

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

Rok XI

WARSZAWA, 3 MAJA 1934 R.

Nr. 17

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z Zakładu Pol.-Gin. Łódzkiego Żyd. St. Nies. Pom. Położn.
i Niemowl.

(Lekarz naczelny: Dr. Z. A r o n s o n).

Samoistne pęknięcie macicy podczas porodu.

Podał

Dr. M. TAUBENHAUS (Łódź).

Rozpoznanie dokonane samoistnego pęknięcia macicy podczas porodu, zwłaszcza przy główce ustalonej, w próżni, nastrocza czasem duże trudności. Zdzia-
wiającą dobre samopoczucie i dobry stan ogólny, jaki nieraz widzimy u chorej z dokonaniem pęknięciem macicy, może sprawić, iż, nie badając dokładnie chorej, a pozostawiając ją swemu losowi, niechybnie narażamy ją na śmiertelne powikłania w postaci wykrwawienia, względnie zapalenia otrzewny. Wystarczy często w tych przypadkach położyć rękę na brzuch, by wyczuć drobnych części płodu tuż pod powłokami brzuszными, objaw bardzo znamienny, o czym niżej, skierowało naszą uwagę i myśl na prawidłowe tory i stało się punktem wyjścia dla rozpoznania, które, w porę postawione, decyduje o możliwości uratowania chorej.

Ilustracją tych słów niech będzie przypadek, spotrzegany ostatnio w naszym Zakładzie.

Dn. 1.4.1933 r. o godz. 5 rano przywiozło do Zakładu Pogot. Miejskie rodzącą S. H. z rozpoznaniem: poród, wypadnięcie pępownicy.

Wywiady przedstawiały się następująco: Lat 25. Rodziła 2 razy, samoistnie, bez powikłań, poraz pierwszy przed 8 laty, dziecko zmarło w 2-gim roku życia, drugi poród przed 3 laty, dziecko żyje. Poronień nie było. Pozatem zawsze była zdrowa. Przebieg ostatniej ciąży prawidłowy. Bóle porodowe rozpoczęły się poprzedniego wieczoru, 31.III o godz. 21, pęcherz pękł w nocy I.IV o g. 1-ej. W domu miała silne bóle. Badana była wewnętrznie przez akuszerkę. Nic więcej podać nie umie.

Dyżurna akuszerka, która przyjęła rodzącą na salę porodową, stwierdziła, iż wypadnięta pępownina nie tętni, a zbadawszy ją przez odbytnicę znalazła, że główka znajduje się nisko w próżni, rozwarcie całkowite. Wobec braku bólów celem przyspieszenia porodu zastosowano 2-krotnie w odstępie 2 godzinnym, o godz. 6 i 8, po ½ ampulki *Hypophysin* słabej.

Nie dało to jednak żadnego efektu. Rodząca cały czas czuła się dobrze, była spokojna i swobodnie rozmawiała z otoczeniem.

Dyżurujący lekarz przy badaniu wewnętrznym stwierdził: rozwarcie całkowite, główka nisko w próżni, duże przedgłowie, nie pozwalające dokładnie określić przebiegu szwów i położenia ciemiączek, brak wszelkich odchodów z pochwy. Tymczasem badanie zewnętrzne dało zupełnie nieoczekiwany wynik. Przedewszystkiem zwracało uwagę, iż zarysy macicy nie były wyraźne, jak to zwykle podczas porodu spostrzegamy, lecz były zamazane, rozlane (objaw *D u j o l i C l é m e n t*). Ręka, położona na brzuch, na okolicę pępka, wyczuła bardzo wyraźnie niemal tuż pod skórą położoną drobną część. Zadaliśmy tedy chorej pytanie, dotyczące jakości bólów, na co otrzymaliśmy charakterystyczną odpowiedź, iż bóle, które pod koniec były bardzo silne, nagle ustały. Nie było już wobec tego wątpliwości, iż mieliśmy do czynienia z przypadkiem samoistnego pęknięcia macicy podczas porodu, należało jednak jeszcze się upewnić, zwłaszcza, że stan ogólny chorej i samopoczucie były tak dobre, iż wprost wierzyć się nie chciało, by mogło tu mieć miejsce tak groźne powikłanie. Wobec nisko usadowionej główki i całkowitego rozwarcia zdecydowano dokonać wymóżdżenia, a zarazem polecono jednocześnie poczynić przygotowania do laparotomji. W międzyczasie zwrócono uwagę, iż tętno chorej coraz bardziej się pogarszało, stawało się szybkie i drobne, rysy twarzy poczęły się zaostrzać, i zjawily się wymioty. Podczas wykonywania perforacji główka usunęła się nieco ku górze, a wówczas z pochwy wyłała się spora ilość krwi ciennej, zmienionej, a wymóżdżenia dokonano po przytrzymaniu główki od strony brzucha. Założonym następnie kranioklastem bez trudu płód usunięto. Niemal tuż potem samoistnie odeszło łożysko w całości i stwierdzono, że macica jest dobrze obkurczona, brak krwawienia. Zawahaliśmy się nieco w naszej pewności. Celem ostatecznego jednak wyjaśnienia przypadku postanowiono skontrolować wnętrze macicy. Wprowadzona do jamy macicy ręka i dokładne jej obmacywanie pozwoliły stwierdzić dobrze obkurczony trzon, brak uszkodzenia ciągłości, dopiero przy usuwaniu ręki do szyi napotkano po stronie lewej otwór, przez który ręka weszła swobodnie do jamy brzusznej i wyczuła jelita. Rozpoznanie było pewne, mieliśmy też dowód naoczny, gdy przy wycofaniu ręki wyszli-

gnęła się sieć, którą natychmiast odprowadzono. Przystąpiono tedy do laparotomji, którą wykonał dr. Z. A r o n s o n.

W uśpieniu eterowem cięciem podłużnem pośrodkowem otwarto jamę brzuszną. Stwierdza się obecność krwi i skrępców w ilości stosunkowo niewielkiej. Trzon macicy obkurczony. Po stronie lewej wzdłuż dolnego odcinka i przechodzące na szyję podłużne pęknięcie długości około 10 cm., sięgające do lewego przymacicza. Macicę usunięto ze względów technicznych wraz z lewymi przydatkami. Do przymacicy założono gazę wioformową, którą wyprowadzono przez pochwę. Zeszyte blaszki więzadła szerokiego speritonizowano i zamknięto jamę brzuszną w sposób typowy.

Przebieg pooperacyjny powikłany był gorączką, która wystąpiła na 4-ty dzień po operacji i w typie zwalniającej częściowo przerywanej utrzymywała się przez 3 tygodnie. Kilkakrotnie podniesieniom ciepłoty towarzyszyły dreszcze. Stosowano naprzemian omnadynę, autohemoterapię, mleko, trypaflawinę (0,1; 0,15; 0,2; 0,2) z glukozą 40%. Sączek z pochwy usunięto na 5 dzień. Rana brzuszna zagoiła się *per primam*. 26-go dnia po operacji ciepłota spadła do normy, a 34 go dnia chorą wypisano z Zakładu w dobrym stanie zdrowia.

Jak już wspomniałem na wstępie, punktem wyjścia dla rozpoznania samoistnego pęknięcia macicy u naszej chorej było wyczucie drobnej części płodu bezpośrednio pod powłokami brzuszniemi. Objaw to charakterystyczny i w kazuistyce pęknięć macicy dość często wspominany (K e l l e r, L a z a r e v i c, L e n c z o w s k i, S a c h s, S e d l i s, S z e n w i c).

Z innych objawów pęknięcia macicy typowe było nagle ustanie uprzednio silnych bólów. Brak natomiast było objawów zapaści, owszem, zwracało uwagę i nawet w błąd wprowadzało zdumiewająco dobre samopoczucie chorej. Stan podobny spostrzegał w swym przypadku S c h e y e r, a S o ł o w i j nawet widział, jak chora z pękniętą macicą przyszła pieszo do Zakładu, nic nie wiedząc o pęknięciu.

Również zwodniczy okazał się brak innego typowego objawu, na co już niejednokrotnie zwracano uwagę (L e n c z o w s k i, S c h e f f z e k, S z t e h l o), a mianowicie, brak krwawienia nazewnątrz z części rodnych. Brak jego jest zrozumiały w tych przypadkach, gdy główka znajduje się, podobnie jak w naszym przypadku, w próżni i tamponuje pochwę. Wspomniany przez F r e u n d a sposób odsunięcia ku górze główki, po którym ukazuje się nazewnątrz krew, u nas znalazł potwierdzenie przy dokonywaniu wymóżdżenia, kiedy po odsunięciu perforatorem główki ukazała się nazewnątrz zmieniona krew w dość dużej ilości.

Jeżeli naogół rozpoznanie w naszym przypadku było nietrudne, to trzeba podkreślić, że łatwo jednak mogło być przeoczone, gdybyśmy nie zbadali dokładnie jamy brzusznej, mając pochłoniętą uwagę przez wypadnięcie pępowiny przy położeniu główkowem, co wszak nie częstym jest powikłaniem. Nierozpoznawanie zaś pęknięć macicy nawet w warunkach klinicznych bynajmniej do rzadkości nie należy, jeżeli uwzględnić choćby te przypadki, o których autorzy wspominają (B e u t h n e r i J a s c h k e, P r o b s t n e r, S a c h s).

Etiologia samoistnych pęknięć macicy podczas porodu jest obecnie, jak się zdaje, całkowicie wyjaśniona. O pęknięciach, gwałtownie powstających, urazowych, t. j. podczas wykonywania zabiegów operacyjnych, i pęknięciach blizny po uprzednim cięciu cesarskim nie wspominam, gdyż są to sprawy, nie nasuwające żadnych wątpliwości. W etiologii samoistnych pęk-

nięć macicy podczas porodu należy rozróżnić dwa momenty, mianowicie: przyczynę pierwotną, uspasabiającą do pęknięć, jest nią zmieniona patologicznie ściana, mięsień macicy, oraz czynnik wyzwalający, sprzyjający powstaniu pęknięcia macicy, którym jest niestosunek porodowy (B a j o Ń s k i, B a n d l, B e u t h n e r, B o c h e Ń s k i, B u m m, C z y ż e w i c z, L e n c z o w s k i, L i s s o w e t z k y, S a c h s, S a e n g e r, S c a n z o n i, S e l l h e i m). Niewłaściwe stosowanie preparatów tylnego płata przysadki działa pośrednio przez wzmocnienie i tak zwykle silnych przed pęknięciem bólów, przyspieszając pęknięcie, które i tak by nastąpiło (T a s s i l o).

Powyższy pogląd na etiologję pęknięć samoistnych macicy podczas porodu usprawiedliwia oddawna poczynione i ciągle przez kazuistykę podkreślane spostrzeżenie, iż samoistne pęknięcie macicy prawie wyłącznie dotyczy wieloródek, u których przebyte porody spowodowały uszkodzenie mięśnia macicy, stanowiące następnie punkt mniejszego oporu w warunkach, sprzyjających powstaniu pęknięcia. W wielu przypadkach zostało to potwierdzone przez badanie histologiczne. Tak L i s s o w e t z k y w 4 przypadkach samoistnego pęknięcia macicy w okresie wydalenia, badając mięsień macicy w miejscu pęknięcia, wykazał we wszystkich przypadkach patologiczne zmiany, polegające na tworzeniu się zakrzepów i zaczerwieniu naczyń z następczym rozległym obrzękiem, degeneracją mięśni i drobnokomórkowem nacieczeniem. Podobnie S a e n g e r w przypadku pęknięcia macicy u wieloródki stwierdził histologiczne zmiany w postaci obrzękłych jakby hyalizowanych wiązek mięśniowych o ledwo barwnych miejscami jądrach. Szkliste zwyrodnienie mięśni mógł również stwierdzić B a j o Ń s k i w przypadku samoistnego pęknięcia macicy u wieloródki. Inaczej tłumaczy stwierdzone w miejscu pęknięcia nacieczenie drobnokomórkowe i zaznaczoną degenerację mięśni T a s s i l o, uważając je za zmiany, raczej powstałe po pęknięciu, i powołuje się na opinię A s c h h e i m a w przypadku, ogłoszonym przez W i l l e. Przyjmuje też jednak mniejszą wartościowość ściany na skutek licznych poprzednich porodów. Wydaje nam się jednak słuszniesze wiązanie przyczyny samoistnego pęknięcia z histologicznie stwierdzonym obrazem, niż z pojęciem bliżej nieokreślonym mniejszej wartościowości ściany macicy. Oczywiście, rzeczą anatomopatologów jest sprawę tę ostatecznie wyjaśnić.

Przypadki samoistnych pęknięć macicy podczas porodu u pierwiastek, zresztą, bardzo rzadkie, dają się tłumaczyć przez poprzednio wykonane zabiegi wewnątrzmaciczne, gdy na skutek uszkodzenia mięśnia podczas skrobanki powstała blizna, zmniejszająca spistość (H a l t e r), lub też przez inne schorzenia macicy, jak *adenomiyosis*, kiła, zboczenia rozwojowe macicy (B e c k).

W naszym przypadku badanie histologiczne, niestety, nie było wykonane. Możemy tedy tylko na podstawie powyższego przypuszczać, iż poprzednie porody spowodowały uszkodzenie mięśnia, które wobec sprzyjającego momentu w postaci niestosunku porodowego, jaki tu miał miejsce, spowodowało pęknięcie macicy.

Niestosunek porodowy, jako moment, sprzyjający powstaniu samoistnego pęknięcia macicy podczas porodu, najczęściej w kazuistyce opisywano w postaci ścieśnienia miednicy, choć odgrywać tu mogą rolę i inne czynniki, a więc: poprzeczne położenie, nadmiernie wiel-

ki, przenoszony płód, wodogłowie, niepomysłne wstawianie się główki, guzy.

Na ścieśnienie miednicy, jako najczęstszą przyczynę samoistnych pęknięć macicy podczas porodu, wskazują, opierając się na materiale klinicznym, *Sachs, Lenczowski*. Nie są w tych przypadkach miarodajne przebyte samoistne porody, skoro, jak podaje *Sachs*, pęknięcie macicy miało najczęściej miejsce w przypadkach miednicy zwężonej, gdzie się oczekiwało porodów siłami natury ze względu na poprzednie samoistne porody. Również w naszym przypadku pęknięcie wystąpiło u rodzącej, która przeżyła dwa normalne porody, u której jednak stwierdzało się ogólnie zwężoną miednicę z wymiarami: *dist. spin. 25, dist. crist. 27, conj. ext. 18* i zmniejszonym w całości czworobokiem *Michaëli* o górnych ramionach długości 5 cm.

Niestosunek porodowy przy tym porodzie tłumaczy się zapewne przeniesieniem płodu i większymi stąd, niż przy poprzednich porodach, wymiarami główki, skoro ostatni perjd był 6.VI. 1932 r., a poród rozpoczął się 31.III. 33 r., a i wielkość płodu za tem przemawiała. Niestosunek porodowy i wynikające stąd nieustalanie się główki spowodowały też pewnie przedwczesne pęknięcie pęcherza i wypadnięcie pępowiny. Następne bóle główkę częściowo zepchnęły do miednicy, nie zdołały jednak pokonać niestosunku porodowego, i mięsień macicy, przypuszczalnie patologicznie zmieniony, zatem mniej elastyczny, niż normalnie, naskutek uszkodzeń przy poprzednich porodach, uległ całkowitemu pęknięciu w miejscu największego ucisku.

Powstanie pęknięcia na przedniej ścianie szyi i dolnego odcinka o przebiegu podłużnym i po stronie lewej jest uwarunkowane z jednej strony rozsuwaniem się pod wpływem napierającej główki ułożonych w podłużnym kierunku włókien ściany szyi (*Baum*), zaś umiejscowienie w ścianie przedniej i po stronie lewej zależne jest od największego ucisku, odpowiadającego tyłogłowi w pozycji Ia (*Czyżewicz*). To umiejscowienie i kształt pęknięcia, zresztą, zawsze przebiegające w postaci pęknięcia zupełnego, gdyż otrzewna ściśle przylega do mięśnia na przedniej i tylnej ścianie macicy, jest naogół typowe i często w kazuistyce notowane (*Athenstädt, Czyżewicz, Erlich, Goecke, Jastrzębski, Lazarevic, Pachner, Sachs, Tagliaferro, Tassilo*), co jest zrozumiałe wobec znacznej prze-wagi porodów w pozycji Ia.

Postępowanie lecznicze w naszym przypadku rozpoczęliśmy od wymóżdżenia główki i wydobywania płodu przez pochwę, co jest ogólnie uznaną zasadą, gdy główka znajduje się w obrębie miednicy małej. Sądzę jednak, iż powinno się w ten sposób zasadniczo postępować przy każdym pęknięciu macicy samoistnym, gdyż w tych razach wydaje mi się niesłuszny często przytaczany przez autorów (*Baum, Kupferberg, Küstner, Lenczowski, Maygrier, Perl, Scheffzek, Schwab*) argument o tamponadzie rany, względnie możliwości spowodowania krwotoku przez rozerwanie ściany macicy przy wyciąganiu płodu przez pochwę. Zwraca bowiem uwagę, iż krwawienie do jamy brzusznej w przypadkach samoistnego pęknięcia macicy jest stosunkowo nieduże, jak to podkreślają niektórzy (*Keller, Lazarevic, Lenczowski*), i jak to spostrzegaliśmy i u naszej chorej. Tłumaczy się to elastycznością naczyń,

które przy stopniowym rozciąganiu i ścieńczeniu ściany macicy przy dokonywającym się samoistnym pęknięciu z powodzeniem wymijają siłę rozciągającą (*Lazarevic, Lenczowski*) i nie ulegają zazwyczaj rozerwaniu. Nie jest zatem w tych przypadkach płód rodzajem tamponu, i nie należy się obawiać, iż wyciąganie go przez pochwę spowoduje krwotok przez dalsze rozerwanie miejsca pęknięcia. Inaczej rzecz się ma w przypadkach pęknięcia macicy pochodzenia gwałtownego, urazowego, powstałych np. podczas wykonywania obrotu. Tu uraz, powodujący pęknięcie macicy, jest silny i działa nagle, może też, oczywiście, uszkodzić znajdujące się w jego obrębie większe naczynie, które nie zdążyło się usunąć na czas, a to spowodować musi krwawienie większe, zaś dalsze rozerwanie mięśnia przy usuwaniu płodu od strony pochwy może krwotok powiększyć. W tych tedy przypadkach wydaje mi się, iż należy zawsze usuwać płód od strony jamy brzusznej, by móc w każdej chwili krwotok opanować.

Że tak jest istotnie, świadczą choćby przypadki, podane przez autorów, jako ilustracja poglądu, iż nie należy przy pęknięciu macicy usuwać wogóle płodu przez pochwę. Chodzi, mianowicie, o przypadek *Küstnera*, gdzie przy wyciągnięciu płodu nastąpiła zapaść i zgon, i przypadek *Lenczowskiego*, w którym wystąpił znaczny krwotok podczas wyciągania płodu przez pochwę. Oóż w obu przypadkach pęknięcie macicy nastąpiło w czasie obrotu, gdy zatem, mojem zdaniem, było przeciwwskazane usunięcie płodu przez pochwę.

Co się tyczy postępowania z pękniętą macicą, to mogą tu wchodzić w rachubę zeszywanie macicy lub też usunięcie jej drogą odcięcia nadpochwowego, względnie całkowitego wycięcia. Jak wynika z piśmiennictwa, zeszywanie macicy stosuje się obecnie bardzo rzadko (*Lazarevic, Riedeli*), a to głównie z obawy infekcji jamy brzusznej. Wśród zwolenników tej metody nie brak też głosu, nawołującego do wyłącznego jej stosowania. *Scheyer* na podstawie swoich obserwacji klinicznych za ostatnie lat 20 uważa, iż daje ona najlepsze wyniki i wzywa do ponownego wprowadzenia tego sposobu postępowania przy pęknięciu macicy w odpowiednich przypadkach. Za takie należy uważać pęknięcia świeże, podłużne, o brzegach równych i nie zmiażdżonych.

Naogół jednak stosuje się usunięcie macicy. Zeszywanie bowiem może się okazać niecelowe wobec możliwości dalszych pęknięć przy następnych porodach, względnie nawet ciążach, zwłaszcza, że chodzi o wieloródki, u których więc na zachowaniu macicy celem umożliwienia dalszych porodów przeważnie specjalnie nam nie zależy. Sprawa wyboru metody, wycięcia całkowitego, czy też odcięcia nadpochwowego, nie jest, zdaje się, rozstrzygnięta. Według *Markowej* statystyki nie przemawiają za wyższością żadnej z metod. Przeglądając kazuistykę pęknięć macicy za ostatnie 3 lata, odnosi się jednak wrażenie, iż wycięcie macicy daje lepsze rezultaty. Z poszczególnych ogłoszonych przypadków pęknięcia macicy podczas porodu kilka o niepomysłnym zejściu po operacji dotyczyło właśnie odcięcia nadpochwowego macicy (*Goecke, Sztehlö, Ziembinski*). Oczywiście, dla wyciągnięcia definitywnego wniosku należałoby uwzględnić statystyczne dane na dużym materiale, biorąc przytem pod uwagę różne warunki, w jakich dokonywana była operacja. W pierwszym rzędzie miarodajny jest

czas, jaki upłynął od pęknięcia do operacji, co pod względem rokowniczym ma ogromne znaczenie. Tak np. S a c h s podaje, iż przy postępowaniu leczniczym w 5 godzin po pęknięciu śmiertelność wynosiła 25%, a zabiegi, wykonywane po 5 godzinach, dawały aż 82% śmiertelności. Wysoką śmiertelność, bo 62% wynoszącą, podaje na materiale kliniki lwowskiej L e n c z o w s k i, co również tłumaczyć należy późnem wykonaniem zabiegu: na 16 przypadków pęknięcia macicy najwcześniej operacja była wykonana w 7 godzin od chwili pęknięcia macicy.

Po dokonaniem pęknięciu macicy podczas porodu chora powinna więc jaknajprędzej być poddana zabiegowi operacyjnemu, stąd zrozumiałem jest, jak ważną rzeczą jest wczesne rozpoznanie dokonanego pęknięcia macicy. A rozpoznanie czasem, prawda, trudne, w większości jednak przypadków zawsze się uda postawić, jeśli pamiętać będziemy o naczelnej zasadzie diagnostyki położniczej. Rozpoznanie w położnictwie wolno i należy opierać tylko na zespole objawów, stwierdzonych równocześnie na podstawie obmacywania brzucha, wysłuchania tętna płodu i zbadania przez odbytnicę, względnie przez pochwę. Jednostronne badanie, np. tylko przez pochwę, i wyciąganie stąd wniosków może być zwodnicze i prowadzić nieraz do błędów

i przeoczenia tak groźnego powikłania, jakim jest pęknięcie macicy podczas porodu.

PIŚMIENICTWO:

Patrz „Ginek. Polska“, 1933, s. 88, ponadto:

Abraham. Mschr. f. Geb., 1928, s. 393. — Arati. Rass. ostetr., 1929, s. 719. — Athenstädt. Zbl. f. G., 1932, s. 1060. — Bajoński. Now. Lek., 1933, s. 542. — Beck, Gromadzki, Lorer-towicz, Miller, Pol. i chor. kob., W-wa, 1933. — Beuthner. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., t. C. — Czyżewicz. Gin. Polska, 1931, s. 847. Freund. Halban - Seitz, 8, I, s. 863. — Goecke. Zbl. f. G., 1932, s. 2123. — Halban, Mschr. f. Geb., 1904, s. 313. — Heidler. Wien. Klin. Woch., 1924, s. 541 i 574; Mschr. f. Geb., 1925, s. 33. — Hugo la Monica. Rass. ostetr., 1929, s. 436. — Jaschke. Mschr. f. Geb., t. 84, s. 451. — Kaiser. Zbl. f. Gyn., 1930, s. 599. — Kehrer. Mschr. f. Geb., t. 84, s. 452. — Keller. Gin. Polska, 1925, s. 864. — Kruppa. Gin. Polska, 1930, s. 415. — Lissowetzky. Arch. f. Gyn., 1929, s. 624. — Natanson. Gin. Polska, 1930, s. 139. — Perl. Gin. Polska, 1933, s. 75. — Pollak. Zbl. f. G., 1932, s. 2374. — Probstner. Med. Klinik, 1930, z. 48. Saenger. Zbl. f. G., 1931, s. 1830. — Scheyer. Münch. med. W., 1929, nr. 9. — Sztchlo. Zbl. f. G., 1932, s. 989. — Tagliaferro. Riv. ital. Ginec., 1930, s. 319. — Tassilo. Wien. kl. W., 1931, s. 168. Thomä. Zbl. f. G., 1927, s. 614. — Weber. Beitr. Geb., 1910, 15. — Winter. Halban - Seitz, 8, s. 279.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Oddziału Chor. Wewn. Szpitala im. Prez. Mościckiego w Łodzi.

(Ordynator: S. M i n c).

O wartości czwartego odprowadzenia elektrokardjograficznego dla rozpoznawania duszniczy bolesnej*).

Podał

Maksymiljan DAWIDOWICZ (Łódź).

Dane statystyczne, dotyczące zmian elektrokardjograficznych (ekg.) w przebiegu duszniczy bolesnej, wzgl. schorzenia lub zmian w naczyniach wieńcowych, wykazują, że tylko w pewnym odsetku tych przypadków znajdujemy potwierdzenie rozpoznania w obrazie ekg. Zaznaczyć należy, że bierzemy pod uwagę wyłącznie tylko zmiany poziomu i ukształtowania odcinka ST, jako cechy najbardziej charakterystycznej tego schorzenia.

Angina pectoris

Liczba przypadków 32

Zmiany ekg.	Liczba przyp.	%
$O_1^- O_2^- O_3^-$	16	50
$O_1^- O_2^- O_3^- O_4^-$	28	88
O_4^-	24	75
Bez zmian	4	12

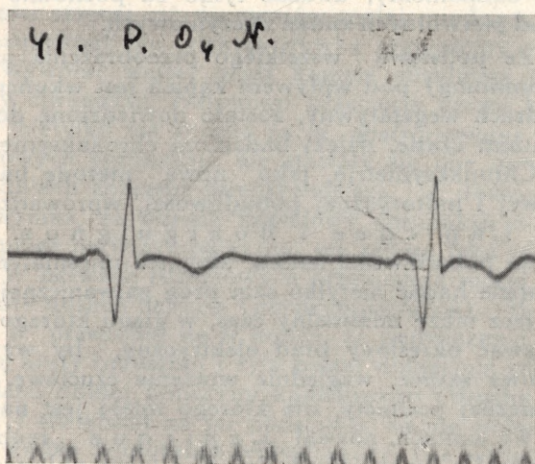
Według obliczeń E d e n s a na 130 przypadków *anginae pectoris* stwierdził on zmiany ekg. u 58 chorych, u 72 chorych zmian jakichkolwiek nie zauważył. Z obszernego zestawienia S e m e r a u — S i e m i a n o w s k i e g o, opartego na dużym materiale klinicznym, dotyczącym duszniczy bolesnej, wynika, że zmiany ogólne odcinka ST na podstawie ekg. 84 przypadków dławicy piersiowej, wyjąwszy postaci sierdziejową i zawałową (terminologia S e m e r a u — S i e m i a n o w s k i e g o), występowały najwyżej w 67% przypadków. Jeżeli następnie zwrócić uwagę wyłącznie na deniwelację odcinka ST, to liczba ta spadnie nawet do 36%. Dla wytłumaczenia tych nikłych liczbowo wyników należy przyjąć dwie możliwości: albo ek-graf jest aparatem niedostatecznie czułym, aby wykryć drobniejsze zmiany, zachodzące w sercu, albo metodyka odprowadzenia i rejestrowania prądów sercowych przy zastosowaniu klasycznych trzech odprowadzeń jest niewystarczająca. Amerykanie W o l f e r t h i W o o d pierwsi przystąpili do wyjaśnienia tej sprawy na drodze doświadczalnej.

Na zasadzie badań anatomicznych nad zwierzętami udało im się stwierdzić, że nawet w przypadkach wyraźnego uszkodzenia pewnych części mięśnia sercowego niepodobna niekiedy stwierdzić zmian w obrazie ekg. przy zastosowaniu odprowadzeń klasycznych. W o l f e r t h i W o o d ustalili, że w obrębie serca istnieją t. zw. „nieme pola“ (silent areas), których czynność może być ujawniona dopiero przy odmiennej technice zdjęć ekg. Badania te naogół potwierdziły i rozwinęły dawniejsze spostrzeżenia C r a i b a, dotyczące również istnienia problematycznych „niemych pól“. W o l f e r t h i W o o d uzupełnili metodykę badań ekg. przez wprowadzenie nowego czwartego odprowadzenia, zwanego inaczej przednio - tylnem. Dzięki tej inowacji udało się otrzymać zmiany chorobowe

*) Referat wygłoszony na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu, — wrzesień 1933 r.

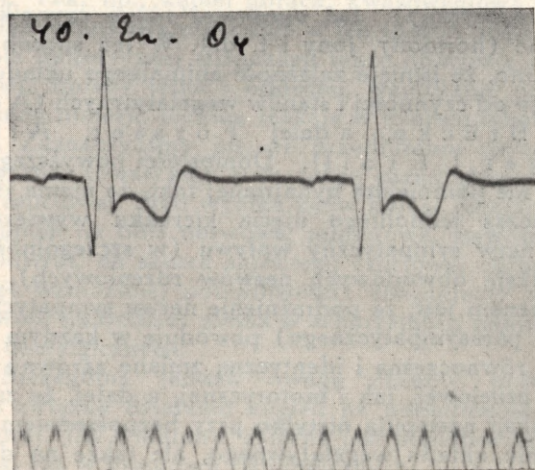
w ekg. również w wielu takich przypadkach, kiedy trzy zwykle odprowadzenia odchylić od normy nie wykazywały.

Technika zdjęć w odpr. IV polega na tem, że zwykle srebrne elektrody umieszczone zostają na przedniej i tylnej ścianie klatki piersiowej w miejscu, odpowiadającym sylwetce serca, a więc nieco wlewo od linii środkowej ciała. Przewód, odpowiadający kończynie górnej prawej, łączymy z elektrodą przednią, przewód lewego przedramienia tworzy połączenie z elektrodą tylną. Elektrody zostają umocowane przez użycie węża gumowego. W pozycji leżącej wystarczy przytrzymanie elektrody przedniej przez osobę trzecią. Otrzymane w ten sposób zdjęcia ekg. są zazwyczaj mniej wydrżane, niż w innych odprowadzeniach. Zaletę tę IV odpr. należy podkreślić, gdyż ma to znaczenie przy zdjęciach u pewnej kategorii chorych. Krzywa ekg. normalna w IV odpr. posiada pewne cechy charakterystyczne. (ryc. 1).

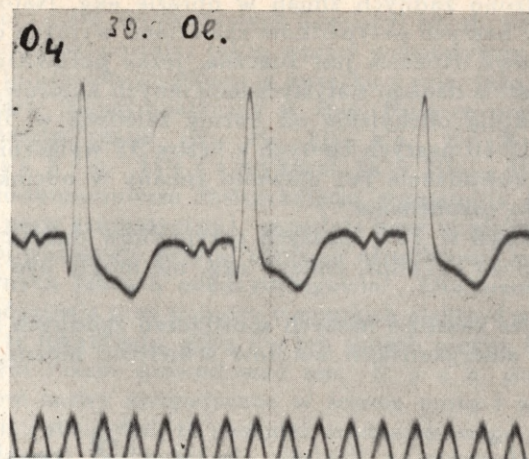


Ryc. 1.

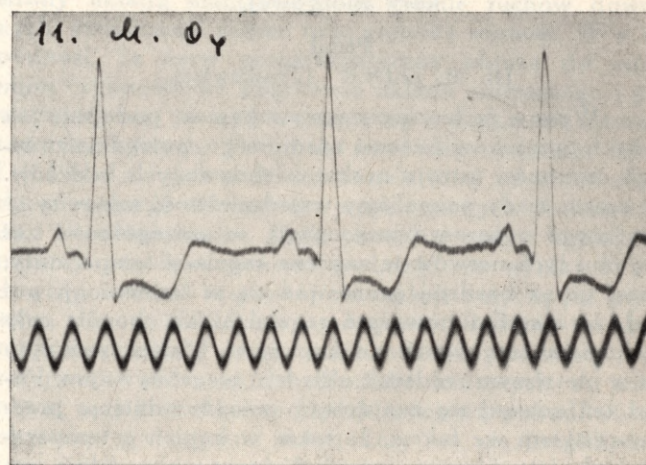
Wychylenie P jest zwykle małe, ujemne, wyjątkowo tylko stwierdza się P dodatnie. Zespół QRS ma często wyższe napięcie, niż w innych odprowadzeniach. Q jest zwykle dość głębokie. T ujemne, głębokie, ST na linii izoelektrycznej. W stanach patologicznych ze zmianami w naczyniach wieńcowych lub przy zawale mięśnia sercowego stwierdza się często, lecz nie zawsze, zdeniwelowanie odcinka ST. Według naszych spostrzeżeń występuje dość często dodatnie T w przypadkach z ujemnym T w odpr. I. (ryc. 2, 3, 4, 5).



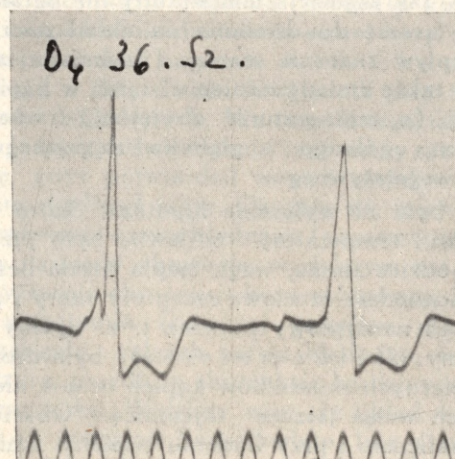
Ryc. 2.



Ryc. 3.



Ryc. 4.



Ryc. 5.

Amerykanie wykonali badania u 20 osób zdrowych i 13 chorych ze zmianami sercowo - naczyniowymi. Nasze spostrzeżenia oparte są na materiale 68 przypadków, z tego 32 przypadków duszniczy bolesnej, wzgl. schorzenia naczyń wieńcowych. Reszta 36 przypadków dotyczy ludzi zdrowych, wzgl. bez zmian patologicznych w narządach krążenia. U chorych naszych, jak wynika z załączonego zestawienia, w przypadkach dławicy piersiowej zaledwie u 4 pacjentów, czyli w 12% nie

stwierdzono żadnych zmian w obrazie ekg. Natomiast w 88% naszych przypadków znaleziono wyraźne cechy chorobowe. Różnica jest znaczna, jeżeli porównać wyniki nasze z danymi statystycznymi innych autorów, które wykazują odchylenie od normy zaledwie w 50 — 60%. U 10 naszych chorych z liczby 32 wyłącznie tylko odprowadzenie IV. ujawniło zmiany w odcinku ST i ustaliło rozpoznanie.

Czyli w 30% naszych przypadków dusznicy bolesnej poza IV odpr. zmiany ekg. nie mogły być ujawnione.

Na zasadzie naszych spostrzeżeń zgodnych z wynikami amerykańskich autorów stwierdzić można, że

przy pomocy t. zw. 4 odprowadzenia udaje się ujawnić zmiany elektrokardiograficzne również w takich przypadkach schorzeń naczyń wieńcowych, które w trzech klasycznych odprowadzeniach są nieuchwytne.

PIŚMIENNICTWO:

- 1) W o l f e r t h and W o o d. Coronary occlusion Amer. Journ. of Med. Sciences 1932. Nr. 1. — 2) C r a i b. The Electrocardiogram Med. Research Council London 1930.
- 3) C o n d o r e l l i. Die Ernährung des Herrens. 1932. — 4) D r e s s l e r. Klinische Elektrokardiographie 1930. — 5) B o d e n. Elektrokardiographie 1932.

Z praktyki prywatnej

O wpływie kąpiei leczniczych na pobudliwość kory mózgowej.

Podał

Dr. M. LEDER (Truskawiec).

Wiemy, że leczniczy wpływ kąpiei, podobnie jak i innych czynników leczenia zdrojowego, polega na zmianach czynności ustroju wskutek zadawanych bodźców. Od czasu, kiedy poznaliśmy współzależność nerwu sympatycznego i parasympatycznego, w szczególności zaś rolę obu tych nerwów w zakresie regulacji temperatury, zaczęli coraz bardziej gruntować się w balneologii pogląd, że nie tylko powyższa regulacja, ale w ogóle cały mechanizm reagowania na kąpielowe bodźce związany jest w pierwszym rzędzie z układem wegetatywnym. Pogląd ten zdawał się znajdować swe uzasadnienie przede wszystkim we fakcie, że także w kąpiei o temperaturze obojętnej mogą wystąpić znaczne wahania zarówno tętna, jak i ciśnienia, zależne tym razem od chemicznego składu wody (NaCl, KCl, CO₂ i t. d.). I podobnie, jak regulacja temperatury nie ogranicza się wszak wyłącznie do działania na układ naczyniowy, lecz ma wpływ znacznie szerszy (przemiana materji), tak byłyby także zmiany ciśnienia i tętna w kąpiei n. p. solankowej (o temperaturze obojętnej) raczej tylko wskaźnikami ogólnego i głęboko sięgającego przeobrażenia wegetatywnego.

Ale była to wyłącznie hipoteza. Skoro bowiem przy regulacji temperatury oddawna było już wiadomem, że bodziec zimna, wzgl. ciepła działa bezpośrednio na odpowiednie czuciowe receptory skóry i przenosi się na układ naczyniowy poprzez t. z. ogólny odruch wegetatywny (G i l d e m e i s t e r), była droga działania chemicznych składników kąpiei osnuta niemal do lat ostatnich wciąż jeszcze tajemnicą. Obserwowane pletysmograficznie i przy badaniu ciśnienia zmiany naczyniowe mogły tutaj powstawać równie dobrze na drodze humoralnej (a więc np. wskutek tworzących się w skórze pod wpływem kąpiei ciał hormonalnych, albo wskutek przesunięć jonów), jak i na drodze odruchu nerwowego. W tym drugim przypadku nie było wiadomem, w jaki sposób następuje podrażnienie zakończeń nerwów czuciowych skóry, i którędy podnieta jest przewodzona. Wreszcie zarówno na drodze humoralnej, jak i odruchowej nie było żadnego dowodu, że zmiany wegetatywnej innerwacji dotyczą nie tylko samego narządu krążenia, lecz bezpośrednio także innych narządów. A trudno byłoby wszystkie objawy odczynu kąpiei

lowego, np. w mięśniach i stawach (narządach o unerwieniu animalnem), uważać tylko za pochodne i zależne od pierwotnych zmian naczyniowych.

Ze podstawą wszelkiego przeobrażenia ustroju (Umstimmung) pod wpływem kąpiei jest w końcu jednak odruch wegetatywny, zostało dowiedzione dopiero w ostatnim czasie, dzięki badaniom chronaksymetrycznym. Chronaksymetrię, jako nową metodę badania czuciowej i motorycznej pobudliwości, wprowadzili do kliniki L a p i c q u e i B o u r g u i g n o n. Przy ustalaniu pobudliwości nerwu, albo też mięśnia, zaczęli mianowicie badać nie tylko sam próg galwanicznej podniety, lecz także minimalny czas, w ciągu którego musi przepływać określony prąd elektryczny, by wywołać mięśniowy skurcz, względnie wrażenie czuciowe. Próg galwanicznej podniety, dla którego miarą jest napięcie prądu we woltach, nazwał L a p i c q u e „reobazą”. Ze względów praktycznych i na podstawie obliczeń matematycznych obrał jednak prąd o napięciu dwa razy większem. I minimalny czas, w ciągu którego przepływa prąd o podwójnej reobazie, nazwał — chronaksją. Chronaksja jest więc czasem, a mianowicie, czasem drażnienia, mierzonym w ułamkach σ ($\sigma = 1 : 1000$ sekundy) i na ogół możemy powiedzieć, że, im mniejsza jest chronaksja danego nerwu, tem większa jego pobudliwość i naodwrot. Badania chronaksji doprowadziły do wielce doniosłego odkrycia. Okazało się mianowicie, że zarówno czuciowa, jak i motoryczna pobudliwość stoi stale pod wpływem złożonego aparatu regulacyjnego, którego trzonem jest nerw sympatyczny (wzgl. parasympatyczny), zaś ogniwami różne czynniki humoralne (hormony, jony i t. d.). W ten sposób udowodniono, że istnieje zależność animalnego układu nerwowego od czynności i stanów wegetatywnych (A c h e l i s, B r ü c k e, a dalej F ö r s t e r, A l t e n b u r g e r i K r o l l). Doniosłości powyższego odkrycia nie pomniejsza bynajmniej fakt, że niema jeszcze dotychczas jednolitego ujęcia kierunku wywieranego przez nerw sympatyczny wpływu (w szczególności na chronaksję obwodowych nerwów rdzeniowych). Dla nas ważnem jest, że podrażnienie nerwu sympatycznego (wzgl. parasympatycznego) powoduje w każdym przypadku równoczesną i identyczną zmianę zarówno chronaksji czuciowej, jak i motorycznej, a dalej, że zmiany chronaksji następują nie tylko przy bezpośrednim podrażnieniu układu wegetatywnego, ale także na drodze odruchowej. Wykazał to dla bodźców termicznych A c h e l i s, zaś dla naturalnej kąpiei solankowej

ikwasowęgłowej Bornstein i Budelmann. Przy ogólnym odczynie na zadziałanie ciepła, jak i przy kąpielach kwasowęgłowych i naturalnych solankowych (o temperaturze obojętnej) następuje, mianowicie, bardzo znaczne przedłużenie czuciowej i motorycznej chronaksji, zaś przy odczynie na zimno — skrócenie. Przy zadziałaniu kąpeli w sztucznym 5%-wym roztworze NaCl nie występuje natomiast niemal żadna zmiana chronaksji, podobnie, jak w wodzie (o temperaturze obojętnej), pozbawionej składników chemicznych. Pomiaru chronaksji dokonywane były w czasie kąpeli na ramieniu, niezanurzonem we wodzie, odpadał więc wpływ naczyniowy (CO₂ powoduje, jak wiadomo, charakterystyczne rozszerzenie naczyń skórnych). Bornstein zdobył dalej w doświadczeniach na królikach bezpośredni dowód, że zmiany chronaksji odbywają się pod wpływem kąpeli na drodze odruchu nerwowego, poprzez układ wegetatywny. Gdy bowiem wyciął zwierzęciu obustronnie cały nerw sympatyczny, od części szyjnej aż do zwojów małej miednicy, albo też zastrzyknął mu większą dawkę ergotaminy — nie mógł wywołać więcej przez kąpiele absolutnie żadnej zmiany chronaksji. Natomiast przecięcie nerwu kulszowego nie tylko nie znosiło na *m. gastrocnemius* zmian kąpielowych chronaksji, ale stawały się one nawet po kilku dniach znacznie intensywniejsze. Z doświadczeń tych wynika, że odruch kąpielowy chronaksji odbywa się poprzez nerw sympatyczny, nie zaś na łuku rdzeniowym. W nerwach rdzeniowych przebiegają raczej włókna, które odruch hamują (*parasympathicus*). Bornstein przekonał się w końcu, że podwiązanie przed kąpielą aorty brzusznej i żyły puste dolnej nie znosi na mięśniach dolnej kończyny kąpielowego odruchu chronaksji. I stwierdził na tej podstawie, że nie wchodzi tu w grę żaden humoralny wpływ skóry. Nie wyłącza to, oczywiście, że samo podrażnienie nerwowych zakończeń czuciowych odbywa się w skórze może przez specjalne jakieś ciała (pseudohistaminy?), które tworzą się tam nasutek kąpeli.

Powyższe badania mają dla balneologii bardzo zasadnicze znaczenie. Przedewszystkiem możemy na ich podstawie przyjąć, że w analogiczny sposób, jak na mięśnie, działa bodziec kąpielowy równocześnie i na inne narządy. A więc na cały animalny układ nerwowy, na stawy, serce, naczynia krwionośne i t. d. Trafiający skórę bodziec przenosi się wszędzie na drodze wegetatywnego odruchu i wywołuje tam znane nam z praktyki objawy. Tak, np., kąpiel gorąca, kwasowęgłowa albo naturalna solankowa powoduje w ten sposób obok przedłużenia motorycznej chronaksji także obniżenie ciśnienia krwi, zmiany tętna i oddechu, wzmożenie ogólnej przemiany materji, lokalną reakcję w miejscu schorzenia i t. d. Zaznaczyliśmy już, że przedłużeniu chronaksji motorycznej towarzyszy stale także przedłużenie chronaksji czuciowej. Stąd wynika znów kojące działanie takich kąpeli na bóle nerwowe, mięśniowe, stawowe i t. p. Naodwrot, na skutek skróconej czuciowej chronaksji (a więc wzmożonej pobudliwości) znajdujemy wielką wrażliwość na bodziec zimna w schorzeniach reumatycznych i neuralgicznych.

Szczególną jednak uwagę chcemy poświęcić w tym związku działaniu kąpeli na pobudliwość kory mózgowej. Jak wiadomo, zależna jest pobudliwość kory, już w granicach fizjologicznych, od całego szeregu czynników. Ale, obok rozszerzenia, wzgl. zwężenia naczyń mózgowych, składu chemicznego krwi, tem-

peratury ciała, śródkorowych korelacji i t. d., oddawna już podnoszono tutaj także wpływ wegetatywny. Pozostaje to przedewszystkiem w związku z rolą, jaką odgrywa nerw parasympatyczny w śnie. Rolę tę podkreślili w ostatnim czasie W. R. Hess, E. Koch, W. S. i in. Hess wykazał, że w 20 — 30 minut po śródkomorowym zastrzyknięciu ergotaminy (hamującej nerw sympatyczny) zapadają koty w głęboki sen. Na tej podstawie przyjął istnienie ośrodku snu w wegetatywnych jądrach międzymózgowia. Drażnienie międzymózgowia przy pomocy cieniutkich elektrod potwierdziło tę lokalizację, gdyż i w ten sposób można było za każdym razem spowodować sen. Koch pobudzał u psów nerwy sympatyczne w ścianie aorty i w *sinus carotis* i stwierdził, że nasutek śródzatokowego (endosinualnego) podwyższenia ciśnienia następowało odruchowe wzmożenie napięcia (*tonus*) całego nerwu parasympatycznego, a w związku z tem także objawy ze strony układu animalnego: osłabienie ruchów dowolnych, zwiotczenie mięśni oraz głęboka senność. W. S. podnosi, że nerw parasympatyczny obniża do *minimum* czynnościowe pogotowie układu animalnego i powoduje przez to restytuowanie się w czasie snu elementów tkankowych. Podobne stanowisko zajmuje także Löffler. Jak widzimy, została tutaj zależność układu animalnego od nerwów wegetatywnych potwierdzona i na innej drodze. O ile chodzi o wpływ kąpeli, to musimy przedewszystkiem podnieść, że wyniki obwodowego badania czuciowej chronaksji dotyczą już przez samą metodę także kory mózgowej. Badanie to obejmuje zawsze całą drogę przewodzenia podniety, od receptorów skóry aż do ośrodków korowych. A jeżeli nawet są jakieś różnice między czuciową pobudliwością obwodowego nerwu i samej kory — nie moglibyśmy tego żadną miarą osądzić. Inaczej przedstawia się sprawa z chronaksją motoryczną, gdzie badamy wszak tylko pobudliwość końcowego obwodowego odcinka. Tutaj dokonać można ustalenia chronaksji korowej tylko przez bezpośrednie drażnienie samej kory. Takie badania przeprowadzali na psach A. i B. Chaurhard, Förster i in., ale nie uwzględnili przy tem wpływu bodźców kąpielowych. Nie uczynił tego także Rizolo, jednak doświadczenia jego mają specjalną dla nas wagę, gdyż potwierdził w nich niejako pośrednio znane nam skądinąd fakty. Okazało się, mianowicie, że przy podrażnieniu nerwu błędnego (parasympatycznego) następuje najpierw obniżenie, w dalszym zaś ciągu silne podwyższenie chronaksji kory mózgowej. Natomiast wysoka wagotomja (powyżej *ganglion plexiforme*), wzgl. przecięcie gałęzi nerwu błędnego, zaopatrujących tarczycę, przedłuża chronaksję bardzo wydatnie od samego początku. Widzimy więc, że układ wegetatywny działa na mózg nie bezpośrednio, lecz przez mobilizację hormonów. I możemy przyjąć, że dzieje się tak również pod wpływem bodźców kąpielowych. Ważne jest stwierdzenie, że zarówno podrażnienie, jak i wyłączenie nerwu parasympatycznego prowadzi w końcu do obniżenia pobudliwości kory mózgowej. Tylko, że podrażnienie nerwu parasympatycznego działa niejako w dwu fazach, i najpierw pobudliwość się zwiększa, a potem dopiero maleje. I ta dwufazowość tłumaczy, naszym zdaniem, dostatecznie pozorną sprzeczność, jaka zachodzi w stosunku do wpływu zimnej kąpeli pomiędzy wynikami Achelisa a także Bornsteina i Budelmanna (skrócenie chronaksji), a tem wszystkiem, co wiemy wszak z praktycznej-

go doświadczenia. Wystarczy bowiem, jeżeli wskażemy, że zimna kąpiel nożna jest doskonałym środkiem nasennym. Warto nadmienić, że w związku ze wspomnianą dwufazowością, można sobie wytłumaczyć również takie fakty, jak zjawianie się różnych bólów napadowych (także napadów epileptycznych) specjalnie w północy, dalej normalną ekscytację („marudzenie”) dzieci przed snem, a wreszcie fakt, stwierdzony przez R o m i n g e r a, że u dzieci do pewnego wieku działa zarówno gynergen, jak atropina i efetonina, nasennie.

Z wywodów naszych wynika, że kąpiel ciepła (powyżej 37°C) a także kwasowęglowa i naturalna solankowa wzmacnia wpływ nerwu sympatycznego, zaś osłabia wpływ nerwu parasympatycznego. Winnoby więc tutaj następować w każdym przypadku wyraźne obniżenie pobudliwości kory mózgowej. Codzienne jednak doświadczenie zdrojowe nas poucza, że tak nie jest, i że dzieje się często wręcz przeciwnie: pobudliwość kory wzrasta, chorzy stają się bardzo wrażliwi i skarżą się na nieznaną im przedtem bezsenność. Otóż należy stwierdzić, że objawy te, szczególnie pod wpływem kąpeli kwasowęglowej i solankowej, są niemal zawsze wynikiem okoliczności ubocznych. Przedewszystkiem należy pamiętać, że pacjenci nasi piją w czasie kuracji także miejscowe wody mineralne (niejednokrotnie wbrew przepisom lekarza). Wspomnieliśmy zaś już wyżej, jaki wpływ może mieć zachwianie w organizmie równowagi jonów także na pobudliwość kory mózgowej. Dalej nie chcą często chorzy zrezygnować z pokąpielowej drzemki. A taka drzemka niweczy natychmiast cały wpływ zarówno gorącej kąpeli borowinowej, jak i kąpeli kwasowęglowej i solankowej. Co więcej: w miejsce pożądanego podrażnienia nerwu sympatycznego następuje teraz nagle przewaga nerwu parasympatycznego. Ma to, oczywiście, swe skutki także w stosunku do kory mózgowej. Wkońcu musimy wskazać jeszcze na jeden czynnik o niepoślednim tutaj znaczeniu. Jest nim bezpośredni wpływ, jaki

wywiera bodziec termiczny kąpeli na naczynia krwionośne. Wpływ ten zaznacza się szczególnie na naczyniach mózgu np. w gorącej kąpeli borowinowej, a więc przy temperaturze około 40°C. Już w podanym powyżej doświadczeniu K o c h a było widocznym, że nerwy naczyń zajmują w układzie wegetatywnym całkiem wyjątkowe stanowisko. Potwierdzają to nasze doświadczenia, że te same bodźce kąpielowe, które w każdym innym kierunku pobudzają w organizmie nerw sympatyczny, tutaj go hamują i naodwrot. A więc np. kąpiel kwasowęglowa obniża ciśnienie krwi, a także — jak stwierdziliśmy w Truskawcu — naturalna kąpiel solankowa. Być może, że w tem odmiennym zachowaniu się nerwów naczyniowych odzwierciadla się stwierdzona przez D r e s e l a tendencja kompensacyjna. Bezpośredni wpływ na naczynia mózgu jest jednak przy kąpielowych bodźcach chemicznych stosunkowo bardzo nieznaczny. Tem większy jest natomiast przy krańcowych bodźcach termicznych.

PISMIENNICTWO:

A c h e l i s: Pflügers Arch. 219 (1928), 226 (1930). — A l t e n b u r g e r: Dtsche Z. f. Nervenheilk. 129 (1933). — B o r n s t e i n u. B u d e l m a n n: Z. physik. Ther. 40 (1930). — B o r n s t e i n: Z. Neur. 135 (1931), 138 (1932). — B o u r g u i g n o n według A l t e n b u r g e r a. — B u d e l m a n n: Dermat. Wschr. I. (1932). — B r ü c k e: Pflügers Arch. 228 (1931), Erg. Physiol. 34 (1932). — C h a u c h a r d: Verh. 14. intern. Kongr. Physiol. (1932). — D r e s e l: Erg. d. ges. Med. (1921) 11. — F ö r s t e r. A l t e n b u r g e r, u. K r o l l: Z. Neur. 121 (1929). — H e s s W. R.; Klin. Wschr. (1933) I, Lancet 1932 II. — K o c h E.; Verh. 14 intern. Kong. Physiol. (1932). — L a p i c q u e według A l t e n b u r g e r a, L e d e r i M i s c h e l Warsztawskie Cz. Lek. 10 (1933). L ö f f l e r. Verh. schweiz. natur. Ges. (1932). — R o m i n g e r: Klin. Wschr. (1932) I. — R i z z o l o według S t e i n a: Deutsch. Z. Nervenheilk. 129 (1933). — W y s s: Verh. schweiz. naturf. Ges. (1932).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Z dziedziny niedokrewności *).

Podał

H. J. LANDAU (Warszawa).

W artykule p. t. „Leczenie chemiczne niedokrewności” omawia P. Chevallier wskazania i przeciwwskazania do stosowania środków chemicznych, podając jako klasyczne: żelazo, zwiększające zawartość hemoglobiny, arsen, zwiększający liczbę czerwonych ciałek krwi, rtęć, jako środek przeciwkiloowy. Jednocześnie autor omawia rozmaite postaci podawania leków, oddając pierwszeństwo wśród preparatów żelaza — szczawianowi żelaza, z preparatów arsenu — płynowi F o w l e r a, z preparatów rtęci — szarej maści. Obok nich autor omawia rolę i zastosowanie soli miedzi, manganu, innych metali, kwasu solnego.

„Przetaczaniu krwi w niedokrewnościach” poświęcony jest artykuł P. E m i l a - W e i l a. Autor omawia zastosowanie i znaczenie przetaczania krwi w niedokrewnościach pokrwotocznych,

w niedokrewnościach wskutek przewlekłych i ostrych skaz krwotocznych, w niedokrewnościach pochodzenia zakaźnego (zimnica, kala-azar, ostry gościec stawowy, posocznica paciorkowcowa, *colibacillosis*, gruźlica, przymiot), w niedokrewnościach toksycznych, spowodowanych przez jady, przewlekłe zapalenia nerek, czynniki radioaktywne, pasorzyty, raka, w niedokrewnościach wskutek schorzeń samej krwi (B i e r m e r a), parabiermerowskiej, aplastycznej, hemolitycznej, białaczkowej, wskutek guzów szpiku kostnego. Podane są również zasady, jakimi się należy kierować przy przetaczaniu krwi w stanach niedokrewnych.

Ch. F l a n d i n porusza zagadnienie „Leczenia opoterapeutycznego niedokrewności”. Żadnych prawie wyników nie daje leczenie wyciągami ze szpiku kostnego i śledziony. W lekkich niedokrewnościach oddaje usługi surowica końska, podawana doustnie lub w zastrzykiwaniach. Trjumfy święci leczenie wątrobą, zwłaszcza w niedokrewności B i e r m e r a, i to zarówno w klasycznej postaci (metoda W h i p p l e a), jak i w postaci wyciągów. Niegorsze wy-

*) Monde médical 1933 N. 829.

niki daje leczenie preparatami żołądka i dwunastnicy zarówno w postaci wysuszonego proszku, jak i zawiesiny glicerynowej. W wielu przypadkach obok tego stosować należy opoterapię nieswoistą, której wymagają stany zaburzeń czynnościowych tarczycy, niedomoga nadnerczy lub brak czynności jajników.

„O niedokrewnościach wczesnego wieku dziecięcego i ich leczeniu” pisze P. N o b é c o u r t. Autor dzieli niedokrewności na lekkie, silne plastyczne i silne aplastyczne lub hipoplastyczne. Leczenie etjologiczne jest możliwe tylko w niedokrewnościach wtórnych lub objawowych, powstających na tle wadliwej higieny ogólnej, wadliwego żywienia (brak żelaza, witaminy C i aminokwasów, jak: tryptofan i histydyna w pożywieniu), zaburzeń przewodu pokarmowego, pasorzytów jelitowych, krzywicy, obrzęku śluzakowatego i niedomogi gruczołu tarczowego, przymiotu wrodzonego, gruźlicy, zimnicy, leishmaniozy, krwotoków noworodków i t. d. Leczenie fizjologiczne i patogenetyczne obejmuje leki chemiczne (żelazo, również w pokarmach, jak: mięso, żółtko jaja, szpinak, jabłka, dalej arsen, tryptofan i histydyna w zastrzykiwaniach podskórnych, tlen we wziewaniach lub zastrzykiwaniach podskórnych 40 — 50 cm.³ dziennie). Leczenie biologiczne obejmuje stosowanie krwi (w przetaczaniach wśródżylnych, zastrzykiwaniach wśródmięśniowych i podskórnych), surowicy (doustnie i podskórnie), opoterapii (wysuszony szpik kostny, podawany doustnie, lub wyciągi jego, zastrzykiwane podskórnie, wątroba wołowa surowa lub gotowana oraz jej wyciągi do podawania doustnego i wśródmięśniowego, poliopterapii (wyciągi płynne, zawierające wątrobę, śledzionę, nerki, nadnercza), witaminy C w postaci soku z owoców, zwłaszcza z cytryn w dawce 2 — 10 łyżeczek od herbaty dziennie oraz witaminy D w postaci tranu lub naświetlanej ergosteryny. Z innych czynników wymienia autor naświetlanie słońcem i lampą kwarcową, naświetlanie kości małymi dawkami promieni R o e n t g e n a, kuracje klimatyczne (pobyty w górach na wysokości 800 — 1000 m.), talassoterapię i krenoterapię (wody żelaziste, arsenikowe, słone).

Rozdział o „rozpoznawaniu niedokrewności” wyszedł z pod pióra E. A g a s s e - L a f o n t a. Autor odróżnia pod względem natężenia niedokrewności lekkie lub I stopnia (liczba czerwonych ciałek krwi < 4.000.000, zawartość hemoglobiny < 80%), średniego lub II stopnia (liczba czerwonych krążków od 2.000.000 — 3.000.000, hemoglobina 40—60%), silne lub III stopnia (erytrocyty 1.000.000—2.000.000, hemoglobina 20 — 40%), krańcowa lub IV stopnia (erytrocyty < 1.000.000, hemoglobina < 20%). Co do swej istoty i patogenetyki autor dzieli niedokrewności na niedokrewności wskutek utraty krwi, toksyczne (ołów,

benzol i jego pochodne, nitrobenzol, rtęć, arsenobenzol, sole złota, bizmut, chloran potasowy), wskutek działania promieni R o e n t g e n a i ciał radjoczynnych, zakaźne, pasorzytnicze, rakowe, wskutek zaburzeń w czynnościach przewodu pokarmowego, w przebiegu chorób krwi i narządów krwiotwórczych, ciążowe, samoistne (B i e r m e r a plastyczna i aplastyczna). Autor omawia szczegółowo różniczkowanie między nimi, przy czym podkreśla znaczenie badania krwi, zwłaszcza rozmazów barwionych, oraz dokładnego badania ogólnego chorych z uwzględnieniem nowoczesnych pomocniczych metod badania klinicznego.

Szczegółowemu omówieniu przez J. S a b r a z e s a podlega „Leczenie niedokrewności złośliwej Biermera i przewlekłej niedokrewności hipochromicznej z silną niedokrewnością, bez kwaśności lub bez sokiem”. Autor poświęca dużo miejsca pierwotnej niedokrewności B i e r m e r a oraz niedokrewnościom o obrazie krwi niedokrewności złośliwej, lecz o przyczynie uchwytnej (ciążowe, u nosicieli brzośdogłowca szerokiego, przymiotowe, w następstwie zwężeń jelitowych, po wycięciu żołądka, w przebiegu guzów złośliwych, szczególnie przerzutów do szpiku kostnego). Zwłaszcza dokładnie roztrząsa autor leczenie wątrobowe i żołądkowe, zagłębiając się w mechanizm ich działania.

„Choroby i zmiany zawodowe krwi” omawia M. D u v o i r. Z czynników, które powodują zmiany we krwi, a z którymi stykają się robotnicy, wymienić należy ołów, rtęć, arsenik i arsenowodór, fosfor i fosforowodór, siarkowodór, siarczki węgla, tlenek węgla, kwas cjanowodorowy, pewne związki organiczne (benzol i t. p.) i ich pochodne azotowe (anilina i t. p.); klinię i leczenie tych zatruc uwzględnia autor w szerokich rozmiarach. Z czynników fizycznych, odbijających się na składzie krwi, uwzględnia autor zmęczenie, ciepłotę, ciśnienie atmosferyczne, promieniowanie świetlne, elektryczność, wielokrotne upusty krwi (dawcy zawodowi), promienie R o e n t g e n a, radiociała radjoczynne. Z pasorzytów, wchodzących w rachubę przy omawianiu chorób zawodowych, uwzględnić należy tęgoryjca dwunastnicy (*ankylostoma duodenale*) u górników, robotników tunelowych oraz u pracowników w okolicach podzwrotnikowych (Antyle, Brazylja, Afryka równikowa).

W rozdziale o „leczeniu niedokrewności lekowych” omawia Ch. A u b e r t i n niedokrewności, spowodowane przez arsen (nowarsenobenzol, sulfarsenol, acetylsan), bizmut, złoto (sankryzynę, chryzalbiny, allochryzynę, solganol, aurophos, kryzolgan, złoto koloidalne), ich postaci i klinię oraz leczenie tych spraw.

Oceny książek.

Gösta RUNSTRÖM. *A roentgenological study of acute and chronic otitis media*. Acta radiologica. Supplementum XVII. Stockholm 1933.

Rzadko kiedy przystępuje się do oceny książki z takim entuzjazmem, z jakim ja to w tej chwili czynię, rzadko bowiem znajduje się w niej tak skupione wszystkie zalety, jakichby się od książki wymagało. Zaczynając od treści, t. j. od najmożliwiej jasnego wykładu, ilustrowanego najdokładniej wykonanymi rysunkami, a kończąc na wykwinym papierze,

wyraźnym, starannym druku i najdoskonalszej korekcie — wszystko to zachęca do wertowania tej niewielkiej, bo tylko 88 stron tekstu (nie licząc bogatego atlasu) liczącej książki. Już pierwszy rozdział, traktujący o anatomii kości skroniowej i jej odmianach, z jego prześlicznymi rysunkami, mogącymi wprost rywalizować z naturalnymi preparatami anatomicznymi, wprawia w nieklamany zachwyt. Wszystko jest tu podane krótko, treściwie, a przytem ściśle. Dalsze rozdziały omawiają technikę rentgenowską i szczegóły anatomiczne obrazu

rentgenowskiego z uwzględnieniem wszystkich rzutów i rodzajów zdjęć według Schüllera, Langego, Grassheya, Sonnenkalba, Stenversa, Mayera i inn. I tu znowu podziwiać wypada ścisłość dokładnie wykonanych rysunków. W końcu znajdujemy 47 historii chorób, dotyczących ostrego i przewlekłego zapalenia ucha środkowego z powikłaniem ze strony wyrostka sutkowego, ilustrowanych wymiennymi rentgenogramami. O całości śmiało i bez przesady powiedzieć można, że jest to ostatni wyraz techniki rentgenowskiej, sztuki fotograficznej i wykonania artystycznego.

Z. Srebrny.

SCHÜCK Frank. Diagnostik und Indikation in der Neurochirurgie mit therapeutischen Hinweisen. VI. S. 137 z 52 rysunkami. Nakład Walter de Gruyter et Cie. Berlin und Leipzig 1934. R. M. 8.

Schück, znany zaszczytnie z prac w neurochirurgji profesor berliński, daje w swoim krótkim, obficie ilustrowanym podręczniku wyciąg własnego praktycznego doświadczenia, zdobytego w dwóch większych szpitalach niemieckich, w Charité i am Urban. Jest to książka niewielka, po którą przy stawianiu wskazań chirurgicznych chirurg i neurolog — zwłaszcza początkujący — nieraz sięgną chętnie, do której

nieraz z korzyścią zajrzą, o ile oryginalnych monografij nie posiadają, albo czasu do głębszych studjów nie mają. Materiał jest wszędzie umiejętnie wyzyskany, dydaktycznie rozłożony, dobór przykładów i wzorów ze znawstwem wykonany, technika badania z umiarem uwzględniona. Znać w dziale mózgu wpływ dawnych prac Kochera i Cushinga, w dziale rdzenia prac Foerstera i Binga, w dziale nerwów obwodowych prac Kramera i Lériché, a przede wszystkim wzorowanie się na podręczniku neurochirurgji Lehmana świeższej daty. Rozkład materiału wybrał autor, jak następuje: 1) Urazy czaszki (złamania, postrzały) i mózgu (*commotio, compressio, contusio cerebri, shock, syncope*) oraz ich następstwa (*meningitis serosa, purulenta*, padaczka, ropień, wodogłowie, sprawy zapalne mózgu zewnątrzpochodne, nowotwory, 2) Urazy kręgosłupa i rdzenia, sprawy zapalne, degeneracyjne, blastomatyczne, rozwojowe. Stosunek topograficzny między kręgami, korzonkami i rdzeniem, 3) Urazy nerwów obwodowych, guzy, nerwobóle. Chirurgja bólu. 4) Chirurgja układu sympatycznego i parasympatycznego i wskazania do niej. (Neurochirurg nowoczesny po pracach Olivecrony i Tönnisa lat ostatnich odczuje niejeden brak w monografji Schücka).

H. Higier.

Wskazówki praktyczne

Leczenie surowicą przeciwbłoniczą według Rietzschla: jeżeli istnieje obawa anafilaksji, należy mieć pod ręką adrenalinę, aby przy pierwszych oznakach wstrząsu zastrzyknąć 0,3 — 0,5 ctm.³; godne polecenia jest postępowanie Stolliego, polegające na jednoczesnem zastrzykiwaniu adrenaliny i surowicy w przerwach półgodzinnych po 0,5; 1,0; 2; 5; 10; 20 ctm.³ surowicy i jednocześnie 0,1; 0,2; 0,3 ctm.³ adrenaliny. Zastrzykiwanie surowicy baraniej lub wółowej nie jest godne polecenia, gdyż tego rodzaju surowice zawierają mniej antytoksyny i są bardziej trujące, niż końska. (M. m. W. 1933, N. 49).

—o—

Według O. Bodena przeciwwskazaniem do stosowania uspienia *evipanowo-sodowego* (Evipan - Natrium) są schorzenia wątroby, skręt kiszki, zapalenie otrzewny, posocznica. Nieuwzględnienie przeciwwskazań, przekroczenie dozwolonej dawki, niewłaściwa technika mogą się stać przyczyną z duszenia i innych powikłań. Wszelkie schorzenia w obrębie jamy ustnej, gardzieli i tchawicy stanowią bezwzględne przeciwwskazania. (Fortschr. Ther. 1933, N. 12).

—o—

Według Riemanna leczenie **zapalenia otrzewny** pooperacyjne za pomocą **zastrzykiwania do jamy brzusznej surowicy** znacznie zmniejszyło odsetek śmiertelności. Zastrzykuje się po ukończeniu operacji do jamy brzusznej 25 — 50 gr. surowicy pałeczki okrężnicy lub mieszaniny tej surowicy z surowicą gangreny gazowej. (M. m. W. 1933, N. 48).

—o—

Spirocid jest, zdaniem Eckharta, najlepszym środkiem w leczeniu **kily wrodzonej**. Najczęściej wystarcza jedna kuracja, w czasie której w ciągu 12 tygodni zużywa się 12 — 15 gr. spirocidu. W razie potrzeby kurację należy powtórzyć. (Jahrb. Kindhlk. 1934, str. 114).

—o—

Naświetlanie promieniami ultrafioletowymi w zatruciach tlenkiem węgla daje wyniki bardzo dobre. Działanie tych promieni polega na wzmożeniu wentylacji płuc, przyspieszającą eliminację tlenku węgla. (Gewerbehyg. 1913, Z. 9).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

CLXXV posiedzenie z dnia 29 maja 1933 r.

Obecnych 35.

Przewodniczył Bregman.

1. Jelenkiewicz odczytał sprawozdanie z działalności Sekcji Klinicznej za rok 1932.

Knappe zgłosił wniosek, ażeby wybrać przez aklamację prezydium sekcji w dotychczasowym składzie na następny rok.

Srebrny popiera ten wniosek.

Wniosek został jednogłośnie uchwalony.

2. Pokaź:

H. Higier. Przypadek *meningitidis serosae chronicae*.

U osoby młodej, lat 24 liczącej, nie obciążonej dzie-

dzicznie, bez wywiadów przymiotowych, gruźliczych i alkoholowych rozwija się stopniowo w ciągu kilku miesięcy bez wiadomej przyczyny obraz kliniczny, dosyć poważny i podejrzany: narastające dokuczliwe bóle głowy, zwłaszcza po stronie lewej, z nudnościami, wymiotami, napadowem omdleniem, bezsennością, chód powolny, niepewny, niezborny z padaniem w tył, двоjenie, ślepotą przelotną obok postępującego osłabienia siły wzroku.

Wielokrotne badanie na 2 oddziałach szpitalnych stwierdza obok powyższych zjawisk: zwolnienie i wahania częstości tętna (48 — 90 na minutę), bolesność uciskową lewej kości ciemieniowej, ataksję i niedowład prawej ręki, hipestezję obu dłoni i stóp na dotyk, ból i ciepło, astereognozję także, hemiparęzę lewej połowy ciała włącznie z twarzą, двоjenie dwu i jednocześnie, zniesienie odruchów rogówkowych po obu stronach, obustronną tarczę zastoinową, kilkudniową polidipsję.

W toku wielomiesięcznej choroby bezgorączkowej notowano: po napadzie omdlenia przemijającą hemiparezę prawej strony, w dwa tygodnie później drgawki prawej strony i t. zw. *sécousses électriques* lewej nogi. Nie stwierdzono zaburzeń w napięciu mięśni, w odruchach skórnych, okostnowych i ścięgowych, w czynności słuchowej i w typie męstruacyjnym.

Mocz prawidłowy, krew bez zmian patologicznych, odczyn P i r q u e t a słabo dodatni, odczyn W a s s e r m a n n a — ujemny.

Częste poprawy krótkotrwałe przy stałym ujemnym radjogramie czaszki i niezależne od dwukrotnie rozpoczynanego i przerywanego leczenia swoistego i naświetlań promieniami R o e n t g e n a.

Rozpoznanie brzmiało: *tumor cerebri* bez pewnego umiejscowienia i pewnego podłoża. Zdecydowano dokonać trepanacji dekompresyjnej lub operacji radykalnej w okolicy lewego ciemienia.

W szóstym miesiącu choroby stale postępującej stan chorej stopniowo i niespodzianie zaczął się poprawiać, i w ciągu miesiąca pacjentka wyzdrowiała prawie zupełnie. Poprawa trwa już blisko rok, pomijając tu i owdzie zjawiającą się przelotną ślepotę (*amblyopia fugax*) z następstwem kilkuminutowym dwojeniem bez bólu głowy.

Prelegent rozpoznaje t. zw. *pseudotumor cerebri*, a za podłoże jego uważa *meningitis serosa chronica essentialis*, cierpienie bardzo rzadkie, nie przez wszystkich neurologów uznawane, mimo iż ostra postać tegoż (po urazach somatycznych i psychicznych, po udarze słonecznym, po *excessus acutus in Baccho*) aprobuje większość klinicystów. Etiologia jest zupełnie ciemna. Kol. K o z ł o w s k i, który obserwował chorobę na oddziale swoim i zamierzał ją operować, twierdzi, iż widywał podobne samoistne wyzdrowienia w sprawach mózgowych, zależnych od przewlekłej autointoksykacji kiszkiowej. Co do rokowania tych wyleczonych przypadków prelegent zaleca ostrożność, gdyż miał cały szereg (demonstrowanych w r. 1907, 1908, 1909) przypadków, dwu i trzykrotnie nawrotowych, z których przed laty dwudziestu kilku pojedynczo opisał („*Pseudotumor cerebri recidivans*” w „*Gazecie Lekarskiej*” i „*Neurolog. Zentralblatt*” z r. 1910 i „O powrotnych postaciach chorób układu nerwowego” w „*Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim*” i „*Zeitschrift fuer Neurologie*” z r. 1927) (streszczenie własne).

W dyskusji R. H e r t z stwierdza, że chora się znacznie poprawiła, tak, że zniosła nawet w międzyczasie bez zarzutu operację wycięcia wyrostka robaczkowego.

B r e g m a n przypomina sobie pacjentkę, która leżała przez parę tygodni w szpitalu na oddziale mózwy. Podejrzewano u chorej zrazu nowotwór. Przebieg sprawy był zrazu powolny, potem nastąpiło szybkie pogorszenie się stanu: wystąpiło lewostronne porażenie, wzrok stale się pogarszał; zjawiała się tarcza zastoinowa. Wszystko to kazało podejrzewać guz przeciwległej półkuli mózgowej. H o r s l e y uważa, że w każdym przypadku, w którym istnieje podejrzenie nowotworu, należy operować. Mówca nie jest tak radykalny w stawianiu wskazań operacyjnych, lecz istnieją, zdaniem jego, bezwzględne wskazania do operacji, które stanowią: 1) uporczywe bóle głowy z wymiotami, uniemożliwiające żywienie takich chorych; zależą one od napadów wzmocnienia ciśnienia śródczaszkowego; 2) stale pogarszanie się wzroku; w tym przypadku istniało właśnie to drugie wskazanie operacyjne, wobec czego zaproponowano chorej operację, lecz pacjentka się na nią nie zgodziła. Mówca był zdziwiony tem, że chora się poprawiła. Podkreślić należy fakt, że poprawa nastąpiła jeszcze przed rozpoczęciem naświetlań promieniami R o e n t g e n a. W podobnych przypadkach, chociażby nie było nawet żadnych podejrzeń o przymiot, wciarki rtęciowe nawet w nieobecności kily dają poprawę. Mówca obserwował również przypadki, analogiczne do cytowanych przez prelegenta, chociaż naogół należą one do rzadkich. Przytacza podobny przypadek z nawracającymi wciąż objawami, leczony naświetlaniami promieniami R o e n t g e n a; w okresie poprawy chorej został nawet zakwalifikowany jako szofer, co dowodzi, wiele warte są wstępne badania lekarskie szoferów. Drugi podobny przypadek dotyczył 17-letniego chłopca z objawami mózdkowymi, który zmarł w jednym ze swych napadów. Przy badaniu pośmiertnym stwierdzono u niego *meningitis chronica circumscripta* na grzbietowej powierzchni mózdku, które doprowadziło do powstania torbieli, uciskającej mózdzek, nie więc dziwnego, że sprawa dawała objawy guza mózdkowego. W trzecim przypadku rozpoznawano guz mózdku, lecz chora nie zgodziła się na zaproponowany jej zabieg operacyjny, poczem nastąpiły 3 lata poprawy, tak, że można było myśleć o zu-

pełnem wyzdrowieniu, lecz potem wystąpiły nanowo objawy mózdkowe, i chora zmarła; badanie pośmiertne wykazało obecność guza mózdku. A zatem w przebiegu guzów bywają też samoistne remisje. *Pseudotumor cerebri* nie można uważać za rozpoznanie kliniczne; jest to, zdaniem N o n n e g e r a, rozpoznanie kliniczne guza, którego nie wykazało badanie pośmiertne.

W odpowiedzi stwierdza H i g i e r, że guzy nawrotowe nie bywają. Jeżeli w ciągu dwóch lat niema nawrotu objawów guza, nie można o nim mówić. Rozpoznawał w jednym podobnym przypadku guz mózdku, lecz operacja nie wykazała jego obecności. Chory wyzdrowiał i od 6 lat jest zdrow. *Arachnitis chronica circumscripta odhaesiva cystica* rozpoznaje prelegent jedynie wtedy, kiedy wystąpienie objawów poprzedził uraz. Cytuje przypadek, w którym po urazie wystąpiły objawy guza kąta mostowo-mózdkowego, zaś pewnego razu, gdy chory mocno kichnął, objawy się zupełnie cofnęły: widocznie torbiel pękła, i uciskający płyn się wylał.

3. O d e z y t:

H. R a s o l t. *Zmiany elektrokardiograficzne przy miarowej czynności serca.* (Streszczenia nie nadesłano).

W dyskusji zaznacza W a l a w s k i, że garb załamka T, do którego tak wielkie znaczenie przywiązują autorzy angielscy, nie jest patognomoniczny dla zawału mięśnia sercowego. Pokazuje krzywą elektrokardiograficzną, pochodzącą od chorego z zapaleniem wsierdzia, mięśnia sercowego i osierdzia (*pancarditis*) na tle gośćcowym, która wykazuje również garb załamka T. Garb załamka T może wystąpić wszędzie tam, gdzie istnieje uszkodzenie mięśnia sercowego.

W e i n s z t o k stwierdza, że prelegent pominął w swym odczycie zmiany załamka T, dalej kwestie, związane z przerostem pewnych odcinków serca. Blok częściowy nie należy właściwie do tematu odczytu, gdyż przebiega on z niemiarową akcją serca; nie można natomiast powiedzieć tego o bloku całkowitym, w którym rytm serca bywa zupełnie miarowy. Stwierdzenie ujemnego załamka T nie pozwala jeszcze na stawianie bezwzględnie złego rokowania; ujemny załamek T występuje np. po wypiciu lodowato zimnej wody, po podawaniu naparstnicy i t. d. Niektórzy autorzy próbują umiejscawiać zawał w zależności od charakteru elektrokardiogramu: klinicysta rosyjski P l e t n e w czyni to na podstawie całego obrazu klinicznego, a mianowicie prawostronnej, względnie lewostronnej niedomogi serca.

K n a p n e stwierdza, że elektrokardiografia nie zastąpi badania klinicznego, gdyż obejść się można raczej bez pierwszej, niż bez drugiej. Elektrokardiograficzna metoda badania serca posiada tę dużą zaletę, że jest metoda rejestrująca, że wyniki jej mogą być przesyłane na odległość, przechowywane i porównywane. Posiada to doniosłe znaczenie w praktyce ubezpieczeniowej, gdyż jest wielu lekarzy, niewykwalifikowanych w badaniu fizykalnem serca, których wyników badania pacjentów nie można sprawdzić; elektrokardiogram zaś stanowi pewnego rodzaju dowód.

H. J. L a n d a u uważa metode elektrokardiograficzną za ważne uzupełnienie badania fizykalnego i rentgenowskiego serca, nie podziela jednak bezwzględnego optymizmu prelegenta w odniesieniu do wyników badania elektrokardiograficznego, przynajmniej, jeżeli chodzi o teraźniejszość. Badania, dotyczące swoistego układu wytwarzania i przewodzenia bodźców, są jeszcze nieukończone, są w toku. Jeżeli w dziedzinie nauki, zdawałoby się, tak ścisłej, jak anatomja, możliwe są pomyłki, czego dowodzi fakt uznawania przez szereg lat istnienia połączenia między węzłem K e i t h - F l a k a a węzłem przedsionkowo-komorowym A s c h o f - T a w a r y w postaci drogi T o r r e l a, która się okazała w końcu pęczęciem sztucznie wypreparowanych włókien mięśnia sercowego, to tembardziej jest to możliwe w dziedzinie klinicznej. Najlepszym dowodem jest interpretacja garbu załamka T, t. zw. wieńcowego T P a r d e g o, które miało być patognomoniczne dla zawału mięśnia sercowego i było za takie uważane nie tylko przez autorów amerykańskich, lecz również rosyjskich (E t t i n g e r), zaś okazało się, że spotyka się je w błonicych i gośćcowych zmianach serca. Takim samym był los typowego zespołu elektrokardiograficznego w wysiękowym zapaleniu osierdzia, opisanego przez S c h e r f a, odrzuconego zaś przez innych autorów. Ostatnio zwraca się uwagę na coraz to inne wychylenia. F r e u n d l i c h zwraca np. uwagę na zmiany wychylenia Q, pogłębienia jego w odprowadzeniu I i II uważa za charakterystyczne dla uszkodzenia mięśnia sercowego, spowodowanego przez miażdżycę naczyń wieńcowych, rzadziej spotyka się je w zmianach spowodowanych przez błonice i gościec; zmiany wychylenia Q w odprowadzeniu III nie są charakterystyczne. Obecnie wprowadza

się również odprowadzenie IV, przy którym nakłada się elektrody na piersi i grzbiet. Mówca ma wątpliwości co do znaczenia elektrokardjografii dla praktyki ubezpieczeniowej; cytuję przykład, kiedy badanie kliniczne budziło podejrzenie zmian w mięśniu sercowym, badanie elektrokardjograficzne natomiast dało najzupełniej normalny wynik; ubezpieczony dostał w dwa miesiące potem ciężkiego napadu duszniczy bolesnej, w którym zmarł. Elektrokardjografia nie daje w dodatku pojęcia o stanie zastawek serca (poza t. zw. zespołem przewagi prawo- względnie lewostronnej).

W a l a w s k i stwierdza, że elektrokardjografia nie jest metodą doskonałą, lecz daje ona jednak bardzo dużo. Uwzględnić należy cały elektrokardjogram. Niewolno również zapominać o wpływie roślinnego układu nerwowego na akcję i rytm serca oraz elektrokardjogramu.

W odpowiedzi zaznacza R a s o l t, że elektrokardjogram nie wystarcza do rozpoznania zawału mięśnia sercowego. Prostuje, że nie mówił o bloku częściowym, lecz o całkowitym, który daje miarowy rytm serca. Potwierdza, że fala T rzeczywiście zmienia się pod wpływem rozmaitych czynników.

CLXXVI posiedzenie z dnia 19 czerwca 1933 r.

Obecnych 31.

Przewodniczył S z y m a n o w s k i.

P o k a z y:

1) M. S a i d m a n. *Przypadek torakoplastyki.*

Prelegent demonstrował przypadek torakoplastyki sposobem S c h a d e g o, wykonanej u 11-letniego chłopca z powodu całkowitej jamy poropniakowej. Prelegent omówił sprawę wysuszania się jam poropniakowych i ich sposoby leczenia (streszczenie własne).

2) M. S a i d m a n. *Przypadek operacji wytwórczej przelyku.*

Prelegent demonstrował 6-letniego chłopca po trzech aktach operacyjnych wytwórczej operacji przelyku. Zwężenie przelyku wytworzyło się po wypiciu ługu. Pierwszy akt operacyjny polegał na wytworzeniu przetoki żołądkowej, a to celem odżywiania dziecka. W drugim akcie operacyjnym wykonana została przetoka przelykowa w okolicy szyi (*oesophagostomia*). Trzeci akt operacyjny polegał na uformowaniu rury skórnej spisobem B r i d e r a, aby móc ją następnie połączyć z przetoką przelykową w obrębie szyi, a na dole z żołądkiem (streszczenie własne).

W dyskusji zapytuje S r e b r n y, ile czasu upłynęło od założenia przetoki żołądkowej.

S a i d m a n wyjaśnia, że od tego czasu minął rok. Stwierdza, że obawiał się wykonywać operację wytwarzania przelyku. W całym dotychczasowym piśmiennictwie jest raptem 40 przypadków, w których operacja się udała, w większości przypadków próby podobne kończą się śmiercią. Leczenie trwa po 2 — 3 — 4 lata, gdyż od jednego aktu operacyjnego do drugiego upłynąć musi dostatecznie długi przeciąg czasu. Wytworzenie rury skórnej niezawsze się udaje, powstają martwice, przetoki.

K a r b o w s k i stwierdza, że na oddziale dra B u t k i e w i c z a znajduje się przypadek ezofagoplastyki, w którym przelyk utworzono z jelit. Przypadek ten jest zakończony nod względem leczniczym, a spostrzegany jest już trzy lata. Trudności powstają dopiero po połączeniu poszczególnych odcinków ze sobą.

O d c z y t:

H. S p a r r o w. *O zapobiegawczem stosowaniu surowic w chorobach zakaźnych* (streszczenia nie nadesłano).

W dyskusji zaznacza K n a p p e, że jedynie właściwe jest otrzymywanie surowic od ludzi. Uważa, że surowice zwierzęce są nieczynne, i że jedynie racjonalne jest stosowanie surowic ludzkich. Zwierzęce surowice przeciwpacior-kowcowe, przeciwtężcowe przeważnie zawodzą. Najlepszym środkiem, zapobiegającym tężcowi, jest jodyna. Autorzy francuscy zwracają uwagę na niebezpieczeństwo zapobiegawczego stosowania surowicy przeciwtężcowej ze względu na groźbę choroby posurowiczej, ewentualnie wstrząsu anafilaktycznego. Często zawodzi również zwierzęca surowica przeciwbłonicza. Podczas wojny, stosując surowice przeciwbłonicze, nie miał w Szpitalu Ujazdowskim ani jednego przypadku śmierci z błonicy. Lecz takie same wyniki otrzymano na zachodnim froncie, nie stosując surowicy. Wyniki, otrzymywane za pomocą zwierzęcej surowicy przeciwbłoniczej tłómaczyć można przestrajaniem ustroju, a nie swoistością działania surowicy.

S z e n a j c h przyznaje, że niewszystkie surowice są skuteczne, lecz nie mamy prawa powiedzieć, że surowice przeciwbłonicze i przeciwpłonicze nie działają. Dowodzi tego w sposób dobitny spadek śmiertelności w czasie ostatnich epi-

demii błonicy i płonicy. Pomimo to, że liczba zachorowań na nie zwiększyła się 20 — 30 krotnie, liczba przypadków śmiertelnych pozostała nieznaczna. Niewolno nam czekać chwili, aż będą surowice ludzkie, musimy tymczasem stosować surowice zwierzęce. Nie można również porównywać błonicy u dzieci z błonicą u dorosłych, u których ma ona przebieg lekki. Dotyczy to w jeszcze silniejszym stopniu płonicy, w której zastosowanie surowicy często czyni cuda, zaś mleko, yaten i t. p. nie działają zupełnie, tak, że trzeba mówić o działaniu przestrajającym. Wobec tego niewolno nam pod żadnym pozorem zarzucać obecnie stosowania zwierzęcej surowicy przeciwbłoniczej i przeciwpłoniczej i czekać, aż będą ludzkie. U nas dotąd nie było epidemii zapalenia rogów przednich rdzenia (*poliomyelitis anterior acuta*). Surowice działają dobrze w tych przypadkach, gdzie niema pora, żeń; lecz wtedy nie posiadamy pewności, że było istotnie zapalenie przednich rogów rdzenia. Aczkolwiek więc sprawa nie jest jasna, należy jednakże stosować surowicę. Niepewna jest również sprawa zapobiegania odrze za pomocą stosowania surowicy; wyjątki jednak o niczem nie świadczą, mogą one być wszędzie. Materiał surowicy musi być dobry, surowica musi pochodzić od dobrego fabrykanta przeciwciał, najlepiej, ażeby pochodziła ona od kilku dawców (wielowazna). Dalej działanie surowicy zależy również od czasu, kiedy się ją zastrzykuje (w którym dniu okresu wylegania). Poronne postaci odrzy łatwe są do przeoczenia, co stanowi poważne niebezpieczeństwo dla zakładów zamkniętych. Zapobiegawcze stosowanie surowicy obcogatunkowej u dorosłych jest niebezpieczne. Mówca stosuje zapobiegawczo na oddziale błoniczym surowicę przeciwpłoniczą. Dzięki temu zmniejszyła się liczba epidemii wewnątrzdziałowych.

B r o k m a n zaznacza, że działanie rozmaitych surowic jest różne. W szpitalach należy wogóle stosować zapobiegawczo surowicę przeciwbłoniczą i przeciwpłoniczą, natomiast w praktyce prywatnej należy być ostrożnym z ich stosowaniem. Pod tym względem okazują nam pomoc próba S c h i c k a i D i c k ó w. Ważny moment w stosowaniu surowicy odrowej stanowi fakt częstego zapadania ciężarnych na odrę. Jak uchronić płód przed odrą? Płód zapada na odrę później, po okresie wylegania u matki. Wobec tego należy stosować bardzo duże dawki surowicy ozdrowieńców po odrze, ażeby zapobiegać poronieniu częstemu w tych razach. Zapytuje, czy w krwi powinny antytoksyny są bardziej stężone. Jeżeli chodzi o zapobiegawcze stosowanie surowicy w chorobie H e i n e - M e d i n a, to nie zdaje sobie właściwie sprawy, u kogo należy ją stosować, gdyż niewiadomo, jak idzie zakażenie. Stosowanie surowic homologicznych jest niewątpliwie skuteczniejsze, niż heterologicznych. Nie wyobraża sobie jednak, jak można to zagadnienie zrealizować w życiu. Wątpi, czy kiedykolwiek surowice ludzkie będą mogły wwrugować zwierzęce. Wstrząsy anafilaktyczne nie są tak niebezpieczne, gorzej przedstawia się sprawa choroby posurowiczej. Obecnie należy zwrócić wszystkie wysiłki w tym kierunku, ażeby znaleźć sposoby zapobiegania wstrząsom anafilaktycznym i chorobie posurowiczej, jeżeli się to uda osiągnąć, to surowice ludzkie będą znajdowały zastosowanie tylko wtedy, jeżeli się okażą skuteczniejszymi od zwierzęcych.

G a n t z stwierdza, że podłoże poglądów K n a p p e o na stosowanie surowic zwierzęcych stanowi jego sentyment dla zwierząt. W oczekiwaniu lepszych środków nie można się wyrzekać tych, które posiadamy już obecnie, a które okazały się dobrymi. K n a p p e, nie będąc pedantą, nie widywał ciężkich przypadków błonicy u dzieci z powikłaniami ze strony krtani. Przy stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej należy kierować się wynikami badania bakteriologicznego. Surowica przeciwbłonicza daje również bardzo dobre wyniki.

S r e b r n y przypomina sobie erę przedbehringowską, kiedy ciągle trzeba było robić przecięcia tchawicy. Od czasu wprowadzenia surowicy tracheotomia stała się rzadką. Wątpliwości co do swoistego działania surowicy zwykłej i przeciwbłoniczej rozwiewają badania porównawcze. Badania w ostatnich ciężkich enidemiach potwierdzają wyniki dawnych badań. Należy również uwzględnić różnice w przebiegu błonicy u dzieci (ciężki) i u dorosłych (łagodny).

S z y m a n o w s k i stwierdza, że jodyna niszczy wprawdzie zarodniki tężca, lecz nie posiada to żadnego znaczenia dla działania surowicy przeciwtężcowej, której jodyna nie może zastąpić. Działanie surowicy przeciwtężcowej i przeciwbłoniczej zostało dzisiaj dokładnie poznane. Do surowicy ludzkiej musimy się uciekać tylko wtedy, gdy nie możemy otrzymywać surowicy odpornościowej od zwierząt. Dotyczy to wszystkich surowic, o których wspominała prelegentka.

Trudności polegają na tem, że nie znamy organizmów zwierzęcych, wrażliwych na zarazek przesączalny. Zaleta surowic ludzkich polega jedynie na dłuższym okresie ich przebywania w ustroju po zastrzyknięciu człowiekowi. Niewszystkie paciorkowce są jednakowe; dlatego też, dopóki nie będziemy umieli ich odróżniać, trudno jest dyskutować nad skutecznością surowic przeciwpaciorkowcowych.

K n a p p e prostuje, że stosuje w praktyce surowice zwierzęce, lecz odnosi się do nich krytycznie i wątpi o skuteczności tego rodzaju środków.

W odpowiedzi S p a r r o w stwierdza, że przedmówcy wyręczyli ją w zbijaniu twierdzeń K n a p p e g o, wobec czego nie ma nic do dodania.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Chirurgicznego w Paryżu z dnia 7 marca 1934 r. (Presse méd. N. 22, 1934 r.) H. G a n d i e r poruszał sprawę *zależności między grasicą a chorobą Basedowa*. W jednym przypadku choroby B a s e d o w a w pełni rozwoju usunięcie przerośniętej grasicy spowodowało ustąpienie podstawowych objawów tej choroby. Autor przypomina prace zagranicznych autorów, zwłaszcza H a m m a n a i H a b e r e r a o, zależności między wolem wytrzeszczowem a rozrostem grasicy.

Na posiedzeniu Towarzystwa Patologii Porównawczej w Paryżu z dnia 13 lutego 1934 r. (Presse méd. N. 22, 1934 r.) P. C h e v a l l i e r i G. L a v a l l é e omawiali przy-

padek *śmierci po wśródmięśniowym wstrzyknięciu starego preparatu organicznego*. Chory, cierpiący na ciężką dychawicę oskrzelową, lat 31, otrzymał w czasie napadu wstrzyknięcie do mięśnia uda prawego surowicy, przygotowanej przed rukiem i przechowywanej w ciepłym pokoju. W kilka godzin potem odczuł chory żywy ból w udzie, który się szybko natężał. Noga zaczęła obrzmiewać, obrzęk objął całą kończynę dolną od pachwiny aż do stopy. Stan ogólny pogorszył się, i chory po trzech dniach zmarł. Przypadek ten dowodzi, że surowice, jakkolwiekby byłyby wolne od niebezpieczeństw, mogą spowodować powikłania, których nie można przewidzieć.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Departamentu Północnego z lutego 1934 r. (Presse méd. N. 22, 1934) B o u r n o v i l l e i R. B e r l e m o n t pokazywali przypadek *zespołu parkinsonowskiego po zapaleniu mózgu*. 12-letnia dziewczynka wykazywała w maju 1933 r. objawy śpiączkowego zapalenia mózgu z drgawkami klonicznymi, podwójnym widzeniem i olbrzymią sennością. Obecnie wykazuje ona bardzo wyraźny zespół parkinsonowski. Nadmierne napięcie mięśniowe wykazuje podobieństwo do katatonji, chora zachowuje w ciągu wielu godzin niedogodne pozycje, jakie jej nadano. Nakłucie lędźwiowe dało ujemny wynik. Leczona była wstrzykiwaniami wśródżylnymi salicylanu sodowego (chora je źle znosiła), później genoskopolaminą, co doprowadziło do pewnego ustalenia się obrazu chorobowego. Prelegenci pragną przeprowadzić u chorej leczenie atropinowe metodą R o e m e r a.

Krytyka lekarska

Osobliwości współczesnego piśmiennictwa naukowego.

Czasy obecne, które dostarczają nam tylu dziwołagów na arenie politycznej i społecznej, nie oszczędzają, oczywiście, i nauki. I w piśmiennictwie naukowym od czasu do czasu napotykać można rzeczy, które stanowią niezmiernie charakterystyczne przyczynki do obecnej chwili.

Oto mamy przed sobą „Materiały o histolizatach prof. M. P. T u s z n o w a”, zeszyt I (Istoria i teorja woprosa), wydany przez „Gosudarstwiennojie medicinskoje izdatelstwo” (leczebno - sanitarnojie uprawlenje Kremla).

Zagadnienie histolizatów czyli produktów rozpadu tkanek posiada już obfite piśmiennictwo w Sowietach i należy, jako jeden z działów leczniczego stosowania wyciągów z narządów do ciekawszych kwestyj terapii współczesnej. I wspomniany powyżej zeszyt zawiera również szereg interesujących przyczynków do tej sprawy, ale obok tego zawiera swoiste dodatki, które z zagadnieniem histolizatów pozostają tylko w niezmiernie luźnym związku. Oto zaraz we wstępie czytamy następujące zdanie: „Rząd Sowiecki w dekrete z d. 15.10.32 z powodu organizacji Wszechzwiązkowego Instytutu medycyny doświadczałnej jasno i wyraźnie postawił przed medycyną sowiecką problem badania człowieka i wyszukania nowych, aktywnych metod leczenia, zapobiegania i dokonywania badań. Zadanie to, wskazane przez Komitet Związkowy, jaskrawie podkreśla różnicę w drogach rozwoju sowieckiej i burżuazyjnej, zakordnowej medycyny. Istotnie, czy można osiągnąć nowe sposoby badania, leczenia i zapobiegania, jeżeli przyjąć za zasadę osławiony „nihilizm w medycynie”, głoszony przez G o l d s c h e i d e r a i S a u e r b r u c h a, lub niemniej osławione hasło „z powrotem do H i p p o k r a t e s a” z jego zasadą „natura uzdrowia, lekarz leczy” (*Natura sanat, medicus curat*). Część lekarzy sowieckich, czując fałsz tego hasła, lecz nie umiejąc znaleźć prawidłowego kierunku, wzywa do pójścia nie

„z powrotem do H i p p o k r a t e s a, lecz „naprzód z H i p p o k r a t e s e m” (np. prof. R. A. Lurja).

„Ale ani jedno, ani drugie nie rozwiązuje zagadnienia. H i p p o k r a t e s zasługuje na pamięć i poważanie, lecz niemożna przy dzisiejszym rozwoju nauki robić z niego sztandaru. Należy wziąć to użyteczne, co dał nam założyciel medycyny naukowej, ale należy iść naprzód nie z H i p p o k r a t e s e m, lecz z tem hasłem, które nam daje partja i klasa robotnicza”. Pod takim to punktem widzenia powinna być, zdaniem autorów „Materiałów”, rozważana metoda leczenia, proponowana przez prof. T u s z n o w a! Po takim wstępie następują rozdziały, poświęcone omawianiu zagadnienia histolizatów z różnych stron, podane są wyniki prac doświadczałnych i klinicznych, rys obserwacji, dokonywanych w zakładach leczniczo - sanitarnych Zarządu Kremla i t. d.

W końcu zaś przed piśmiennictwem znajduje się rozdział, poświęcony „pojęciu choroby u Hegla i w naukach przyrodniczych”. Rozdział ten naszpikowany cytatami z M a r k s a, E n g e l s a i L e n i n a, zawiera na końcu takie między innymi zdania, jak że „L e n i n pozostawił niewyczerpane stronicie krytyki burżuazyjnej ochrony zdrowia i nakreślił podstawy sowieckiej teorii jej ochrony”, wreszcie: „już M a r k s określił gruźlicę jako „warunek istnienia kapitału”, a L e n i n wykazał, że tyfus był w czasie caratu skutkiem tego, że kapitał „naciskał chłopów w takich warunkach, kiedy ci ostatni byli całkowicie skrupowani przez właścicieli ziemskich”; tenże tyfus, po rewolucji październikowej, gdy usunięte zostały stosunki feodalno - kapitalistyczne, okazuje się li tylko wynikiem „niekulturalności, nędzy, ciemnoty i braku wykształcenia”, t. zn. przeżytkiem technicznego zacofania pracy i przeżytkiem warunków bytu...”. „M a r k s i L e n i n pokazali tem, że choroba w społeczeństwie klasowem jest biologicznym wyrazem szkód produkcji, a nie poprostu odwrotną stroną zdrowia, i że samo pojęcie choroby nie jest czemś, raz na zawsze utwierdzonem i niezmiennem,

lecz, że choroba zmienia swą treść wraz ze zmianą stosunków społecznych...”.

W ten sposób i wilk syty i owca cała, i udaje się w pełni... *captare benevolentiam!*

W inną nieco dziedzinę bliższych już nam stosunków przenoszą nas przypisy, jakie znajdujemy na końcu przyczynków doświadczalnych z zakresu nowotworów w 39-ym tomie „Zeitschrift für Krebsforschung” za rok 1933, wydanym jeszcze pod redakcją usuniętego już obecnie prof. F. Blumenthala. Czytamy tam pod pięcioma krótkimi doniesieniami prof. Bessred-

ki i L. Grossa, powtórzoną na końcu każdego z tych doniesień następującą wzmiankę:

„Redaktor Naczelny Ilustrowanego Kurjera Codziennego w Krakowie, poseł Marjan Dąbrowski, umożliwił panu dr. Grossowi wykonanie tych badań w Paryżu, a to przez to, że dał mu do rozporządzenia konieczne środki — za co mu na tem miejscu wyraża się podziękowanie”. O ile nam wiadomo, dr. Gross jest stałym współpracownikiem Ilustrowanego Kurjera w Krakowie w dziale lekarskim.

Stefan Kramsztyk (Warszawa).

Korespondencja

List z Paryża.

O terre aventureure

Pays latin...

...Toutes les belles choses

Les poèmes, les roses

Charment ton peuple, épris

Des grands esprits.

(De Bainville: Au pays latin).

Jedną z najciekawszych cech medycyny francuskiej jest z pewnością jej „syntonizm”, jeżeli wolno użyć tego terminu psychiatrycznego. Niema w niej nic z surowej i zimnej urzędowości, nic też z fałszywego patosu rzekomego kapłaństwa. Jest natomiast lekka i wesoła niefrasobliwość, która kryje dużo ludzkiego serdecznego uczucia, oraz swobodny rozmach intelektu, obejmującego też inne poza lecznictwem dziedziny wiedzy i sztuki.

Od Rabalais — twórcy prozy francuskiej, poprzez Claudea Perrault — lekarza-architekta, projektodawcę dwu fasad Louvreu, Littrégo — encyklopedysty do Clemenceau — „ojca zwycięstwa”, trwa tradycja, wiążąca pokolenia lekarskie, a cechująca się tą szczególną giętkością umysłu zdolnego do głębokiego i pełnego rezonansu z otaczającym światem. Nic dziwnego, że w atmosferze wiekowego kultu dla sztuki, potworzyły się między medycyną a sztukami pięknymi związki trwalsze, niż gdziekolwiek.

Oto z jednej strony pisze Poussin:

„Il n'est pas permis au sculpteur d'être en défaut du détail anatomique”, z drugiej zaś Cruveilhier w sto lat potem nalega na wprowadzenie teorii sztuki do wykładów anatomji.

W miarę czasu stosunki wzajemne między medycyną i sztuką pogłębiają się. W r. 1857 Lordat z Montpellier otwiera wielki dział studjów patologicznych w sztuce, dział, który rozwija się szybko, znajduje naśladowców w innych krajach i skupia dokola siebie najcelniejszych lekarzy. Dziś już niesposób mówić pobieżnie o dziedzinie, która ma swą tradycję, swych mistrzów, własne metody pracy i olbrzymią bibliografję. Równolegle jednak do poprzedniej idei szerzy się między lekarzami wstydliva chęć wypowiedzenia się artystycznego. Idea ta skupia dokola siebie zrazu drobną garstkę tych lekarzy, którzy nawet po studjach nie zerwali z cyganerią malarską Montmartreu i niekiedy byli bardzo typowymi przedstawicielami tego Murgerowskiego świata.

Trudno było oprzeć się wpływowi tego środowiska, toteż nie dziwne, że w tem właśnie otoczeniu powstawały pierwsze objawy zakażenia tą artystyczną formą „malarji”. Na początku wystawy zbiorowe prac malarskich lekarzy miały raczej charakter zebrania towarzyskiego. W miarę jednak, jak ginął stary Montmartre, a na Rive Gauche tworzyły się pierwsze zalążki dzisiejszego kosmopolitycznego Montparnasseu,

liczba lekarzy, interesujących się czynnie sztuką, poczęła wzrastać, i oto przed kilku laty z inicjatywy hematologa Hamy, który był zresztą doskonałym grawerem - medalistą, zerwano z dawną tradycją cichego zakątka i poczęto wystawiać prace malarskie w „Cercle de la Librairie”.

W ciągu ostatniego czasu liczba nadsyłanych obrazów zwiększyła się tak znacznie, że i dawny lokal okazał się za szczupły. Tego roku przeniesiono się zatem do obszernych podziemi „Maison de France”, i tu właśnie odbył się w połowie lutego b. r. uroczysty wernisaż XIV Salonu malarskiego lekarzy.

Wystawa trwała dość krótko i obudziła większe zainteresowanie jedynie w sferach lekarskich. Stało się to przede wszystkim z powodu dużej liczby wielkich „Salonów”, otwartych równocześnie.

Poza kilkoma wyjątkami, ogólny poziom prac „Salonu lekarzy” został wyróżniony przez krytykę paryską, która, co prawda, odniosła się dość lekceważąco do młodszych braci w Apollinie.

Wrażenie, wywołane przez ogół prac malarskich lekarzy, mogłoby dać temat do szeregu interesujących refleksyj.

Utwór artystyczny świadomego swego celu twórcy nie jest czemś przypadkowym, bo zarówno temat, jak i forma są ściśle zależne od właściwości umysłu artysty, od jego „duchowego klimatu”. Możliwe się więc spodziewać, że przynajmniej tematyka Salonu lekarskiego będzie ściślej lub luźniej związana z zawodem, który, jak żaden inny, formuje swoiste nastawienie wobec świata zewnętrznego. A jednak wniosek ten nie mógłby być poparty przez tegoroczny Salon, który miał zdecydowanie inny charakter. Wypadałoby, że liryzm jest dominującym tonem w nastawieniu artystycznym lekarzy. Większość artystów obrała bowiem za temat — pejzaż, traktując go mniej lub więcej w sensie obiektywnego idealizmu. W zależności od temperamentu twórców możnaby wymienić jako typy obrazów: nastrojową i mglistą „Mgłę w Lyonie” Genet, pełny wesołego słońca „Most w Toledo” lub spokojne harmonijne „Szkice Bretońskie” Moy.

Trudno, oczywiście, dziś oczekiwać tematów radzajowo-lekarskich Teniersa lub Steena, ale dziwna, bądźco bądź, jest rezygnacja z oddania chłodnego eposu sali operacyjnej lub tak bardzo przecież „uduchowionych” tematów psychiatrycznych, których penurą grozić odczuli Munch, Kubin, Van-Gogh, Wiertz. Bardzo interesującym objawem jest też brak upodobania do nowych prądów w malarstwie. Przeważna część obrazów nasuwała myśl o trwającym wciąż wpływie impresjonistów z ich żywą wrażliwością na walor malarski światła.

Poza wymienionym rodzajem prac osobny kącik zajęły kilka drzewcrysów oraz zbiór karykatur i portretów imaginacyjnych, wykonanych przez popularnego Dra Marcella.

Szczególną uwagę zwrócono na wystawę pośmiertną plaket i medali G. H a y e m a, byłego prezesa Salonu lekarskiego. Ramy malej gablotki objęły prawie wszystkie prace H a y e m a wraz ze słynnymi już plaketami C l e m e n c e a u, Claude B e r n a r d a, L a ë n n e c a.

Dział rzeźby obelany był dość skąpo. Można by tylko wyróżnić interesujące „Ukrzyżowanie”, wykonane w drzewie w stylu gotyckich prymitywów, oraz projekt pomnika R o u x, wystawiony przez znanego chirurga d e M a r t e l a.

Wielką szkodą dla całości wystawy stał się brak rzeźb Paula R i c h e r r, zmarłego przed 3 miesiącami. R i c h e r r, jedna z ciekawszych postaci w medycynie francuskiej, był asystent C h a r c o t a i szef laboratorium w Salpetrière, od dawna związał się ze sztuką. On to założył „Nouvelle

leonographie de Salpetrière” i opracował, wspólnie z C h a r c o t e m, słynne studjum „Démoniaques dans l'art”.

Doskonale rzeźbiarz, miał pasję rzeźbienia drobnych figurek różnych stanów katatonicznych u umysłowo chorych. Z większych prac Jego znane są piękne pomniki C h a r c o t a, P a s t e u r a, V u l p i a n a.

R i c h e r r od kilkunastu lat był profesorem anatomji w „École de Beaux Arts”. Opróżnioną po Jego śmierci katedrę zajął obecnie M e i g e, który ogłosił niedawno piękną monografię o patologji ręki w malarstwie, kontynuując w ten sposób idee R i c h e r r a oraz trwałą już tradycję artystyczną medycyny francuskiej.

Paryż w marcu.

Dr. Leonard C h w a t t.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

O podstawach walki społecznej z nowotworami złośliwymi.

Podał

M. PŁONSKIER (Warszawa).

kierownik Oddziału Anatomopatologicznego w Szpitalu na Czystem.

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 16).

Odbytница i okolica odbytu.

Nowotwory złośliwe odbytnicy i okolicy odbytu są bardzo częstym zjawiskiem. Czynniki drażniące grają tu prawdopodobnie dużą rolę. Nowotwory śluzówki odbytnicy już bardzo wczesnie rozpadają się na powierzchnię, skutkiem czego wydzielina lub kał może zawierać krew, śluzowate masy oraz części nowotworu uległe martwicy. Należy pamiętać zawsze o tem, że pod obrazem zwykłych „guzów krwawnicowych” (*varices haemorrhoidales*) bardzo często kryć się mogą nowotwory złośliwe. W okolicy odbytu powstawać mogą bardzo złośliwe mięsaki czerniakowe (*melanosarcomata*). Większość nowotworów złośliwych śluzówki odbytu stanowią takie, które spostrzegamy dość często już u młodych ludzi.

Pochwa i część pochwowa macicy

Nowotwory złośliwe pochwy są naogół rzadkie. W przypadkach jednak niegających się owrzodzeń pochwy należy uwzględniać możliwość istnienia nowotworu złośliwego. Bardzo częste są natomiast nowotwory złośliwe części pochwowej macicy. Wszelkie widoczne lub wyczuwalne zgrubienia i zmiany kształtu części pochwowej macicy, wszelkie ubytki, nadżerki powinny w pierwszej linii nasuwać myśl o raku. Nadmierne przesadna ostrożność w tym kierunku jest najzupełniej uzasadniona i może być skuteczną bronią w walce z rakiem części pochwowej macicy. W żadnym może narzędzie nie uwydatniają się tak dobitnie różnice pomiędzy przypadkami, wczesnie rozpoznaniem i wczesnie operowaniem, a przypadkami, opóźnionem w rozpoznaniu i w leczeniu. I jeżeli do 80% kobiet z rakiem części pochwowej macicy ginie bardzo szybko, to jest to wyłącznie następstwem późnego rozpoznawania tego cierpienia. Niestety, rak części pochwowej macicy jest we

wczesnych okresach zupełnie bezbolesny, w dużej części przypadków opóźnia to znacznie zwrócenie się chorej do lekarza. Tembardziej więc u każdej bez wyjątku kobiety przy zwykłym badaniu lekarskiem należy interesować się stanem narządów rodnych. Zwiększona ilość wydzieliny z pochwy, krwawienia poza miesiączkami, krwawienia po stosunku płciowym, po utrudnionem oddawaniu stolca, po wysiłkach fizycznych, a najbardziej, jeżeli występują one u kobiet po ostatecznej przerwie miesiączkowania, powinny bezwzględnie w pierwszej chwili nasuwać myśl o raku części pochwowej. Przepisywanie w takich przypadkach środków, zatrzymujących krwawienie, bez dokładniejszego zbadania, jest błędem i lekkomyślnością, skutkiem której zostaje opóźnione właściwe leczenie. Przypadki, które mogły być uratowane dzięki odpowiedniej operacji w najodpowiedniejszej chwili, giną beznadziejnie. W przypadkach badania ręcznego części pochwowej należy zwracać baczną uwagę na to, czy na palcach nie pozostają drobne kawałki tkanek z rozpadającego się nowotworu.

Narządy wewnętrzne.

Wczesne rozpoznawanie nowotworów złośliwych narządów wewnętrznych jest trudniejsze. Tembardziej więc należy zwracać uwagę na możliwe do uchwycenia objawy, w różniczkowaniu brać zawsze pod uwagę nowotwory, jaknajwcześniej stosować wszelkie znane laboratoryjne i pomocnicze metody badania i jaknajwcześniej wreszcie odsyłać chorych do odpowiednich lekarzy-specjalistów. Przy najmniejszym podejrzeniu lekarz ogólny musi umieć wczesnie zrezygnować z leczenia chorego i żądać badania podejrzanego narządu przez specjalistę.

Krtani.

W przypadkach raka krtani, który jest bardzo częstym zjawiskiem, wczesne objawy mogą się uwydatnić tylko pod postacią długotrwałej, nie poddającej się banalnemu leczeniu chrypki. Nie wolno pod żadnym pozorem w takich przypadkach opóźniać badania laryngoskopowego przez specjalistę. Wczesne leczenie raków krtani daje bardzo dobre wyniki.

Przełyk.

Raki przełyku są bardzo częste. Stopniowo narastające trudności przy polykaniu są ich wczesnym objawem; nieraz zjawia się ból pomiędzy łopatkami lub w mostku. Przeszkody lub trudności przy wprowadzaniu zgłębnika umacniają w takich przypadkach podejrzenia. Badanie rentgenowskie ustala rozpoznanie.

Płuca.

Rak płuc nie należy do rzadkości, i należy o nim zawsze myśleć we wszystkich przypadkach przeciągających się, nietypowo przebiegających chorobach oskrzelowo-płucnych, szczególnie w nietypowo przebiegających zapaleniach płuc i w niejasnych przypadkach płynu w jamie opłucnowej (z jednej strony). Dość wcześnie zjawia się krwiopłucie przy ujemnym (wielokrotnym) badaniu na prątki gruźlicy (należy pamiętać o tem, że gruźlica płuc nie wyłącza wcale możliwości powstania raka). Badania pomocnicze są niezbędne dla ustalenia rozpoznania.

Żołądek.

Częstość występowania raków żołądka jest wszystkim dostatecznie znana; tak samo dobrze są znane jego objawy. Na uwagę zasługuje to, że czynniki konstytucjonalne w raku żołądka są bardziej uchwytnie: idzie tu o dyspozycję narządową do raka, która niejednokrotnie dziedziczy się bezpośrednio. W tych przypadkach, kiedy w rodzinie danego osobnika bywały przypadki raków żołądka, należy z szczególną uwagą spostrzegać przebieg bardziej długotrwałych stanów chorobowych żołądka. Nie należy nigdy odrzucać możliwości istnienia raka żołądka przez wzgląd na młody wiek osobnika; niejednokrotnie spostrzegano raki żołądka u osobników poniżej 20-go roku życia. Wobec niezwykłej częstości raków żołądka należy zawsze o nich pamiętać; w każdym bez wyjątku bardziej przewlekłym schorzeniu żołądka należy jaknajwcześniej badać pacjenta przy pomocy wszelkich istniejących metod pomocniczych, które jedynie umożliwiają wczesne rozpoznanie. Odpowiednie i w odpowiednim czasie rozpoczęte leczenie daje dobre wyniki.

Pęcherzyk żółciowy.

Raki pęcherzyka żółciowego są bardzo częstym zjawiskiem. Są one typowym przykładem raków, w których powstawaniu czynniki drażniące grają rolę zupełnie wyraźną. Czynniki drażniące są tu w pierwszym rzędzie kamienie żółciowe. We wszystkich bez wyjątku przypadkach kamicy żółciowej należy myśleć o możliwości powstania raka. Przy dzisiejszej udoskonalonej technice doszczętnej operacji pęcherzyka żółciowego należy ją uważać za jedyny sposób zapobiegania rakom w przypadkach kamicy żółciowej. Niestety, bywają raki pęcherzyka bez uprzednich objawów kamicy żółciowej. Wczesne rozpoznanie jest możliwe przy pomocy metod pomocniczych.

Jelita.

Jelita cienkie bywają rzadko siedliskiem nowotworów złośliwych; w jelicie grubym występują one natomiast bardzo często, najczęściej w kiszce

prostej, w esicy i w zagięciach. Objawy będą zależne od umiejscowienia. Ogólnymi wczesnymi objawami mogą być długotrwałe zaburzenia w trawieniu, zatwardzenia, kolki, wzdęcia, brak apetytu, o ile, oczywiście, trwają długo i nie ustępują pod wpływem odpowiedniego leczenia. Bezpośrednimi objawami nowotworu mogą być bóle umiejscowione, bóle przy ucisku, utrudnienia przy przechodzeniu zawartości jelitowej oraz patologiczne domieszki w kale. Metody pomocnicze są niezbędne dla wczesnego rozpoznania.

Nerki.

Nowotwory złośliwe nerek nie należą do rzadkości i często występują już w młodym wieku. W każdym przypadku krwimoczu, szczególnie kiedy z moczem odchodzą skrzepy krwi, w każdym przypadku bólów w okolicy nerek należy myśleć o sprawie nowotworowej. Badania pomocnicze i badania specjalne, wykonane przez urologa, są niezbędne dla wczesnego rozpoznania nowotworów nerek.

Pęcherz moczowy.

W każdym przypadku krwimoczu należy również myśleć o nowotworze złośliwym pęcherza moczowego; podejrzenia powinny budzić trudności przy oddawaniu moczu. Nowotwory pęcherza wcześniej, aniżeli nowotwory innych narządów, mogą ulec zakażeniu drobnoustrojami, co wpływa odpowiednio na ogólny przebieg choroby (gorączka, dreszcze i t. d.). W przypadkach podejrzanych należy uważnie i jak najczęściej oglądać oddany mocz, w którym można stwierdzić drobne kawałki tkanek nowotworowych. O rozpoznaniu decydują badania specjalne.

Gruzoł krokowy

Należy pamiętać o tem, że pod obrazem zwykłego przerostu gruczołu krokowego kryć się mogą raki. Dla ustalenia rozpoznania są konieczne badania specjalne.

Macica.

Przy niezwykłej częstości raków macicy wogóle, — raki trzonu są nieco rzadsze, aniżeli raki szyi i części pochwowej. W nowotworach złośliwych trzonu już wcześniej, oprócz upławów i krwawień patologicznych, mogą się zjawiać bóle.

Czynniki drażniące w przypadkach raków macicy są trudno uchwytnie. Trzeba jednakże pamiętać o tem, że śluzówka macicy podlega w związku z miesiączkowaniem okresowym zmianom morfologicznym, wśród których proces odnowy złuszczonych w miesiączce warstw jest jedną z ważniejszych zmian, i że zmiany te są ściśle zależne od czynności jajników. Wynikałoby stąd, że zaburzenia w czynności jajników wpływać muszą na stan śluzówki macicy i mogą w niej wywoływać zmiany nieprawidłowe, związane prawdopodobnie z nieprawidłową również odnową; w przypadkach dłużej trwających zaburzeń tego rodzaju mogą powstać w śluzówce macicy zmiany, które mogą stać się punktem wyjścia dla nowotworu złośliwego. Z tego też punktu widzenia należy traktować wszelkie nieprawidłowości w miesiączkowaniu, szczególnie dłużej trwające, tak samo, jak i wszelkie krwawie-

nia występujące poza miesiączkami u kobiet młodszych i starszych. W przypadkach dłużej trwających zaburzeń należy zawsze myśleć o możliwości powstania raka.

W macicy występuje nierzadko nowotwór złośliwy swoisty, a mianowicie, nabłoniak kosmówkowy (*chorionepithelioma*). Nowotwór ten powstaje po ciąży, po poronieniach, a szczególnie w związku z zaściadem groniastym (*mola hydatidosa*). Nabłoniaki kosmówkowe są wyjątkowo złośliwe. We wszystkich przypadkach, w których po wymienionych stanach zjawiają się często się powtarzające krwawienia, należy myśleć o nabłoniaku kosmówkowym.

Wobec niezwyklej częstości nowotworów złośliwych w macicy i bardzo dużego odsetka umieralności wskutek późnego rozpoznania, obowiązkiem każdego lekarza jest dokładne interesowanie się stanem narządów rodnych każdej bez wyjątku pacjentki.

Jajniki

Jajniki już często w młodym wieku bywają siedliskiem nowotworów złośliwych. Już we wczesnych okresach powstawania guzów jajnika występują zaburzenia w ich czynności, a w następstwie tego nieprawidłowe krwawienia z macicy. O ile w stosunku do nowotworów złośliwych większości narządów jamy brzusznej rozpoznanie ich w okresie, kiedy można je wyczuć poprzez powłoki jako guzy, musimy uważać za rozpoznanie późne, to nowotwory jajników stanowią pod tym względem wyjątek: rosną one bowiem powoli i bardzo późno dają przerzuty. Stwierdzenie dużego nawet nieraz guza jajnika może nie być zbyt późne; po usunięciu guza jajnika rokowanie może być dobre.

(Nie wymieniamy pozostałych narządów. O częstych nowotworach mózgu, rdzenia i gałek ocznych, jako dających szczególne objawy i wymagających specjalnego badania, nie będziemy tu mówili; trzeba o nich jednakże zawsze pamiętać. Trzeba również pamiętać, że wszystkie inne nie wymienione tu narządy mogą być punktem wyjścia dla nowotworu złośliwego. Przez wzgląd na umiejscowienie nie wolno nigdy odrzucać możliwości istnienia nowotworu złośliwego).

Jak należy postępować z chorymi,
u których podejrzewamy istnienie
nowotworu złośliwego?

W przypadkach podejrzanych należy dążyć wszelkimi siłami do jaknajszybszego ustalenia ostatecznego rozpoznania. Od chwili powstania podejrzenia lekarz powinien tylko ten cel mieć przed sobą i do celu tego powinien dążyć, korzystając z wszelkich środków i badań pomocniczych, o których będzie poniżej mowa. W okresie przeprowadzania badań należy postępować z chorymi jaknajogólniej, nie rozpoczynać żadnych nowych prób leczenia, ograniczając się co najwyżej do leczenia objawowego. Badania niezbędne muszą być przeprowadzone w jaknajkrótszym czasie; opóźnienie rozpoznania nowotworu złośliwego zawsze pogarsza rokowanie. W tych przypadkach, kiedy lekarz, spostrzegający podejrzanego chorego, nie ma możliwości szybkiego wyjaśnienia sprawy, nale-

ży natychmiast oddać chorego w ręce odpowiednich specjalistów. Nie zdajemy sobie dostatecznie sprawy z tej wielkiej odpowiedzialności, jaka na nas spada z chwilą opóźnienia z naszej winy właściwego rozpoznania i leczenia nowotworu złośliwego. Myśl o tem, że pod postacią niewinnego napozór guzka, poza krwawieniem z macicy, poza nieokreślonymi bliżej dolegliwościami w brzuchu, kryje się tak często nowotwór złośliwy, nie powinna nigdy opuszczać lekarza. Umiejętność jaknajwcześniejszej rezygnacji z własnej ambicji rozpoznania i uleczenia przypadku nie jest, jeżeli idzie o nowotwory złośliwe, tylko zagadnieniem osobistym sumienia lekarskiego, lecz jest zagadnieniem aktu społecznego wielkiej wagi, od którego zależy życie jednostki, i który w walce społecznej z rakiem gra dużą rolę.

Czego należy unikać w przypadkach
podejrzanych?

W tych przypadkach, kiedy podejrzewamy istnienie nowotworu złośliwego, należy za wszelką cenę unikać stosowania leczenia, któreby mogło drażnić tkanki. Nie wolno stosować maści i okładów żrących lub przyżegających; nie wolno zbyt wiele manipulować w tkankach zmienionych, nie wolno lapisować, skrobać, oczyszczać lub częściowo nacinać i t. d. Nieumiejętne postępowanie w podejrzanych przypadkach może przyspieszyć rozrost nowotworu złośliwego już istniejącego i może się przyczynić do powstania nowotworu w tych przypadkach, w których go jeszcze nie było.

Znaczenie badań pomocniczych dla
wczesnego rozpoznawania nowotwo-
rów złośliwych.

W przypadkach, podejrzanych w kierunku istnienia nowotworów złośliwych, należy jaknajwcześniej zastosować wszystkie znane metody badania, zarówno kliniczne, jak i laboratoryjne. Jest to szczególnie ważne w przypadkach podejrzenia nowotworów narządów wewnętrznych, gdyż dopiero przy pomocy tych badań można ustalić umiejscowienie, rozmiary i kształt zmian nowotworowych oraz ustalić stopień zniszczenia narządów, w których nowotwór się rozwija.

W ostatnich latach nauka lekarska uczyniła bardzo znaczne postępy w metodyce i technice bezpośredniego badania narządów wewnętrznych, stwarzając dla tego celu cały szereg nowych przyrządów. Mamy tu na myśli metody, stosowane przez specjalistów w poszczególnych gałęziach medycyny, — a więc rynoskopję, laryngoskopję, tracheo—i bronchoskopję, pleuroskopję, ezofagoskopję, gastroskopję, uretro,—cysto—i ureteroskopję i t. d. Dla wczesnego rozpoznawania nowotworów złośliwych narządów wewnętrznych metody te mają znaczenie pierwszorzędne, gdyż pozwalają stwierdzać przy pomocy wzroku już nawet wczesne zmiany nowotworowe, względnie zmiany, z których mogą powstać nowotwory. W miarę doskonalenia się tych metod zmniejszać się będzie różnica, jaka obecnie istnieje w częstości wczesnych rozpoznań w narządach zewnętrznych i wewnętrznych (różnica na niekorzyść tych ostatnich); różnica ta mogłaby już obecnie się zmniejszyć, gdybyś-

my częściej i wcześniej korzystali z tych metod we wszystkich przypadkach podejrzanych. Ponieważ metody te są stosowane i technicznie opanowane przez specjalistów, to należy dbać o to, ażeby podejrzane przypadki były jaknajwcześniej do nich kierowane.

Drugą grupą badań pomocniczych, które powinny być bezwzględnie i jaknajwcześniej stosowane w przypadkach podejrzanych, jest grupa ogólnych badań laboratoryjnych wszelkich wydaliny i wydzieliny. W badaniach tych muszą być uwzględniane dwa cele: przedewszystkiem ustalenie, czy i w jakim stopniu istnieją zaburzenia w czynności danego narządu, a następnie, czy w badanej treści niema składników niezwykłych, wskazujących bezpośrednio na uszkodzenie danego narządu, względnie grupy narządów (krew, kawałki tkanek i t. d.).

Wreszcie trzecią grupę badań stanowią badania rentgenowskie, które dla wczesnego rozpoznawania nowotworów złośliwych narządów wewnętrznych mają niesłychanie ważne znaczenie i nie mogą być zastąpione przez żadne inne metody. I w tej dziedzinie badań lata ostatnie przyniosły bardzo doniosłe postępy.

Czy istnieją swoiste odczyny diagnostyczne w raku?

Zpśród bardzo wielu dotychczas ogłoszonych metod wczesnego rozpoznawania nowotworów złośliwych przy pomocy swoistych odczynów żadna nie okazała się pewną: w najlepszym razie dają one dobre wyniki w 50—75% badanych przypadków i często wypadają dodatnio w innych stanach (cięża, gruźlica i t. d.). Z punktu widzenia praktycznego nie mają one na razie żadnego znaczenia.

Znaczenie badań histopatologicznych dla wczesnego rozpoznawania nowotworów złośliwych?

W każdym bez wyjątku podejrzanym przypadku należy dążyć do jaknajwcześniejszego potwierdzenia istniejącego podejrzenia, względnie do odrzucenia go przy pomocy badania histopatologicznego. Jest to jedyna pewna metoda, która pozwala ustalać rozpoznanie nowotworu złośliwego już we wczesnych okresach.

W przypadkach podejrzanych muszą podlegać badaniom histopatologicznym: 1) płyny i tkanki, samoistnie wydalone z podejrzanych narządów, względnie z podejzranego układu narządów (układ oddechowy, pokarmowy, moczowy i t. d.); 2) płyny i tkanki, specjalnie pobrane z podejrzanych narządów, względnie z podejzranego układu narządów.

1. Badanie płynów i tkanek, samoistnie wydanych, ma ważne znaczenie w przypadkach nowotworów złośliwych narządów wewnętrznych i może ustalić rozpoznanie jeszcze w tym okresie, w którym nie budzą one pod względem klinicznym żadnego podejrzenia. Niejednokrotnie sami chorzy zwracają się do lekarza, przynosząc z sobą zauważone w kale, w moczu lub płwocinie „kawałki”. Nie wolno w takich przypadkach nigdy ominąć badania histopatologicznego nawet wtedy, kiedy nie można pozatem stwierdzić nic podejrzanego.

Tembardziej więc w przypadkach podejrzanych każdy lekarz obowiązany jest zwracać uwagę na charakter wydaliny i pouczyć chorego o konieczności ich badania. W tych przypadkach, kiedy istnieje już podejrzenie w kierunku nowotworu złośliwego jakiegoś określonego narządu lub układu narządów, należy poddawać nieraz wielokrotnym badaniom histopatologicznym, wydalin danych narządów. Niejednokrotnie w osadzie moczu udaje się przy badaniu histopatologicznym stwierdzić obecność tkanki nowotworowej z pęcherza, z miedniczki lub z nerki; w kale, w treści zwymiotowanej udaje się stwierdzić tkanki z nowotworu przewodu pokarmowego; w płwocinie — elementy nowotworowe z układu oddechowego; w treści, wydalonej z narządów płciowych — części nowotworu, tam umiejscowionego. Na szczególną uwagę i bardzo szczegółowe badanie histopatologiczne zasługują wydzieliny i wydaliny, zawierające domieszkę krwi, skrzepy krwi lub wreszcie składające się napozór tylko z płynnej krwi; nierzadko krwawienie może być pierwszym wogóle objawem nowotworu złośliwego narządu wewnętrznego, i stwierdzenie w wydalonej krwawej treści elementów nowotworowych może od razu wyjaśnić sprawę i ustalić wczesne rozpoznanie. Naogół biorąc, lekarze mało wagi przywiązują do badania histopatologicznego materiału, samoistnie wydalonego z narządów, i dzięki temu omijają często możliwość bardzo wczesnego rozpoznania nowotworu złośliwego.

2. Podobnie ważne i bardziej jeszcze prowadzące do celu, t. j. do wczesnego rozpoznania nowotworu złośliwego, względnie do odrzucenia możliwości jego istnienia, jest specjalne pobieranie materiału do badania histopatologicznego. I w tym kierunku spotyka się nieraz wśród lekarzy pewne niedocenianie tak pewnego sposobu wczesnego rozpoznania. Wszelkie ociąganie się, odkładanie chwili pobrania materiału do badania histopatologicznego przesądza nieraz dalszy przebieg choroby w kierunku niepożytecznym. Trzeba koniecznie wyzbyć się niechęci do drobnego zabiegu, a szczególnie za wszelką cenę starać się przezwyciężyć już bardziej zrozumiałe opory, istniejące wśród publiczności.

Materiał do badania histopatologicznego należy pobierać przez wycięcie kawałka tkanki z podejzranego miejsca, przez wyłuszczenie strzępów tkankowych z odpowiednich narządów lub przez nakłucie grubą igłą podejzranego narządu lub jamy ciała. Techniczne możliwości pobierania wycinków znacznie się ostatnio powiększyły, tak, że przy pomocy odpowiednich przyrządów można wycinać części tkanek z krtani, tchawicy, przełyku, odbytnicy i t. d. W tych przypadkach, kiedy pobranie wycinka lub wyskrobin jest niemożliwe, należy próbować przy pomocy grubej igły, osadzonej na strzykawce, wydstać trochę choćby materiału do badania histopatologicznego; o ile tkanka nowotworowa jest miękka, udaje się to dość łatwo. Wreszcie w przypadkach, podejrzanych w kierunku nowotworu złośliwego, w których jednocześnie stwierdzamy płyn w jamie brzusznej lub w klatce piersiowej, należy przez nakłucie wydobyć możliwie duże ilości płynu i przesłać go do badania; dość często w osadzie udaje się stwier-

dzić obecność drobnych strzępów tkanki nowotworowej. Wybór metody pobierania materiału do badania musi być w każdym przypadku uzależniony od umiejscowienia i charakteru zmian tkankowych, które powinny być zbadane. W każdym razie należy starać się pobierać możliwie dużo materiału; ułatwia to znacznie ustalenie rozpoznania i pozwala uniknąć konieczności powtórnego zabiegu w celu powtórnego badania.

Czy pobranie próbnego wycinku z nowotworu złośliwego może przyspieszyć wzrost nowotworu?

Twierdzenie, że wycięcie cząstki nowotworu może przyspieszyć wzrost, nie jest udowodnione. Należy jednakże się starać, ażeby od chwili pobrania materiału do chwili rozpoczęcia zasadniczego leczenia (zabieg operacyjny) upłynął możliwie krótki (1—5 dniowy) okres czasu; jeżeli ze względów technicznych jest to możliwe, to okres ten należy skrócić do jednego dnia lub kilku godzin. Najśluszniejszym jest, ażeby badanie histopatologiczne było wykonywane tuż przy sali operacyjnej, i ażeby w razie stwierdzenia nowotworu złośliwego zabieg zasadniczy był natychmiast wykonany.

Jedynie w stosunku do mięsaków czerniackowych (*melanosarcomata*) stwierdzono, że usunięcie części nowotworu może przyspieszyć jego wzrost i powstawanie przerzutów. Należy więc pamiętać o tem, że w przypadkach nowotworów barwnikowych trzeba postępować ostrożnie i, w razie gdy budzą one podejrzenia, usuwać je od razu w całości razem z możliwie największą częścią otaczających zdrowych tkanek; w razie gdy udaje się stwierdzić, że nowotwór barwnikowy skóry na kończynach zaczyna szybko się powiększać, nie należy się wahać przed wykonaniem amputacji kończyny.

Jak należy postępować z materiałem, który powinien być zbadany histopatologicznie?

Materiał, który powinien być zbadany histopatologicznie, musi być jaknajszybciej odesłany do

odpowiedniej pracowni. Bezpośrednio należy materiał pobrać do czystego szklanego naczynia; nie wolno posługiwać się wata, ani gazą; należy dbać o to, ażeby materiał nie wyschł, gdyż uniemożliwi to badanie. Sposób przesłania materiału do pracowni jest zależny od rodzaju materiału: 1) wycinki powinny być przesyłane w szczelnie zamkniętych naczyniach, zawierających 10%-ową formalinę; żadnych innych płynów nie należy używać. W tych przypadkach, kiedy pracownia histopatologiczna znajduje się w tem samem mieście, duże wycinki lub guzy mogą być przesłane w suchych zamkniętych naczyniach z tym jednakże warunkiem, że zostaną przesłane natychmiast po operacji; mniejszych wycinków nie należy pod żadnym pozorem przysłać na sucho, 2) wyskrobiny muszą być przesyłane tylko w naczyniach z 10%-ową formaliną, do której powinny być włożone natychmiast po zabiegu; dla udogodnienia manipulacji należy w czasie skrobania mieć pod ręką jałowe naczynie szklane z jałowym roztworem soli fizjologicznej, w której można spłukiwać strzępy tkanek z łyżeczki; zaraz po ukończeniu zabiegu należy odlać sól fizjologiczną i zalać treść wyskrobaną formaliną 10%-ową, 3) płyny: a. małe ilości gęstych płynów, o ile nie zawierają one widocznych części tkanek, można rozmazać na wielu szkiełkach podstawowych i rozmazy w stanie nieutrwalonej przesłać do pracowni; o ile zawierają one cząstki tkanek, to należy z niemi postępować tak, jak z wyskrobinami, b. płyny zupełnie rzadkie należy przysłać zaraz w czystych naczyniach; o ile natychmiastowe przesłanie nie jest możliwe, należy dodać conajmniej 1/4 część formaliny 10%-ej, c. tak samo można postępować z płynami krwawymi, które nie krzepną; o ile jest ich mało, należy przygotować rozmazy lub dodać formalinę, d. materiał, składający się przeważnie z krwi płynnej lub skrzepłej, najlepiej jest przesłać bez dodania formaliny,—jednakże nie później, aniżeli po 24 godzinach; o ile nie jest to możliwe, lub kiedy materiału jest niewiele i istnieje możliwość wyschnięcia — to należy dodać formalinę 10%-ową, 4) z płwociny i z treści żołądkowej (skąpej) można przygotować rozmazy; w razie stwierdzenia części stałych należy je przesłać oddzielnie w formalinie, 5) z kału można sporządzać rozmazy; części stałe należy przysłać w formalinie. (Dok. nast.)

Wiadomości bieżące

— Numer następny poświęcony będzie 10-leciu „Warsz. Czas. Lek.” i wyjdzie w znacznie powiększonej objętości.

— Ministerstwo Opieki Społecznej zawiadamia, że dotychczasowa nazwa Zakładu dla alkoholików i narkomanów w Świacku „Państwowe Sanatorium dla narkomanów w Świacku” zmienia się na nową nazwę: „Państwowy Zakład Leczniczy dla nerwowo wyczerpanych Świack”.

— Komitet Prop. Medycyny Lotniczej w Polsce podaje do wiadomości, że ustanowił nagrody konkursowe, przyznawane co dwa lata za najlepsze prace z dziedziny medycyny lotniczej. Po raz pierwszy nagrody te będą przyznane—

w wysokości 350 i 150 zł. w początku roku za prace, wykonane w ciągu 1933 i 1934 r. Prace konkursowe muszą być złożone do dnia 1 stycz. 1935 r. na ręce Sekretarza Rady Naukowej Lotniczo - Lekarskiej (Centrum Bad. Lot. Lek. — ul. Puławska 4, bud. 28). Prace winne być zaopatrzone w godło, a nazwiska autorów podane w zamkniętej kopercie, opatrzonej godłem.

— XIV Zjazd Psychjatrów Polskich w Krakowie. (19 — 21 maja 1934 r.). Komunikat. Zawiadamiamy, że: 1) Składka zjazdowa wynosi 15 zł., dla asystentów szpitalnych i klinicznych oraz osób towarzyszących zł. 7.50. Składkę należy przesłać czekiem P. K. O. równocześnie ze zgłoszeniem najpóźniej do dnia 4 maja b. r. (konto P. K. O. 414350 Or. W. Stryjeński). 2) O wydatne zniżki kolejowe czynione są starania a odpowiednie legitymacje zostaną przesłane

uczestnikom przed Zjazdem, o ile Komitet uzyska zniżkę przy przejazdach w obie strony. 3) Celem zgłoszenia w Zjazdzie, oraz zamówienia kwatery należy dokładnie wypełnić załączoną kartę zgłoszenia i przesłać najpóźniej do dnia 4 maja b. r. Komitet Zjazdowy przygotowuje kwatery zbiorowe bezpłatnie, w lecznicach krakowskich w ograniczonej ilości po cenach zniżonych, oraz w hotelach. 4) Po Zjeździe przewiduje się wspólną wycieczkę do Zakopanego i Morskiego Oka, którą uzależnia się od dostatecznej ilości zgłoszonych uczestników. 5) Biuro Zjazdu czynne będzie w Klinice Neurologiczno-psychiatrycznej U. J. ul. Kopernika 48. (Nr. telef. 11594) od dnia 18.V. przez cały czas Zjazdu, a biuro kwaterunkowe na dworcu czynne od dnia 18.V. popołudniu do 19.V. godz. 9 bez przerwy. Adresy przydzielonych kwater będą podawane przez biuro kwaterunkowe względnie biuro zjazdowe.

— Program obrad XIV Zjazdu Psychiatrów Polskich. I. Dzień sobota, 19 maja Uroczyste otwarcie Zjazdu w sali wykładowej Kliniki Neurologiczno - psychiatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (ul. Kopernika 48) o godzinie 9-tej, poczem nastąpi odsłonięcie tablicy pamiątkowej śp. Profesora Dr. Jana Piltza. Reaktywne zaburzenia psychiczne i nerwowe. (Klinika i etiologia). II dzień niedziela, 20 maja. Zaburzenia psychiczne reaktywne u dzieci. XV. Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, o godzinie 17.30-tej w sali wykładowej Kliniki Neurol.-psych. U. J. III. Dzień poniedziałek, 21 maja. Zaburzenia reaktywne psychiczne i nerwowe w świetle orzecznictwa sądowo - lekarskiego i ubezpieczeń społecznych..

— XXVIII Zjazd Chirurgów Polskich. XI Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich odbędzie się w kwietniu 1935 roku w Krakowie. Tematy programowe: 1. Krwimocz: a) Anatomia patologiczna — Prof. J. Nowicki — Lwów. b) Krwimocz z punktu widzenia chorób wewnętrznych — Dr. W. Markert — Warszawa. c) Chirurgja krwimoczu — Prof. T. Ostrowski — Lwów. 2. Ostra niedrożność przewodu pokarmowego: a) Referent: prof. K. Michejda — Wilno. b) Koreferent: prof. S. Schilling-Siengalewicz — Wilno.

— Dyrekcja „Górki“ (Kolonia Lecznicza im. Dr. Med. Rektora J. Brudzińskiego przy Źdroju w Busku, ziemia Kielecka) niniejszem zawiadamia, że z dniem 1 maja r. b. uruchamia Kolonie Sezonowe Lecznicze dla dzieci od 6 — 14 lat z gruźlicą chirurgiczną lżejszego stopnia, reumatyzmem, anemią, skazami ustrojowymi etc. Cięższe schorzenia leczone są w Sanatorium czynnym cały rok. Przyjmowane są również dzieci nerwowe i upośledzone umysłowo oraz cofnięte w rozwoju — do specjalnego Oddziału pod fachowem kierownictwem przy sanatorium. W sanatorium — szkoła. Opłaty niskie. Dzieci pracowników państwowych za kartami skierowania lekarzy urzędowych opłacają tylko 25%. Instytucja społeczna. Informacje pisemne: Busko-Zdrój, Górka. Tel. Nr. 18.

— W maju r. b. ukaże się w handlu księgarskim broszurka kol. Bronisława Handelsmana o chorobach z wodowych, która poza wstępem zawierac będzie wiadomości o zakażeniu węglikiem i zatruciu ołowiem i rtęcią, t. j. o tych chorobach, które na mocy ustawy podlegają ubezpieczeniu. Dalsze rozdziały o innych chorobach z wodowych są w przygotowaniu.

ZMARLI.

Prof. Herman Schlesinger, znany internista, w Wiedniu.

KALENDARZYK POŚIEDZEŃ TOWARZYSTW LĘKARSKICH.

14.V. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

G. Singer ((Wiedeń). Współczesne zagadnienia cukrzycy.

17.V. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne.

Wł. Sz en a j c h. Ideologia szpitala.

TREŚĆ: M. TAUBENHAUS. Samoistne pęknięcie macicy podczas porodu. — M. DAWIDOWICZ. O wartości czwartego odprowadzenia elektrokardiograficznego dla rozpoznawania duszniczy bolesnej. — M. LEDER. O wpływie kąpeli leczniczych na pobudliwość kory mózgowej. — H. J. LANDAU. Z dziedziny niedokrewności (Str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — St. KRAMSZTYK. Osobliwości współczesnego piśmiennictwa naukowego. — Korespondencja. — M. PŁONSKIER. O podstawach walki społecznej z nowotworami złośliwymi (C. d.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. TAUBENHAUS. Rupture spontanée de l'utérus pendant l'accouchement. — M. DAWIDOWICZ. Sur la valeur de la quatrième dérivation électrocardiographique pour le diagnostic de l'angine de poitrine. — M. LEDER. L'influence des bains thérapeutiques sur l'excitabilité de l'écorce cérébrale. — H. J. LANDAU. Les anémies (Rev. gén.). — St. KRAMSZTYK. Curiosités de la littérature scientifique contemporaine. — M. PŁONSKIER. Sur les bases de la lutte sociale contre les néoplasmes malins (suite).

Następny numer wyjdzie dnia 17 maja r. b.

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