżarcie tętnicy szyjnej i gardłowej wstępującej. Tonsillektomję wykonywa się zależnie od ogólnego stanu chorego oraz zmian, stwierdzonych w czasie operacji na szyi. Posocznica poanginowa zaczyna się w tkance łącznej zamigdałkowej. Występują tu nacieki leukocytowe nokoło naczyń, które dają początek ropowicy. Autor nie zgadza się z Uffernordem, który uważa, że zakażenie występuje na drodze naczyń chłonnych. Również poglądy E. Fraenkla o możliwości powstania posocznicy poanginowej przez pierwotne schorzenie naczyń żylnych nie znalazły potwierdzenia w badaniach histopatologicznych autora. Patogeneza tej sprawy ma znaczenie w postępowaniu operacyjnym. Uważając, że ropowica zamigdałkowa jest pierwszym etapem w rozwoju posocznicy, należy w myśl tego nie tylko podwiązać żyły, lecz również otworzyć przestrzeń tkankową aż do łożyska migdałka. Rokowanie w posocznicy poanginowej jest zawsze poważne.

J. T e n c e r.

A. N. ZIMIN. Czy należy zalecać bezwzględne milczenie chorym, dotkniętym gruźlicą krtani? (Mon. f. Ohrenheilk. i t. d., N. 9, 1931).

Na pytanie to trzeba odpowiedzieć w sensie negatywnym. Szereg spostrzeżeń wskazuje, że zwykle spokojne mówienie nie jest czynnikiem szkodliwym w gruźlicy krtani. Przekrwienie fizjologiczne, występujące w związku z używaniem narządu mowy, wywiera wpływ dodatni na przebieg cierpienia. Odwrotnie, milczenie prowadzi do niedostatecznego ukrwienia krtani, a tem samem do zmniejszonej miejscowej oporności chorego narządu. Również ze względu na stan psychiczny chorego nie należy zalecać bezwzględnego milczenia.

J. T e n c e r.

J. GUISEZ. O elektrolizie okrężnej, stosowanej w ciężkich, bliznowatych zwężeniach przełyku na drodze endoskopji. (Revue de laryngol. d'otol. et de rhinol. N. 11, 1931).

Autor przytacza 16 przypadków zwężeń przełyku dużego stopnia, powstałych przeważnie po otruciach ługiem. We wszystkich tych przypadkach uzyskał znaczne rozszerzenie światła przełyku dzięki swemu postępowaniu. Chorym, uprzednio poddanym gastrostomji, wprowadzał przez ezofagoskop w pozostałe światło przełyku wąski cewnik, który pozostawiał à demeure. Po pewnym czasie stosował za pomocą specjalnie skonstruowanych elektrod okrężną elektrolizę pod kontrolą ezofagoskopji. W większości przypadków konieczny był szereg takich posiedzeń.

J. T e n c e r.

KRIEGSMANN. Badania rentgenologiczne wyrostków sutkowych po przebytem zapaleniu ucha środkowego. (Zeit. f. Hals., Nas. u. Ohr., t. 29, z. 2 — 5).

Autor przeprowadzał badanie rentgenologiczne wyrost-

ków sutkowych osobników, którzy w pierwszych latach życia przechodzili zapalenie ucha środkowego. Po jednorazowym ropnem zapaleniu ucha środkowego, przebytem w 1. lub 2. roku życia stwierdza się na rentgenogramach wyrostka sutkowego dobrą pneumatyzację, niekiedy zaś niewielkie zahamowanie jej. Natomiast po częstych, przeważnie nieropnych zapaleniach uszu, wyrostki sutkowe wykazują silne zahamowanie pneumatyzacji. Istnieje zatem związek pomiędzy skłonnością do zapaleń ucha środkowego a słabym stopniem pneumatyzacji wyrostka sutkowego.

J. T e n c e r.

G. PORTMANN. Uwagi w sprawie leczenia zapalenia zakrzepowego zatoki poprzecznej i żyły jarzmowej. (Revue de laryngol. etc. N. 19, 1931).

W sporze, toczącym się w kwestji postępowania w przypadkach zakrzepowego zapalenia zatoki poprzecznej i żyły jarzmowej pochodzenia usznego, słuszność mają aktywiści. Leczenie posocznicy jako następstwa zapalenia wyrostka sutkowego powinno być bezwzględnie chirurgiczne, leczenie zaś środkami farmakologicznymi może odgrywać rolę czynnika pomocniczego. W posocznicy usznego pochodzenia nawet w przypadkach, kiedy ściana zatoki poprzecznej nie jest zmieniona, i krążenie krwi w niej nie zostało przerwane, należy leczyć chirurgicznie. W zależności od objawów trzeba dokonać albo tylko podwiązania żyły jarzmowej, albo prócz tego otworzenia zatoki poprzecznej lub opuszkę żyły jarzmowej, a nawet rezekcji żyły jarzmowej. Postępując w myśl tych zasad, autor nie zanotował w klinice laryngologicznej w Bordeaux w ciągu ostatnich 5 lat ani jednego zejścia śmiertelnego wskutek zapalenia zakrzepowego zatoki poprzecznej i żyły jarzmowej. Inaczej wyglądała statystyka autora wówczas, gdy postępowanie jego w posocznicy usznego pochodzenia było mniej radykalne.

J. T e n c e r.

O. MUCK. Jak opróżniono szczęśliwie głęboki ropień mózdzku pochodzenia usznego. (Zeit. f. Hals., Nas. u. Ohr., t. 28, z. 4).

Ropnie mózdzku, nawet w porę rozpoznane i opróżnione na drodze operacyjnej, niezawsze kończą się pomyślnie. Przyczyna tego tkwi w trudnościach zabezpieczenia dobrego odpływu ropy. Podczas gdy w ropniu płata skroniowego miejsce zwykłego otwierania ropnia znajduje się w jego dolnej ścianie, to w ropniu mózdzku miejsce to znajduje się u góry. Istnieje możność dobrego opróżnienia ropnia mózdzku, o ile zrobić przeciwotwór na płaszczynie karkowej kości potylicznej. Autor przytacza przypadek, w którym pierwotnie rozpoznawano zapalenie opon mózgowych, później zaś stwierdzono ropień mózdzku w pobliżu przewodu słuchowego wewnętrznego. Na rozpoznanie naprowadziły następujące objawy: ukośne trzymanie głowy, oczopląs, niedowład n. twarzowego i dodatnia próba adrenalinowo-zglębnikowa. Ropień udało się opanować jedynie dzięki temu, że dokonano otworu na powierzchni karkowej kości potylicznej i tą drogą opróżniano ropę.

J. T e n c e r.

Wskazówki praktyczne

M. Goldstein gorąco poleca stosowanie eteru w nieżytach oskrzeli, zwłaszcza ostrych, w postaci zastrzykiwań podskórnych przetworu Merc'a: *aether c. oleo olivcrum et psicain* w ampułkach. Zastrzykiwania robione były zarówno

osobnikom starszym, jak i dzieciom, nawet niemowlętom. W praktyce pediatrycznej zwykle wystarczały 4 zastrzyknięcia, rzadziej 5 — 6. Niemowlętom daje się 1/2 ampułki. U dorosłych kuracja trwa nieco dłużej. (Med. Welt. 1932 N. 16).

W schorzeniach gośćcowych i nerwobólach jad pszczoł w postaci przetworu *Immenin* (wiedeński instytut seroterapeutyczny) ma być, zdaniem G r ü n f e l d a, lekiem swoistym. Środek ten stosowany był śródskórnie w przewlekłym postępującym zapaleniu stawów, w goście przewlekłym bez specjalnego umiejscowienia, w zniekształcającym zapaleniu stawów, w ostrym goście stawowym, w rwie kulszowej, chorobie B e c h t e r e w a, w zapaleniach nerwów i nerwobólach, w migrenie i zapaleniu tęczówki — wszędzie z dobrym wynikiem. Liczba bąbli i ilość toksyny była stosowana indywidualnie, zawsze jednak stopniowo powiększana. Przeciwwskazaniem mają być: kiła, rzęzączka i gruźlica. (W. m. W. 1932, N. 8).

—o—

Brosedan, kombinacja bromu z drożdżami, ma być, według E. B l u m e n f e l d a, *wolny od niepożądanego działania ubocznego* obok całkowitego efektu bromowego. Szczególnie dobre wyniki daje w nerwicach serca i naczyń rozmaitego

pochodzenia, w nadciśnieniu przemijającym, zwłaszcza w okresie przekwitania, w presklerozech i przewlekłych stanach wyczerpania. (Med. Welt. 1932, N. 7).

—o—

A. F a b e r poleca nowy *środek znieczulający miejscowo Novutox* (fabr. W. B r' a u n — Melsungen), zawierający chinotoksynę i kwas benzoesowy obok nowokainy i adrenalinu. Stronę dodatnią stanowi jałowość, możliwość zastosowania w każdej chwili, szybkie i długotrwałe działanie i brak szkodliwego działania ubocznego. (Ztbl. Chir. 1932, N. 8).

—o—

S t e r n zwraca uwagę, że cały szereg *ostrych zapaleń gardła*, nie mających nic wspólnego z kiłą i błonicą, może dawać *dotadaini odczyn kiłowy*, nawet bez poprzedniego zastrzyknięcia surowicy. Odczyn kiłowy znika później sam przez się. (M. m. W. 1932, N. 15).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

CXLIX posiedzenie z dnia 9.I.1932.

Przewodniczył S z y m a n o w s k i.

P o k a z y:

1. I. K i p m a n o w a. *Przypadek psychopatii na tle padaczkowo-zwyrodnieniowym.*

J. S., lat 40 przybyła na oddział 3.X. 1931 r. z następującymi wywiadami: w dzieciństwie częste wysypki, zwłaszcza świeżące podczas burzy, sny o tle religijnym, napady sennosci w dzień. W 1920 r. pracowała w kantine żołnierskiej, na froncie, miała b. uciążliwą pracę. Wówczas — pierwszy napad kilkuminutowej utraty przytomności, bez drgawek, bez mimowolnego oddania pod siebie moczu i stolca i bez przygryzienia języka. Odtąd częste, nawet kilkakrotnie w ciągu dnia ataki do 1927 r. Poza tym w 1924 — raz chwilowe zaniemówienie, po paru godzinach mimowolne wypowiedzenie słowa „cholera“, a wieczorem tegoż dnia pierwszy napad drętwienia i drżenia w nodze prawej (od stopy do kolana), trwający parę minut, bez utraty przytomności. Od tego czasu do 1927 r. (z przerwą 8-omiesięczną w 1924 — 1925), ataki występują parę razy dziennie. Czasem, w nocy napady drgawek ogólnych również bez utraty przytomności. Z biegiem czasu jednak (1926 — 1927 r.) w atakach drgawek częściowych występuje drżenie, drętwienie zaś idzie w górę aż do głowy, obejmuje płaczkami różne części twarzy, języka i t. d., przyczem chora miewa zawrót głowy, jest lekko zamroczone i na parę chwil traci mowę. W tym okresie raz chora miała przez parę godzin jakieś dziwne uczucie, które ją pchało w kierunku okna. W 1927 r. po upadku wystąpiło silne drżenie prawej połowy ciała oraz wymioty i nudności. Następnego dnia poczuła skurcz wewnętrzny, idący od wnętrzości do gardła, trwający parę minut, a po pewnym czasie zaczęły jej się wyrzucać jakieś obce słowa: pula, kula, styka, Boże, tu, memo, bitte i t. d. Odtąd takie napady, zawsze poprzedzane kurczem wewnętrznym, powtarzały się kilka razy dziennie. Prócz tych, zjawiały się jeszcze i inne ataki, w których kurczyła się jej jednocześnie noga prawa w kolanie, a ręka prawa w łokciu, tak, że kolano dotykało łokcia, poczem chora zaczynała krzyczeć, naśladując zwierzęta domowe. Kurcz sam trwał parę minut — krzyki 1 — 2 g. Na jakieś 2 g. przed wystąpieniem ataku miewała kłucie w prawym boku. Te napady występowały też codziennie lub nawet kilkakrotnie w ciągu dnia. W lipcu 1927 r. w Szpitalu Dz. Jezus dokonano chorej przekucia lędźwiowego — poczem skurcze ustały, pozostało tylko mimowolne wypowiedzanie słów. Zeszłej zimy częste ataki ziewania. Od wiosny 1931 r. napady raptownego skracania szyi w stronę prawą z jednocześnie mimowolnym wypowiedzaniem słów, występujące do kilkunastu razy dziennie. Od niedawna osłabienie pamięci oraz trudność czytania (traci wątek). W anamnezie rodzinnej stwierdza się ataki utraty przytomności u jednej z sióstr chorej. Perjody od 15 r. życia, nieregularnie 2 razy, na miesiąc. Przy badaniu chorej stwierdza się następujące odchylenia od normy: w sercu nieczysty I ton na koniuszku; ze strony nerwów czaszkowych: oczopląs przy patrzeniu na boki, częste mruganie powiek; grymasy twarzy.

W kończynie dolnej prawej stałe ruchy fleksji dorsalnej palców stopy. Odruchy kg. normalne. Odruchy PR — kloniczne, otrzymują się z kości. AR — żywe. Odruchów patologicznych brak. Mowa: bardzo rozwlekła, stosunkowo do dużej liczby słów wypowiedzanych, uboga w treść, nieco afektowana. Psychika: chora jest zorientowana co do miejsca, czasu i otoczenia, zdaje sobie sprawę ze swej choroby. Jest bardzo religijna, uprzejma i uczynna aż do przesady, bardzo wrażliwa na cierpienia innych chorych. O samych atakach była mowa wyżej, należy tylko dodać, że sugestja nie wpływa na ich zatrzymanie, jednak można je do pewnego stopnia zahamować przez odwrócenie uwagi. Na same słowa nie wpływa uprzednie podanie jakiegoś tematu. Przy bardzo silnym natężeniu woli chorej może zatrzymać atak, sprawia jej to jednak przykrość, wyładowanie się w postaci ataku — przynosi ulgę. Podczas snu ataków brak.

Na żądanie samej chorej dokonano jej dwukrotnie nakłucia lędźwiowego, po którym odczuwała pewną ulgę.

Różniczkując wyłączamy: a) symulację (choroba trwa tyle lat w jednakowej formie, pacjentka nigdy nie wypadła ze swej roli — obserwowana nawet bez jej wiedzy; w danym przypadku symulacja niema celu — chora przez swą chorobę otrzymuje coraz gorzej płatne posady); b) histerię (brak stygmatów historycznych, brak nagłego początku choroby pod wpływem silnego wzruszenia, brak oddziaływania sugestji).

c) *Encephalitis lethargica* (brak wyraźnej śpiączki w anamnezie, oraz jakichkolwiek objawów poencefalicznych, jak maskowatości lub naoliwienia twarzy, drżenia, powolności ruchów, tyłopochylenia, objawu W e s t h a l a, antagonistów ślimotoku i t. d.); d) skurcz torsyjny (brak powolnego, ciągnącego charakteru skurczów, brak zajęcia mięśni kręgosłupa, obecność grymasów twarzy, zjawienie się choroby w wieku późniejszym, możliwość opanowania skurczów przy silnym napięciu woli i t. d.).

Stawiamy rozpoznanie psychopatii na tle padaczkowo-zwyrodnieniowym na zasadzie: a) pewnego obciążenia psychopatycznego (jedna z sióstr miewa ataki utraty przytomności-*vertigo?* *absense?*); b) na zasadzie objawów charakterystycznych dla padaczki, jak: napady chwilowej utraty przytomności, napady drgawek ogólnych lub połowicznych, te ostatnio z częściową utratą przytomności w rodzaju *absense*, napady zaniemówienia, sennosci, ziewania, rodzaju aury przed niektórymi napadami; c) na zasadzie pewnego charakteru specyficznego dla padaczki (mowa, religijność, przesadna grzeczność, uprzejmość i t. d.) oraz d) na zasadzie pewnej konstytucji predysponującej (wysypki, nieregularność perjodów, tiki twarzy, oczopląs, stałe ruchy fleksji dorsalnej palców prawej stopy, wzmożone odruchy PR i AR).

Oprócz objawów typowych dla epilepsji mamy w danym przypadku i objawy charakterystyczne dla *maladie des tics* (Gilles de la Tourette'a), ewentualnie dla neurozy natręctw (Zwangsneurose). Są to anormalne, raptowne i mimowolne skręty szyi, mimowolne wykrzykiwanie słów z pewnym nieznacznym odcieniem koprolalii (cholera), naśladowanie zwierząt oraz pewien przymus psychiczny, który objawiał się, co prawda, tylko raz jeden, jako impuls dojsca do okna. Cały szereg autorów (T e r e, M o r e a u, H e r p i n

i inni) widzi daleko idącą analogię między chorobą Gilles de la Tourette'a i neurozą natręctw, jak również między temi jednostkami chorobowymi — a epilepsją (napadliwość i mimowolność objawów, tło psychopatyczne). Cytują oni przypadki, w których przez długie lata występowały tylko objawy choroby tików, a dopiero znacznie później typowe napady epileptyczne. Jeśli więc mówić o chorobie des tics w przebiegu epilepsji, to sprawy tej nie należy traktować jako odrębnej jednostki chorobowej, a tylko jako jeden z objawów epilepsji. Odwrotnie, tylko wtedy mówimy o epilepsji, gdy w przebiegu choroby tików występują i inne typowe objawy epilepsji, jak to ma miejsce w danym przypadku.

Reasumując, mamy tu do czynienia z ciekawym obrazem chorobowym, w którym u osobnika o podłożu psychopatycznym parę różnych zespołów chorobowych genetycznie i symptomatycznie miesza się z sobą, tak, że ścisłych granic między niemi ustalić nie jesteśmy w stanie (streszczenie własne).

2. H. Higier. *Przypadek choroby des tics convulsifs et impulsifs czyli choroby Gilles de la Tourette'a.*

20-letni młodzieniec z rodziców neuropsychopatycznych. Od 8-go roku życia stopniowo rozwijające się objawy tików, na początku w obrębie twarzy (tic localisé), obecnie rozsiągniętych w dziedzinie nerwów czaszkowych (tic général), przeważnie natury mimicznej i fonacyjno-artykulacyjno-respiracyjnej, jak wysadzanie języka, krzywienie twarzy, wyszczerzanie zębów, mrużenie, rozwieranie powiek, gwizdanie, czkanie, dmuchanie, produkowanie dźwięków swoistych i niesamowitych (lizania, ssania, chrząkania, odbijania, beczenia, cmokania, mlaskania, skwkania, płucia).

Przy pracy gorzej się czuje. Gdy przypomina sobie ruch, to go wykonywa. W towarzystwie umie hamować częściowo swe ruchy. Ostatnio tiki obejmują i mięśnie szyi (skręcanie głowy), rąk (skubanie, głaskanie włosów, paluszkowanie nosa, uderzanie się w policzek), nóg (podrzucanie stopy, unoszenie uda i brzucha, danse du ventre).

Obok tej choroby des tics convulsifs z ruchami mimowolnymi i stereotypowymi — objawy choroby des tics impulsifs w postaci przymusowych, natrętnych i niepomahamowanych myśli, wyobrażeń i czynności, jak powtarzanie wielokrotnie pewnych własnych i obcych ruchów i wyrazów (*echokinesis*, *autolalia*, *echolalia*), wprowadzanie ręki do ust, do oczu, produkowanie głośne pewnych niezrozumiałych słów (pszy, kwacz, pszczacz), rzadziej *coprolalia*, ostatnio coraz częstsza, polegająca na powtarzaniu głośno wyrazów sprośnych, nieparlamentarnych (draniu, pieski synu, poszoł won). Stany lękowe (*taedium vitae*), przemijające idee samobójcze.

Inteligencja zachowana zupełnie, samokrytycyzm nietknięty, objawów hysterji i konstytucji autosuggestywnej zawsze brakło, idee naturalne, wprawdzie ledwie uchwytne, nigdy natury urojeniowej, paranoidnej.

Wszelkie leczenie było dotąd bezskuteczne, farmaceutyczne i psychiczne, w domu i w klinice. Za pomocą autotresury psychomotorycznej w dziedzinie hamowania odruchów zwykłych, afektywnych i obronnych (t. zw. Hemmungsgymnastik) Higier widział raz wybitną poprawę u chorej, demonstrowanej przed wielu laty w Warsz. Tow. Lek.

Leczenie psychoanalizą było u chorego dwukrotnie próbowane bez skutku. Hipoteza o infantylnych przeżyciach seksualnych u wszystkich chorych z tikami jest dotąd niedowiodzona.

Naogół choroba ta, opisana klasycznie przez Gilles de la Tourette'a ze szkoły Salpetrière, należy do nader ciężkich i przewlekłych i niema nic wspólnego z hysterją. Widuje się ją u nas rzadko, u ludów pierwotnych częściej. Weterynarze obserwowali podobną chorobę tików u niektórych zwierząt (nieźwiedź, kozioł).

Neurologi krajów egzotycznych opisywali u pewnych ludów pierwotnych pozornie epidemiczną, psychicznie zaraźliwą postać tej nerwicy psychomotoryjnej w postaci: Jumpingu południowo-amerykańskiego, Latma malajskiej, Imubacco japońskiej i Meriaczenia wschodnio-syberyjskiego.

Czy średniowieczne epidemie płasania całych wsi miały coś wspólnego z tą chorobą, trudno orzec.

Przypuszczenie zachorzenia *striopallidum* w danym przypadku jest bezpodstawne, jak również *encephalitis chronica*, którą suponują niektórzy autorzy niemieccy. Jest to typowa odmiana endogennej psychoneurozy, podobno tu i owdzie według Oppenheim'a i Charcot'a uleczalnej (streszczenie własne).

W dyskusji Z. Bychowski stwierdza, że o choroby des tics można było dużo mówić. Nie jest ona tak rzadka, jak się mówi, gdyż tutaj podczas jednego wieczoru demonstrowano aż dwa przypadki takie. Chorobę Gilles de la Tourette'a, uważa za przewlekłą postać *encephalitis*; objawy

postencefalityczne, choroba Parkinsona żywo ją przypominają. To samo było ongi ze skurczem torsyjnym, który uważano przez długi czas za nerwicę, a obecnie znaleziono dla niego podłoże anatomiczne. Chory mógł przeżyć zakażenie, na które nie zwrócił większej uwagi, a które zaatakowało ośrodkowy układ nerwowy, a to doprowadziło do powstania choroby des tics.

W odpowiedzi H. Higier uważa, że jest to jedna z teoryj powstawania choroby des tics, ale nie ma ona dotąd pewniejszych podstaw, ani uzasadnienia.

Odczyt:

J. Węgierek. *O nerwicach vegetatywnych z punktu widzenia medycyny wewnętrznej.*

Prelegent omówił znaczenie układu vegetatywnego w rozmaitych schorzeniach oraz uczynił przegląd prób czynnościowych, stosowanych celem stwierdzenia stanu napięcia i pobudliwości układu vegetatywnego. Prelegent doszedł do wniosku, że zarówno próby czynnościowe, wynikające z koncepcji Eppingera i Hessa, jako też z koncepcji Danielopolu — Carniola, nie można narazie uważać, jako próby o wybitnym znaczeniu kliniczno-praktycznym. Podział chorych na wagotoników, sympatykotoników, amfotoników i t. d. nie daje klinicyście wyraźnych wskazań do postępowania leczniczego. W dalszych swych wywodach prelegent zwrócił uwagę na niektóre, ważniejsze nerwice vegetatywne, a mianowicie: obrzęk Quinckego, pokrzywkę (*urticaria*), nerwice żołądkowo-kiszkowe, napadowy głód i t. d., i omówił objawy kliniczne oraz leczenie powyższych schorzeń.

Naświetlanie śledziony promieniami Roentgena ma, według prelegenta dodatni wpływ leczniczy na powyższe cierpienia. Badania prelegenta potwierdzają fakty, zdobyte przez innych autorów, że pod wpływem naświetlania śledziony prom. X zjawia się we krwi długotrwała *calcinaemia*. Prelegent sądzi, że zwiększanie się wapnia we krwi u tych chorych jest przyczyną poprawy ich stanu.

W dyskusji zaznacza H. Higier, że nauka o wagotonji i sympatykotonji jest niewiele warta. W rzeczywistości niema wagotoników, ani sympatykotoników, wobec czego stworzono pojęcie „amfotoników”, ale i to nie jest słuszne. Na obwodzie niema nerwu błędnego, niema więc antagonisty nerwu współczulnego. Pojęcia napięcia i pobudliwości elementów nerwowych nie są identyczne. Wobec tego, że cała teoria o wagotonji i sympatykotonji nie ma pewnych podstaw, nie wolno wyciągać z niej wniosków leczniczych. Wyraża zdziwienie, że prelegent pominął tak często spotykane nerwice sercowe, ostre obrzęki angioneurotyczne. Nie wyobraża sobie, by w ostrym napadzie jakiegoś cierpienia można było naświetlać śledzionę. W pokrzywce i innych cierpieniach anafilaktycznych stosował z dobrymi wynikami mieszanie kalomelu, kamfory i benzonaftolu. Tylko *colitis membranacea* z eozynofilią jest nerwicą. Prelegent nie dał korekty teorii wagotonji i sympatykotonji. Korektę taką daje W. H. H. w swych badaniach nad odczynami roślinnymi w nadciśnieniu. Prelegent nie wspominał o gorączce, która wywołuje szereg objawów vegetatywnych, jak: bladeść, dreszcze, poty itd.; pominął również chorobę Raynauda, erytromelalgję, akrocjanozę itd. W dusznicę bolesną z rozpoznaniem jej postaci nerwowej i stawianiem w związku z tem dobrego rokowania należy być bardzo ostrożnym. W częstoskurczu napadowym, w którym nic nie pomagało, wystarczało czasem uderzenie w piersi, aby przerwać napad.

Z. Bychowski proponuje odrzucenie terminu „nerwicy vegetatywnej”, właściwsza byłaby nazwa „sympatozy” (analogicznie do wprowadzonego przez Flatau'a terminu *sympatixitis*). Zapytuje, czy prelegent stosował w leczeniu ostrych obrzęków preparaty przytarczyczne, które zaleca się ostatnio w leczeniu wrzodu żołądka, uważanego również za nerwicę vegetatywną; mobilizują one wapń, podobnie jak naświetlanie śledziony. Osobiście nie widział nigdy dodatnich wyników.

S. Higier stwierdza, że prelegent poruszył najrozmaitsze zagadnienia. Naogół niema takiego pesymizmu w stosunku do układu vegetatywnego, ani do prób farmakodynamicznych. Próby te mogą mieć również znaczenie praktyczne. To, o czem mówił prelegent, nie było nerwicami. Nerwicową sprawą jest ta, która nie jest organiczna i ma etiologję psychopochodną. Stany anafilaktyczne nie są wprawdzie organiczne, ale nie mają etiologji psychopochodnej, nie są więc nerwicami. W powstawaniu nerwic vegetatywnych odgrywa dużą rolę tło konstytucyjne — mniejsza wartościowość, stygmatyzacja osobnika z nerwicą vegetatywną. Osobnik taki inaczej odpowiada na bodźce, niż osobnik bez zmian w pobudliwości układu roślinnego. Układ vegetatywny jest wyczerpalny, a to wyczer-

panie jego może prowadzić do katastrofy. Praktyczne wnioski z prób farmakodynamicznych pozwalają wykryć lekkie stany basedowoidalne (nadmierne napięcie układu współczulnego) oraz stany parkinsonowskie (reakcja wagotoniczna). Nerwica napadowego uczucia głodu (*hypoglykaemia spontanea paroxysmalis*) nie zależy od poziomu cukru we krwi.

H. J. L a n d a u uważa za swój obowiązek stanąć w obronie pokrzywdzonych przez prelegenta H e s s a i F a l t y, których był uczniem. Prelegent mówił o pracach H e s s a z przed lat 20, a ze słów jego wynikałoby, że H e s s starał się pominąć fakty, sprzeczne z jego pierwotną teorią wagotonii i sympatykotonii. Tymczasem H e s s w nowszych swych pracach zmodyfikował swoje pierwotne poglądy: odczyn wagotoniczny lub sympatykotoniczny danego narządu zależy nie tylko od stanu napięcia układu roślinnego danego osobnika, ale i od stanu tego narządu. Mówiąc o uczuciu głodu i o jego podłożu — hipoglikemii, prelegent nie wspominał ani słowem o pracach F a l t y i jego szkoły (D e p i s c h, H ö g l e r i inni), którzy przecież, opierając się na hipoglikemii, objawiającej się głodem, wprowadzili insulinę i śniadania cukrowe, jako metody kuracji tuczającej. Nie zgadza się z poglądem prelegenta, że nerwice narządowe są zbyt rzadko rozpoznawane i uważa, że raczej zbyt często, co wynika z niedokładnego badania chorych. Rozpoznanie nerwicy wolno postawić dopiero wtedy, gdy po wykonaniu wszelkich znanych metod badania klinicznego można wyliczyć wszelkie sprawy organiczne. W przypadku bólów brzucha i wymiotów, cytowanym przez prelegenta, należało wykonać nie tylko owdczyn W a s s e r m a n n a dla wyłączenia *crises gastriques*, ale przynajmniej jeszcze badanie treści żołądkowej li rentgenowskie dla wyłączenia wrzodu żołądka, zanimby się postawiło rozpoznanie nerwicy żołądka. Pokrzywki nie można uważać za nerwicę li tylko dlatego, że się ją widuje w przebiegu nieżyty kisk grubych; bywa ona i w zaparciu nawykowym, którego się nie uważa za nerwicę. Zresztą, powstawanie pokrzywki w tych razach możnaby tłumaczyć w inny sposób: uszkodzoną w tych przypadkach błoną śluzową jelit przepuszcza niezupełnie rozszczerzone produkty białka, które, dostając się do krwiobiegu, wywołują stan uczulenia. W analogicznych przypadkach widuje się czasem dychawicę oskrzelową, która się uspokaja po wyleczeniu sprawy jelitowej.

K a r b o w s k i mówi o napadowych bólach głowy i zmianach w uchu na tle nerwicowym; u osób takich stwierdza się czasem przemijającą nierówność źrenic. Po poprawieniu się stanu ogólnego ustępują bóle głowy, objawy błędnikowe, znika nierówność źrenic.

W odpowiedzi W ę g i e r k o mówi, że dobry efekt uderzenia w klatkę piersiową w częstoskurczu napadowym możnaby tłumaczyć w ten sposób, że uderzenie to jest odczynem wagotonicznym, podobnie jak ruchy wymiotne, parcie itp. Zgadza się ze zdaniem, że termin „nerwica” nie jest właściwy. Nie badał zawartości wapnia we krwi po podawaniu preparatów przytarczycznych. Jest rzeczą oczywistą, że naświetlanie śledziony nie przynosi momentalnej poprawy. Przerabiał próby farmakodynamiczne w chorobie B a s e d o w a, ale nie doszedł do jednolitych wyników i uważa je za zbędne. Wie o tem, że E p p i n g e r i H e s s zmienili w ciągu 20 lat swe poglądy. Napadowy głód w okresie przekwitania polega na hipoglikemii. Tuczenie insuliną polega jedynie na zatrzymywaniu wody.

CL Posiedzenie z dnia 23 stycznia 1932 r.

Przewodniczył S z y m a n o w s k i.

P o k a z y:

1) D. H e l l i n. *Fokaz przypadków operacji plastyki nosa* nie mógł się odbyć z powodu zepsucia się aparatu projekcyjnego.

2) G. B y c h o w s k i. *Przypadek hypothyrecsis levisima*. Chłopiec lat 11, którego wywiady rodzinne są bez znaczenia, został skierowany do Poradni Pedologicznej na skutek trudności w nauce, które nagle wystąpiły. Chłopiec zdradzał ociężałość, ospałość, apatię, zahamowanie czynności intelektualnych. Badania nie wykazały żadnych czynników psychorodnych, które stan ten mogłyby spowodować. Badanie cielesne zmian nie wykazało, w szczególności brak objawów ze strony układu nerwowego i skóry. Badanie podstawowej przemiany materii wypadło prawidłowo, jak również zdjęcie czaszki. Dokładniejsze badania psychologiczne, przeprowadzone za pomocą całego szeregu testów, wykazały wybitne zaburzenie wyższych czynności intelektualnych, upośledzenie czynności kojarzeniowej, kombinacyjnej i wnioskowania. Pomimo braku objawów somatycznych hipotyreozy, B. rozpoznał lekki stopień tej niedomogi, który przejawiał się wyłącznie w zaburzeniach psychicznych. Terapia gruczołowa potwierdziła w zupełności to rozpoznanie, dając w krótkim czasie doskonałe wyniki. Zdaje się, że chłopiec

będzie musiał co jakiś czas otrzymywać tyreoidynę, gdyż obecnie po kilku miesiącach znów nastąpiło pogorszenie. B. omawia szczegółowo znaczenie teoretyczne i praktyczne przypadku. (Streszczenie własne).

3) G. B y c h o w s k i. *Przypadek padaczki pourazowej*. 20-letni mężczyzna został uderzony 1917 r. przez konia w głowę w okolicy prawych zwojów centralnych. Wystąpił niedowład spastyczny lewej połowy ciała. W 1918 roku operowany przez R a u m a. W parę lat później nastąpiły napady padaczkowe, stan kończyn nie uległ poprawie. W 1920 roku chory, który w międzyczasie przebywał na oddziale dr. F l a t a u a, został operowany przez dr. S o ł o w i e j c z y k a (*excisio* chorych części kory). W 1930 roku dr. P i w k o dokonał na chorej kończynie górnej operacji S t o f f l a w celu poprawy przykurczu. Ten ostatni zabieg dał jedynie chwilową poprawę, natomiast zabieg mózgowy dał wybitną poprawę co do napadów padaczkowych, które przedtem chory miewał nie raz do paru razy tygodniowo, które obecnie miewa zaledwie parę razy do roku. B. omawia możliwości lecznicze padaczki, opracowane ostatnio zwłaszcza przez F o e r s t e r a i jego szkołę. Często dopiero po zabiegu operacyjnym wykazują swoje działanie zwykłe środki przeciwpadaczkowe, które przedtem zawodziły. Prócz tego u chorego pokazuje B. wybitne odruchy szynne. Omawia ich znaczenie, patogenezę i lokalizację. (Streszczenie własne).

W dyskusji zaznacza P i w k o, że drugiego pacjenta skierowano do niego z zapytaniem, czy nie udałoby się usunąć choremu przez zastosowanie aparatu ciężkiego typowego przykurczu kończyny górnej. P i w k o zaproponował wykonanie operacji S t o f f l a, co zostało zaaprobowane. Operacja S t o f f l a ma na celu usunięcie spastycznych przykurczów w porażeniach połowicznych i diplegiach. W porażeniach spastycznych włókna mięśniowe są niezmienione w swojej czynności życiowej, przeciwnie, praca ich wydaje się raczej wzmożona ponad potrzebę. Mięśnie pozostają w stałym podrażnieniu odruchowym, przyczem grupy mięśniowe filogenetycznie starsze mają znaczną przewagę. Zginacze i nawracacze kończyny górnej są w stałym przykurczu i przeciwstawiają się działaniu antagonistów. Aby usunąć przykurcze i przywrócić równowagę pomiędzy antagonistami, co jest konieczne dla normalnej czynności kończyny, należy, według S t o f f l a, osłabić bodźce, płynące do spastycznie przykurczonych mięśni i osłabić ich energję. W tym celu wycina się odpowiednie części z nerwów ruchowych. Na kończynie górnej najbardziej dokuczała dla pacjenta jest stała pronacja i zgięcie dłoni i palców. Pod względem nerwowym istnieje tutaj przewaga nerwu pośrodkowego nad promieniowym. Z nerwu pośrodkowego wycina się przeto gałązki, idące do mięśnia zginacza nadgarstka promieniowego, nawracacza obłego, dłoniowego długiego oraz do zginaczy palców powierzchownego i głębokiego. Po dokładnem ich wypreparowaniu usuwa się $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ z ich przekroju. Następnie wycina się z nerwu łokciowego gałązki dla mięśnia zginacza nadgarstka łokciowego. Po dokonaniu operacji stan chorego o tyle się poprawił, że przykurcze uległy całkowitemu zwolnieniu; stan ten należało traktować jako kosmetycznie zadawalający, czynnościowo zaś za bezwynikowy. Chorego skierowano po zabiegu operacyjnym na oddział leczenia fizykalnego. W międzyczasie jednak pacjent zachorował i zaniedbał leczenia fizykalnego. Od owego czasu P. pacjenta do chwili obecnej, t. j. przez 10 miesięcy, nie widział. W tym okresie chory nie leczył się, ani nie zaopatrzył się w aparat ortopedyczny, wobec czego nastąpił nawrót. Należy jednak stwierdzić, że przykurcze nie przyjęły już takich rozmiarów, jak przed zabiegiem, są mniej sztywne i dają się z łatwością prostować. (Streszczenie własne).

H. H i g i e r uważa pierwszy przypadek za ciekawy ze względów praktycznych. Słabość umysłowa poprawiła się tutaj pod wpływem podawania tyreoidyny. Należałoby wyliczyć tutaj zaburzenia psychiczne pochodzenia porodowego lub urazowego. Poronny obrzęk śluzakowaty jest rzadki, był opisywany przez S ä n g e r a. W przypadkach podobnych należy stale podawać preparaty tarczycy. Cytuje przypadek niedorozwoju tarczycy, leczony operacyjnie przez K o c h e r a, który wszczepił choremu tarczycę; po pewnym jednak czasie działanie wszczepionej tarczycy ustało, i wystąpiły objawy upośledzenia czynności psychicznych. Jeśli chodzi o przypadek drugi, poprawy w takiej padaczce są niestale. Cytuje spostrzeżany przez siebie przypadek padaczki po ostrym zapaleniu mózgu, gdzie też powstały przykurcze. W przypadku tym operacja S t o f f l a pozostała zupełnie bez wyniku, operacja S p i t z y e g o dała kilkomiesięczną poprawę, wskutek czego wykonano operację F ö r s t e r a (*radicotomia posterior*), po której poprawa trwała też zaledwie kilka miesięcy. Odradza pacjentom z atetozą leczenie operacyjne, gdyż nie daje ono

nigdy stałych wyników, ponieważ stosunki w jądrach podkorowych są niestale, ulegają ciągłym zmianom. W ustabilizowanych porażeniach leczenie operacyjne może dać dobre wyniki.

O d c z y t :

1) L. A n i g s t e i n. *O grupie chorób wysypkowo-durowych.* (Wydrukowane w „Warsz. Czas. Lek.”).

W dyskusji S z y m a n o w s k i zwraca uwagę na fazę, w jaką wchodzi obecnie epidemjologia. Stoi ona na tem stanowisku, że zarazek każdej choroby musi istnieć poza chorzy. W grupie chorób wysypkowo-durowych zarazki są przenoszone przez owady kolące. Zarazek musi jednak istnieć i poza przenosicielami, aczkolwiek jest rzeczą naturalną, że przenosi-ciele stanowią rezerwuuar zakażenia. Ci naturalni przenosi-ciele nie muszą jednak koniecznie chorować na daną chorobę, co potwierdziły badania nad grupą schorzeń wysypkowo-durowych. Metody zwalczania chorób zakaźnych nie polegają na wysłedzeniu ludzi chorych i nosicieli, nieważne jest wykrycie pierwszego chorego, najważniejsze jest ujawnienie przenosi-cieli i znalezienie rezerwuaru zakażenia. Niezawsze jednak nowe badania prowadzą do zmiany metod zwalczania zakażenia. Osobiście nie jest zwolennikiem zwalczania chorób zakaźnych metodami szczepionkowymi.

W odpowiedzi stwierdza A n i g s t e i n, że żywiciel (przenosi-ciel) może się zaadaptować do zarazka, tak, że z biegiem czasu przestaje zapadać na chorobę, wywołowaną przez zarazek. Wszy się zaadaptowały do zarazka duru plamistego, kleszcze nie są również wrażliwe na zarazek durowy. Szczury nie chorują na dur, co wskazuje na to, że są one starym rezerwuarem duru. Akcja sanitarna rozwija się niezależnie od wykrycia rezerwuaru duru plamistego, nie zmieniło ono zasady zwalczania wszy.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Pediatrycznego w Paryżu z dnia 15 marca 1932 (Paris Méd. N. 16, 1932), pokazywali N o b é c o u r t, L i è g e i G r o d n i t z k y przypadek *hemogenji z niepoddającymi się leczeniu krwawieniami z nosa u 11-letniej dziewczynki*; dopiero po wycięciu śledziony nastąpiło bezzwłoczne ustanie krwawień. Autorzy kładą nacisk na fakt, że splenektomia uratowała dziecko od śmierci, która wydawała się nie do uniknięcia w krótkim czasie z powodu krwotoków i niedokrewności, będącej ich skutkiem. Zaznaczają oni jednak, że nie można tutaj mówić o zupełnem wyleczeniu hemogenji przyczynowej.

Na posiedzeniu Akademji Lekarskiej w Paryżu z dnia 12 kwietnia 1932 r. (Paris Méd. N. 17, 1932) mówił J. L. F a u r e o *wynikach odległych wczesnych operacji raka szyj macycy*. Referent był przed 35 laty jednym z pierwszych, którzy rozpoczęli walkę z rakiem macycy. Podaje on wyniki swych wysiłków, aby wykazać, że ten rak, który uchodził ongi za nieuleczalny i był nim w istocie, stał się obecnie najbardziej ule-

czalny ze wszystkich. W „dobrych przypadkach”, leczonych we właściwym czasie, t. j. w ciągu pierwszych 2 — 3 miesięcy, całkowite wyleczenie w I serii przypadków, datującej się z przed kilku lat, wynosiło 83%, w II serii, nieco późniejszej — 96%. Ogół obu seryj daje przeciętną = 91%. W obu seriach na 46 operowanych 2 zmarły (4,34%), 2 operowane stracono z oczu, należy je wyliczyć; na 42 pozostałe operowane były 2 nawroty (4,54%) i 50 wyleczeń zupełnych (90,90%). Takie są wyniki, które kiedyś uważano za niewiarogodne. Lecz wyniki takie można osiągnąć tylko w „dobrych przypadkach”, a te, niestety, stanowią zaledwie piątą część operowanych i tylko siódmą część spostrzeganych przypadków. Pozostałe przypadki — średnie, złe, nieoperacyjne, — wynoszące $\frac{6}{7}$ chorych, stanowią domenę radu. Jest jeszcze zbyt wiele kobiet, które się zapóźno zjawiają u lekarza.

Koniecznem jest, aby o tych dobrych wynikach byli wszyscy poinformowani. Dążyć należy do tego, aby chore były jaknajwcześniej operowane. Do zrobienia jest tutaj jeszcze bardzo dużo. Można twierdzić, że, gdy wychowanie ogólne chorych i lekarzy pozwoli doświadczonym chirurgom operować chore we właściwym czasie, t. j. w ciągu pierwszych 2 — 3 miesięcy, to straszne niegdyś schorzenie będzie prawie zawsze uleczalne.

Na tem samem posiedzeniu (Paris Méd. N. 17, 1932) mówił Mare T r o u d e o *posocznicy, wywołanej przez łańcuskowce hemolityczne i wyleczonej surowicą przeciwpaciorkowcową* prof. V i n c e n t a. Referent podaje spostrzeżenie, dotycząc 22-letniego mężczyzny, dotkniętego posocznicą łańcuskowcową niewiadomego pochodzenia (możliwa angina), powikłaną jednostronnem zapaleniem płuc. Wysoka gorączka o charakterze stałym, stan ogólny bardzo ciężki. Posiew krwi okazał się dodatni. Rozpoczęto natychmiast zastrzykiwania surowicy przeciwpaciorkowcowej V i n c e n t a zrazu wśródżylnie (100 cm.³), później wśródmięśniowo w dawkach malejących. Na piąty dzień gorączka definitywnie spadła, zapalenie płuc stopniowo znikło, a posiew ze krwi stał się stopniowo ujemny. Wyleczenie odbyło się bez żadnych następstw.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Szpitalnych w Paryżu z dnia 15 kwietnia 1932 r. (Paris Méd. N. 17, 1932), mówili M. P i n a r d i i C o r b i l l o n o *znaczeniu rozpoznawczem i prognostycznym moczenia się*. Referenci znajdują kiłę wśród rodziców i dziadków moczących się w 75% przypadków. Poza swem dużem znaczeniem dla danego osobnika moczenie się bywa często objawem, poprzedzającym ciężkie zaburzenia nerwowe, jak padaczka.

Jeszcze ważniejszy jest fakt, że potomstwo moczących się jest ciężko narażone; wobec tego należy uważać to moczenie się jako objaw utrzymującej się kiły czynnej poważnej dla osobnika dotkniętego, a jeszcze poważniejszej dla jego potomstwa i dla potomstwa jego krewnych. Energiczne leczenie przeciwikiłowe powinno być rozpoczęte i systematycznie prowadzone; poza rzadkimi wyjątkami, daje ono bardzo ładne wyniki w postaci wyleczenia chorego, zapobiegania wystąpieniu u niego późniejszych powikłań nerwowych, dla profilaktyki u jego potomstwa.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Ze Stacji Opieki nad dzieckiem i matką b. Z. A. „Pocisk”, obecnie Wojsk. Zakł. Pirotechn.

(Kierownik Stacji Opieki: dr. med. Bolesław P. M u s z k a t b l a t).

3 lata działalności.

P o d a ł

Bolesław P. MUSZKATBLAT (Warszawa).

Dobiegający końca trzeci rok istnienia Stacji upoważnia do poczynienia szeregu zestawień, wniosków, uwag, jako wyniku pracy organizacyjnej i społeczno-profilaktycznej. Mało mamy publikacyj na temat pracy, wykonywanej na tym całkiem nowym terenie, zresztą, jesteśmy jeszcze ciągle w okresie poszukiwań najlepszych sposobów urzeczywistnienia obojętnej ustawy i zrealizo-

wania postulatów nowoczesnej idei w medycynie zapobiegawczej.

Ustawa z dn. 2. VII. 1924 r., traktując o ochronie macierzyństwa, w art. 15 pkt. 2 realizuje swoją ideę przez zaprowadzenie w Zakładach pracy narazie lotnych stacji opieki nad matką i dzieckiem, dążąc do zakładania żłobków, jako punktu końcowego. Ustawa przewiduje, że w warunkach dzisiejszych, ciężkich ekonomicznie, nawet większe zakłady przemysłowe nie mogą już uruchomić właściwego żłobka, gdyż jest to związane z bardzo wielkimi kosztami, i dlatego też, licząc na lojalność i dobrą wolę zakładów, zadawała się n a r a z i e uruchomieniem dobrze zorganizowanych stacji opiekuńczych. Głównem zadaniem takiej lotnej stacji opieki nad matką i dzieckiem jest stworzenie dzieciom pracownic, zatrudnionych w zakładzie, i pozostawionym w domu w czasie pracy matki — warunków, jaknajbardziej sprzyjających ich rozwojowi, otoczenie ich opieką i utrzyma-

nie ścisłego kontaktu z matką w celu uświadomienia i pouczenia jej o higienie karmienia i racjonalnem wychowaniu niemowlęcia.

W bardzo obszernie opracowanej instrukcji podane jest, że celem zaznajomienia matek z rodzajem opieki, roztaczanej nad ich dziećmi, i zachęcenia matek do współpracy z pielęgniarką należy przeprowadzić umiejętną akcję propagandową. Program takiej akcji przewiduje wygłaszanie ogólnych pogadek na zebraniach matek, mających niemowlęta i drobne dzieci.

Lotna stacja obejmuje niemowlęta do 15-go miesiąca życia, jakoteż matki ciężarne, polecając roztoczenie pozatem opieki także i nad dziećmi starszemi — wieku zabawy i przedszkolnego do 7-go roku życia, t. j. do chwili wstąpienia do szkoły powszechnej. Organizacyjnie lotna stacja opieki ma bardzo rozległe cele i zadania, i obowiązkiem lekarza jest okresowe dokładne badanie dzieci, udzielanie niezbędnych wskazówek, dotyczących postępowania z dzieckiem, ordynowanie mieszanek mlecznych dla dzieci i udzielanie porad w stanach chorobowych dzieci i matek ciężarnych. Głównie zwraca się uwagę na choroby konstytucyjne i przewlekłe (krzywica, skaza wysiękowa, skaza limfatyczna, anemja itd.), choroby żołądkowo-jelitowe, pozatem inne choroby łżejsze i niezakaźne.

Zadaniem opieki nad pracownicami ciężarnymi jest obserwacja ciąży do czasu jej naturalnego rozwiązania, t. j. do porodu. Przyjęcia matek takich polegają na badaniu ogólnem (stan serca, płuc, nerek) i specjalnem — i w tych przypadkach lekarz stacyjny udziela wskazówek, dotyczących ogólnej higieny ciąży.

Stacja wydaje matkom wyprawki dla niemowląt, składające się z pieluch, koszulek, ceraty, kołderki, poduszek, prześcieradeł, powłoczek, sukienek, ręczników, mydełnic, śliniaczków itd. Wyprawka taka stanowi własność dziecka i może być użyta tylko dla dziecka, dla którego została przeznaczona, i pozostaje pod kontrolą pielęgniarki stacyjnej.

Ważną rolę spełnia na stacji pielęgniarka, która prowadzi dokładny wykaz dzieci w wieku, przewidzianym instrukcją, wykaz dzieci, potrzebujących opieki specjalnej, a więc zaniedbanych w opiece, obarczonych dziedzicznie (alkoholizm, kiła, gruźlica, obciążenie nerwowe i psychiczne itd.), niezależnie od kart indywidualnych, kart odwiedzin domowych.

Jak widzimy z powyższego pobieżnego szkicu, opieka nad dzieckiem i kobietą ciężarną jest zakrojona dość szeroko, i jeżeli idea ta znajdzie należyte zrozumienie w zarządach zakładów pracy, może odegrać bardzo wielką rolę w dziele polityki ludnościowej, może stać się podwaliną szerokiej akcji populacyjnej, prowadzonej środkami społecznymi, odciążając państwo od ciężarów na opiekę społeczną.

Mając tedy taki program instruktywny, stacja nasza opracowała sobie własny program wewnętrzny, syntetyczny, obejmujący całokształt pracy na stacji z uwzględnieniem możliwie daleko idących ulepszeń, uproszczeń urzędowania i pracy, tembardziej, że praca odbywa się, że tak powiem, na dość dużym terenie, gdyż matki zapicane zamieszkują okolice fabryczną w promieniu 10—12 kilometrów. Liczyliśmy się zatem z trudnościami lokomocyjnymi przy wykonywaniu wywiadu i odwiedzin. Tak zwany program medycyny zapobiegawczej, realizowany przez kierownika lekarza stacji, przeprowadzony został drogą pouczeń poglądowych, wyjaśnień i ilustracji indywidualnie, przyczem przekonaliśmy się, że pogadanki, wygłaszane wobec większej grupy matek,

nie osiągają oczekiwanego efektu (niespokojne zachowanie się, szepty, niepokoje, śmiechy, rozmowy), natomiast pouczenie, dane w gabinecie lekarskim osobno, wzgl. w mieszkaniu matki, przez pielęgniarkę, dawało znacznie lepsze wyniki w konsekwencji. Zrezygnowaliśmy przeto z gromadnych pogadek, przechodząc na tory rozmów jednostkowych. Żadne plakaty, ulotki, książeczki popularne nie zastąpią żywego słowa z odpowiednio przekonywającymi przykładami z życia codziennego, z powoływaniem się na wyniki u sąsiadki, u której itd. itd.

Tematem rozmów z matkami lub opiekunami (siostrą, babką, ciotką itp.) zawsze były sprawy, dotyczące nie tylko sposobu chowania dziecka, jego pielęgnowania, żywienia itd., ale nawet sprawy więcej rodzinne, aby tem lepiej się zorientować co do warunków domowych i otoczenia. W tych rozmowach ton naogół panował dość zażyły, serdeczny — aby tembardziej przywiązać do stacji.

Jeżeli idzie o ogólne zasady organizacji i działalność, to stację tę prowadzimy nie jako ambulatorjum, którego zadaniem jest leczenie dzieci, lecz jako poradnię, stawiającą sobie za podstawowy cel — radzić. A więc rady, dotyczące żywienia: stwierdzić, czy ilość pokarmu jest dostateczna, czy dziecko nie jest głodne, czy należy je dokarmiać i czym, jak pielęgnować w obecnych warunkach domowych; zasady higieny, a więc o potrzebie stosowania kąpeli, o potrzebie wychodzenia na powietrze. Tu należy uczynić uwagę, że pomimo tego, że przeważnie na stacji będące dzieci są latoroślami wiejskimi, jednakowoż sprawa „wychodzenia na powietrze” była stałym tematem rozmów, tembardziej, że ludność wiejska, mieszkająca w dość wilgotnych i ciemnych izbach — jak dotychczas, nie docenia wartości świeżego powietrza i słońca. Godnem jest zaznaczenia, iż od czasu do czasu spotykaliśmy się z kołtunem u dzieci, przy którego zwalczaniu należało użyć wielkiej dyplomacji, wymowy i argumentacji, gdyż najrozmaitsze przesady, związane z kołtunem, ciągle są jeszcze wielką przeszkodą przy jego niszczeniu.

Wielką rolę odgrywa na stacji pielęgniarka. Od jej dostatecznego (przygotowania, inteligencji, taktu, zdolności organizacyjnych zależy należyty bieg spraw i czynności. Najbliższem zadaniem jej jest: wywiad, odwiedzin domowe, wskazówki pielęgniarskie i higieniczne, udzielane matkom lub opiece domowej, rozdawnictwo mleka i bielizny dla noworodków itp. Nie obejdzie się w swojej pracy pielęgniarka bez pogadek i zwykłych gawęd charakteru ogólnohigienicznego, czy to na stacji, czy to w czasie wizytacji domowych. Gdyby nie szczupłe ramy niniejszego komunikatu, można byłoby podać b. szczegółowe i ciekawe sprawozdanie z działalności pielęgniarki, dotyczące spostrzeżeń, wniosków, interesujących zestawień, z których wynikałby obraz współczesnej wsi i okolic podmiejskich. Należy w tem miejscu zaznaczyć, że naogół warunki mieszkaniowe na przedmieściu są fatalne: przeludnione, wilgotne, niewietrzone, ciemne izby, brak światła dziennego, trudny dostęp do mieszkań (wąskie schody, drabiny), które zresztą są dość brudne, nieremontowane od dziesiątków lat, częstokroć bez podłóg itd. Przy wizytacji spotyka się czasami lepsze mieszkanie, nowo wybudowany dom, schludny — ale bywa to niezmiernie rzadko, przeważają naogół warunki złe. W tych warunkach wykonywana praca codzienna, t. zw. terenowa, pielęgniarki urasta miejscami do rozmiarów bohaterstwa, gdyż wy-

maga poświęceń, taktu i ostrożności, ponieważ niezaw-
sze spotyka się z należytem zrozumieniem.

Wizytowanie dzieci na stacji wiosną i latem nie przedstawia wielkich trudności, gdyż warunki atmosferyczne nie stanowią zbyt wielkiej przeszkody, i dzieci naogół chętnie są dostarczane na oględziny. Wtedy frekwencja jest spora, ruch na stacji się wzmacnia, jesteśmy zajęci, każdy na swoim odcinku ma dużo pracy, pracujemy żywiołowo — aż do miesięcy jesiennych i zimowych, gdy praca powoli zamiera.

Składa się na to kilka okoliczności. Przedewszyst-
kiem na naszej stacji zatrudnione są robotnice, zamiesz-
kałe w promieniu kilku kilometrów, odbycie więc piel-
grzymki z małym dzieckiem, niezbyt ciepło ubranem,
nie może być ani wymagane, ani wreszcie tolerowane,
gdyż narażalibyśmy słabo odżywiane dzieci na zapalenie
oskrzeli, odmrożenia, kataru itd. Aby jednakże zapobiec
katastrofalnej przerwie w pracy, mającej na celu utrzy-
mywanie stałego kontaktu z dziećmi, zaprowadziliśmy
bez wysiłku tak zwaną choinkę, której główną atrakcją
jest rozdawanie bielizny, ubrania ciepłego, mydła, cu-
kru i słodczy dla dzieci. Na tem miejscu należy pod-
kreślić, że za każdym razem przy urządzaniu „choinki”
należyte zrozumienie i fundusze znajdowaliśmy w Dy-
rekcji, jakoteż pośród pracowników umysłowych Za-
kładu. Nie omieszkalibyśmy podczas takiej mobilizacji
matek (najuporczywsze nawet wtedy się zjawiały) wy-
jaśnić w krótkim przemówieniu zadanie i cele stacji
opieki nad dzieckiem i matką. Matki naogół ciągle
jeszcze patrzą na stację, jak na wielką mleczarnię, nie
uwzględniając jej znaczenia perspektywicznego, jej pra-
cy programowej, zapobiegawczej, wychowawczej itd.

Administracja i biurowość stacji leży w rękach
pielęgniarki, która prowadzi odrębną księgowość, do-
tyczącą ruchu dzieci na stacji i mleka. Każda matka
i dziecko mają swoje indywidualne karty, w których le-
karz stacyjny robi swoje obserwacje, dotyczące somatyki
i psychiki dziecka. Niemowlęta do trzech miesięcy ba-
damy (teoretycznie) co tydzień, do 15-tu miesięcy —
co dwa tygodnie, do 3-ich lat — co miesiąc, powyżej —
co 2 miesiące, zgodnie z instrukcją, jednakowoż termi-
nów matki dotrzymują niezbyt punktualnie, ponieważ
czynniki postronne stoją temu częstokroć na przeszkodzie
(brak odzieży, znaczna odległość, pora roku).

Zasadniczy program pracy na stacji uregulowany
jest w ten sposób, że praca podzielona jest na działy,
których dopilnowanie obciąża:

I. lekarza:

- a) dział walki z chorobami zakaźnymi,
- b) dział walki z chorobami społecznymi,
- c) dział opieki nad matką i dzieckiem.

II. pielęgniarkę:

- a) dział higieny otoczenia,
- b) dział propagandy i popularyzacji higieny.

W ten sposób ujęty program stacji daje wielkie
pole do pracy całemu personelowi, a wykonanie zada-
nia staje się osiągalne tylko w pewnych granicach, po-
niem osiągnięcie szczytów na omawianym terenie bę-
dzie narazie nieziszczalne.

W warunkach naszego terenu matki zamieszkują
okolicę fabryczną na obszarze powyżej 10 klm. w pro-
mieniu, wykonanie zadań jest trudne, gdyż nawet prze-
kontrolowanie zleceń przy utrudnionej komunikacji nie-
zawsze jest możliwe. Rozszerzająca się praca opiekuń-
czo - profilaktyczno - wychowawcza miejscami przeradza
się z charakteru charytatywnego w prawnie - społeczny,
ponieważ tu i owdzie wynikają zagadnienia organizacji

opieki nad dzieckiem matki - robotnicy stanu t. zw. wol-
nego, która niezawsze ma komu pozostawić dziecko na
czas pracy w fabryce. Zagadnienia te niezwykle delikat-
nej natury mogłyby być przedmiotem oddzielnej publi-
kacji, ponieważ przerastają ramy niniejszego komuni-
katu.

Już w roku 1930 rozpoczęliśmy na stacji pracę
organizacyjną i przygotowawczą, celem ustalenia na na-
szym materiale pewnych norm rozwoju fizycznego
dziecka. Ponieważ tablice wymiarów, z jakich po dzień
dzisiejszy korzystamy na stacji, według C a m e r e r -
P i r q u e t a są niezupełnie zgodne z naszymi prze-
ciętami, poczynania te będą mogły być zrealizowane
na stacyjnym materiale dopiero za lat kilka, a byłyby
zresztą niezmiernie ciekawe, gdyby dało się dane te
skoncentrować w *ad hoc* powołanej instytucji antropo-
logicznej, względnie, gdyby nawet w tej sprawie dało
się zrealizować wnioski IV Zjazdu pediatrów polskich.
Pomiary, dokonywane na stacji naszej, odbywają się w
trakcie zwykłego „codziennego” badania dziecka. Po-
niem w warunkach tych nie można gwarantować cał-
kowicie wymaganej dla tej sprawy dokładności i sumien-
ności, wstrzymujemy się narazie od ogłoszenia naszego
w tym zakresie materiału.

Z jakimi cierpieniami głównie spotykaliśmy się
na stacji? Przedewszystkiem krzywica stała się główną
domeną naszych wysiłków. Poprzez *caput quadratum*,
zahamowanie psychiczne, atonję mięśni, płaską stopę,
otwarte ciemiączko, różaniec, zgrubienia nasad, kurzą
piers, utrudnione żabkowanie, anemję, dermatografję,
atonję jelit i żołądka (obstypacja i tympanja), hiper-
plazję narządów chłonnych, skrzywienia kończyn i krę-
gosłupa itp., spotykaliśmy skazę wysiękową, mniej cier-
pień płucnych i serca i jeszcze mniej spraw gruźliczych
lub kiłowych. Najwięcej dało się zrobić w krótkim czasie
na stacji w kierunku zmniejszenia krzywicy i, rzecz jas-
na, — tem łatwiej, im wcześniej dziecko zostało zareje-
strowane na stacji.

L. p.	Wyszczególnienie	miesięcznie w r. 1929 przeciętn.	miesięcznie w r. 1930 przeciętn.	miesięcznie w r. 1931 przeciętn.	miesięcznie w r. 1932 przeciętn.
1	Dzieci zapisanych	134	60	63	57
2	„ „ wypisanych	40	3	6	1
3	„ „ nowowpisanych	3	3	4	4
4	Wizyt lekarskich	4	4	4	4
5	Dzieci badano na stacji	40	35	40	34
6	„ „ skierow. do badania	50	35	40	40
7	„ „ do szpitala	1	1	1	0
8	Wizyt pielęgniarki	32	50	42	50
9	Zabiegów pielęgn. w domu	7	11	12	14
10	Badań pomoc. lekarskich	2	2	3	2
11	Wizyt lekarskich w domu	1	0	0	0
12	Wydano porcyj mleka	5100	4600	4800	4700
13	„ „ mieszanek	58	120	85	75
14	Leków wydano (porcyj)	7	2	3	4
15	Wyprawek wydano	4	3	4	3
16	Pogadanek	5	5	6	4
17	Wysłano na półkolonję	0	2	2	1
18	Wydano porcyj żywność.	0	2	2	2
19	Szczepiono ospę	0	1	2	1
20	Dokonano zastrzyknięć	2	1	2	1

Jeżeli chodzi o dane statystyczne, to liczbowo można je ująć w sposób poniższy:

Liczbę, dotyczącą ruchu na Stacji Opieki nad Dzieckiem W. Z. Pir. (d. Pocisk) w latach 1929—1932. (Patrz — Tablica str. 483).

Prawdopodobnie w niedalekiej przyszłości Stacja Opieki nad matką i dzieckiem ulegnie zasadniczemu przekształceniu, ponieważ powstał projekt zorganizowania żłobka, zgodnie z intencjami Ustawy z dn. 2. VIII. 1924 roku.

Przed kierownictwem żłobka zjawia się wtedy no-

we zadania, których zrealizowanie wymagać będzie dużego wysiłku organizacyjnego i inwestycyjnego.

Roztoczenie należytej opieki nad matką i dzieckiem da się zrealizować tylko jedynie w odpowiednio zorganizowanej instytucji, — jaka jest pomyślana pod postacią żłobka fabrycznego, założonego z podziałem na warstwy według wieku, z odpowiednią dotacją na personel i wyżywienie. Organizacja żłobka nie może być traktowana jako zwykły wydatek budżetowy, lecz jako bezpośredni obowiązek pracodawcy w przewidywaniu sówitej zapłaty w dalszej lub nawet bliższej przyszłości.

Wiadomości bieżące

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów.

Znaczna większość zdrojowisk i uzdrowisk polskich rozpoczyna sezon z początkiem maja.

W obecnym okresie kryzysowym podtrzymanie bytu polskich zdrojowisk i możliwe ograniczenie wyjazdów na kurację zagranicę jest rzeczą szczególnie ważną.

Zechce przeto Pan Wojewoda zlecić, zwłaszcza Naczelnikowi Wydziału Zdrowia, podjęcie na terenie Województwa propagandy uzdrowisk krajowych, korzystając bądź z radja, bądź w postaci odczytów specjalnych, referatów na zebraniach lekarzy i t. p.

Dr. Piestrzyński.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

— Władze Tow. Chirurgicznego Warszawskiego ukonstytuowały się na rok bieżący jak następuje:

Prezes Towarzystwa — A. Wertheim. Wice-Prezes: — J. Mossakowski. Skarbnik: — E. Tymieniecki. Sekretarz: — L. Gout. Bibliotekarz: — W. Ostrowski.

— Nowy Zarząd Pozn. Pom. Zrzeszenia Lekarzy. Na odbytem w Poznaniu dn. 17.IV. r. b. Walnem Zgromadzeniu członków Pozn. - Pom. Zrzeszenia Lekarzy Społ. - Kasowych, obrano Zarząd w następującym składzie: Prezes dr. Kazimierz Koronkiewicz, W-prezes dr. Kazimierz Lewiński, Sekretarz dr. Stanisław Tomaszewski, Skarbnik dr. Wincenty Dyduch.

Do Sądu Koleżeńskiego weszli: Dr. A. Jackowski, dr. A. Stejnoga, dr. D. Horyński. Do Komisji Rewizyjnej: dr. Stanisław Schildt, dr. A. Kerci dr. St. Kowandy.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

17. V. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Bronowski S. Ostre i przewlekłe skryte zapalenie wsierdza oraz jego leczenie. 2. Sobieszczański L. O znaczeniu zapachów w djaognosyce. Doniesienie II. 3. Apfelbaum E. Wpływ doświadczalnego zakwaszenia na odwadnianie ludzi zdrowych i chorych na wątrobę.

TREŚĆ: L. ENDELMAN. Najważniejsze choroby oczu wieku dziecięcego. — B. GRYNKRAUT. Podstawy biologiczne leczenia guzów złośliwych promieniami Roentgena metodą dawek maszynowych, nieintensywnych, typu radowego. — J. NUSBAUM. Przypadek mięsaka żołądka (neurinoma sarcomatodes). — M. PŁONSKIER. O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi. (Str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — B. P. MUSZKATBLAT. 3 lata działalności stacji opieki nad dzieckiem i matką. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. ENDELMAN. Les plus importantes maladies des yeux chez les enfants. — B. GRYNKRAUT. Les bases biologiques du traitement des tumeurs malignes par les rayons de Roentgen au moyen des doses massives, non intensives du type de radium. — J. NUSBAUM. Un cas de sarcome de l'estomac (neurinome sarcomateux). — M. PŁONSKIER. Recherches contemporaines sur les néoplasmes malins. (Rev. gén.). — B. P. MUSZKATBLAT. 3 ans d'activité de la station du patronage maternel et enfantin.

17.V. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

A. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia. B. Pokaz: M. Saidman: Przypadek wszczepienia moczowodów do grubej kiszki. C. Odczyty: 1) L. Blacher: Badania doświadczalne nad metodyką i morfologią płytek oraz wartość kliniczna płytek, jako układu samodzielnego. 2) M. Płonkier: O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi (z pokazami).

18.V. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

Oddział Warszawski.

1. Pokazy. 2. St. Popowski: O rozsianach gruźliczych w płucach u dzieci.

18.V. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

Pokazy: Saidman: Leczenie zwężeń przełyku cewnikowaniem bez końca (pokaz chorych). Odczyty: 1) N. Mesz: Przyczynę do hepato - lienografii. 2) A. Frey: W sprawie mniej znanych postaci pasożytów przewodu pokarmowego.

19.V. Posiedzenie Lekarzy Szkolnych.

1. Sprawy bieżące. 2. Inż. W. Przanowski. Pokaz kilku modeli podstawek (pulpitów) do czytania książek. 3. Dr. J. Frühau. Kwalifikowanie młodzieży szkolnej do obozów letnich w. f. i p. w.

21.V. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

1. M. Fejgin i J. Rozenberg. Przyczynę do powstawania wysiewów krwiopochodnych w drugim okresie gruźlicy. 2. M. Fejgin i J. Hochsinger. Trudności różniczkowo rozpoznawcze w przypadku wady serca. 3. M. Saidman. Wszczepienie moczowodów do kiszki grubej. Odczyt. S. Rubinrot. O radioterapii schorzeń zapalnych stawów.