

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SFRERNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

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

Rok X

WARSZAWA, 19 PAŹDZIERNIKA 1933 R.

Nr. 42

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Ze szpitala na Czystem (oddział neurologiczny) i szpitala im. Bersonów i Baumanów w Warszawie.

W sprawie choroby Heine-Medina *).

Podał

Maksymilian BIRO (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 41).

Przebieg H. M. bywa ostry, rzadziej podostrawy (15,46). O przebiegu podostrowym, znanym od czasów D u c h e n n e a z czasem zaczęli powątpiewać, lecz obserwacje potwierdziły jego istnienie (46). Taki przebieg widzimy przeważnie u dorosłych (20, 21). Sądzę, że przebieg zależy od natężenia (41) uszkodzeń i od odporności chorego. Okres ostry trwa (47) 4 — 16 dni, gorączka i inne zakaźne objawy ogólne istnieją niekiedy jeszcze 3 — 21 dni po wybuchu porażenia. W naszych przypadkach ukazywało się porażenie po jedno do kilkodniowej, najdalej 8-dniowej gorączce, częściej w kilka dni po spadku ciepłoty (w 3 — 7 dni), najrzadziej w okresie gorączki. Rzadko ustępują porażenia całkowite (w 2 z mych dawnych 307 przypadków). O ile one nie znikają w zupełności w kilka tygodni po wybuchu choroby, trudno liczyć, by przeszły bez śladu. Restytucja zaczyna się w okresie bezgorączkowym (48), przeważnie w końcu pierwszego tygodnia choroby; jednocześnie wraca łaknienie i dobre samopoczucie. Wcześniej giną odruchy ścięgnowe, niekiedy już w kilka dni po powrocie ruchu (9), a czasem nie istnieją w ciągu wielu lat pomimo odzyskania ruchów dowolnych, stanowiąc jedyne świadectwo przebytej choroby (1 z mych dawnych spostrzeżeń). Poliomyelitycy wykazują z czasem przeważnie większe lub mniejsze kalectwo, utrudnienie ruchu z powodu zaniku mięśni, zeszywnienia stawów, zniekształcenia, a czasem i skrócenia kończyn.

By się przekonać, czy się zmienia płyn mózgowo-rdzeniowy w przebiegu choroby, zestawilem odpowiednie dane. Okazało się, że nie można porównywać danych, dostarczonych przez rozmaite przypadki, i że w miarę czasu zmienia się płyn w każdym poszczególnym przy-

padku. U jednego pacjenta naszego w 6 miesięcy od początku choroby zginęła pleocytoza, a cukier zjawiał się w ilości zmniejszonej (23 mg. %) w stosunku do normy; u drugiego po 3 miesiącach nie było już poprzedniej pleocytozy i ilość cukru również obniżyła się w dużym stopniu (68 mg. %).

Pod względem anatomopatologicznym uważane jest H. M. za zapalenie mózgu i rdzenia (*encephalomyelitis*). Cierpienie to przekracza wspomniane ramy. Nie ogranicza się ono do zajęcia nerwowego układu centralnego, bo może zająć korzenie i nerwy obwodowe (L h e r m i t t e). W rdzeniu najmocniej dotknięta była istota szara; wykazuje ona nacieczenie międzykomórkowe międzytkankowe (*exsudation cellulaire intratissulaire*) i okołonaczyniowe (*périvasculaire*). Sprawa zapalna zajmuje głównie pień mózgu (*le tronc cérébral*), zwoje jego podstawy oraz korę mózgową (30). *Marinesco* i *Dragonesco* znajdowali zmiany i w rdzeniu przedłużonym, mózdzku, obszarze czarnym (*locus niger*) i guzie popielatym (*lobus cinereus*). Nasze dane kliniczne nasuwają przypuszczenie o potrzebie dalszego rozszerzenia tła chorobowego. Sztynność karku, objawy *Kerniga* i *Brudzinskiego* wskazują na zajęcie opon; maska w twarzy, drżenie zamiarowe świadczą o zajęciu węzłów podkorowych, senność wskazuje na 3 komorę; utrudnione łykanie mówi o rdzeniu przedłużonym, zajęcie n. twarzowego, n. podjęzykowego o zaburzeniach nerwów czaszkowych, przeczulica o uszkodzeniu dróg czuciowych, dermatografizm o zakłóceniu czynności układu współczulnego. O ile objawy kiszkowe i żołądkowe (biegunkę, wymioty) w pierwszych dniach choroby można byłoby w pewnym stopniu traktować jako zaburzenie tegoż układu współczulnego, to zajęcie migdałów, wybuchające nie tylko na początku choroby, lecz i podczas dalszego jej przebiegu (2 nasze spostrz.) nasuwają myśl, że poza układem nerwowym mogą w niej być zajęte i inne części organizmu.

Umiejscowienie sprawy zaważyć może na rokowaniu, które pozbawione musi się opierać na jej natężeniu i na stanie ogólnym zdrowia pacjentów. Z tego względu zaburzenia opuszkowe grożą zejściem śmiertelnym (45), choć i w tych razach (14), jakoteż w razie zajęcia

*) Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Neurologicznego 22.VI.1933 r.

śródmózgowia zdarzyć się może poprawa (nasze spostrz. III.), a w zwykłym przypadku rdzeniowym, w sprawie o niewielkim natężeniu, pomimo polepszenia się płynu mózgowordzeniowego może u dziecka ogólnie słabego nastąpić śmierć w krótkim czasie od początku choroby (1 nasz przypadek, zakończony śmiercią w 4 miesiącu choroby).

Ponieważ H. M. jest chorobą zakaźną, musiała powstać myśl o zarazku, ją wywołującym. Stąd krok do leczenia surowicą. *Levaditi i Landsteiner* wykazali, że surowica małpy, której szczepiono jad H. M. neutralizuje go (11). Surowica *Pettita*, t. j. surowica koni i małp immunizowanych, daje według jednych dobre wyniki (21), nawet lepsze, niż wszelka inna (51), według innych nie ma wartości leczniczej (27,47).

Wobec tego, że każdy osobnik może tylko raz w życiu przejść H. M., zjawiała się myśl, że wytwarza się odporność względem tej choroby. Na tej zasadzie usiłowali stosować w celach leczniczych surowicę ozdrowieńców, surowicę *Nettera* (26). Wartość leczniczą przypisują surowicy osób, otaczających pacjenta, nawet surowicy pozornie zdrowych mieszkańców miejscowości, w której grasowała H. M. (40,47), zwłaszcza zaś służby szpitalnej, zajmującej się dotkniętymi tą chorobą (39). Ze względu na to, że wspomniana choroba przeważnie napastuje dzieci do lat 15, powstał pogląd, że starsze nad ten wiek osoby się immunizują. To upoważniło do stosowania surowicy osób powyżej lat 15 (15). Gdy się zaczynają ukazywać przypadki H. M., używamy surowicy z minionej epidemii (39), zwłaszcza, że w cieniu (11) można przechowywać ten środek w ampułkach lat szeregi (39). Niektórzy stosują mieszaną surowicę, uzyskaną z wielu ludzi (27), nawet mieszaną surowic (49) z kilku lat grasowania choroby (40) i radzą urządzać aprowizację z takiej surowicy (40,43) grona osób, przebywających w środowisku epidemii H. M.; naturalnie, że wszystko to ma o tyle znaczenie, o ile surowica tych osób nadaje się do użytku, o ile w rozmaitych przypadkach działają te same pasorzyty (53). Stosują zastrzykiwania dożylnie i domięśniowo *). W ciężkich przypadkach wstrzykują 1 raz dożylnie i kilka razy domięśniowo aż do rozpoczynającej się poprawy porażen. Najczęściej (*Darrié*) wystarczają 2 zastrzyknięcia (jeden dzień po drugim). Według *Nettera* zastrzykiwać należy 6, 10, 20 — 50 cm.³ i liczbę zastrzykiwań zastosować do ciężkości przypadku oraz czasu, jaki upłynął od dnia zasłabnięcia; wystarczają same podskórne, zwłaszcza, że dożylnie wywołują niekiedy wstrząs. Zamiast surowicy można stosować krew, zabezpieczoną od strącenia przez dodanie do niej cytrynianu sodu. Na zalecanie surowicy w okresie przedporażeniowym niezawsze można się zdobyć, gdyż brak wówczas danych do rozpoznania H. M. Płyn mózgowordzeniowy, jak podałem powyżej, może przemawiać za H. M., lecz trudno robić nakłucie w przypadkach, w których niema nic poza gorączką i mało wymownymi objawami (np. zacierwienione gardło, biegunka). W przypadkach z objawami oponowemi płyn mózgowordzeniowy przezroczysty, jak już wzmiankowałem, mocno przemawia za H. M. Czy nie należałoby

*) Krew do leczenia H. M. otrzymujemy drogą nakłucia żyły, krew tę poddajemy centrifugowaniu, przelewamy do ampułek sterylizowanych, poddajemy ją tyndalizacji (grzanie w ciągu godziny trzy dni rzędu przy 55°) i przekonywamy się, czy jest aseptyczna.

z tego powodu, zwłaszcza w czasie epidemii H. M. w każdym przypadku z ostrym początkiem, bez objawów wyraźnych innej choroby, o ile nie byłoby to groźne, robić nakłucie celem zbadania płynu mózgowordzeniowego?

Do szpitala zwracają się z choremi dziećmi już w okresie porażen. Ponieważ według *Nettera* (39) surowica ozdrowieńców jest najbardziej skuteczna w okresie przedporażeniowym, ale pożyteczna i w pierwszych dniach porażenia, stosowano ją u części naszych pacjentów. By się przekonać, czy natężenie sprawy nie może wpłynąć na wynik leczenia (41), uwzględniłem w kwestji oceny leczenia podział na przypadki lżejsze i cięższe. Niezależnie od tego zestawilem przypadki, w których stosowano w szpitalach surowicę ozdrowieńców, surowicę *Pettita*, ze spostrzeżeniami, w których surowic nie użyto. I oto pośród tak segregowanych naszych pacjentów widziałem dużą poprawę w ciężkim przypadku (objawy zajęcia śródmózgowia) bez surowicy, poprawę w poważnym przypadku po użyciu surowicy *Pettita*. Polepszenie spostrzegałem zarówno u chorych, u których stosowano surowicę ozdrowieńców lub krew członków rodziny (razem w 75% z liczby, w której z niej korzystaliśmy), jakoteż i u takich, u których tych metod nie użyto (w 84% drugiej grupy), małą poprawę w jednakiej liczbie przypadków bez surowicy i z surowicą, szybką poprawę w 1 przypadku bez posiłkowania się surowicą. Musimy się tedy wypowiedzieć, że nie mamy danych do zachwalania surowicy. Rozstrzygnięcie leczniczego znaczenia surowicy w H. M. jest ważne jeszcze z tego względu, że niektórzy (25) radzą stosować ją nawet u zdrowych gdy zjawia się groźba epidemii.

Możliwe wcześniej stosują nasświetlanie *Röntgena* (12) oraz djatermję; ostatnią zwłaszcza dla zwalczania zaburzeń odżywczych i porażen (37). Wśród naszych przypadków wystąpiła po *Röntgenie* poprawa znaczna tylko u 2 chorych; z tych jeden stanowił przypadek ciężki (zmiany w śródmózgowiu), drugi względnie lekki i wykazał poprawę już 5 dnia choroby, gdy kuracja ledwie została rozpoczęta. W większości przypadków, w których stosowano *Röntgen*, poprawa była mała, a po djatermji tyleż było spostrzeżeń ze znaczną, co i z nieznaczną poprawą. Z tego względu muszę się zgodzić co do wątpliwego wpływu tych metod z *Duhamem* (13) i zaakcentować, że niektóre przypadki, zwłaszcza bez odczynu zwyrodnienia, poprawiają się bez względu na tę lub inną metodę leczniczą. Masaż i elektryzację można, zdaje mi się, stosować dopiero po ustąpieniu bolesności, nadwrażliwości, gdyż wszelkie drażnienie we wczesnych okresach spraw ostrych wydaje mi się szkodliwe. Elektryzowanie daje możność obserwowania przebiegu poprawy i z tego już względu powinno być stosowane; zaniechać go można, gdy po 6 miesiącach niema poprawy.

Zdawałoby się, że wczesne rozpoczęcie kuracji powinno dawać najlepsze wyniki. Od niedawna tą chorobą dotknięci, powiada *Formigala Luzes* (18), poprawiają się lepiej, niż chorzy od dłuższego czasu. Zestawienie starych przypadków z nowymi wydaje mi się ryzykowne. Wśród świeżych przypadków duża liczba mogła się poprawić bez leczenia, a na późniejsze przypadki składają się po części te, które nie poprawiły się same przez się, czyli cięższe bezwzględnie przypadki.

Gdy sprawa chorobowa pozostawia luźne stawy, zanik mięśni i upośledzenie przez to ruchu, nie pozostaje nic poza zabiegiem chirurgicznym, unieruchomieniem stawów, wzgl. przeszczepieniem mięśni. Przeszczepienia mięśni można dokonać najpóźniej w 10 lat od powstania choroby, unieruchomienia stawów nawet i w czasie późniejszym. W ten sposób zmniejszamy kalectwo w chorobie, dotąd słabo przez nas pokonywanej.

Jeśli po kilkumiesięcznej obserwacji leczenia szeregu przypadków pozwalam sobie na jego ocenę, to czynię to na zasadzie tej właściwości H. M., że poprawa najznaczniejsza ukazuje się przeważnie w okresach początkowych tej choroby, a w dalszym przebiegu jest mniejsza. Spotkać się mogą pozatem z zarzutem, że zarówno o skuteczności, jak i nieskuteczności leczenia można mówić tylko na mocy liczb wielkich. Pod tym względem pragnąłbym, aby pesymistyczny mój pogląd został obalony przez obserwacje liczne, przeprowadzone z rozważą.

Streszczenie.

1. Choroba Heine-Medina wzmagała się w Polsce od r. 1929.

2. W r. 1932 autor obserwował 27 przypadków (prawie 25% rejestrowanych w tym roku w Polsce).

3. Przypadki jego stanowiły dzieci do 6 lat włącznie; prawie 50% z tych były dzieci do lat 2.

4. Dzieci zapadały przeważnie w lipcu, sierpniu i wrześniu.

5. W sprawie zaraźliwości uderza fakt, że zarażeni miewają przeważnie postać słabszą, niż zarażający.

6. Ulegają chorobie zarówno dzieci słabe, jak mocne.

7. Cierpienie rozpoczynało się z wysoką ciepłotą (39° — 40°); gorączka trwała 1 — 8 dni.

8. Niekiedy choroba zaczyna się od objawów oponowych.

9. Czasem ją rozpoczynają objawy wrzekomogrypowe (katar nosa — w 1, gardła — w 1, angina w 1 przyp.).

10. Porażenia występowały czasem w 3 tygodniu (1 obserw.), przeważnie 3 — 5 dnia, najczęściej po spadku ciepłoty (9 przyp.), niekiedy w czasie jej trwania (3 obserw.), rzadko już pierwszego dnia choroby (1 przyp.).

11. Porażeniu ulegają nie tylko mięśnie kończyn, lecz i mięśnie, łączące kończyny z miednicą (1 spostrz.), mięśnie szyi (3 przyp.), brzucha (5 spostrz.).

12. Brzuch wskazywał na porażenie jego mięśni robił wrażenie, jakby był dotknięty przepukliną (1 przyp.).

13. Poza odruchami ścięgnowymi mogą być w H. M. zakłócone odruchy skórne (brzuszne po prawej i po lewej w 2 spostrz., po jednej stronie w 1 przyp.).

14. Objaw Babinski'ego ma znaczenie u małych dzieci, o ile występuje na jednej stopie (1 spostrz.) lub ginie podczas przebiegu choroby (2 przyp.).

15. Może zająć wczesne zniekształcenie w stawach (w 1 przyp. w 4 tyg. choroby).

16. Nie rozwijają się naczynia i kości (cieńsze i krótsze od normalnych w 2 spostrz.).

17. Zaburzenia pęcherza i odbytnicy (zatrzymanie, wzgl. nietrzymanie w 3 przyp.).

18. Mogą ulec cierpieniu ruchowe nerwy czaszkowe (n. twarzowy w 2, podjęzykowy w 1 przyp.).

19. W 1 przypadku autora były zaburzenia zwojów podkorowych, zaburzenia w postaci parkinsonizmu (maska twarzy, drżenie szczęki dolnej i języka).

20. Rzadko występowały objawy opuszkowe (1 spostrz.).

21. W niektórych przypadkach przeculica (w 3 przyp. na całym ciele, w 1 na częściach porażonych), niekiedy w postaci pęcherzy, przypominających pokrzywkę (1 spostrz.).

22. Płyn mózgowordzeniowy zawierał białko i leukocyty w ilości przeważnie zwiększonej (zmniejszającej się w miarę przebiegu), wykazywał odczyn globulinowy w większości przypadków (N o n n e - A p e l t sam lub z P a n d y m), z koloidalnych L a n g e g o w przeważnej części spostrzeżeń; wzmożona ilość białka lub globulin w przypadkach, podejrzanych o formę oponową, tę postać potwierdziły (6 spostrz.); w sprawach oponowych zostaje H. M. przez płyn przezroczysty stwierdzona; ilość cukru w wielu przypadkach oponowych bywała wzmożona (610 — 960 mg. w litrze); stwierdzenie wzmożonej ilości cukru jest ważne dla rozpoznania w przypadkach, rozpoczynających się od objawów oponowych (5 przyp.).

23. Wśród spostrzeżeń autora 15 stanowiło postać rdzeniową, 2 typ mostowy, 1 t. zw. ataktyczny (M e d i n), 6 oponowy, 1 dotyczył śródmózgowia (M a r i n e s c o, Manuel T a p i a, B i r o).

24. Porażenia rzadko przechodzą bez śladu (2 na 307, długie lata obserwowanych).

25. W miarę przebiegu choroby wraca do normy płyn mózgowordzeniowy (po 3 — 6 mies., w niektórych przypadkach).

26. Dane kliniczne i anatomopatologiczne nasuwają potrzebę rozszerzenia ram tła H. M. poza znane pod tym względem części układu nerwowego na układ wegetatywny (dermografizm, może biegunka, wzgl. wymioty) i na inne układy (zajęcie gruczołów chłonnych, wzgl. migdałów).

27. W rokowaniu uwzględnić należy zamięśnienie sprawy i ogólny stan zdrowia pacjenta (poprawa w przyp. z zajęciem śródmózgowia i zejście śmiertelne u dziecka wyniszczonego, a dotkniętego postacią rdzeniową).

28. Na zalecanie surowicy w walce z chorobą w okresie przedporażennym według autora niezawsze łatwo się zdobyć wobec braku wówczas danych rozpoznawczych (ułatwiłoby je badanie płynu mózgowordzeniowego w każdym przypadku nieokreślonej ostrej choroby podczas epidemii H. M.).

29. Zestawienie przypadków leczonych nie upoważnia autora do bezwzględnego zachwalania którejkolwiek z metod, dotychczas stosowanych (surowica ozdrowieńców, bądź P e t t i t a, djatermja, R o e n t g e n).

PIŚMIENNICTWO.

(do r. 1928 w pracy autora „O chorobie Heine Medina“, Neurologja Polska 1928).

- 1) Adamowiczowa. Warsz. Czasop. Lek. 1932, Nr. 46, Str. 1068.
- 2) Babonneix L. Gaz. des Hôpit. 1931, p. 230 — 232.
- 3) Gabriel Bidou. Rev. Neur. 1929, T. I, Nr. 6, p. 1272.
- 4) Biro. Neurologja Polska 1928, T. XI, Z. III i IV.
- 5) Biro. Warsz. Czasop. Lek. 1931, Nr. 1, Warsz. Czasop. Lek. 1931, Nr. 34 — 35.
- 6) Van Bogaert. Journ. de Neurol. et de Psychiatrie belge 1930, p. 579 — 585.
- 7) Van Bogaert et Borremans. Journ. de Neurol. et de Psychiatrie belge 1931, p. 654 — 664.
- 8) J. H. Callevaert. Rev. Neurol. 1930, T. II, Nr. 1, p. 143.
- 9) L. Cornil. Rev. Neurol. 1931, T. II, Nr. 5, p. 645.
- 10) M. M. Courtois. Rev. Neur. 1929, T. I, Nr. 5, p. 827.
- 11) H. Darre. Rev. Neur. 1931, T. I, Nr. 6, p. 914.
- 12) Delherme et Laquerrière. Gaz.

des Hôpit. 1931, Nr. 13, p. 237 — 240. 13) M. Duhem. Bull. de la Pédiatrie de Paris 1931, Nr. 1, p. 30 — 37. 14) Etienne. Rev. Neurol. 1931, T. II, Nr. 3, p. 340. 15) Etienne. Rev. Neurol. 1931, T. I, Nr. 6, p. 914. 16) Falta. Die Erkr. der Blutdrüsen, 1927. 17) L. Ferrabouc. Rev. Neurol. 1932, T. II, Nr. 4, p. 406. 18) Formigal Luzes F. Rev. Neurol. 1930, T. I, Nr. 3, p. 533. 19) C. Gerini. Rev. Neur. 1930, T. I, Nr. 2, p. 321. 20) C. Gossels. Mediz. Klinik 1932, Nr. 36. 21) Grabarz. Pos. Warsz. Tow. Neurol. 18.XII.1931. 22) M. V. Jedlicka et Lad. Syllaba. Rev. Neur. 1930, T. II, Nr. 1, p. 130. 23) M. Jermulowicz. Pos. Warsz. Tow. Neur. 16.XI.1929. 24) Kling. Levaditi et Lépine. Bull. de l'Acad. de Méd. 1931, p. 245 — 248. 25) Lance. Gaz. des hôpit. 1931, Nr. 13, p. 234 — 237. 26) L. Laruelle. Rev. Neur. T. II, Nr. 1, p. 168. 27) L. Laruelle. Gaz. des Hôpit. 1931, p. 232 — 234. 28) Lausten-Thomsen. Rev. Neur. 1929, T. I, Nr. 2. 29) Levaditi, Schmutz et Willemmin. Bull. de l'Acad. de méd. 1930, p. 505 — 523. 30) J. Lhermitte. Gaz. des Hôpit. 1931, p. 226 — 230. 31) Longhin et Aurian. Rev. Neur. 1929, T. I, Nr. 2, p. 318. 32) E. Lovegrin. Rev. Neur. 1932. 33) Gelso Wey de Magalhaes. Rev. Neur. 1932, T. II, Nr. 2, p. 222. 34) Marchand et Mare-

chal. Rev. Neur. 1929 T. I, Nr. 1, p. 113. 35) Marinesco et Dragonesco. Ann. d'anat. pathol. et d'anat. norm. méd.-chir. 1928, p. 152. 36) Moldaver. Rev. Neur. 1930, T. II, Nr. 1, p. 189. 37) Moldaver. Rev. Neur. 1931, T. I, Nr. 6, p. 911. 38) A. Netter. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris 1930, Nr. 12, p. 537 — 539. 39) A. Netter. Presse méd. 1930, p. 1169 — 1171. 40) A. Netter. Bull. de l'Acad. de Méd. 1931, p. 779 — 794. 41) P. Nobécourt. Gaz. des Hôp. 1931, p. 565 — 572. 42) I. P. Pawłow. Warsz. Czasop. Lek. 1933, Nr. 1, str. 1 — 4. 43) Aug. Pettit. Bull. de l'Acad. de Méd. 1931, p. 872 — 877. 44) Aug. Pettit. Gaz. des Hôp. 1931, p. 221 — 224. 45) Y. Poursines. Rev. Neur. 1930, T. I, Nr. 2, p. 316. 46) Y. Poursines. Rev. Neur. 1930, T. I, p. 317. 47) Rohmer, Meyer, Phelizot, Tassovatz, Vallette et Villemmin. Bull. de l'Acad. de méd. 1931, p. 364 — 380. 48) Roszczucker. Münch. med. Woch. 1932, Nr. 23. 49) De Rudder. Münch. med. Woch. 1932, Nr. 23. 50) P. Sée. Gaz. des Hôp. 1931, p. 224 — 225. 51) Manuel Tapia. Rev. Neur., T. II, Nr. 6, p. 873. 52) André Thomas et Jean Lhermitte. Rev. Neur. 1929, T. I, Nr. 6, p. 1242. 53) André Thomas et Henri Schaeffer. Rev. Neur. 1930, T. I, Nr. 6, p. 1184.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Kliniki Oto-Laryngologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.
(Dyr.: Prof. F. Erbrich).

Operacja raka krtani w klinice laryngologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Podali

Dr. Henryk LEWENFISZ i Dr. Dionizy ZUBERBIER
(Warszawa).

Rak krtani, zwłaszcza rak wewnątrzkrtańowy rozwija się nader powoli, długo nie daje ogólnych objawów „zespołu rakowego”, ma więc wszelkie cechy choroby miejscowej. Leczony operacyjnie, w większości przypadków prowadzi do wyników pomyślnych, umacniających stanowisko chirurgów w poglądzie na postępowanie operacyjne, jako na metodę wyłączną w leczeniu raków krtani. Stanowisko to nie zostało zachwiane przez wyniki pomyślne, otrzymywane drogą leczenia niektórych postaci raków za pomocą metody naświetlań promieniami Roentgena i Curie-terapii, która w leczeniu raków krtani okazała się w wyjątkowych tylko przypadkach skuteczna.

Pierwsze próby operacyjnego leczenia raka krtani podjęte były w drugiej połowie ubiegłego stulecia przez Fraenkla i Jurasza drogą zabiegu wewnątrzkrtańowego. Już w kilka lat potem ukazują się statystyki Morowe, ogłaszające wyniki niepomyślne takiego postępowania i zmuszające do poszukiwania metod innych, zgodnych z wymaganiami terapii chirurgicznej, udostępniających wejście do krtani od zewnątrz i umożliwiających dokładniejsze, bardziej radykalne usunięcie tkanek nowotworowych. Operacje te sprowadzały się do rozszczepienia krtani (*laryngofissura*), rozcięcia chrząstki tarczycowej (*thyreotomia*), pierścieniowej (*cricotomia*) z wycięciem chorych tkanek.

Jednak niezadawalające wyniki i po tych, zdawało się, radykalnych zabiegach, zmusiły do poszukiwania innych metod operacyjnych, tem bardziej, iż chorzy na raka krtani rzadko zgłaszają się do lekarza we wczesnych okresach cierpienia. Zabiegi, oszczędzające krtani, nie mogły zapewnić wyleczenia.

Przygotowany przez prace doświadczalne Albersa, Billrotha, Gussenbauera i Czernyego, przychodzi w chirurgii laryngologicznej moment niezmiernie ważny całkowitego usunięcia krtani *Laryngectomy totalis* — Billroth 1873.

Z metod operacyjnych, stosowanych w przypadkach raka krtani, na plan pierwszy wysuwają się obecnie dwie metody postępowania radykalnego: częściowe i całkowite wycięcie krtani. Która z tych metod jest najwłaściwsza? która zasługuje na miano doszczętnego? Każda, lecz zastosowana we właściwym czasie. Radykalna jest metoda rozcięcia krtani (*laryngofissura*) w przypadkach ściśle ograniczonego raka, umiejscowionego na jednej strunie głosowej, przez całkowite usunięcie struny.

Radykalna również jest operacja usunięcia krtani, kiedy nowotwór jest bardziej rozlany. Wprawdzie drobne ogniska rakowe, usadowione pod postacią guziczka płaskiego lub tworzącego polipowatego na brzegu nagłośni lub powierzchownie na strunie głosowej, dają się łatwo usunąć drogą wewnątrzkrtańową i prowadzą do zupełnego wyleczenia (statystyki Fraenkla, Sedziaka, Chiariego, Blumenfelda, Webera), są to jednak przypadki wyjątkowe, kiedy naokoło szerzącego się po powierzchni nowotworu tworzą się granice spoiste, sprzyjające doszczętnemu usunięciu tkanki nowotworowej przez zabieg wewnątrzkrtańowy.

W przypadkach zaś tych, gdzie wzrost nowotworu odbywa się drogą naciekania masowego lub smugowatego w głąb podłoża nowotworu, a tych liczba jest przeważająca, zabieg wewnątrzkrtańowy nie daje wyleczenia: prędzej lub później powstają nawroty nowotworu. Toteż dlatego w przypadkach ograniczonego drobnego guzka albo bardzo ograniczonego nacieku struny głosowej wskazana jest operacja radykalnego usunięcia struny przez laryngofissurę, jako operację, dającą wyniki pewniejsze.

Tam zaś, gdzie przez rozrost guzka lub nacieku doszło do unieruchomienia struny głosowej albo do rozszerzenia się nowotworu na otoczenie choćby bardzo bliskie (zatoka Morgagniego, spoidło przednie) zabieg rozcięcia nie wystarcza, należy postępować rady-

kalniej — częściowa rezekcja lub całkowita rezekcja krtani (*excisio laryngis partialis aut totalis*).

Postępowanie takie jest niezgodne z poglądami niektórych chirurgów amerykańskich, którzy i w nieco posuniętych w rozwoju rakach ograniczają swoje postępowanie do rozszczepienia krtani.

Opierając się na doświadczeniu naszej kliniki i większości laryngologów, możemy powiedzieć, że wskazania do zabiegu wewnątrzkrtańowego mogą być tylko warunkowe, w przypadkach bardzo ograniczonego guziczka rakowatego struny głosowej, kiedy istnieją widoki całkowitego usunięcia guziczka oraz możliwość dokładnej, ciągłej obserwacji chorego przez dłuższy okres czasu po wykonanym zabiegu wewnątrzkrtańowym. Twierdzimy stanowczo, że niezawodna w tych przypadkach jest operacja — laryngofissura, jak to już wyżej wspominaliśmy. Fraenkel, Chiari, Semon, Chevalier Jackson, Thomson, operując raka struny głosowej drogą tyreotomji, otrzymywali wyleczenie w 60% przypadków, Knich, Gluck i Soerensen — 88% przypadków.

W naszej klinice stosowaliśmy laryngofissurę w 19-tu przypadkach raków ograniczonych struny głosowej.

Technika zabiegu laryngofissury, ogólnie znana, jest następująca:

Zabieg należy poprzedzić dokładną kontrolą jamy ustnej i nosa; obecne ogniska ropne winny być usunięte. Na pół godziny przed operacją chory dostaje injekcję morfiny z atropiną. W znieczuleniu miejscowym nasiąkowym za pomocą 0,5% nowokainy dokonywamy cięcia powłok miękkich w linii środkowej szyi od kości gnykowej do początku tchawicy, nie oddzielając mięśni szyi od chrząstek krtaniowych. Po przecięciu chrząstki tarczowej również w linii środkowej i odchyleniu jej na boki, wstrzykujemy około 0,5 cm³. 0,5% nowokainy pomiędzy ochrzestną i tkanki miękkie wnętrza krtani, poczem otwieramy krtani. Usuwamy strunę nowotworowo zmienioną do chrząstki krtani, wraz z tkankami kieszonki Morgagniego i częścią stożka elastycznego, poczem odcinamy przedni przyczep struny oraz tylny bez wyrostka głosowego nalewki lub też z wyrostkiem głosowym chrząstki nalewkowej. Niekiedy w tym momencie napotyka się dość gwałtowne krwawienie z tętnicy krtaniowej górnej, które łatwo opanować można przez diatermokoagulację. Podkreślić należy, iż nigdy nie poprzedzamy zabiegu tracheotomją, ani też nie wprowadzamy rurki tchawicznej po dokonanej operacji.

Drogą zabiegu wewnętrznego lub rozcięcia krtani można osiągnąć wyleczenie raka krtani, gdy zabieg wykonany został w bardzo wczesnym okresie rozwoju nowotworu. Niestety, chorzy na raka krtani zgłaszają się zwykle w okresach późnych, gdy naciek nowotworowy obejmuje większe przestrzenie wewnątrzkrtańowe lub przerasta chrząstki szkieletu krtani. Jasnym jest, że tu drogą wspomnianych zabiegów nie da się osiągnąć żadnych rezultatów; leczenie promieniami X, czy radem w przypadkach tych pozostaje bez wyniku. Jako jedyny zabieg pozostaje usunięcie całego narządu (laryngektomia). Przeciwwskazaniem jest przerost nowotworu do tkanek szyi z nacieczeniem skóry, przerzuty do gruczołów chłonnych, stapiające je z dużymi naczyniami szyi, oraz schorzenia ogólne, jak cukrzyca, choroby płuc, gruźlica, nie rokujące pomyślnego przebiegu pooperacyjnego. Wiek nie stanowi przeszkody do usunięcia krtani. Gluck i Mac Kenty operowali z wy-

nikiem dobrym ludzi przeszło 80-cioletnich. Myśmy operowali 4-rotnie chorych w wieku, przekraczającym 70 lat.

Laryngektomia została wprowadzona do leczenia raków krtani, jak to już wspominaliśmy, w 1873 roku przez Billrotha. Oparta na mocnych podstawach teoretycznych i doświadczalnych, zdawała się rokować powodzenie jako metoda doszczętna. Toteż najbliższe lata dostarczyły obfitego materiału dla jej oceny. Ocena jednak narazie nie wypadła korzystnie; na zjeździe międzynarodowym w Londynie w 1881 r. zapadł wyrok, potępiający ją. Mimo to idea Billrotha nie została pogrzebana. Chirurdzy zdawali sobie sprawę, że, jeżeli nawet w większości przypadków zabieg kończył się śmiercią chorego lub nawrotem, to przyczyna leżała w wadliwej technice zabiegu. W kierunku ulepszeń metody operacyjnej zmierzały wysiłki Langenbecka, Czernyego, Bardenheuera, Glucka i Soerensena; technikę zabiegu udoskonalono, sprecyzowano wskazania, ustalono przeciwwskazania. Równoległe z nowymi metodami uległy również zmianie statystyki wyników. Wyniki początkowego okresu laryngektomji ze śmiertelnością w 50% i nawrotami w 30% przypadków znakomicie się polepszyły.

Znaczna utrata krwi podczas operacji stanowiła przyczynę licznych zejść śmiertelnych, dopóki Langenbeck nie zmienił sposobu cięcia skórznego i nie zalecił poprzedzającego rezekcję krtani podwiązania naczyń krtaniowych. Septyczne zakażenie rany i zachłystowe zapalenie płuc, które tak często występowały w okresie stosowania początkowych metod operacyjnych w następstwie zanieczyszczania rany śliną z jamy ustnej, śluzem z gardła oraz przedostawania się wydzieliny surowiczoro-ropnej z rany pooperacyjnej do tchawicy i do płuc, zostały usunięte przez Czernyego. Przez nowy sposób operacji sprowadził on do minimum ubytek w przedniej ścianie gardła, przez który wprowadził zgłębnik do przełyku celem karmienia chorego.

Ograniczenie otworu gardłowego od wejścia do tchawicy na sposób Czernyego przez układanie w ranie tamponów Mikulicza i baloników gumowych nie zmniejszyło niebezpieczeństwa zachłystywania się. Dopiero wprowadzenie zgłębnika przełykowego przez nos pozwoliło Czernyemu na całkowite zamknięcie ubytku gardłowego catgutowym szwem jelitowym. Dopiero ten pomysł wprowadził zabieg laryngektomji na drogę właściwą. Dopóki utrzymywało się przekonanie o konieczności zachowania drogi oddychania *per vias naturales*, chirurg zmuszony był po usunięciu krtani pozostawić kanał pomiędzy wejściem do tchawicy a gardłem. Ściany tego kanału składały się z cienkich warstw tkanek przełyku, częściowo z gardła dolnego i skóry szyi; nie mając dostatecznego odżywiania, ulegały one łatwo martwicy i po wypadnięciu szwów powodowały utworzenie się połączenia pomiędzy gardłem a raną, a przez to niebezpieczeństwo zakażenia rozległej rany i groźne następstwa dla chorego. Należało więc zdecydować się na trwałe oddzielenie przełyku od otworu tchawicy: zamknąć gardło, pokryć je mięśniami szyi, ranę na szyi zaszyć, tchawicę, oddzieloną od ścian przełyku w części szyjnej, wygiąć nawewnątrz i zaszyć w dolny biegun rany skórnej.

Dokonał tego Gluck, twórca nowej metody operacyjnej rezekcji krtani. Prace doświadczalne Glucka i Kellera nad poprzecznym przecię-

ciem tchawicy i okężnej tracheostomji wykazały, że obawa powikłań płucnych wskutek oddychania bezpośredniego przez otwór w tchawicy z pominięciem nosa i gardła jest nieuzasadniona. Odtąd wszyscy chirurdzy, stosując się do wskazówek G l u c k a, zaczęli operować wedle zaleconej przez niego metody; zwłaszcza, że, jak doświadczenie pouczyło, również obawa utraty mowy po laryngektomji okazała się zupełnie płonna. Postępowanie takie, według G l u c k a, przez wytworzenie wału ochronnego z dróg oddechowych, miało zabezpieczyć od wspomnianych groźnych powikłań pooperacyjnych, przede wszystkim miejscowych, i doprowadzić do dość szybkiego zagojenia przez rychłozrost. Rzeczywiście jednak wykazała, iż w większości przypadków już w bardzo krótkim czasie po zabiegu powstaje otwór w kanale przełykowym wskutek martwicy cienkich, złe odżywianych ścian przełyku i gardła; przez otwór ten przedostaje się z gardła do rany wydzielina, zakażająca ranę i powodująca długotrwałe gojenie się rozległej rany szyi. Ani tamponowanie gardła zaraz po jego otwarciu, ani wysysanie jego treści, ani jaknajszybsze zaszywanie brzegów gardła i przełyku po usunięciu krtani nie może zapobiec zakażeniu rany podczas operacji. A złe warunki odżywiania ścian przełyku i gardła nie uchronią od następczego rozejścia się zeszytych brzegów otworu gardłowo-przełykowego, ani od wypadnięcia szwów, choćby najdokładniej wykonanych. Przyczyny słabości szwu gardłowego należy dopatrywać się w tem, że ściana gardła i przełyku, składająca się jedynie z błony śluzowej, jest bardzo cienka, po oddzieleniu zaś jej od tylnej ściany krtani zostaje pozbawiona podłoża; poza tem przez podwiązanie naczyń wspólnych dla gardła dolnego i krtani, pozbawiona naczyń odżywczych, ściana ta łatwo ulega martwicy. To też G l u c k i i S o e r e n s e n zaniechali początkowo stosowanego podwiązania większych tętnic, poprzestając na obustronnem podwiązaniu wyłącznie właściwych gałązek krtaniowych tętnicy krtaniowej górnej w miejscu ich przechodzenia przez błonę tarczycową - gnykową. Nie bez znaczenia pod tym względem jest napięcie śluzówki w miejscu zakładania szwów na ranę przełyku, która wypadnie zbyt duża w tych przypadkach, kiedy rak wewnątrzkrtańowy objął już również błonę śluzową wejścia krtani. W przypadkach bardzo wczesnych raków wewnątrzkrtańowych możliwość oddzielenia bez przecinania śluzówki gardła dolnego od krtani na dużej przestrzeni pozwala na uniknięcie wytworzenia wielkiego ubytku dróg przełykowych. W przypadku znaczniejszego ubytku w ścianach przełyku H a j e k radzi nie zaszywać rany przełykowej. G l u c k i i S o e r e n s e n utrzymują, że przez przykrycie zaszytej rany przełyku i gardła szerokim płatem skórnyim dają dostatecznie mocną ścianę przednią dla wielkiego kanału przełykowego, tworząc jednocześnie jaknajbardziej korzystne warunki odżywiania ściany przełyku i gardła, zabezpieczające od martwicy, a przez to od rozchodzenia się szwów i wytworzenia się przetok w ranie pooperacyjnej. Nie odmawiając płatowemu cięciu G l u c k a pod wielu względami wielu zalet, musimy jednak zapytać, czy spełnia ono całkowicie pokładane w niem nadzieje?

Doświadczenie naszej kliniki oraz innych chirurgów dowodzą, że płat skórny, pokrywający ranę pooperacyjną, nie chroni od rozchodzenia się szwów gardłowo-przełykowych mimo przylegania do dna rany i dostatecznego ucisku na zeszyty przełyk. Nie dostarcza

on dostatecznego odżywiania tkankom rany, gdyż sam znajduje się w stanie bardzo upośledzonego odżywiania wskutek znacznego oddalenia swych brzegów od zdrowych tkanek. Toteż w większości przypadków płat skórny również ulega na brzegach swych zgorzeli, powodującą wraz z wytworzoną przeważnie przetoką przełykową ciężkie powikłania w ranie pooperacyjnej. Taki stan sprowadza bardzo powolne gojenie się rany, konieczność zbyt długiego utrzymywania zgłębnika, powodującego odleżyny błony śluzowej nosa, rzadziej przełyku.

Wyniki te, obserwowane przez nas na szeregu operowanych przypadków, skłoniły nas, przy zachowaniu podstawowego planu postępowania operacyjnego metodą G l u c k a, do zastosowania odmiennego sposobu zamknięcia gardła i przełyku, stwarzającego lepsze warunki gojenia się rany pooperacyjnej.

Przypadki faryngostomji posłużyły nam jako materiał obserwacyjny. Rzuci się w oczy po wykonaniu tej operacji łatwość, z jaką śluzówka gardła, przymocowana szwem catgutowym do tkanki podskórnej i skóry, skleja się z niemi przez zupełny rychłozrost, nie ulegając martwicy w miejscach zaszywania. Zjawisko, obserwowane, zresztą, przez wielu operujących, że słabość szwu gardłowego po laryngektomji polega na braku oparcia śluzówki o należycie odżywiane tkanki, skłoniło nas do zastosowania odmiennego, niż dotąd, sposobu zeszywania gardła po dokonanej rezekcji krtani. W tym celu należało przede wszystkim zaniechać wykonywania fartuszkowego płata G l u c k a i zastosować cięcie w linii środkowej, względnie w postaci litery „T” lub leżącego „H” — „I”.

Po dokonaniu usunięcia krtani i gruczołów chłonnych oraz umocowaniu odciętej tchawicy w dolnym biegunie rany skórnej, zamykamy gardło w sposób następujący: brzegi otworu gardłowo - przełykowego, wytworzonego przez usunięcie krtani, przyszywamy do odpowiednich brzegów środkowego cięcia skórniego, nakładając dość gęsto szwy catgutowe na warstwy mięśniową i podśluzową, podobnież zaszywamy brzeg ubytku gardła środkowego ze śluzówką nasady języka. Teraz wprowadzamy przez nos sondę przełykową do żołądka i ponad nią zamykamy ranę skórą szwem jedwabnym. Przez zeszywanie brzegów skórnych zbliżają się do siebie brzegi ubytku gardłowo-przełykowego, który w ten sposób zostaje zamknięty.

Przez wprowadzoną modyfikację dajemy ścianom ubytku gardłowo-przełykowego lepsze warunki odżywiania, śluzówka bowiem, przylegając do dobrze odżywianej skóry i tkanki podskórnej, szybko się z nią łączy, chroniąc ranę od zakażenia.

Robimy więc *pharyngostoma*, które natychmiast zaszywamy. Operując w ten sposób, dokonaliśmy 23 rezekcyj krtani, w każdym przypadku otrzymując rezultat pomyślny w sensie gojenia: gardło zamyka się przez rychłozrost, co pozwala na usunięcie sondy przełykowej po 10 — 14 dniach, czasami i wcześniej. Czas samego zabiegu operacyjnego zostaje skrócony conajmniej o połowę.

Zalety tego postępowania najlepiej uwidocznią się na niżej podanych przypadkach, operowanych różnymi metodami.

Trzy przypadki, operowane metodą G l u c k a.

Przybył do kliniki dnia 31—XII—1928 r. z powodu raka we-

wnątrzkrtaniowego. 18. I. 1929 r. dokonano usunięcia krtani w znieczuleniu miejscowym 0,5% roztworem nowokainy. Cięcie skórne płatowe. Krtan usunięto z pozostawieniem nagłośni. Wobec zmian nowotworowych, ograniczonych do struny głosowej, odseparowano słuzówkę gardła dolnego do tądów nąłwkowo-nagłośniowych i międzynałwkowych. Wielkość ubytku w przedniej ścianie gardła dolnego równała się wielkości 5-cio złotowej monety. Ubytek ten zamknięto ponad wprowadzonym zgłębnikiem przelykowym szwami catgutowymi. Tchawicę wszyto w skórę; przez cięcia boczne wprowadzono sączki. Stan ogólny chorego po operacji był zupełnie dobry. 7-go jednak dnia zaczęła się wydobywać ślina przez powstałe przetoki; dolne brzegi płata skórniego uległy martwicy, również i górne pierścienie tchawicy, skąd konieczność zdjęcia szwów skórno-tchawicznych. W dalszym przebiegu rana goi się przez postępujące ziarninowanie, przetoki stopniowo zamykają się, dolny brzeg płata skórniego zrasta się z przelykiem; dokoła ubytku w górnym biegunie tchawicy powstają blizny. Dopiero po upływie 5-iu tygodni usunięto zgłębnik przelykowy, i chory zaczął żywić się drogą naturalną.

P r z y p a d e k II. A. R. lat 42 (Nr. K. 3589) z zawodu tkacz, przyjęty do kliniki 10 I. 1929 r. z powodu guza krtani. Rozpoznanie histopatologiczne brzmi *Ca planocellulare*. Nowotwór obejmuje struny, przechodząc na część podgłośniową. Gruczoły chłonne wolne. 16 I. dokonano operacji metodą *G l u c k a* w znieczuleniu miejscowym. Przebieg pooperacyjny przedstawiał się w sposób następujący: przez dwa tygodnie wysoka ciepłota bez jakichkolwiek objawów płucnych; martwica kątów płata skórniego; przetoki w miejscu wszycia tchawicy. W sześć dni po zabiegu wypadły szwy tchawiczno - skórne wraz ze znekrotyzowanymi górnymi pierścieniami tchawicy. Rana goiła się przez ziarninowanie, przetoki utrzymywały się przez trzy tygodnie, poczem zamknięto je dodatkowymi szwami. Po dwudziestu czterech dniach usunięto zgłębnik przelykowy. Mimo doszczętnego pozornie usunięcia gruczołów chłonnych wystąpił nawrót raka w trzy miesiące po wyluszczeniu krtani; na szyi po stronie lewej w okolicy gruczołów głębokich stwierdzono trzy guzy, każdy w wielkości jaja kurzego. 17 IV. 1930 r. usunięto gruczoły, w następstwie zaś przeprowadzono naświetlanie promieniami *R o e n t g e n a*. Po następnych 10-ciu dniach wypisano chorego do domu. Kontrolne badania po roku i po dwóch latach wykazują dobry stan ogólny, jak i miejscowy.

P r z y p a d e k III. Ł. J. lat 55 (Nr. K. 4543) z zawodu dorożkarz. Zgłasza się do kliniki 12 III. 1930 r. z powodu duszności i chrypki, utrzymujących się i nasilających się od pół roku. Badanie stwierdza rakowate nacieczenie strun i nagłośni. Badanie histopatologiczne — *Ca planocellulare*. 15. III. usunięto krtani. Płat fartuszkowy, szew gardła catgutowy, po bokach pozostawiono sączki, tchawicę wszyto do skóry. Trzeciego dnia po operacji stwierdza się rozległą martwicę płata skórniego, gardło otwarte, tchawica sterczy w ranie. W dwa tygodnie potem chory umiera wśród objawów rozsianego ropnego zapalenia płuc. Badanie sekcyjne: *Tracheitis fibrinosa profunda. Pneumonia abscedens in gangraenam vertens loborum inferiorum. Pleuritis fibrinosa recens lateris dextri.*

Z podanych dla przykładu operacji, dokonanych metodą *G l u c k a* (ogółem 10 przypadków) widzimy, że w obrębie rany występują zmiany martwicze, doprowadzające do częściowego odpadnięcia brzegów płata skórniego, do powstawania ubytków w ścianie gardła oraz wypadnięcia szwów tchawiczno - skórnych. Nie zostaje osiągnięty cel całkowitego oddzielenia drogi pokarmowej od dróg oddechowych, przetoki utrzymują się

przez długi czas, rana zaś rzadko goi się przez rychłozrost.

P r z y p a d e k IV. S. K. lat 41. (Nr. K. 4020) z zawodu froter zgłosił się do kliniki dnia 11. II. 1931 r. z powodu duszności, chrypki, utrudnionego łykania i zachłystywania się pokarmami płynnymi. Objawy te rozpoczęły się przed kilkoma miesiącami, stopniowo zaś nasilają się. Badanie stwierdza raka wnątrzkrtaniowego, obejmującego struny i spoidło przednie. Już pierwszego dnia pobytu chorego w klinice przystąpiono do tracheotomii i laryngofissury celem przekonania się o rozległości zmian. Wobec stwierdzonych podczas zabiegu rozległych zmian postanowiono dokonać wyluszczenia krtani. Przez dokonane cięcie środkowe, przedłużone ku górze do podbródka i ku dołowi do mostka, usunięto krtani i gruczoły chłonne. Przeprowadzono przeciwnaciecie wzdłuż przebiegu brzegów mięśni skośnych w części środkowej szyi. Przelyk zeszyto szwem catgutowym, tchawicę wszyto w dolny biegun cięcia skórniego.

Przebieg gojenia się pooperacyjnego nadzwyczaj pomyslny, środkowa rana zagojona przez rychłozrost. Mimo wypadnięcia szwów gardłowych i wytworzenia się przetok do przeciwnacicie u wewnętrznych brzegów mięśni skośnych, blizna środkowa zamyka szczelnie ranę pooperacyjną. Przestrzeń przygardłowa wypełnia się ziarniną po wydzieleniu tkanek martwiczych, przetoki zwężają się i w końcu zamykają, tchawica dobrze zrosnięta ze skórą. Po upływie 5-ciu tygodni chory żywi się drogą naturalną.

P r z y p a d e k V. M. W. lat 57. Z zawodu gajowy. Przybywa do kliniki 16. IV. 1931 z powodu duszności i chrypki. Chrypka utrzymuje się od roku, stale się nasila, od trzech zaś miesięcy do chrypki przylączyła się duszność, również stopniowo nasilająca się, tak, że od tygodnia chory musi sypiać w pozycji siedzącej. Badanie krtani: struny prawe rzekoma i prawdziwa objęte całkowicie guzem o nierównej powierzchni, przechodzącym przez spoidło przednie na strunę prawdziwą lewą. Struny głosowe obustronnie unieruchomione. Głośnia bardzo wąska. W kilka godzin po przyjęciu chorego do kliniki z powodu gwałtownej duszności dokonaliśmy tracheotomii.

Badanie histologiczne wycinka z guza krtani wykazuje budowę *Ca planocellulare*. 30 IV. dokonano wyluszczenia krtani. Cięcie w linii środkowej. Pozatem operacja typowa według *G l u c k a*. Stan chorego po operacji zupełnie dobry. 6 V. rana skórna zagojona przez rychłozrost. Tchawica zrosnięta całkowicie z otworem skórnym. Chorego w ciągu trzech tygodni karmiono przez sondę. Od 20 IV chory przyjmuje pokarmy zarówno płynne, jak i stałe drogą naturalną. Przetoki gardłowo-szyjnej nie ma. Ogólny stan chorego coraz lepszy. 14 VI. wypisany zdrowy.

P r z y p a d e k VI. M. J. lat 52, z zawodu krawiec (Nr. K. Ch. 4108), został przywieziony do kliniki dnia 18 II. 1931 r. z powodu bardzo znacznej duszności. Chory od roku ma chrypkę, od kilku tygodni bezgłos i duszność.

B a d a n i e k r t a n i: głośnia w postaci bardzo wąskiej szpary, wypełniona masami nowotworowymi, wychodzącymi z okolicy strun prawdziwych i rzekomych.

Badanie histologiczne wycinka: *Ca spinocellulare*.

Następnego dnia po przybyciu chorego do kliniki dokonano całkowitego wyluszczenia krtani. Cięcie w postaci leżącego „H” „I”.

33. II. Rana skórna goi się przez rychłozrost. Szew gardzielowy utrzymany.

Przetoki między gardzielią i raną pooperacyjną nie ma. Szwy, podtrzymujące tchawicę, wypadły z powodu zmian martwiczych w skórze naokoło tchawicy.

I. III. Ciepłota utrzymuje się w granicach prawidłowych.

wych. W dolnym otworze rany pooperacyjnej dość rozległa martwica.

Tkanki martwiczo zmienione wycięto, poczem nastąpiło szybkie gojenie przez rozrost ziarniny.

15. III. usunięto sondę żołądkową.

28. III. Wypisany w dobrym stanie ogólnym i miejscowym.

Przypadek VII. K. N. l. 47, z zawodu fryzjer. Przyjęty do kliniki z powodu duszności, chrypki i bólu, umiejscowionego w krtani po stronie prawej. Choroba rozpoczęła się przed 4-ma miesiącami nasilającą się stopniowo chrypką. Do chrypki przylączyły się wkrótce kaszel, zachłystywanie się pokarmami i bolesność podczas przełykania, w ostatnich zaś tygodniach wystąpiła duszność.

B a d a n i e k r t a n i: Guzowate nacieczenie lewej struny prawdziwej i rzekomej, przechodzące poprzez spoidło przednie na strunę prawdziwą prawą. Strona lewa krtani nieruchoma, prawa słabo ruchoma. Głośnia bardzo wąska.

B a d a n i e h i s t o l o g i c z n e: *carcinoma spinocellulare*.

Wieczorem, w dniu przybycia do kliniki, wystąpiła duszność wdechowa, co zmusiło do niezwłocznego dokonania tracheotomii.

Dnia 12. X. operacja całkowitego usunięcia krtani poprzez cięcie w linii środkowej.

Przebieg pooperacyjny następujący:

18. X. Skóra w okolicy wszytej tchawicy nacieczona, nacieczenie przechodzi na boczne części szyi. Usunięto kilka szwów i założono sączki.

20 X. Przednia ściana gardła uległa częściowo zgorzeli, przez wytworzoną przetokę wydobywa się ślina.

I. XI. Stan ogólny dobry, bezgorączkowy; ziarnina wypełnia ubytek, zbliżając brzegi skórne do siebie. Przetoka gardłowa utrzymuje się.

16. XII. Przetoka gardłowa zamknięta, rana zagojona. Chory wypisany w stanie dobrym.

Jak widać z przytoczonych powyżej przypadków, wyniki zarówno przy stosowaniu cięcia fartuszkowego jak i w linii środkowej nie różnią się w zasadzie od siebie. Z reguły występuje zgorzel ścian gardła i przetoki, różniące się jedynie lokalizacją. Wobec stale powtarzających się zgorzeli przedniej ściany gardła i stąd powstających zacieków w następnym przypadku raka krtani zmieniliśmy postępowanie, a mianowicie brzegów ubytku gardłowo-przelykowego nie zszywaliśmy ze sobą, zszyliśmy je natomiast z odpowiednimi brzegami skórnymi. Utworzyliśmy więc przetokę przelykowo - skórną, przez którą ślina wydzielala się nazewnątrż. Wzdłuż zaś zewnętrznych brzegów mięśni mostkowo - obojczykowo-sutkowych zrobiliśmy przeciwnacięcia.

B. J. z zawodu rolnik, lat 59, Nr. Ks. Ch. 2202, zgłasza się do kliniki 27 X 1931 r. z powodu chrypki, zasychania i drapania w gardle. Objawy te wystąpiły przed 3-ma miesiącami. Badanie krtani: struna rzekoma i prawdziwa lewa nacieczone w postaci zlewającego się guza o powierzchni ziarnistej. Nacieczenie nowotworowe przechodzi na podstawie nagłośni i fałd nalewkowo-nagłośniowy. Lewa połowa krtani nieruchoma.

Badanie histologiczne: *Carcinoma spinocellulare*.

6.XI.1931 r. dokonano wyluszczenia krtani sposobem wyżej opisanym, t. j. z zastosowaniem przetoki gardłowo-skórnej. Dren gumowy założono przez nos, do przetoki i przeciwnacięcia sączki.

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, żadnych zacieków, zrosnięcie się brzegów przelykowo - skórných nastąpiło przez rychłozrost. 12.XI. t. j. po sześciu dniach odświeżono brzegi skórne i zamknięto przetokę przelykową.

21. XI. usunięto dren żołądkowy. Chory odżywia się drogą naturalną.

21. XII. wypisany z kliniki w stanie dobrym.

Przypadek ten umocnił nas w przekonaniu, iż słabość szwu gardłowo - przelykowego polega na braku oparcia śluzówki o należycie odżywiane tkanki, widzieliśmy natomiast, iż śluzówka przelyku przymocowana do tkanki podskórnej i skóry skleja się z niemi przez rychłozrost.

Przebieg pooperacyjny w tym przypadku nasuwał nam myśl, iż wobec trwałości szwu przelykowo-skórnego pozostawienie przetoki jest rzeczą zbędną, to też w następnych operacjach wyluszczenia krtani przetokę bezpośrednio zamykaliśmy, zaszywając brzegi skórne szwem jedwabnym.

Tak postępujemy we wszystkich przypadkach nowotworów złośliwych krtani, otrzymując zgola nieoczekiwany, doskonały przebieg pooperacyjny.

Przypadki, niżej podane, najlepiej demonstrują wyniki pooperacyjne takiego postępowania.

B. N. L. 65 z zawodu nauczyciel, Nr. Ks. Ch. 3354. przybył do kliniki 4 II. 1932 r. z powodu duszności, chrypki i bólu po prawej stronie krtani. Objawy te wystąpiły przed 3-ema miesiącami, stale się nasilając. Ostatnio przyjmowanie stałych pokarmów sprawia choremu ból, promieniujący do prawego ucha. W czasie choroby bardzo schudł.

Badanie krtani: wewnętrzna powierzchnia nagłośni nacieczona, lewa połowa krtani nieruchoma, przedstawia się w postaci guza o nierównej powierzchni. Nacieczenie nowotworowe przechodzi poprzez spoidło przednie na drugą stronę, znacznie zwężając światło krtani. Badanie histologiczne wycinka guza wykazuje *Ca spinocellulare*. 6-go II. dokonano doszczętnego wyluszczenia krtani w znieczuleniu miejscowym.

Pionowe cięcie skórne wzdłuż linii środkowej od kości gnykowej do wcięcia jarzmowego. Po dojściu do krtani wyseparowano ją od bocznych ścian; tchawicę przecięto tuż poniżej chrząstki obrączkowej i unosząc krtani do góry odseparowano ją od przelyku. Podwiązano obustronnie tętnice tarczowe górne i usunięto krtani wraz z nagłośnią. Tchawicę wszyto bezpośrednio po przecięciu do dolnego bieguna skórnej rany. Brzegi otwartego przelyku przyszyto do tkanek przybrzeżnych cięcia skórnego i po wprowadzeniu sondy żołądkowej przez nos zaszyto skórne brzegi rany. Z boków wzdłuż wewnętrznych brzegów mięśni skośnych zrobiono przeciwnacięcia i założono sączki poza ścianę przelyku.

7.III. Rana całkowicie zagojona, usunięto sondę żołądkową.

L. J. l. 64, Nr. K. Ch. 3258, przywieziony do kliniki dnia 25 I. 1932 w bardzo ciężkim stanie z powodu duszności. Choroba rozpoczęła się przed trzema laty wśród objawów stale narastającej uporczywej chrypki.

B a d a n i e k r t a n i: Guz o wyglądzie kalafiorowatym, obejmujący prawą połowę krtani. Szpara głosowa znacznie zwężona. Badanie histologiczne: *Ca spinocellulare*. W dniu przybycia dokonano całkowitego usunięcia krtani wyżej opisaną metodą.

17 II. usunięto sondę żołądkową. Chory odżywia się przez usta. Rana całkowicie zagojona przez rychłozrost.

2 III. Chory wypisany z kliniki w stanie dobrym.

G. M. l. 56 z zawodu ogrodnik, Nr. Ks. Chorych 3356, przybył do kliniki 5.II.1932 r. z powodu zachłystywania się pokarmami płynnymi, chrypki i uczucia duszności.

B a d a n i e k r t a n i: wnętrze krtani wypełnione tworem guzowatym, o powierzchni kalafiorowatej. Twór ten, zwężający w dużym stopniu szparę głośni, obejmuje spoidło

przednie, nacieka obustronnie struny prawdziwe i rzekome, przechodzi częściowo na lewą nalewkę mniej ruchomą. Gruczoły chłonne szyi niewyczuwalne.

Badanie histopatologiczne guza wykazało budowę charakterystyczną dla raka.

18 II. Dokonano całkowitego usunięcia krtani sposobem, podanym w poprzednich dwu przypadkach.

Stan pooperacyjny dobry, bezgorączkowy. Rana goi się przez rychłozrost. W trzy tygodnie po operacji chory w stanie dobrym wypisany do domu.

Z Zakładu Histologii Uniwersytetu Warszawskiego
(Kierownik: Prof. Dr. M. Konopacki).

Doświadczenia nad wzrostem guzów i powstawaniem przerzutów u szczurów, uprzednio ogólnie naświetlonych promieniami Roentgena *).

Podali

J. FLAKS i B. GRYNKRAUT (Warszawa).

Brak dokładniejszych badań seryjnych nad przerzutami tłumaczy się okolicznością, że nie znano dotychczas sposobu dowolnego otrzymywania przerzutów u zwierząt doświadczalnych. Wprawdzie u myszy, szczepionych rakiem, odsetek przerzutów jest stosunkowo wysoki, nie przekracza jednak 50%. Dopiero badania jednego z autorów wykazały, że można regularnie uzyskiwać przerzuty u szczurów, szczepiając oseski w określonym wieku mięsakiem *Jensen*a do mięśni uda. Oseski te powinny mieć około 3 tygodni od urodzenia. Używanie szczurków znacznie młodszych (poniżej 10 dni), jakoteż starszych, nie prowadzi do celu. W pierwszym przypadku szczury giną po szczepieniu zbyt wcześnie, a przerzut nie ujawnia się makroskopowo. W drugim przypadku przerzuty powstają tak rzadko, że ustalenie wpływu badanego czynnika staje się niemożliwe.

Omawiane przerzuty zjawiają się makroskopowo stale w lędźwiowym gruczole limfatycznym, zbierającym limfę ze szczepionego uda. Jednakże czas wystąpienia tych przerzutów można określić tylko w przybliżeniu. Naogół nie zjawiają się one przed 2 tygodniami, a w wielu przypadkach dopiero w 20 dni po szczepieniu. Brak możliwości dokładnego określenia czasu zjawienia się przerzutów u osesków kontrolnych utrudnia wyprowadzenie wniosków co do wpływu badanego czynnika na powstanie przerzutu. Stwierdzono jednak, że przy możliwie ujednoliconych warunkach szczepienia oseski tej samej matki wykazują przerzuty najczęściej w tym samym czasie. Dlatego też oparto wnioski tylko na danych, uzyskanych z poszczególnych doświadczeń, a więc porównując wyniki szczepień tylko u osesków tej samej szczurzy. Porównywanie wyników u osesków kontrolnych jednej szczurzy z oseskami doświadczalnymi innej szczurzy prowadzi do błędnych wniosków.

Oseski stanowią także wygodny materiał do badań nad wpływem różnych czynników na wzrost szczepionego nowotworu. Podczas gdy u szczepionych do uda mięsakiem *Jensen*a szczurów dojrzałych nowotwór rośnie przeważnie nieregularnie, wykazując duże wahania szybkości wzrostu, u osesków wzrost ten jest najczęściej jednostajny, a szczepione jednocześnie mło-

de jednej matki wykazują w określonym czasie po szczepieniu guzy prawie jednakowej wielkości.

Korzystając z tak dogodnego materiału, przystąpiliśmy do badania wpływu naświetlania promieniami *Roentgena* na wzrost szczepionych nowotworów i powstawanie przerzutów. W tym celu oseski szczurze poddawano jednorazowemu ogólnemu naświetlaniu, poczem 3-go dnia po naświetlaniu szczepiono je mięsakiem *Jensen*a do lewego uda. W ten sposób unikaliśmy naświetlania samego nowotworu, badając jego wzrost w organizmie, uprzednio naświetlonym. Przy wyborze dawki promieni zatrzymaliśmy się na dawce, która wywołuje śmierć osesków (około 3-tygodniowych) w przeciągu 7 — 15 dni. Tę „dawkę śmiertelną” osiągnęliśmy na aparacie Tiefentherapie *Siemensa*, naświetlając 20 minut przy napięciu 160 Kv 2mA, 30 cm odległości i filtrze 1 mm dykty. Dawka, osiągnięta w ten sposób, wynosi według obliczeń aparatem *Küstnera* 1080 r. (jednostek międzynarodowych).

Wywołuje ona szybkie wyluszenie, silną niedokrewność i zanik narządów limfoidalnych u naświetlonych zwierząt. W naszych doświadczeniach używaliśmy przeważnie 1/2 wymierzonej dawki śmiertelnej.

Do doświadczeń użyliśmy 150 osesków, z czego część służyła jako kontrola, a część poddana była naświetleniu. Technika doświadczeń była następująca: oseski każdej szczurzy dzieleno na 2 grupy, ważono je z dokładnością do 1/2 grama, poczem 1-ą grupę naświetlano promieniami *R* i zwracano natychmiast karmiącej matce, a 2a grupa służyła jako kontrola. Trzeciego dnia po naświetleniu szczepiono wszystkie młode obu grup mięsakiem *Jensen*a do mięśni lewego uda. Co 5 dni po naświetleniu ważono oseski. Doświadczenie kończyliśmy po 2 — 3 tygodniach po szczepieniu. Zabijano wtedy wszystkie pozostałe przy życiu zwierzęta, notując wagę oseska wraz z guzem oraz wagę wyluszczonego guza. Przy sekcji zwracano uwagę na brak lub obecność makroskopowego przerzutu (patrz tablice), stan narządów wewnętrznych i wpływ naświetlania na powłoki zewnętrzne.

Przykłady doświadczeń (wyciąg z protokołów)

Przykład 1-szy. Dośw. Nr. 4.

Dn. 5.1 33 r. naświetlono 6 osesków 23 dniowych 1/2 dawki śmiertelnej, szczepiono m. J. dn. 17.1 33 r. Zabito dn. 25.1. 1933 r.

Kontrolne	Waga 5.1	Waga 10.1	Waga 15.1	Waga 25.1	Waga guza 25.1	Przerzut makr.	U W A G I
Nr 1	18,5	24,5	33	42	8		
„ 2	18,5	24,5	32	43	8		
„ 3	18,5	24	32	40	8,5		
„ 4	19,5	24,5	31	35	5		zabity 6.11 (szczepienie nie przyjęło się)

Naświetlanie

Nr 1	19	20,5	27			zabity 6.11 (duży guz)
„ 2	18,5	20	28	26	3	
„ 3	18	18	26		1,5	zdechł 22.1 (waga oseska 21)
„ 4	18,5	20,5	28,5	33		
„ 5	20	20,5	27,5	32	4	
„ 6	16,5	16	23,5	24	3	

W doświadczeniu tem szczepiono do uda 11 osesków jednej szczurzy, z których 6 naświetlano dwa dni przedtem 1/2 dawki śmiertelnej promieni *Roentge*-

*) Praca zgłoszona na XIV-y Zjazd Lekarzy i Przyrodników w Poznaniu.

n a. Dnia 5 I. ważyły wszystkie w przybliżeniu jednako. Już po 5 dniach po naświetleniu stwierdza się wyraźną różnicę w przyroście wagi ciała u oseków naświetlonych w porównaniu z kontrolnymi. Podczas gdy kontrolnym przybyło w tym czasie po 5 — 6 gramów, naświetlone wcale nie przybierają na wadze, lub też bardzo nieznacznie (0,5 — 1,5 gr.). Po 10-ciu dniach po szczepieniu różnica ta jest nadal widoczna. Osekom kontrolnym przybyło przeciętnie około 14 gr., naświetlonym zaś tylko około 8 gr. W dniu likwidacji doświadczenia, t. j. po 18-tu dniach po szczepieniu, szczurki kontrolne ważyły około 40 gr, podczas gdy naświetlone poniżej lub około 30 gr.

Analizując przyrosty wagi po pierwszych 5-ciu dniach, stwierdzamy, że naświetlenie promieniami R. hamuje wybitnie wzrost oseków, tak dalece, że osekki N. 3, 5 i 6 przestały przybierać na wadze. W tym czasie po szczepieniu waga szczepionego do uda guza nie wchodzi jeszcze w rachubę (okres utajony wzrostu). Spadek ten zależy więc tylko od wpływu promieni R. na organizm osekka.

Wyłuszczone guzy szczurów kontrolnych ważyły 18-go dnia po szczepieniu przeciętnie po 8 gramów. (Wyjątek stanowi osek Nr. 5, u którego szczepienie nie udało się).

U szczurów naświetlonych wagi guzów są 3 razy mniejsze. Widzimy więc zahamowanie wzrostu nowotworu pod wpływem jednorazowego naświetlenia przed szczepieniem.

Sekcja, wykonana 18-go dnia po szczepieniu (4 kontrolne i 4 naświetlone), wykazała brak przerzutów makroskopowych u wszystkich kontrolnych, a duże przerzuty u 3-ech naświetlonych. Stwierdzamy więc w tem doświadczeniu przyspieszenie powstania przerzutów u oseków naświetlanych.

Zaznaczyć należy, że w opisanem doświadczeniu osekki kontrolne nie wykazują przerzutów w czasie, kiedy one już być powinny. Opóźnienie to powstało prawdopodobnie z powodu mniej wartościowego materiału użytego do szczepienia, oraz nieco starszego wieku użytych oseków (25-cio dniowe).

Dopiero uszkodzenie organizmu, wywołane przez prom. R., przyspieszyło u oseków doświadczalnych powstanie przerzutu.

Przykład 2-gi. Dośw. Nr. 6.

Dn. 5.I naświetlano 3 osekki 18-o dniowe ½ dawki śmiertelnej. Szczepiono JS dn. 7.I, zabito 22.I.

Kontrolne	Waga 5.I	Waga 10.I	Waga 15.I	Waga 22.I	Waga guza	Przerzut makrosk.	U W A G I
Nr 1	20	28	38	47	5½		
" 2	20	29	40	54	8½		
Naświetlanie							
Nr 1	21	27,5	34,5	30	1¾		epil. po 5 dniach po naświetlaniu
" 2	19	25	34	43	3½		
" 3	20	25,5	34	43	3		

W doświadczeniu tem naświetlono 3 osekki, a 2 zostawiono jako kontrolę. Jak widać z tablicy, wpływ naświetlenia na wagę ciała widoczny jest i tutaj, jednakże w słabszym stopniu, niż w doświadczeniu poprzednim. Po odliczeniu wagi guza od wagi całego osekka w dniu zabicia, stwierdzamy już tylko niewielką różnicę wagi ciała szczurków kontrolnych i naświetlonych. Na-

tomiast wpływ na wagę guza jest i w tem doświadczeniu b. wyraźny (5½ i 8½ grama u kontrolnych i 1¾, 3½ i 3 gr. u naświetlonych). Przerzutów nie stwierdzono 15-go dnia po szczepieniu ani u zwierząt kontrolnych ani u naświetlonych.

Doświadczenie to wykazuje hamujący wpływ naświetlenia na wzrost guza, mimo większej odporności szczurków tej grupy na naświetlenie (niewielkie różnice wagi ciała u kontrolnych i naświetlonych). O wpływie na przerzuty z doświadczenia tego żadnych wniosków wyprowadzić nie możemy. Jestto prawdopodobnie skutek zbyt wczesnego zabicia oseków. Postępowanie nasze było jednak uzasadnione tem, że minęło już 15 dni od dnia szczepienia, a więc zbliżał się czas występowania przerzutów u zwierząt kontrolnych. Ponieważ z pierwszych naszych doświadczeń wynikało, że używana dawka promieni R przyspiesza powstanie przerzutu, uważaliśmy za wskazane raczej wcześniej likwidować doświadczenie, ażeby ten moment uchwycić.

Przykład 3-ci. Dośw. Nr. 15.

Dn. 8.V naświetlono 5 oseków 17-o dniowych ½ dawki śmiertelnej. Szczepiono JS dn. 10.V. Zabito dn. 26.V.

Kontrolne	Waga 8.V	Waga 26.V	Waga guza 26.V	Przerzut makrosk.	U W A G I
Nr 1	19,5	45	8,5		zabity 24.V. Waga—43; Guz—5 gr.
" 2	20,5				
" 3	21	48	8,5		
" 4	21,5	54	8		
Naświetlanie					
Nr 1	20				
" 2	22,5				
" 3	21,5	28	3		zdechł 22.V; Waga-20 gr; Guz 0,6; epi zabity 24.V; Waga-25 gr; Guz-0,7; po 7
" 4	21,5	31	7		
" 5	20				

W doświadczeniu tem stwierdzamy b. silne działanie jednorazowego naświetlenia prom. R. na wagę ciała oseków oraz na wagę guzów. Wyjątek stanowi osek naświetlony Nr. 4, u którego, mimo słabego wzrostu ciała po naświetlaniu, wyrósł guz, wielkością niewiele ustępujący guzom u oseków kontrolnych. Charakterystyczne jest zjawienie się przerzutów po 16-u dniach po szczepieniu przede wszystkim u oseków naświetlonych. W doświadczeniu tem uwidacznia się szczególnie wyraźnie niezależność występowania przerzutów od wielkości pierwotnego guza. Mimo że guzy są większe u oseków kontrolnych, przerzuty wystąpiły 16-go dnia po szczepieniu tylko u oseków naświetlonych.

O m ó w i e n i e.

Podaliśmy tutaj tylko parę doświadczeń o wyraźnych wynikach, choć mieliśmy i takie, z których żadnych konkretnych wniosków w kwestji przerzutów wyciągnąć nie można. Natomiast wszystkie doświadczenia wykazały bezspornie, że jednorazowe naświetlenie oseków ½-ą dawki śmiertelnej powoduje zahamowanie wzrostu szczepionego im nowotworu.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że komórki nowotworowe nie podlegały wcale bezpośredniemu naświetleniu i że rosły na organizmie, znacznie osłabionym pod względem sił żywotnych (spadek wagi ciała, zanik układu limfatycznego i t. d.), to staje się jasnym, że w naszych doświadczeniach zahamowanie wzrostu guza nie

zależy od wzmożenia sił odpornościowych ustroju. Zależy ono raczej od zjawienia się ciał szkodliwych dla wzrostu komórki nowotworowej lub od braku substancji potrzebnych do wzrostu. Najprawdopodobniej obydwie te czynniki składają się na zmniejszenie wzrostu guza. Wiadomo bowiem, że zmiany chemiczne, występujące w ustroju naświetlonym nie sprzyjają wzrostowi kom. nowotworowych, a zahamowanie wzrostu ciała wpływa również hamująco na wzrost guza (badanie autorów i własne).

Obok zahamowania wzrostu samego szczepionego mięsaka stwierdziliśmy ciekawy fakt braku tego wpływu na powstanie przerzutu.

Przeciwnie nawet, w niektórych serjach doświadczalnych stwierdziliśmy niewątpliwie przyspieszenie powstania przerzutu. Tłumaczenie tego faktu napotyka trudności, gdyż czynniki, hamujące wzrost szczepionego guza, powinny hamować także i wzrost komórek przerzutowych. Poglądy niektórych autorów, uważających, że im wolniej rośnie nowotwór pierwotny, tem łatwiej ujawniają się przerzuty, jako sprzeczne z wynikami pracy jednego*) z nas, uważamy za niesłuszne.

Rozstrzygnięcie tej kwestji zależne jest od wyniku dalszych badań nad zmianami chemicznymi i histologicznymi, powstającymi pod wpływem naświetlania promieniami R. w miejscu szczepienia i w miejscu powstania przerzutu.

Jako bardzo prawdopodobne uważamy tłumaczenie następujące: tworzenie się przerzutu rozpoczyna się bardzo wcześnie. Już w kilka dni po szczepieniu oseska do mięśni uda znajdujemy w jego gruczole limfatycznym żywe i zdolne do rozplemu komórki nowotworowe. Przerzuty makroskopowe zjawiają się jednakże dopiero po upływie około 3-ch tygodni po szczepieniu. Czas ten jest to okres walki gruczolu limfatycznego z napływającymi kom. nowotworowymi. U osesków nienaświetlonych walka ta kończy się z reguły zwycięstwem kom. nowotworowych, a w rezultacie powstaje po 3-ch ty-

*) I. F l a k s. Nowotwory. Tom. VI. 1931. Z. f. Krebsforsch. 1932.

godniach makroskopowo widoczny przerzut w odróżnieniu do szczurów dojrziałych. U osesków, uprzednio naświetlonych, odbywa się ten sam proces — tylko, że kom. nowotworowe, przenikając do osłabionego promieniami R. gruczolu limfatycznego, osiedlają się i rozrastają łatwiej, wytwarzając makroskopowy przerzut jeszcze wcześniej, niż u zwierząt normalnych. W wyniku więc 2 przeciwnych działań prom. R o e n t g e n a (pogorszenie warunków dla wzrostu kom. nowotworowych z jednej strony i osłabienie zdolności walki gr. limfatycznego z drugiej strony), stwierdzamy wcześniejsze wystąpienie przerzutu mimo gorszych warunków dla wzrostu kom. nowotworowych w organizmie wogóle.

Reasumując wyniki doświadczeń, należy podkreślić, że istnieje dawka promieni R., która tak dalece uszkadza ustrój, że przyspieszyć może powstanie przerzutu. Jestto dawka duża, znacznie silniejsza od używanych w rentgenoterapii ludzkiej, gdyż nawet połowa tej dawki działa jeszcze b. silnie na ustrój oseska, wywołując u niego wyłysienie, niedokrewność, zwyrodnienie narządów miękkich. Dlatego też z wyników tej pracy nie wyprowadzamy bezpośrednich wniosków dla terapii nowotworów ludzkich. Sądzymy jednakże, że stosowanie systemu j e d n o r a z o w e g o i intensywnego naświetlania w przypadkach nowotworów wymaga specjalnych ostrożności, gdyż grozi przyspieszeniem powstania przerzutów.

W n i o s k i.

1) Jednorazowe i całkowite naświetlenie osesków $\frac{1}{2}$ dawki śmiertelnej promieni R o e n t g e n a, zastosowane przed szczepieniem mięsaka, powoduje:

A) — zahamowanie wzrostu ciała,

B) — zahamowanie wzrostu szczepionego mięsaka.

2) To samo naświetlenie nie wykazuje żadnego wpływu na powstanie przerzutów, często nawet przyspiesza ich zjawienie się.

3) Promienie R o e n t g e n a hamują wzrost nowotworu także drogą p o ś r e d n i ą poprzez ustrój, gdyż w naszych doświadczeniach naświetlano zwierzęta jeszcze zdrowe, przed szczepieniem im nowotworu.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Zagadnienie nowotworów złośliwych w świetle badań nad zjawiskami promieniowania *).

Podał

Dr. Karol WALKER (Równe).

Prace G u r w i c z a nad promieniowaniem mitogenetycznym rzuciły nowe światło na zagadnienie nowotworów złośliwych. Badając przebieg podziału jądra komórkowego, G u r w i c z wykrył promienie mitogenetyczne, które powstają tuż przed podziałem komórki. Promienie te okazały się krótkofalowymi. W tkance zarodkowej stwierdzono te same promienie (L. G u r w i c z 18, 21): w piątce cebuli znajduje się grupa komórek, która jest ośrodkiem podobnego promieniowania. G u r w i c z dalej ustalił, że hodowla drożdży

piwnych może być ośrodkiem promieniowania, ale również i detektorem, ponieważ pod wpływem naświetlania zewnętrznego rozmnażanie drożdży znacznie się przyspiesza. Promieniowanie drożdży, widocznie, towarzyszy procesowi fermentacji glikolitycznej, bowiem w płynie R i n g e r a drożdże tę zdolność tracą i zaczynają znowu promieniować, gdy dodamy roztworu cukru.

Takie same warunki promieniowania ustalili A. G u r w i c z w raku. Tkanka rakowa wykazuje zdolność promieniowania mitogenetycznego tylko w organizmie, a wycięty nowotwór traci tę zdolność; powraca ona po dodaniu roztworu cukru. W tkance zarodkowej ustalony został ten sam fakt promieniowania mitogenetycznego, naprz. u kijanek, przeważnie w częściach najbliższych do głowy. Zjawisko promieniowania daje się spostrzegać również po traumatyzacji (np. rogówki), najprawdopodobniej w związku z większą liczbą mitoz, zjawiających się w okolicy rany.

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu naukowym Koła Lekarzy w Równem w dniu 29.1.1933 r.

Mitogenetyczne promienie te należą do krótkich pozafiołkowych promieni; długość fali ich wynosi około 2000 Å (od 1900 — 2300).

Nowotwory mają jeszcze inną zdolność promieniowania. Jak już zaznaczyłem, nowotwór złośliwy traci swoją zdolność do wytwarzania energii mitogenetycznej, gdy pozbawimy go cukru. Jednakże zawiesina z nowotworu złośliwego po pewnym czasie zaczyna promieniować nanowo; jednakże długość fali tych promieni jest inna, i promieniowanie to jest wynikiem rozkładu proteolitycznego. Po odwirowaniu świeżych komórek czynnik promieniotwórczy znajduje się w osadzie, a po dłuższym czasie zjawia się w górnych częściach płynu.

Nie możemy tu zastanawiać się nad szczegółami licznych prac prof. A. Gurwicza i jego szkoły, podkreślimy tu tylko kilka ważnych momentów. Jako wskaźnik efektu mitogenetycznego w jego doświadczeniach służyła 6-ciogodzinna hodowla agarowa żywych drożdży, która przez kilka minut (10 — 15) znajdowała się pod wpływem obiektu, podlegającego badaniu. Różnica pomiędzy tą hodowlą i hodowlą kontrolną co do liczby komórek pączkujących była wskaźnikiem (obliczenie robiono po godzinie).

Promieniowanie mitogenetyczne udało się stwierdzić w nowotworach rakowych, we krwi (efekt prędko znikał i powracał przy dodawaniu cukru), w śledzionie, rogówce, w mięśniach i nerwach. A. Gurwicz rozróżnia trzy rodzaje promieniowania mitogenetycznego: 1) promieniowanie pod wpływem procesów utleniających (mięśnie i nerwy), 2) promieniowanie proteolityczne i 3) promieniowanie glikolityczne. Promieniowania te różnią się swoimi widmami i długością fali. Jako efekt następuje przyspieszenie rozmnażania—powiększenie liczby figur podziału. Efekt ten jednakże znika po dłuższym działaniu; później jednakże znowu się zjawia. Tu należy wskazać na analogję z wpływem emanacji radu na drobnoustroje. A. Ziółkiewicz (24) badał wpływ emanacji radu na wzrost *Bac. leprae* Kiedrowskiego drogą doświadczalną. Okazało się, że małe dawki wywołują mocne wzmoczenie wzrostu. W hodowli snostrzegano, oprócz tego, rozwój postaci olbrzymich, 30 razy większych od normalnych. Większe dawki hamowały wzrost, przyczem stwierdzano często formy inwolucyjne.

Wyniki badań Gurwicza potwierdziło wielu badaczy; otwierają nam one zupełnie nowy świat i wiele obiecujące możliwości. Interesująca jest praca Dr. A. Reitera i Dr. Inż. Gabora (23).

Omówione zjawiska promieniowania mitogenetycznego mają prawdopodobnie duże znaczenie w rozwoju nowotworów.

Najnowsze prace o obecności pozafiołkowych promieni w nowotworach złośliwych są podwójnie ciekawe, ponieważ mamy tu znów analogję z tkanką zarodkową. Obydwa czynniki, procesy rozkładu glikolitycznego i zjawiska promieniowania, które poprzedzają dzielenie się jądra, nowodują przyspieszony, energiczny wzrost.

Jeżeli zatrzymamy się szczególnie na zjawiskach, wywołanych promieniowaniem mitogenetycznym, to przekonamy się, że mogą one wywołać znaczne skutki, ponieważ zbliżone są do promieni katodowych i Rentgena. Ciekawe dane znajdujemy w odczycie D-ra Schaeffera (19).

Promienie katodowe działają na tkankę tylko na głębokości 0,07 mm., a uderzywszy o tkankę, która działa jako antykatoda, wytwarzają promienie Rentge-

na. Dzięki bombardowaniu elektronami powstają ubytki w komórce, dalej powstaje chemiczna alteracja komórki. Doświadczalne badania te rzucają światło na procesy, które mogą wywołać promienie mitogenetyczne w nowotworach. Już wiadomem jest oddawna, że promienie katodowe mogą na swojej drodze odsuwać małe przedmioty. Jest więc bardzo prawdopodobne, że przy promieniowaniu w nowotworach powstaje przemieszczenie pętli chromatynowych jądra, przyczem może nastąpić ich uszkodzenie, co w rezultacie powoduje nieprawidłowe formy podziału. Należy tu wspomnieć w kilku słowach o biologicznym działaniu terapeutycznych dawek promieni Rentgena w nowotworach. Najważniejsze skutki leczenia można streścić w sposób następujący: 1) jądro tkanki nabłonkowej traci zdolność do podziału, 2) można stwierdzić uszkodzenia naczyń, 3) różne tkanki wykazują różną wrażliwość na promienie.

Dr. Vorländer (20) stwierdził w naświetlanych nowotworach już pierwszego dnia zahamowanie rozmnażania jąder nabłonka, dalej rozmnażanie łącznotkankowych komórek; na 2—3 dzień wrastanie łącznotkankowych pęczków z otoczki do tkanki nowotworowej w kierunku dośrodkowym. Na 6 — 12 dzień spostrzegał przerastanie całego guza tkanką łączną i znaczne uszkodzenie ognisk rakowych; na 15 — 25 dzień martwicę resztek nowotworu i przekształcenie tkanki otoczki w typową bliznę. W taki sposób widzimy, że promienie Rentgena wpływają na wszystkie części nowotworu, jednakże, różne części nowotworu w różnym czasie padają ofiarą tych promieni. Z początku znika tendencja do rozmnażania nabłonka, a tkanka łączna w tym samym czasie zostaje jakby pobudzona do przyspieszonego wzrostu; później jednak i w niej również można stwierdzić brak tendencji do rozmnażania się.

Tu możemy stwierdzić różny efekt jednej i tej samej dawki pod względem wpływu na podział jąder różnych części nowotworu. Powinny istnieć bezwarunkowo różnice w tym kierunku i przy różnych dawkach.

Jeżeli przy zwykłej stosowanej dawce spostrzegamy zahamowanie podziału komórek tkanki nabłonkowej, to nie jest wyłączone, (a według prawa Arrheniusa i t. d., prawdopodobne), że dawki minimalne promieni pozafiołkowych powodują, być może, wzmocnienie się tego podziału. Promienie mitogenetyczne, których obecność można stwierdzić przy rozmnażaniu się drożdży oraz w rakach, wreszcie wspomniane doświadczenie A. Ziółkiewicza nasuwają przypuszczenie, że promieni krótkich, które przy uderzeniu o tkankę przekształcają się w promienie Rentgena, nie można uważać za obojętne. Powinny one mieć efekt oligodynamiczny i mogą bezwarunkowo mieć wpływ na energję rozmnażania. Nie jest też może przypadkiem, że w doświadczalnym raku największe działanie mają te ciała, które do pewnego stopnia są zbliżone do produktów palnych i świetlnych, jak naprz. smoła, parafina, eter, sadza, terpentyna i t. d., i które zawierają w sobie ukrytą energję cieplną i świetlną, lub, jak naprz. anilina, która bardzo łatwo daje połączenie z potasem. Rola potasu, jako czynnika, sprzyjającego w powstawaniu nowotworów, też z tego punktu widzenia nie jest przypadkowa, bowiem jest to jeden z elementów radioaktywnych (18).

Krótkie promienie mogą wywoływać nowotwory i dowodzą tego przypadki raka rentgenowskiego. W tych przypadkach można stwierdzić jeszcze ciekawą

zdolność krótkofalowej energii do kumulacji. Obserwujemy to przy tak zwanej spóźnionej reakcji, która, jak wiadomo, następuje w dwa miesiące po dużych dawkach w postaci tak zwanego obrzęku induracyjnego. Obrzęk ten znika bardzo powoli, przyczem pozostaje zgrubienie skóry; pod wpływem różnych przypadkowych podrażnień powstają bardzo trudno gojące się wrzody. Wrzód taki istnieć może latami i często przekształca się w raka. Fakt ten, wskazujący na nagromadzenie w tkance energii krótkofalowej i jej długotrwałego działania, tłumaczy, być może, zjawiska, obserwowane w przesączu mięsaka kur, a mianowicie fakt, że daje on przeszczepy dodatnie. Jeżeli w przesączach tkanki zarodkowej, względnie w rosnącej, jak naprz. w doświadczeniach A. i L. Gurwicz'a, możemy wykryć zjawiska promieniowania, to zaraz nasuwa się przypuszczenie, że w wyciągach nowotworów złośliwych może mieć miejsce to samo.

Fakt ten należałoby sprawdzić. Może się stać, a nawet jest to bardzo prawdopodobne, że czynnik aktywny, który znajduje się w wyciągach mięsaka kur i w wyciągach z narządów kur chorych, jest niczem innym, jak energią promienistą, i że ferment hipotetyczny jest właściwie krótkofalistą energią. O ile pogląd ten jest słuszny, to wyciągi te należy uważać za rodzaj emanacji.

Wobec tego powstawanie nowotworów złośliwych należy prawdopodobnie rozpatrywać w związku przyczynowym z oligodynamicznym działaniem energii krótkofalowej, i każdy rak jest zapewne wywołany przez promienie z grupy katodowych, a może nawet przez promienie Rentgena. Obecność drobnoustrojów, które znajdowano w nowotworach, jako to: drożdże, pierwotniaki, trzeba uważać za związane z objawami fermentacji cukrowej lub rozpadu, a *bac. tumefaciens* można rozpatrywać jako nosiciela energii krótkofalowej. (Być może, odgrywa tu rolę większa zawartość cholesteryny, którą tak często można spotkać w bakterjach).

Również w całym szeregu innych schorzeń, mających podobieństwo do nowotworów złośliwych, jak naprz. w ziarnicy złośliwej (*lymphogranulomatosis*), białaczce, ma się wrażenie, że mamy do czynienia ze sprawą, mającą powinowactwo do raka, i, być może, że przyczyną tych chorób są oligodynamiczne efekty promieniste.

Należy przede wszystkim przypomnieć sobie, że białaczka często powstaje u osób, pracujących przy aparatach Rentgena lub wystawionych na częstą insolację (wieśniacy), że białaczka kur infekcyjna wykazuje pełną analogję z mięsakiem kur. Dalej pamiętać trzeba o „*Leucosarcomatosis*” a także o nieograniczonym rozroście tkanki szpikowej w białaczce, o bogactwie tkanki tej w cholesterynę, nareszcie o terapeutycznym wpływie promieni Rentgena w tych chorobach. Jeżeli rzeczywiście etiologia chorób tych oparta jest na wpływie krótkofalowej energii, to należy przypuścić, że energia promienista w tych różnych chorobach, prawdopodobnie nastawiona jest specyficznie na pewną tkankę. Możliwym jest, że odgrywa tu rolę długość fali. Zasługuje na uwagę, że krew w białaczce, jak również i krew rakowych chorych pozbawiona jest, według doświadczeń Gurwicz'a, zdolności promieniowania mitogenetycznego, czem się różni od krwi normalnej.

Ciekawe zagadnienia, powstające w związku ze

sprawą omówioną, czekają na rozstrzygnięcia przy pomocy doświadczeń. Prace przyszłości dadzą na nie odpowiedź.

Reasumując powyższe dane możnaby stwierdzić co następuje:

1) Właściwą przyczyną, powodującą powstanie nowotworów złośliwych, jest prawdopodobnie krótkofalowa energia promienista, powstająca przy często powtarzających się uszkodzeniach tkanki i tym podobnych sprawach. Kumulując się, energia ta powoduje przyspieszone dzielenie się jąder.

2) Jest prawdopodobnem, że promienie mitogenetyczne są związane z obecnością cholesteryny i w ten sposób wywołują działanie kumulacyjne, jak to np. ma miejsce w oparzeniach rentgenowskich.

3) Z tego punktu widzenia w przypadkach nowotworów złośliwych rentgenoterapia pooperacyjna byłaby mieczem obosiecznym.

Jeżeli przy leczeniu energią promienistą nie wszystkie komórki pozostają pozbawione tendencji rozmnażania się, to wskutek kumulującego działania pozostałej energii może powstać przyspieszone przejście zmienionych, ale jeszcze nierakowych komórek w komórki rakowe. W ten sposób można tłumaczyć powstawanie szybko zjawiających się nawrotów oraz rozsiewanie się sprawy, co mogliśmy obserwować w kilku przypadkach naświetlanych Rentgenem po operacji raka sutka.

4) Możliwym jest, że raki, wywołane przez zakażenia pasorzytami, jako to *spiroptera* i t. d., też mają za przyczynę promieniowanie mitogenetyczne w związku z embrjonalnym rozwojem tych pasorzytów.

PISMIENNICTWO.

1. F. Blumenthal. Beiträge zur Frage der Entstehung bösartiger Tumoren. Internationales Krebsmeeting in Lake Moh. bei New-Jork 20 — 20.IX.1926.
2. R. Lieske. Zentrbl. Bakt. Ab 1, 108. H. 1 — 4.
3. R. Virchow. Virchows Archiv Bd I.
4. Prof. Dr. J. Koch. Über artfremde Zellen im Krebs. Zentrbl. f. Bakt. 96, B. 1925.
5. Kaufmann. Zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit. Düsseldorf. Vortrag. 24 — 25.IX.1926.
6. E. Fraenkel. Darstellung Krebsregender Substanzen aus malignen Tumoren. Vortrag. Berlin. Verein f. innere Medizin 29.VI.1931.
7. Carrel. D. M. W. 1927, S. 598.
8. Jamagiva und Ishikawa. Mit der med. Fakultät Tokio, 1919.
22. B. Virchows Arch. 233. 1921. S. 235.
9. M. Borst. Allgemeine Pathologie der malignen Geschwülste, 1924.
10. Caspari. Experimentelles zur Aetiologie des Magencarcinoms. Vortrag. Frankfurt n/M. ärztlicher Verein 15.IV. und 6.I.1929.
11. Dr. Karol Walker. Odczyt. Polska gazeta lekarska, 1926. Nr. 45. Ref.
12. Pr. Otto Warburg. Klinische W. 1925, Nr. 12.
13. Pr. A. Braunstein. Diabetes und Carcinom D. M. W. 1923. S. 880.
14. R. Stühlern. W. Kl. W. 1926. Nr. 24.
15. J. Freud und T. Révész. W. Kl. W. 1925, Nr. 13.
16. P. Burgheim und W. Joel. Klin. W. 1931. S. 397.
- Klin. Woch. 1929, Nr. 18.
17. Leon Binet. Questions physiologiques d'actualité 1927, p. 168.
18. Nowotwory oraz Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka 1930. Tom IV. Nr. 4. Badania nad nowotworami doświadczałnemi. Pr. Dr. M. Eiger i Doc. Dr. E. Czarnecki.
19. Schaeffer. Zur physiologischen und biologischen Wirkung der Kathodenstrahlen. Vortrag Med. Ges. Göttingen 20.IX. 1930.
20. Dr. Karl Vorlaender. D. M. W. 1923. S. 910.
21. Prof. Gurwitsch. Das Problem der Zellteilung 1926.
22. Zellteilung und Strahlung. Dr. T. Reiter und Dr. Ing. Gábor 1928.
23. Pr. A. Gurwitsch. Die mitogenetische Strahlung 1932.
24. Dr. A. Ziolkiewicz. Zentrbl. f. Bakt. 1929 Bd. 113. S. 67.

Streszczenia pojedyncze.

Farmakologia i Toksykologia.

J. E. LEWIN. **W sprawie zmian patologicznych i czynności układu siateczkowo-śródbłonkowego w zatruciach benzyną.** (Archiv f. Gewerbepathologie u. Gewerbehygiene t. 3. 1932).

Autor dokonał licznych badań doświadczalnych, zatrzymując parami benzyny szczury i króliki. Przez stopniowanie dawki benzyny i czasu przebywania zwierząt w atmosferze, nasyconej jej parami, L. uzyskiwał bądź zatrucie ostre, bądź podostre, bądź też przewlekłe. Zatrute zwierzęta po zabiciu poddawane były skrupulatnym badaniom anatomopatologicznym. W wyniku badań L. stwierdził, że w ostrym zatruciu benzyną mamy do czynienia z silnym przekrwieniem płuc i śluzówek oraz z tłuszczowem zwyrodnieniem narządów mięsaszowych. Ze strony układu siateczkowo-śródbłonkowego znajdował zmiany polegające na przeroście komórek siateczkowych, śródbłonnów zatok śledzionowych, kapillarów nadnerczy i szpiku kostnego. W zatruciach podostrych spotykał autor te same zmiany, tylko mniej wybitnie zaznaczone. W zatruciach przewlekłych — opisanych przekrwień L. na ogół nie spotykał — zwyrodnienia narządów mięsaszowych były mniej wybitne, jak również i zmiany w układzie siateczkowo-śródbłonkowym. L. przypuszcza, że w zatruciu przewlekłym mamy do czynienia z powstawaniem pewnej odporności na truciznę wskutek „przyzwyczajenia” — podobnie jak to ma miejsce przy działaniu innych narkotycznych trucizn. Przeprowadzone badania co do wpływu zatrucia benzyną na zdolność magazynowania barwników koloidalnych przez komórki U. S. S. nie dały wyników pozytywnych.

W. O d r z y w o l s k i.

I. DICKHOFF. **Przypadek przewlekłego zatrucia wskutek połykania benzolu.** (Arch. f. Gewerbepath. u. Gewerbehyg. t. 3. 1932).

Przypadki zatrucia benzolem spotyka się dość często. Przewlekłe zatrucia zdarzają się z reguły wskutek długotrwałego wdychania par benzolu. Zatrucie przewlekłych przez przewód pokarmowy na ogół nie notowano. Autor miał możliwość obserwowania przebiegu zatrucia benzolem u robotnika, który przez 1½ roku pracował przy czyszczeniu maszyn benzolem. Przy pracy przelewał benzol z dużych naczyń za pomocą lewaru, który napelniał przez wysysanie ustami. Przy tej czynności nierzadko połykał sporo płynu. Choroba zaczęła się, nasilając się stopniowo, ogólnym osłabieniem i bólami mięśniowymi, poczem pojawiły się wybroczyny pod śluzówkami dziąseł, a nawet krwotoki z ust. Po pewnym czasie, wskutek znacznego pogorszenia stanu zdrowia, chory przerwał pracę i udał się na leczenie do Kliniki. Oprócz znacznego wyniszczenia ogólnego, wybroczyn na dziąsłach i t. d. zaobserwowano powiększenie śledziony i znaczne zmiany w krwi (krwinek czerwonych 1,380,000 w mm.³, białych 1,500 w mm.³ w tem: 95% limfocytów, 3% leukocytów, 2% monocytów). Po 2 miesiącach nastąpiło zejście śmiertelne. Badanie anatomopatologiczne stwierdziło: zwyrodnienie mięśnia sercowego, rozległe wynaczynienia w śluzówkach przewodu pokarmowego i błonach surowiczych, złogi hemosyderyny w miazyszu wątroby i śledziony, zmiany w szpiku kostnym i śledzionie. Autor dochodzi do wniosku, że zasadniczymi objawami przewlekłego zatrucia benzolem są zmiany w krwi, a zwłaszcza znaczna leukopenja z wybitnym zmniejszeniem liczby granulocytów, i krwawienia oraz wybroczyny w śluzówkach przewodu pokarmowego; natomiast objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego, jakie wysuwają się na pierwszy plan w ostrych zatruciach, bądź nie występują wcale, bądź są b. słabo za-

znaczone. Nakoniec autor zestawia wyniki obserwacji klinicznych zatrucia benzolem z wynikami badań doświadczalnych na zwierzętach dokonywanych przez innych autorów.

W. O d r z y w o l s k i.

Choroby kobiet i położnictwo.

O. O. FELLNER. **Postępy i wady jajnikowej hormonoterapii.** (Med. Klin. N. 49, 1932).

Aczkolwiek autor jest tego zdania, że przedawkowanie nie jest szkodliwe, stosując zaś duże dawki najrzadziej napotyka się na zawody, a zatem najlepsze usługi świadcza zawsze stosowanie dużych dawek (obok od czasu do czasu stosowanych zastrzyknięć 3 czopki ovosanu dziennie), to jednak w wielu schorzeniach wystarczają o wiele mniejsze dawki. Ze względów więc ekonomicznych należy zatem podzielić schorzenia na dwie grupy. W pierwszej grupie wystarcza słabsza kuracja. Grupa ta obejmuje bolesne miesiączkowanie, wszystkie dolegliwości, które występują przed i podczas miesiączki, schorzenia skórne związane z narządami płciowymi, *arthropathia postclimacterica*, objawy wypadnięcia czynności jajników, objawy starości i przypadki braku miesiączki, w których perjodu nie było tylko kilka dni. Leczenie polega na stosowaniu od czasu do czasu zastrzyknięć 100 jednostek mysich żeńskich organopreparatów (np. ovosan) i codziennem podawaniu 6 — 10 tabletek ovosanu (stark) lub 1 — 2 czopków ovosanu dziennie. Zamiast ovosanu można z dobrym skutkiem zastrzykiwać hormon przedniego płatu przysadki mózgowej (praepitan). Jeżeli nie osiągnie się wyniku, lub miesiączka nie wystąpi w ciągu 8 dni, należy przejść do silniejszej kuracji. Tę ostatnią należy zalecać odrazu, jeżeli brak miesiączki trwa już od dłuższego czasu, jeżeli istnieje niedorozwój macicy, w bezpłodności wskutek niedorozwoju, w nadmiernych wymiotach, oziębłości, niedorozwoju gruczołów piersiowych i w krwawieniach macicznych. Kuracja polega, obok stosowanych od czasu do czasu zastrzyknięć żeńskich hormonów płciowych, na podawaniu 3 — 4 czopków ovosanu lub 30 tabletek ovosanu (stark) dziennie. Kurację należy przeprowadzać przez 3 tygodnie. Później następuje przerwa jednotygodniowa. Jeżeli miesiączka się nie pojawia, jeżeli pożądaný cel nie został osiągnięty, należy jeszcze raz lub dwukrotnie powtórzyć kurację. Zazwyczaj wystarczają 2 kuracje. Miesiączka występuje bardzo często podczas przerwy. Jeżeli brakowi miesiączki towarzyszy otyłość, to zamiast ovosanu można stosować zastrzyknięcia praepitanu i obok czopków jeszcze małe dawki tarczycy (0,1 dziennie) lub 2 tabletki dynotabs 101. Wrazie obfitych krwawień miesiączkowych należy zalecać obok zastrzyknięć ovosanu 3 czopki praepitanu dziennie. Przy przestrzeganiu tego dawkowania bardzo rzadko nie otrzymuje się wyników w leczeniu preparatami hormonalnymi żeńskimi.

L.

A. WASILJEW - CZEBOTAROW. **Wymioty w powtórnej ciąży jako utorowany odruch.** (Żurn. Akusz. t. XVIII, z. 5—6).

W znacznej liczbie przypadków czynnikiem, wywołującym napady wymiotów w powtórnej ciąży nie jest zatrucie ciążowe, lecz objawy pochodzenia nerwowego. W napadach wymiotów w powtórnych ciążach kobiet znaczną rolę odgrywa ożywienie śladów, pozostawionych w korze półkul mózgowych przez poprzednią ciążę, w której napady wymiotów były następstwem zatrucia. Napady wymiotów u pierwiastek, poza nielicznymi wyjątkami, są skutkiem zatrucia ze strony płodu. Różne przyczyny etiologiczne napadów wymiotów u ciężarnych powodują konieczność stosowania rozmaitego leczenia. W tych przypadkach, gdzie napady wymiotów w ciąży powstają na tle zjawisk pochodzenia nerwowego, je-

dynie prawidłowe i skuteczne może być leczenie psychiczne. W napadach wymiotów u ciężarnych można stosować psychoterapię również w charakterze metody rozpoznawczej.

L. H.

E. LÉVY - SOLAL i MAURICE - MAYER. **Z powodu nerczycy lipidowej, stwierdzonej podczas ciąży.** (Gyn. et Obst. N. 4, 1932).

Zagadnienie nerczycy w przebiegu ciąży jest problemem nad którym dopiero zaczęto się zastanawiać. Tem nie mniej interesuje on położników w silnym stopniu. Rzeczywiście, jeżeli przypomnieć sobie istnienie ciężkich zaburzeń toksycznych, występujących przy zupełnym braku zwiastującego białkomoczu i azocyi, pojmując się znaczenie możliwości wykrycia ich zapomocą środków biologicznych. Właśnie w tych przypadkach poszukiwanie objawów humoralnych, jak hipokalcemia, hipoproteinemia może pozwolić przewidzieć ich wybuch, co dotychczas było niemożliwe dla kliniki. Autorzy niemieccy poszli daleko w tym kierunku. Badania płynów ustrojowych i kapillaroskopia oraz brak zmian anatomicznych w nerkach kobiet, zmarłych wskutek rzucawki stanowi dla V o l h a r d a dowód, że ciążowe zaburzenia toksyczne (w szczególności rzucawka) zależą nie od zmian nerkowych, ani trzewiowych, lecz od zaburzeń czynnościowych i autonomicznych przemiany tłuszczowej i białkowej. Rozważania te nie są czysto teoretyczne, lecz posiadają duże znaczenie dla lekarzy — praktyków. Niemożność przewidywania wystąpienia toksycznych zaburzeń ciążowych dzięki objawom klinicznym (białkomocz, nadciśnienie, azocia) powinna zachęcać do poszukiwania oznak, któreby mogły rzucić na tę sprawę pewne światło. Pod tym względem cenną wskazówkę stanowi istnienie hipokalcemii. Klasyczne poszukiwania białkomoczu, nadciśnienia i azocyi pozostają najważniejszymi i mającymi najdonioślejsze znaczenie praktyczne metodami w stawianiu rokowania w ciąży, jeżeli chodzi o toksyczne zaburzenia ciążowe, nie należy jednak zaniedbywać innych subtelnych metod biologicznych (oznaczanie poziomu wapnia we krwi), które mogą się przyczynić do wyjaśnienia zagadnienia.

J. L. H.

P. F. SCHNEIDER. **Modyfikacja próby Aschheim-Zondeka.** (Amer. J. Obst. and Gyn. t. XXIV, N. 2, 1932).

Różne metody, używające szczurów dla postawienia rozpoznania ciąży, dają zgodnie ściśle wyniki, jeżeli są tylko dokładnie wykonywane. Jeżeli używać szczurów niedojrzałych, możliwe popelnienie dodatknych błędów jest praktycznie wyłączone. Badanie niedojrzałych jajników przy autopsji wraz ze starannym uwzględnieniem wyników badania fizykalnego i wywiadów daje możność sprowadzenia błędów przy wynikach ujemnych do minimum.

L. J.

Q. U. NEWELL. **Pięcioletnie wyniki końcowe leczenia raka szyi macicy w szpitalu Barnes.** (Amer. J. Obst. and Gynec. t. XXIV, N. 21, 1932).

Dwadzieścia siedem pacjentek z pośród 121 żyło pięć lat lub dłużej po ukończeniu leczenia (22,3% uleceń pięcioletnich). Pierwszym objawem choroby w większości przypadków było krwawienie pochwowe. W większości przypadków krwawienie lub ból występowały 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia. Największy odsetek wyleczenia zapomocą radu był wśród osób starszych; im chore były młodsze, tem większa była śmiertelność. Największa liczba przypadków leczonych należała do grupy III, w której zajęta była szyjka a raz przymacie aż do ściany miednicy, a w której leczenie polegało na zastosowaniu radu i promieni R o e n t g e n a. W grupie tej 24 pacjentki (z pośród 108) żyły 5 lat lub więcej po ukończeniu leczenia (22,2% wyleceń). Rad działa skutecznie w hamowaniu krwotoków i w większości przypadków sprowadza wyleczenie.

L. J.

Choroby dzieci.

L. LANGSTEIN. **Objawy prodromalne, postacie poronne, zapobieganie i leczenie poliomyelitis anterior.** (Kinderärztl. Prax. Grudzień, 1932).

Autor opiera się nie tylko na własnych spostrzeżeniach, ale podaje wyniki ankiety rozesłanej przez siebie do licznych klinik uniwersyteckich i szpitali dziecięcych. Materiał wynosi około 1000 przypadków. Sprawa istnienia okresu prodromalnego jest tem bardziej ważna, że obecnie są głosy za stosowaniem surowicy właśnie wtedy. Pod tym względem głównym objawem jest silna bolesność pleców, brzucha, kończyn z jednoczesnym znacznym osłabieniem mięśni. Wystąpienie objawów oponowych i badanie płynu mózgoworodzeniowego (lekką pleocytozą, lekkie wzmoczenie białka, normalna ilość cukru) mogą również kierować myśl ku *poliomyelitis anterior*. Wszystko to jednak nie jest pewne a w przypadkach, które zdarzyły się w szpitalach, t. j. u dzieci, będących już od dłuższego czasu pod obserwacją lekarską, żadnych objawów prodromalnych nie stwierdzono. Interesująca jest obserwacja R i e t s c h l a, który miał na sali niemowlęcej typowy przypadek choroby H e i n e - M e d i n a. Wszystkie inne niemowlęta w tym samym czasie dostały gorączki i lekkich objawów grypowych, co nasuwa myśl, że wszystkie dzieci uległy temu samemu zakażeniu, ale u jednego tylko doszło do porażenia, u innych zaś choroba przebiegała poronnie. Autor podkreśla, że choroba H e i n e - M e d i n a nie jest tak zaraźliwa, jak się powszechnie uważa. Czy ma znaczenie w celach zapobiegawczych, jak zaleca S c h o t t m ü l l e r, stosowanie 3 gr. hexametylentetraminy dziennie i żółtej maści rtęciowej do nosa, nie jest jeszcze rozstrzygnięte. Co do leczenia—stosowano dotąd surowicę ozdrowieńców, krew ludzką i surowicę zwierzęcą. Większość lekarzy wypowiedziała się jednak ujemnie o skuteczności tego leczenia, a i pomysłne wyniki nie przekonywują autora, ponieważ 1) wielokrotnie stosowano surowicę w przypadkach, które nie miały nic wspólnego z chorobą H e i n e - M e d i n a, 2) ponieważ szybkie cofanie się objawów widywano i u dzieci, które nie dostały surowicy. Mimo to autor sądzi, że leczenie surowicami jest warte dalszego wypróbowania. W próbach jest też leczenie dokręgowymi zastrzyknięciami tetrofanu, o czem niektórzy z lekarzy wyrażają się dodatnio. Francuzi polecają rentgenoterapię, co do której jednak ankieta nie dostarczyła autorowi wyników zachęcających.

H. P e t r y n o w s k a.

SCHOTTMÜLLER. **Leczenie choroby Heine - Medina zapomocą przetaczania krwi rekonwalescentów.** (D. m. W. N. 2, 1933).

Według autora przetaczanie krwi rekonwalescentów w celach leczniczych choroby H e i n e - M e d i n a ma większe szanse powodzenia aniżeli seroterapia. W 2 przypadkach leczonych tym sposobem (przetoczenie 500 cm³ krwi) osiągnięto w jednym przypadku całkowite wyleczenie, w drugim utrzymywał się jedynie lekki niedowład mięśni brzusznych i grzbietowych. Tą drogą można wprowadzić organizmowi daleko szybciej i więcej ciał odpornościowych, aniżeli przy wstrzykiwaniu surowicy domięśniowo. Jedyną trudność stanowi znalezienie rekonwalescenta z odpowiednią grupą krwi. Wobec meldowania przypadków choroby H e i n e - M e d i n e istnieje kontrola nad rekonwalescentami, których można mieć w każdej chwili do dyspozycji. Od osób, przebywających z chorymi w ostrym okresie choroby, można również pobierać krew dla celów leczniczych. U niemowląt i dzieci małych wprowadzamy krew do żyły szyjnej lub zatoki, przytem niemowlętom przetaczamy 50 — 100 cm³, dzieciom 2 — 3 letnim 100 — 150 cm³, dzieciom 3 — 6 letnim 200 do 300 cm³. Wobec późnego ustalania dokładnego rozpoznania (zwykle w okresie zjawienia się objawów mózgowych

i porażennych) szybkie wprowadzenie dużych ilości przeciwciał jest niezbędne, a to daje się skutecznie zapomocą przetaczania krwi.

Wanda L u x e n b u r g o w a.

Hanna MURSCHAL. Leczenie piramidonem, wapniem i szczepionką gonokokkową ostrego gościa stawowego u dzieci. (Kinderärztl. Prax. Marzec 1933).

Leczenie gościa stawowego piramidonem pierwszy zalecał S c h o t t m ü l l e r. Metodę tę zaczęta szeroko stosować od roku 1929 w klinice prof. F. i n k e l s t e i n a w Berlinie, i autorka podaje wyniki. Co do dawkowania podawano 1-go dnia 0,3, 4 do 5 razy dziennie, następnego dnia 3 — 4 razy dziennie po 0,3, a po zniknięciu ostrych objawów jeszcze 2 razy dziennie po 0,3 przez 6 tygodni. W razie nawrotów stosowano znowu duże dawki. Przy leczeniu tem działaniem uboczne, jak szum w uszach, wymioty, pocenie, stany zapaściowe nie występowały niemal nigdy. Gorączka spada zazwyczaj już w ciągu 1-ej doby, bóle ustają po 1—2—3 dniach. Podobne wyniki dawał atofanyl, ale łatwość dostępnego podawania leku stawia piramidon wyżej od atofanylu. Przypadki, nie poddające się działaniu piramidonu, były rzadkie (2 na 69). W ciągu 2 lat 81,2% dzieci nie miało nawrotu, przyczem podkreślić należy, że 4 z tych dzieci w poprzednich latach miało liczne nawroty. Co do powikłań ze strony serca piramidon zdaje się nie mieć wpływu, próbowano podawać go razem z wapniem, ale pożądaných wyników nie otrzymano. Przed kilku laty B r u n t h a l e r, F ä r b e r i K a p l a n podkreślali rzadkość powstawania nawrotów i powikłań sercowych po leczeniu szczepionką gonokokkową (arthigon), autorka jednak na własnym materiale stwierdzić tego nie mogła.

H. P e t r y n o w s k a.

PEIPER. Stany agonalne i śmierć we wczesnym niemowlęctwie. (D. m. W. N. 4, 1933).

Kliniczny przebieg stanów agonalnych zależy nietyle od istniejącego cierpienia, ile od zmian w centralnym układzie nerwowym, przyczem czynność poszczególnych odcinków układu nerwowego zanika w odwrotnym porządku do czasu powstania. B. wcześniej zanika odruch oczny (odrzućcie głowy przy oświetlaniu oczu), później zanika odruch rogówkowy i odruch żreniczny. Odruchy ścięgniste i pozostałe nie zanikają w określonym porządku. Ośrodek oddechowy oddziałuje najdłużej na bodźce zewnętrzne (cucenie noworodków). Czas trwania agonii zależy od okresu, w którym ośrodek oddechowy ulega porażeniu. Objawy kliniczne, odpowiadające temu stanowi, zależą od wypadania kolejno poszczególnych części tkanki mózgowej ośrodka. U wcześniaków w okresie tym spotykamy różne typy oddychania, przyczem stan ten rozciąga się na kilka dni, a przebieg jest stosunkowo łagodny. Napięcie mięśni brzusznych podczas agonii obniża się krańcowo, a opadnięcie żuchwy oznacza koniec. Czasami spostrzegamy drgawki końcowe mięśni twarzy. Zapalenie płuc u wcześniaków rozwija się dosyć często. Na skutek osłabienia wrażliwości układu nerwowego utrudnione jest przyjmowanie pokarmów, co sprzyja przedostawaniu się cząstek pokarmu do płuc. Poza tem podczas agonii obrzęk płuc u wcześniaków spotyka się częściej aniżeli u dzieci starszych. Wskaźnikiem wydolności układu krążenia u wcześniaków jest zachowanie się tonów serca, które stają się głuchymi i niewyraźnymi przy pogarszaniu się stanu ogólnego. Często przy braku wysłuchowych tonów możemy oglądaniem stwierdzić ruchy serca przy położeniu dziecka na lewy bok. Zaledwie w kilku przypadkach udało się autorowi otrzymać krzywą elektrokardiograficzną po porażeniu ośrodka oddechowego. Zabawienie skóry podczas agonii zmienia się na szaroniebieskie, krwawienia zaś mogą się zjawiać przy przedłużającym się zejściu śmiertelnym głównie na udach. *Meteorismus* w stanie agonalnym uwarunkowany jest zaburzeniem krążenia w układzie nerwu trzewnego. W moczu zjawiają się białka i walczki.

Zajęcie ucha środkowego jest bez znaczenia. Pogarszanie się stanu ogólnego charakteryzuje się znacznymi wahaniami ciepłoty, która obniża się tem więcej, im dziecko jest młodsze i im mniej waży. Czasami zdarza się, iż pomimo wyraźnego stanu agonalnego z wyżej wymienionemi objawami, dziecko poprawia się i żyje. Spotykamy to zjawisko przy napadach bezdechu u wcześniaków. Interwencja lekarska w tych przypadkach jest niezbędna, gdyż nigdy nie wiadomo, czy nasze wysiłki nie dopomogą do poprawy. Również noworodki donoszone w stanie zamartwicy należy bezwzględnie starać się przywrócić do życia; często przetrzymanie tego stanu utrzymuje dzieci przy życiu. Sztuczne oddychanie, wstrzyknięcie lobeliny domięśniowo oraz adrenaliny bezpośrednio do mięśnia sercowego prowadzą do poprawy. B. ważne jest ogrzanie do odpowiedniej temperatury.

Wanda L u x e n b u r g o w a.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

H. J. TEMPLETON i C. J. LUNSFORD. *Eczema solare i porphyria*. (Archives of Dermatology and Syphilology, volume 25/4, 1932).

Porphyria jest to określenie ogólne, oznaczające obecność w ustroju jakiejś porfiry, którą należy uważać za barwnik, powstający w przebiegu metabolizmu hemoglobiny. Dotąd nie określono jeszcze napewno, czy porfiry powstaje w fazie anabolicznej czy katabolicznej. Porfiry, która zjawia się niekiedy w moczu, uroporfiry, różni się nieco od koproporfiry, występującej w kale. Niektórzy autorowie wykazywali obecność minimalnych ilości porfiry w moczu, kale i żółci u osobników normalnych. U chorych na tyfus, *melana, cirrhosis hepatis* i zatrucie ołowiem znajdowano ilości zwiększone. Otrzymywano syntetycznie t. zw. hematoporfirynę przez działanie kwasu siarczanego na hematynę. Jest to oczywiście produkt, różniący się od porfiry, wytwarzanych w ustroju ludzkim. P e f f e r wykazał, że zwierzęta można tak uczulić przez wlewanie dożylnie hematoporfiry, że względnie krótkie wystawienie na promienie słoneczne powoduje śmierć z objawami wstrząsu. Gdy zadawano hematoporfirynę zwierzętom o sierści w plamy jasne i ciemne i wystawiano na światło, to zapalenie skóry występowało w miejscach ciemnej sierści. Co więcej, o ile zwierzęta pomalowano hematoksyliną, to farba broniła je od odczynu na światło. Zwierzęta, które padły wskutek wstrząsu nie wykazywały żadnych specjalnych zmian anatomo-patologicznych. Przeniesienie bierne uczulenia nie udało się i zwierzęta, które otrzymały krew od uczulonych, nie reagowały na światło słoneczne. S m e t a n a wykonał parabiozę, łącząc dwa białe szczury w ten sposób, że ich krew wzajemnie się mieszała; jeden był uczulony na hematoporfirynę przez wstrzyknięcie podskórne i reagował na światło, drugi nie dawał odczynu pod wpływem naświetlań. Ostatni dowód, że substancja uczulająca nie jest krwio pochodna, dało doświadczenie, że wystawianie krwi krążącej uczulonego zwierzęcia na promienie pozafijolkowe (przez kaniulę kwarcową) nie spowodowało śmierci. Autor opisuje dwa przypadki *eczema solare*, którym towarzyszyła *porphyria*.

Alfred E t t i n g e r.

A. C. ROZBURGH. *Ostry rozsiany lupus erythematodes*. (The Brit. Journal. of Derm. and Syphil. XLV/3, 1933).

Postać ostra rozsiana *erythematodes* może odrazu pojawić się jako taka, lub powstać przez obostrzenie istniejącej już przewlekłej, nie wiemy jednak, dlaczego u niektórych chorych rozwija się odrazu postać ostra, co powoduje rozsianie uprzednio ograniczonych ognisk, ani czy poszczególny przypadek, który zaczyna się jako przewlekły, nie ulegnie obostrzeniu i rozsianiu. Autor przypuszcza, że schorzenie jest wynikiem uczulenia skóry na światło, czyto przez lascecznik grzyliczy, czy paciorkowce i podnosi, że zarówno wszyscy jego

chorzy jak i większość przypadków z literatury zmarli z powodu ogólnego zakażenia paciorkowcowego. Większość przypadków występuje u kobiet między 20 — 30 rokiem życia. W przebiegu schorzenia zle znaczenie prognostyczne mają zapalenia stawów, bóle stawowe i mięśniowe, białkomocz, wysypki barwy purpurowej i znaczne podniesienia ciepłoty. Te objawy, występujące w postaci przewlekłej, wskazują na grożące uogólnienie sprawy. Formuły hematologiczne są zwykle prawidłowe, posiewy ze krwi jałowe. Autor dodaje 5 historii swoich przypadków, bez wyjątku zakończonych zgonem.

Alfred E t t i n g e r.

SÉZARY i HILLEMAND. Kłowe zapalenie kości czaszki ujawnione hiperalbuminozą odosobnioną płynu mózgowo-rdzeniowego. (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôpit. de Paris, N. 15, 5.V.1933).

U chorego na kłę niedostatecznie leczonego, u którego zakażenie nastąpiło przed 15 laty, rozwija się zapalenie kości po stronie wewnętrznej czaszki; *osteitis* przebiegała skrycie, nie dając żadnych objawów podmiotowych ani przedmiotowych. Przypadkowe badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało silną hiperalbuminozę przy małym odczynie komórkowym. Autorzy poczęli wobec tego szukać innych objawów hipertensji wewnątrzczaszkowej; stwierdzili nieznaczną zastoinę w obrębie tarczy. Radiografia czaszki, która wykazała przerost kości po stronie wewnętrznej czaszki, wyjaśniła przyczynę nadciśnienia wewnętrznego. Zmiany kostne umiejscowione były w okolicy czołowej prawej; ciekawe, że tarcza zastoinowa i nadciśnienie siatkówkowe również stwierdzone zostały po stronie prawej. Pod wpływem leczenia swoistego, albuminoza płynu mózgu rdzen. po przejściowym zwiększeniu się nasłutek reaktywacji, zmniejszyła się i wreszcie spadła do normy. Zmiany kostne również uległy poprawie. Przypadek ciekawy z tego względu, że wykazuje niedostateczność odczynów surowiczych i wskazuje na konieczność badania płynu mózgu-rdzen.; jest rzadkim przypadkiem utajonego przebiegu *osteitis luetica* ścia-

ny wewnętrznej kości czaszki, odkrytej przypadkowo dzięki badaniu płynu mózgu-rdzeniowego.

H. S z p i d b a u m.

D. NABARBO. Kila wrodzona w trzecim pokoleniu. (The Brit. Journal of Ven. Dis. IX, 1933).

Od czasów Fourniera i Hutchinsona toczy się spór o to, czy kila wrodzona może się przenosić na następne pokolenie. Fournier stawiał następujące kryteria: stwierdzenie kili u dziadków, dowody wczesnej kili wrodzonej u rodziców i dziecka i wykazanie, że nie było kili nabytej u któregoś z rodziców. Autor uważa za pewne te przypadki przeniesienia kili wrodzonej na trzecie pokolenie, w których dziadkowie, rodzice (zwykle tylko matka) i dziecko mają dodatnie odczyny Wassermana oraz te, w których matka ma pewne stygmaty kili wrodzonej takie, jak typowe zęby Hutchinsona, pęknięcia dokoła ust i oznaki *keratitis parenchymatosa*. Za prawdopodobne przyjmuje przypadki, gdzie matka ma niewątpliwie kilę wrodzoną, a dziecko miało prawdopodobnie w pierwszych latach, lecz nie można być tego pewnym z powodu braku analizy krwi w owym czasie, a ujemnego odczynu Wassermana w chwili badania przez autora. Badanie należy przeprowadzić według następującego planu: 1) dokładnie przebadać matkę w kierunku ewentualnych stygmatów kili wrodzonej takich, jak rozpadliny dokoła ust, zaburzenia rozwojowe zębów, splaszczanie nosa, *hydrocephalus*, czoło olimpijskie, 2) zebrać wywiady co do schorzeń oczu i obręzków kolan i kości, 3) spytać o historię jej rodziców i, jeżeli ojciec nie żyje, stwierdzić przyczynę śmierci, 4) zebrać historię chorób jej rodzeństwa ze szczególnym zwróceniem uwagi na schorzenia o etiologii podejrzaną o kilę. Autor wyraża przypuszczenie, że matka z kilą wrodzoną jest nosicielem krętków w jajnikach lub innych narządach miednicy i może przenieść czynną kilę na dziecko nawet wtedy, gdy ojciec jest zdrow.

Alfred E t t i n g e r.

Oceny książek

Jan ŻNINIEWICZ und Janina ŻNINIEWICZ. **Ueber die Wirkungsweise der Kaltwasserreize auf die Dynamik des Nervensystems und deren therapeutische Verwertung.** Verlag von Moritz Perles. Wien und Leipzig 1933. XI und 224.

Autorzy posiadają ogromny materiał empiryczny, który blisko 30 lat gromadzą, materiał, przewyższający 20 tysięcy dokładnych historii chorób, obejmujący z epikryzami, jak przedmowa głosi, 5 tomowy rękopis. Swoje teorie hidroterapii ogłaszali w głównych zarysach już dawniej (1913, 1914, 1930) w polskich pracach w Poznaniu. Trudno, zaiste, nawet w obszernej referacie i przy najbardziej przychylnym ustosunkowaniu się do doświadczenia autorów wymienić, co zasadniczo oryginalnego i nowego dają Żniniewiczowie w obszernej książce, zawierającej słowo wstępne, przedmowę, trzy części teoretyczne i praktyczne, rozdział uzupełniający i zakończenie, co oni głównie akcentują w swojej „zmodernizowanej hidjatrii”. Objasnić muszę, że autorzy uważają za stosowne skrócić dawną nazwę hidroterapii (hydor — woda, therapeutos — lekarz) na hidjatrię (hyd — skrócony hydor, iatros — lekarz), za co im się wdzięczność należy. Zagłębiając się bliżej w treść książki, niezawsze czytelnik znajdzie miejsca, gdzie się jasno i przejrzysto uwydatnia myśl autorów, dosyć tu i owdzie mętne sformułowane. Są więc dyskutowane w 1-ej części, zatytułowanej „Neue Grundbegriffe der Hydrotherapie”: doświadczalna atonia i anemja kory, przeładowanie i hiperemja mózgu, rękoczyn i zabiegi obwodowe a tonus mózgu i rdzenia, zgęszczenie i zmniejszenie potencjału energii układu ośrodkowego, summacja odczynów naczyńowych, po-

dział ciała na terytorja pod względem hidjatricznym, mycie codzienne oraz czynniki patogenetyczne, wspólne licznym zachorzeniom, współpraca lekarza i pacjenta i tym podobne, luźnie ze sobą związane sprawy fizjologiczne, topograficzne, patologiczne, terapeutyczne *et tutti quanti*. „Nauka lekarska — brzmią złote słowa autorów — musi zapobiegać temu, aby hidroterapia nie przeszła od lekarza w ręce laików, jak to miało miejsce w połowie ubiegłego stulecia z Priessnitzem, Kneippem, Biltzem, Platenem, Kühnem”. Niestety, mam wrażenie, że w bardzo wielu miejscach książki czytelnik, obeznany z historją wodolecznictwa, — a należę do nich — znajdzie znacznie więcej reminiscencji, myśli i interpretacji z dawno przebrzmiałych i odśpiewanych ksiąg tych właśnie laików, niż z istotnych i przekonujących badań laboratoryjnych fizjologów i klinicystów nowszej daty, niż z empirji, zdobytej ostatnio w licznych zakładach fizjatricznych i z eksperymentów, racjonalnie i systematycznie prowadzonych choćby w klinikach Niemiec i Austrii nad wpływem balneoterapii na układy piramidowy i pozapiramidowy, na układy sympatyczny i parasympatyczny, rządzące gospodarką i życiem ustroju. Podzielając niektóre poglądy autorów, nie mógłbym jednak zgodzić się z ich zdaniem, że wodolecznictwo nie zna przeciwwskazań, nie wyłączając chorób złośliwych i nieuleczalnych (str. 110). Opuszczając z żalem dział teoretyczny, ogólny i szczegółowy, rzucam się z namaszczeniem na rozdział przedostatni, poświęcony „metodyce leczenia i planom poszczególnym” kuracji wodnej. Znajduję tu wiele trafnych wskazówek, wołałbym jednak mniej tajemniczości

Kneippa i Biltza w podziale ciała na 1 do 6 okolic i segregowaniu natrysków na serie całkowite, częściowe i ekstraserje (!). Dział ideogramów czyli znaków graficznych różnych zabiegów nosi cechy teoretyzowania, może jednak znajdzie zwolenników, którzy będą usiłowali prowadzić swoje Extraoccipitalserie i Extracervicalserie natrysków „w zależności od kondensacyjnego lub dyspersyjnego stanu energii w ośrodkach nerwowych”. Ostatni rozdział książki zawiera szereg uzupełnień i objaśnień do części teoretycznej, znowu niepotrzebnie posilkując się (str. 208) najbardziej ścisłą i subtelną terminologią teoretycznej fizyki nowoczesnej (Energiepotenzial Differenz) w zastosowaniu do najmniej ścisłej nauki empirycznej i praktycznej starego wodolecznictwa (energetisches relatives Uebergewicht der Stirnhirnlappen). Autorzy żałują, że ograniczone rozmiary monografii nie pozwoliły im na obszerniejsze traktowanie tematu, stąd

niejeden czytelnik odłoży może książkę po przestudjowaniu jej z wrazeniem, „że dużo w pracy tej jest niejasne, że wiele teorii przeczy dotychczasowym poglądom, że liczne twierdzenia są zbyt śmiałe, inne niedostatecznie umotywowane”. Zapewniają jednak krytycznego a ciekawego czytelnika, „że do pobieżnego stwierdzenia słuszności ich poglądów wystarczy doświadczenia kilkomiesięczne na własnej osobie, zaś do bardziej ścisłej kontroli wystarczy może już okres trzechletni”. Całość imponuje ogromem materiału i wielkiem odczytaniem autorów, którzy zagadnienie wodolecznictwa wzbogacili pracą sumienną, może zbyt oryginalnie pomyślaną, ale zato na wieloletniemu doświadczeniu opartą. Przebija z każdej strony głęboka wiara w efekt leczniczy tej starej, jak świat, metody terapeutycznej, metody leczenia zimną wodą.

H. H i g i e r.

Wskazówki praktyczne

A. F i l e p radzi u *rodzących z niewyrównaną wadą serca* w celu zapobieżenia zapaści sercowej stosować, obok środków nasercowych, *długotrwałe wdychanie tlenu*. (Orvosképzés 1932, księga pamiątk. dla prof. v. Totha).

—o—

F. S p i r i t o uważa za najlepszy oręż w walce z *zakażeniem pologowym wstrzykiwanie do mięszu szyi macicznej 1/4 ctm.³ szczepionki*, złożonej z 1 miljarda paciorkowców, 500 milionów gronkowców, 500 milionów gonokoków i 300 milionów prątka okrężnicy. Wstrzykiwania robi się przy użyciu zwierciadła macicznego za pomocą cienkich długich igieł. Po wstrzyknięciu ciepłota się podnosi. Wstrzykiwania wykonywa się co 3 dni aż do czasu, kiedy zwykła dawka przestaje wywoływać odczyn gorączkowy. Za zwykłą dawkę uważać należy tę, która przy pierwszym wstrzyknięciu wywo-

luje gorączkę około 38°. Każde następne wstrzyknięcie daje już słabszy odczyn gorączkowy aż do zupełnego ustania gorączki. (Gynéc. et Obstétr. 1933, czerwiec).

—o—

C. D é j e a n uważa *acetylcholinę* za środek swoisty przeciwko *migrenie ocznej*: 0,1 zastrzyknięte domięśniowo usuwa w ciągu kwadransa mroczki i ból głowy. Środek ten działa niezawodnie. (Presse méd. 1932, Nr. 103).

—o—

W *migrenie zależnej od sympatyko-tonicznych zaburzeń naczyniowych* poleca K o t t m a n n *Gynergen*. Napady daje się łatwo przerwać, a po dłuższym stosowaniu środka ustają zupełnie. Podczas napadu zastrzykuje się 0,5 cm³ a w następstwie przez czas dłuższy stosuje się 3 razy dziennie po 1 pastylce. (Schweiz. med. Wschr. 1933, N. 23).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 7 marca 1933 roku.

Posiedzenie z dnia 7 marca 1933 roku.

Początek o godzinie 20-tej.

Obecnych członków T-wa 30, wprowadzonych gości 26.

1. Protokół posiedzenia z dnia 28 II r. b. przyjęto.

2. Kol. M i k u ł o w s k i W. wygłasza odczyt z pokazem: „*Płasawica rodzinna u dwojga dzieci kilowych*” (streszczenie własne).

Dziewczynka 13-letnia przybywa 23 XI 1932 do szpitala z powodu od 3 tygodni trwającej płasawicy, która rozwinęła się w ślad po przebytej anginie. Typowe zaburzenia ruchowe z dodatkami objawami C z e r n e g o, S t o e l t z n e r a, S t e p h e n s a. Szmer skurczowy nad podstawą i nad koniuszkiem serca. Eozynofilia 8%, odczyn W a s s e r m a n n a we krwi w płynie mózgowym ujemny. Wywiady rodzinne stwierdzają u zdrowej matki 2 poronienia i 4 rodzeństwa zdrowego. Ojciec dziecka lat 44, cierpi na miażdżycę tętnic i na niedomykalność zastawek półksiężycowych aorty, jest nosicielem stygmatów kilowych, bo jest synem luetyka, który w 39-ym roku życia umarł na paraliż postępujący. Matka ojca 7 razy rodziła, w tem 3 razy płody nieżywe. Tak więc chora na płasawicę dziewczynka jest w drugim pokoleniu obciążona dziedzicznie kilą po mieczu. Wykazuje ona hipotrofię (obniżenie wagi o 10 kg.) i odchylenie wzrostu 9%, podniebienie gotyckie, język mosznowy, axiphoidję, obecność pigmentacji naokoło tarczy przy wznięciu oka, asymetrię palców rąk, odczyn dodatni na luotest, przyspieszenie opadania krwinek. W miesiąc po rozpoczętej kuracji w szpitalu dziecko zapada na gorączkową anginę, a wślad potem na surowicze, jałowe zapalenie płuc, które po salicylu rychło ustępuje. Pod koniec 1-go miesiąca pobytu dziewczynki w szpitalu jej siostra 12-letnia zapada na typową płasawicę

z przewagą zaburzeń ruchowych kończyn górnych — tak, że przez 2 tygodnie jeść sama nie może. Dziecko, leczone salicyłem stosunkowo szybko poprawia się bez powikłań sercowych. W obu przypadkach chodziło o płasawicę, której gościcowy charakter objawiał się przez dodatnie reagowanie na salicyl. Incydent anginowy, szmer sercowy oraz szybko uleczone salicyłem wysiękowe zapalenie płuc, spostrzegane u starszej dziewczynki, były również znamienne dla gościa. Z drugiej strony wywiady rodzinne stwierdzają realność obciążenia dziedzicznego kilą wrodzoną dzieci w drugim pokoleniu. Wrazem tego zakażenia jest obecność szeregu stygmatów kilowych i dodatni odczyn na luotest u obu dziewcząt. Obserwacja ta budzi zagadnienie roli kily w etiologii płasawicy. W omawianym przypadku rola kily ogranicza się do ram konstytucji fenotypowej i do czynnika mniej lub więcej uczulającego ustrój na następne incydenty neuropatowe. Czynnikiem bezpośrednio infekcyjnym był gościec.

Przypadek budzi zagadnienie „dyskretnej” zaraźliwości gościa i porusza problem rzadko w literaturze notowanych przypadków płasawicy rodzinnej.

Referent stwierdza, że 3 XII. 1930 demonstrował na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego podobny przypadek płasawicy gościcowej rodzinnej u dziewczynki 4-letniej i u jej 25-letniej matki, która w 3 tygodnie po córce zachorowała na płasawicę i z tego powodu leżała na oddziale Dra. F l a t a u a w szpitalu.

Referent przytacza z literatury rzadkie przypadki płasawicy rodzinnej.

3. Kol. G r o t t J. W. (członek T-wa) wygłasza odczyt p. t.: „*Cukromocz w ciąży*” (streszczenie własne).

Cukromocz w ciąży jest zjawiskiem dość częstym. Według badań R e i c h e n s t e i n a z Lwowskiej kliniki prof. G l u z i ŋ s k i e g o (1909 r.) prawie w 12% wszystkich przypadków ciąży występuje w moczu cukier, zaś po ob-

ciążeniu ustroju 100 gr. glukozy w 28% przypadków w ilości znaczniejszej, a w postaci śladów w 10%. Według ostatnich badań M. L a b b e g o i M o u z a f f e r a - C h e v k i u ciężarnych mocz badany naczcho wykazuje obecność cukru 1 raz na 37 razy, zaś po spożyciu 50 gr. glukozy 10 razy na 37 osób zbadanych.

Obecność cukromoczu w moczu może być spowodowana ujawnieniem się utajonej cukrzycy (rzecz stosunkowo rzadka) lub, co bywa najczęściej, obniżeniem się progu nerkowego dla cukru gronowego. Próg nerkowy obniżony wskutek działania czynników związanych z ciążą powoduje, że cukier przenika do moczu:

- a) naczcho przy poziomie normalnym cukru we krwi,
- b) po spożyciu węglowodanów przy prawidłowej krzywej glikemicznej.

O rozpoznaniu rozstrzyga zbadanie krzywej cukru we krwi po obciążeniu ustroju 50 gr. glukozy. Przy cukromoczu nerkowym w ciąży pacjentka wydziela co najwyżej parę gramów cukru z moczem, pomimo spożycia dużej ilości węglowodanów przy koncentracji glukozy zwykle nie przewyższającej 1%. Zdarzają się tu jednak bardzo liczne wyjątki.

Przyczyn cukromoczu nerkowego ciężarnych nie znamy dokładnie, wiemy natomiast, że odgrywa tu wybitną rolę zachowanie się wątroby, gruczołów dokrewnych oraz nerek.

Cukromocz nerkowy ciężarnych jest sprawą łagodną, zwykle znika szybko po urodzeniu dziecka. Wśród przypadków opisanych przez autorów spotyka się zarówno tak zw. łagodne, jak i złośliwe. Do grupy I zaliczamy takie przypadki, w których pomimo szeregu lat obserwacji cukrzycy nie powstała wcale, do drugiej zaś tę, w których głębsze zaburzenia w przemianie węglowodanowej rozwinęły się bardzo szybko.

Dotychczasowe spostrzeżenia nie są dokładne, wobec czego, opierając się na nich, trudno wypowiedzieć się ostatecznie w tej sprawie. Wobec powyższego co do ew. niewinności cukromoczu nerkowego ciężarnych i jego związku z cukrzycą dopiero wtedy będziemy mieli możność ostatecznego wypowiedzenia się, gdy klinicyści zbiorą materiał obfity, dokładnie przebadany w ciągu szeregu lat na podstawie krzywych cukru we krwi po obciążeniu glukozą. Dziś więc tylko pozostaje lekarzowi w każdym poszczególnym przypadku cukromoczu w ciąży ustalenie dokładnego rozpoznania co do charakteru tego objawu oraz zastosowanie dostatecznie długiej kontroli w celu uchronienia swej pacjentki od ew. przykrych niespodzianek.

Posiedzenie zamknięte o godz. 21 minut 45.

Prezes: Ludwik P a s z k i e w i c z.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: M. K r u s z ó w n a.

Posiedzenie z dnia 14 marca 1933 roku.

Początek o godz. 20-tej.

Obecných członków T-wa 36, wprowadzonych gości 22.

1. Kol. P r e g o w s k i P. (członek T-wa) omówił „Wyniki 30-letnich dociekań własnych nad terapią t. zw. czynnościowych zaburzeń psychicznych i nerwowych”. (streszczenie własne).

W obecnym odczycie, który jest rozszerzeniem i uzupełnieniem powtórzeniem francuskiej pracy autora (L'Encéphale Nr. 8. 1932 „Sur le traitement des psychoses non organiques”), P r e g. streszcza całość tych wyników.

W leczeniu zaburzeń wegetatywnych autor kładzie główny nacisk na bezpośrednie działanie ciepłem (kompresami) na odnośne okolice mleczca pacierzowego — w myśl idei angielskiego lekarza zeszłego stulecia C h a p m a n a. W opoterapii zaś, stosowanej w przypadkach o prawdopodobnym pochodzeniu dokrewno-gruczołowym, P r e g. jest zwolennikiem stosowania dawek małych i stopniowego ich powiększania.

Z zakresu cierpień o przypuszczalnym pochodzeniu wegetatywnym P r e g. streszcza wyniki swego leczenia u nerasteników i w przypadkach nerwicy pourazowej oraz w otepieniu wczesnym, przytaczając ponadto przykładowo opis pierwszego i dwu ostatnich przypadków otepienia wczesnego, w których leczenie to, uwieńczone pomyślnym wynikiem, było stosowane. Jako dodatek do tej części referatu P r e g. streszcza swoją niedawną publikację o stosowaniu miejscowym ciepła w padaczkę swoistą.

Z zakresu cierpień o przypuszczalnym pochodzeniu dokrewno-gruczołowym P r e g. streszcza wyniki stosowania: 1) hormonu szyszynki (Hypophyson R i c h t e r a według koncepcji Dra B o g a c k i e g o) w psychozie porodowej; 2) preparatów jajnikowych, względnie jądrowych w zaburzeniach psychicznych o cyklu miesięcznym, zarówno u kobiet jako też u mężczyzn, przytem autor zalicza

do tej grupy także przypadki z powstającymi co miesiąc wybuchami złości, zączy niszczenia i sadyzmu; — 3) leczenia kombinowanego — opoterapii oraz leczenia przeciwwzapalnego, u pseudocygników, u których zaburzeniem psychicznym towarzyszą miejscowe, zwykle w górnych drogach oddechowych, sprawy zapalne z podniesioną ciepłotą ciała, 4) leczenia przeciwwiekcyjnego najpierw, a potem ewentualnie leczenia hormonalnego lub malaryjnego w ostrych psychozach, powstających przy współistnieniu ogólnych spraw infekcyjnych. Jako dodatek do tej części odczytu P r e g. streszcil swą niedawną pracę o stosowaniu antityreoidyny w napadowych stanach tęgu z biciem serca. Wreszcie P r e g. przytacza trzy przypadki spólistnienia obu powyższych kategorii cierpień: — otepienia wczesnego i zaburzeń psychicznych t. zw. menstruacyjnych, — i mówi o pomyślnem stosowaniu w tych przypadkach leczenia skombinowanego, t. j. z jednej strony stosowanego na układ wegetatywny, z drugiej — opoterapii jajnikowej.

W r o z p r a w a c h przemawiali: kol. H i g i e r H., W a g n e r i prelegent.

2. Kol. C h o d k o w s k i K. (członek T-wa) i T i p p e l t E. przedstawili przypadek „Z kazuistyki krwawień smiertelnych” (streszczenie własne).

Przypadek dotyczył mężczyzny W. A. l. 23, z zawodu szewca, który przybył dnia 19 VIII. 1932 r. do oddziału Chorób Wewn. Szpitala Przem. Pańskiego w Warszawie (ordynator Doc. Dr. med. Z. M i c h a l s k i) w tydzień po wystąpieniu wymiotów krwawych. Z wywiadów wynika, że chory był na weselu, gdzie pił dużo napojów wysokowych. Następnego dnia jakoby wśród zupełnego zdrowia dostał wymiotów krwawych (krew miała zabarwienie zupełnie czarne), które powtarzały się codziennie aż do przybycia do szpitala. Przed o lata przebywał w szpitalu z powodu wymiotów krwawych, wywołanych jakoby przez wrzód żołądka. Po wyjściu ze szpitala czuł się dobrze, dolegliwości nie miał, djety nie przestrzegał (dużo pił napojów wysokowych). Poza tem nigdy nie chorował.

Ze stanu ogólnego zasługuje na uwagę: upośledzenie odżywiania, bledosc powłok skornych i sluzówek, szmer rozkurczowy nad koniuszkiem, na mostku i nad tętnicą główną przy czystym l. tonie; tętno miarowe slabo wypelnione i slabo napięte, dość chybkie, liczba uderzeń 100. Poza tem stwierdzono tylko mierną bolesność uciskową w dołku podsercowym i prawym podżebrzu.

W ciągu 3 dni pobytu chorego w oddziale stan ogólny był bardzo ciężki, przytem stale pogarszał się. Wymioty fusowate wystąpiły jeszcze dwukrotnie. Pomimo stosowania środków, mających na celu zatrzymanie krwawienia (dożylnie wstrzykiwanie stężonych rozczywnów soli kuchennej i inne) chory zmarł dnia 22 VIII. 1932.

Przyczyna krwawienia była niewyjaśniona. Fusowaty wygląd wymiocin wskazywał na krwawienie do jamy żołądka. Z obawy spotęgowania krwawienia nie tylko nie można było przeprowadzić koniecznych badań dodatkowych, lecz nawet dokładnie zbadać chorego. Opierając się przeto na rozpoznaniu z czasu poprzedniego pobytu chorego w szpitalu uzależniono krwawienie od wrzodu żołądka jednak z pewnemi zastrzeżeniami, gdyż dobre samopoczucie chorego, brak dolegliwości w ostatnich 6 latach mimo niestosowania djety i nadużywania napojów wysokowych (co chory wyraźnie w wywiadach podkreślał) przemawiały w pewnej mierze przeciw chorobie wrzodowej.

Badanie pośmiertne (Prosektorjum Szpitala P. P. Prosektor Dr. J. D a b r o w s k a, sekcję wykonał K. C h o d k o w s k i) wykonane dnia 23 sierpnia r. 1932 wykazało:

1. wybitna niedokrewność ogólna,
2. stłuszczenie wyprzedniające m. sercowego,
3. przerost osi środkowy całego serca,
4. obostrzone zapalenie przewłokle wsierdziej: zastawek półksiężycowych tętnicy głównej z mierną niedostatecznością zastawek i miernym zwięzieniem lewego ujścia tętniczego,
5. obrzęk i stwardnienie brunatne płuc,
6. nieznaczne stwardnienie zastojowe nerek,
7. przewłokle obrzmienie śledziony,
8. marskość zanikową wątroby (waga 1320 g),
9. wybitne rozszerzenie żył ściany żołądka wzdłuż krzywizny małej wpustu oraz przelyku w postaci grubych waleczków wystających ponad powierzchnię sluzówki, twardych, całkowicie zamkniętych przez skrzepliny,
10. nieznaczne rozszerzenie dolnej żyły odbytniczej (guzki krwawnicowe),
11. czarny kał w jelicie grubym,
12. przewłokle niezbyt sluzowy żołądka i jelit.

Badanie mikroskopowe skrawków z wątroby wykazało naogół nieznaczny rozrost tkanki łącznej dookoła zrazików i ich grup, oraz stłuszczenie zwyrodniające, a w niektórych miejscach wczesny rozrost tkanki łącznej dookoła żył środkowych. Naogół zmiany marskie były nieznaczne, przeważało przekrwienie bierne i stłuszczenie zwyrodniające.

W rozważaniach nad źródłem i przyczyną krwawienia należało zatrzymać się na marskości wątroby i rozszerzeniach żył żołądka i przelyku. Zmiany te bez wątpienia pozostawały w ścisłym związku przyczynowym ze sobą. Marskość wątroby powstała najprawdopodobniej na tle nadużywania wysoko, przebiegała ona bardzo łagodnie i przejawiała się poraż pierwszy już w 17 r. ż. (przed 6 laty). Wtedy bowiem zjawily się poraż pierwszy krwawe wymioty. Prawdopodobnie nastąpiło zaburzenie krążenia krwi w układzie żyły wrotnej, co wobec nieistnienia dostatecznych połączeń obocznych spowodowało krwawienie do jamy żołądka (wymioty krwawe). Z biegiem czasu jednak zaburzenia w krążeniu wyrównały się, głównie przez połączenie żył żołądka z żyłami przelykowymi, należącymi już do układu żył nieparzystych (układ górnej żyły głównej), tylko nieznaczna część krwi odpływa przez połączenie z żyłami odbytniczymi dolnymi do żyły podbrzusnej. Te drogi krążenia oboczne przez długi czas (6 lat) wystarczały dla wyrównania zaburzeń krążenia w układzie żyły wrotnej; zwłaszcza wobec stosunkowo nieznacznych zmian w wątrobie. Tem tłumaczy się nieobecność puchliny brzusznej, brak rozszerzenia innych połączeń (powierzchnowych i głębokich) żyły wrotnej z żyłami głównymi.

Krwawienie niewątpliwie nastąpiło z żył ściany żołądka, gdyż żyły przelykowe były całkowicie zamknięte przez skrzepliny. Krwawienie przebiegało powolnie, a nie gwałtownie. Przemawia zatem nieobecność pęknięcia ściany żył jak to spostrzegali w przelyku Póltorzycka i Wąsowska z (Medycyna Warszawska Nr. 2, 1930). Zgadza się z tem dane kliniczne: kilkudniowe trwanie krwawienia (około 10 dni) i fusowaty wygląd wymiocin.

Prawdopodobnie krwawienie do światła żołądka rozpoczęło się w okresie zamykania światła połączeń przez skrzepliny, wskutek czego odpływ krwi z układu żyły wrotnej był wybitnie utrudniony, gdyż inne połączenia bądź nie były zupełnie dostosowane, bądź były dostosowane niedostatecznie do przeprowadzenia większej ilości krwi do układu żył głównych. Napływająca do żył krew, której odpływ był utrudniony nie tylko z powodu czynników miejscowych lecz także i ogólnych (niedostateczność układu krążenia), rozciągnęła ściany naczyń włosowatych żołądka i nastąpiło krwawienie *per diapedesin*; stąd powolny przebieg krwotoku.

Jaki czynnik spowodował tworzenie się skrzeplin? Na to pytanie odpowiedzieć trudno. Niewątpliwie istniały w ustroju warunki, które ułatwiały tworzenie się skrzeplin. Należy uwzględnić tu nie tylko warunki krążenia miejscowego lecz i ogólnego. Nie były one pomyślne dla ustroju, bowiem zaburzenia krążenia w układzie żyły wrotnej spotęgowały się zaburzeniami krążenia w układzie żył głównych, zależnym od niedomogi serca. W wątrobie prąd krwi napotykał opór nie tylko w wewnątrzwątrobowych rozgałęzieniach żyły wrotnej, lecz także i w żyłach wątrobowych, dolnej żyły głównej i prawem sercu. Z drugiej znow strony krążenie przez połączenia oboczne nie mogło wyrównać się w dostatecznej mierze z powodu zastojów w żyłach nieparzystych, należących do układu głównej żyły górnej. Stąd można sądzić, że w żołądku i przelyku zastój był znaczniejszy niż w innych

narządach, a prąd krwi był powolny. W takich warunkach krążenia odżywianie ściany było upośledzone, łatwo mogły rozwinąć się zmiany zwyrodniające w śródbłonku (stłuszczenie). Oba te czynniki, t. j. zwolniony prąd krwi i uszkodzenie ściany naczyń należą do zasadniczych warunków tworzenia się skrzeplin.

Prawdopodobnie istnieje również związek przyczynowy, krwawienia z błędem w dęcie (nadużycie wysoko).

3. Kol. Trojanowski A. przedstawił „Przypadek marskości zanikowej wątroby z krwotokiem z żołądka i dwunastnicy” (streszczenie własne).

W przypadku marskości zanikowej wątroby u 67-letniego mężczyzny, z zawodu kelnera, alkoholika, zejście śmiertelne powstało wskutek krwotoku z nadżerek w śluzówce dwunastnicy i dna żołądka. Przypadek zasługiwał na uwagę ze względu na typowy przebieg kliniczny i charakterystyczny obraz anatomiczny.

W r o z p r a w a c h nad punktami 2 i 3 porządku obrad przemawiała kol. Dąbrowska J.

Prezes: Ludwik Paszkievicz.
Sekretarz Doroczny: Karol Chodkowski.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Internistycznego w Wiedniu z dnia 16 lutego 1933 r. (Wien. med. Woch. Nr. 36/1933) mówił E. Schliephake o *leczeniu krótkimi falami w dziedzinie chorób wewnętrznych*. Związek pomiędzy nową metodą leczenia a medycyną wewnętrzną jest właśnie szczególnie bliski. Nietylko dlatego, że służy ona do leczenia schorzeń czysto wewnętrznych, lecz również dlatego, że choroby, które mogły ulec poprawie tylko pod wpływem leczenia chirurgicznego, znowu można dzięki niej leczyć zachowawczo. Szczególna właściwość działania leczniczego krótkich fal polega, między innymi, na ich głębokim działaniu oraz na rozmaitem działaniu poszczególnych długości fal na określone substancje. Zapomocą doboru odpowiedniej długości fali można odmiennie wpływać nawet na mikroskopowo małe cząsteczki określonego rodzaju, aniżeli na sąsiadujące z nimi. W ten sposób zabijane zostają również drobnoustroje. W doświadczeniach fizjologicznych udało się wykazać, że u zwierząt można wpływać zapomocą krótkich fal w najrozmaitszy sposób na ośrodek cieplny. Zwierzęta ulegają ciężkim zaburzeniom swej regulacji cieplnej. Większość nasświetlanych w ten sposób zwierząt ginie później z powodu chorób z przeziębienia, zapalenia płuc i opłucny. Nowa metoda doprowadzi prawdopodobnie do dużych postępów w dziedzinie badań nad przeziębieniem. Prelegent wspomina krótko o swych dawnych wynikach leczenia czyraków, ropowic, zanogic. Przy leczeniu ropni i zgorzeli płuc, które brano bez szczególnego wyboru, na ogólną liczbę 12 przypadków metoda ani razu nie zawiodła. Tak samo zachowywały się przypadki przewlekłego zapalenia płuc, ropnych zapaleń opłucny, gruźliczych ropnych zapaleń opłucny z mieszanym zakażeniem. Z 12 przypadków przewlekłego zapalenia szpiku kostnego poczęści o przebiegu kilkoletnim udało się osiągnąć w 10 daleko idącą poprawę. W ciągu 6 — 8 tygodni następowało oddzielanie się martwaka, który można było wtedy z łatwością usunąć. Błyskawiczne wyniki otrzymał prelegent w leczeniu połowicznych bólów głowy, dalej komunikuje on o dobrych wynikach w cierpieniach naczyńokurczowych. Wyniki lecznicze ilustrował prelegent licznymi zdjęciami rentgenowskimi.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

IX Międzynarodowy Kongres Komitetów Walki z Handlem Kobietami i Dziećmi.

Podala

Halina SIEMIENSKA (Warszawa).

Kryzys i warunki polityczne Niemiec sprawiły, iż IX Międzynarodowy Kongres Komitetów Walki z Handlem Kobietami i Dziećmi obradował w tym roku (między 13 a 16 Czerwca) w Berlinie w bardzo nielicznym składzie. Poza „gospodarzami” stawili się tylko „ci najwierniejsi” — t. j. delegaci Anglii, Danji, Holandji,

W. M. Gdańska, Norwegji, Polski, Szwajcarii, Szwecji; po raz pierwszy reprezentowany był Komitet Urugwajski; w charakterze gości zabierali głos przedstawiciele: Centralnego Biura Francji, Rządów Portugalji i Włoch. Oczywiście, pilnie przysłuchiwali się dyskusjom reprezentanci wielu zainteresowanych niemieckich organizacji rządowych i społecznych.

Niemniej może właśnie ten nieliczny zjazd sprawił, że Kongres się „udał”; dyskusja toczyła się warto, bez frazesów i retoryki, mówcy przemawiali zawsze na temat i tylko ci, którzy istotnie znali się na rzeczy.

Oprócz przyjęcia do wiadomości Raportu Mię-

dzynarodowego Biura i Komunikatu Komisji do spraw filmów propagandowych, jako jednego ze środków walki z handlem kobietami i dziećmi, były omawiane następujące zagadnienia:

W a l k a z p o r n o g r a f j ą. — Główny referent — dr. G r a a f (przewodniczący Komitetu Holenderskiego i Międzynarodowej Federacji Abolicjonistycznej) ograniczył ten temat do rozważań nad 4 pytaniami:

1) Czy dostępnejsze są obecnie do nabycia w poszczególnych krajach artykuły, obrazy i inne przedmioty treści pornograficznej?

Na podstawie danych, gromadzonych od r. 1930 przez Centralne Biuro Walki z Handlem Kobietami i Dziećmi w Amsterdamie, dr. G r a a f ustalił, że handel przedmiotami jaskrawo pornograficznymi odbywa się zawsze potajemnie. Handlarze doskonale wiedzą, jaka kara im grozi, i dlatego pracują w ukryciu. Natomiast handel przedmiotami pornograficznymi o cechach mniej wyraźnych, bardziej zatartych, odbywa się mniej lub więcej jawnie, zależnie od pobłażliwości lub ośpałości prawa. Stąd też podobne przedmioty dostają się łatwiej do rąk publiczności, jakkolwiek są równie szkodliwe, jak i przedmioty pierwszej kategorii.

W ostatnich latach uderza wzrost dzieł pseudonaukowych i pseudoartystycznych, o silnie erotycznym podkładzie, oraz wytworów z dziedziny patologii seksualnej.

Dzięki zwiększonemu czytelnictwu i swobodzie, stosowanej w wychowaniu młodzieży — szkodliwe książki łatwiej dziś przenikają do szerokich mas i przyczyniają się do obniżenia poziomu moralnego, o którym coraz częściej mówi się i słyszy.

2) Czy stwierdzono, że handlujący temi przedmiotami używają ich jako bodźców dla zwiększenia zapotrzebowania prostytutki, lub jako pomocy w werbowaniu kobiet i dzieci dla celów nierządu?

Jasne jest dla wszystkich, że pornografia jest często na usługach prostytutki. Niejednokrotnie u prostytutek lub w domach publicznych znajdowano obrazki pornograficzne (np. o słynnej nazwie cinema-cochon), używane dla ekscytacji i budzenia u klientów pragnień perwersyjnych, za zaspakajanie których pobierane są wyższe opłaty. Związek pomiędzy pornografią a prostytutką zaznacza się także i w tem, że w pismach pornograficznych można zawsze znaleźć ogłoszenia prostytutek (w rubrykach: masaże, konwersacja i t. d.), homoseksualistów i t. d.

3) Jakich sposobów używa się dla zwalczania wydawnictw pornograficznych? Jakie są wyniki tej działalności?

Zdaniem dr. G r a a f a środki, stosowane w walce z pornografią, można podzielić na prawne i prywatno-społeczne.

Państwa, które przystąpiły do Paryskiego Porozumienia z r. 1910, wyznaczyły władze centralne, ściśle współpracujące z Centralnymi biurami dla międzynarodowego zwalczania handlu żywym towarem. Następna międzynarodowa Konwencja, zawarta w Genewie dn. 12.IX.1923 r., rozszerza i wzmacnia postanowienia pierwszej konwencji, jednak również nie podaje interpretacji słowa „pornografia”. A ponieważ dotąd żadne prawodawstwo narodowe nie zdobyło się na ścisłą definicję tego słowa, więc główna trudność w zwalczaniu pornografii polega nietyle na wykrywaniu samego przestępstwa, ile na przewyżczeniu przeszkód prawnych. Cała działalność „zwalczania” uzależniona jest od oso-

bistego pojmowania przez sędziego słowa „pornografia”.

W Holandji dla ujednolinitości akcji zwalczania pornografii na wniosek Komitetu Minister Sprawiedliwości w r. 1930 powołał Komisję Doradczą (przy Centralnym Urzędzie Walki z Pornografią), złożoną z biegłych w dziedzinie prawa, estetyki, psychiatrii i nauk społecznych. Ma ona na celu opinowanie we wszystkich trudniejszych wypadkach, kiedy sędziowie i prawnicy nie mogą sami ustalić linii demarkacyjnej między sztuką i nauką a pornografią. Działalność Komisji zaznacza się coraz wydatniej i zyskuje powszechne uznanie.

Różnice zdań w interpretacji słowa „pornografia” występują jeszcze jaskrawiej w międzynarodowej akcji zwalczania pornografii. Doprowadziły one do tego, że wydawcy, jeśli nie w tym, to w innym kraju mogą zaw sze ułokować swój „towar” i znaleźć nań nabywcę.

W celu uzyskania większej jednolitości w międzynarodowej walce z pornografią Holenderskie Centralne Biuro ostatnio zgłosiło do międzynarodowej Komisji Policji Kryminalnej wniosek, aby władze centralne przekazywały sobie wzajemnie wykazy dzieł, zabronionych w poszczególnych krajach.

Rygorystyczne stosowanie Konwencji Pocztowej (nieprzyjmowanie wydawnictw pornograficznych, niszczenie paczek z przedmiotami pornograficznymi i t. d.) może również w znacznym stopniu przyczynić się do skutecznego zwalczania pornografii. Jednak bardzo wiele ma tu do powiedzenia i samo społeczeństwo. Zarówno jednostki, jak i organizacje prywatno-społeczne muszą czynnie współpracować z rządem, sądownictwem i policją nietylko przez wytworzenie silnej opinii, ale i przez osobistą inicjatywę w wykonywaniu prawa i pomoc w prowadzeniu akcji prewencyjnej, t. zn. dostarczaniu szerokiej publiczności dobrych a tanich książek, pism i obrazów.

4) Jaki jest stosunek handlu przedmiotami pornograficznymi do międzynarodowego handlu kobietami i dziećmi?

Oczywiście, bezpośrednich dowodów istnienia takiej zależności między temi przestępstwami niema, ale tylko pozornie — do chwili, kiedy zostanie uznanem powszechnie, iż za handel żywym towarem należy uważać wszelkie postacie prostytutki, czyli wszelkie osiąganie zysków z nierządu trzeciej osoby. Wytwarzaniem pornografii trudnią się ludzie chciwi na pieniądze, utrzymują oni bliski kontakt ze społeczeństwem prostytutek, sutenierów i handlarzy — wszyscy razem dążą zgodnie do wyzyskiwania normalnych, nadnormalnych lub subnormalnych w każdym jednak wypadku nieopanowanych namiętności ludzkich.

Przeciwko tym zakusom kryminalistów i demoralizatorów należy silniej uzbroić współczesne społeczeństwo.

W dyskusji nad referatem dr. G r a a f a wyróżniły się głosy niemieckie. Może dlatego, że Niemcy wiele wytwarzają i eksportują przedmiotów pornograficznych, kontrakcja tam jest silniejsza, aniżeli w innych krajach. Bardzo interesujące było przemówienie pastora H o p p e (kierownika Centrali dla Ochrony Seksualnej Młodzieży przy Związkach Ewang.) o akcji uświadamiania młodzieży. Akcję tę przy poparciu władz prowadzą organizacje kościelne (ewangelickie i katolickie). Ponieważ przeważało zdanie, że zadanie uświadamiania młodzieży zasadniczo może być wykonane tylko przez rodziców, Centrala Ochrony Seksualnej Młodzieży zainicjowała w 1500 wyższych i średnich szkołach idealną

współpracę z rodzicami — dąży zaś do przeszkolenia wszystkich matek dzieci ze szkół powszechnych w dziedzinie pedagogii seksualnej i higieny.

Inni mówcy niemieccy zobrazowali ruch wśród księgarzy i właścicieli wypożyczalni książek, którzy dobrowolnie wycofali ok. 11000 książek ze sprzedaży i witrzyn.

W zakończeniu dyskusji Kongres polecił Komitetom organizowanie we wszystkich krajach Komisji Ekspertów na wzór Holenderskiej oraz rozpoczęcie zwalczania literatury pornograficznej drogą ostrzegania szerokiej publiczności przed złą książką i popierania obiegu wartościowej literatury po umiarkowanych cenach.

Wpływ kryzysu ekonomicznego na wzrost prostytucji referowała p. Newille Rolfe, członkini Międzynarodowego Biura i Komitetu Brytyjskiego. Analizując wpływ warunków ekonomicznych na podaż lub popyt prostytucji zarobkowej, p. Newille Rolfe broniła tezy, że przy rekrutowaniu kobiet dla celów prostytucji większe ma znaczenie czynnik społeczny, aniżeli gospodarczy. Ogólny niski poziom życia, a nawet skrajna nędza nie prowadzi, zdaniem prelegentki, do prostytucji zarobkowej, prowadzi do niej w większej mierze — upośledzone, nienormalne stanowisko kobiety w społeczeństwie (np. wdów w Indjach, lub kobiet w Chinach), rozbicie rodziny, oderwanie od środowiska rodzinnego lub narodowego, nienormalności fizjologiczne lub psychologiczne, słaby charakter, brak tradycji, jako podpory moralnej, brak niezależności, poczucia przyzwoitości i t. d. A jednak w odpowiedziach na ankietę M. Biura i potem w dyskusji wszystkie Komitety i inne organizacje, prowadzące pracę ratowniczą i prewencyjną — zgodnie zadeklarowały, że wprawdzie depresja ekonomiczna i nadnormalne bezrobocie nie wpłynęły na wzrost prostytucji zawodowej, to jednocześnie wszędzie daje się zauważyć katastrofalny wzrost prostytucji okazyjnej, dorabiającej. W tym wypadku, oczywiście, gra rolę pierwszorzędny czynnik ekonomiczny, i skonstatowanie tego faktu niezmiernie osłabia dowodzenie p. Newille Rolfe. Prelegentka zwróciła jeszcze uwagę na powstawanie prostytucji niezarobkowej w środowiskach młodzieży bezrobotnej, wywołanej skutkiem nadmiaru czasu wolnego, przewartościowania życia, lekceważenia wartości osobistej, które to uczucia sprowadzają brak odporności i poczucia godności osobistej. Oczywiście, to obniżenie poziomu moralnego i łatwość współżycia płciowego może w razie poprawy położenia ekonomicznego wpłynąć na znaczny wzrost prostytucji skomercjalizowanej.

W uznaniu grożącego stąd niebezpieczeństwa Kongres uchwalił: zwrócić szczególną uwagę na to środowisko i starać się dostarczać bezrobotnym, zwłaszcza młodym, zdrowych zajęć i rozrywek, oraz wszcząć energiczną akcję uświadamiania w sprawach higieny społecznej.

Rehabilitacja prostytutek. Program abolicjonistów obejmuje trzy wielkie działy: akcję w kierunku poprawy ustawodawstwa, zwalczającego nierząd, akcję prewencyjną i akcję rehabilitacyjną (ratowniczą). Dotychczas osiągnięto poważne rezultaty w pierwszym i drugim dziale — natomiast trzeci pozostał prawie nietknięty. Naogół tę dziedzinę pomocy społecznej cechuje bezplanowość i niejednolitość działania. Zakłady wychowawczo - poprawcze dla prostytutek są utrzymywane przez władze centralne, samorządowe, oraz przez organizacje społeczne i religijne, ale kierownictwa tych

zakładów pracują bez wzajemnego porozumienia, podług własnych poglądów, bez jakiegokolwiek zetknięcia się ze społeczeństwem. Metody, tam stosowane, są zamało współczesne, bowiem nieraz obowiązujące jeszcze dzisiaj regulaminy datują z pierwszej połowy XIX wieku. Istniejący stan rzeczy tłumaczy się niepopularnością pracy nad prostytutkami. Praca ta jest uważana za beznadziejną — no i ileż trzeba odwagi i siły osobistej, aby z jednej strony przekonać niewiernych, że praca ta daje rezultaty, a z drugiej strony tym „zatraconym duszom” przywrócić wiarę w dobro i piękno życia.

Dla działaczy na tem polu nie istnieją wątpliwości, czy prowadzić pracę rehabilitacyjną, dlatego też na Kongresie ośią dyskusji było zagadnienie — jakie metody dają najlepsze rezultaty?

Pełne prostoty i głębokiego ujęcia istoty stosunku człowieka do człowieka było przemówienie, wygłoszone przez głównego referenta tego tematu, pastora B o h n a, sekretarza generalnego Niemieckiego Ewangelickiego Związku dla popierania dobrych obyczajów i akcji ratowniczej.

Pastor B o h n od wielu lat prowadzi pracę rehabilitacyjną i wszystkie jego wywody były oparte na przykładach z życia wziętych. Zdaniem jego celom akcji ratowniczej najlepiej służy wiejskie schronisko, urządzone skromnie, a wygodnie, odosobnione, ale przecie zachowujące kontakt ze światem. W „Domu” takim należy unikać wszystkiego, co nosi charakter „Zakładu”, bo nic tak nie odstrasza tych wrażliwych istot, jak słowo „koszty utrzymania”, nic ich tak nie niepokoi, jak kontakt z urzędami, nic tak nie onieśmiela, jak częste inspekcje, w czasie których są „ogładane”. Kary i ograniczanie wolności osobistej muszą być wyłączone. Pracę w „Domach” należy oprzeć na szacunku i bezwzględnej wierze, okazywanym wychowankom, bo głównym bodźcem, skierowującym prostytutkę do „Domu”, jest chęć powrotu do społeczeństwa, od którego była ona odsunięta, oraz pragnienie odzyskania szacunku, którego brak silnie odczuwała nawet w okresie swobody i dostatku.

Na wpływ religii, jako czynnika wychowawczego, pastor B o h n zapatruje się raczej pesymistycznie. „Człowiek religijny w najszerszym tego słowa znaczeniu winien tylko rozumieć, że obowiązkiem jego jest udostępnić takiej nieszczęśliwej kobiecie — pomoc religii. Zadanie to nie jest tak łatwe, jakby się to niejednemu zdawało. Należy wziąć pod uwagę, że kobiety te były niejednokrotnie wyzyskiwane, oszukiwane i bezczeszczone. Specjalnie tragiczne są szczegóły ich pierwszego upadku i uwiedzenia przez mężczyzn. Jakże więc mogą tak szybko odzyskać wiarę w Boga i ludzi?... Pobudzające do życia słowo boże winno być podawane z niesłychaną ostrożnością i rozumą, gdyż większość słuchaczek, będących przedmiotem naszej litości i wzniosłej miłości, dokładnie poznała obłudę ludzi i społeczeństwa”.

Rola „Domu” pozornie powinna być bierna, pozornie powinien „Dom” stanowić jedynie przystań, gdzie można otrzymać zawsze jakąś pomoc. Nie wyłącza to jednak aktywności ze strony kierownictwa „Domu”. Tylko ta aktywność, jeśli istotnie ma być pomocną, musi iść po linii szerokiego ustosunkowania się w sensie ludzkim i religijnym do niedoli ogólnoludzkiej i kobiecej.

Kongres wypowiedział się jednogłośnie za intensyfikacją pracy rehabilitacyjnej we wszystkich krajach.

Propagandowo-manifestacyjny charakter miał referat p. M a u s a, (przewodniczącego Komitetu Belgij-

skiego) na temat Reglamentacji i Domów publicznych. P. Maus podsumował rezultaty, osiągnięte w walce z handlem żywym towarem, i wykazał, że wszystkie wysiłki rozbijają się o opór państw, stosujących u siebie system reglamentacji. I sławne zagadnienie zniesienia granicy wieku i nieudane próby międzynarodowej konwencji, zaostrej walce z sutenerami, nie mogą ruszyć z miejsca wobec faktu, że reglamentacja toleruje handel żywym towarem, a w definicji sutenera mieści się zawsze właściciel koncesjonowanego domu publicznego. W dyskusji — p. Newille Rolfe wysunęła niezmienne doniosły problem interpretacji artykułów, uchwalonych przez tegoroczną Komisję Doradczą przy Lidze Narodów, jako uzupełnienie do Konwencji z r. 1910. Nowe artykuły wprowadzają zasadę karalności wszystkich wypadków międzynarodowego handlu żywym towarem, niezależnie od wieku ofiary i wyrażonej przez nią zgody na transakcję sprzedaży. Otóż na wniosek p. Newille Rolfe Kongres wysunął żądanie, aby wypadki handlu żywym towarem z kraju macierzystego do kolonii lub terytoriów, objętych jego protektorem, mandatem i t. d., nie były traktowane jako wypadki handlu narodowego (tolerowanego poza pewnymi tylko ograniczeniami, przez konwencje), ale podlegały sankcjom karnym, wynikającym z wymienionych artykułów proponowanej Konwencji. Pełcono przytem Komitetom narodowym użycie wpływu na ich rządy, aby podpisały Protokół, uzupełniony poprawkami, wprowadzającymi powyższą interpretację rzeczonych artykułów. Jednocześnie Kongres w myśl dawnych rezolucyj z lat 1913, 1924 i 1927 ponownie potępił stosowanie systemu reglamentacji i koncesjonowanych domów publicznych (jako głównej przyczyny

handlu żywym towarem) i wypowiedział się za wzmocnieniem propagandy narodowej i międzynarodowej w kierunku powszechnego zniesienia tego systemu i zamknięcia domów publicznych.

Z dalszych punktów programu przeprowadzono teoretyczną dyskusję nad nowym projektem M. Biura o repatriacji prostytutek i wysłuchano sprawozdania dr. Sundquist z działalności Komisji Ekspertów na Wschodzie. Wnioski Kongresu, poza poparciem zasadniczych tez, wysuniętych przez Komisję Ekspertów, zobowiązały: Komitety narodowe do propagandy Raportu Komisji Ekspertów u siebie w kraju, do współpracy z instytucjami, zwalczającymi handel żywym towarem na Wschodzie, M. Biuro — do organizowania Komitetów w tych państwach na Wschodzie, w których dotychczas one nie istnieją; w końcu zwracały się do Ligi Narodów z prośbą: a) znalezienia odpowiednich funduszy na dalsze prowadzenie działalności Komisji Ekspertów na Wschodzie, b) rozesłania do wszystkich Komitetów Narodowych bezpłatnego egzemplarza Raportu, c) przesłania przynajmniej jednego egzemplarza Raportu do ważniejszych bibliotek publicznych i uniwersyteckich wszystkich państw, bez względu na ich przynależność do Ligi Narodów.

Na następny Kongres za 3 lata zaproszono nas do Rzymu — nas abolicjonistów do kraju reglamentacji. Jako niepoprawni idealiści przyjęliśmy tę propozycję z radością, uważamy ją bowiem za próbę porozumienia i chęć nawiązania z nami bliższego kontaktu. Że w tej wymianie zdań i ścieraniu się opinii nasz światopogląd zwycięży, o tem nie wątpimy nigdy!

Wiadomości bieżące

— Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy. W związku z nałożeniem na Wojewódzkie Wydziały Zdrowia bardzo odpowiedzialnych obowiązków w zakresie nadzoru nad organizacją ratownictwa sanitarnego OPLG biernej (ZW/6/M. z 4.V.1933 i inne), Ministerstwo Opieki Społecznej postanowiło wezwać wszystkich Kierowników Wydziałów Zdrowia (lekarzy), do Warszawy na tygodniowy kurs instrukcyjny w celu zapoznania ich, jako odpowiedzialnych kierowników tej akcji na terenie województw, z teoretycznymi podstawami ratownictwa zagazowanych oraz z praktycznymi zadaniami w tym dziale. Odpowiedni kurs, którego program załącza się, odbędzie się pomiędzy 23 a 28 października r. b. w Centrum Wyszczolenia Sanitarne-go (Szpital Ujazdowski) w Warszawie. Powiadamiając o powyższym, Ministerstwo Opieki Społecznej prosi Panów Wojewodów (Pana Komisarza Rządu) o delegowanie lekarzy wojewódzkich Naczelników Wydziałów Zdrowia względnie Kierowników Działów Zdrowia na ten kurs w terminie oznaczonym.

Minister

(—) Dr. S. Hubicki.

Program 1-tygodniowego kursu OPLG i rat. san. dla Naczelników Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia i naczelników lekarzy Kas Chorych (w czasie od 23 do 28 października r. b.). 1. Chemia gazów bojowych — 3 godz. wykl., 3 godz. ćwic. 2. Obrona przeciwgazowa indywidualna — 3 godz. wykl., 2 godz. ćwic. 3. Obrona przeciwgazowa zbiorowa — 4 godz. wykl. 4. Obrona przeciwlotnicza czynna i bierna — 4 godz. wykl. 5. Pokaz pracy drużyn odkażają-

cych — 3 godz. ćwic. 6. Możliwość wojny bakterjologicznej i zatrucia pokarmowe podczas wojny — 2 godz. wykl. 7. Technika walki gazowej z meteorologią — 2 godz. wykl., 2 godz. ćwic. 8. Toksykologia gazów bojowych — 4 godz. wykl., 3 godz. ćwic. 9. Ratownictwo i praca drużyn ratown. — 4 godz. wykl., 4 godz. ćwic. 10. Pokaz sprzętu transportowego — 2 godz. ćwic. 11. Rola Kas Chorych w OPLG i ratownictw. — 2 godz. wykl. 12. Organizacja LOPP i PCK — 1 godz. wykl. Razem 29 godz. wykl., 19 godz. ćwic. Poza tem w godzinach wieczornych odbyłyby się: Odczyt — obrona wnętrza kraju — 1 godz., odczyt — Rola Kas Chorych w OPLG i rat. w oświetleniu M. O. S. — 1 godz. Pokaz sprzętu około 6 godz. Egzamin i repetycje odbywałyby się w godzinach wieczornych.

— Na zasadzie rozporządzenia Min. W. R. i O. P. zwinięte zostały następujące katedry na Wydziałach lekarskich: w uniwersytecie krakowskim nieobsadzona druga katedra medycyny sądowej oraz druga katedra chirurgii prof. Glatzla; w uniw. wileńskim — druga katedra chorób wewnętrznych prof. Zenona Orłowskiego o, katedra neurologii prof. Władczyki oraz katedra biologii prof. Wilczyńskiego; w uniw. poznańskim — katedra higieny prof. Gantkowskiego.

— Okólnik. III Kurs odmy leczniczej. Polski Związek Przeciwwgruźliczy organizuje z poparciem Departamentu Służby Zdrowia (Min. Opieki Społecznej) i Wydziału Lekarskiego U. W. miesięczny kurs odmy leczniczej dla lekarzy. Obecny kurs trwać będzie od dn. 20 listopada do 21 grudnia b. r. i uwzględni przedwzrostkiem studia prak-

tyczne w szpitalu i sanatorjum oraz w poradniach przeciwgruźliczych, gdzie każdy ze słuchaczy będzie miał możność dokładnego zaznajomienia się z techniką zakładania odmy. Nadto kurs obejmie 18 godz. wykładów teoretycznych o odmie sztucznej i jej powikłaniach oraz o walce społecznej z gruźlicą. Podania o przyjęcie na kurs należy nadsyłać najpóźniej do dnia 10-go listopada b. r. do biura Polskiego Związku Przeciwigruźliczego w Warszawie, ul. Chocimska 24 (gmach Państwowej Szkoły Higieny). Do podania należy dołączyć: 1) curriculum vitae oraz 2) ewentualne zaświadczenie instytucji delegującej lekarza na kurs. Z ukończenia kursu wydane będzie każdemu ze słuchaczy odpowiednie zaświadczenie. Oplata za kurs wynosi zł. 50. Dyrektor Polskiego Związku Przeciwigruźliczego — Dr. M. G r o d e c k i. Prezes Polskiego Związku Przeciwigruźliczego — Dr. J. A d a m s k i.

— **Komunikat. Z Międzynarodowego Związku Przeciwigruźliczego.** Doroczne posiedzenie Zarządu Międzynarodowego Związku Przeciwigruźliczego, którego przewodniczącym jest obecnie Prof. N o l e n (Holandia), odbyło się w Paryżu w dniu 22 lipca r. b. z udziałem przedstawicieli 14 krajów, członków Związku. Datę następnego Międzynarodowego Zjazdu, który ma się odbyć w Warszawie, ustalono na dni 4, 5 i 6 września 1934 r. Na porządku dziennym postawiono następujące trzy tematy, wybrane z pośród tematów zgłoszonych przez poszczególne kraje: Temat biologiczny: „Zmienność biologiczna zarazka gruźliczego”, ref. Prof. L. K a r w a c k i (Polska). Temat kliniczny: „Postacie gruźlicy kostno-stawowej i ich leczenie”, ref. Prof. P u t t i (Włochy). Temat społeczny: „Wykorzystanie poradni w leczeniu gruźlicy”, ref. Prof. L. B e r n a r d (Francja). Nadto odbędzie się odczyt N. J. A. K i n g s b u r y (Stany Zjednoczone) na temat „Dodatkowe metody walki z gruźlicą w okręgu wiejskim o niskiej umieralności z gruźlicy”. W myśl precedensu przyjętego na zjazdach w Oslö i w Hadze, będzie wyznaczonych po 10 koreferentów z różnych krajów do każdego z powyższych tematów.

— Na posiedzeniu sekcji neurologicznej XIV-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu uchwalono dnia 14.IX.33. następujące wnioski: 1) Sekcja Neurologiczna Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Polskich uważa założenie P o l s k i e

go Towarzystwa Neurologicznego za konieczne i uważa się za zebranie konstytuujące. 2) Jako przyszły Zarząd tego towarzystwa wzorem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego Sekcja wybiera delegatów ze wszystkich ważniejszych ośrodków neurologii polskiej. 4 delegatów z Warszawy: prof. Orzechowskiego, doc. Sterlinga, dr. Higiera i dr. Mozolowskiego, prof. Halbana ze Lwowa, prof. Władyczkę z Wilna, prof. Pieńkowskiego z Krakowa, dr. Fränkla z Łodzi i prof. Borowieckiego z Poznania. 3) Zarząd ten prócz opracowania statutu ma się zająć organizacją pierwszego Zjazdu Neurologów Polskich w Warszawie w jesieni r. 1934. 4) Jako główne tematy tego Zjazdu sekcja proponuje do wyboru: a) nerwice wegetatywne, b) urazy układu nerwowego, c) patogenezę i klinika cierpień hereditodegeneratywnych, d) nerwice płciowe, e) zespoły przed-sionkowe ośrodkowe, f) plyn mózgowodzeniowy w nowotworach mózgu.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

17.X. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Laskowski J. i Rutkowski J. Dwa przypadki guzów, wychodzących z tarczycy dodatkowych. 2. Fidler A. Studja nad zachowaniem się niektórych katjonów we krwi ze szczególnem uwzględnieniem przewlekłej niewydolności krążenia. 3. Chmielewski J. Leczenie gośca i nerwobólów szczepionkami metodą Ponndorfa oraz wstrzykiwaniami siarki koloidalnej.

18.X. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

Pokazy. Odczyty: Reichert M. O wartości klinicznej próby na krew utajoną w kale w owrzodzeniach i nowotworach złośliwych żołądka i dwunastnicy. Justman L. Dieta a konstytucja.

23.X. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

Pokaz: 1) D. Szenkier. Przypadek samoistnego kruszenia kamienia pęcherza moczowego. Odczyty: 2) M. Piwko. Nadczynność gruczołów przytarczycznych i wpływ jej na układ kostny. 3) M. Grynbau. O stosowaniu leczniczym krótkich fal radiowych.

TREŚĆ: M. BIRO. W sprawie choroby Heine-Medina (Dok.). — H. LEWENFISZ i D. ZUBERBIER. Operacja raka krtańi w klinice laryngologicznej Uniwersytetu Warszawskiego. — J. FLAKS i B. GRYNKRAUT. Doświadczenia nad wzrostem guzów i powstawaniem przerzutów u szczurów, uprzednio ogólnie naświetlonych promieniami Roentgena. — K. WALKER. Zagadnienie nowotworów złośliwych w świetle badań nad zjawiskami promieniowania (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — H. SIEMIENSKA. IX Międzynarodowy Kongres Komitetów walki z handlem kobietami i dziećmi. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. BIRO. Au sujet de la maladie de Heine-Medine (fin). — H. LEWENFISZ et D. ZUBERBIER. L'opération du cancer du larynx à la clinique laryngologique de l'Université de Varsovie. — T. FLAKS et B. GRYNKRAUT. Expériences sur la croissance des tumeurs et l'apparition des métastases chez les rats préalablement traités par les rayons de Roentgen. — K. WALKER. Le problème des néoplasmes malins au jour des recherches sur les phénomènes mitogénétiques (Rev. gén.) — H. SIEMIENSKA. IX Congrès international des Comités de lutte contre la traite des blanches et des enfants.

SAL DIETETICUM
SINE CI' BR' J' N'
nulla contrindicatio!
ARTISAL
GEO.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

Drukarnia „SIŁA”, Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.