

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

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

Rok IX

WARSZAWA, 3 LISTOPADA 1932 R.

Nr. 44

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Rola zjawiska fluorescencji w patogenezie raka (przyczynek do nowej teorii raka) *)

Podał

B. GRYNKRAUT (Warszawa)

Od Zjazdu lekarzy i przyrodników w Wilnie w roku 1928 już kilkakrotnie próbowałem ująć w jednolity system stosunek, jaki zachodzi pomiędzy materią żywą a światłem, jak również ustalić, jak się przedstawia problemat raka, badany pod tym kątem widzenia. Okazuje się, że zastosowanie zasady aktywności w klasyfikacji faktów, znanych z onkologii, wyjaśnia pobudzające działanie światła na dzielenie się komórkowe wogóle i na powstawanie raków w szczególności, jak również działanie niszczące większych dawek promieni R o e n t g e n a jednorazowych albo też dawek mniejszych wielokrotnie powtarzanych, jednak z uwzględnieniem czynnika czasu.

Prawo B e r g o g n i é - T r i b o n d e a u wyraża i podkreśla ten fakt, że akt dzielenia się jądra komórkowego jest również momentem najwyższej wrażliwości tego jądra na światło rentgenowskie. Wskaźnik karjokinetyczny de N a b i a s a i F o r e s t i e r a nie jest niczem innym, jak próbą ujęcia n u m e r y c z n e g o stopnia wrażliwości danej tkanki na światło krótkofalowe, wyrażone zapomocą liczby komórek w stanie spokoju. R e g a u d, stosując te zasady, realizuje metodę naświetlania długotrwałego, drobionego, typu radowego, co pozwala przypuszczać działanie pobudzające światła na przyspieszenie rytmu ewolucyjnego mitozy w sensie jej dojrzewania do form starszych i mniej czułych, co wywołuje radioodporność, znaną również jako radioimmunizację albo też w sensie przyspieszenia rytmu dzielenia i, co za tem idzie, zniszczenie tkanki lub też jej zwyrodnienie. Radjoodporność również może być pojmowana jako wyczerpanie substancji światłoczułych, gdyż k o m ó r k a s a m a p r z e z s i ę j e s t niewrażliwa na światło.

Uznanie aktu działania p o b u d z a j ą c e g o promieni R. było dotychczas ostro zwalczane przez

H o l z k n e c h t a i jego szkołę, a fakty, za tem przemawiające, uważane były za błędnie interpretowane. Według tej opinii efekty pobudzające powstają tylko jako objawy wtórne działania różnych nekrohormonów, powstałych właśnie przez działanie niszczące promieni. Według H o l z k n e c h t a promienie R. mają tylko czynność n i s z c z ą c ą i nie pobudzają do rozrostu, chyba że pośrednio, przez nekrohormony.

Takie postawienie kwestji jest zupełnie niesłuszne, gdyż należałoby dowieść przede wszystkim, że promienie działają bezpośrednio na komórki lub też na ich jądra. Otóż doświadczenia, wykonane na hodowlach tkanek przez D o l j a ń s k i e g o L., T r i l l a t L. J., L e c o m t e d e N o u y P. i R o g o z i ń s k i e g o A. oraz wielu innych, wykazały niezwykłą odporność tych tkanek na naświetlanie promieniami R. zwykle dawki pr. R., niszczące tkanki, pozostawiają hodowle tkanek zupełnie bez zmian. Dopiero dawki kilkaset razy większe, niż dawka maksymalna, mogą wywołać efekt niszczący. Jeżeli w organizmie zabijamy komórki dawką 600 r. międzynarodowych, promieni bardzo przenikliwych, to należy w hodowli tkanek zastosować dawkę do 120000 r., promieni bardzo łatwo absorbowanych, gdyż mało przenikliwych = 1,54 A, otrzymanych przy napięciu tylko 28 kv. i 30 mA. o antykatodzie z miedzi. Widoczną jest rzeczą, że pomiędzy tkanką w hodowli a tkanką tego samego rodzaju w organizmie zasadniczych różnic być nie może, gdyż np. tkanki raka z hodowli dają się przeszczepić na organizm żywy, zachowując pierwotną złośliwość. Jeżeli więc istnieje taka różnica w zachowaniu się tych samych komórek na promieniowanie, to należy jej szukać w otoczeniu tych tkanek, w osoczu, w którym się one rozwijają. Działanie prom. R. jest więc głównie pośrednie, a częściowo i tylko w małym stopniu bezpośrednie. Opinia H o l z k n e c h t a co do działania niszczącego promieniowanie, jako działania bezpośredniego, musi ulec gruntownej rewizji, gdyż działanie bezpośrednie na komórki promieni R. jest nikłe, zwłaszcza w stosunku do promieni przenikliwych, więc mało absorbowanych i w tej formie mało czynnych. Zresztą, doświadczenia J ü n g l i n g a i L a n g e n d o r f a dowodzą z całą pewnością, że czynność elementarna prom. R. polega na wywołaniu

*) Według odczytu wygłoszonego na III Międzynarodowym Zjeździe Radjologów w Paryżu, w lipcu 1931 r.

przyspieszenia rytmu dzielenia się, które znajdujemy na dajagramach tych autorów stałe, czy to gdy chodzi o przypadki naświetlania małemi dawkami, czy też większemi, powodującemi wtórne zniszczenie tkanki roślinnej. Według tych autorów dawki 40R i 80R powiększają jedynie liczbę mitoz, a pozatem zwykły cykl biologiczny z jedną maksymalną liczbą dzieleń dziennych i jednym *minimum* nocnych (Alberti i Politz) ulegają równorzędnie powiększeniu; autorzy ci obserwowali w ciągu dnia dwa lub też trzy nasilenia mitoz zamiast jednego. Dawki wyższe ponad 175R, 420 R i 550R, które mają już wpływ niszczący na rośliny, wywołują stale w pierwszym rzędzie nasilenie liczby mitoz czyli, innemi słowy, działanie prom. R. jest zasadniczo i pierwotnie pobudzające, nawet, gdy ostatecznie w skutkach okazuje się śmiertelne dla komórki. Jest to zgodne z nauką Perrina, według którego prom. R. wywołują dzielenie się jądra, a gdy rytm ten staje się zbyt szybki, komórka nie ma możliwości odbudowania nowego i zdrowego jądra. W ten sposób jądro jest skazane na zagładę, albo też przy słabszej energii świetlnej, lecz stale stosowanej, tworzą się formy anormalne, niedoskonałe, zwyrodniałe, które obserwujemy w tkankach rakowatych. Pod tym względem doświadczenie codzienne jest zupełnie przekonywujące, gdyż wykazuje, że różne formy światła są w stanie wywołać zwyrodnienie rakowate komórki. Ręce rentgenologów, często naświetlane prom. R. i niedostatecznie ochraniane przed promieniami, są narażone na niebezpieczeństwo raka, naświetlania prom. R., często powtarzane małemi dawkami w celach doświadczalnych na zwierzętach (Clunet), wywołują zrakowacenie. To samo obserwuje się, naświetlając światłem o fali dłuższej promieniami pozafioletkowemi. Doświadczenia Waltera Putschera i Fryderyka Holte, wykonane na 57 szczurach, które były naświetlane lampą kwarcową w przeciągu 13 miesięcy, dały wyniki następujące: zmarło 22, u 35 pozostałych przy życiu autorzy ci zaobserwowali po 5-ciu tygodniach zgrubienie naskórka, w 20 tygodniu — bujanie nabłonkowe, w 27 tygodniu — początek powstania nabłonków bazocellularnych i nabłonków epidermoidalnych keratynizujących. G. M. Findeley wykonał podobne doświadczenia na białych myszach z wynikiem następującym: na 20 — 4 przypadki raka, a w 3 przypadkach tylko zaobserwowano przerzuty. Światło ciemne ciepłikowe piecyka khangri, noszone na brzuchu, wywołuje również w tem miejscu zrakowacenie. Doświadczenia de Coulona nad powstawaniem samostnem raków myszy wykazują, że pod wpływem światła dziennego tworzy się aż 9% raków, zaś pociemku tylko 1,6%. Z tego wynika, że działanie pobudzające światła na tkanki powinno wywołać większą liczbę mitoz w tkance rakowej, niż w odpowiednio zdrowej, co się też potwierdza w pracach Fischera i Parkera, którzy, porównując hodowle gruczolakoraka i fibroblastów zarodzi kurzej, znaleźli liczby mitoz o wiele większe w hodowli tkanki rakowej (6,4%), gdy w tkance normalnej, embrjonalnej liczba była znacznie słabsza (0,8%). Jest tu więc wyraźne przyspieszenie rytmu dzielenia się w tkance rakowej.

Wszystkie te dane są o tyle ciekawe, że w organizmie również znajdujemy stale ciała radioaktywne: jest to potas. Potas (K) istnieje zwłaszcza w czerwonych ciałkach krwi normalnej, jakoteż w krwi organizmów, w których rozwinął się rak. Potas stale wysyła promienie beta i gamma, które w życiu narządu krążenia odgrywa-

ją bardzo znaczną rolę. Dzięki temu promieniowaniu działalność automatyczna serca może być stale zachowana. Według doświadczeń Zwaardemackera i Feenstra można było zastąpić element K tylko przez promieniowanie radu, promienie R. bardzo mało przenikliwe i promieniowanie katodálne o słabej szybkości przez 2000 Volt i 3 mA, których praca obliczona jest na jeden mikroerg na sekundę. Wobec powyższego rozwój raka w organizmie powinien iść równorzędnie z powiększeniem natężenia promieniowania. Tak też jest w rzeczywistości, jak to wynika z prac Ramonda i Coutagryla, którzy określili przeciętną zawartość K w czerwonych krążkach krwi w przypadkach raka od 5,64 do 9,0, gdy we krwi normalnej znajduje się od 4,5 do 6,8, przyczem rozwój guza i jego złośliwość wpływały w znacznym stopniu na powiększenie zawartości potasu. Zresztą, istnieje dowód pośredni, mianowicie, powiększenie potasu w pokarmach, jak to zauważył Robinet u mieszkańców ziem, znajdujących się przy kopalniach potasu. Większa zawartość potasowa pokarmów idzie w parze z większą śmiertelnością z powodu raka przyczem procent śmiertelności w tych małych wioskach przewyższa takż procent w dużych miastach przemysłowych. Organizm więc zawiera w sobie stale źródło radioaktywności, którego emisja promienista działa ciągle na tkanki. Jest to naświetlanie słabe i musi upodobnić się w skutkach do naświetlania pochodzenia zewnętrznego, t. j. może wywołać również, przy odpowiednich warunkach, zrakowacenie pewnych tkanek.

W jakiej formie staje się to światło własnością wewnętrznej tkanki naświetlanej? Zapewne w postaci fal dłuższych, lepiej asymilowanych, należących do specjalnej grupy promieni pozafioletkowych długości fali 2500 A, opisanych przez Gabora, Reitera, jako identycznych z promieniami mitogenetycznemi Gurwicza, które pobudzają jądro, będące w stanie mitozy, jak zresztą również w wielu innych stanach fizjologicznych (skurcz mięśniowy, fermentacje, oksydacje).

Promieniowanie mitogenetyczne należy więc do podstawowych właściwości życia. Ma ono wpływ pobudzający, jak, zresztą, promienie radu i Rentgena, na fazy rozwoju jaj jeźowca, które przyspieszają (Maxia) i mogą wywołać sztuczne zapłodnienie jaj trytona (Gabor i Reiter).

Jaki mechanizm pośredniczy w tej asymilacji światła? Mechanizm fluorescencji. Objaw fluorescencji jest bardzo rozpowszechniony w życiu organicznem i jest jednym z mechanizmów, które przetwarzają fale krótkie w fale dłuższe, bardziej nadające się do absorpcji, a więc bardziej czynne, niż krótkie, i dlatego też ciała fluorescencyjne są często uważane za uczulacze czyli sensybilizatory. Dodanie do odpowiedniego środowiska dobrze dobranego do niego ciała fluoryzującego uczuła go normalnie na światło. Rozróżniamy fluorescencję przez światło, odbite od fluorescencji transmitowanej czyli oglądanej przez przezroczystość. W obydwóch przypadkach to samo ciało ma inne zabarwienie. Np. roztwór fluoresceiny, którego kolor jest brunatny przez przezroczystość, świeci się mocnym kolorem zielonym w świetle słonecznym, odbitem od niego. Badania bliższe wykazują jednak specjalne właściwości tych roztworów w stosunku do światła, na nie padającego: roztwór np. gonakryny może fluoryzować tylko w świetle monochromatycznym koloru fioletowego, a nie w innym kolorze, a zarazem światło koloru fioletowego nie przechodzi przez ten roztwór gonakryny, gdyż zostaje przezeń zatrzymane,

zaabsorbowane, inne zaś części widma słonecznego przechodzą przezeń swobodnie, co potwierdza nam badanie spektroskopowe. Więc gonakryna, absorbując pewien kolor, przetwarza go i fluoryzuje. Jednym słowem, istnieje współzależność pomiędzy światłem a materią fluoryzującą, która polega na tem, że dane ciało fluoryzuje w odpowiednim świetle, ale tylko w tem, które jest zdolne to światło pochłaniać. Możemy również tę myśl wyrazić inaczej: ciało o właściwościach fluoryzujących może przetwarzać jedną długość fali w drugą, pod tym jednak warunkiem, ażeby to ciało było zdolne to światło absorbować. Istnieje więc pewna specyficzność danej długości fali dla danej substancji fluoryzującej. Substancja fluoryzująca musi otrzymać odpowiednią falę, ażeby sobie przyswoić jej energję elektromagnetyczną. Organizm posiada substancje fluoryzujące, np. barwniki krwi i ich pochodne. Rola substancji fluoryzującej w organizmie polega więc na przetwarzaniu otrzymanej energii świetlnej i dostosowywaniu jej do obiektu naświetlanego. W ten sposób tkanka naświetlana korzysta może z energii świetlnej. Z punktu widzenia fizycznego taka asymilacja polega na efekcie rezonansu czyli współdrżania, ustalonego pomiędzy falą elektromagnetyczną a elektronami materji naświetlanej: o ile okresy drgań własnych elektronów, które są charakterystyczne dla każdego oscylatora lub rezonatora, są proporcjonalne do ściśle określonych dawek energii elektromagnetycznej, t. j. do kwantów następuje absorbcja tej energii na korzyść układu elektronowego. Odpowiednio dobrane ciało fluoryzujące może więc powiększyć ilość światła, pochłoniętego przez materję naświetlaną, i zmniejszyć w ten sposób jej odporność na światło. *Vogel* w r. 1873 pierwszy zwrócił uwagę na ten fakt, że ciała fluoryzujące (eozyna) mogą się stać doskonałemi uczulaczami na światło. Doświadczenia z fotografii dowodzą, że uczulacze są różne i mogą uwrażliwić płytę fotograficzną na wszystkie kolory, na które zwykle jest niewrażliwa, albo też na jeden kolor światła, pozostając niewrażliwą na inne. Innemi słowy, sole srebra, które normalnie są wrażliwe tylko na krótkie fale widma słonecznego, dzięki uczulaczom fluoryzującym, stają się również wrażliwe na fale długie. Zmniejszenie odporności na światło przez dodanie uczulaczy jest faktem znanym. Pelzaki lub też wymoczki, wystawione na światło bez akrydyny, zmian nie wykazują. Pociemku znów, ale w roztworze akrydynowym, również dobrze się czują. Jeżeli jednak światło działa w obecności akrydyny, ciała fluoryzującego, działa to zabójczo na te pierwotniaki. Zastrzyknięcie hematoporfiryny, która jest uczulaczem, żabom, myszom, wystawionym następnie na światło, wywołuje objawy zatrucia: swędzenie, rumień, spuchliznę, porażenie i śmierć, ale tylko w obecności światła. U człowieka zastrzyknięcie dożylnie gonakryny obniża znacznie (do $\frac{1}{2}$, a nawet do $\frac{1}{5}$) odporność skóry na naświetlanie lampą kwarcową, czyli że dawką 2 lub nawet 5 razy mniejszą wywołuje się rumień skóry. Do takich substancji należy również smoła, która może, po wystawieniu rąk na słońce, wywołać oparzenie czyli aktynity. Jak wiadomo, smoła i jej pochodne są ciałami fluoryzującymi, dającymi spektr, składający się z 3 linii długości koło 4000, 4180 i 4400 jednostek *Amströnga*. Linje te *Kenawy* i *Hieger* (z Londynu) nazywają „spektrum *Schroettera*”, gdyż odnajduje się również w innych substancjach rakotwórczych, jak w substancjach tworzących się przy działaniu AlCl_3 na tetralinę, 1, 2, 7, 8 dibenzantracenowych, chryzen. Smoła jest więc ciałem fluoryzującym, uczulającym i może zależnie

od dawki świetlnej wywołać aktynity albo też zmiany samej tkanki, wytwarzając nowotwór. Dodanie smoły do hodowli tkanek embrjonalnych śledzony kury wywołuje w tych komórkach po 19 przeszczepieniach *in vitro* zmiany, chociaż od razu niewidoczne, ale które po zastrzeżeniu tej hodowli kurze wywołuje u niej guzy złośliwe o szybkim rozroście (*Fischer*). W podobny sposób działają inne substancje z odpowiednim spektrem absorbcyjnym, jak np. farby anilinowe, często wywołują u robotników, zatrudnionych przy ich fabrykacji, raka pęcherza.

Fluorescencja ciał rakotwórczych jest więc właściwością bardzo rozpowszechnioną, i należałoby sprawdzić, czy pośrednio czy też bezpośrednio w s z y s t k i e ciała kancerogenne nie są zarazem ciałami fluoryzującymi, a przez to uczulającymi. Właściwości te odnajdujemy przy naświetlaniu prom. R. skóry myszy smołowanych. Według *Castiglioni* naświetlanie to skraca czas powstawania raków smołowych do połowy. Smoła występuje w tym przypadku jako uczulacz na światło rentgenowskie, gdyż roztwór smoły jest fluoryzujący. Smoła również występuje jako uczulacz na światło dzienne, jak tego dowodzą doświadczenia *Schorr* i *Sobolew*: u zwierząt smołowanych, które się trzymają pociemku, nie tworzą się owrzodzenia rakowe. Podczas smołowania skóry myszy jednego chowu *Schab* zauważył wysoką częstotliwość raków płuc: 20% myszy przedstawiało to schorzenie, gdy myszy niesmołowane tegoż samego chowu miały również raki płuc, ale tylko w stosunku 3%. Fakty, przytoczone przez *Schab* i *ada*, ilustrują dobitnie działanie uczulające smoły absorbowanej na cały organizm, który, jak wiemy, zawiera różne źródła promieniowania fizjologicznego albo też wzmożonego patologicznie.

Według *Barnewitza*, jak to było do przewidzenia, gaz oświetleniowy i pył węglowy, które znajdujemy w tak znacznej ilości w atmosferze miast, zwłaszcza miast uprzemysłowionych, działają podobnie do smołowania, i należy je uważać za współwinowajców w częstości powstawania raków, a zwłaszcza raków płuc [uwagi 1) 2) 3)]. Nic więc dziwnego, że należy zwrócić uwagę na wzmagającą się k a n c e r y z a c j ę, która się rozwija równolegle z i n d u s t r j a l i z a c j ą. Jeżeli zbadamy statystyki, zebrane przez Francuskie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, liczba przypadków śmierci z powodu raka wzrasta z roku na rok: od 1906 do 1913 przeciętna śmiertelność wzrosła ze 100 do 108 na 100000 zmarłych. Brak zaś tych produktów lotnych, pochodnych węgla, w atmosferze wsi obniża znacznie śmiertelność z powodu raka. W statystykach *Bertillon* a znajdujemy potwierdzenie tej tezy, gdyż liczba 63 dla wsi przeciwstawia się liczbie 103 przeciętnej dla miast (w roku 1908 obliczona na 100000 zmarłych). Większe skupienia ludzkie są też przeto większymi ośrodkami kancerogennymi. Miasta ponad 5000 mieszkańców miały przeciętną śmiertelność z powodu raka 100, gdy poniżej 5000 mieszkańców przeciętna ta obniżała się do 60. Miasta bardziej uprzemysłowione są tem bardziej zagrożone, i więcej w nich powstaje raków, niż w ośrodkach, mniej uprzemysłowionych; gdy przeciętna dla miast północnej Francji, która wtedy była ośrodkiem przemysłu, wynosiła 160, przeciętna dla miast południowej Francji, głównie rolniczej, spadała o połowę niżej i wynosiła tylko 89. Przeciętna śmiertelność Niemiec, spowodowana rakiem, wynosi w 1908 r. na 100000 mieszkańców 87,1, gdy Berlina równa się 133,5, Węgier 45,5, gdy stolica Budapeszt ma 102,6. Wielkie

miasta są ośrodkami kancerogennymi.

Przeciwstawienie statystyk szwajcarskich śmiertelności z powodu raka i gruźlicy pozwala wywnioskować, że przeciętna śmiertelność z gruźlicy jest dość stała od 1881 do 1922 (równa się 13,5), gdy liczby przedstawiające odpowiednio śmiertelność z raka, ciągle wzrastają: od 1881 do 1885 śmiertelność ta wynosiła 4,8, następnie do 1890 - 5,6, potem się powiększa i wynosi 7,0, aż w r. 1922 dochodzi do 10,6. Śmiertelność, spowodowana rakiem w Szwajcarii, podwoiła się w przeciągu 40 lat. Robotnicy belgijscy pracujący przy paleniu drzewa na węgiel, zapadają na raka tak często, że odsetek ten wynosi 30 do 39%. Różnorodne są więc sposoby oddziaływania uczulaczy na organizm.

Jeżeli chodzi o smołę, to wątroba najbardziej ją odczuwa: według *Berghoffa* smoła wywołuje zatrucie przewlekłe wątroby. Jak wiadomo, wątroba przerabia barwnik krwi, hemoglobinę, na pigmenty żółciowe. Wątroba chora wyrabia również barwniki nieprawidłowe. Hemoglobina i jej pochodne hematoporfiryna są ciałami fluoryzującymi i uczulającymi na światło. W ten sposób działanie uczulacza smołowego nie jest tylko bezpośrednie, ale również i pośrednie, wytwarzając szereg nowych uczulaczy organicznego pochodzenia. Interesowano się jeszcze stosunkowo mało tą sprawą.

Obok substancji, uczulających na światło przez fluorescencję, istnieją ciała fototropowe, towarzyszące aktom naświetlania. Rola ich jest jeszcze mało znana. W pierwszym rzędzie należy wspomnieć o cholesterolu. Według *Roffo*, skóra twarzy, często wystawiana na światło, posiada 7 razy więcej cholesteryny, niż powłoki brzucha, i rak skóry twarzy, ciągle wystawianej na działanie światła, jest również 7 razy częstszy, niż rak powłok brzusznych, utrzymywanych w ciemności. Tkanki rakowe zawierają, według *Bolaffi*, 2 razy tyle cholesteryny, co odpowiednie tkanki normalne. Ten ostatni fakt należy uważać za szczególnie ważny, gdyż, jeżeli cholesteryna jest czułym odczynnikiem na promieniowanie, które ją lokalizuje, gdy to promieniowanie jest słabe, i niszczy, gdy jest bardzo silne, jak to się dzieje przy intensywnym naświetlaniu rentgenowskim, to można z tego wyciągnąć wnioski następujące:

- a) cholesteryna jest ciałem fototropowym,
- b) cholesteryna magazynuje energię świetlną, i
- c) obecność dużych ilości cholesteryny w tkankach jest dowodem trwale dokonywanego się procesu naświetlania, szczególnie intensywnego, umiejscowionego, mogącego doprowadzić do zrakowacenia tkanek, w ten sposób naświetlanych.

Obok ciał fluoryzujących pod wpływem światła, jak albumina, hematoporfiryna, hemoglobina, istnieje więc ciało o funkcji średniej, posiłkowej, dotąd jeszcze mało znanej. Czy oprócz tych substancji rakotwórczych, specjalnie uczulających pod wpływem światła, istnieją jeszcze i inne kategorie sensybilizatorów, działających na stan ogólny uczulenia organizmu, sprzyjających rozwojowi raka? Pod tym względem zwracają na siebie uwagę gruczoły o wydzielaniu wewnętrznym, jak np. gruczoł tarczowy działający pobudzająco na wzrost tkanki hodowlanej (*Zakrzewski*), jajniki, których wczesna kastracja nie pozwala na przyjęcie się raka szczepionego (*Loeb*), działanie gruczołu rodowego męskiego (wydalanie zewnętrzne) przeciwstawia się przerzutom, gdy samo wydzielanie wewnętrzne bez wydalania zewnętrznego, (po wazektomji) podnieca wzrost przerzutów (*Louis*

Jacquemin). Rola nadnerczy w powstawaniu raka była kilkakrotnie opisana. Również choroby zakaźne mogą wpływać dodatnio na rozwój raka, jak kiła, gruźlica skóry. *Lacassagne* wykazał, że *B. Caviae*, zastrzyknięty pod skórę królikom i następnie naświetlany prom. R., dał 3 razy na 12 królików guzy złośliwe — mięsaki, co wskazuje jednak na pewne działanie uczulające na światło wydzielin bakteryjnych.

Widzimy więc, że obok przyczyn miejscowych musimy wziąć pod uwagę przyczyny bardziej ogólne, stany nadczulania organizmu w ogóle. Z niemi przychodzimy na świat, albo też pozostawiają je po sobie w naszym organizmie różne choroby i warunki bytu. Konstytucja wagotoniczna jest zjawiskiem częstszym w raku: *Matusowski* dowiódł istnienia tego stanu w 81% przypadków chorych na raka. Ten stan wpływa na przyspieszenie wzrostu raka, jak to wykazali *Eiger* i *Czarnecki*, przecinając doświadczalnie układ sympatyczny.

Podrażnienie układu n. błędnego przyczynia się więc wybitnie do wzrostu raka, jest to zatem przyczyna natury ogólnej. Inną przyczyną ogólną raka jest alkalozja, opisana przez *Slosse* i *Reding* u chorych na raka i u ich potomstwa. Alkalozja krwi jest uważana za bezwarunkowo konieczną dla rozwoju raka. Otóż działanie światła jest wagotonizujące i alkalizujące, wobec czego działanie światła powinno faworyzować rozwój raka w organizmie. Zgadza się to z licznymi przykładami, któreśmy przytoczyli powyżej, i odpowiada założeniom teorii aktywności raka. Według *A. Wagnera* naświetlanie ogólne prom. R. wpływa na powstawanie raków samorodnych, przyspiesza rozwój raka szczepionego i nawet tych raków, które zazwyczaj nie przyjmują się na danym organizmie myszy. Dzięki naświetlaniu przerzuty zjawiają się u myszy smołowanych w stosunku 52%, gdy u myszy nienaświetlanych procent ten jest o wiele mniejszy (20% *Cirio* i *Bastra*). W ten sam sposób działa również wdychanie ciągle emanacji radjoczynnej, czemu należy przypisywać częstość raka oskrzeli u robotników w kopalniach radu w *Joachimowie*; raka oskrzeli tych robotników należy uważać za chorobę zawodową.

Według *Jausiona* światło jest zapewne również i antygenem, który, nieczynny w stanie normalnym uczulenia organizmu, staje się aktywny dopiero w odpowiednich warunkach jego uczulenia. Geneza raka, w ten sposób ujęta, sprowadza się do dwóch czynników decydujących: istnienia uczulaczy kancerogennych i ich reagowania fluorescencją na odpowiednie światło. Prócz czynników decydujących jest jeszcze cały szereg warunków natury ogólnej, ułatwiających w różnym stopniu ich działanie. Mianowicie: stany wagotoniczne, a co za tem idzie, alkalozja i nadmiar potasu.

Ustalenie takiej współzależności faktów z dziedziny onkologii ułatwia zrozumienie obecnego leczenia raka promieniowaniem i poszukiwanie nowych dróg. Tym właśnie celom jest poświęcona teoria aktywności raka.

Wnioski.

Liczne są dowody istnienia w organizmie czynników świetlnych i czynników uczulających, przyczem obydwa te czynniki mogą być źródłem zrakowacenia. Rodzaj światła, opisany przez prof. *Gurwicz* (Moskwa), jako światło mitogenetyczne, jest najlepiej przyswajany przez jądra komórek.

Pod wpływem tego światła jądra komórek w stanie spoczynku rozpoczynają dzielenie. Promienie o fali krótszej są bardziej przenikliwe, ale też mniej czynne i mogą dopiero być asymilowane przez uprzednią transformację na inny gatunek światła, którego długość fali zbliża się do długości fali światła mitogenetycznego. Tej transformacji dokonywa uczulacz (sensybilizator), co w nim wywołuje efekt fluoryzujący. Komórki, zawierające takie ciała fluoryzujące, silniej, niż inne, absorbują energię elektromagnetyczną i podlegają szybszemu rytmowi dzielenia, niż inne komórki.

Tego rodzaju uczulaczem fluoryzującym o widmie kancerogennym (widmo Schrüötte'a) jest smoła, używana do wywoływania raków smołowych. Pod wpływem tego widma akt dzielenia komórkowego staje się przyspieszony, niedoskonały i atypowy („precancer” i rak złośliwy).

Celem radioterapii guzów złośliwych powinno być poszukiwanie odpowiednich uczulaczy na dane promieniowanie, co umożliwiło leczenie nawet guzów nieczułych na światło krótkofalowe. Śmierć komórki powstałaby przez zbytne przyspieszenie rytmu dzielenia jądrowego.

Wobec tego, że śmiertelność z powodu raka jest w znacznej mierze uwarunkowana przez pochodne destylacji węglowej, znajdujące się w atmosferze miast, ich zwalczanie należy do naczelných postulatów w walce zapobiegawczej przeciwrakowej.

U w a g i :

1. Sadza zawiera:

masa smołowcowa	kilka procent
węgiel	20% i 30%
popiół	znaczna ilość
i kwasy żrące.	

2) Obliczono, że kominy fabryczne wyrzucają w powietrze paryskie 1300 ton benzolu, 27000 kgr. ciężkich olejów i 44000 kgr. smoły rocznie, nie mówiąc o emanacjach benzynowych aut i asfaltu. Na dachach w centrum Paryża znajduje się miesięcznie 1½ do 2 kgr. kurzu na każdy 1 m², 2½ kgr. kw. siarkowego, ¼ kgr. Cl.NH₃ i innych gazów, wysoce trujących.

3) Schöenher'r (Beiträge zur Statistik u. Klinik der Lungentumoren. Zeitschrift f. Krebsforsch. Berlin 1928, 27, Nr. 5, 436) wyraźnie obwinia gazy, pochodzące ze spalania samochodowych w Chemnitz, ciągle wchłaniane z powietrzem podczas oddychania i powodujące przewlekłe zatrucie organizmu pochodniami benzyny i smoły, jako przyczynę powiększenia się liczby raków, zwłaszcza płuc. Ogólna liczba raków podniosła się w Chemnitz od r. 1919 do r. 1927 z 10,9% do 13,9%, a raków płuc z 11,3% na 13,4%.

PIŚMIENICTWO.

1) Schörr (G) u. Sobolewa (N). Der Verlauf des Geschwulstbildungsprocesses bei weissen Mäusen unter verschiedenen Beleuchtungsbedingungen. Z. f. Krebsf. 14. V. 30. N. 35, 308. 2) Robinet L. Terrains magnésiens et can-

cer. Bull. Assoc. fr. Et. du Cancer. Paris Avril 1930 N. 4, p. 243. 3) Matuśowski (A). Die hämoklastische Krise als Krebsdiagnosticum. Münch. Med. Woch. 1929. 76. N. 28. S. 87. 4) Zakrzewski Z. Über Einfluss von Normalgeweben insbesondere von Geweben endocriner. Drüsen auf das Wachstum von Jenseinsarcomzellen in vitro. Z. f. Krebsf. Sept. 1929. 30. N. 1. S. 125. 5) Eiger (M) i Czarniecki (E). Wpływ układu nerwowego mimowolnego na powstawanie nowotworów doświadczalnych. Nowotwory, Warszawa, 1929, 4. N. 1. S. 113. 6) Gurwitsch (A u. L). Die mitogenetische Strahlung des Carcinoms. Z. f. Krebsf. 1929. N. 3. S. 220. 7) Barnewitz (J). Beobachtungen über den Einfluss von Gaskohle u. Steinkohlepoth auf den menschlichen Organismus etc. Dermat. Z. Berlin. 1928. 54. S. 382. 8) Fischer (Albert) u. Parker (Raymond C.). The occurrence of mitoses in normal and malignant tissues in vitro. Brit. Journ. of Exp. Path. Londres. Oct. 1929, N. 5. p. 312. 9) Roffo. Influencia de la colesteraína sobre el desarrollo del cancer de alquitran. Bol. Inst. Med. experim. Buenos Ayres, mai 1929, 5, N. 21. 10) Cirio. (L) et Balestra (C). Tumori primitivi tumori metastaticie irradiatione X generale nel topo bianco. Pathologica. Genova 1930. 22. N. 467. P. 451. 11) Jungling O. u. Langendorf H. Über die Wirkung verschiedenen hohen Roentgendosen auf den Kernteilungsablauf bei der Vicia faba equina. Strahlenth. 27 Sept. 1930. T. 38 h. 12) Alberti u. Politzer. Über den Einfluss der Rx. auf die Zellteilung. Arch. f. Entwicklungsmechanik d. org. 1923. Bd. 100, 1924. Bd. 103. 13) Zwaardemacker u. T. P. Feenstra. Strahlenth. Bd. XXIX s. 527 h. 3 1928. Roentgenstrahlen u. Herzautomatie. 14) Castiglioni. Bull. Soc. Ital. di Biol. Sper. 1927 n. 6. 15) Kennaway and Hieger L. Carcinogenic substances and their Fluorescent. Spectra. Brit. Med. J. 1044, 1930. 16) Kennaway E. L. Further Experiments on Cancer - Producing substances. Biochem. J. 24. 497. 1930. 17) Hieger L. The spectra of cancer - producing tars and oils and of related substances. Biochem. J. 24: 505, 1930. 18) Walter Putzchar u. Friedrich Holtz. Erzeugung von Hautkrebsen bei Ratten durch langdauernde Ultraviolettbestrahlung. Z. f. Krebsf. Bd. 33. 1931. S. 219. 19) St. Rothman u. L. Bernhardt. Ultraviolette Licht u. Entstehung der Hautkrebsen. Klin. Woch. T. VIII. 1929. S. 1458. 20) G. M. Findley. Lancet. 1928. II p. 1070. 21) Doljanski L., Trillat J., Lecomte de Nouy P., et Rogoziński. „L'action des Rx. sur les cultures des tissus”. III-e Congrès de Radiologie, Paris, 1931. 22) Grynkraut B. XIII Zjazd przyrodników i lekarzy w Wilnie 1929 r. in: Nowotwory T. IV. N. 3, 1929 r.; Przegląd Radiologiczny T. V. N. 3, 1929. Archives d'Electricité méd. N. 555, mars-avril 1930. 23) Grynkraut B. Podstawy biologiczne leczenia guzów promieniami Roentgena. Warszawskie czasopismo lekarskie 19, 26 maja 1932, N. 20, 21. 24) Jausion H., Sohler R. et Hyronimusz R. (Paris). La lumière et les antigènes. La lumière antigène. V-e congrès International de Physiotherapie. Liège. 14 — 18. Sept. 1930. 25) A. Wagner. Investigations concerning the influence of Roentgen irradiation on the resistance to cancer in white mice. Acta Radiologica, T. X, h. 6, 1929.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z klinik i radiologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.
(Dyrektor: Prof. Michałowicz).

Fizjologiczny odczyn tuberkulinowy.

Podali

Henryk BROKMAN i Hanna HIRSZFELDOWA (Warszawa).

W r. 1929 stwierdziliśmy u ludzi istnienie swobodnego odczynu skórnoego z jadem nosacizny. Od-

czyn malleinowy przedstawia się w postaci odczynu alergicznego, jest on swoisty, narasta z wiekiem. Jest wyrazem powinowactwa tkanki do jadu, z którym ustrój nie mógł się zetknąć. Doświadczenia nasze pozwoliły odrzucić interpretację tego odczynu jako zjawiska parallergji w stosunku do zakażenia gruźliczego.

W toku pracy nasunęło się przypuszczenie, czy i w stosunku do tuberkuliny nie mamy do czynienia ze zjawiskiem analogicznym, to znaczy, czy istnieje odmienne indywidualnie oddziaływanie na tuberkulinę osobników, niezakażonych gruźlicą.

Istotnie, już wtedy stwierdziliśmy u szeregu osobników dodatni odczyn tuberkulinowy w rozcieńczeniu tuberkuliny $1/10 - 1/20$.

Badania te przeprowadzaliśmy nadal systematycznie, stosując powyższe rozcieńczenia tuberkuliny, przekonawszy się uprzednio za pomocą odczynu Pirquet'a oraz Mantoux, że dany osobnik nie jest zakażony gruźlicą. Chcemy tu zgóry zaznaczyć, iż w niektórych przypadkach pomimo niepełnie ujemnego odczynu w rozcieńczeniu tuberkuliny $1/100$, uważaliśmy dzieci za wolne od gruźlicy. Czyniliśmy to na mocy ustalenia pewnych charakterystycznych cech odczynu, jego krótkotrwałości oraz na zasadzie ujemnego wyniku podskórnej próby tuberkulinowej. Szczegóły omówimy poniżej.

66 dzieci poddaliśmy próbie tuberkulinowej w rozcieńczeniu $1/10 - 1/20$. Niżej podana tablica ilustruje wyniki badań.

Wiek	liczba badanych	odczyn ujemny (-)	odczyn słab. dodat. ($\pm$)	odczyn dodatni (+)
0—1 r.	12	6	4	2
1—5 l.	40	28	0	12
5—12 l.	14	7	1	6

Charakter fizjologicznego odczynu tuberkulinowego, to znaczy odczynu, powstającego u osobników nie zakażonych gruźlicą, przedstawia się w sposób następujący: w miejscu doskórnego wprowadzenia $0,1$ tuberkuliny w rozcieńczeniu $1/10 - 1/20$ stwierdzamy po upływie 24 godzin zaczerwienienie o średnicy $1-2$ cm. oraz nieznaczne nacieczenie. Odczyn ten po 48 godzinach od chwili wykonania zazwyczaj znika, co stanowi jego charakterystyczną cechę w odróżnieniu od odczynu tuberkulinowego swoistego u osobników zakażonych. W poszczególnych przypadkach odczyn ten utrzymuje się również i po 48 godzinach w postaci jedynie zaczerwienienia bez nacieczenia, lecz po tym okresie czasu zawsze znika, również w odróżnieniu od patologicznego odczynu tuberkulinowego, kiedy to nacieczenie po wykonaniu odczynu Mantoux utrzymuje się w ciągu szeregu dni.

Dla upewnienia się, że istotnie mamy do czynienia z dziećmi niezakażonymi, w 4 przypadkach, w wieku 3 mies., 4 mies., 2 lat i 7 lat, w których to przypadkach odczyn tuberkulinowy w rozcieńczeniu $1/100$ znikł po 24 godzinach (co uważamy za charakterystyczne dla odczynu tuberkulinowego fizjologicznego), wstrzyknęliśmy podskórnie $1/2-1$ milligr. tuberkuliny, nie otrzymawszy najmniejszego wznieśnienia ciepłoty. Pozwala nam to z całą pewnością wykluczyć zakażenie gruźlicze.

Bardzo ważna z punktu widzenia teoretycznego była sprawa, czy fizjologiczna wrażliwość skóry na tuberkulinę, względnie na malleinę sta-

nowi swoistą cechę ustroju, czy też mamy jedynie do czynienia ze wzmożeniem oddziaływaniem na wszelkie bodźce bakteryjne niezależnie od ich pochodzenia. W razie równoległości tych odczynów znaczenie wykrytego przez nas zjawiska byłoby znacznie skromniejsze.

Pragnąc wyjaśnić to zagadnienie, w 11 przypadkach wykonywaliśmy jednocześnie odczyn malleinowy i tuberkulinowy w jednakowym rozcieńczeniu ($1/10 - 1/20$). W 8 przypadkach odczyn wypadł równoznacznie (dodatnio lub ujemnie). Jednakże w 2 przypadkach przy ujemnym odczynie tuberkulinowym stwierdziliśmy dodatni malleinowy; w 1 przypadku przy dodatnim odczynie tuberkulinowym odczyn malleinowy wypadł ujemnie. Fakt ten przemawia za tem, iż zdolność fizjologicznego oddziaływania na bodźce bakteryjne w większości przypadków stanowi cechę ustroju, przejawiającą się w stosunku do szeregu antygenów bakteryjnych; w poszczególnych jednakże przypadkach rozwija się niezależnie, swoiście w stosunku do poszczególnego antygeny.

Trudno w tej chwili powiedzieć, od czego zależy ta swoistość, stwierdzona przez nas obiektywnie. Mogą tu wchodzić w grę zarówno cechy konstytucyjne, jak i indywidualne, niejednakowe ekspozowanie się i podleganie bodźcom nieswoistym.

Materiał nasz jest zbyt skromny, ażeby powiedzieć, jakie jest tempo zjawiania się tej wrażliwości wraz z wiekiem. Naogół u dzieci starszych odsetek osobników, dających odczyn dodatni, jest większy, aniżeli u dzieci młodszych.

Jak wiadomo, w stosunku do błonicy i płonicy fizjologiczna wrażliwość skóry na odosny jad, wrażliwość, którą należy uważać za zupełnie analogiczną w swej istocie do fizjologicznego odczynu tuberkulinowego i malleinowego, posiada duże znaczenie dla wrażliwości na odpowiednie zakażenia. Nie uważamy za niemożliwe, że i w stosunku do gruźlicy brak lub obecność fizjologicznej wrażliwości posiada znaczenie dla sposobu oddziaływania na zakażenie lasecznikiem gruźlicy dla tej lub innej postaci klinicznej w przebiegu zespołu pierwotnego.

Przeciwko naszemu twierdzeniu o fizjologicznym charakterze odczynu, opisanego przez nas, mógłby być wysunięty zarzut, iż nie jest wyłączone zetknięcie się danego osobnika z lasecznikiem gruźlicy, które jednakże nie doprowadziło do zakażenia. Zarzutu tego bezwzględnie odrzucić nie możemy, chcemy jednakże zaznaczyć, że w stosunku do malleiny na zasadzie wszelkich logicznych rozważań zarzut ten jest nieaktualny; zaś w stosunku do gruźlicy również wydaje się nieprawdopodobny choćby z uwagi na młody wiek niektórych dzieci (niemowlęta) oraz brak kontaktu.

1) Z powyższego wynika, iż stwierdziliśmy u szeregu dzieci istnienie dodatniego odczynu tuberkulinowego w rozcieńczeniu $1/10 - 1/20$, a nawet $1/100$. Odczyn ten posiada cechy, różniące go od odczynu tuberkulinowego, występującego u osobników, zakażonych gruźlicą. W przypadkach powyższych zakażenie gruźlicze wykluczyć mogliśmy z całą pewnością.

2) Niewątpliwie mamy do czynienia z ogólnym zjawiskiem biologicznym, polegającym na wy-

tworzeniu się fizjologicznego powinowactwa do całego szeregu antygenów bakteryjnych, przytem wrażliwość ta może dotyczyć zarówno całej grupy antygenów, jak i posiadać charakter swoisty, dotyczący poszczególnego antygeny.

3) Znaczenie tej wrażliwości dla patologii zostało ustalone w stosunku do niektórych chorób zakaźnych (błonica, płonica, czerwotka); w stosunku do innych chorób, między innymi do gruźlicy, zagadnienie to pozostaje jeszcze otwarte.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi.

Podał

Dr. M. PŁONSKIER,

prosektor Szpitala Starozakonnych na Czystem (Warszawa).

Coraz bardziej utrwała się przekonanie, że nowotwory złośliwe są zjawiskiem bardzo częstym w całym świecie zwierzęcym. Coraz częściej ukazują się obszernie monografie o nowotworach różnych zwierząt; są one szczególnie ciekawe przy zestawianiu z opisami nowotworów ludzkich, przy stwierdzaniu podobieństw i różnic pomiędzy nimi.

Auler i Wernicke opisują nowotwory psów. Przedewszystkiem stwierdzają, że u psów nowotwory występują częściej, aniżeli u innych zwierząt. Należy pamiętać, że psy żyją w warunkach najbardziej podobnych do warunków życia człowieka, i że ich sposób odżywiania się jest również zbliżony do odżywiania się ludzi. Nowotwory psów są naogół podobne pod względem swej budowy histologicznej do nowotworów ludzkich; zachodzą jednakże pomiędzy nimi pewne różnice w przebiegu klinicznym. Tak np. autorzy spostrzegali dość często mięsaki okrągłokomórkowe w skórze o przebiegu klinicznym zupełnie łagodnym; opisują niezłośliwe mięsaki limfatyczne narządów płciowych (członka i pochwy), które dają się przeszczepiać. Nowotwory żołądka są u psów bardzo rzadkie, — w jelitach nie spostrzegano wcale nowotworów; równie rzadkie są u psów nowotwory złośliwe macicy, — dość częste natomiast są mięśniaki. Przy przeciętnej długości życia psów 10 lat — mięsaki występują już po 4-tym roku życia, a raki najczęściej po 8-ym. W 78% przypadków nowotworów udało się osiągnąć zupełne wyleczenie na drodze operacyjnej.

Feldman opisuje nowotwory u owiec; częściej spostrzegał raki, a rzadziej mięsaki; guzy występowały dość często już w młodym wieku. Jak u psów, tak i u owiec bardzo rzadkie są nowotwory przewodu pokarmowego. Naogół nowotwory u owiec spostrzegano rzadziej, aniżeli u innych zwierząt.

Rzadkość występowania nowotworów złośliwych w przewodzie pokarmowym u zwierząt stwierdza również Carballó. Autor ten opisuje raki i mięsaki u koni, bydła, kóz, psów, kotów i drobiu. Zwierzęta wymienione bardzo rzadko chorują na raka jamy ustnej; jedynie u kotów spostrzegano raka warg. Rzadkość występowania nowotworów złośliwych w przewodzie pokarmowym u zwierząt jest mało zrozumiała; o wiele częstsze są przecie

u zwierząt pasorzyty przewodu pokarmowego, zwierzęta często połykają najróżniejsze ciała obce i substancje drażniące. A są to przecież czynniki, wywołujące często zmiany zapalne o charakterze przewlekłym, zmiany, które powodują dyspozycję tkanek do raka. Rzadko również spostrzegano u zwierząt raki narządów płciowych żeńskich. Często natomiast występują nowotwory złośliwe jąder (szczególniej u koni), przeważnie w przypadkach zaburzeń rozwojowych, np. dystopji (podobnie zresztą, jak i u ludzi). U koni kastrowanych częściej spostrzegano raki prącia.

Zpśród nowotworów, sztucznie wywołanych u zwierząt, raki smołowe nie przestają najbardziej interesować badaczy. Bonne, Lodder i Streef próbowali przez pendzlowanie smołą wywoływać raki u małp. Małpom pendzlowano skórę brzucha dwa razy tygodniowo; po $\frac{1}{2}$ do $1\frac{1}{2}$ roku zjawiały się brodawczaki (*papillomata*) na szerokiej podstawie; histologicznie można było stwierdzić wrastanie nabłonka do głębokich warstw skóry i tkanki podskórnej lub też wielokształtność komórek nabłonkowych. Jednakże nigdy nie spostrzegano dużych, prawdziwych owrzodzeń rakowych, ani też przerzutów; prawie zawsze natomiast skłonność do cofania się sprawy nowotworowej, w jednym przypadku nawet mimo dalszego pendzlowania smołą. Okazuje się więc, że wzrost naciekający, który jest tak ważnym wskaźnikiem w rozpoznawaniu histologicznym nowotworów złośliwych u ludzi, nie ma istotnego znaczenia przy ocenie złośliwości nowotworów doświadczalnych u małp (zresztą i u innych zwierząt, np. u królików), — nawet w przypadkach, kiedy badanie mikroskopowe wykazuje nietypowość komórek i obecność nieprawidłowych figur podziału. W rakach smołowych nietypowość w obrazie mikroskopowym nowotworu nie idzie wcale w parze z nieodwracalnością całego procesu, jak to przeważnie ma miejsce w nowotworach złośliwych ludzkich.

Okazuje się, że metoda smołowania zwierząt daje najczęściej wyniki dodatnie tylko u myszy, u których zjawiają się raki z wszelkimi cechami złośliwości; inne zwierzęta są bardziej odporne. Guiler a, Roca i Corach an próbowali pendzlować smołą skórę u szczurów; otrzymywali zmiany przedrakowe pod postacią brodawczaków i nabłoniaków niezłośliwych; w jednym tylko przypadku nowotwór miał cechy złośliwości; jednakże nie udało się go przeszczepić na inne zwierzęta. Tem ciekawiej brzmią spostrzeżenia Négrea i Valtisa. Pendzlowali oni przez dłuższy czas u szczurów skórę w różnych miejscach; po pewnym czasie szczury zabito, a narządy i między innymi skórę

wszczepiano zdrowym szczurom. Okazało się, że u tych szczurów, którym szczepiono skórę szczurów smołowanych, powstawały nowotwory złośliwe w miejscu szczepienia (gruczolakorak, mięsak limfatyczny). Karnicki (z Wilna) badał wpływ gruczolów wydzielania wewnętrznego na powstawanie i rozwój nowotworów smołowych u królików. Jest to bardzo gruntowna praca, oparta na dużym materiale doświadczalnym. Okazało się, że usunięcie grasicy bardzo znacznie przyspiesza rozrost nowotworów. Podobne zjawisko, lecz w nieco mniejszym stopniu, występowało po usunięciu tarczycy i gruczolów przytarczycznych. Usunięcie jąder przyspiesza również rozrost nowotworów, lecz w jeszcze mniejszym stopniu. Usunięcie natomiast nadnercza hamuje bardzo znacznie powstawanie i rozrost nowotworów.

W związku z pracą powyższą ciekawie brzmią spostrzeżenia B a b e s a; zwrócił on uwagę na to, że u królików z rakami smołowymi graseca zanika; już w kilka dni po pojawieniu się nowotworów stwierdzano na sekcji królików, że grasicy nie widać prawie wcale, lub że jest bardzo mała i waży 0,07 — 0,17 gr., podczas gdy graseca królików bez raków ważyła 0,360 — 0,756 gr.

M e r t e n s przeprowadzał doświadczenia nad działaniem dymu tytoniowego na zwierzęta. Do szklanego klosza, pod którym znajdowały się myszy, wprowadzano codziennie na przeciąg kilku godzin dym papierosów. Ze 125 myszy, wziętych do doświadczeń, u 2-ech stwierdzono raki płuc. Jednakże sam autor ma wątpliwości; jest to zbyt niska liczba, która nie pozwala na dalej idące wnioski; raki mogły powstać wcześniej i niezależnie od działania dymu. U wszystkich prawie myszy stwierdzono bardzo znaczne zmiany w drogach oddechowych, aż do powstawania rozległego ropienia w tchawicy i w oskrzelach; dość często spostrzegano metaplastję nabłonka śluzówki dróg oddechowych. Ciekawem jest, że u myszy poddawanych działaniu dymu papierosów, często występowała bezpłodność; u samców stwierdzano niejednokrotnie ciężkie zmiany chorobowe w jądrach.

N a k a n o wstrzykiwał dożylnie małpom, królikom i świnkom morskim mieszkankę oliwy z czerwienią szkarłatu lub też mieszkankę lanoliny z oliwą. Po dłuższym czasie i po wielokrotnych wstrzykiwaniach na sekcji zwierząt stwierdzono w kilku przypadkach zmiany rakowe w płucach; rozrost rakowy rozpoczynał się w nabłonku oskrzeli.

Wydać się bardzo prawdopodobnem, że w powstawaniu coraz częściej występującego u ludzi raka płuc odgrywają rolę czynniki drażniące (jak zresztą i w innych rakach). Jednakże we współczesnych, nader skomplikowanych warunkach życia trudno jest ustalić, jakiego rodzaju są te czynniki drażniące. B e r b l i n g e r, który już dawno zajmuje się zagadnieniem raka płuc, przypuszczał, że uszkodzenie nabłonka oskrzeli w grypie może mieć pewien wpływ na późniejsze powstawanie raka płuc. Niejednokrotnie przypuszczano, że źródłem czynników, drażniących drogi oddechowe, są współczesne, coraz to bardziej zadymione i zapyłone miasta z ich fabrykami, motorami i asfaltowanymi ulicami; przede wszystkim miały tu być czynne cząsteczki smoły, unoszące się w powietrzu. K i k u t h zwraca uwagę na coraz częściej stosowa-

wane przez lekarzy prześwietlanie klatki piersiowej promieniami R o e n t g e n a; przypuszcza, że nie jest ono może zupełnie obojętne dla tkanki płucnej, i że z niem wiąże się może coraz częstsze występowanie raka płuc.

Już dawno zwrócono uwagę na pylicę płuc. Schmorl, Rostoski i Saupe badali szczegółowo sprawę niezwyklej częstości raków płuc w Schneebergu w Saksonji wśród górników z kopalni arsenu i kobaltu. Wymienieni autorzy między innemi przypisywali duże znaczenie pylicy płuc (w danym przypadku „anthracochalicosis”) i z nią wiązali niezwyklej częstość raka. Jednakże okazało się, że w innych kopalniach, gdzie pylica płuc jest równie częsta, raki płuc nie występują tak często jak w Schneebergu. Schulte, Husten i Di Biasi nie spostrzegali w płucach pyliczych raków płuc; w 5-ciu rakach płuc, które badał Husten nie było pylicy. W rezultacie na materiale sekcyjnym nie udało się ustalić żadnego wyraźnego związku pomiędzy rakiem i pylicą płuc. Rostoski i Saupe wyrazili przypuszczenie, że częstość raka płuc w Schneebergu należy wiązać z długotrwałym działaniem substancji radioaktywnych, unoszących się w tamtej okolicy w powietrzu. Jednakże Berblinger w pracy z 1931 roku wypowiada się przeciwko temu ostatniemu przypuszczeniu.

Tymczasem niedawno ukazała się ciekawa praca Sikla, w której autor opisuje raki płuc w Jachimowie (Joachimsthal) w Czechosłowacji. Jest to małe miasteczko, głośnie w ostatnich latach przez swoje bogactwa radowe; leży ono na południo-wschód i w odległości 20 kilometrów od Schneebergu. Dawniej istniały tam kopalnie srebra, kobaltu, niklu, bizmutu, arsenu i uranu; obecnie wszystkie wysiłki zostały skierowane na wydobywanie radu; państwowa fabryka w Jachimowie wyrabia rocznie przeszło 2 gramy czystego chlorku radu. Już wcześniej przypuszczano, że pośród robotników, pracujących w kopalniach tamtejszych, często występuje rak płuc. Pierwsze ściślejsze badania potwierdziły te przypuszczenia w całej rozciągłości. W ciągu 18 miesięcy zmarło 15 górników (z ogólnej liczby 400); w 10 przypadkach wykonano sekcję zwłok, — w 8 przypadkach stwierdzono raki płuc. Wydaje się zupełnie możliwe, że gra tu rolę emanacja radowa, której duże ilości są zawarte w powietrzu w okolicy kopalni. Przypomnieć należy w tem miejscu pracę doświadczalną D a e l s a i B i l t r i s a, o której pisaliśmy w ostatnim artykule zbiorowym o nowotworach złośliwych (Warsz. Czasop. 1932, Nr. 20). Wymienieni autorzy wywoływali u zwierząt nowotwory złośliwe przez długotrwałe drażnienie tkanek radem. Nie ulega więc żadnej wątpliwości, że rad w pewnych warunkach może być czynnikiem rakotwórczym. Gdyby nawet dalsze badania okolic kopalni radowych potwierdziły powyższe spostrzeżenia, to sprawa raka płuc przedstawiałaby się analogicznie do sprawy raka skóry; występuje u ludzi rak zawodowy skóry rąk i twarzy (u robotników, pracujących przy przetworach smołowych); jednakże poza tem występują bardzo liczne przypadki raka skóry u ludzi, niestykających się wcale ze smołą lub z jej przetworami. Rad (tak, jak i smoła) byłby

tylko jednym z wielu czynników, sprzyjających powstawaniu raka płuc.

Do czynników, sprzyjających powstawaniu raka płuc, próbowano zaliczyć gazy wojenne oraz bezpośrednie urazy, uszkodzenia tkanki płucnej. Obfity materiał z wielkiej wojny nie potwierdził tych przypuszczeń. Wykazanie związku przyczynowego pomiędzy uszkodzeniem tkanki płucnej (np. przez postrzał) i późniejszym powstaniem raka w tem samem miejscu jest bardzo trudne, a nieraz zupełnie niemożliwe nawet przy badaniu pośmiertnem. Istnieją jednakże ciekawe pojedyncze spostrzeżenia, któreby wskazywały, że może istnieć pewien związek pomiędzy urazem i powstaniem raka płuca. Wells, Gideon i Cannon opisują przypadek 50-cio-letniego mężczyzny, który został przejechany przez samochód i uległ przytem zgnieceniu lewej połowy klatki piersiowej i lewego płuca oraz złamaniu 3 żeber w linii pachowej. Natychmiastowe prześwietlenie klatki piersiowej promieniami Roentgena nie wykazało żadnych zmian w mięszu płuc. Po roku zjawił się guz w górnym lewym płacie. Sekcja wykazała raka płuca lewego z przerzutami do gruczołów śródpiersia. Przypadki podobne, spostrzegane w innych narządach były niejednokrotnie opisywane; szczególnie często mięsaki kości, które powstawały w jakiś czas po urazie. Istniejąca w tej dziedzinie literatura kazuistyczna jest już bardzo bogata i pozwala już może na pewne wnioski natury ogólniejszej. Zagadnienie wpływu urazów jednorazowych na powstawanie nowotworów jest ważne nie tylko już ze względów teoretycznych: idzie tu o zagadnienie czysto praktyczne możliwości ustalania związku pomiędzy urazem i nowotworem i określania tego związku z punktu widzenia orzecznictwa i celów organizacji ubezpieczeń społecznych (renty, odszkodowania i t. d.).

Większą część przypadków guzów złośliwych, powstających po urazie, stanowią mięsaki kości. Każdy z bardziej doświadczonych chirurgów spotykał w swoim materiale klinicznym przypadki, kiedy u młodych ludzi po złamaniach, zmiążdżeniach, stłuczeniach w miejscu uszkodzonym lub w jego okolicy zjawiały się później mięsaki. Coley już w 1898 roku na materiale 170 mięsaków kości stwierdził, że w 27% przypadków powstanie nowotworów było poprzedzone przez uraz. Do 1926 roku tenże autor spostrzegał 360 przypadków mięsaków długich kości i w 181 mógł stwierdzić uraz lokalny. W 70% przypadków guzy powstawały w okresie mniej więcej 6-ciomiesięcznym po urazie, a w 30% — już w 1 miesiąc po urazie. Ostatnio tenże autor spostrzegał 6 przypadków, w których bezpośrednio po urazie kości badanie rentgenologiczne kości nie wykazywało nic szczególnego, a w kilka miesięcy później powstawały mięsaki w miejscu urazu. Chiurco badał mięsaki piszczyki i kolana u młodych ludzi: guzy zjawiały się w kilka miesięcy po urazie tych samych kości. Werner opisuje całą rodzinę, w której kilkakrotnie spostrzegał mięsaki kości po złamaniach. Wszystkie dzieci w tej rodzinie ulegały kilkakrotnie złamaniom kości już wskutek lekkich urazów; złamania goiły się naogół dobrze. Jeden z braci mając 22 lata, uległ złamaniu podudzia: w miejscu złamania powstał mięsak, który

w ciągu kilku miesięcy doprowadził do śmierci. Drugi brat w 28 roku życia złamał kość ramieniową: w krótkim czasie potem zmarł wskutek mięsaka, który się zjawił w miejscu złamania. Syn zmarłego również często ulegał w dzieciństwie złamaniom kości już przy lekkich urazach: w 20-tym roku życia złamanie uda, — mięsak, — śmierć.

W porównaniu z obfitą kazuistyką mięsaków liczba raków, powstających po urazie jest niewielka. Schad zebrał z literatury 247 przypadków, w których przyjęto, że jednorazowy uraz wywołał powstanie raka. Raki powstawały najczęściej po urazach tych narządów, w których samoistne raki bywają również częste — a więc w piersi kobiecej, w żołądku, na wargach, w skórze, na języku, w narządach płciowych. Raki po urazach spostrzegano naogół w młodszym wieku, niż to zwykle bywa. W pojedynczych przypadkach rak powstawał już w krótkim czasie po urazie (najwcześniej po 4 tygodniach) — nieraz znów bardzo późno (po 3 latach). Najwcześniej zjawiały się raki żołądka, języka i męskich narządów płciowych. W 32 przypadkach rak wyrósł w niezagojonej jeszcze ranie. Rodzaje urazów były różne: stłuszczeniowo często oparzenia gorącymi substancjami, rzadziej stężonymi kwasami lub ługami, niejednokrotnie postrzały lub tępe uderzenia. Jako *curiosum* autor cytuje przypadek, kiedy rak wargi powstał w 4 tygodnie po ukąszeniu wargi przez pszczołę.

Przedewszystkiem dziwna się wydaje tak znaczna przewaga mięsaków pourazowych nad rakami. (Coley sam spostrzegał 180 przypadków mięsaków; w całej literaturze wszystkiego 247 raków). Różnica ta okazałaby się jednak z pewnością mniejsza, gdyby spośród opisanych mięsaków odrzucić wątpliwe pod względem histologicznym przypadki, a pozostawić tylko te, które były bezsprzecznie złośliwe w biologicznym sensie tego słowa. Śród guzów kostnych stosunkowo często występują postaci, stojące na pograniczu złośliwości, lub też postaci o przebiegu zupełnie łagodnym, które jednakże do niedawna zaliczano do mięsaków: mamy tu na myśli t. zw. guzy brunatne (z komórkami olbrzymimi), występujące nieraz samodzielnie, a nieraz w przebiegu innych schorzeń układu kostnego. Ostatnio traktuje się je raczej jako twory odczynowe o charakterze rezerwacyjno-zapalnym, a nie jako nowotwory. Guzy takie nierzadko występują w kościach po urazach; można więc przypuszczać, że stanowią one niemałą część opisywanych „mięsaków” pourazowych. Wreszcie należy zaznaczyć, że guzy te zmieniają nieraz swój charakter i stają się faktycznie nowotworami złośliwymi — mięsakami w ścisłym znaczeniu tego słowa.

Ustalenie związku przyczynowego pomiędzy urazem i zjawiającym się później nowotworem złośliwym jest faktycznie niemożliwe. Nigdy nie możemy bowiem twierdzić z całą pewnością, że nowotwór nie byłby powstał, gdyby nie było urazu; nie mamy również pewności, czy już przed urazem nie rozpoczął się rozrost złośliwy. Jasne jest, że zadziałanie urazu na istniejący już nowotwór złośliwy w znacznym stopniu przyspieszy jego rozrost. Wydaje się również prawdopodobnem, że w tych przypadkach w których nie było nowotworu przed urazem, musiał istnieć pewien szczególny stan

tkanek—utajona dyspozycja do nowotworu. Werner również wspomina o dyspozycji tkankowej, ale mówi jednocześnie o możliwości istnienia pewnych szczególnych cech urazu. Schad radzi być ostrożnym przy ustalaniu związku przyczynowego pomiędzy urazem i nowotworem i również myśli o dyspozycji. Teutschlaender stanowczo odrzuca możliwość, ażeby u zupełnie zdrowego człowieka uraz zdrowej okolicy ciała mógł wywołać nowotwór złośliwy. Z przytoczonej tu kazuistyki najlepiej świadczy o dyspozycji tkankowej rodzinne występowanie złamań i nowotworów oraz fakt, że raki pourazowe najczęściej powstają w tych narządach, w których i samoistnie najczęściej występują. Dotychczasowe skąpe badania doświadczalne na zwierzętach potwierdzają poniekąd stanowisko

powyższe. Pentimalli w 1916 roku wstrzykiwał do krwi zdrowym kurom „czynnik” mięsaka Rousa. Guzy powstawały w tych miejscach, które przedtem były celowo uszkodzone. Wspominaliśmy już w poprzednim artykule o pracach Fischer-Waselsa: pendzlowano myszy smołą w różnych miejscach, nie wywołując uszkodzeń skóry, lecz raczej stan ogólnego zatrucia; kiedy później wywoływano rany przez oparzenie — to raki powstawały w miejscach oparzonych. Nie znamy przypadku, w którym udało się u zdrowego zwierzęcia wywołać nowotwór przez jednorazowy uraz. Tak więc pomiędzy urazami i powstającymi później guzami złośliwymi u ludzi moglibyśmy ustalać jedynie związek warunkowy, nie zaś przyczynowy. (Dok. nast.).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Bakterjologia i Serologia

F. R. WINOGRAD - FINKEL. W sprawie zanieczyszczenia przechowywanej krwi w warunkach klinicznych i doświadczalnych. (Now. Chirurg. Arch. N. 2, 1932).

Przechowywana sposobem autora krew posiada pewne własności bakterjobjęcze, nie ustępujące co do siły własnościom bakterjobjęcym świeżej krwi. Pobrana z zachowaniem wszelkich zasad aseptyki przechowywana krew niezawsze bywa jałowa. Najczęściej stwierdza się w niej niechorobotwórcze prątki powietrzne, rzadziej koki. Bakterjobjęcze działanie przechowywanej krwi nie jest jednakowe w stosunku do rozmaitych bakterij. We krwi przechowywanej nie odrzuca ginie zakażenie, które się do niej dostało. W ciągu pierwszej doby częściej stwierdza się w niej żywe bakterje, aniżeli na drugą i trzecią dobę po zakażeniu. Krew psa posiada słabsze własności bakterjobjęcze, aniżeli krew człowieka, wskutek czego doświadczeń na psach nie można całkowicie porównywać z doświadczeniami na człowieku. Bakterjobjęcze siły przechowywanej krwi często najzupełniej wystarczają do zabicia bakterij, które dostały się do niej w niewielkiej liczbie z powietrza. Wyjątek stanowi *bac. subtilis*, niechorobotwórcza pałeczka zarodnikowa, którą nierzadko spotyka się w przechowywanej krwi. Drobnoustroje, które dostały się przypadkowo do przechowywanej krwi w niewielkiej liczbie, ulegają tak znacznemu osłabieniu wskutek bakterjobjęczego działania krwi, że, będąc wprowadzone do krwiobiegu człowieka, łatwo giną we krwi.

L. H.

P. A. MORALIS. Na marginesie 14 przypadków węglik ludzkiego, leczonych surowicą przeciwwąglkową Instytutu Pasteura w Paryżu. (Monde méd. N. 809, 1932).

Wyniki lecznicze zapomocą surowicy przeciwwąglkowej, zastosowanej w 14 przypadkach węglika u ludzi, były znakomite. Od drugiego dnia spostrzegano ustanie wymiotów, poprawę stanu ogólnego; w 3 przypadkach nastąpił nagły spadek gorączki, w 7 innych obniżała się ona stopniowo, w jednym przypadku gorączka utrzymywała się przez pięć dni, potem stopniowo się obniżała. Surowicę stosowano bądź podskórnice, bądź wśródmięśniowo; dawki jej zależały od ciężkości każdego przypadku; naogół autor rozpoczynał od podawania 50 — 60 cm³ pierwszego dnia, powtarzał tę dawkę w ciągu dni następnych, jeżeli stan tego wymagał lub zmniejszał natychmiast, gdy spostrzegał poprawę. Pomimo dużych dawek surowicy nie spostrzegano choroby posurowiczej z wyjątkiem jednego przypadku, w którym na piąty dzień wystąpiły bóle stawowe, zmuszające do zastosowania morfiny. Dodać należy, że od pierwszego dnia autor po-

daje swym chorym roztwór chlorku wapnia. Z wyjątkiem jednego przypadku, który skończył się śmiercią, a w którym rozpoczęte dość wcześnie leczenie surowicą mogłoby chorego uratować, wszystkie 13 przypadków skończyły się wyleczeniem zapomocą samej tylko seroterapii.

Henryk J. Landau.

A. MATRAS. Hodowle prątków gruzliczych metodą Loewensteina z tkanek gruzliczych schorzeń skóry. (Wien. kl. Woch. N. 17, 1932).

Metoda hodowli Loewensteina dla wykazania prątków gruzliczych w chorobowo zmienionych tkankach nadaje się bardzo dobrze do celów dermatologicznych. Rozdrobniony mechanicznie materiał zostaje przykryty kilkoma centymetrami sześciennymi 15% kwasu siarkowego i pozostawiony na 10', przyczem ciągle należy go poruszać, poczem przez 5' jałowo się go wiruje, następnie przemywa się dwukrotnie roztworem fizjologicznym soli kuchennej i zasiewa się materiał na pożywkę jajecznej.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

Choroby alergiczne.

K. P. EISELSBERG. W sprawie znaczenia swoistych peptonów Luithlen - Urbacha dla rozpoznawania i leczenia w schorzeniach alergicznych. (Wien. kl. Woch. N. 11, 1932).

Autor podaje opis przypadku, w którym od szeregu lat istniały napady, przypominające wstrząs, połowicze bóle głowy, dolegliwości sercowe i niezbyt kiszki grube, a w którym występowanie dolegliwości pozostawało w ścisłym związku z przyjmowaniem poszczególnych środków spożywczych. W przypadku tym dopiero przy pomocy swoistych peptonów (propeptony według Luithlen - Urbacha) udało się postawić rozpoznania tego stanu i przynieść choremu istotną ulgę. Luithlen doszedł do wniosku, że doświadczenia, mające na celu wpłynięcie na zjawiska nadwrażliwości, które powstają po przyjęciu rozmaitych środków spożywczych, za pomocą peptonu, dlatego się często nie udają, że peptony posiadają już nazbyt nieznaczną swoistość, i starał się otrzymać mniej rozłożone ciała białkowe. Urbach przyjął tę metodę i używał swoistych peptonów pod nazwą propeptonów (Chemosan - Union), a mianowicie, w ten sposób, że podaje on przed przyjęciem pojejrzanego białka pokarmowego odpowiedni propepton.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

W. BERGER i K. HANSEN. Badania kliniczne nad chorobami allergicznymi. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 173, z. 5).

Ażeby uznać swoistą nadwrażliwość na zarodniki grzybów z rodzaju pleśni, muszą być zachowane następujące kry-

terja: 1) wykazanie antygeny w najciaśniejszym otoczeniu chorego; 2) ustanie napadów po oddaleniu się chorego z tego środowiska; 3) wywołanie napadu po zetknięciu się (wdychaniu lub zastrzyknięciu) z tym antygenem w ilości, przewyższającej próg nadwrażliwości; 4) jednoznacznie dodatni odczyn skórny przy użyciu wyciągu, otrzymanego tylko z zarodników, który ponadto u innej osoby, wrażliwej na pleśniawki, musi działać ujemnie; 5) bierne przeniesienie nadwrażliwości skórnej w doświadczeniu P r a u s n i t z - K u e s t n e r a. Autor podaje opis metody przygotowywania wyciągów z zarodników grzybów oraz ich mianowania. Cytowanych jest kilka przypadków prawie ściśle jednowartościowej alergii w stosunku do zarodników pleśniawek, w których autor przeprowadził ścisłą analizę uczulenia. Autor dowodzi, że o istnieniu uczulenia na zarodniki pleśniawek można wnioskować z prawie wiążącego łańcucha dowodów, lecz ta szczególna postać uczulenia bynajmniej nie musi leżeć w podłożu wszystkich innych postaci uczulenia. Wśród zbadań przez autora ludności, która składała się z bardzo rozmaitych warstw i pochodziła z Brugen, Pirmasens, Karlsruhe, Osterburken, Frankfurtu, praktycznie jednowartościowe uczulenie na pleśniawki stanowiło około 8 — 10% wszystkich chorych z jawną dychawką alergiczną; powikłane przez inne jeszcze alergeny, a zatem niezupełnie ściśle jednowartościowe uczulenie na pleśniawki — około 15 — 20% wszystkich chorych z dychawką.

Henryk J. L a n d a u.

I. DANIEL. Leczenie i patogeneza pokrzywki. (Arch. d. Maladies de l'Appar. Digestif, T. XXII, N. 1, 1932).

Pokrzywkę uważamy jako wyraz tkankowy wstrząsu koloidalnego, lub jako nadwrażliwość ustroju na niektóre obce białka, jako anafilaksję, idiosynkrazję lub wreszcie jako stan alergii ustroju. Znamy różne przyczyny wywołujące, jako to: pokarmy, leki, wzruszenie, zimno, ciepło, choroby infekcyjne. Autor zwrócił uwagę na fakt, że pokrzywka często występuje u ludzi z przewlekłymi cierpieniami dróg żółciowych; pokrzywce pozatem towarzyszą: wolne tętno, świąd skóry, niskie ciśnienie krwi, zaburzenia trawienia i dodatnia reakcja H a y a w mocz. Autor sądzi, że objawy te są wyrazem retencji soli żółciowych we krwi i być może jakichś innych nieznananych składników, które normalnie są wydzielane drogą żółci do jelit. Autor opisuje trzy przypadki, gdzie stosował przy pokrzywce leczenie żółciopędne przy pomocy decholin i stwierdzał bardzo szybkie cofanie się pokrzywki i powrót do zdrowia.

Jakób P e n s o n.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

■ Karl GRAHE, a. o. Professor u. Oberarzt der Universitäts - Ohren - Hals - Nasenkl. zu Frankfurt a. m. *Hirn und Ohr. Kurze Darstellung der Hör und Gleichgewichtsuntersuchung und ihrer Bedeutung für die Erkennung endokranieller Erkrankungen.* Georg Thieme Verlag. Leipzig. Str. VI. 108, Cenna mk. 9.60.

Zamierzeniem autora było podanie w krótkiej, zwięzłej i jasnej formie praktycznych wiadomości o wpływie schorzeń mózgowia na narząd słuchu i statyki oraz o znaczeniu wyników badania tych narządów dla rozpoznawania chorób ośrodkowego układu nerwowego. Autor rozmyślnie pomija drobne, rozważania teoretyczne i przystępuje od razu do zakresłonego zadania. Praca ta podzielona jest na cztery części; w części pierwszej znajdujemy anatomję ucha wewnętrznego i nerwu usznego wraz z jego przebiegiem poprzez most i rdzeń przedłużony do mózdzku i kory mózgowej; w części drugiej jest opisana dokładna metodyka badań organu słuchu i statyki; w części trzeciej autor omawia zaburzenia, występujące w schorzeniach oddzielnych odcinków ucha wewnętrznego i nerwu usznego, wreszcie część czwarta zaznajamia nas ze zmianami w na-

rzędzie słuchu i statyki w przebiegu rozmaitych schorzeń organicznych i czynnościowych mózgu, aż do hysterji i nerwic włącznie. Wobec tego, że często różne schorzenia mózgowia, względnie organów słuchu i statyki, dają te same objawy i odwrotnie, to samo cierpienie może dawać klinicznie rozmaite obrazy, poza-tem, że nieraz zmuszeni jesteśmy na podstawie nikłych objawów opierać nasze rozpoznanie, autor zwraca szczególną uwagę na ważność kilkakrotnego, skrupulatnego przeprowadzenia badań oraz skrzętnego notowania wyników, gdyż tylko dzięki ich zestawieniu możemy w pewnym stopniu ustrzec się przed poczynieniem omyłek. Dzięki wprowadzeniu niektórych cennych, choć czasem drobnych wskazówek praktycznych, opartych na bogactwem doświadczenia autora, praca ta nie jest zwykłą kompilacją dotychczas opisanych wiadomości, a zamieszczenie pouczających rycin z zakresu anatomji i metodyki badania i załączenie opisu 22-u przypadków klinicznych jest doskonałym uzupełnieniem tej bardzo starannie wydanej książki, która niewątpliwie odda cenne usługi w codziennej pracy specjalistom chorób nerwowych, wewnętrznych, usznych i ocznych.

A. O.

O. MAYER. Czy można spodziewać się, że adrenalina wyleczy otosklerozę? (Wien. kl. Woch. N. 12. 1932).

Myśl o stosowaniu adrenaliny w otosklerozie nie jest nowa, nie jest ona jednak uzasadniona teoretycznie, a w doświadczeniach autora nie wykazała zalet. Jeżeliby wogóle wchodził w rachubę jakiś hormon byłaby nim prawdopodobnie insulina, która w przeciwieństwie do adrenaliny wywołuje dzięki rozszerzeniu naczyń krwionośnych lepsze ukrwienie i odżywianie całego ustroju. Autor stosował w ciągu ostatnich 4 lat insulinę w pewnej liczbie przypadków otosklerozy, a mianowicie, u kilku kobiet i osiągnął lekką poprawę, utrzymującą się przez czas dłuższy.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

G. CANUYT i L. GERY. Ropowice zagłębienia migdałkowego a całkowite wycięcie migdałków. (Ann. d'Oto - Laryngol. N. 8, 1932).

Nazwa ropowicy zagłębienia migdałkowego wydaje się autorom właściwsza od ropnia, ponieważ badanie mikroskopowe wykazało we wszystkich przypadkach rozlane nacieczenia ropowicze. Ta nazwa jest bardziej ścisła, gdyż tłumaczy ona to, co się widzi. Anatomja patologiczna wykazuje ze ścisłością umiejscowienie anatomiczne tych zbiorników ropy w zagłębieniu migdałkowem. Potwierdza ona wyniki badań doświadczalnych, doświadczeń i spostrzeżeń klinicznych i operacyjnych, poczynionych w ciągu wielu lat przez jednego z autorów. Ropowice są umiejscowione w zagłębieniu migdałkowem. Zmiany migdałka nakazują całkowite usunięcie (*amygdalectomia totalis*). Należy bezwzględnie usuwać cały gruczoł, gdyż badanie histologiczne wykazało stałe utrzymywanie się zmian przewlekłych, a czasami obecność zmian ostrych. Zmiany te mogą być umiejscowione w jakiegokolwiek części migdałka, jeżeli uwzględnić rozmaitość umiejscowienia zatok i ich uchylków. W tych warunkach całkowite wycięcie migdałków na zimno lub na gorąco jest jedyną logiczną i uzasadnioną operacją.

J. L. H.

DRÜNER. W sprawie wydostawania ciał obcych z dróg oddechowych i pokarmowych za pomocą operacji rentgenoskopowej. (D. m. W. N. 23, 1932).

Zapomocą ezofago- i bronchoskopji wydobyto już b. wiele ciał obcych z przewodu pokarmowego i oddechowego. Oprócz jednak tej metody posiadamy jeszcze inną, dotychczas mało używaną; operacja rentgenoskopowa według G r a s h e y a. Sam przyrząd składa się z kryptoskopu, który ma na jednym wolnym końcu zasłonę, ponad nią szkło ołowiowe. Oko b. szyb-

ko przystosowuje się do ciemności i gdy aparat zostaje trafiony przez promienie Rentgena, wyraźnie widać wtedy ciało obce w obrazie jasnym prawem okiem i obraz rentgenowski — lewym okiem. Możliwość prześwietlenia w przestrzeni jasnej i uzyskania dwóch wyżej wspomnianych obrazów jest istotną zdobyczą tej nowej metody. Zapomocą tego aparatu dokonano całego szeregu szczęśliwych usunięć ciał obcych z tchawicy i przełyku; zwłaszcza łatwo udaje się wyjąć ciała obce z żołądka, gdzie wielkość otworu operacyjnego może być tylko tak duża, jak połknięte ciało.

St. L u x e n b u r g,

Choroby płuc.

L. HESS i J. FALTITSCHKEK. W sprawie rozpoznawania guzów oskrzeli. (Przyczynek do patologii trzewiowego układu nerwowego). (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 173, z. 1).

Na zasadzie 4 spostrzeżeń uważają się autorzy za uprawnionych do ustalenia jako objawu towarzyszącego guzom oskrzelowym, postaci zaparcia, stojącego w związku z obwodowym porażeniem nerwu błędnego, a rozciągającego się na kątnicę i wstępnicę albo też na poprzecznicę, ale pozostawiającego wolną zstępnicę (przypomnieć należy ogólnie przyjęty fakt, że zakres unerwienia nerwu błędnego rozciąga się tylko do zagięcia śledzionowego, dystalnie od tego miejsca położone odcinki jelit są unerwione przez nerw miednicowy). Według panujących poglądów w nauce w jelitach zwierząt przeważa unerwienie współczulne. W przeciwieństwie do tego pozostają doświadczenia kliniczne autorów: porażenie nerwu błędnego przebiega w przypadkach autorów z zahamowaniem ruchomym ściśle ograniczonym do zakresu nerwu błędnego i wywołuje obraz, który odpowiada jednoznacznie czystemu zaparciu wstępnicy lub wstępnicy i poprzecznicy (Aszendenz, względnie Aszendenz - Transversumobtsipation). W ten sposób po raz pierwszy zwrócili autorzy uwagę na znaczenie nerwu błędnego dla postępowania treści pokarmowej. Należy przytem dodać, że, jak wykazują obrazy rentgenowskie, pomimo nieposuwania się treści jelitowej nie można zauważyć zmiany kształtów uległej zastojowi treści jelitowej. To samo zjawisko: zatrzymanie postępowania przy zachowanym akcie mieszania się masy pokarmowej, spostrzegali autorzy w towarzyszącym wadliwemu rdzeniu zaparcia. Tylko, że tam zatrzymanie mas kałowych obejmowało wyłącznie dystalne odcinki kiszek grubych, zstępnicy i esicy, które, jak wiadomo, należą do zakresu unerwienia nerwu miednicowego. Wypadnięcie bodźców nerwu błędnego poraża w ten sposób u człowieka ruchy postępujące treści jelitowej, natomiast pozostawia nieknięte ruchy wahadłowe i gniotące.

Henryk J. L a n d a u.

H. BIX. W sprawie rozpoznawania przeciągnięcia śródpiersia. (Wien. kl. Woch. N. 19, 1932).

W obrazie rentgenowskim można łatwo rozpoznać przeciągnięcia śródpiersia, często również — w rozległych procesach marszczenia się — zapomocą badania fizykalnego: granice serca są przemieszczone ku stronie schorzałej, zaś tony serca u jego podstawy brzmią głośniejsze, tchawica zbacza w dółku jarzmowym ku stronie schorzałej. W trudnych pod względem rozpoznawczym przypadkach oddawał autorowi od dłuższego już czasu cenne usługi nieopisywany dotąd objaw, a mianowicie wyraźny przerost i nadmierne napięcie mięśnia mostkowo - sutkowo - obojczykowego strony schorzałej. Bada się to w ten sposób, że każe się choremu z dokładnością ku przodowi skierowaną głową jak najgłębiej westchnąć. Na wysokości wdechu okazuje się przy tem wyraźne uwypuklenie i zgrubienie mięśnia mostkowo - obojczykowo - sutkowego. U ludzi otyłych lepiej jest mięsień obmacywać. Dalej jest uderzające, że mięsień mostko-

wo - sutkowo - obojczykowy schorzałej strony częściej, jak się zdaje, przyczepia się głębiej.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

S. FEINBERG, S. OSBORNE. Sztuczny wzrost temperatury ciała jako metoda leczenia astmy. (La Pr. Médicale, Nr. 41, 1932).

Często stwierdza się, że choroba gorączkowa wywołuje poprawę astmy. Autorzy wprowadzają sztuczny wzrost temp. jako metodę leczenia astmy. Malaria i tyfus to zbyt ryzykowne metody dla wywołania hiperpireksji u astmatyka. Autorom udało się osiągnąć wysokie temperatury przez stosowanie djatermji specjalnie sporządzonym aparatem; po 1 — 2 godz. temp. dochodzi do 40°C. Autorzy dla leczenia swą metodą wybierali tylko ciężkie przypadki astmy; stosowali djatermję w 30 przypadkach, przeważnie dwukrotnie. W 24 przypadkach uzyskali znaczną poprawę, tylko w 2 przypadkach leczenie było bezskuteczne. Poprawa zwykle występuje na 2 — 3 dzień po djatermji.

Jakób P e n s o n.

GUTMANN. Ciśnienie tętnicze w dychawicy oskrzelowej. (Münch. med. Woch. N. 22, 1932).

Badania dotychczasowe dawały wyniki rozbieżne, M a r t i n i u chorych na dychawicę znajdował podciśnienie, B i e n s t o c k — nadciśnienie, a K y l i n stwierdzał zaburzenia w ciśnieniu tak w jednym jak drugim kierunku. W badaniach własnych na 100 chorych z a. b. G. znalazł w okresach międzypadawowych stosunki normalne u 88% chorych. Znamienna jest chwiejność ciśnienia i łatwość odczynu na rozmaite środki z grupy adrenaliny. Chorzy ci na adrenalinę reagują jak wago-tonicy, dwufazowo, pierwotnym spadkiem ciśnienia, dochodzącym u niektórych do 25 mm. Hg. Zdaniem autora 1 cm³ adrenaliny jest dla astmatyków dawką dużą, grożącą zapaścią, która ustępuje zresztą szybko, np. po sympatolu. Niespodzianki po adrenalinie zjawiają się szczególnie szybko u chorych z ciśnieniem normalnym i po przedawkowaniu adrenaliny. Powyższym, sztucznie wywołanym stanem towarzyszy wysokie ciśnienie w przedścionkach, co potęguje niestosunek pomiędzy wydolnością serca a naczyniami. W wyniku tego niestosunku ciśnienie opada poniżej normy. Sympatol, mimo pokrewieństwa z adrenaliną, przywraca harmonję w układzie krążenia. Związek a. b. z ciśnieniem krwi i adrenaliną został znacznie wyjaśniony dzięki badaniom szkoły H e r i n g a. Przebiegające w n. błędnym nerwy zwężające oskrzela są pobudzane przy zwykłym parciu krwi za pośrednictwem nerwów hamujących to parcie. Wzrost ciśnienia wywołuje hipertonię bronchokonstryktorów, spadek ciśnienia — ich hipotonię. Nerwy powściągające parcie krwi, działają nie tylko na n. błędny, lecz antagonizują go na obydwu układach autonomicznych. Pozatem, drażnienie nerwów aorty i zatok szyjnych znosi wydzielanie adrenaliny. W napadzie a. b. należałoby oczekiwać wzrostu parcia krwi, skurczu mięśni oskrzelowych, zahamowania wydzielania adrenaliny, spadku ciśnienia i ustąpienia skurczu w oskrzelach. U chorych z a. b. nie ma jednak tej automatycznej regulacji. Przy stosowaniu adrenaliny w napadzie dychawicy oskrzelowej liczyć się należy z jej zdolnością podnoszenia ciśnienia i z dwufazowym, pierwotnie wago-tonowym, jej działaniem.

F. T u r y n.

Choroby nerwowe i psychiczne.

E. STRANSKY. Psychjatria w praktyce ogólnej. (Wien. kl. Woch. Nr. 6, 1932).

Obrazy stanu depresyjnego, lecz również i szaleństwo stanowią często zwiastuny, objawy towarzyszące oraz skutki ostrych chorób zakaźnych. Poza wieloma postaciami nerwicowymi kryją się psychozy: cyklotymje, schizofrenje, rozpoczynająca się miażdżyca tętnic mózgu. Należy zwracać tutaj uwagę na osłabienie pamięci i zmiany charakteru. Dawniej obawiano się w tym kie-

R. DEMEL. Przyczynek do paljatywnego pomyślnego leczenia zimnicą i dokładnemu poznaniu późnego okresu utajenia kili niebezpieczeństwo to znacznie się zmniejszyło. Ważna jest rola lekarza-praktyka w stosunku do toksymanów (alkoholików, morfinistów itd.).

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

R. DEMEL. Przyczynek do paliatywnego pomyślnego leczenia guzów przysadki, nie nadających się do operacji. (Klinische Wochenschrift. 11. 454. 1932).

O dwu ciężkich przypadkach mówi autor, które już w krótkości przytoczone zostały w r. 1930 przez M a r b u r g a i S g a l i t z e r a w ich monografii „Die Roentgenbehandlung der Nervenkrankheiten“. Operacyjny zabieg polegał w jednym przypadku na założeniu w czaszce wentylu C u s h i n g a, w drugim dodatkowo z odciążeniem przez dziurawienie siodła i z zakładaniem tamże radu. Pozatem systematycznie w dłuższych odstępach naświetlano R o e m t g e n e m. Obaj pacjenci poprawili się o tyle, że całe 5 lat czują się dobrze, są zdolni do pracy mimo ślepoty jednostronnej. (Nie łatwo powiedzieć, co najbardziej pomogło: promienie R o e n t g e n a, rad, wentyl czaszki, odciążenie środka metodą H i r s c h a, tembardziej, że pierwsze dwa zabiegi zazwyczaj dobrze działają miejscowo na tkankę gruczołową przysadki, zaś ostatnie dwa zabiegi pomyślnie działają na ogólnie - uciskowe objawy nowotworów. Ref.).

H i g i e r.

B. SCHAPIRO. Studja kliniczne nad działaniem przedniego płata przysadki na narządy płciowe mężczyzn. (Zeitschrift für klinische Medizin. 1. 114. Z. 4. 1931. str. 610).

Materiał autora, obserwowany w instytucie seksualnym czas dłuższy, obejmuje 26 osób, będących w leczeniu do 1½ roku. Udało się w różnych postaciach hipogenitalizmu przy pomocy prehormonu przysadki wywołać dojrzewanie narządów płciowych i wystąpienie wtórnych oznak płciowych. Im bliżej okresu leczenia się znajduje okres dojrzewania płci, tem większa jest poprawa. Pod tym względem najpomyślniejszymi okazały się lata 15—18, najgorszymi 13—15. U jednego chłopca 12-letniego pod wpływem prehormonu nastąpiło wczesne dojrzewanie. Pierwsze objawy uwidatniały się najwcześniej po 10 dniach przy 1400, najpóźniej po 4½ miesiącach przy 10000 jednostkach dojrzewawczych tego hormonu. Jako jeden z wyraźnych oznak poprawy notowano opuszczenie jąder w kryptorchizmie wrodzonym. Preparat, wyrabiany przez Promonta w Hamburgu, stosował S c h a p i r o w ampulkach 100-jednostkowych. Działa on też na przemianę materji gazową, zniżając jednocześnie przemianę podstawową. U eunuchoidów szczupłych pierwotnem zdaje się być upośledzenie nie gruczołów rozrodczych lecz gruczołu dokrewnego przysadki.

H i g i e r.

E. STRANSKY. W sprawie zachorowań na choroby nerwowe i psychiczne wśród służących w miastach. (Wien. kl. Woch. Nr. 47, 48 i 49. 1931).

Służące domowe w miastach wykazują znaczną liczbę zachorowań na choroby nerwowe i psychiczne. Przyczyny tego są natury duchowej. Przedewszystkiem moment stałej gotowości służbowej. Służba płci żeńskiej posiada prawdziwą swobodę tylko w teorji; w przeciwnym razie straciłaby ona prawo do swego istnienia, pełni ona stałą służbę, jest zwierzęciem roboczym i musi być w stałej gotowości do mniej lub bardziej ciężkiej i pozornie poniżającej pracy fizycznej. Ale bywają rozmaite zdolności przystosowywania się: co dla jednego oznacza niewolę, dla innego jest chętnie znoszonym ciężarem. Pewnem więc jest, że typ posługaczki, u której rozwija się stosunek przywiązania, a nawet ślepego posłuszeństwa w odniesieniu do pracodawców, obejmuje bardziej zdrowy pod względem duchowym i przeważnie również fizycznym materiał ludzki,

w przeciwieństwie do stojącego na przeciwnym biegunie typu „sproletaryzowanej w wysokim stopniu służącej“. U tych ostatnich przychodzi do przewlekłego wewnętrznego duchowego nastawienia bojowego, które, wyładowując się w poszczególnych aktach lub sumując w nagromadzonych wewnętrznych napięciach, musi prowadzić z czasem do nerwicowych, a nawet do psychotycznych odczynów. Dalej przyłącza się do tego fakt, że ten „społecznie niepomyślnie“ nastawiony typ służącej jest również *a priori* duchowo mniej silny, skłonny do nerwic; należy również uwzględnić fakt, że wiele gospodyń nie posiada zdolności sprawiedliwego traktowania służby kobiecej, jest wrogo nastawionych wobec służących, często nie ma zdolności do rządzenia. Obciążająco działa moment, że służąca pozostaje pod panowaniem pani domu, osobnika tej samej płci, podczas gdy tę samą pracę służąca chętniej wykonywa lub wykonywałaby dla pana domu, co jednak nie pozostaje w żadnym bezpośrednim związku z seksualnością. W kierunku nerwicowym działa również z trudem zaspakajana tęsknota za tem, by być kiedyś samą. Inne jeszcze uszkadzające momenty odgrywają rolę: współzawodnictwo z pracodawczynią, konflikty seksualne, niebezpieczeństwo zajścia w ciążę, odprawienia bez prawa ubiegania się o zasiłek dla bezrobotnych. Autor wyraża w końcu artykułu życzenie, aby panie domu zajmowały w stosunku do służących stanowisko z jednej strony pedagogiczne, przychylnie usposobione, z drugiej zaś patryjarchalno-autorytatywne.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

Choroby oczu.

J. EVANS. Zastosowanie angiaskotometrii do badań nad schorzeniami oczu pochodzenia nosowego. (Ann. d'Ocul. t. CLXIX, N. 9, 1932).

Do badań angiaskotometrii używa autor stereokampimetru zmodyfikowanego przez siebie. Należy zwracać przytem uwagę na następujące momenty: 1) należy używać do badania bardzo drobnych przedmiotów wielkości od 0,25 do 2 mm.; 2) ustalać należy na krótkie odległości: najlepsza jest odległość 190 mm.; 3) patrzenie w nieskończoność zapewnia soczewka +5,50, umieszczona przed okiem badanem; 4) wymagane jest jednostajne oświetlenie sztuczne o sile 15 świec; 5) przedmioty wzorcowe powinny być zawsze poruszane ruchem jednostajnym i dowolnym, przyczem należy je kierować pod kątem prostym w stosunku do przypuszczalnego mroczka. Metoda ta oddaje szczególnie cenne usługi przy badaniu zaburzeń wzrokowych pochodzenia zatokowego. Stopień i rodzaj zaburzeń wzrokowych wpływa często na wybór metody leczenia i rozstrzyga o tem, czy ma być ono radykalne czy paljatywne. Autor ilustruje swe wywody opisem 7 przypadków, w których ta metoda badania pozwoliła na postawienie rozpoznania i dała wskazówki co do dalszego postępowania.

H.

E. DELORD i H. VIALLEFONT. Przypadek wytrzeszczu przepuszczającego. (Ann. d'Ocul. t. CLXIX, Nr. 9. 1932).

Autorzy podają opis dotyczący chorego z napadami jednostronnego wytrzeszczu nietętniącego, które powodują oddech oczno - sercowy, a nawet ogólny odruch oczny. Napady te stają się coraz częstsze i cięższe. Towarzyszy im od niedawna porażenie oka i podwójne widzenie oraz metamorfopsja. W okolicy skroniowej prawej słyszy się ton, który jest wyraźnie uchwytany. Napięcie gałkowe nie zwiększa się, natomiast ciśnienie tętnicze siatkówkowe znacznie się zwiększa w czasie napadu. Autorzy myśleli o zaburzeniach w krążeniu, a rozpoznanie ich wahało się między żyłakami oczodołu a tętniakiem szyjno - żylnym, ewentualnie guzem naczyńowym (naczyniak dna oczodołu). Jako leczenie zalecili ucisk długotrwały tętnicy szyjnej. Ten ucisk wykonywano regularnie w ciągu miesiąca. Po miesiącu leczenia napady wytrzeszczu ustały, i chory powrócił do zdrowia.

H.

I. G. JERSZKOWICZ. *Operacja Deniga w chemicznych oparzeniach oka.* (Sow. Wiestn. Oftalm. t. I, z. 6. 1932).

W przypadku autora miało miejsce oparzenie wapnem. Wykonana operacja Deniga dała znakomity wynik, gdyż ostrość wzroku w krótkim czasie doszła do 0,7. Przypadek ten potwierdza pomyślne działanie operacji Deniga na odżywianie rogówki, zakłócone z powodu chemicznych jej oparzeń, lub spojówki twardówki. Niewielka liczba ogłoszonych spostrzeżeń operacji Deniga w oparzeniach chemicznych pozwala przypuszczać, że nie zwrócono na nią jeszcze dostatecznej uwagi. Ciężkość zmian, powaga rokowania, brak jakichkolwiek pewnych środków farmakologicznych pozwala uważać obecnie operację Deniga tymczasem jeszcze za jedyną metodę radykalnej walki z ciężkimi oparzeniami oka kwasami i ługami i zalecać jaknajwcześniejsze jej wykonanie i to w szerszych rozmiarach, niż to dotąd robiono.

L. H.

A. L. WOZNIESIENSKAJA. *Przyczynek do kazuistyki złośliwych nowotworów, wychodzących ze znamienia rąbka rogówki.* (Sow. Wiestn. Oftalm. t. I, z. 6. 1932).

W opisywanym przez autorkę przypadku nowotwór dał w dwa lata po operacji nawrót. Nowotwór, wychodzący z rąbka, objął rogówkę i spojówkę twardówki. Długotrwałość procesu, która cechuje nowotwory nabłonkowe, wychodzące z rąbka rogówki, w przypadku autorki wyniosła 2½ roku, lecz bywają przypadki jeszcze bardziej długotrwałe, jak na przykład, przypadek Valesot, trwający 4 lata.

L. H.

L. W. MANTULAK. *Przerzutowe zmiany oczu w nagminnym zapaleniu opon.* (Sow. Wiestn. Oftalm. t. I, z. 6. 1932).

W 2 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowych stwierdzono typowo zanikające oślepie oko, w 3 innych proces przebiegał bardzo łagodnie pod postacią rozlanego zmętnienia ciała szklistego: w jednym z nich z poza mętów ciała szklistego widać było w dole niewielkie ogniska otorbione, dające kołyszący się srebrny odbłask; w 2 pozostałych przypadkach ognisk nie było widać, a proces ograniczał się tylko do rozlanych zmętnień szklistki. W tych 3 pomyślnych przypadkach w czasie obserwacji zauważono wchłanianie się wysięku szklistki i znaczne jej przejaśnienie się, co odbiło się na ostrości wzroku, która pod koniec obserwacji wynosiła nie mniej, aniżeli 0,05.

L. H.

Medycyna sądowa.

ENGELMANN. *O niebezpieczeństwach tak zwanego nieoperacyjnego przerywania ciąży.* (Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1932).

Berliński aptekarz Heiser wynalazł środek, wywołujący bardzo łatwo i niezawodnie poronienie. W skład tego środka, zwanego Interruptin, Provolol i t. p., wchodzi środki, które w medycynie ludowej dawno mają ustaloną sławę środków poronnych, a więc rozmaryn, aloes, mirra, krokus, ruta, cynamon, poza tem wchodzi tam jeszcze wyciąg z tylnego płata przysadki i jod w postaci nalewki jodowej. Pasta sprzedawana jest w tubkach ostro zakończonych, koniec ten wprowadza się do ujścia zewnętrznego macicy, a za naciśnięciem wydobywa się pasta. Według badań klinicznych po takim wstrzyknięciu w 12 do 24 godzin występują bóle, i przy niewielkiej utracie krwi następuje poronienie, w pierwszych dwóch tygodniach ciąży następuje całkowite odklejenie jaja płodowego i usunięcie go nazewnątrz, w późniejszych okresach jednak należało dokonywać rewizji macicy przez wyskrobanie. Według zapewnienia wynalazcy aptekarza i niektórych lekarzy środek ten działa zupełnie niezawodnie i żadnych złych następstw ani powikłań nie wywołuje. Jednakże od czasu kontrolowania działania Interruptinu ogłoszono już 17 przypadków zejść śmiertelnych po jego zastosowaniu. Prawie we wszystkich przypadkach były dokonane oględzi-

ny sądowo - lekarskie i te stwierdziły, iż zgon nastąpił wskutek zatorów tłuszczowych lub powietrznych. Autor przychodzi do następujących wniosków: Interruptin nie należy do środków tak bezpiecznych, jak się to początkowo wydawało, nie można go stosować w warunkach domowych, lecz szpitalnych, gdzie w razie krwotoku można od razu zastosować zabieg operacyjny, ostrzega przed stosowaniem tego środka u kobiet ze schorzeniem serca i nadczynnością tarczycy, zwraca wreszcie uwagę, że środek ten powinien bezwzględnie znajdować się pod kontrolą lekarską i bez recepty nie powinien być wydawany z aptek.

H. Wałęcka.

PANSE. *Napady padaczkowe po rażeniu prądem elektrycznym na skutek zmian w moście.* (Aerztliche Sachverständigen Zeitung Nr. 2, 1932).

Uszkodzenia mózgu przy rażeniu prądem elektrycznym są b. rzadkie. Za przykład służyć może przypadek następujący: Pewien elektrotechnik, pracując w wilgotnej piwnicy, przymocowywał porcelanowy bezpiecznik do marmurowej płyty; by zabezpieczyć się od prądu, stał on na drewnianej desce (prąd miał napięcie 380 volt). W prawej ręce trzymał żelazne kleszcze, w lewej wspomniany bezpiecznik. Nagle odczuł uderzenie prądu w prawej kończynie górnej, a w głowie wystąpiło uczucie palenia i utrata przytomności; po jej odzyskaniu usiłował pracować dalej, lecz z powodu ogólnego osłabienia i silnego mrowienia w lewej nodze i ręce musiał przerwać pracę. Objawy chorobowe narastały coraz bardziej, wreszcie wystąpiły drgawki o typie padaczkowatym. Przez pół roku po wypadku robotnik ten jeszcze pracował, lecz i leczył się stale. Przy badaniu po upływie 22 miesięcy w klinice chorób nerwowych stwierdzono: budowa i odżywianie dobre, ciśnienie krwi 80 — 130 mg. Hg. język przesunięty na lewo, uczucie smaku zachowane w tylnej lewej części języka, ze strony gałek ocznych poziomy oczopląs i ograniczone pole widzenia przy spojrzeniu na prawo, następnie nierówność odruchów ścięgowych i skórnych, osłabienie czucia po prawej stronie głowy oraz na lewej połowie klatki piersiowej i lewych kończynach i t. p. W klinice obserwowano 2 napady padaczkowate. Na mocy zebranego materiału autor przyszedł do wniosku, że drgawki padaczkowate powstały wskutek uszkodzenia przez prąd elektryczny mostu, mniej więcej w okolicy pomiędzy jądrem nerwu twarzowego i trójdzielnego.

A. Piotrowski.

G. SCHRADER. *Z patologii zgonów nagłych z przyczyn naturalnych.* (D. Z. f. d. g. ger. Med. Bd. 18 Hft. 2 — 3).

Przypadki nagłych zgonów podczas stosunku płciowego wzbudzają nieraz duże zainteresowanie władz, zwłaszcza, gdy zdarzają się one w domach publicznych lub u prostytutek. Z reguły niemal w tych razach chodzi o zejście śmiertelne wskutek schorzeń układu naczyniowego i serca, niekiedy z innego powodu. Często zachodzi podejrzenie, że współuczestnika aktu płciowego otruto lub też odurzono w celu dokonania kradzieży — tembardziej, że i wyjaśnienia osób, zainteresowanych bezpośrednio, a chcących za wszelką cenę usunąć podejrzenie, że śmierć nastąpiła w związku ze stosunkiem płciowym, prowadzą na fałszywe tory. Autor przytacza trzy przypadki z własnej obserwacji. I. Pewien 50-letni mężczyzna udał się do dziewczyny publicznej i przebył u niej do rana. Gospodyni, gdy weszła do pokoju, zauważyła niezakreślony kurek gazowy i wyczuła woń gazu. Mężczyzna był nieprzytomny i rzuł, dziewczyna była odurzona. Oboje odwieziono do szpitala, skąd tegoż samego dnia dziewczynę wypisano z powodu braku jakichkolwiek objawów chorobowych, mężczyzna zaś zmarł wkrótce po przybyciu do szpitala: był nieprzytomny, miał sinicę, brak odruchów ścięgowych i ze strony żrenic. Natychmiast wykonane na obecność tlenku węgla badanie krwi dało wynik ujemny. Oględziny pośmiertne, wykonane w dwa dni po śmierci, wykazały: brak zna-

mion zatrucia tlenkiem węgla zarówno makroskopowych, jako też i widmowych. Natomiast w aorcie stwierdzono rozszerzenie, tuż nad zastawkami białawe zgrubienia i bliznowate zmarszczki podłużne. W wielu miejscach tkwiły kruche masy zakrzepowe. Mały zakrzep tkwił u wylotu prawej tętnicy wieńcowej. Ściany tętnic wieńcowych tu i owdzie były zgrubiałe. Zdaniem autora, przytoczone zmiany chorobowe łącznie z nadużyciem alkoholu (dało się go wyczuć przy sekcji) oraz stosunkiem płciowym należało uznać jako przyczynę śmierci. 2. 26-letni sportowiec dobrze zbudowany, po spożyciu alkoholu, nie będąc jednak bardzo pijany, poszedł do dziewczyny publicznej i podczas stosunku płciowego (*a posteriore*) upadł i stracił przytomność. Natychmiast zaopiekowano się chorym i przewieziono do szpitala, gdzie zmarł wśród objawów porażenia czynności oddychania w dwie godziny po stosunku. Podejrzane okoliczności śmierci człowieka młodego i silnego spowodowały dochodzenie władz i sekcję sądowo-lekarską, podczas której stwierdzono: na podstawie mózgu w oponach miękkich znaleziono sporo krwi płynnej i skrzepłej na przestrzeni od skrzyżowania nerwów wzrokowych do rdzenia kręgowego, a ponad to krew w komorach mózgowych i na podstawie czaszki. Po utrwaleniu mózgu rozpreparowano tętnice i znaleziono w błonie zewnętrznej tętnicy podstawowej małą

szczelinę, komunikującą ze światłem naczynia. Pochodzenie krwotoku było wyjaśnione, natomiast przyczyna pęknięcia niejasna. Z dochodzenia wynikało, że zmarły przed tygodniem podczas zawodów upadł i został zamroczony. Od tego czasu skarżył się na bóle głowy. Ogniska stłuczenia istoty mózgowej nie stwierdzono. Na mocy tych danych autor przychodzi do przekonania, że przypadek niniejszy należy do grupy późnych krwotoków pourazowych, przyczem czynnikiem wyzwalającym było obcowanie cielesne. 3. Dotyczy 27-letniej mężatki, zmarłej w noc poślubną. Przy oględzinach zewnętrznych nic szczególnego nie stwierdzono, natomiast układ naczyniowy wykazywał daleko posunięte zmiany chorobowe, wyrażające się w postaci rozszerzenia tętnicy głównej tuż nad zastawkami i bliznowatych zmarszczek podłużnych. W błonie wewnętrznej ponad zastawkami znajdował się zakrzep, którego jedno odgałęzienie zamykało wejście do lewej tętnicy wieńcowej. Śmierć zatem tej kobiety była wynikiem zmian chorobowych, a momentem wyzwalającym, stosunek płciowy. Po przytoczeniu przypadków kazuistycznych z literatury tego działu, autor wyraża zdanie, że wszystkie one należą do zgonów nagłych, wynikłych z przyczyn naturalnych, przyczem momentem decydującym były gwałtowne wahania ciśnienia w zmienionym chorobowo układzie naczyniowym. Wł. F e l c.

Wskazówki praktyczne

B o a s widzi w *stanie języka częstą przyczynę braku aknienia i niestrawności*. Jako jedyny środek racjonalny poleca czyszczenie języka 1% roztworem wanilii (20 — 25 kropel na 2 łyżki wody) przy pomocy specjalnej szczoteczki. (Fortschr. d. Ther. 1932, str. 11).

—o—

L. M o s e r poleca *terpentynę w leczeniu astmy oskrzelowej*. 1 — 2 ctm³ 10 — 20% mieszanki oczyszczonego olejku terpentynowego w oliwie, zastrzyknięte pod skórę lub domięśniowo, łagodzi napad, a codzienne zastrzykiwania w ciągu wielu tygodni mogą usunąć w zupełności skłonność do napadów. (Med. Welt. 1932, N. 23).

—o—

Przeciwko *potom nocnym* stosuje K o l l e r t: 1) Pigułki atropiny (po 0,5 mg.) lub eumydrinę (do 1 mg. *pro dosi*). 2) Pigułki agarycyny (5 mg.). 3) Kwas kamforowy (1,0 *pro dosi*), ewentualnie zastrzykiwania ol. kamfor. 4) Veronal (0,3 — 0,5 *pro dosi*). 5) Środki moczopędne. 6. Nacierania octem, francbrantwajnem, puder tannoformowy. (Aerzt. Prax. 1931, N. 3).

—o—

Według W. G r o s s m a n n a można w ciągu kilku sekund uspokoić *bóle nerkowe* przez zastrzyknięcie 5—15 ctm³ 1/2% nowokainy pod skórę pleców na przestrzeni od 9 do 11 kręgu grzbietowego w odległości kilku centymetrów od kręgu słupa i równoległe do niego. (Kl. W. 1932, N. 28).

—o—

Świąd starczy, niezależny od cukrzycy, żółtaczki i schorzeń nerkowych, jest zwykle następstwem zaburzeń w przemianie wapniowej i, zdaniem A. P r o e b s t l i n g a, daje się usunąć przy pomocy obfitego podawania przetworów wapnia. Śwędzenie szybko traci na sile i w końcu znika zupełnie, ale do wóz wapnia musi być kontynuowany. (Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. 1932, Nr. 4).

—o—

W *zapaleniu miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego*, według F. S a n d o r a, dobre usługi oddaje *Pyridium*. Dawka dla dorosłych 3 razy dziennie po 0,20, w sumie 60 gr., dla dzieci odpowiedni ułamek tej ilości stosownie do wagi ciała, przyczem jako normę dla dorosłego uważa się 50 kg. (Kinderärzt. Prax. 1932, N. 5).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Patologów Polskich (oddział poznański)
i Wydział Lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Wspólne posiedzenie dnia 3 czerwca 1932 roku.

Przewodniczący: Prof. S. B o r o w i e c k i.

Obecnych: 43.

1. Dr. S t ö c k l: *Nabłoniak kosmówkowy podczas ciąży z pęknięciem macicy*. W przypadku pęknięcia macicy w 6/7 mies. ciąży wykryto przy badaniu drobnowidowem jako przyczynę pęknięcia, przerwanie mięśniówki macicznej nabłoniakiem kosmówkowym w jego postaci nietypowej.

Rozpoznanie *chorionepithelioma malignum atypicum* wynikało w tym przypadku z następujących powodów:

1. Ze zmian nowotworowych w naczyniach krwionośnych w postaci wystąpienia potężnych „płaszczki naczyniowych”,

składających się z komórek L a n g h a n s a i komórek syntajalnych.

2. Z masowego przenikania tych komórek włąb ściany macicznej na odległość 0,7 — 1,0 cm. od śluzówki macicznej i 2,0 cm. od brzegu pęknięcia.

3. Z wybitnego unaczynienia tkanki mięśniowej około ognisk nowotworowych (silne rozszerzenie naczyń, na przekroju mięśniówki już gołym okiem widoczne).

4. Z braku wszelkich krwawień lub zmian martwiczych w otoczeniu ognisk nowotworowych.

Rozrost nowotworu, odbywający się w danym przypadku przeważnie w ścianie naczyń w postaci charakterystycznych płaszczy, przemawia, uwzględniając przytem jego jednolite utkanie i brak objawów uciskowych w otoczeniu nowotworowo zmienionych naczyń, za *pochodzenie nowotworu z mezenchymy naczyń krwionośnych*. Obrazy drobnowidowe niniejszego przypadku potwierdzają spostrzeżenia i wyniki histologiczne B o s t r o e m a, S k u b i-

sze wskiego, Grabowskiego i Nevinnyego co do powstawania nowotworów złośliwych z tkanki mezenchymalnej naczyń.

Obrazy histologiczne opisanego przypadku przemawiają w dużym stopniu za udziałem tkanki maciernej w powstawaniu nowotworu i nie potwierdzają teorii o wyłącznym pochodzeniu płodowym nabłonika kosmówkowego.

Przyczyny rozrostu nowotworowego w ścianie macicznej, zwłaszcza wśród naczyń, sprowadza się na ogólne ciężkie schorzenie ustroju. W powyższym przypadku stwierdzono kilę. Dalsze badania niewątpliwie rozstrzygną, czy zachodzi związek przyczynowy między kilą a nabłonikiem kosmówkowym.

Znaczenie sądowo-lekarskie tego przypadku jest jasne, należy we wszystkich przypadkach pęknięcia lub przebiccia macicy przeprowadzić dokładne badania histologiczne celem uniknięcia przeoczenia istniejącego nabłonika kosmówkowego. (Wykład był ilustrowany preparatami mikroskopowymi).

Rozprawa:

Prof. Kowalski podkreśla doniosłe znaczenie mikroskopowego badania ściany macicznej przy wszystkich sekcjach, wykonanych po pęknięciu macicy. Jest to szczególnie ważne dla spraw sądowych, w których zazwyczaj takich badań się nie wykonywa, a mogą one niekiedy wyjaśnić całą sprawę i ewt. ułatwić obronę oskarżonego lekarza.

Inwazja chorialna, sięgająca bardzo głęboko i wywołująca wybitne unaczynienie, wraz z rozmiękaniem ściany może także się stać powodem pęknięcia macicy, zwłaszcza w następstwie urazów.

Dr. Czyla uważa, że przy ocenie głębokości t. zw. „inwazji chorialnej” należy uwzględnić pewien specyficzny mechanizm zwijania się macicy.

Mianowicie, w końcu ciąży jama macicy jest największa, ściana wszędzie bardzo cienka, zwłaszcza u wieloródek wynosi zaledwie kilka mm. Podczas porodu wskutek czynności bólów porodowych zwiększa się grubość ściany trzonu macicy na niekorzystny odcinek dolnego.

Po wydaleniu płodu i łożyska stosunki te doznają jeszcze dalszego spotęgowania. Równocześnie zmniejsza się niepomiarne jama maciczna, redukując się po porodzie do wąskiej szczeliny.

Jasnym jest, że wewnętrzna powierzchnia macicy przed porodem nie może się żadną miarą wmieścić w takąż powierzchnię macicy poporodowej. Raczej nastąpiło przemieszczenie części tej powierzchni w głąb ściany macicy, nasładowując sztucznie wnikanie w głąb macicy elementów, usadowionych pierwotnie na jej powierzchni wewnętrznej (np. sztuczna inwazja chorialna). Głębokość tej sztucznej inwazji ściany macicy po porodzie będzie w proporcjonalnym stosunku do grubości ściany macicy przed porodem. Jeżeli więc macica w miejscu łożyskowym przed porodem miała grubość 5 mm. natomiast po porodzie 80 mm (pokaz), to należy wnioskować, że komórki, znajdujące się w głębokości 16 mm, mogły tam się dostać pod wpływem tej właśnie mechanicznej czyli sztucznej inwazji.

Z tego wynika, że jedynie inwazja elementów, drażących aż do otrzewny, wzgl. blisko pod otrzewną, może stanowić jeden z argumentów za rozpoznaniem nabłonika kosmówkowego złośliwego.

Dr. Stöckl. Wystąpienie ognisk komórek trofoblastu w ścianie macicznej wskutek retrakcji mięśnia po porodzie daje się, zdaniem referenta, łatwo odróżnić od złośliwej inwazji.

II. Dr. Stojalowski i Dr. Stasińska: *Śródbłonak złośliwy spojówki*. Jak wynika z piśmiennictwa światowego, dotyczącego nowotworów spojówki oka, śródbłonaki złośliwe należą do wyjątkowych rzadkości. Autorzy opisują przypadek śródbłonaka złośliwego spojówki powiekowej górnej u mężczyzny lat 20, leczonego w Lecznicy Okulistycznej Prof. Stasińskiego. Ponieważ rozchodzi się o nowotwór bardzo rzadki oraz ze względu na znaczne trudności rozpoznawcze histologiczne, autorzy poświęcają dalszą część wykładu uzasadnieniu swego rozpoznania.

(Referat znajduje się w druku w Virchows Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie).

III. Dr. Stojalowski przedstawia:

a) *uchyłek pęcherza moczowego*. Referent stwierdził na sekcji mężczyzny lat 61 uchyłek pęcherza moczowego, leżący z boku po stronie prawej pęcherza tuż nad moczowodem. Uchyłek ten jest wielkości jaja gęsiego i odpowiada rozmiarami mniej więcej pęcherzowi. Na sekcji nie zauważył referent przyczyny wzmożonego ciśnienia wewnątrzpęcherzowego, ani w postaci znaczącego przerostu gruczołu krokowego, ani też

zweżeń cewki moczowej. To też nasunęło mu podejrzenie, że chodzi w tym przypadku nie o uchyłek nabyty, lecz o wrodzony. Zdanie to zostało potwierdzone przez badanie drobnowidowe ściany uchyłka, która wykazuje prócz zapalenia zmienionej błony śluzowej również wyraźną warstwę mięsną, co jest niezbitym dowodem tego, że rozchodzi się tu o uchyłek prawdziwy czyli wrodzony, wzgl., według mianownictwa Pagenstehera, o pęcherz podwójny.

b) *Ropień lewego płata tarczycy*. Zapalenia ropne tarczycy są naogół rzadkie. Zdarzają się w posocznicy, durze brzuszny, sprawach reumatycznych, dających ciężkie zmiany w obrębie wsierdzia, a również w błonicy i ropnych sprawach zapalnych migdałków. We wszystkich tych przypadkach spotykamy drobne ropnie wielkości prosówkowej. Duży ropień, jak w przypadku referenta, należy do wyjątkowych rzadkości. Jest to ropień lewego płata tarczycy, który przekształcił cały płat w grubą rowek, wypełniony treścią ropną do tego stopnia, że w miąższu tarczycy pozostały jedynie pojedyncze twory gruczołowe dostrzegalne mikroskopowo. Nie ulega wątpliwości, że ropień ten jest wtórny i powstaje pytanie, gdzie leży punkt wyjścia jego. Jako przyczynę śmierci stwierdzono na sekcji zapalenie odoskrzelowe płuca lewego. Poza to jelito grube wykazało zapalenie wrzodziejące i krwiotoczne (*colitis acuta haemorrhagica et ulcerosa*), a migdałki przewlekłą sprawę zapalną ropną.

Zapalenie płuc, jako punkt wyjścia dla ropnia tarczycy, można odrzucić o tyle, że czas trwania procesu zapalnego w płucach oraz brak skłonności do zropienia ognisk bronchopneumonicznych przemawia przeciw powiązaniu tych dwóch spraw zapalnych w całość. Zmiany w jelicie grubym przemawiają również za bardzo ostrym przebiegiem, który w wielu miejscach samego jelita nie miał czasu wytworzyć odczynu zapalnego poza znacznym rozszerzeniem naczyń oraz ogniskami krwiotocznymi.

Punktem wyjścia mogły być jedynie migdałki, za czym przemawia przewlekły proces ropny migdałków i bliższe od tamtych narządów sąsiedztwo.

c) *Guz zapalny krezki*. Referent przedstawia guz krezki jelita cienkiego, który klinicznie nasunął znaczne trudności rozpoznawcze. Guz ten rozrastał się naciekająco między blaszkami otrzewnowymi krezki, wmurowując w sobie znaczny odcinek jelita cienkiego. To też przy usunięciu operacyjnym guza na oddziale chirurgicznym Szpitala Miejskiego trzeba było wykonać rezekcję około 1 i pół metra jelita. Rozpoznanie kliniczne ważyło się między mięsakiem a grucizą. Badanie drobnowidowe różnych wycinków tego guza wykazuje, że rozchodzi się tu o ziarnicę złośliwą (*lymphogranulomatosis*), wychodzącą prawdopodobnie z gruczołów chłonnych krezki. W preparatach mikroskopowych widać w jednych miejscach masy martwicze, w innych znów znaczną różnorodność komórek zapalnych, a więc ogniskowe nacieki z małych limfocytów, leukocyty obojętne, komórki plazmatyczne, miejscami komórki olbrzymią typu S t e r n b e r g a, a przede wszystkim ogromną liczbę eozynofili.

Zazwyczaj ziarnica złośliwa występuje pierwotnie w gruczołach chłonnych szyi i później etapami przechodzi na inne gruczoły chłonne, śledzionę, wątrobę, nie pomijając czasami nawet płuc i mięśnia sercowego. Pierwotne jej powstanie w gruczołach krezkowych należy do rzadkości. Czy w opisanym przedstawionym przypadku rozchodzi się o pierwotne zajęcie gruczołów krezkowych, pozostaje kwestią otwartą.

Rozprawa:

Prof. Skubiszewski, nawiązując do pokazu ropnia tarczycy, pragnie podkreślić fakt, że niezależnie od tego, w jakiegokolwiek gałęzi medycyny praktycznej pracujemy, zawsze punktu oparcia dla naszego rozumowania w ustaleniu rozpoznania należy szukać w anatomii patologicznej. Ta droga myślenia nie zawodzi też w poszukiwaniu wrót wejścia zakażenia w zawiłych przypadkach.

IV. Dr. Czyla: *Przyczynę do zagadnienia zakażenia i późnego krwawienia w pólgu*. Pod mianem krwawień późnych w pólgu rozumie Cz. zgodnie z poglądami Winkla krwawienie po 7 dniu pólgowym. Krwawienia silne, zagrożające życiu chorej, są w tym okresie rzadkie.

Cz. przytacza wszelkie znane z piśmiennictwa przyczyny późnych krwawień w pólgu i stwierdza przeważnie zdanie, że praktycznie należy się liczyć jedynie z pozostałą częścią łożyskową, jako przyczyną późnych krwawień w pólgu.

W przeciwieństwie do powyższego wskazuje Cz. na przypadki bardzo silnych krwotoków późnych w pólgu, w których macica nie zawierała części łożyska (ani makro-, ani mikroskopowo).

Cz. opisuje szczegółowo przypadek taki, spostrzegany w klinice położniczej U. P.: Po długotrwałym, wskutek słabych bólów, porodzie następuje u 35-letniej pierwsiaki pólgu go-

rażkowy. Ciężota dochodzi do 39, macica jest duża, bolesna, tętno chorej 100 uderzeń na minutę, jej stan ogólny względnie dobry. Siódmego dnia zaczyna ciężota powoli opadać, również tętno, macica jednak pozostaje duża, bolesna, odchody są nieznaczne, ropne. Wtem 11 dnia zaczyna się silne krwawienie z macicy, które opanowano ostatecznie jedynie dzięki spiesznemu wycięciu macicy.

Macica była duża, o flakowatej spistości. Jej jama zawierała skrzepy krwi, które jedynie w miejscu łóżykowym były w ścisłym związku z zakrzepem w dużym naczyniu żylnym, które stanowiło źródło krwotoku.

Mikroskopowo stwierdzono daleko posuniętą martwicę tkanki macicznej, zezwalającą z trudem na rozpoznanie właściwej struktury narządu. Naczynia krwionośne zawierały czopy ropne z niezliczoną ilością bakterij. Ani makro-, ani mikroskopowo nie znaleziono tkanki łożyskowej.

Cz. tłumaczy w następujący sposób mechanizm danego krwotoku: Dzięki zakażeniu porodowemu macica nie skurczyła się należycie; tamowanie krwawienia po porodzie nastąpiło przez zakrzepy, które tworzyły doskonale podłoże dla bakterij.

Porażający wpływ zakażenia nie dopuścił również w pologu do należytego zwijania się macicy. Zakrzepy zropiały, nie doczekawszy się organizacji.

W tych warunkach starczyło nieznaczne podniesienie się ciśnienia krwi, żeby luźną zapórę w naczyniu usunąć i doprowadzić do niezmiernie silnego i uporczywego krwotoku, który zdołano opanować jedynie przez usunięcie macicy.

Cz. wskazuje na C o u v e l a i r a, który również przyjmuje związek przyczynowy między zakażeniem a późnym krwawieniem w pologu, wyodrębniając osobną jednostkę chorobową, którą doskonale scharakteryzował, jak też i postępowanie lecznicze.

R o z p r a w a :

Prof. K o w a l s k i podkreśla, że dla lekarza praktyka pozostaną zawsze najważniejszą przyczyną późnych krwawień w pologu resztki jaja płodowego, pozostałe w macicy. Krwawienia te są zawsze wskazaniami do natychmiastowego czynnego wystąpienia lekarza, inaczej mogą one wkrótce doprowadzić do katastrofy. Postępowanie polega na odczepieniu i usunięciu resztek jaja płodowego palcem. Przedewszystkiem należy unikać wyskrobienia macicy, które może być powodem śmiertelnego zakażenia ogólnego.

V. R. D a n i e l e w s k i przedstawia:

a) *Guzek samotny opony twardej*. Guzy samotne mózgu nie należą do rzadkich zjawisk podczas badań sekcyjnych. Półowę guzów mózgowych wieku dziecięcego, jak podaje A s c h o f f, stanowią guzy samotne, a u dorosłych liczba ta zmniejsza się do jednej siódmej części wszystkich t. zw. guzów mózgowych. W wieku podeszłym zaś należą one do rzadkości.

Rzadziej już spotyka się guzki samotne na oponie twardej mózgu. Przyczyną tego jest mniejsza wrażliwość opony twardej od opon miękkich na prątki gruzlicze. W razie występowania guzków samotnych na oponie twardej usadawiają się one przeważnie w pobliżu *clivus Blumenbachii*, w jamach czaszkowych i na oponie rdzenia kręgowego.

W przypadku naszym stwierdzono u mężczyzny lat 34 na oponie twardej, mianowicie, w pobliżu zatoki poprzecznej po stronie lewej guzek wielkości grochu, który mocno przylegał do opony twardej. Powierzchnia tego guzka była gładka. W korze mózgu, w miejscu, odpowiadającym temu guzkowi, mianowicie, w płacie ciemieniowym lewym widoczna była jamka o ścianach gładkich, która wielkością zupełnie odpowiadała temu guzkowi. W przypadku tym chodziło o mężczyznę, u którego stwierdzono zmiany gruzlicze przede wszystkim ze strony płuc oraz jelit.

Histologicznie guz ten składał się z mas martwiczych, wśród których rozrzucone są gździejście limfocyty. U podstaw guzka widać gruczołową tkankę ziarninową, jednak bez komórek olbrzymich. Opona twarda nafaszerowana jest również limfocytami oraz komórkami nabłonkowatymi. Kora mózgu wykazuje w pobliżu jamy nieznaczny rozplem gleju oraz obrzęk. Nie stwierdza się natomiast żadnych nacieków swoistych.

b) *Zwężenie części zstępującej aorty naskutek blizny gośćcowej*. Nabytych zwężeń tętnicy głównej dotychczas nie opisano, przynajmniej w dostępnym dla mnie piśmiennictwie nie spotkałem się z podobnym przypadkiem. Z tego też względu pozwałam sobie przedstawić przypadek zwężenia tętnicy głównej na tle blizny, spowodowanej procesem gośćcowym. Chodzi tutaj o mężczyznę lat 46, który według wywiadu przechodził w 18 roku życia ciężki gościec stawowy, będąc wtedy obłożnie chorym przez 6 tygodni. W 5 lat później, a więc mając lat 23, zachoro-

wał ponownie, skarżąc się tym razem na dolegliwości ze strony serca. Stan jego był wtedy bardzo ciężki, nawet beznadziejny, a lekarz rozpoznał zachorzenie zastawek. Na 4 tygodnie przed śmiercią zachorował poraz trzeci, skarżąc się i tym razem na dolegliwości ze strony serca. Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Moribundus, Insufficiencia valvularum aortae et mitralis*. Na sekcji stwierdzono: *Endocarditis chronica petrificans valvularum seminarium aortae subsequeute stenose. Cicatrix aortae descendentes subsequeute stenose. Aneurysma sacciforme aortae ascendentes. Pericarditis chronica fibrosa. Myocarditis chronica fibrosa*. Zastawki tętnicy głównej były niepodatne, zgrubiałe i zawierały, szczególnie na wolnym brzegu, ogniska białe - żółte, twarde, jak kość. Serce było powiększone i wykazywało znaczny stopień przerost komory lewej. Tuż nad zastawkami znajduje się uwypuklenie tętnicy głównej, tętniak, którego powstanie początkowo było niewytłumaczalne. Dopiero po przecięciu tętnicy głównej w łuku oraz w części zstępującej natrafiono na granicy prawie pomiędzy łukiem a częścią zstępującą na zwężenie o bardzo wąskim świetle, bo drożnym tylko dla cienkiego ołówka, spowodowane okólnie przebiegającą blizną, które w zupełności wytłoczyło leżący nad zastawkami tętniak. Zwężenie to leżało w odległości 12,5 cm od zastawek, szerokość tętnicy głównej wynosiła 1 cm. w miejscu zwężenia, 9 cm. w miejscu tętniaka, a 5 cm. poniżej miejsca zwężenia w części zstępującej.

Obraz utkania mikroskopowego w samym sercu przemawia za przebytem dawniej procesem gośćcowym, również charakter blizny zwężającej, t. j. blizny zupełnie beznacyniowej i bezkomórkowej przemawia za zmianami gośćcowymi. Gościec, który wystąpił w ostatnich czasach, dał zmiany zupełnie świeże, a w pobliżu blizny w tętnicy spotyka się komórki jednojądrowe, monocyty. Zmian kilowych nie stwierdzono.

R o z p r a w a :

Zdaniem Prof. S k u b i s z e w s k i e g o charakter blizny, która zwęża w części zstępującej tętnicę do rozmiarów dotąd mu nieznanach, typowe blizny gośćcowe w sercu oraz przebyty gościec wielu stawów, gdy chory miał 18 lat, i późniejsze nawroty, wszystko to razem przemawia za zwężeniem pochodzenia gośćcowego.

Dr. S t ö c k l przypomina sobie 2 przypadki tętniaka w Klinice C h v o s t k a w Wiedniu bez podkładu kiły, tłumaczone jako powstałe po zakażeniu influeną.

VI. Dr. J a n A l k i e w i c z przedstawia: *Przypadek znamienia siniego („Blauer Naevus“, Chromatophroma)*. Znamię wielkości 4×5 mm, sinawo - czarne, wycięto ze skóry grzbietu ręki 28 letniej kobiety, która podaje, że plama ta istniała od najmłodszych lat. Obraz histologiczny jest bardzo znamienny: nabłonek prócz spłaszczenia nie wykazuje zmian. Skórę właściwą można podzielić na 2 części: strefa wąska, pod warstwą brodawkową położona, jest pozbawiona zupełnie barwnika, jak i komórek namieniowych. Poniżej spostrzega się odmienną strukturę. Między licznymi fibroblastami i beładnie ułożonymi włóknami tkanki łącznej rzucają się w oczy liczne komórki barwnikowe, chromatofory. Kształt ich jest wydłużony, o wąskich gwiaździstych wypustkach, wypełnionych gęsto drobnymi, brązowymi ziarenkami melaniny. Miejscami układ chromatoforów jest gęsty. Komórki te odpowiadają analogicznym w plamach mongolskich, jak i chromatoforom, które spotykamy u szeregu małp i w skórze niższych kręgowców. Postać chorobową tę wyodrębnił pierwszy J. J a d a s s o h n (1906), nadając jej miano kliniczne „znamienia siniego”. Inni autorowie, którzy później zabierali głos w tej sprawie, podkreślali charakter nowotworowy jej, posługując się mianem *chromatophroma Ribbert*. Według zdania dalszych autorów najbardziej odpowiadałoby określenie *mesenchymoma melanoblasticum*, wzgl. *fibroma melanoblasticum* (B o r s t). Przypadek ten wykazuje jeszcze pewne ciekawe odchylenie od opisanych w piśmiennictwie. Na całej przestrzeni, gdzie mieszczą się komórki barwnikowe, zauważyć można nowotworowy rozrost elementów komórkowych tkanki łącznej (fibroblastów), co czynić może wrażenie utkania włókninowego. Szczegół ten, będący przedmiotem dalszych moich badań, podaję nawiasowo, jako wzmiankę tymczasową.

R o z p r a w a :

Prof. S k u b i s z e w s k i: Sprawy te nie należą do łatwych, gdy chodzi o ściśle sprecyzowanie rozpoznania. Ostrożność prelegenta jest zrozumiała. Obecność dużej ilości tkanki łącznej zachęca już dzisiaj do rozpoznania w kierunku *melano-fibroma*.

Dr. B o c h e n s k i zauważył niedawno temu również znamię sine na przedramieniu ręki. Ponieważ pacjentka na wycięcie się nie zgodziła, zastosowano elektrolizę. Pomimo dwukrotnej głębokiej elektrolizy jeszcze trochę z ciemno - niebies-

kiej tkanki pozostało, co wskazuje, że barwnik leży głęboko w skórze.

(Wszystkie streszczenia są autoreferatami).

Sekretarz Wyd. Lek. T. P. N.

Fr. L a b e n d z i ń s k i

Sekretarz Tow. Pat. Pol. (Oddz. Pozn.)
w z. L. K o n k o l e w s k i.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Położniczo - Ginekologicznego w Wiedniu z dnia 8 marca 1932 r. (Wien. med. Wschr. N. 40, 1932) mówił G. B l a s s o *leczeniu raka sromu*. Podaje on statystykę kombinowanego leczenia rentgenem i radem raków sromu w Centralnym Instytucie Rentgenowskim: wykazuje ona 7 przypadków, które po części były tylko naświetlane, po części po operacji radykalnej z usunięciem gruczołów i bez niego były następnie naświetlane. Wyniki naświetlania promieniami R o e n t g e n a są niezadowalające; nawet przy energicznym naświetlaniu spostrzegano postęp procesu. Najlepsze wyniki dały przypadki, które po radykalnej operacji naświetlano. W dyskusji K a m n i k e r podał statystykę I kliniki ginekologicznej, obejmującą 47 przypadków w ciągu lat 1921—1931; kombinowana metoda leczenia (radykalna operacja i naświetlanie) dały 12% zupełnego wyleczenia. N o w a k przekłada leczenie chirurgiczne nad naświetlanie. S i m o n odrzuca metodę H o l z n e c h t a naświetlań, pierwszeństwo przy-

znaje metodzie F e r n f e l d a; dzieli on raki na grupy, w grupie I i II należy bezwzględnie operować, zaś najlepsze wyniki daje metoda kombinowana. F a b r i z i u s podkreśla, że raki sromu wykazują rozmaity wzrost, cytuje on przypadek, w którym po operacji radykalnej przeżyła kobieta 15 lat bez nawrotu.

Na posiedzeniu Towarzystwa Gastro - Enterologii w Paryżu z dnia 11 lipca 1932 r. (Arch. des Mal. de l'App. Dig. et des Mal. de la Nutr. N. 8, 1932) pokazywali P. D u r y, P. C h ê n e i A. P o i r i e r *przypadek choroby Nicolas-Favrea i zwężenia odbytnicy*. W przypadku tym w przebiegu typowej choroby N i c o l a s - F a v r e a pomiędzy dwoma wysiewami zapalenia pachwinowych gruczołów chłonnych, jednym po stronie prawej, drugim — po lewej, chory wykazywał objawy zwężenia odbytnicy. Zwężenia te wykazywały szczególny charakter: nie towarzyszyły im ani objawy zapalenia odbytnicy, ani objawy przetoki okołoodbytniczej, a z punktu widzenia endoskopowego przedstawiały one obraz zwężeń okołoodbytniczych. Nie był to pod żadnym względem obraz zwykłego zwężenia zapalnego z jego nadżerkami, wyrosłymi pilśniowatemi, zmianami słówkami powyżej i poniżej leżące. Przypadek ten posiada szczególne znaczenie dla zrozumienia związków etiologicznych między zwężeniem odbytnicy a chorobą N i c o l a s - F a v r e a. Chory przedstawiał typową chorobę N i c o l a s - F a v r e a okolicy prącia i pachwin, która, jak można łatwo przyjąć, przeszła na układ chłonny miednicy małej, a stąd na narządy chłonne odbytnicze, powodując zwężające zapalenie tkanki okołoodbytniczej.

Z j a z d y

Stulecie Brytyjskiego Towarzystwa Lekarskiego w Londynie „British Medical Association“.

W drugiej połowie lipca b. r. odbył się w Londynie wielki kongres lekarski z okazji stulecia istnienia Angielskiego Towarzystwa Lekarskiego (British Medical Association). Zjazd ten zgromadził całą elitę świata lekarskiego Wielkiej Brytanii i dominjów angielskich, oraz delegatów Instytucji lekarskich innych państw.

Organizacja Zjazdu spoczywała w rękach Komitetu, na którego czele stanął lekarz przyboczny króla angielskiego lord D a w s o n o f P e n n, oraz Sekretarz Generalny Kongresu Dr. Alfred C o x, który w przeciągu 20-letniej działalności swej na stanowisku Sekretarza Towarzystwa położył ogromne zasługi dla rozwoju Stowarzyszenia. Muszę zaznaczyć, że Kongres wzbudził ogromne zainteresowanie w całym społeczeństwie angielskim, czego dowodem mogą służyć chociażby artykuły, które ukazywały się w prasie angielskiej jeszcze na długo przed otwarciem zjazdu. „British Medical Association“ jest bowiem jednym z najstarszych towarzystw lekarskich świata, założonym w 1832 roku przez Sir Charles H a s t i n g s a w Worcester. Otóż dla uczczenia pamięci założyciela Towarzystwa zorganizowana została przez Komitet zjazdu przed otwarciem kongresu wycieczka do Worcester, znajdującego się w odległości 2½ godziny jazdy od Londynu gdzie odbyła się uroczystość poświęcenia tablicy wmurowanej w ścianie domu, który zajmował przed stu laty Sir H a s t i n g s; po uroczystym nabożeństwie w katedrze oraz przyjęciu wydanem przez mera, uczestnicy wrócili pełni wrażeń do Londynu, gdzie nazajutrz rozpoczęły się właściwe obrady lekarskie.

Uroczystego otwarcia Kongresu dokonał wobec licznie zgromadzonych członków zjazdu i zaproszonych gości, prezydent kongresu Lord D a w s o n o f P e n n, w ogromnej sali „Queen's Hall“, które zostało zakończone odczytem Prezydenta pod tytułem „A Hundred Years and After“ (Sto lat i później).

Część naukowa kongresu obfitowała w bardzo ciekawe referaty i z treści niektórych można było wnioskować, jak wysoko dźwierz sztandar medycyna współczesna w Imperjum Brytyjskim. Obrady naukowe były rozdzielone na 24 sekcje i w każdej sekcji były wyznaczone referaty programowe. Każda dziedzina medycyny była poruszona podczas obrad i nie zbrakło na ogół żadnego tematu, nurtującego dzisiejszy świat lekarski, nad którym by nie dyskutowano.

W sekcji medycyny w e w n ę t r z n e j np. omawiano choroby płuc i między innymi (razem z sekcją radiologiczną) toczyła się dyskusja na temat *znaczenia radiologii w rozpoznaniu chorób płucnych* (Dr. Stanley M e l v i l l e, Dr. R. A. J o u n g,

C h a n d l e r — Londyn, Dr. Duncan W h i t e — Edinburgh, Dr. T w i n i n g — Manchester, Prof. Lyle C u m m i n s — Cardiff). W sekcji d e r m a t o l o g i c z n e j omówiono sprawę stosowanej w ostatnich czasach z dobrym skutkiem *terapii proteinowej*. Nad streszczeniem niektórych tematów poruszonych w innych sekcjach ze względu na ich aktualność zatrzymam się w sprawozdaniu niniejszem obszerniej. Po pierwsze w specjalnej sekcji była omawiana sprawa gruźlicy (section of tuberculosis), w której przewodniczył sir Robert P h i l i p p. W pierwszym dniu przed rozpoczęciem obrad przewodniczący uczcił pamięć Roberta K o c h a ze względu na przypadające w tym roku 50-lecie odkrycia lasecznika gruźlicy, oraz w odczytanej i przyjętej przez obecnych rezolucji złożył hołd „nieodrówanemu wodzowi, którego genialne tryumfy wzniosły go między twórców medycyny i przysporzyły mu wieczną wdzięczność ludzkości“. Głównym tematem obrad była sprawa rozpoznawania i leczenia gruźlicy za pomocą tuberkuliny. Profesor S. Lyle C u m m i n s zreferował obecny stan stosowania tuberkuliny.

Nieuzasadnione jest mniemanie Dr. P. M. Arcy H a r t a, że stosowanie tuberkuliny ma wartość tylko w dzieciństwie. Stara tuberkulina (przygotowana podług wzorów międzynarodowych) oraz metoda M a n t o u x dały błąd tylko w 2% przypadków niezależnie od wieku pacjenta. 20% dzieci pięcioletnich dały w szpitalu w Londynie reakcję pozytywną, która u 16-to letnich wynosiła 70%.

Dr. William S t o b i e (Oxford) woli ultra - proteiny gruźlicą niż starą tuberkulinę; zdaniem mówcy, jest zbyt wiele przesady w mniemaniu, że podskórne zastrzyknięcie tuberkuliny jest niebezpieczne, gdyż reakcja ogólna i miejscowa nie jest większa, niż na przykład przy zastosowaniu sanokryzyny.

Dr. Charles W h i t e (Waszyngton) podkreślił konieczność używania czystszej substancji, niż stara tuberkulina; zresztą wszystkie badania biologiczne dążą obecnie do wynalezienia jaknajwięcej oczyszczonych produktów chemicznych (na przykład insulina, cirtina i ergosterol).

Po pracy S u b e r t a, który wykrył substancję, wywołującą reakcję skórą, można się w przyszłości spodziewać bardziej dokładnych rezultatów.

Dr. S u t h e r l a n d (Londyn) twierdzi, że ani wcześnie objawy kliniczne, ani badanie rentgeniczne nie mogą się równać z podskórnym zastrzyknięciem tuberkuliny, które jest lepsze od wszystkich innych doświadczeń i nie przedstawia niebezpieczeństwa w rękach doświadczonego lekarza. Dr. R. C a r s w e l l (Londyn) potwierdził pogląd przedmówcy. Dr. Ernest F l e t s c h e r (Londyn) mówił o skrytej formie gruźlicy u dzieci; naciek w płucach, bez żadnych innych objawów, który trwa trzy miesiące i potem goi się zupełnie, należy zdaniem mówcy, uważać za gruźlicę. Należy tu częściej powtarzać badania, gdyż ta grupa przypadków z zwiększającą i zmniejszającą się wrażliwością na tuberkulinę mogłaby wyjaśnić obec-

ną wysoką śmiertelność z gruźlicy płuc w grupie młodzieży dojrzewającej.

W sprawie leczenia gruźlicy tuberkuliną pierwszy zabrał głos Dr. R. A. J o u n g (Londyn), który zauważył, że stałe użycie tuberkuliny zostało ograniczone w wielu sanatoriach, na zasadzie zaś własnego doświadczenia doszedł do wniosku, że tuberkulina może być stosowana tylko w przypadkach gruźlicy umiejscowionej lub chirurgicznej, natomiast ściśle ograniczona w schorzeniach płuc. W przypadkach gruźlicy płuc tuberkulina okazała się skuteczna tylko wówczas, kiedy przebieg samej sprawy był zadawalający i gdy widoczny był postęp gojenia, płwocina natomiast zawierała jeszcze laseczniki; przeciwwskazane zaś jest stosowanie tuberkuliny, gdy schorzenie jest w stanie czynnym, lub gdy istnieje gorączka ciągła czy przerywana.

Dr. Camac Wilkins o n (Londyn) uważa, że zakłady należy utrzymywać dla niewielu ostrych przypadków, natomiast 75 — 80% chorych w początkowym stadium można wyleczyć tuberkuliną, o ile ten środek znalazłby się w rękach doświadczanego, odważnego i wywiczzonego lekarza. Wielkie wrażenie zrobiły na przemawiającego rezultaty leczenia tuberkuliną schorzeń oczu i krtani. Metodą Camac Wilkins o n a leczył 31 przypadków gruźlicy płuc Dr. James W a t t i miał względnie dobre rezultaty.

Dr. Gilchrist (Cardiff) używał z powodzeniem emulsji laseczników w przypadkach gruźlicy nieplucnej; naturalnie niezbędna jest kontrola pacjentów, leczonych tuberkuliną. Dr. Gordon H u m e (Londyn) zaznaczył, że należy uważnie przestrzegać ograniczeń, ustanowionych przez K o c h a; mówca zaczynał leczenie małymi dawkami i stosownie do metody Camac Wilkins o n a zastrzykiwał ewentualnie 1,75 cm³ tuberkuliny K o c h a (bez albumozy). Wreszcie Dr. Gilchrist (Belfast) zakomunikował o rezultatach, osiągniętych zapomocą tuberkuliny w przypadkach, gdzie płwocina zawierała laseczniki; pacjenci ci byli przez szereg lat po kuracji zdolni do pracy; również grupa pacjentów, która w przeciągu trzech miesięcy przechodziła tylko kurację tuberkuliną, poprawiła się znacznie lepiej, niż inna grupa, która tej kuracji nie była poddana.

Sprawa leczenia r a k a — tej straszliwej plagi ludzkości — była obszernie omawiana w sekcji ginekologicznej zjazdu. Jak wiadomo, leczenie raka radem zajmuje dzisiaj przodujące miejsce w lecznictwie. Otóż Dr. L a c a s s a g n e z Paryża na materiale statystycznym Paryskiego Instytutu Radowego (obejmującego 678 pacjentów) wykazał dobry wynik leczenia tą metodą. Rezultaty powyższe w zupełności potwierdziła też statystyka prof. V o l t z a, który przedstawił na zjeździe wyniki swych prac z kliniki monachijskiej na podstawie leczenia 1723 pacjentów i doszedł razem z profesorem D ö d e r l e i n e m do wniosku, że rad i leczenie promieniami R o e n t g e n a stanowią dzisiaj najlepszy bodaj środek w schorzeniu rakowatym organów kobiecych. Górujący dotychczas w leczeniu zabieg chirurgiczny (operacja W e r t h e i m a) znalazł zwolennika w osobie D - r a B o n n e y, ale statystyka jego nie była tak przekonująca, jak poprzednie. Nawet leczenie tak zwaną metodą kombinowaną zapomocą pierwotnego zabiegu chirurgicznego i wtórnego naświetlania radem nie znalazło w dyskusji tym razem wielu zwolenników. Większość przemawiających razdziła stosować głównie radjoterapię, która może, jak się wyraził przewodniczący sekcji s r E w e n M a c l e a n, „więcej zdziałać w walce z rakiem, niż chirurgja”. Wszyscy kładli między innymi główny nacisk na umiejętne stosowanie radjoterapii, t. j. na dokładne dawkowanie radu, na zatrudnianie umiejętnie wyszkolonego personelu i na stosowanie przy naświetlaniu nowoczesnych aparatów rentgenowskich, gdyż od tych warunków zależy dobry wynik leczenia. Dyskusja wykazała ogromny postęp w lecznictwie w tej dziedzinie i nas lekarzy napędlila otuchą i nadzieją lepszej przyszłości w walce z tą chorobą.

W sekcji farmakologicznej toczyły się obrady nad sprawą leczenia zapalenia płuc surowicą. Przewodniczył profesor G u n n (Oksford), referentem zaś był Dr. R. C e c i l (New-York), który na wstępie zaznaczył, iż liczne specyficzne rodzaje pneumokoków komplikują leczenie zapalenia płuc surowicą. W przeciagu ośmiu ostatnich lat wszyscy zwrócili uwagę na oczyszczoną z domieszek i stężoną surowicę, dostarczoną przez F e l t o n a z Harward University. W 239 przypadkach zapalenia płuc, leczonych surowicą, śmiertelność wynosiła 20,1%; w 103 przypadkach, leczonych surowicą w przeciagu pierwszych 72-ch godzin, śmiertelność wynosiła tylko 11,7%. Wczesne leczenie jest niezbędne; jeżeli o tem będzie się pamiętało można będzie osiągnąć lepsze wyniki w przyszłości. Na zasadzie swych obserwacji referent przyszedł do wniosku, że stosowanie antypneu-

mokokowej wielwartościowej surowicy uprościło znacznie leczenie zapalenia płuc.

Dr. R y l e (Londyn) nie zgadza się z wnioskami przedmówcy i twierdzi, że, skoro 80% pacjentów wyzdrowiało bez leczenia surowicą, on nie widzi wskazania do wczesnego stosowania surowicy. Najważniejszym momentem w praktyce jest, zdaniem mówcy, prędkie rozpoznanie groźnego stanu chorego.

Prof. D a w i d s o n (Aberdeen) natomiast mówi, że jest przekonany, że z czasem leczenie surowicą okaże się właściwe, i zaleca dla przeprowadzenia dokładnej statystyki dzielić przypadki pneumonii według typów.

Prof. M u r r a y L y o n (Edinburg) podkreślił trudności badań leczenia zapalenia płuc zapomocą surowicy i konieczność uważnego doboru stosownych przypadków. Dr. A r m s t r o n g (Londyn) podał wyniki na zasadzie 160 przypadków; wczesne dzielenie według typów było niezbędne i jego własna metoda szybkiego dzielenia była jednocześnie prosta i dokładna. Dr. R. C r u i c k s h a n k (Glasgow) stosuje u siebie w dużej ilości surowicę i ma dobre wyniki. Wreszcie Dr. R. A. O' B r i e n opisał pokrótce sposób przygotowania 2-ch typów surowicy w narodowym instytucie medycyny doświadczalnej, który powinny zastąpić surowicę F e l t o n a z Ameryki, przyczem używanie kombinacji dwóch surowic uważa za nieracjonalne.

W sekcji fizjologicznej i biochemicznej była poruszona kwestja hormonów płciowych. Przewodniczył sir Henry D a l e, a Dr. M a r s h a l l (Cambridge) zreferował wpływ nowych doświadczeń w dziedzinie hormonów na medycynę kliniczną. Dr. A. B u t e n a n d t (Getynga) opisał trzy izomeryczne hormony z różniąciami się fizycznymi i fizjologicznymi właściwościami, omówił ich charakter chemiczny i zachowanie się pod spektroskopem oraz trudności izolowania. Prof. D o i s y (St. Louis) w ciągu swej pracy z krystalicznym theelinem (hormon jajników) przyszedł do wniosku, że w theelinie znajduje się system czterech pierścieni, z których jeden jest aromatyczny; kwasowe właściwości są wywołane obecnością grupy fenolowej. Mówca uważa, że theelol (tryhydroxy-oestrin) nie jest głównym hormonem jajnikowym, ale jednakże może jest blisko spokrewniony z theelinem. Prof. C o l l i p (Montreal) opisał emmeninę, jest to krystaliczny hormon, otrzymany z ludzkiego łożyska i z moczu w czasie ciąży. Jeden ułamek można wydobyć z wodnego roztworu zapomocą eteru, drugi można rozpuścić w eterze po t. zw. hydrolizie z jednoprocentowym kwasem octowym przy temperaturze 180° C. Mówca wskazał także na specjalny hormon, wydobyty z łożyska i z moczu pod nazwą „A. P. L.”, przyczem duże dawki powodowały wielki wzrost wagi jajników. Dr. A. D. C a m p b e l l (Montreal) stosował emmeninę z dobrym skutkiem w przypadkach amenorrei i dysmenorrei. Około 15 bezdzietnych pacjentek mówcy zaszło w ciążę, gdy jajniki zaczęły lepiej funkcjonować, przyczem wymioty podczas ciąży pod wpływem emmeniny czasami też ustawały. Zapomocą przezroczu był pokazany też dobry skutek działania hormonu „A. P. L.” przy nieregularnych menstruacjach. Dr. G i r a r d (Paryż) opisał swe doświadczenia, które przeprowadził razem z D - r e m K a z i m i e r z e m F u n k i e m na oestrogenowych wyciągach z moczu. Ketony i nie-ketonowe ułamki działały równie. Pierwszy ułamek nie jest identyczny z tak zwaną ketohydroksyoestryną, jak się sądziło z jego działania na pochwę niedojrzałych zwierząt, lecz podobny jest do substancji, otrzymanej z moczu klaczy; drugi ułamek, sądząc z jego działania na kastrowanego dojrzałego szczura i z próby pochowej, podobny jest do trihydroksyoestryny. Dr. G i r a r d zwrócił uwagę na fakt, że jego zwierzęta (w Instytucie Narodowym Medycyny Doświadczalnej) były pięć razy mniej czułe, niż u prof. D o i s y, i to samo obserwowano w doświadczeniach w Warszawie. Wreszcie prof. L a q u e u r (Amsterdam) zwrócił uwagę na kwestję klinicznej obserwacji przy użyciu hormonów płciowych, pomijając doświadczenia laboratoryjne.

W sekcji chirurgicznej pierwszy dzień obrad, w którym przewodniczył Lord M o y n i h a n o f L e e d s był poświęcony kwestji u r o l o g i c z n e j, mianowicie sprawie usunięcia powiększonego gruczołu krokowego. Pierwszy zabrał głos w tej sprawie Dr. Swift J o l y (Londyn), który po omówieniu wskazań do operacji bardzo dokładnie opisał przedoperacyjne badanie i przygotowanie do zabiegu. Dr. W a d e (Edinburg) stwierdził, że t. zw. dwuczasowa operacja w celu usunięcia gruczołu była wykonana w 25% przypadków z powodu złej funkcji nerek. Zagadnienie prostaty jest właściwie zagadnieniem nerkowym i nie należy zapominać ogólnych skutków uszkodzenia organów wydzielni-

czych. Mówca uważa, że schorzenie gruczołu krokowego bywa często niedopatrzane. Poboczne skutki, zjawiające się w mózgu, w sercu i w przewodzie pokarmowym, muszą być brane pod uwagę. Dla pacjenta zagadnienie schorzenia prostaty jest miejscowe, ale lekarz musi, jak udowodnił niedawno Randall z Filadelfji, powiększenie gruczołu krokowego uważać za chorobę, wpływającą ujemnie na cały organizm. Przed decyzją co do zabiegu chirurgicznego chory musi być najdokładniej zbadany. Zdaniem mówcy, badanie przez odbytnicę jest niewystarczające i w każdym przypadku musi być dokonana cystoskopia. Musi być też sprawdzona czynność nerek. Za najlepszą metodę operacyjną mówca uważa cięcie ponad spojeniem łonowym (*prostatectomia suprapubica*). Co się tyczy operacji przez krocie (perineal prostatectomy) jest ona wskazana ewentualnie, kiedy chodzi tylko o boczne płaty, lecz w większości przypadków, gdzie wewnętrzny zwieracz jest rozciągnięty i zniekształcony, dobra jest tylko pierwsza metoda. Dr. Kenneth Walker (Londyn) poruszył sprawę następstw pooperacyjnych oraz powody i sposób zapobiegania przetokom moczowym. Dr. de Quervain (Bern) zaznaczył, że pierwszą prostatektomię wykonał przed 27-mi laty i miał sposobność badać rozwój tego zagadnienia. Starzy mężczyźni nawet po osiemdziesiątce dobrze znosili operację, a pacjenci ze złemi sercami i nerkami zwykle umierali w wieku od 60 do 70-ciu lat. W przypadkach, które znajdowały się jakby na granicy możliwości zabiegu chirurgicznego, młodzi chirurdzy operowali wcześniej niż starzy (którzy sami już byli w wieku prostatycznym) i, zdaniem mówcy, mieli z pewnemi ograniczeniami rację. Dokładne badanie serca i zwłaszcza nerek jest koniecznością. Mówca osobiście otwierał pęcherz przebiegiem i rozszerzaniem, przebijając pęcherz blisko wierzchołka, aby uniknąć stałej przetoki; w celu zatrzymania ewentualnego krwotoku wprowadził mały sączek w zagłębienie prostaty, przynocowany na lnianej nitce. Następnego dnia sączek usuwano. Rezultaty w okresie pooperacyjnym zależą głównie od skutecznej walki z infekcją. Dr. Mac Adam (Leeds) uważa, że wiele wypadków śmierci po operacji, które były opisane, jako skutki uremji, nastąpiły wskutek ogólnego zakażenia (*sepsis*). Metoda, określająca odporność pacjenta przeciw infekcji, miałyby wielką praktyczną wartość w wyborze przypadków. Mówca określił w 88-miu przypadkach cholesterol we krwi i przyszedł do wniosku, że około 50% z niską zawartością cholesterolu były klinicznie niepomyślne i operacja ryzykowna. Pomimo pewnych ograniczeń określenie cholesterolu we krwi jest ważną wskazówką odporności przeciw infekcji. Sir Henry Newland (Australja) omówił kilka punktów techniki operacyjnej. On otwierał pęcherz w najwyższym punkcie i oddzielał otrzewnę; najważniejsze jest zapewnienie wolnego odpływu zakrwawionego moczu z pęcherza przez dren. Rekonstrukcję części prostatycznej cewki dokonanej przez Dr. Harrisa (Sydney) mówca nie widział. Prof. Fullerton (Belfast) operuje pęcherz, rozdęty małą ilością płynu, zapomocą małego poprzecznego otworu, który można rozciągnąć i dzięki temu mówca jest w stanie trzymać pacjenta później prawie suchym po założeniu cewnika Pezera. Infekcji nerek można zapobiec za pomocą odpowiedniego sączkowania i płukania. W razie istnienia zatrucia nie należy rozcinać pęcherza. *Pericystitis* można uniknąć przez możliwe trzymanie rany w suchym stanie. Dr. Clifford Morrison (Londyn) zgadza się z Kenneth Walkerem i Fullertonem w sprawie zapalenia pęcherzyków nasiennych, jako komplikacji pooperacyjnej. W 80% przypadków pewna liczba zapaleń jądra i nadjądra (*epididymo-orchitis*) powstała mianowicie wskutek infekcji pęcherzyków. Mówca uważa, że wtórny krwotok powstaje wskutek infekcji tkanek łożyska gruczołowego, a pęcherzyki nasienne są siedliskiem bakterji. Na zasadzie doświadczenia mówca wnioskuje, że infekcja rozszerzała się zawsze do jądra tylko przez *vas deferens*, albo wzdłuż światła lub przez naczyńca limfatyczne w ścianie, przy czem zakażenie mogło z pęcherzyków przejść do *vas deferens* nawet w kilka miesięcy po operacji. Jako przeciwwskazania do operacji mówca uważa: zapalenie jądra i dużą pachwinową przepuklinę. Następnie Dr. Millin zapewniał, że w krótkim czasie po przyjęciu jego metody prostatektomja okaże się operacją prawie zbędną. Mianowicie mówca dokonał w 54 przypadkach (z jednym zejściem śmiertelnym wskutek złośliwego schorzenia gruczołu z przerzutami) rezekcji przez cewkę zapomocą endoskopji i endotermji, i metoda ta zastąpiła mu w 75% przypadków prostatektomję; ze względu na krótki pobyt w klinice lub w szpitalu (od 7—10 dni) operacja ta jest, podług zdania mówcy, najlepszą we wczesnych przypadkach i w wielu wypadkach zakażonych, ale zabieg ten wymaga od fachowca dobrej znajomości w dziedzinie endoskopji.

Dr. Eccles (Londyn) zaproponował, ażeby kwestja usunięcia gruczołu krokowego była podjęta w okresie nadchodzącej zimy we wszystkich okręgach w kraju, i żeby lekarze, którym usunięto gruczoły oraz o ile możliwe, i ich pacjenci też, przedstawili na posiedzeniach krótką historję ich stanu przed, podczas i po leczeniu chirurgicznym, gdyż takie sprawozdanie byłoby bardzo cenne. Dr. Powell (Montreal) uważa, że badanie pozornie zwykłych powiększonych gruczołów krokowych zapomocą seryjnych przekrojów wykazało, że obecność infekcji jest bardziej powszechna, niż naogół się przypuszczało. Prof. Wilkie (Edinburg) twierdzi, że o możliwości ukrytej choroby prostaty trzeba pamiętać u wszystkich mężczyzn w wieku ponad 45 lat. Dr. Jolly (Londyn) zaznaczył, że przypadki zapalenia jądra i nadjądra nie są tak liczne, jak niektórzy przedmówcy twierdzili, gdyż wielu pacjentów cierpiało od zmian w jądrze przed operacją. On nie wierzy w skuteczność metody przez cewkę (*perurethral prostatectomy*). Dawniej też chwalono tę metodę, lecz w końcu zawsze bywała zaniechana, gdyż nie dawała stałych trwałych wyników. Wogóle nie wolno usuwać częściowo jakiegokolwiek guza, gdyż dalej będzie rósł. Co się tyczy nawrotu po prostatektomji, to mówca słyszał o jednym przypadku, gdzie to się zdarzyło aż trzy razy, ale są to przypadki bardzo rzadkie; nawrót może powstać tylko wtedy, gdy wyluszczenia dokonywa się przez wewnętrzną warstwę i gdy zostawia się trochę substancji gruczołowej na miejscu. Dr. Kenneth Walker zaznaczył, że, dopóki śmiertelność po prostatektomji będzie wynosiła 18% w szpitalach zwykłych a 8% w specjalnych, choroby będą się wstrzymywały od zabiegu. Mówca nie neguje pożytku t. zw. *perurethral diathermy*, ale nie wierzy, że metoda ta będzie w stanie zastąpić zwykłą prostatektomję.

Na zakończenie obrad przewodniczący Lord Moynihan złożył hołd swemu nauczycielowi M. Gill of Leeds, który pierwszy w Europie dokonał operacji prostatektomji, i któremu mówca w dniu 24 kwietnia 1887 roku pomagał jako asystent przy usunięciu gruczołu. Mc Gill ostatecznie opracował sposób operowania podobny do współczesnej otwartej metody prostatektomji.

Ciekawym tematem, który był poruszony przez chirurgów na zjeździe, była sprawa znieczulenia przy operacjach jamy brzusznej. Kwestja znieczulenia przy zabiegach operacyjnych wywołuje zwykle dużą wymianę zdań na kongresach chirurgów w kraju i zagranicą, i nie było dotychczas prawie zjazdu lekarskiego, na którymby ktoś nie poruszał tego tematu i nie polecał jakiegoś nowego środka znieczulającego na zasadzie swych obserwacji lekarskich. Tłomaczy się to silnym rozwojem w ostatnich czasach przemysłu chemicznego i chęcią udoskonalenia środków znieczulających, które dalyby *maximum* bezpieczeństwa podczas zabiegu operacyjnego i w okresie pooperacyjnym (szczególnie ze strony organów oddechowych) i jednocześnie nie przysparzały choremu żadnego bólu. Ponieważ w danej kwestji panuje w różnych klinikach pewna rozbieżność zdań, chciałbym przytoczyć dane kongresu londyńskiego. Głównym referentem w tej sprawie na zjeździe był znany chirurg wiedeński prof. Finsterer, który w czasie ostatnich 25-ciu lat dokonał 5172 operacji brzusznych i na zasadzie swych obserwacji doszedł do wniosku, że chloroform i eter — te dwa największe środki znieczulające — nie powinny być używane ze względu na doskonałe wyniki, jakie otrzymujemy przy stosowaniu t. zw. miejscowego znieczulenia zapomocą zastrzykiwania 1/2% lub 1% nowokainy z adrenaliną (po zastrzyknięciu przed operacją pantoponu z atropiną). Dr. Lockhart-Mumery poparł w zupełności wniosek Finsterera i dodał, że w ciągu ostatnich 10-ciu lat stosuje w brzusznej chirurgji przeważnie znieczulenie miejscowe. W słowach pełnych uznania wyrażał się również doktor Gordon-Taylor (Londyn) o tej metodzie, którą stosuje z powodzeniem specjalnie przy operacjach dróg żółciowych. Poruszana też była kwestja stosowania znieczulenia rdzeniowego przy operacjach brzusznych zapomocą zastrzyknięcia stosunkowo nowszego środka t. zw. perkainy w roztynie 1:1500 i w dawce od 14-tu do 18-tu cm., która nadaje się podług obserwacji doktorów W. S. Wrighta i Normana C. Lakea (Londyn) i in. daleko lepiej do tego rodzaju znieczuleń, niż nowokaina lub stovaina. Za dokonywaniem zabiegów brzusznych tą metodą wypowiedział się też Dr. J. B. Oldham na zasadzie 2500 operowanych przez siebie przypadków. Wreszcie omawiana była sprawa zalecanego w ostatnich czasach przez niektórych chirurgów środka znieczulającego t. zw. awertyny (przez odbytnicę), ale zwolenników wielu ten środek nie znalazł; figurowała ona wśród wielu innych środków znieczulających jak prokaina, topanol, planokaina, pantokaina, arekan

i in. na wystawie lekarskiej kongresu. Wystawa ta została uroczystie otwarta w pierwszym dniu Zjazdu przez przewodniczącego Lorda Dawsona w wielkiej galerii t. zw. Imperial Institute przy Uniwersytecie Londyńskim i cieszyła się wielkim powodzeniem, gdyż stanowiła dorobek naukowy wielkiej miary specjalnie w przemyśle farmaceutycznym Anglii i dała możność poznania niektórych lekarstw, które ukazały się w ogóle poraz pierwszy. Firma „Boots Pure Drug Co”, naprzykład, wypuściła nowy, skuteczny środek leczniczy do użycia przy schorzeniach kilowych pod nazwą „Novostab” (Neoarsphenamine) w ampulkach, rozpuszczany przed użyciem w roztworze wody sterylizowanej. Z nowym preparatem złota do zastrzykiwań domięśniowych w walce z gruźlicą i chronicznym reumatyzmem mogliśmy się zapoznać w „The Anglo — French Drug Co Ltd.”. Wśród preparatów zwracał uwagę nowy środek do walki z dyfterytem t. zw. „antitoksin-globulins”, mający zastąpić używaną w lecznictwie surowicę w celu uniknięcia powstającej często choroby surowiczej. Inne firmy i laboratoria chemiczne wystawiły środki mniej lub więcej znane w lecznictwie, wśród których chciałbym wskazać na następujące: „soneryl”, stosowany wiele przy bezsenności, „propidex” — przy t. zw. wakcynoterapii w sprawach infekcyjnych; „proginon”, zawierający tak zwany hormon organów kobiecych; „uroselectan B” do zastrzykiwań dożylnych, jako środek rozpoznawczy przy badaniu nerek oraz „neotropina” — nowy środek leczniczy przy schorzeniu dróg moczowych, następnie „atebrina”, stosowana przy malarji, wreszcie nowe środki stosowane przy schorzeniach kiszki, jak „prostigmin” (w formie zastrzykiwań), preparaty parafinowe, t. zw. „petrolagar-emulsion” oraz „kaylene-ol”.

Specjalny dział na wystawie poświęcony został wyciągom i preparatom gruczołów z t. zw. wydzieliną wewnętrzną, zajmującym, jak wiadomo, w lecznictwie dzisiejszym miejsce przodujące. Firma „Armour and Co. Ltd.” naprzykład wystawiła z tej dziedziny około 60 - ciu preparatów i specjalnie uwa-

gę zwiedzających skierowała na nowy preparat „ferroglandoid” (połączenie płynnego ekstraktu z żelazem). Wśród preparatów chciałbym zwrócić uwagę na „theelin” (rozczyń hormonu jajników) i na „eschatin” wyciąg nadnercza, stosowany w formie dożylnych lub domięśniowych zastrzykiwań przy t. zw. chorobie Addisona, przy której leczeniu zalecany był również na wystawie wyciąg nadnercza innego wyrobu pod nazwą „encortone”.

Ponieważ przy leczeniu t. zw. niedokrewności złośliwej (*anacmia pernicioza*) stosuje się w ostatnich czasach z dobrym wynikiem wyciąg wątroby, więc nie zbrakło i w tej dziedzinie nowych środków leczniczych, wśród których wymienić trzeba: „hepatex” i „campolon” (oba w formie zastrzykiwań), oraz „neobovinine 20” (wyciąg wątroby i hemoglobiny).

Wreszcie w dziedzinie t. zw. witamin, stanowiących główną zawartość środków odżywczych, wzbudziło ogromne zainteresowanie wśród obecnych wystawienie przez laboratorium „British Drug Houses, Ltd.” preparatu czystej witaminy „D”, zrobionej po raz pierwszy sposobem fabrycznym w formie długich białych kryształów wagi 25 gram., umieszczonych w szklanym cylindrze, odpowiadających t. zw. aktywności witaminy „British Drug Houses, Ltd.” preparatu czystej witaminy „D”, w pewnym gatunku chleba w Kanadzie oraz w dostatecznej ilości w zbożu wskazał również w odczycie w Sekcji pediatrycznej Zjazdu Dr. Alan B. Ross z Toronto). Poza tym laboratorium „Crookes” wystawiło specjalny olejek wątrobiany — rybi złotego koloru, którego dwie — trzy krople zawierają tyle witaminy „A”, ile zawiera 1 łyżka od herbaty zwyczajnego rybiego tranu.

Niepodobieństwem jest wymienić wszystkie środki lecznicze oraz produkty farmaceutyczne i odżywcze, które można było obejrzeć na wystawie, ale z podanego powyżej zarysu widzimy, że lecznictwo zostało wzbogacone nowym arsenałem środków, mających przynieść ulgę cierpiącej ludzkości.

Dr. med. Herman Dątyner (Warszawa).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Wrażenia z Rumunii.

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 43).

Administracja Służby Zdrowia w Rumunii, podobnie jak i u nas, należy do Ministerstwa Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia, w którym jeden z Departamentów zajmuje się wyłącznie zagadnieniami zdrowotnymi, przeto jest dość duże dążenie do centralizacji, i wykonawstwo jest w rękach rządu, a nie samorządów.

Centralna Służba Zdrowia ma szereg właściwości, wypływających z warunków czysto miejscowych. W centrali pracuje około 20 lekarzy, ale, rzecz ciekawa, w tej grupie jest, zdaje się, tylko jeden powyżej lat 40, reszta to ludzie zupełnie młodzi. Delikatnie zapytałem o wyjaśnienie, i oto czego się dowiedziałem. Przed dwoma jeszcze laty było odwrotnie — rządili wyłącznie ludzie starsi i rządili według dawnych tradycji. Kiedy zwolennicy nowego kierunku próbowali wprowadzić jakieś reformy w Służbie Zdrowia, napotykali bierny opór ze strony tych, którzy przyzwyczaili się do dawnych porządków, a nowe były im obce. Żeby to wszystko zmienić, zdecydowano się na radykalną operację — usunięcie całego kompletu osób starszych i utworzenie kadr z ludzi młodszych, zupełnie nowych, może niezawsze doświadczonych, niezawsze posiadających odpowiednią wiedzę i wyrobienie, ale i bez hamulców wstrzymujących rozwój najlepszych poczynąń, wysuwanych przez zwolenników nowych poglądów w administracji sanitarnej.

Do centrali Służby Zdrowia należy kilka instytu-

cyj, które zwykle umieszczane są w innych działach administracji państwowej. Przedewszystkiem do Służby Zdrowia należy statystyka ruchu naturalnego ludności, a więc rejestracja urodzeń, małżeństw i zgonów. Jest wprawdzie i Główny Urząd Statystyczny, ale ten należy do innego Ministerstwa i statystyką demograficzną nie zajmuje się prawie wcale. Co więcej, jedyny, jak dotąd, spis ludności, dokonany w roku 1930, był przeprowadzony nie przez Główny Urząd Statystyczny, lecz przez specjalne biuro, związane ze Służbą Zdrowia. Wobec tak ścisłego połączenia Służby Zdrowia ze statystyką i wobec braku sił fachowych do prowadzenia statystyki, szczególnie na obwodzie, administracja sanitarna zorganizowała w swoim zakresie roczną szkołę dla statystyków. Wreszcie ostatnio administracja sanitarna przejęła na siebie prowadzenie istniejącej już i dobrze się zapowiadającej szkoły dla pracowników społecznych, dotąd tylko subsydjowanej przez państwo.

Szkoła jest dwuletnia i wzorowana na pokrewnych instytucjach amerykańskich. Od kandydatek wymagane jest wykształcenie średnie. Pobyt w internacie jest obowiązkowy, lecz bezpłatny. W ten sposób bardzo ułatwiony jest dobór z pośród dość licznie zgłaszających się kandydatek. Szkoła posiada dwa rozgałęzienia: zdrowie i walkę z bezrobociem. W tych działach specjalizują się słuchaczki. Tak prowadzone szkolenie obiecuje przygotowanie pracowników do służby społecznej, która przestaje być dyletantyzmem, a staje się naprawdę specjalnością. Jako teren doświadczenia dla słuchaczek wybrany został jeden z okręgów Bukaresztu. Na tym terenie prowadzona jest bardzo wyteżona praca społeczna w obu wspomnianych wyżej działach. Wyniki

pracy podobno są bardzo dodatnie, szczególnie na polu walki z bezrobociem.

Administracja sanitarna na obwodzie jest dwustopniowa i opiera się: a) na lekarzach powiatowych, b) na lekarzach okręgowych. Lekarze samorządowi de facto nie istnieją, gdyż nawet lekarze miejscy są funkcjonariuszami państwowymi. Podział na ziemie (prowincje), istniejący w zasadzie nie jest w życie wprowadzony. Powiatów (judets) jest 71, stąd, biorąc pod uwagę ogólną liczbę ludności, należy stwierdzić, że są one znacznie większe od naszych. Lekarz powiatowy ma zwykle kilka osób personelu kancelaryjnego, rzadko zastępcę i odgrywa rolę instytucji pośredniczącej, naszego wojewódzkiego urzędu zdrowia. Cała zaś praca na terenie jest wykonywana przez lekarza okręgowego. Lekarzy okręgowych wraz z lekarzami szpitalnymi, sprawującymi funkcje lekarzy higienistów na przyległych terenach jest z górą 1000. Na Rumunię, posiadającą prawie o połowę mniej ludności, niż Polska, 1000 higienistów to bardzo dużo. Zresztą i w instytucjach poszczególnych widać personelu dużo, czasem bardzo dużo, znacznie więcej, niż w Polsce, szczególnie, jeżeli mowa o personelu lekarskim. Z kasy państwowej otrzymuje stałe pensje około 2200 lekarzy to jest mniej więcej trzecia część ogółu lekarzy. Niektóre zaś instytucje, jak np. Inst. C a n t a c u z e n a (podobieństwo do naszego Zakładu Higieny, choć mniejszy zakres pracy) są pod względem personelu uposażone luksusowo, pracuje tam bowiem około 45 lekarzy! Tu wyglądamy na parjasów. Lekarze pracujący w administracji skarżą się na nadmiar pisaniny. Personel kancelaryjny wydaje się być bardzo liczny, i na prowincji i w centrach. Dopływ nowych sił bardzo duży, sporo z wykształceniem uniwersyteckim i młodzieży studjującej.

Praca lekarza higienisty na terenie jest tu jeszcze zupełnie dawnego typu: akcja sanitarno - porządkowa, walka z chorobami zakaźnymi i praca urzędniczo - kancelaryjna wciąż dominują, tu nie zaszły dotąd żadne radykalne zmiany, ale można oczekiwać, że wszystko stopniowo zmieni się ku lepszemu, dzięki kształceniu lekarzy higienistów, na którym to polu widoczne są duże postępy. Sprawie tej warto poświęcić nieco uwagi.

Wykłady higieny na uniwersytetach dla studentów medyków niewiele różnią się od tego, co zwykli jesteśmy widzieć w innych krajach, wyjątek czyni Bukareszt. Słuchacze medycyny w Bukareszcie przed zdaniem higieny obowiązani są w okresie wakacji napisać monografię jakiegoś miasta lub okręgu pod względem sanitarnym. Mo to na względzie zwrócić uwagi wprowadzonego w życie lekarze na "praktyczne zagadnienia higieniczne, a jednocześnie pozwala zebrać materiały o stanie sanitarnym kraju. Naturalnie, zebrane monografie są różnej wartości, naogół jednak wykonane są starannie, a niekiedy wprost z benedyktyńską dokładnością i starannością. Sądzę, że myśl ta godna jest naśladownictwa i wprowadzona na wszystkich uniwersytetach, może się przyczynić i do spopularyzowania higieny i do poznania kraju.

Kształcenie lekarzy higienistów odbywa się również na uniwersytetach, ale jest to już specjalizacja (higiena uznawana jest formalnie za specjalność), którą można rozpocząć dopiero po upływie 2 lat od czasu otrzymania dyplomu. Studja trwają około 7 — 8 miesięcy i odbywają się w Instytutach Higieny, odgrywających rolę naszej Szkoły Higieny. Instytutów jest tyleż, co i uniwersytetów, a więc trzy: w Bukareszcie, działający na te-

renie Montanji, w Jassach, obejmujący wpływem Mołdawę i Bessarabję i w Cluj, do którego należą dawne prowincje węgierskie. Są to rozszerzone Instytuty uniwersyteckie, umieszczone w lokalach uniwersyteckich, a zależne od Ministerstwa Oświecenia (wydziałów lekarskich) z jednej strony, od Ministerstwa Zdrowia — z drugiej. Na czele Instytutu *ex officio* stoi profesor higieny, otrzymujący pewną dopłatę z administracji Służby Zdrowia. Pozostały personel częściowo jest opłacany przez jedno Ministerstwo, częściowo przez drugie. Tak np. Instytut w Bukareszcie posiada prócz dyrektora 9 osób personelu fachowego, z czego 4 jest płatnych przez Służbę Zdrowia.

Instytuty mają zwykle 4 sekcje: 1) bakterjologii i epidemiologii, 2) statystyki, 3) higieny społecznej, 4) chemii. Ta ostatnia sekcja w dwóch Instytutach jest umieszczona zupełnie oddzielnie, zajmuje się głównie walką z fałszowaniem produktów, podlega dyrektorowi Instytutu głównie administracyjnie i nie jest dotąd z całością Instytutu zespolona. Instytuty w Cluj i w Jassach mieszczą w sobie również szkoły pielęgniarek. Wszystkie trzy Instytuty mają w bliskości coś w rodzaju terenu czy ośrodka demonstracyjnego. Ośrodek przy Instytucie w Bukareszcie ogranicza się do walki z zimnicą, ośrodki dwóch innych Instytutów obejmują całokształt zagadnień zdrowotnych. Instytuty pracy badawczo - naukowej nie prowadzą, a zajmują się prawie wyłącznie kształceniem lekarzy higienistów.

Personel pomocniczy w postaci kontrolerów sanitarnych posiadał dotąd odrębne szkoły o kursie 2 letnim. Obecnie jest tendencja zniesienia kontrolerów sanitarnych, dotąd bardzo licznych, bo po kilkunastu i więcej na powiat w dawnym królestwie rumuńskim, a rzadkich w Siedmiogrodzie, i wprowadzenia wszędzie bardziej współczesnych higienistek, choć ta zmiana, zdaje się, nie będzie łatwa do przeprowadzenia. Ostatnio dla ulżenia skarbowi państwa przerzucono opłacanie kontrolerów sanitarnych na samorządy. Wobec tego jednak, że samorządy są bez środków i poborów nie wypłacają, a sztab kontrolerów jest bardzo liczny, podniosły się głośnie protesty. Tworzenie etatów pielęgniarek higienistek jest bardzo powolne, i trzeba będzie długich lat, żeby istniejące szkoły (3) przygotowały dostateczną liczbę fachowo wyszkolonych jednostek. Prócz tego istnieją liczne akuszerki, opłacane z funduszy publicznych, i w pewnych granicach narówni z kontrolerami sanitarnymi traktowane jako pomocnice lekarza higienisty administratora.

Przy omawianiu rumuńskiej Służby Zdrowia na specjalną uwagę zasługuje statystyka lekarska, której organizacja u góry była już wspomniana pobieżnie, kiedy była mowa o władzach centralnych, a której działalność była głównym przedmiotem moich badań. Otóż, jak wspominałem, w centrach Ministerstwa istnieje biuro specjalne, prowadzące statystykę ruchu naturalnego ludności. Biuro jest jakby jednostką samodzielną. Zorganizowane jest i prowadzone na wzór amerykański bardzo sprężyście, zresztą, urządzone częściowo dzięki zapomocy ze strony Fundacji Rockefellera, stąd i uposażenie materialne biura jest bardzo dobre. W biurze pracuje z górą 40 osób, w tem 5 lekarzy. Opracowanie techniczne materiału, jego nadsyłanie, sprawdzanie jest prowadzone bardzo starannie, i niewiele pewno możnaby tu zarzucić. Natomiast pierwotny materiał, jego zbieranie na miejscu, nie może zadowolić, nawet skromnych wymagań.

Nie chcę poruszać sprawy urodzeń i małżeństw (wszędzie obowiązuje rejestracja cywilna, nawet w przyłączonych ziemiach, gdzie dotąd była rejestracja kościelna), zatrzymam się tylko na rejestracji zgonów i ich przyczyn, czem się głównie interesowałem i co wobec nowej Ustawy o grzebaniu zwłok bardzo obchodzi naszą Służbę Zdrowia. Pierwotny materiał, dotyczący zgonu i jego przyczyny, pochodzi od lekarza urzędowego, okręgowego. On właściwie wydaje świadectwo, nawet wówczas, kiedy zmarły był leczony, i lekarz leczący wystawił świadectwo zgonu. Rozpoznanie lekarza leczącego zwykle uważane jest za miarodajne. Jeżeli jednak zmarły nie był leczony, lekarz okręgowy, odwiedzający merostwo co pewien przeciąg czasu, wypełnia rubrykę przyczyn zgonu na podstawie słów kontrolera sanitarnego, względnie akuszerki. Wydaje mi się, iż najstaranniejsze opracowanie takiego materiału, opartego na tak kruchych pierwotnie podstawach, nie może doprowadzić do słusznych wniosków. Nie jest to materiał wiele, a może i wcale nie lepszy, niż nasz, nadsyłany przez oglądaczy zwłok. My takiego materiału nie uważamy wcale (i słusznie zupełnie) za odpowiedni do poważnej statystyki. Naturalnie w rocznikach międzynarodowych takiej statystyki jest pełno, przypuszczam jednak, że to nie powinno nas zachęcać do naśladownictwa.

Jakież ostateczne wnioski można wyprowadzić po tak choćby pobieżnym przejrzeniu rumuńskiej administracji sanitarnej i jej działalności? Większość z tych wniosków, albo została wypowiedziana przy omawianiu poszczególnych kwestyj, albo była tak widoczna sama

przez się z przytoczonych argumentów, że nie wymagała żadnego wyrazu. Pozostaje jednak pewien wniosek ogólny, który nasuwa mi się, szczególnie biorąc porównawczo to, co się dzieje w Rumunii z innymi krajami.

W Rumunii cała praca u dołu na terenie ulegnie prawdopodobnie przekształceniu, zreformowaniu zgodnie ze współczesnymi dążeniami i wymaganiami, nowe poczynania nie są tu jeszcze wielkie. Natomiast u góry ostatnio zrobiono wiele. Tak różnorodnej działalności aparatu Służby Zdrowia w centrali nie spotyka się nigdzie, niema bowiem kraju, w którym administracja sanitarna posiadałaby w swoim ręku całą statystykę ruchu ludności, spisy ludności, kształcenie statystyków, działaczków społecznych. Wyjątkowy ten stan rzeczy tłumaczy się energią, rzutkością i duchem ekspansji istotnego reformatora centralnej rumuńskiej Służby Zdrowia, D-ra M a n u i l a. Mówiąc o tej sprawie, trudno pominąć porównanie z innymi krajami, a przedewszystkiem z sąsiednią Jugosławią (Dr. S z t a m p a r). Daleki jestem od apoteozowania „dużych wielkich” i „małych wielkich”, od uwielbiania czynu dla czynu, od porównywania en bloc pracy jugosławiańskiej z rumuńską (zupełnie inny kierunek i rodzaj pracy, inne zamiary w założeniu). Trudno mi jednak powstrzymać się od uwagi, że w obu wspomnianych krajach, jak zresztą i w innych, które w ostatnich latach zrobiły duże postępy na polu organizacji Służby Zdrowia, wprowadziły radykalne zmiany, zostało to wszędzie dokonane dzięki indywidualnym wysiłkom jednego lub paru ludzi. Masa pójdzie i zrobi wiele, jeżeli jest ją komu poprowadzić.

Wiadomości bieżące

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	11 IX— 17 IX	18 IX— 24 IX	25 IX— 1 X	2 X— 8 X
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	0	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny . . .	862 (30*)	941 (44)	997 (60)	966 (62)
Dur rzekomy . . .	2 (0)	2 (0)	2 (0)	1 (0)
Dur osutkowy . . .	12 (0)	18 (1)	33 (1)	50 (4)
Dur powrotny . . .	1 (0)	0	0	0
Czerwonka	254 (11)	341 (18)	378 (30)	552 (39)
Płonica	679 (8)	766 (19)	877 (18)	836 (16)
Błonica	433 (22)	504 (21)	494 (10)	607 (23)
Zapal. op. mózg. .	6 (1)	5 (1)	5 (0)	9 (3)
Odra	135 (4)	325 (1)	313 (6)	289 (0)
Róża	86 (4)	86 (2)	105 (4)	91 (1)
Krztusiec	188 (6)	152 (5)	135 (6)	158 (9)
Malarja	6 (0)	1 (0)	0	2 (0)
Posoczn. połog. .	22 (12)	22 (4)	17 (2)	16 (5)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	413 (0)	385 (0)	333 (0)	320 (0)
Waglik	1 (1)	1 (0)	7 (0)	1 (0)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	1 (0)	0	0	0
Wścieklizna . . .	0	0 (1)	0 (3)	0
Zatr. jad. kielb. .	5 (0)	4 (0)	0	1 (0)
Chor. Heine-Medina	3 (0)	7 (0)	20 (0)	7 (0)
Twardziel	1 (0)	0	1 (0)	0
Inne choroby zakaźne	18 (4)	20 (0)	18 (2)	37 (9)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Ministerstwo Opieki Społecznej rozesało okólnik następujący do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Przepisy obowiązujących Farmakopej wymagają, aby wata hygroskopijna, przeznaczona do celów leczniczych, była przygotowana z bawełny. Wobec jednak tego, że na rynku ukazała się wata, przygotowana z krajowego surowca, a mianowicie lnu, i że, jak wykazały badania tej waty, nadaje się ona w zupełności do celów leczniczych, Ministerstwo Opieki Społecznej prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu) o zawiadomienie zarządzających aptekami, że w aptekach może być utrzymywana i dostarczana choremu wata lniana, o ile oprócz budowy włókien odpowiada wszystkim wymaganiom, stawianym przez Farmakopeę wacie bawełnianej.

— Ministerstwo Opieki Społecznej (Departament Służby Zdrowia) podaje do wiadomości, że na podstawie § 7 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 22 marca 1932 r. o państwowej pomocy lekarskiej dla funkcjonariuszów państwowych i członków ich rodzin (Dz. U. R. P. Nr. 27, poz. 254) uznaje szpital Dzieciątka Jezus w Lublinie i sanatorium „Odrodzenie” w Zakopanem za nadające się do leczenia funkcjonariuszów państwowych i członków ich rodzin na koszt Skarbu Państwa.

O powyższem należy powiadomić lekarzy urzędowych i umówionych dla państwowej pomocy lekarskiej dla funkcjonariuszów państwowych z tem, że lekarze ci winni pouczać chorych względnie ich rodziny o ich obowiązku uprzedniego porozumienia się z zarządami tych zakładów leczniczych przed umieszczeniem chorego w zakładzie co do wolnego miejsca i innych warunków przyjęcia chorego.

— Związek Przeciwweneryczny wespół z Sekcją Walki ze zwyrodnieniem

Rasy Polskiego Towarzystwa Eugenicznego organizuje w czasie od 7 do 19 listopada r. b. kurs dokształcający z zakresu wenerologii klinicznej i społecznej dla lekarzy — kierowników państwowych i samorządowych przychodni przeciwwenerycznych, lekarzy Kas Chorych oraz lekarzy wojskowych.

Program Kursu Dokształcającego dla lekarzy z zakresu wenerologii klinicznej i społecznej.

Dział Wenerologii Społecznej:

1. Dr. med. Henryk Szczodrowski, Dyrektor Szpitala Św. Łazarza w W-wie. „Niebezpieczeństwo społeczne chorób wenerycznych”.

2. Dr. med. Wiktor Borkowski, Inspektor Lekarski Oddz. San. Obycz. w W-wie. „Walka z chorobami wenerycznymi”.

Dział Wenerologii Klinicznej:

3. Dr. med. Robert Bernhardt, Ordynator Szpit. Św. Łazarza w W-wie. „Seminarjum schorzeń skórnych i wenerycznych”.

4. Doc. dr. med. Stanisław Kapuściński, Ordyn. Szpit. Św. Łazarza w W-wie. „Choroby weneryczne u kobiet ze szczególnem uwzględnieniem rzeżączki dolnych odcinków dróg rodnych”.

5. Dr. med. Zygmunt Zakrzewski, Ordynator Szpit. Św. Łazarza w W-wie. „Rzeżączka górnych odcinków dróg rodnych u kobiet” z demonstracją chorych.

6. Dr. med. Edward Bruner, Kierownik Pracowni Światłoleczniczej Szpitala Św. Łazarza w W-wie. „Przymiot wrodzono-za w W-wie. „Klinika chorób wenerycznych i ich leczenie” fizykalnego chorób skóry (Leczenie światłem, promieniami Rentgena, radu i t. d., elektroliza, elektrokoagulacja).

7. Dr. med. Bohdan Michałowski, Ordynator Szpit. Św. Łazarza w W-wie. „Rozpoznawanie i leczenie wczesnego przymiotu dziecięcego”.

8. Dr. med. Leon Wernic, Ordynator Szpit. Św. Łazarza w W-wie. „Klinika chorób wenerycznych i ich leczenie” zajęcia praktyczne.

9. Dr. med. Jerzy Zalewski, Kierownik pracowni Bakteryjologiczno-serologicznej Szpit. Św. Łazarza w W-wie. „Bakterjologia i serologia chorób wenerycznych” z demonstracją techniki laboratoryjno-rozpoznawczej.

10. Prof. dr. med. Witold Orłowski. „Cierpienia narządów wewnętrznych ma tle chorób wenerycznych” z demonstracją techniki laboratoryjno-rozpoznawczej.

11. Prof. dr. med. M. Semerau-Sięmiątkowski: „Schorzenia wewnętrzne a rzeżączka”.

12. Prof. Dr. med. Jan Mazurkiewicz. „Schorzenia psychiczne na tle kiłowym” z demonstracją chorych.

13. Doc. dr. med. Marjan Grzybowski. „Powikłania w leczeniu przymiotu”.

14. Doc. dr. med. Adam Straszynski. „Patologia i terapia kiły wrodzonej”.

Wykłady i pokazy odbywać się będą w Szpitalu Św. Łazarza, w Klinice Dermatologicznej, oraz na Oddziale chorób skórno-wenerycznych Szpitala Okręgowego Nr. 1 w godzinach 9 — 12. Wpisowe wynosi 20 złotych. Zgłoszenia na kurs przyjmuje Biuro Towarzystwa Eugenicznego (Nowy Świat 1).

Uczestnicy kursu zwiną poradnie przeciwweneryczne Ośrodków Zdrowia w mieście Warszawie, Oddział Sanitarno-Obyczajowy Komisarjatu Rządu m. st. Warszawy oraz Przychodnię przeciwweneryczną Oddziału Sanitarno-Obyczajowego.

— Dn. 30 i 31 października odbył się w Łodzi Zjazd Przeciwrakowy, którego program otrzymaliśmy, niestety, już po odbyciu Zjazdu. Sprawozdanie ze Zjazdu podamy wkrótce.

ZMARLI:

Prof. Józef. B a b i ń s k i, znakomity neurolog polski, zmarł w Paryżu. Wspomnienie pośmiertne podamy wkrótce.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

29.X. Warszawskie Koło Tow. Internistów Polskich.

1. J. M u s z k a t e n b l i t: Krwotoczność miedokrępliwa (hemofilja) z rozległymi zmianami w układzie kostnym. 2. S. W s z e l a k i: Dwa przypadki pierwotnego nowotworu nerki. 3. M. F e j g i n i M. F e i n s t e i n: Zakrzep żyły próżnej dolnej, jako powikłanie duru brzuszego u dziecka. 4. A. L a n d a u i I. B e i l e s s: Przypadek ciężkiej mocznicy ze wzmoczoną pobudliwością układu mięśniowo-nerwowego oraz w sprawie patogenety objawu Chwostka. 5. M. S e m e r a u-Sięmiątkowski i H. Z a l c m a n: Zespół zawałowy sierdza w przebiegu dławicy pierśowej. 6. K. D a b r o w s k i i H. R o ż n o w s k a: Gruźlica płuc a dychawica oskrzelowa.

3.XI. Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa.

1) Komunikaty Prezydium. 2) Referat dr. B. O s t r o m ę c k i e g o p. t. „Projekt typowego szpitala powszechnego na 60 łóżek” z przezrocami. 3) Dyskusja. 4) Wolne wnioski.

10.XI. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne: Alfred K r y g i e r. Świadczenia w projekcie ustawy o ubezpieczeniu społecznym. Dr. med. S. T o b i a s z. Wrażliwość dzieci na błonicę w poszczególnych porach roku na podstawie wyników próby Schicka.

TREŚĆ: B. GRYNKRAUT. Rola zjawiska fluorescence w patogenie raka (przyczynę do nowej teorii raka). — H. BROKMAN i H. HIRSZFELDOVA. Fizjologiczny odczyn tuberkulinowy. — M. PŁONSKI. O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi. (Str. pogl.). — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — M. KACPRZAK. Wrażenia z Rumunii (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Tow. Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: B. GRYNKRAUT. Le rôle du phénomène de fluorescence dans la pathogénie du cancer (contribution à la nouvelle théorie du cancer). — H. BROKMAN et H. HIRSZFELD. Réaction physiologique causée par la tuberculine. — M. PŁONSKI. — Sur les recherches modernes concernant les néoplasmes malins (Rev. gén.). — M. KACPRZAK. Impressions de Roumanie. (fin).

VALIGEN

KROPLE FLAKON 5 lub 10 gr. PERŁKI 15 x 0.2 gr.

uspakaja

nerwice · histerie · wymioty ·
stany podniecenia psychicznego



WARTAWA