

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 XIV

WARSZAWA, 6 MAJA 1937 R.

Nr. 17

Dr med. Justyna Budzińska-Tylicka

(Wspomnienie w pierwszą rocznicę śmierci).

Dnia 8 kwietnia r. 1936 zmarła niespodziewanie na udar mózgowy Justyna Budzińska-Tylicka, niestrudzona, pełna wiary w swoje siły i posłannictwo entuzjastyczna pionierka ruchu wyzwolenczego ujarzmionej Polski i szerzycielka idei demokratycznej w Polsce Wyzwolonej, znana w całym kraju i na terenie międzynarodowym bojowniczką o równouprawnienie kobiet, obrończyni słabych, krzywdzonych i poniewieranych, dzielna, ofiarna lekarka i powiernica warstw upośledzonych. Odeszła od nas koleżanka i towarzysza jedyna w swoim rodzaju, kochana przez bliskich, szanowana przez przeciwników, jako człowiek wielkiego charakteru, wielkiego honoru i wielkiej odwagi cywilnej. Justyna Budzińska-Tylicka miała wytkniętą swą linię postępowania od wczesnej młodości i nie zboczyła z niej pomimo kataklizmów dziejowych, i zmian kierunków rządowych, z całkowitym poświęceniem korzyści osobistych. Nie dostąpiła żadnych zaszczytów, ani wyróżnień, nie miała intratnych stanowisk, jedynej posadki w przychodni przeciwgruźliczej z pensją 100 zł. miesięcznie pozabawiono ją po zatargu natury politycznej. Była patriotką polską i nie znosiła supremacji chwilowych obozów politycznych. Życie Jej — to był czyn, a czynów było tyle, ile było dni w Jej całym życiu.

Justyna Budzińska-Tylicka urodziła się w Łomży w r. 1867, nauki początkowe pobierała w Warszawie, a ukończyła pensję, prowadzoną przez Jej matkę, p. Budzińską, znaną siłą pedagogiczną; należała do pokolenia młodzieży, które pierwsze pod zaborem rosyjskim otrząsnęło się z odrętwienia popowstaniowego. Krótki okres czasu była nauczycielką prywatną na Ukrainie, po czym wyjechała na studia lekarskie do Francji i w Paryżu uzyskała dyplom doktora medycyny. W mieście prowincjonalnym we Francji, zdała od cen-

trum, rozpoczyna swą praktykę lekarską i obsługuje jako młoda lekarka cały teren, spiesząc do chorych na rowerze. Była czynna we wszystkich specjalnościach, wykonywała nawet samodzielnie operacje chirurgiczne. Gdy w r. 1905, w przewidywaniu przewrotu w Rosji, opuszczała Francję, żegnana była przez ludność francuską z serdecznym żalem i otrzymała na pamiątkę adres dziękczynny. Wróciła z mężem, synem i córką do Krakowa, gdzie stanęła w szeregach bojowniczek o równouprawnienie kobiet. Przemawia tu na wiecach, organizuje kluby, pisze artykuły. Idzie naprzód przebojem,

łamiąc piętrzące się przeszkody. Zacołanie ówczesnego społeczeństwa polskiego, zwłaszcza na terenie Małopolski, jest dla niej tym większym bodźcem do wystąpień, często zabarwionych humorem.

W roku 1907 uzyskuje dyplom lekarski w jednym z uniwersytetów rosyjskich i wraca do Warszawy, gdzie szybko daje się poznać, jako lekarka społeczniczka. W szpitalu Św. Ducha pracuje jako asystentka w oddziale Dra Alfreda Sokółowskiego. Zaprzczynę chorób społecznych wśród proletariatu uznaje nędzę, a przyczynę tej nędzy widzi w braku uświadczenia mas i wyzysku pracowników. Wstępuje w szeregi bojowników P. P. S. i prowadzi akcję uświadczenia, stale mając na

oku emancypację kobiety, wyzwolenie jej z poniżenia, zburzenie w ustawodawstwie państwowym i prawach zwyczajowych tego, co poniża kobietę fizycznie i moralnie.

W r. 1919 wstępuje do Towarzystwa Medycyny Społecznej i do końca życia znajduje tam oparcie i pełne zrozumienie dla swojej pracy społeczno-lekarskiej. Z ramienia Towarzystwa była członkiem ówczesnej Naczelnej Rady Lekarskiej.

Po wybuchu wojny organizuje kursy dla sanitariuszek, prowadzi szpital dla 250 chorych. Jako przewodnicząca Warszawskiego Klubu Wioś-



larek i jego lekarz, tworzy czołówkę wioślarek, która idzie na front przeciwbolszewicki. Tu los ją srodze doświadcza: gdy bowiem sama pełni służbę na froncie, poległ jedyny Jej syn na polu walki. Mimo tego wstrząsu J. Budzińska - Tylicka nie załamała się, pełni dalej swą służbę i jest kierowniczką wojskowego szpitala zakaźnego w Puławach, a w r. 1921 jedzie na Śląsk z ramienia Komitetu Pomocy Powstańcom.

W roku 1922 powstaje z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej Komitet Demokratyczny Wyborczy do I Rady Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej. Pod wpływem swych haseł społeczno-lekarskich i ożywionej akcji Komitet wprowadza do rady 19 członków, t. j. przeszło $\frac{1}{3}$ całej rady. Budzińska - Tylicka wchodzi do Rady Izby, zarazem do Zarządu Izby, gdzie wraz z trzema innymi członkami: Kołłątajem - Srzednickim, Pawłowiczem i Srebrnym występowała ostro w obronie zasad demokratycznych. Niesnaski na terenie Zarządu Izby doprowadziły w końcu do przedterminowego ustąpienia wszystkich czterech członków obozu demokratycznego z Zarządu w r. 1924.

W Towarzystwie Medycyny Społecznej J. Budzińska - Tylicka pozostawiła trwałe ślady swego ducha; a mianowicie:

1. w r. 1920 wygłosiła odczyt: „Główne postulaty higieny społecznej w programie stronnictwa demokratycznego“;

2) w r. 1922 brała udział w pracach komisji dla ułożenia projektu reorganizacji szpitalnictwa. Projekt złożono Zarządowi;

3. opracowała projekt przyłączenia Wydziału Szpitalnictwa do Wydziału Zdrowia Publicznego m. st. Warszawy i złożyła go Radzie Miejskiej;

4. wygłosiła odczyt: „Znaczenie Zjazdu Lekarzy i działaczy Sanitarnych miejskich w Warszawie w styczniu 1922“;

5. wygłosiła referat: „Projekt reorganizacji szpitalnictwa“;

6. wygłosiła referat: „Projekt sejmowy ustawy o opiece społecznej“;

7. w r. 1924 wygłosiła referat: „Ustawa o opiece społecznej“;

wygłosiła referat: „Zarządzenia Magistratu w dziedzinie sanitarnej i opieki społecznej“;

8. w r. 1925 wygłosiła referat: „Sprawa pomocy położniczej w Polsce“;

9. wygłosiła referat: „Neomaltuzjanizm ze stanowiska społecznego i ekonomicznego“.

W roku 1929 wstępuje do Zarządu Towarzystwa.

10. W roku 1930 wygłasza referat: „Stanowisko Komisji Kodyfikacyjnej w sprawie przerwania ciąży“ (współ z adwokatką E. Iwińską).

11. W roku 1931 była delegatką Towarzystwa do Komitetu Wyborczego Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

12. Była delegatką Towarzystwa do obrad lekarzy nad projektem prawa małżeńskiego w Towarzystwie Eugenicznym.

13. Wygłosiła referat: „Projekt prawa małżeńskiego Komisji Kodyfikacyjnej“.

14. W roku 1933 wygłosiła referat: „Projekt kodeksu etyki lekarskiej“.

15. W roku 1936 została ponownie wybrana do Zarządu Towarzystwa; niestety wybór ten odbył się na 2 tygodnie przed Jej śmiercią.

Od r. 1929 do 1931 była Członkiem Naczelnej Izby Lekarskiej.

Od r. 1919 była w ciągu 15 lat członkiem Rady m. st. Warszawy z ramienia P. P. S.

W r. 1926 założyła Zrzeszenie Lekarek Polskich.

J. Budzińska - Tylicka była założycielką Poradni Świadomego Macierzyństwa Robotniczego Towarzystwa Służby Społecznej, które d. 25 kwietnia 1937 uczciło Jej pamięć przez zawieszenie Jej portretu w lokalu Poradni w Warszawie przy ul. Leszno 29. O tej placówce mówiła z dumą, jako o ważnym ogniwie w walce o wyzwolenie kobiety.

J. Budzińska - Tylicka była przez długie lata lekarką poradni w przychodni przeciwgruźliczej.

W Polskiej Partii Socjalistycznej odgrywała wybitną rolę: należała do Rady Naczelnej, do Warszawskiego i O. K. R., była przewodniczącą Wydziału Kobiecego, Wice-przewodniczącą Centralnego Wydziału Kobiecego.

W okresie „Brześnia“ wystąpiła ze wszystkich organizacji kobiecych. Był to dla niej okres najcięższych przeżyć, aż znalazła się na ławie oskarżonych, jako uczestniczka pamiętnego zgromadzenia 14 września 1930 r. w Dolinie Szwajcarskiej w Warszawie.

Po wojnie występuje jako pacyfistka w Polsce i na terenie międzynarodowym: nie uznaje wojen, a zatargi między państwami czy międzynarodowe pragnie oddawać na rozstrzygnięcie arbitrażu międzynarodowego.

Jako przewodnicząca Związku Kobiet z Wyższym Wykształceniem organizowała zjazdy w kraju i zagranicą, szerząc wszędzie ideę równouprawnienia kobiet i zasady powszechnego pokoju.

J. Budzińska - Tylicka brała udział wybitny w pracy Towarzystwa Szkoły Ludowej, w Towarzystwie Opieki nad dziećmi, w Małopolskim Towarzystwie walki z alkoholizmem, w Polskim Towarzystwie walki z alkoholizmem „Trzeźwość“ w Warszawie, w Towarzystwie „Przyszłość“, w Polskim Towarzystwie Higienicznym, w Towarzystwie Kolonii letnich dla kobiet pracujących i innych. Pisywała artykuły publicystyczne w „Robotniku“ i „Kurierze Porannym“ oraz organie feministycznym „Ster“.

Justyna Budzińska - Tylicka była lekarzem - społecznikiem w najszczytniejszym tego słowa znaczeniu, niezmordowana w czynie, nieustraszona w słowie, pełna poczucia sprawiedliwości, świadoma swej godności, pełna wiary w swe posłannictwo i zwycięstwo głoszonych haseł. Pełna sił żywotnych, pomimo wieku 68 lat, odeszła od nas przedwcześnie, pozostawiając po sobie wyczystą pamięć, serdeczny żal i głębokie wzruszenie.

Pogrzeb Justyny Budzińskiej-Tylickiej był piękną i poważną manifestacją. Niezliczone sztandary Związków Robotniczych poprzedzały Jej trumnę, za którą szły przedstawicielstwa organizacji społecznych, naukowych i oświatowych. Po wzniosłych mowach pogrzebowych reprezentantów Rady Miejskiej, Zrzeszeń Kobietych, Polskiej Partii Socjalistycznej, Przyjaciół pokoju do łez wzruszyły przemówienia kobiet z ludu, przybyłych na pogrzeb swej ukochanej przewodniczki

z odległych dzielnic kraju, dokąd sięgała Jej praca i dochodziły Jej słowa.

Justyna Budzińska-Tylicka umarła, ale owoce Jej czynów i wzór Jej ofiarności społecznej dla upośledzonych warstw ludu polskiego wiecznie wśród nas żyć będą. Imię Jej figurować powinno narówni z najbardziej zasłużonymi obywatelami Najjaśniejszej Rzeczypospolitej, której oddała całe swe życie, całą wiedzę, talent i energię.

Dr. W. Knappe.

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z Kliniki Oto-Laryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

(Dyrektor: Prof. Dr. T. Wasowski).

O uszkodzeniach przełyku przy próbach usunięcia ciał obcych „na ślepo“.

Podał

Dr. med. N. WOLKOWYSKI, st. asystent Kliniki.

Pomimo szerokiego rozpowszechnienia ezofagoskopii dotychczas jeszcze stosują wydobywanie ciał obcych z przełyku „na ślepo“. O ile większość specjalistów tej dziedziny laryngologii wypowiada się zgodnie przeciwko stosowaniu metody „na ślepo“ w razie istnienia ciał obcych nierównych i ostrych, o tyle w sprawie usuwania monet lub ciał obcych gładkich i kulistych istnieje pewna rozbieżność poglądów.

Istnieją przyrządy: koszyczek Graeffego, hak Kermissona, którymi dotychczas jeszcze posługują się lekarze dla wydobywania monet, a nawet i innych ciał obcych z przełyku. Pomimo ogólnych względów, przemawiających przeciwko wszelkim rękoczynom „na ślepo“, specjalne niebezpieczeństwo posiada najczęściej używany w tych przypadkach koszyczek Graeffego ze względu na stosunkowo duże rozmiary samego przyrządu, a zwłaszcza z powodu istnienia możliwości uwięźnięcia w przełyku (Belinoff, Schlemmer, Marschik, Piquet, Pautow, Srebrny).

W 1932 r. na kongresie w Madrycie v. Eicken, omawiając endoskopowe leczenie uszkodzeń przełyku, spowodowanych ciałami obcymi, podkreśla, że ciało obce samo przez się stosunkowo rzadko doprowadza do uszkodzenia przełyku; częściej jest to skutkiem nieodpowiednich prób wydobywania przez samego chorego lub niedoświadczonego lekarza.

Baldenweck, który sam jest zwolennikiem wydobywania ciał obcych gładkich i okrągłych z przełyku przy pomocy haka Kermissona, potwierdza zdanie, że uszkodzenie przełyku w przypadkach niebezpiecznych następowało nie przez ciało obce, lecz na wysokości chrząstki pierścieniowej na skutek nieodpowiedniego i w nieodpowiednim czasie pociągania hakiem. Dlatego też radzi stosować hak Kermissona z jednoczesnym odpychaniem krtani ku przodowi przy pomocy palca wskazującego drugiej ręki. Zabiegu tego autor dokonywał pod kontrolą Roentgena. O ile Baldenweck podaje, że używa tego sposobu od lat trzydziestu z dobrym wynikiem, to jednak musimy

się zastrzec, że wydobywanie „na ślepo“ jest w tym przypadku praktykowane przez doświadczonego specjalistę przy zastosowaniu specjalnej metody i zachowaniu odpowiednich ostrożności, i nie możemy metody tej polecić zwłaszcza lekarzom nie specjalistom. Na ogół przeważa słuszny pogląd, że należy zarzucić wszelkie sposoby i narzędzia, mające na celu usunięcie ciała obcego z przełyku „na ślepo“.

Starck w odpowiedzi na pytanie, jak powinien postąpić lekarz praktyk z chorym, u którego podejrzewa ciało obce w przełyku, odpowiada, że najlepszego zejścia należy spodziewać się wówczas, gdy lekarz ten, bez żadnych prób usunięcia ciała obcego, odda chorego w ręce specjalisty, obytego z ezofagoskopią. Zrozumiała jest chęć natychmiastowego ulżenia choremu, który zgłasza się do lekarza z licznymi niedomaganiem z powodu ciała obcego, tkwiącego w przełyku. Zwykle dokonywa się tego przy pomocy wspomnianych wyżej przyrządów lub też zgłębników gumowych, względnie znajdujących się w rozporządzeniu lekarza innych narzędzi, nawet metalowych.

Zdaniem Srebrnego nawet napozór niewinne „przepychanie“ ciała obcego za pomocą łykania skórki chleba lub wywoływanie wymiotów celem wykrztuszenia ciała obcego może pociągnąć za sobą fatalne następstwa, jeżeli ciało obce jest ostre, spiczaste lub nawet gładkie, ale dużych rozmiarów. Skutkiem tego może dojść do głębszego wrzynania się lub nawet przebiccia przełyku, a w razie dużych rozmiarów ciała obcego i silnych ruchów wymiotnych do pęknięcia przełyku.

Dla ilustracji skutków podobnych rękoczynów przytoczymy następujące dane cyfrowe. Na 67 ciał obcych, usuniętych z przełyku w klinice wileńskiej, dokonano trzykrotnego zabiegu chirurgicznego w celu wydobywania ciała obcego. W tym na 62 przypadki bez uprzednich prób usunięcia ciała obcego „na ślepo“ jeden raz musiano uciec się do ezofagotomii zewnętrznej (przypadek skończył się zejściem śmiertelnym), gdy na 5 przypadków ciał obcych, w których przed przybyciem do kliniki były stosowane próby usunięcia „na ślepo“, dwukrotnie musiano dokonać ezofagotomii zewnętrznej, przy czym jeden z tych przypadków skończył się śmiertelnie.

To krótkie zestawienie jest wymownym świadectwem szkód, przynoszonych choremu przy nieodpowiednim udzielaniu pomocy lekarskiej, i powinno zachęcić wszystkich do zarzucenia wszelkich sposobów usu-

wania ciał obcych z przełyku nie na drodze endoskopii pod kontrolą wzroku. O ile jednak próby te kończą się pomyślnie w razie istnienia ciał obcych okrągłych i gładkich, które w ten sposób dają się niekiedy przepchnąć do żołądka, to w każdym bądź razie zupełnie przeciwwskazany jest podobny rękoczyn w razie istnienia ciał ostrych o nierównych brzegach i chropawej powierzchni (kości, ości, haki, protezy, szpilki, agrałki, gwoździe i inne).

Demonstrują to jaskrawo następujące dwa przypadki.

Dnia 21.X.1931 r. został przywieziony do kliniki chory N. D. lat 27. (Nr. Ks. Chor. 54, 1931). Pacjent umysłowo niedorozwinięty. Z wywiadu wiadomo, że przed czterema dniami połknął kasztan za namową sąsiadów, za co miał otrzymać papierosa. Pobliski lekarz, do którego udano się po pomoc, podawał początkowo środki wymiotne, a następnie próbował kasztan przepchnąć; zabiegi te pożądanego skutku nie odniosły. Na czwarty dzień po wypadku chory został przywieziony do kliniki. Chory średniego wzrostu, budowy prawidłowej. W narządach wewnętrznych nic szczególnego nie znaleziono. Stwierdza się bolesność przy dotyku tuż nad dołkiem jarzmowym oraz na bocznych okolicach szyi wzdłuż mięśni mostkowo-sutkowo-obończykowych. Ciężota ciała — 37° C.; tętno miarowe, 94 na 1 min. Badanie oto-laryngologiczne nic szczególnego nie stwierdza; oddech cuchnący. Rentgenoskopia wykazała ciało okrągłe w przełyku na wysokości 6-go kręgu szyjnego pod chrząstką pierścieniową, nie przepuszczającą papki kontrastowej.

W znieczuleniu miejscowym wprowadzono do przełyku rurę ezofagoskopową Brüningsa. Wszelkie próby wydobywania ciała obcego na tej drodze pozytywnego rezultatu nie dały; również nie można było sprowadzić ciała obcego ku dołowi. Był to kasztan w skorupie, posiadającej na swojej zewnętrznej powierzchni kolce; kasztan był mocno wkliniowany w przełyk. Zastosowano ławatywy odżywcze, oraz zastrzykiwania cukru gronowego dożylnie. Nazajutrz w narkozie eterowej odcynicznej dokonano ezofagotomii zewnętrznej. Po otwarciu śródpiersia wyciekło około 50 ccm. silnie cuchnącej, szaro-brązowej ropy. Po rozcięciu przełyku z trudem usunięto część wkliniowanego kasztana. Po zabiegu stan chorego zły; ciężota ciała 38,7° C. Odżywianie sztuczne drogą odcyniczną. W okolicy rany przełyku martwica. Nazajutrz po zabiegu stwierdzono odmę podskórną po stronie lewej klatki piersiowej oraz objawy schorzenia jamy opłucnej po tejże stronie. Kilkakrotne nakłucie jamy opłucnej płynu nie wykazało. Na piąty dzień po zabiegu chory zmarł. Na sekcji stwierdzono: stan po ezofagotomii, odleżyny przełyku. Zajęcie naczyń i węzłów chłonnych śródpiersia tylnego. Ropnowółknikowe zapalenie naczyń opłucnej po stronie lewej i zrosty opłucnowe po stronie prawej.

Przypadek drugi dotyczył chorego G. J. 20 lat (Nr. Ks. Chor. 193, 1936), przywiezionego do kliniki dnia 5.XII.1936 roku. Z wywiadu wynika, iż w dniu, poprzedzającym nieszczęśliwy wypadek, choremu wstawiono nową protezę zębową kauczkową z dwoma górnymi siekaczami. W czasie obiadu proteza zębowa razem z pokarmem dostała się do przełyku. Chory poczuł nagle ból i nie mógł nadal spożywać obiadu. Lekarz, do którego udano się natychmiast po pomoc, starał się początkowo sondą, a potem korncangiem przepchnąć ciało obce do żołądka. Rękoczyny te do żadnego rezultatu nie doprowadziły. Po przepychaniu wzmożyły się bóle, ciężota ciała podniosła się do 38,7° C. Wobec powyższego chorego przywieziono do kliniki. Budowa prawidłowa, wzrost średni. W narządach wewnętrznych zmian nie stwierdza się; badanie otolaryngologiczne większych odchyśleń od normy nie wykazało. Orzeczenie rentgenologa brzmiało: w przełyku na poziomie obojczyków cień ciała obcego (zapewne z wątką maczaną w barycie, którą chory połknął dnia poprzedniego).

W znieczuleniu miejscowym dokonano ezofagoskopii, w

czasie której stwierdzono protezę zębową, znajdującą się na poziomie, odpowiadającym obojczykom. Próby wydobywania ciała obcego okazały się bezskuteczne: proteza była tak silnie wkliniowana w przełyk, że przy próbach traktacji wywijała się słuzówka. Wobec tego zaniechano próby wydobywania na drodze endoskopii i przystąpiono do zabiegu chirurgicznego. W znieczuleniu miejscowym dokonano ezofagotomii zewnętrznej. Po przecięciu przełyku uwidoczniła się proteza zębowa, która okazała się bardzo mocno wkliniowana zębami w tylną ścianę przełyku. Próby wydobywania ciała obcego w całości okazały się płonne, wobec czego protezę przełamano szczypcami kostnymi i wydobyto w dwóch kawałkach. Przebieg pooperacyjny miał przebieg zmienny, jednak po siedmioletnim pobycie w klinice chory został wypisany w stanie dobrym.

W obydwu przytoczonych przypadkach już sam rodzaj ciała obcego nasuwał przypuszczenie trudności wydobywania go na drodze endoskopii. Próby zaś przepchnięcia „na ślepo“ doprowadziły do tak mocnego wkliniowania, że nawet na drodze ezofagotomii zewnętrznej nie można było w całości ciała obcego wydobyć.

Jeśli mamy do usunięcia ciało obce, białe lub wkliniowane w przełyk, to pociąganie kleszczami nawet pod kontrolą wzroku (w czasie endoskopii) nie może być uważane za zabieg celowy, gdyż może spowodować rozdarcie ściany. W takich przypadkach polecają Wąsowski stosowanie tępego haczyka, przy pomocy którego można doprowadzić do obluźnienia ciała obcego lub ustawienia go w pozycji dogodnej do traktacji. Oczywiście, że przepychanie „na ślepo“ w tych przypadkach może spowodować nieobliczalne następstwa.

Nigdy nie możemy być pewni, z jakim ciałem obcym mamy w danym przypadku do czynienia, a przecież w rozporządzeniu lekarza, zwłaszcza na prowincji, rzadko znajduje się aparat rentgenowski, mogący nam poniekąd rozstrzygnąć tę sprawę. Opierać się zaś li tylko na wywiadzie nie możemy, zwłaszcza w stosunku do dzieci, które połykają ciała obce w czasie nieobecności starszych. Dlatego też z punktu widzenia naszego postępowania należy odrzucić próby podziału ciał obcych według ich własności fizycznych na: miękkie i twarde, tępe i ostre, gładkie i chropawe i t. d. Pociąga to za sobą pewne niebezpieczeństwo, gdyż pozwala na fałszywe ustosunkowanie się do faktu istnienia ciała obcego w przełyku, zwłaszcza, o ile chodzi o metody postępowania.

Dnia 19.X.1936 roku zgłosił się do kliniki chory Sz. Cz. K., 44 lat (Nr. Ks. Chor. 64, 1936), który podawał, iż przed 9 godzinami w czasie obiadu połknął duży kęs mięsa. Kęs ten odczuwał chory w górnej części mostka. W szpitalu prowincjonalnym usiłowano przepchnąć ciało obce do żołądka przy pomocy jakiegoś zakrzywionego narzędzia metalowego. Rękoczyn ten pożądanego skutku nie odniósł, wobec czego chory przyjechał do kliniki.

Wzrost niski, budowa asteniczna. Chory robi wrażenie cierpiącego. Ciężota ciała 37,6° C. Ze strony narządów wewnętrznych większych odchyśleń od normy nie stwierdza się. Badanie otolaryngologiczne wykazało znaczne zaczerwienienie łuków podniebiennych oraz obrzęk języczka; w krtani obrzęk i zaczerwienienie nalewki lewej. Poza tym bez większych zmian.

W znieczuleniu miejscowym dokonano ezofagoskopii (wobec późniejszej pory wieczornej badania radioskopowego nie przeprowadzono), która wykazała obecność ciała obcego w odległości około 30 cm od zębów. Po wydobyciu kilka cuchnących kawałków mięsa resztę sprowadzono do żołądka. Powyżej miejsca, w którym tkwiło ciało obce, na przedniej ścianie przełyku stwierdzono niezbyt głębokie naddarcie słuzówki. Po zabiegu zastrzyknięto 1 ccm Delbecciny. Następnego dnia po zabiegu chory skarżył się na bóle przy połykaniu; stwierdza się bolesność na szyi po obu stronach z boku od krtani. W ciągu następnych

trzech dni ciepłota ciała, która początkowo podniosła się do 38,6°C, powoli obniżyła się do normy. Ból przy połykaniu oraz z boku na szyi powoli ustąpił. W czasie pobytu w klinice choremu trzykrotnie zastrzyknięto domięśniowo po jednym ccm Delbecciny. Chorego wypisano z kliniki w stanie dobrym.

W przypadku powyższym niewinne samo przez się ciało obce doprowadziło do większego odczynu zapalnego ze strony przełyku wskutek uszkodzenia śluzówki przy próbach przepchnięcia ciała obcego „na ślepo”. Potwierdza to słuszność poglądu, wypowiadającego się przeciwko podziałowi ciał obcych na ostre, przemawiające za bardziej ostrożnym postępowaniem, i tępe, pozwalające na próby usunięcia ciała obcego „na ślepo”.

Podział ciał obcych według ich własności fizycznych może mieć znaczenie pod względem patologii uszkodzenia, spowodowanego samym ciałem obcym, nie powinien zaś zasadniczo wpływać na metodę postępowania.

Zwykle ciała obce szerokie, nawet ostre dają lepsze zejście, gdyż powodują powierzchowne uszkodzenia śluzówki, prowadzące do powstania powierzchownych ropni, przerywających się najczęściej samoistnie do światła przełyku. Gorsze natomiast rokowanie dają ciała obce cienkie i ostre, gdyż mogą głęboko drażnić i zakazać, a przy tym stwarzają złe warunki drenażowe. Wskutek wbicia się głęboko w ścianę przełyku odłamki kości prowadzą nieraz do wytworzenia się ropnia tkanki okołoprzełykowej. Pod tym względem lepsze, gdyż prowadzą do mniej niebezpiecznych urazów, jednak trudniejsze do wydobywania są protezy zębowe, które mogą znaleźć się w przełyku jako ciała obce. Przejście ciała obcego przez przełyk bez pozostawienia jakichkolwiek bądź śladów jest tak samo rzadkie, jak powstanie ciężkich komplikacji po nieznacznym obrażeniu. Jeszcze gorzej przedstawiają się skutki przejścia ciała obcego, o ile po nieszczęśliwym wypadku stosowano zgłębnikowanie, bużowanie lub inne sposoby, mające na celu stwierdzenie lub usunięcie ciała obcego z przełyku „na ślepo”.

W najlepszym przypadku ciało obce może zostać wkliniowane i utrudniać, względnie uniemożliwić późniejsze wydobycie go na drodze endoskopii.

Dnia 1.V.1929 roku dostarczono do kliniki dziewczynkę B. D. w wieku 4 miesięcy (Nr. Ks. Chor. 296, 1929). Z wywiadu wiadomo, że dziecko połknęło dnia poprzedniego protezę oczną lalki (dwie sztuczne gałki oczne, zatopione w wosku z ciężarkiem, przyczepionym do nich w środku). Ze słów matki wynika, że dziecko po połknięciu na chwilę zakrztusiło się, zsiniało. Matka po włożeniu palca do ust dziecka przepchnęła ciało obce niżej, po czym dziecko uspokoiło się. Rentgenoskopia wykazała obecność ciała obcego na wysokości obojczyków. Stan ogólny dziecka dobry; śpi spokojnie, ssie dobrze, często jednak postępuje. Ciepłota ciała normalna. W jamie ustnej i gardle zmian nie stwierdzono.

W narkozie chloroformowej dokonano ezofagoskopii. Tuż poza ustami przełyku stwierdzono ciało obce, ustawione w linii strzałkowej. Tylne ściana przełyku obrzmiała, krwawiąca. Po uchwyceniu kleszczykami ciała obcego nie można go było wydobyć; było bardzo silnie wkliniowane. Po kilku bezskutecznych próbach traktacji ciało obce zepchnięto do żołądka. Dokonana natychmiast rentgenoskopia wykazała obecność ciała obcego w kieszce grubej zstępującej. Po trzydniowym pobycie w klinice dziecko zostało wypisane w stanie dobrym.

Przypadek powyższy wykazuje ponadto, że palec narówni z innymi przyrządami, zwłaszcza u małych dzieci, może doprowadzić do wkliniwania się ciała obcego.

Już sam fakt zatrzymania się ciała obcego w prze-

łyku wskazuje na to, że w danym przypadku przełyk nie może danego ciała obcego przesunąć niżej, wskazuje więc na pewną dysproporcję między ciałem obcym a przełykiem. Jakież więc może mieć cel zastosowanie w takim przypadku przepychania przy pomocy najczęściej używanego zgłębnika gumowego? A przecież dotychczas używa się nie rzadko sondy żołądkowej nie tylko w celach terapeutycznych, lecz również i diagnostycznych. Sposobu tego używają nawet specjaliści przed przystąpieniem do ezofagoskopii (Hacker). Zdaniem jednak Schlemmery, chodzi tu raczej o przyzwyczajenie, aniżeli o istotną wartość samego zabiegu. Fakt, że w rękach doświadczonego Hackera sonda była stale używana, nawet w razie istnienia kości lub protezy zębowej, nie powinien w żaden sposób służyć za usprawiedliwienie rozpowszechniania tej metody, zwłaszcza w rękach mniej wprawnych, w których, jak poucza doświadczenie, może doprowadzić do fatalnego zejścia. Stosowanie, zresztą, sondy w celach diagnostycznych nie zaoszczędzi choremu przykrości ezofagoskopii, gdyż sonda może przejść obok ciała, i dopiero Roentgen a raczej endoskopia może stwierdzić, że ciała obcego nie ma w przełyku. Słusznie podkreśla Gantz, że w górnej części przełyku, zwłaszcza zaś w obecności ciała obcego występuje podczas wprowadzenia sondy skurcz mięśni, który nie przepuszcza przyrządu niżej do przełyku. Ten odruchowy skurcz może być mylnie wzięty za przeszkodę wywołaną obecnością ciała obcego i być powodem uszkodzeń spowodowanych usiłowaniami zepchnięcia ciała niżej. Należy pamiętać, że nawet ujemny wynik badania promieniami Roentgena nie wyłącza obecności ciała obcego w przełyku, nawet przy zastosowaniu masy kontrastowej lub połknięciu watki, przepojonej kontrastem. Dlatego też w każdym przypadku, podejrzanym o ciało obce, należy wykonać ezofagoskopię, która jedynie właściwie może rozstrzygnąć o obecności ciała obcego (Dobrzański, Lewenfisz, Gantz, Srebrny). Z punktu widzenia diagnostycznego zatem stosowanie „na ślepo” sondy znaczenia mieć nie może. Podobnie, o ile chodzi o wartość terapeutyczną tego zabiegu. Zwłaszcza nie należy stosować sondowania przy istnieniu duszności, co może wskazywać na uszkodzenie się ciała obcego w drogach oddechowych, a nie przełyku; zastosowanie sondy w tych przypadkach jest zupełnie bezcelowe.

Skutki stosowania przyrządów, mających na celu stwierdzenie „na ślepo” lub usunięcie ciała obcego z przełyku, mogą być rozmaite. Jak wyżej wspomnieliśmy, ciało obce bardzo rzadko przechodzi przez przełyk, nie pozostawiając żadnych śladów. Obrażenie przełyku może być różnego nasilenia; poczynając od przekrwienia, poprzez odleżyny, zdarzając lekkie nabłonka aż do głębokich uszkodzeń ścian przełyku. Wielkość obrażenia i jego skutki zależą w dużej mierze od rodzaju ciała obcego i czasu przebywania jego w przełyku. Zależnie od tego różne mogą być skutki przepychania lub wyciągania ciała obcego bez kontroli wzroku. Uszkodzenia więc ściany przełyku mogą być różnego stopnia w zależności, prócz wyżej wspomnianych czynników, od rodzaju przyrządu, którym posługiwano się do usunięcia ciała obcego, oraz od temperamentu lekarza. Uszkodzenia te mogą prowadzić w konsekwencji do ropnego zapalenia ścian przełyku, kończącego się zapaleniem śródpiersia z zejściem przeważnie śmiertelnym.

Przypuszczać jednak należy, że odporność ścian przełyku jest dość duża, skoro pomimo stosowania najrozmaitszych rękoczynów „na ślepo” stosunkowo nie często dochodzi do zejścia śmiertelnego.

W dniu 26.II.1936 roku zgłosił się do kliniki chory S. I. A., 25 lat (Nr. Ks. Chor. 281, 1936). Z wywiadu wiadomo, że przed czterema dniami po obiedzie poczuł nagle, że coś go dławi na wysokości dołka jarzmowego. Wszelkie metody, stosowane w celu przepchnięcia ciała obcego, utkwionego w przełyku, zawiodły. Wobec powyższego chory zgłosił się do kliniki.

Wzrost średni, budowa ciała asteniczna. Ze strony narządów wewnętrznych nic patologicznego nie stwierdza się; badania otolaryngologiczne nic szczególnego nie wykazały. Ciepłota ciała normalna. Radioskopowo, bez podania choremu zawiesiny kontrastowej, ciała obcego w przełyku nie stwierdzono. Przy połykaniu masy kontrastowej stwierdza się tuż powyżej górnego brzegu mostka rozszerzenie przełyku; w miejscu tym kontrast nie daje jednolitego cienia, omijając widocznie znajdujące się tam ciało obce wielkości śliwki. Kawałek waty, umoczonej w masie kontrastowej, zatrzymuje się ponad tym miejscem.

Tegoż dnia podczas obiadu chory poczuł nagle ulgę; ucisk w przełyku ustąpił. Mimo to dokonano dnia następnego ezofagoskopii, w czasie której ciała obcego nie wykryto. Stwierdzono jedynie uszkodzenie w postaci lekkiego naddarcia śluzówki bocznej ściany przełyku na wysokości około 20 cm. Wobec dobrego stanu chorego i braku podwyższonej ciepłoty ciała chory został następnego dnia wypisany z kliniki.

W przypadku powyższym pomimo stosunkowo długiego przebywania ciała obcego w przełyku oraz mimo stosowania prób usunięcia ciała obcego „na ślepo” szczęśliwym trafem nie doszło do większego uszkodzenia, co może służyć za dowód stosunkowo dużej wytrzymałości przełyku.

Warto przy tym wspomnieć o obserwowanym niekiedy zjawisku obluźnienia się ciała obcego po podaniu choremu w celach diagnostycznych masy kontrastowej, zwłaszcza watki, przepojonej papką barytową. Podobnego zejścia można oczywiście spodziewać się w przypadkach, w których uprzednio nie stosowano przepychania bez kontroli wzroku, przez co nie spowodowano wkliniwania się ciała obcego.

Uwięźnięcie ciała obcego może zależeć od samego ciała lub też od stanu przełyku. W pierwszym przypadku rodzaj ciała, jego kształt, rozmiar, spistość, brzegi, powierzchnia i inne własności fizyczne mogą być przyczyną uwięźnięcia ciała obcego. Wszelkie zmiany pato-

logiczne przełyku, np. stany zapalne, blizny, nowotwory i t. d. lub też zmiany w otoczeniu, jakoto: skrzywienie kręgosłupa, guzy śródpiersia i inne, mogące mieć wpływ na zmniejszenie drożności przełyku, są drugim czynnikiem, odgrywającym rolę w zatrzymywaniu się ciała obcego w przełyku. Podług *Le w e n f i s z a* 30% ciał obcych notowano u chorych, dotkniętych zwężeniem przełyku z jakiegokolwiek bądź przyczyny (oparczenie, nowotwór).

Zasadniczą jednak przyczyną, prowadzącą do zatrzymania się ciała obcego w przełyku, jest dysproporcja między wymiarami ciała obcego a przełykiem. Najczęściej ciała obce zatrzymują się w przełyku w trzech miejscach fizjologicznego zwężenia światła, t. j. na wysokości chrząstki pierścieniowej, rozwidlenia tchawicy i w miejscu przejścia przełyku przez przeponę.

Przeważnie ciała obce usadawiają się w górnej połowie przełyku, powyżej rozwidlenia tchawicy (p/g. *Schlemm e r a* 72,3%), rzadziej niżej. Zdaniem *Sz m u r ł y* i *L a s k i e w i c z a*, ciała obce ulegają uwięźnięciu przede wszystkim w cieśni pozakrtaniowej. Z miejsca tego mogą ciała obce łatwo ulec przemieszczeniu do przełyku, chyba, że wielkość samego ciała obcego stanowi przeszkodę do obsunięcia się ku dołowi. *L a s k i e w i c z* jest zdania, że w wielu przypadkach trudno jest określić ściśle czy dane ciało obce znajduje się wyłącznie w gardle dolnym, czy też w większej lub mniejsze swej części sięga niżej do początku przełyku.

Należy przy tym zaznaczyć, że miejsce, w którym widzimy ciało obce w czasie endoskopii, nie zawsze odpowiada miejscu jego pierwotnego zatrzymania się. Sam fakt więc zatrzymania się ciała obcego w przełyku, wskazujący na pewną dysproporcję między ciałem obcym a przełykiem, powinien odwieść od chęci usunięcia lub przepchnięcia ciała bez kontroli wzroku. Na zakończenie możemy zgodzić się z *Schlemm e r e m* podkreślić, że w celu uniknięcia nieszczęśliwych przypadków, wynikających z winy stosowania metody „na ślepo” dla wydobycia ciał obcych z przełyku, należy o szkodliwości stosowania sond, haczyków i innych narzędzi pouczać i uświadamiać studentów *ex cathedra*.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Warszawskiego Instytutu Neurobiologicznego im. E. Flatau.

Z semiotyki schorzeń oliwek opuszkowych.

Podał

N. ZANDOWA (Warszawa).

Doświadczenia na zwierzętach pozwalają mi twierdzić, że oliwki opuszkowe są ośrodkiem, zarządzającym mięśniami wyprostnymi ciała.

Obecnie należałoby rozstrzygnąć pytanie, czy wiadomośc ta da się wykorzystać w klinice chorób nerwowych.

Jakkolwiek istnieje opinia, że faktów neuro-fizjologii zwierzęcej nie można przenosić na grunt kliniki ludzkiej, albowiem ośrodki nerwowe w miarę rozwoju filogenetycznego zmieniają swoją czynność, to sądzę, że opinia ta nie może zaważyć zbyt, jeśli wejrzeć głębiej w to zagadnienie i stwierdzić, iż, w miarę posuwania się w górę po drabinie rozwojowej, czynność danego ośrodka zdolna jest jedynie ulec przesunięciu w hierarchii, nigdy zaś całkowitej zasadniczej zmianie na czynność antagonistyczną.

Z doświadczeń nad oliwkami opuszkowymi wynika, że nadmiar ich czynności (na skutek zadrażnienia

lub zwolnienia z pod wpływu hamującego odśrodków nadrzędnych) powoduje sztywność wyprostną przeciwległej połowy ciała.

Czy zjawisko to ma również miejsce w klinice ludzkiej?

W przypadku, opisanym przeze mnie kilka lat temu (księga Jubileuszowa E. Flatau) istniała sztywność odmóżdzeniowa, analogiczna do doświadczalnej.

Źródło jej wyprowadzałam z oliwek opuszkowych nietkniętych, lecz wyzwolonych z pod wpływu ośrodków nadrzędnych, na skutek przerwania łączności pomiędzy opuszką a mózgiem przez ucisk nowotworu na wzgórkę czworacze.

Było to zatem zjawisko, analogiczne do otrzymywanego doświadczalnie na zwierzętach.

Skądinąd znany jest fakt, że w nowotworach tylnej jamy czaszkowej występują objawy wzmożonego napięcia mięśni pod postacią napadów, t. zw. cerebellar fits. Kiedy przyjrzyć się bliżej istocie, to okazuje się, że realizują one obraz sztywności odmóżdzeniowej, polegają mianowicie na objawach tężca z zaciskaniem zę-

bów, odchylaniem głowy do tyłu, wyprostowaniem kończyn.

Napadom tym nie zawsze towarzyszą zamroczenia świadomości.

Mc Robert, Russel i Feinier stwierdzili, iż nowotwory pod *tentorium cerebelli* dają w 20% przypadków cerebellar fits, van Bogaert i Martin zaś zebrali przypadki nowotworów komory IV i stwierdzili w 17%-ach podobny obraz. Szukając objaśnienia dla tego zjawiska, autorzy angielscy powołują się na opinię Colliera, który uzależnia je od wodogłowia i od rozszerzenia komór mózgowych.

Ostatnio zaczyna dominować opinia, że „cerebellar fits” są wynikiem zadrażnienia odpowiedniego ośrodka („Streckzentrum”), mieszczącego się w opuszce (Zucker), lub że rodzą się ze zwolnienia odcinka opuszkowo-międzymózgowego z pod wpływu mózdzku (v. Bogaert i Martin).

Obie opinie zgadzają się z naszym na tę sprawę poglądem, opierającym się na danych doświadczalnych.

Mechanizm cerebellar fits wyobrazić sobie można w ten sposób, że nowotwór uciska albo sam przez się, albo za pośrednictwem płynu mózgowordzeniowego, gromadzącego się w obrębie zbiorników opuszkowych i w komorze IV. Ucisk ten powoduje nadczynność oliwek, ujawniającą się usztywnieniem wyprostnym.

Oprócz cerebellar fits w symptomatologii nowotworów tylnej jamy czaszkowej uderzają objawy częściowego usztywnienia ciała, mianowicie mięśni karku.

Zucker oraz R. Klein opisali przypadki nowotworów tylnej jamy czaszkowej, w których głowa była przeciągnięta jedną swą połową ku ramieniu, a twarzą zwrócona w stronę przeciwną.

O tym, że był to pewien odruch statyczny, świadczył brak wszelkich porażań i zdolność poruszania dowolnego głową we wszystkich kierunkach.

Pod koniec życia do napięcia mięśni karku dołączyły się napady całkowitego prężenia ciała, a zatem kompletne „cerebellar fits”.

W zestawieniu v. Bogaerta i Martina również figurują przypadki nowotworów komory IV z *opisthotonus*.

Cl. Vincent i Rappaport (R. N. 1927 T. II) podkreślają, iż *opisthotonus* głowy i tułowia charakteryzuje nowotwory, tarasujące wodociąg Sylwiusza („les tumeurs oblitérant l'aqueduc de Sylvius se manifestent souvent par des paroxysmes de céphalée occipitale avec *opisthotonus* de la tête”).

Stenvers, starając się wyjaśnić szczególne ułożenie głowy w tych przypadkach, przychodzi do wniosku, że składają się na nie warunki czysto mechaniczne, to znaczy — utrudniony odpływ płynu mózgowordzeniowego wobec ucisku nowotworu na wielkie zbiorniki w obrębie odcinka mózdkowo-opuszkowego.

Dla ułatwienia odpływu płynu z komór mózgowych do komory IV i do przestrzeni podpajęczynówkowej niezbędne jest, zdaniem Stenversa, pewne ustawienie głowy, ułatwiające komunikację pomiędzy wszystkimi zbiornikami płynu. Żaden ośrodek nerwowy nie ma odgrywać przy tym roli decydującej.

W pracy, ogłoszonej poprzednio (Podstawy anatomiczne *emprostotonus* — Neur. P. T. XIV. 1931), omawiającej przypadek pochylenia głowy do przodu, t. z. *emprostotonus*, starałam się dowieść, że o położeniu głowy decydowało zwyrodnienie ośrodka, zarządzającego napięciem mięśni karku, a mianowicie oliwki opuszkowej w jej odcinku dolnym, jak to wykazało badanie anatomopatologiczne.

Idąc po tej linii rozumowania, należałoby ułożenie głowy biegunowo przeciwne do *emprostotonus*, t. j. *opisthotonus* złożyć również na karb tegoż ośrodka, t. j. bieguna dolnego oliwki opuszkowej, tym razem nie zniszczonego, lecz przeciwnie zadrażnionego.

Czy tak jest istotnie, trudno twierdzić w obecnej chwili wobec braku wszelkich badań anatomopatologicznych w tym kierunku.

Rozumiem, że twierdzenie moje może spotkać się ze sprzeciwem: można wysunąć argument, iż zjawisko analogiczne, a mianowicie sztywność karku w zapaleniu opon uzależniamy od zadrażnienia korzonków tylnych, nie zaś oliwek opuszkowych; istotnie badania własne w tych przypadkach nie wykazały zmian w oliwkach.

Argumentowi temu przeciwstawiłabym inny, a mianowicie, iż nie wiemy, czy zadrażnienie korzonków, tylnych nie odbija się w ostatecznym rachunku na oliwkach, albowiem z doświadczenia Sherringtona wynika, że zniszczenie korzonków tylnych wpływa hamująco na sztywność odmóżdżeniową; zadrażnienie więc ich mogłoby działać pobudzająco.

Szczególniej ciekawy ze względu na *opisto-* i *emprostotonus* jest przypadek, opisany przez Cl. Vincent i M. Davida, (R. N. 1928 T. I. str. 568), w którym głowa miała początkowo ułożenie w *opisthotonus*, a po pewnym czasie opadła do przodu.

Jeśli podstawić pod objawy tę naszą interpretację, to można powiedzieć, iż w pierwszym okresie ośrodek sztywności był zadrażniony, po czym uległ zniszczeniu.

W całym szeregu innych opisów klinicznych można dostrzec potwierdzenie naszej hipotezy.

Tak Chavany, David i Roizès (R. N. 1934 T. I. str. 92) przytaczają przypadek nowotworu dolnej części opuszki, w którym istniało przodopochylenie głowy oraz napady utraty zdolności stania („quand par hasard la malade est debout, elle tombe brusquement en proie à une véritable attaque statique avec abolition du tonus d'attitude, mais elle ne perd pas connaissance et n'a aucune convulsion. Elle parvient même à se relever elle-même”).

Umiejscowienie nowotworu i opis autorów odpowiadają jaknajlepiej naszemu przypuszczeniu: dolna połowa opuszki z jej oliwkami, uszkodzona przez nowotwór, dawała objawy deficytu czynności wyprostnej ciała.

Niestety, brak jest badania histopatologicznego oliwek opuszkowych zarówno w tym przypadku, jak i w szeregu innych, omawiających utratę zdolności stania w przebiegu nowotworów tylnej jamy czaszkowej.

Z własnych przypadków, przebadanych pod tym względem, powołać się mogę na ten, w którym chora (Oliwki opuszkowe w st. patol. Neur. Pol. 1929), 60-letnia kobieta, wykazywała napadowo „podcinanie się nóg” z upadkiem bez utraty przytomności. Badanie pośmiertne wykryło u niej zupełne zwyrodnienie komórek oliwkowych (zwapnienie).

Zestawiając ten objaw chorobowy ze zmianami anatomopatologicznymi, wyrażałam wówczas przypuszczenie, że zniszczenie oliwek powoduje utratę automatyzmu stania. Fakt, że mimo to chora mogła powrócić do pozycji wyprostnej i zachowywać ją przy udziale wysiłku woli, tłumaczyć można przypuszczeniem, że istnieje mechanizm nadrzędny, dowolny, tkwiący powyżej opuszki rdzeniowej. O tym, że ważny mechanizm postawny, niezbędny dla aktu stania i chodzenia, musi mieć więcej, niż jedną reprezentację ośrodkową, mówią również i amerykańscy badacze. „The centers which

play a rôle in standing and walking are numerous and they interact in complex ways". (Ośrodk, odgrywające rolę w staniu i chodzeniu, są liczne i współdziałają ze sobą w sposób rozmaity"). (Ranson, Muir, i Zeiss).

Z prac doświadczalnych własnych i szwajcarskiego badacza (Lüthy) wynika, że u zwierzęcia (u królika) można uszkodzić oliwki opuszkowe bez wyraźnej szkody dla kinostatyki zwierzęcia. Ze uszkodzenie to nie pozostaje jednak bez wpływu na całokształt mechanizmów odruchowych, widać stąd, iż po odmóżdzeniu takiego zwierzęcia nie udaje się już otrzymać usztywnienia wyprostnego (bad. własne).

Brak tego ostatniego ujawnia się całkowicie lub częściowo, zależnie od tego, czy uszkodzenie objęło całą oliwkę, czy tylko pewien jej odcinek.

Przez analogię do tych danych doświadczalnych można przypuszczać, że nie zawsze uszkodzenie oliwki przejawia się klinicznie; tam jednak, gdzie występują objawy prężenia mięśni wyprostnych lub, odwrotnie, deficyt czynności stania, należy mieć na względzie opuszkę rdzeniową i uważać objawy wymienione za dowód umiejscowienia sprawy w obrębie lub w pobliżu opuszki.

W ten sposób opinia szeregu badaczy (Cushing, Bailey, Stewart, Cl-Vincenti in.), którzy cerebellar fits rozpatrują jako sygnał alarmujący i nakazujący w przypadkach nowotworów tylnej jamy czaszkowej natychmiastową interwencję, zyskałaby uzasadnienie anatomiczne, albowiem pod niewiadomą przyczynę tych napadów podstawiliby się określony ośrodek, a mianowicie oliwkę opuszkową, tkwiącą w ważnym odcinku układu nerwowego, zawierającym ośrodki oddychania i krwiobiegu.

Zagadnienie, tu poruszone, zasługuje na uwagę klinicystów i dalsze w tym kierunku badania.

Z pracowni biologicznej Instytutu Radowego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

(Kierownik Pracowni: Dr Zygmunt Zakrzewski).

W sprawie uodporniań przeciw przeszczepialnym nowotworom za pomocą szczepień doskórnych.

Podali

Dr. Stanisław WILNER i Dr. Zygmunt ZAKRZEWSKI
(Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 16).

Przypuszczamy, że niezgodność naszych wyników z wynikami Besredki i Grossa tłumaczyć można w inny sposób. Wszystkim badaczom, którzy przez długi czas przeszczepiali nowotwory zwierzęce, dobrze jest wiadomo, że od czasu do czasu zdarza się, że szczep się straci. Dzieje się to w ten sposób, że nowotwór stopniowo w miarę przeszczepiania, albo też i nagle, coraz gorzej się przyjmuje, aż wreszcie nie przyjmuje się wcale. Wiadomo jest również, że przyczyną tego zjawiska jest najczęściej przypadkowe zainfekowanie tkanki nowotworowej już to w czasie przeszczepiania, już to w czasie jej wzrostu. Jeśli chodzi o mięsaka Ehrlicha, to zjawisko zainfekowania nowotworu z następnym jego nieprzyjmowaniem się przy przeszczepianiu albo też cofaniem się zainfekowanych guzów spostrzegaliśmy w ciągu 7 lat, w którym to czasie nowotwór ten przeszczepiamy, — czterokrotnie. Zaznaczyć tutaj musimy, że zawsze myszy, u których zainfekowany nowotwór się cofnął, wykazywały

odporność na dalsze szczepienia tym samym lub też innym nowotworem, co pozostaje w zgodności ze spostrzeżeniami innych autorów.

Niebezpieczeństwo utraty szczepu wskutek jego zainfekowania jest głównym powodem, dla którego właśnie stosuje się możliwie ścisłą aseptykę przy ich przeszczepianiu. W doświadczeniach Besredki i Grossa, w których nowotwory rozwijały się w skórze, zainfekowanie się nowotworów już to w czasie szczepienia, już to w czasie ich wzrostu jest bardzo prawdopodobne, a nawet bodaj że konieczne. Przy doskórnym szczepieniu nie da się dokładnie wyjałowić samej skóry, wobec czego igła, która przez nią przechodzi, musi być zainfekowana. Z drugiej strony kanalik, który powstał po wprowadzeniu igły, kurczy się względnie powoli, ponieważ tkanka skórna jest mało elastyczna. Powstaje zatem komunikacja między zainfekowaną skórą a miejscem, w które wprowadziło się miazgę nowotworową, przy czym komunikację tę ułatwia jeszcze i to, że nakłuta skóra nie krwawi, dzięki czemu kanał, powstały przez wprowadzenie igły, nie ulega zamknięciu przez skrzep. Jeśli przeszczep nowotworowy przyjmie się i zacznie się wytwarzać guzek wśródskórny, wtedy oddziela go od świata zewnętrznego jedynie tylko cienka warstwa naskórka. Naskórek ten stale się złuszcza, zwłaszcza nad uwypukleniem, które tworzy nowotwór; poza tym źle się odnawia, ponieważ wzrastający nowotwór oddziela go od podstawy, rozciąga i napina. Naskórek zatem szybko ulega zwyrodnieniu, czego wynikiem jest owrzodzenie, powstające wcześniej na nowotworach, rozwijających się w skórze; wtedy naskórek przestaje być barierą dla drobnoustrojów. W tym stanie każdy nowotwór wśródskórny zainfekowany być musi. Ponieważ niewątpliwie nie każdy drobnoustroj, który wtargnął do nowotworu, będzie się w nim rozwijał, i ponieważ nie każdy drobnoustroj, rozmnażając się, doprowadzić musi do wchłonięcia się nowotworu, przeto zależnie od flory bakteryjnej otoczenia w jednym przypadku w ten sposób zainfekowane nowotwory będą się cofały, w innym natomiast nadal będą wzrastały.

Sądzymy, że w ten sposób najłatwiej można by wytłumaczyć różnice, uzyskane w wynikach doświadczeń naszych a Besredki i Grossa. Przypuszczamy, że różnica ta polega na tym, że skóra myszy, użytych przez Besredkę i Grossa, lub też otoczenie tych myszy zainfekowane są drobnoustrojami, które, przeniknąwszy do nowotworu, rozwijającego się w skórze, potrafią nowotwór taki doprowadzić do wessania się. Ze wtedy myszy takie są odporne na dalsze szczepienie, jest rzeczą zrozumiałą, ponieważ zdawna już wiadomo, że odporność na przeszczepialne nowotwory zjawia się zawsze, ilekroć rozwijający się nowotwór cofnął się z jakiegokolwiek bądź powodu.

Podkreślić musimy, że jest to nasze przypuszczenie, na którego poparcie nie mamy dowodów, choć dostarczył ich chcieliśmy w VI serii naszych doświadczeń. W doświadczeniach tych staraliśmy się umyślnie zainfekować materiał nowotworowy, wzięty do przeszczepiania, ażeby na tej drodze uzyskać cofanie się nowotworów wśródskórnych. Jeśli się nam to nie udało, to nie musi to jeszcze świadczyć o tym, że nasze przypuszczenia są błędne, ponieważ, być może, na skórze naszych zwierząt brak było w czasie, w którym doświadczenia wykonywaliśmy, odpowiednich zarazków, mogących doprowadzić do wessania się guzów.

Część pierwszą naszych doświadczeń z wśródskórnym szczepieniem mięsaka Ehrlicha ogłosił w „La Presse Médicale“ w styczniu 1937 r. (2), przy

czym wyraziliśmy, tak jak w niniejszej pracy, przypuszczenie, że cofanie się nowotworów wśródskórnych mogłoby być następstwem ich zainfekowania się. Przytoczyliśmy tak samo, jak i w tej pracy, szereg powodów, dla których uważamy, że guzy wśródskórne muszą być zainfekowane. W ostatnio ogłoszonej publikacji z lutego b. r. Besredka i Gross (3) przechodzą do porządku dziennego nad wynikami naszych badań, polemizują natomiast z naszym sposobem tłumaczenia cofania się wśródskórnych guzów. Autorzy ci nie zgadzają się z nami w tym względzie, żeby nowotwory takie musiały być zainfekowane. Nie potrafią jednak przytoczyć na poparcie swego negatywnego stanowiska żadnego przekonującego argumentu. Nie jest bowiem żadnym rzeczowym argumentem wzmianka, że skóra wyjąłować się da, ponieważ bakteriologowie mogą w sposób jałowy pobrać lub wprowadzić materiał poprzez skórę. Sprawa jałowości skóry, względnie możności jej wyjąłowania jest sprawą drugorzędną, bynajmniej nie decydującą o tym, czy nowotwory zakażone będą, czy nie. I nie na niej oparliśmy, ani też opieramy nasze twierdzenie o konieczności zainfekowania guzów wśródskórnych. Decydującym momentem jest ich szybkie wrzodzenie, a nikt chyba nie będzie starał się tłumaczyć, że owrzodziały guz może być jałowy. W dalszym ciągu swej polemiki Besredka i Gross cytują wyniki swych doświadczeń na królikach, w których raki szczepione wśródskórnie (Brown-Pearce) cofały się zawsze, a wzrastać i zabijać zwierzęta jedynie tylko wówczas, jeśli się zainfekują. Owo wzmożenie się złośliwości raka Brown-Pearce'a, szczepionego do skóry, świadczyć by miało o tym, że zainfekowanie guza raczej może wzmocnić jego złośliwość, a nie osłabić. W odpowiedzi na to musimy zauważyć, że zjawisk, zaobserwowanych w doświadczeniach, wykonanych z rakiem Brown-Pearce'a, nie można uogólniać na nowotwory myszy, a tym samym i mięsaka Ehrlicha. Rak Brown-Pearce'a bowiem zachowuje się biologicznie zupełnie odmiennie od innych nowotworów zwierząt ssących. Nowotwór ten przyjmuje się bowiem przy przeszczepianiu z reguły wtedy, gdy jest szczepiony do tkanki jądra, cofa się natomiast, jeśli szczepić go pod skórę, domięśniowo, lub też, jak to robią Besredka i Gross, doskórnie. Wobec tego argumenty, zaczerpnięte z doświadczeń, wykonanych z tym nowotworem, nie mogą przemawiać ani za, ani przeciw wynikom, uzyskanym w doświadczeniach z mięsakiem Ehrlicha.

Jak to już poprzednio wspomnieliśmy, nie posiadamy bezpośrednich dowodów na to, że cofanie się wśródskórnych nowotworów u myszy wywołane jest zakażeniem tkanki nowotworowej. Jednakże wszystko przemawia za tym, że tak jest istotnie. Wspomnieliśmy już o tym, jak ważne jest zachowywanie aseptyki przy przeszczepieniach, jeśli się nie chce stracić szczepu. Dodajmy tutaj jeszcze, że również i na drodze doświadczalnej udało się dowieść, że istotnie przez zakażenie nowotworów przeszczepianych można spowodować ich cofanie się, przy czym okazało się również, że ważne znaczenie ma to, jakimi bakteriami nowotwory się zakazi. Wynika to jasno z całego szeregu prac dawniejszych, a ostatnio zwłaszcza z prac Shwartzmanna (4) i Fogg'a (5). Badania te dostarczają bezpośredniego dowodu na to, że odpowiednimi zarazkami zakażone przeszczepialne nowotwory cofnąć się mogą. Rzecz prosta, że łatwiej cofają się nowotwory, wzrastające w złych warunkach odżywczych np. w skórze, aniżeli nowotwory, rozwijające się w warunkach lepszych, na przykład w tkance

podskórnej. Tłumaczyłoby to, dlaczego częściej cofnąć się może nowotwór wśródskórny, niż nowotwór, rozwijający się podskórnie.

W czasie, kiedy doświadczenia nasze były w toku, ukazały się prace Flaksa i Grynkrauta (6) oraz Bessemansa i Asaerta (7) o uodpornianiu zwierząt przeciw nowotworom przy pomocy szczepień doskórnych. Wyniki tych prac są tak znamienne, że chcielibyśmy je pokrótce omówić. Flaks, tak samo, jak i my, zasadniczo nie potwierdza wyników, uzyskanych przez Besredkę i Grossa. Stwierdza on bowiem, że mięsak Ehrlicha, szczepiony nawet w małych dawkach do skóry (niestety, autor nie podaje stosowanej dawki, jednakże, jak to wynika z jego prywatnych doniesień, dawki, przez niego stosowane, były wyższe od naszych) często wywoływał śmiertelnie przebiegające nowotwory. Poza tym stwierdza on, że nawet wtedy, jeśli nowotwór wśródskórny się cofnie, nie zawsze w następstwie tego powstaje odporność przeciw następnemu szczepieniu. Wreszcie, co najważniejsze, autor ten donosi, że w doświadczeniach jego wprowadzie czasem wśródskórnie szczepiony mięsak Ehrlicha się cofał, jednakże również często cofał się on spontanicznie, szczepiony do innych narządów. Fakt ten, że w doświadczeniach Flaksa mięsak Ehrlicha, szczepiony do innych organów, a nie tylko do skóry, czasem się cofał, ma dla nas i dla naszego sposobu tłumaczenia wyników, uzyskanych przez Besredkę i Grossa, zasadnicze znaczenie.

Niezainfekowany mięsak Ehrlicha w 100% zabija myszy z chwilą, kiedy się raz przyjął. Mogliśmy się o tym przekonać w ciągu 7 lat, w których przeszczepiamy ten nowotwór, w którym to czasie szczepiliśmy nowotwór ten na myszy tak białe, jak i kolorowe różnego pochodzenia, płci i wieku. Stwierdziliśmy, jak to już wyżej wspominaliśmy, że jedyne przypadki cofania się tego nowotworu zauważyć mogliśmy tylko wtedy, gdy nowotwór był zainfekowany. Jeśli zatem u Flaksa nowotwory wśródskórne tak samo często cofały się, jak szczepione do innych narządów, to wnosić możemy z tego, że we wszystkich tych przypadkach, a zatem również i wtedy, kiedy szczepiono go do tkanki skórnej, nowotwór cofał się jedynie tylko wtedy, kiedy był zainfekowany.

Również i Bessemans i Asaert próbowali uodporniać myszy za pomocą wśródskórnych szczepień mięsakiem Ehrlicha. Autorzy ci uważają, że wyniki ich doświadczeń potwierdzają wyniki, uzyskane przez Besredkę i Grossa, jakkolwiek przytoczone przez nich dane mówią coś wręcz przeciwnego. Ocena tej pracy napotyka duże trudności chociażby z tego powodu, że autorzy nie podają, jak dużą dawkę nowotworu szczepili, podają jedynie, że wstrzykiwali w tkankę skórną od 0,3—0,05 cm³ zawiesiny guza.

Jak to już wspominaliśmy przy opisie techniki naszych doświadczeń, jest rzeczą niemożliwą wprowadzić ściśle w tkankę skóry myszy więcej, niż 0,02—0,03 cm³ płynu. O tym, aby można było wszczepić białej myszy w skórę $\frac{1}{3}$ cm³ płynu — mowy być nie może, a każdy, kto sobie uzmysłowi grubość skóry myszy i objętość $\frac{1}{3}$ cm³ płynu, bez trudu w to uwierzy. Czyli, że Bessemans i Asaert szczepili myszy objętościami zawiesiny tak dużymi, że pomieścić się one w skórze nie mogły, i albo zawiesina musiała wypłynąć na zewnątrz, wtedy, rzecz prosta, trudno mówić o stosowaniu jakiegś określonej dawki, albo też zawiesina przenikała pod skórę, i wtedy trudno mówić o szczepieniu doskórnym.

Mimo to w pewnej liczbie przypadków nowotwory się cofnęły. Rzecz zmienna, że nowotwory tak samo często cofały się przy szczepieniu ich w tkankę skórną, jak i podskórną, czyli analogicznie, jak w doświadczeniach Flaksa. Ponadto zaznaczyć trzeba, że przy szczepieniu podskórnym nowotwory u nich nie cofały się bynajmniej wyjątkowo. Cofnęły się bowiem u 10% szczepionych myszy. Jeśli nowotwory Bessemansa i Asaerta, szczepione w tkankę podskórną, cofały się, a szczepili oni przecież również mięsaka Ehrlicha, który, jak wynika z naszego długoletniego doświadczenia, cofa się w tkance podskórnej jedynie tylko wówczas, jeśli jest zainfekowany, to jasne jest dla nas to, że autorzy ci posługiwali się w doświadczeniach szczepem zainfekowanym. Dodać tutaj musimy, że szczepów Bessemansa i Asaerta otrzymali dzięki uprzejmości Besredki i Grossa. Wobec tego przypuszczać można, że szczep, nadesłany Bessemansowi, był już zainfekowany, to znaczy, że i Besredka nie posługiwał się szczepem jałowym. Jeśli przypuszczenia nasze są trafne, i jeśli istotnie szczep Besredki jest zainfekowany i przez to osłabiony, wtedy zrozumiałe są wyniki badań tych autorów, i zrozumiałe jest, że nowotwory, przez nich szczepione w tkankę skórną, się cofają. Nie trzeba już wtedy nawet przyjmować zakażenia wśródskórnych nowotworów w czasie ich wzrostu. Trafność podejrzeń naszych, że zainfekowaniu szczepu nowotworowego zawdzięczają Besredka i Gross swoje jakoby rewelacyjne wyniki, najłatwiej moglibyśmy eksperymentalnie sprawdzić wtedy, gdybyśmy mogli otrzymać oryginalny szczep Besredki i Grossa. Niestety, uczynić tego nie jesteśmy w stanie, ponieważ Besredka i Gross na prośbę naszą odstąpienia nam ich szczepu dla celów eksperymentalnych, zmierzających do wyjaśnienia rozbieżności naszych wyników, dali odpowiedź odmowną.

We wspomnianym artykule Besredka i Gross polemizują również z naszym twierdzeniem, jakoby zawsze, ilekroć z jakiego bądź powodu cofnął się mięsak Ehrlicha, powstawała w następstwie odporność na powtórne szczepienia tym samym lub też innym przeszczepialnym nowotworem. Autorzy ci twierdzą, że wywołana doskórnym szczepieniem odporność jest swoista, to znaczy w ich terminologii, że zwierzęta są odporne jedynie tylko na ten nowotwór, którym były uodpornione, nie zaś na nowotwór innego typu.

Twierdzą oni również, jakoby i innym badaczom nieznaną była odporność równocześnie na różne nowotwory („une telle panimmunité s'étendant à différents types de néoplasmes, d'après nos expériences et celles d'autres auteurs n'existe pas“).

Wprawdzie w pracy naszej nie wspominamy zupełnie o tym, jakobyśmy stwierdzili, czy też wierzyli w taką odporność na wszelkie nowotwory (panimmunité), jak to nam przypisują Besredka i Gross, ale jednak podtrzymujemy twierdzenie nasze, że, jeśli się cofnie mięsak Ehrlicha, to zwierzę, nim szczepione, może być odporne nie tylko na ten, ale i na inny nowotwór, rzecz prosta, przeszczepialny. W doświadczeniach naszych dawniejszych stwierdziliśmy na przykład, że myszy, u których cofnął się rak Ehrlicha, były odporne na następne szczepienie tym samym nowotworem, jak również i na szczepienie mięsakiem 37 lub rakiem 63. Szczepienie uodporniające rakiem 63 uodporniało na późniejsze szczepienia rakiem Ehrlicha oraz mięsakiem 37. Uodporniające szczepienie mięsakiem Ehrlicha pozostawiało odporność na wszystkie wyżej wymienione nowotwory. Podobne wy-

niki uzyskaliśmy również u szczurów, u których cofnął się mięsak Jansena lub też rak Flexnera-Joblinga. Nie tylko my jedni, zresztą, mieliśmy możliwość zaobserwowania takiej wielowartościowej odporności. Ze jednym nowotworem przeszczepialnym można uodpornić na szereg innych nowotworów, oczywiście, również przeszczepialnych, na przykład mięsakiem na raka i na odwrót, jest faktem znanym już od lat 30 i wielokrotnie opisywanym i tak bezspornym, że cytowany jest już nie tylko w pracach oryginalnych (8), ale również bodaj w każdym podręczniku kancerologii (9). Dziwić się więc należy, że fakty te nieznane są ani Besredce, ani Grossowi.

Jeśli zreasumować to wszystko, co dotąd powiedzieliśmy, to możemy stwierdzić, że badania nasze w niczym nie potwierdziły zapatrywań Besredki i Grossa, w myśl których tkanka skórna miałaby posiadać jakieś wybitniejsze znaczenie w sprawach odporności przeciw nowotworom w ogólności, a przeciw nowotworom przeszczepialnym w szczególności. Badania nasze wykazują, że nowotwory, rozwijające się w skórze, bynajmniej nie z reguły się cofają, lecz że czynią to widocznie tylko wyjątkowo w warunkach nam bliżej nieznanych. To, że po wessaniu się guza wśródskórnego zwierzę staje się odporne na dalsze szczepienia tym samym, czy też innym nowotworem, nie jest zjawiskiem zupełnie nowym, dającym się zaobserwować tylko przy tego rodzaju szczepieniach, lecz jest zjawiskiem znanym, występującym zawsze, ilekroć nowotwór z jakiego bądź powodu i w której bądź tkance się cofnie i wessie. Nawet i wówczas, gdyby istotnie nowotwory, szczepione w tkankę skórną, łatwiej i częściej się cofały, niż nowotwory, szczepione w inne tkanki — czego ani my, ani Flaks, ani Bessemans i Asaert nie stwierdzają — nie świadczyłoby to o tym, żeby skóra posiadała jakieś większe, czy też zgoła decydujące znaczenie w odporności względem nowotworów. Świadczyłoby to jedynie tylko o tym, że dla nieznanych bliżej przyczyn, komórki nowotworowe w skórze gorsze znajdują warunki dla implantowania się i utrzymania się, niż w innych tkankach, dzięki czemu częściej dojść może do ich wessania się. Rezerbacja obumierających w ustroju komórek z reguły prowadzi do odporności przeciw nowotworom przeszczepialnym bez względu na to, w jakiej tkance ona się odbywa.

Na zakończenie chcielibyśmy jeszcze zaznaczyć, że wszelkie badania zjawisk odporności przeciw przeszczepialnym nowotworom dotyczą jedynie i wyłącznie tylko tych nowotworów. Wzbudzona odporność względem przeszczepialnych nowotworów nie ma najmniejszego znaczenia dla powstawania nowotworów samoistnych lub doświadczałnych. Dlatego też dodatnim, czy też ujemnym wynikiem badań nad odpornością na przeszczepialne nowotwory nie należy przypisywać istotniejszego znaczenia dla patologii nowotworów samoistnych, a tym samym i ludzkich.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) A. Besredka et L. Gross: Annales de l'Institut Pasteur, 1935, 55, 402; C. R. Académie des Sciences, 1935, 200, 175, 790, 1550; Wien. med. Woch., 1935, 509. A. Besredka: La Presse Médicale, 1935, Nr. 98. A. Besredka, I. Magat, P. Laval, P. Besnard: C. R. Académie des Sciences, 1935, 201, 170, 303, 690; Annales de l'Institut Pasteur, 1936, 56, 125. 2) St. Wilner et S. Zakrzewski: La Presse Médicale, 1937, Nr. 4. 3) A. Besredka et L. Gross: La Presse Médicale, 1937, Nr. 14. 4) G. Schwartzman: Proc.

Soc. exper. Biol. and Med. 1935, 32, 1603. 5) L. C. Fogg: Publ. Health. Rep. 1936, 56. 6) J. Flaks et B. Grynkrant: C. R. Soc. Biol. 1936, 122, 835. 7) A. Bessemans et L. Asaert: Annales de l'Institut Pasteur, 1937, Nr. 2. 8) E. F. Bashford, S. Murray and M. Haaland:

J. of. Path. and Bact. 1908, 12, 435; Z. f. Immun-forsch. 1909, 1, 449. Caspari u. Schwarz: Z. f. Krebsforsch. 1926, 24, 15. H. B. Andervont: Publ. Health. Rep. 1932, 1859. 9) B. Fischer-Wasels: Allgemeine Geschwulstlehre, Berlin, 1927.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi.

Podał

M. PŁOŃSKI, prosektor Szpitala na Czystem (Warszawa).

W jednym z ostatnich streszczeń zbiorowych o nowotworach złośliwych poruszyliśmy sprawę t. zw. promieni ziemnych (Erdstrahlen) i ich domniemanego wpływu na powstawanie nowotworów złośliwych (p. Warsz. Czas. Lek. 1936 Nr. 8—11). Jak wiadomo, istnieją ludzie, obdarzeni szczególną wrażliwością, którzy, trzymając w rękę różdżkę, oznaczają, nieraz zupełnie dokładnie, miejsca źródeł i strumieni podziemnych; są to t. zw. różdżkarze. Jak twierdzą różdżkarze, w miejscach ponad podziemnymi strumieniami i źródłami powstają promienie, które wywierają szkodliwy wpływ na żywe ustroje, — a w szczególności przyczyniają się do powstawania raków. Sprawa ta początkowo nie była traktowana zbyt poważnie; jednakże została ona wzięta na warsztat naukowy, i w ubiegłym roku zjawilo się kilka zupełnie ścisłych prac w tej materii. Kontrola naukowa wszelkiego rodzaju, choćby najbardziej niedorzecznych teorii i hipotez o raku jest konieczna z dwóch względów: przede wszystkim rak, jako kłeska społeczna, staje się coraz bardziej przedmiotem zainteresowania świata nielekarskiego, dzięki czemu najbardziej niedorzecznie i tajemniczo brzmiące pseudohipotezy szerzą się bardzo szybko i budzą wręcz szkodliwe obawy i nadzieje; należy więc je sprawdzać i prostować; po drugie, w walce z rakiem punkty wyjścia dla badań ścisłych nie są jeszcze, niestety, zupełnie wyraźnie nakreślone i ograniczone, — nie można więc znów lekceważyć różnych domysłów na temat etiologii raka, ponieważ przypadkowo w którymś z nich może tkwić choćby drobna cząstka prawdy.

Jenny, Oehler i Stauffer w swoich badaniach nad promieniami ziemnymi starali się ustalić w warunkach możliwie ścisłych, czy w miejscach, jakoby podlegających działaniu tych promieni, można wykazać ich oddziaływanie biologiczne. Badania rozpoczęto w 1933 roku. Przede wszystkim przy pomocy znanego i bardzo wrażliwego różdżkarza wybrano teren, jakoby podlegający wyjątkowo silnemu promieniowaniu (doświadczenia przeprowadzono w okolicy Aarau). W miejscu tym ustawiono budynek dla zwierząt oraz przygotowano ziemię pod uprawę roślin. Pierwsze badania dotyczyły wpływu domniemanych promieni na rośliny. W miejscach, wskazanych przez różdżkarza, zasiano kukurydzę, groch, ogórki, rzeżuchę, soczewicę, owies i pszenicę; dla kontroli zasiano takie same rośliny w miejscu obojętnym. W pierwszym roku stwierdzono, że spośród wymienionych roślin ogórki rosły wolniej i wcześniej więdły w „pasie podrażnienia“ (Reizstreifen) (tak nazywają różdżkarze miejsca, przez nich wykrywane), aniżeli w miejscu obojętnym. W roku 1934 i 1935 stwierdzono, że w pasie podrażnienia kukurydza rośnie

gorzej, i że owoce jej są znacznie mniejsze i mniej ważą aniżeli w miejscach obojętnych. Poza tym przypadkowo stwierdzono, że w pasie podrażnienia selera rośnie o wiele gorzej; w następnych latach po celowym zasianiu selery potwierdzono powyższe spostrzeżenie. W następnych doświadczeniach starano się wyjaśnić, czy hipotetyczne promienie wpływają w jakikolwiek sposób na zwierzęta. Długie klatki ustawiono w ten sposób, że jedną połową znajdowały się one w pasie podrażnienia, a drugą połową w miejscu obojętnym. Do klatek wpuszczono białe myszy: okazało się, że myszy przeważnie gromadziły się i pozostawały w tej połowie klatki, która znajdowała się w miejscu obojętnym. Kiedy po paru tygodniach ustawienie klatek zmieniono o 180° — tak, że połowa klatki z miejsca obojętnego znajdowała się w pasie podrażnienia i odwrotnie, — myszy po kilku dniach dezorientacji przenosiły się do połowy w miejscu obojętnym. W tej serii. próbowano ochronić klatki od promieniowania: w tym celu dno klatek oddzielono od ziemi przy pomocy różnego rodzaju izolatorów, np. warstwy paproci, płytek celuloidowych, drutów namagnetyzowanych i t. d. W niektórych doświadczeniach okazało się, że po izolowaniu klatek myszy nie odróżniały pasa podrażnienia od miejsc obojętnych i gromadziły się w różnych miejscach klatki. Ażeby stwierdzić, czy hipotetyczne promieniowanie wpływa w jakikolwiek sposób na powstawanie raków, — autorzy pędzlowali myszy smołą; część smołowanych myszy znajdowała się w pasie podrażnienia, — druga część w miejscu obojętnym. Okazało się, że w pasie podrażnienia raki smołowe powstawały szybciej, aniżeli w miejscach obojętnych. W tych seriach, w których myszy były smołowane rzadziej, wynik był najwyraźniejszy: w pasie podrażnienia raki powstały prawie u wszystkich myszy, — gdy tymczasem u myszy, znajdujących się w miejscach obojętnych, raki powstały zaledwie w połowie przypadków. Kiedy klatki z myszami izolowano j. wyżej — raki smołowe u myszy powstawały równomiernie w pasie podrażnienia i w miejscach obojętnych. Doświadczenia powyższe przemawiałyby za tym, że w t. zw. pasach podrażnienia, wykrywanych przez różdżkarzy, istnieją jakieś szczególne warunki, sprzyjające powstawaniu raków u myszy.

Do wniosków wręcz przeciwnych dochodzą Miescher i Schaaf. Zarzucają oni autorom wyżej wymienionej pracy, że badania ich nie odbywały się w warunkach ściśle naukowych, że do pomieszczeń miały dostęp osoby postronne, a szczególnie różni różdżkarze, że klatki ze zwierzętami były otwarte i t. d. We własnych badaniach, przeprowadzonych w warunkach bardziej ścisłych, Miescher i Schaaf kontrolowali wyniki trzech uprzednio wymienionych autorów. Badania na myszach smołowych były wykonywane w dwóch miejscowościach, w pasach podrażnienia, oznaczonych przez różdżkarzy. W obu miejscowościach uzyskane wyniki były niezgodne z wynikami Jenny, Oehler i Stauffera: raki smołowe powstawały

w jednakowy sposób i w podobnym odsetku przypadków u myszy, znajdujących się w pasach podrażnienia i w miejscach obojętnych. Autorzy nie mogli stwierdzić w pasach podrażnienia żadnego wpływu na powstawanie i przebieg raków smołowych u myszy. *Miescher* i *Schaa*f twierdzą, że dodatnie spostrzeżenia trzech uprzednio wymienionych autorów były wynikiem błędów, niedokładności i nieściśłości w przeprowadzeniu doświadczeń.

W tym samym numerze *Schweiz. Med. Woch.*, w którym *Miescher* i *Schaa*f ogłosili ujemne wyniki swoich badań, ukazała się oficjalna wiadomość niemieckiego Państwowego Urzędu Zdrowia (*Reichsgesundheitsamt*), prostująca wszelkie niesprawdzone twierdzenia, dotyczące promieni ziemnych: w szczególności podkreślono, że nie ma żadnych dowodów istnienia jakichkolwiek promieni ziemnych, że nie ma żadnych dowodów, przemawiających za jakimiś szkodliwymi działaniami na żywe ustroje w obrębie t. zw. pasów podrażnienia. Sądząc z ustępu, w którym Urząd przestrzega przed zbyt dużym wobec tego zaopatrywaniem się w przyrządy, izolujące od tych promieni, — należy przypuścić, że cała ta sprawa nabrała w Niemczech dużego rozgłosu. Zdawałoby się mogło, że wraz z powyższą enuncjacją niemieckiego Urzędu Zdrowia kwestia promieni ziemnych ucichnie raz na zawsze. Stało się jednak inaczej, i przekorny duch nauki, której pęd do prawdy nie da się nigdy ujarzmić oficjalnymi twierdzeniami, powrócił raz jeszcze do zagadnienia różdżkarstwa i promieni ziemnych. *Beitzke*, anatomopatolog z Grazu, który w roku ubiegłym ogłosił wyniki swoich badań nad promieniami ziemnymi (wyniki ujemne) — powtórzył swoje pierwsze badania tym razem z wynikiem zupełnie innym. *Beitzke* przeprowadzał badania na 450 myszach, z których część była umieszczona w pasie podrażnienia, ponad podziemnym strumieniem; druga część znajdowała się w miejscu obojętnym. Myszy nie były smołowane: szło więc o stwierdzenie, czy w obu grupach myszy zjawiają się samoistne nowotwory. Ażeby podwyższyć liczbę nowotworów samoistnych w ogóle, *Beitzke* szczególną uwagę zwracał na uzimienie klatek z myszami (zgodnie ze spostrzeżeniami *de Coulona* i *Vlèsa*). W ciągu 13 miesięcy u 13 myszy stwierdzono samoistne nowotwory: w 12 przypadkach guzy wystąpiły u myszy, znajdujących w obrębie hipotetycznego pasa podrażnienia, w 1 przypadku u myszy z grupy, znajdującej się w miejscu obojętnym. Nie przesądzając sprawy istnienia, czy nieistnienia promieni, autor uważa, że wyniki powyższe mogą w każdym razie przemawiać za wpływem gruntu na powstawanie pewnych zmian patologicznych w ustrojach żywych. Widzimy więc, że zagadnienie t. zw. promieni ziemnych nie jest całkowicie wyczerpane. Wobec tego jednak, że nie mamy żadnych dowodów fizykalnych, przemawiających za istnieniem takich promieni, — czy nie należałoby przypuścić, że idzie tu o działania zupełnie innego rodzaju? W każdym razie należy oczekiwać, że dalsze badania przyniosą coś bardziej konkretnego w tej tak ciemnej i tajemniczej sprawie.

Żyjemy na szczęście w okresie, kiedy postęp nauki o nowotworach złośliwych nie jest już uzależniony od poszczególnych mglistych hipotez, podobnych do hipotezy promieni ziemnych, i kiedy w nauce tej zarysowują się pewne kierunki zasadnicze, oparte na zjawiskach biologicznych charakterystycznych, swoistych dla raka. Do takich zjawisk należą bezwarunkowo zjawiska rozpuszczania „*in vitro*” ko-

mórek rakowych przez surowicę normalną i nierozpuszczania tychże komórek przez surowicę rakową, — zjawiska, stwierdzone już dawno przez *E. Freund*a i *Gisè Kaminera*. Kwas normalny, rozpuszczający komórki nowotworowe, i kwas rakowy, chroniący komórki nowotworowe przed rozpuszczaniem mają powstawać w jelitach w związku z różnymi własnościami pałeczek okrężnicy. Obie substancje udało się wyodrębnić z różnych środowisk, w których hodowano pałeczki okrężnicy; mają one należeć do rzędu kwasów dwukarbowych. Ostatnio *Christiana* zajmował się bliżej tymi substancjami. Przede wszystkim okazało się, że w t. zw. kwasie rakowym można wykazać obecność składnika kwaśnego, biologicznie nieczynnego, oraz składnika obojętnego, czynnego biologicznie. Badanie składnika nieczynnego wykazało, iż jest to kwas palmitynowy, względnie nie dająca się dalej rozdzielić mieszanina kwasu palmitynowego i stearynowego. Dalej okazało się, że kwas normalny zawiera tylko ową część kwaśną, biologicznie nieczynną; tak więc oba kwasy — rakowy i normalny — są właściwie identyczne pod względem chemicznym, a różnica ich własności jest zależna od domieszki znajdującej się w obojętnej części t. zw. kwasu rakowego (czynnej biologicznie). Analiza jakościowa domieszki wykazała, że składa się ona głównie z tłuszczów, wolnych steryn i estrów sterynowych. Wobec tego, że pierwsze dwa składniki okazały się biologicznie nieczynne, należało przypisać własności ochronne dla komórek nowotworowych estrom sterynowym. Spośród estrów cholesterynowych syntetycznych okazał się wyjątkowo czynny ester butyrowy, podczas gdy inne estry nie były prawie wcale czynne; udało się jednocześnie ustalić, że ergosteryna i witamina D w określonych stężeniach mają własność aktywowania estru butyrowego cholesteryny. W dalszym ciągu badań okazało się, że własności estru butyrowego cholesteryny są zależne od sposobu przygotowania, i że ester, otrzymany przy metodzie pirydynowej, jest nie tylko nieczynny, ale już w małych stężeniach może inaktywować własności ochronne estrów, uzyskanych innymi metodami; ściśle badania chemiczne wykazały, że zjawisko to jest zależne od obecności produktów oksydacyjnych. Już *Freund* stwierdził, że kwas rakowy z jelit traci swoje własności pod wpływem naświetlania radem; okazuje się, że czynny ester butyrowy cholesteryny również traci swe własności pod wpływem radu, jednakże znów może je odzyskać, jeżeli działanie radu trwa przez czas dłuższy. Podobne zjawiska zanikania i zjawiania się własności litycznych lub ochronnych można było stwierdzić po dodaniu estru do surowicy normalnej w różnych warunkach. *Christiana* przypuszcza, że zjawisko rozpuszczania komórek nowotworowych przez surowicę normalną jest zależne od pewnego fermentu, zawartego w surowicy normalnej; przemawia za tym również fakt zanikania własności litycznych tejże surowicy normalnej po ogrzaniu do 56—58°. Na podstawie całego szeregu prób z komórkami nowotworowymi i z estrem butyrowym cholesteryny autor próbuje bliżej wyjaśnić zespół procesów, zachodzących w odczynie *Freund-Kamina*, a w szczególności rolę fermentów i ich stosunek do estru cholesteryny. Interpretacja autorów może nie we wszystkich punktach jest zupełnie jasna; nie ulega jednakże wątpliwości, że w jej oświetleniu fundamentalne zjawiska rozpuszczania, względnie nierozpuszczania komórek nowotworowych stają się bardziej zrozumiałe, i że dalsze prace mikrochemiczne i mikrobiologiczne w tej dziedzinie będą miały niezmiennie ważne

znaczenie dla zagadnienia nowotworów złośliwych. Najciekawszym jest, że autor w swych badaniach doszedł do grupy sterynowej, z której wywodzą się związki rakotwórcze ze smoły z jednej strony i cały szereg ciał natury hormonalnej z drugiej strony.

Czy jednak niezależnie od rozważań teoretycznych odczyn Freund-Kaminer ma znaczenie praktyczne w rozpoznawaniu nowotworów złośliwych? Na podstawie własnych badań musimy na pytanie to odpowiedzieć twierdząco. Nie należy jednak stawiać tu żądań zbyt wygórowanych i liczyć na 100% trafnych wyników odczynu. Przy nastawianiu i sprawdzaniu wartości klinicznej odczynu F. K. trzeba jaknajostrożniej i jaknajsumienniej brać się do rzeczy, a w szczególności unikać łatwych efektów sztucznego podwyższania odsetka dobrych wyników odczynu do liczb, nie dających się sprawdzić naukowo. Podkreślamy to zupełnie celowo w związku z pracami Kleina, które najlepiej dowodzą, jak nie należy robić reklamy faktom o bezsprzecznie wielkiej wartości naukowej, — tym bardziej, kiedy fakty te same przez się dostatecznie mówią o sobie. Jeszcze w 1934 roku Klein, który jest kierownikiem prawnym naukowe I. G. — Farben w Oppau, wystąpił z całym szeregiem rewelacji w dziedzinie raka, rewelacji, rozwiązujących nieomal że ostatecznie zagadnienia etiologii, sił odpornościowych i możliwości leczniczych w raku. Niestety, autor podał wyniki swych badań w formie bardzo ogólnikowej, nie wyszczególniając ani metodyki, ani też innych ściślejszych danych o przebiegu doświadczeń. Między innymi Klein, wychodząc z zasadniczego zjawiska rozpuszczania komórek nowotworowych przez surowicę normalną, — zjawiska od 25 laty stwierdzonego i opracowanego przez E. Freunda i Gisę Kaminer, — opracował zupełnie „nową“ metodę rozpoznawania raka i metodę tę w sposób dość mało skromny nazwał próbą Kleina (Kleinsche Probe). Próba Kleina jest właściwie modyfikacją odczynu Freund-Kaminer. Klein, zamiast komórek różnych raków ludzkich, posługuje się stale komórkami raka myszy: w ten sposób (z punktu widzenia praktycznego, zresztą, zupełnie słuszne) wprowadza do odczynu stały test, zamiast różnie dających się rozpuszczać różnych raków ludzkich. Poza tym w obliczaniu wyników odczynu Klein wprowadza poprawkę, uwzględniając autolizę komórek nowotworowych, oraz posługuje się metodą fotografowania zawieszin komórkowych przed nastawieniem i po nastawieniu odczynu, zmniejszając w ten sposób poniekąd możliwość błędu subiektywnego przy stwierdzeniu liczby komórek. Z iście amerykańskim rozmachem i tupetem Klein reklamuje swoją próbę jako niezawodną prawie w rozpoznawaniu raka i w porozumieniu z całym szeregiem bardzo poważnych oddziałów klinicznych przeprowadza badania na dziesiątkach tysięcy pacjentów. Wyniki są zdumiewające, — bo liczba trafnych rozpoznań przekracza 95% i w niektórych grupach dochodzi do 100%. Ponieważ Klein nigdzie nie ogłosił szczegółowo, w jaki sposób wykonywał swój odczyn, — to nikt nie może odczynu tego nastawić i skontrolować wyników niezależnie od samego Kleina. Sława zmonopolizowanego odczynu Kleina bardzo szybko rośnie, ale już w 1936 roku zaczynają dziać się rzeczy przedziwne. Z niemiecką pedanterią pseudonaukowo obstawiony i poparty wielkimi obliczeniami statystycznymi i rachunkami prawdopodobieństwa odczyn Kleina zaczyna dawać wyniki gorsze, a nieraz zupełnie złe. Cały szereg powag świata lekarskiego wypowiada się przeciwko przecenianiu wartości

klinicznej odczynu. Przeciwno osobie Kleina wysuwa się coraz więcej zarzutów natury coraz bardziej nieprzyjemnej, wręcz do zarzutu podawania do wiadomości publicznej wyników niezgodnych i istotnym stanem rzeczy. Ananke nauki mści się chociażby za przywłaszczenie sobie i ochrzcenie swoim nazwiskiem odczynu, który w zasadzie był tylko zmodyfikowanym odczynem Freund-Kaminer, — nieścisłości zaś i zafałszowania w zestawieniu wyników mszczą się same za siebie, mszczą się nie tylko na osobie Kleina, lecz na opinii naukowej świata lekarskiego w Niemczech, któremu cała ta afera napewno zaszczytu nie przynosi. (W ubiegłym roku donosiliśmy o również nieprzyjemnym dla nauki niemieckiej „odkryciu“ zarazka raka przez Brehmera, w którym to odkryciu i w jego opublikowaniu pomagał Brehmerowi prof. V. Schilling, znany hematolog; nie chcemy na razie z zestawienia tych dwóch faktów wyciągać zbyt daleko idących wniosków). Na początku 1937 roku ukazała się praca Fehra z kliniki chirurgicznej Clairmonta w Zurychu, w której autor omawia wyniki odczynu Kleina, wykonanego na materiale kliniki. Zbadano ogółem 349 przypadków. Z 86 przypadków nowotworów złośliwych odczyn Kleina wypadł dodatnio w 33 przypadkach co stanowi zaledwie 38,4% wyników trafnych; w 53 przypadkach odczyn wypadł ujemnie, co wynosi 61,6% błędów. Kontrolne badania przeprowadzono na 188 przypadkach bez nowotworu złośliwego: wyniki odczynu były trafne w 144 przypadkach, co stanowi 76,6% wyniki błędne w 44 przypadkach, co wynosi 23,4% błędów. Ogółem na 274 przypadki wyniki odczynu Kleina były błędne w 35,4% przypadków, a trafne w 64,6% przypadków. Oczywiście, że takie wyniki nie są zachęcające; Klein sam podaje, że przy próbach rozpoznawania raka na ślepo, sposobem loteryjnym trafne rozpoznania wynosiły 73%, — co raczej zachęcałoby do odgadywania na ślepo, czy w danym przypadku jest rak, czy go nie ma. Fehr w swoim artykule dodaje, że Klein, ogłaszając wyniki badań przypadków Horstera, podał 100% trafnych wyników odczynu, podczas gdy sam Horster odrzuca odczyn Kleina jako zupełnie niepewny. Poza tym w większości z serii wyników, ogłoszonych przez Kleina, rozpoznania kliniczne były podawane przed wykonaniem odczynu. Na podstawie swego własnego doświadczenia i doświadczenia innych (Forster, Barthels, Grafe i inni) Fehr stwierdza, że odczyn Kleina nie ma żadnego znaczenia klinicznego, i ostrzega lekarzy-praktyków przed stosowaniem go dla celów rozpoznawczych.

Jak należy sobie tłumaczyć całokształt sprawy Kleina, pomijając, oczywiście, momenty ewentualnej nieuczciwości w badaniach, o której najmniej się chce myśleć? Zdaniem naszym, zasadniczy błąd Kleina jest następujący. Już Freund i Kaminer podawali, że przy wykonywaniu odczynu należy brać pod uwagę cały szereg momentów, które mogą wpływać na wynik odczynu: tak więc operacja, narkoza, wysoka gorączka, charłactwo, naświetlania lecznicze promieniami Roentgena lub radu, duże ilości alkaloidów mogą zmieniać wynik odczynu, t. zn. w przypadkach nowotworowych odczyn może wypadać ujemnie, a w przypadkach nienowotworowych dodatnio; należy więc przy zestawianiu wyników odczynu ze stanem klinicznym o tym pamiętać. Otóż Klein w swoich badaniach, dążąc do uzyskania jaknajlepszych wyników, rozszerzył bardzo znacznie zakres tych momentów przeszkadzających

i zaliczał do nich wszystkie środki nasenne i narkotyczne, zastrzykiwanie krwi lub soli fizjologicznej, krwotoki wewnętrzne i zewnętrzne, pobranie krwi dla innych celów diagnostycznych, diagnostyczne jednorazowe prześwietlanie promieniami R o e n t g e n a, zdjęcia rentgenowskie, pobranie próbnego wycinka, niedokwaśność żołądka, stany zaparcia stolca, a nawet nieznaczne krwawienia z nowotworów wrzodziejących. Przy dokładnym uwzględnieniu już wyliczonych choćby momentów odczyn nawet najlepszy traci wartość kliniczną i może być stosowany w nielicznych przypadkach. Sądząc z olbrzymiego materiału, przerobionego przez K l e i n a, musiał on niezbyt krytycznie i ostrożnie uwzględniać momenty powyższe i prawdopodobnie w tych przypadkach, kiedy nie wpływały one na wynik odczynu, zaliczać dane przypadki do statystyki jako trafnie rozpoznane; odwrotnie zaś, tam gdzie zmieniały one wynik odczynu, odnośnych przypadków nie wciągano prawdopodobnie do statystyki. Należy pamiętać, że K l e i n przeważnie otrzymywał rozpoznania kliniczne wraz z krwią nadsyłąną do badania. Jeżeli więc np. chory z pewnym klinicznym rozpoznaniem raka w dniu, poprzedzającym pobranie krwi do badania, wziął proszek luminalu lub piramidonu, — to w przypadku, kiedy odczyn wypadł ujemnie, można było uważać, że proszek wpłynął na zmianę odczynu, kiedy zaś odczyn wypadł dodatnio, — można było jednego proszku piramidonu nie brać pod uwagę. Przy tak dużej liczbie momentów przeszkadzających niebezpieczeństwo subiektywnej oceny tych momentów jest bardzo wielkie. Jak to np. wynika z danych F e h r a, który przy dobieraniu przypadków do badania uwzględniał momenty przeszkadzające według wskazówek K l e i n a, — z 350 przypadków, skierowanych do badania, K l e i n później jeszcze sam odrzucił 25%. Oczywiście, że w ten sposób nie można nigdy skontrolować faktycznej wartości odczynu. K l e i n po prostu zgubił się w zbyt drobiazgowej interpretacji odczynu przy pomocy przesadnie wiel-

kiej liczby wprowadzonych momentów przeszkadzających i stracił przy tym wszelki krytycyzm w ocenie zjawisk, nadrabiając go tak niebezpieczną w nauce chęcią uzyskania za wszelką cenę dobrych wyników badań. Prawdopodobnie grał tu rolę i moment handlowy, za czym przemawia miejsce wykonywania badań (I. G. — Farben). Czy jednak badania K l e i n a obniżają w czymkolwiek wartość odczynu F r e u n d - K a m i n e r? Na pytanie to musimy odpowiedzieć przecząco. W pracowni naszej w Szpitalu na Czystem wykonywamy stale dla wszystkich oddziałów Szpitala klasyczny odczyn ochronny F r e u n d - K a m i n e r; z momentów przeszkadzających uwzględniamy tylko ciężę, gorączkę powyżej 38°, charłactwo, operacje i naświetlania lecznicze promieniami R o e n t g e n a; wyniki odczynu w takich przypadkach traktujemy bardzo ostrożnie. W dotychczas zbadanym materiale, składającym się prawie z 1000 przypadków, liczba trafnych wyników odczynu wynosi około 90%. Praktycznie rzecz biorąc, są to wyniki bardzo dobre i zachęcające do dalszej pracy. W ocenie wartości faktycznej klasycznego odczynu F. K. wielką wagę przypisujemy badaniom przypadków klinicznie pewnych, kontrolowanych operacyjnie, a najlepiej histologicznie; przypuszczamy, że dużą część błędnych wyników odczynu F. K. należy przypisać błędnemu rozpoznaniu klinicznym. Obecnie wykonywamy odczyn F. K. na kale ze wszystkich przypadków sekcjonowanych, a więc tam, gdzie rozpoznanie jest najpewniejsze; okazało się, że na tym materiale odsetek błędnych wyników odczynu F. K. jest zupełnie niewielki. Trzeba, przyznać, że klasyczna metoda odczynu F. K. jest trudna i z wielu względów niewygodna i męcząca, i że celowe modyfikacje tejże metody mogą być bardzo pożądane i mogą się przysłużyć do jej rozpowszechnienia. Jasne jest jednak, że modyfikacja metody nie upoważnia do modyfikowania jej wyników jak to uczynił K l e i n.

(Dok. nast.)

O c e n y k s i ą ż e k.

A. E. KORNMÜLLER. *Die bioelektrischen Erscheinungen der Hirnrindenfelder mit allgemeinen Ergebnissen zur Physiologie und Pathophysiologie des zentralnervösen Griseum.* Verlag Georg Thieme, 118 Seiten mit 33 Abbildungen. Leipzig. RM. 7.80. 1937.

Praca par excellence fizjologiczna i fizjopatologiczna. Autor zajmuje się tą nową metodą lokalizacyjną od lat 5-ciu i postanowił wreszcie wystąpić z monografią o swoich wynikach w nadziei, że przysłużyć się może medycynie praktycznej: neurologii, psychiatrii i neurochirurgii. Słusznie zaznacza Kornmüller w przedmowie, że metoda psychologiczna, stosowana w badaniach nad czynnością mózgu, o wiele więcej się oddala od podstawowej, przyrodniczej metody morfologicznej, aniżeli ta elektrobiologiczna, katexochen obiektywna, znajdująca się wreszcie w ścisłym związku z fundamentalną morfologiczną. — Organizacja berlińskiej instytucji naukowej (Kaiser-Wilhelm Institut für Hirnforschung) najbardziej się nadawała do tych badań precyzyjnych. W I części interpretowane są: 1) historia bioelektryki, 2) metodyka fizjologiczna, fizyczno-techniczna i architektoniczna, 3) fizjologia i lokalizacja prądów pól korowych (F e l d e i g e n s t r o m), swoistych u królików i małp oraz prądów czynnościowych (A c t i o n s s t r ö m e), powstających w korze przy stosowaniu różnogatunkowych bodźców zmysłowych, podniecających i hamujących, 4) patofizjologia bioelektryczna substancji szarej, zależność reakcji od ilościowego i jakościowego charakteru bodźca i budowy pola korowego, oddziaływanie

jednego pola na pozostałe, humoralne działanie bodźca na drodze krwi, działanie prądów czynnościowych kory na układ grucopowy mięśni. — Ostatnie dwa rozdziały są poświęcone powyższemu czynnościom mózgu, specjalnie istotcie szarej czółwieka (*griseum*). — Wnioski autora są bardzo trudne do zreferowania i wymagają odczytania w oryginale. Omawiane są tam kwestie aktualne: diaszizy, patoklizy, prawa Alles oder Nichts, Bahnung und Hemmung, Ganzheits- und Plastizitätslehre, izo- i dyschronizm mózgu. — Bibliografia bardzo wyczerpująca. 33 rysunki ozdabiają sumienną pracę. — Studium tej książki wymaga dużego nakładu pracy. Niemiłosierny był też autor względem własnej żony, której poświęcił tę pracę, żony, która ma przeto co najmniej obowiązek zapoznania się z jej treścią. (Uwzględnione zostały między innymi pierwsze — jeśli nie najpierwsze — prace eksperymentalne w tej dziedzinie polskich uczonych z r. 1890 Cybalskiego i Becka i późniejsze Prawdzica-Nemińskiego z r. 1913 i Jeleńskie-Macieszy z r. 1914. Ref.). Przyszłość pokaże, co zyskała na prądach bioelektrycznych fizjologia, farmakologia i klinika mózgu.

H. Higier.

BIELING Richard. *Entstehung und biologische Bekämpfung typischer Infektionskrankheiten.* Wykłady na mocy wyników badań doświadczalnych. Johann Ambrosius Barth, Lipsk r. 1937 str. 119.

Bieling jednoczy umiejętność doświadczonego eksperymentatora, anatomo-patologa, immunologa i klinicysty. W od-

czytach tych, przeznaczonych dla lekarzy i starszych studentów, autor opisuje biologię procesów chorobowych, starając się związać ze sobą poszczególne procesy patogenetyczne. Treścią tych odczytów jest gra pomiędzy działalnością drobnoustroju i obroną makro-organizmu, kształtująca symptomatologię chorób zakaźnych. Autor podkreśla, że jedynie ujęcie dynamiki zakażenia jest w stanie właściwie oświetlić klinikę chorób zakaźnych i nadać kierunek lecznictwu. W broszurce niniejszej autor omawia błonicę, zapalenie płuc i chorobę Heine-Medina. Epidemiologia tych schorzeń jest podana w formie zwartej, nie wyczerpującej zagadnienia, natomiast ujęcie patogenezы jest

świetne i odpowiada całkowicie zamierzeniom, które autor sobie postawił. Pragnąłbym specjalnie zwrócić uwagę na rozdział o pneumonii, który odzwierciedla ogromne postępy w tej dziedzinie i wykazuje, jak dalece klinika mogłaby wykorzystać współczesne badania doświadczalne z dziedziny bakteriologii i immunologii. Autor słusznie kończy rozdział ten słowami: „Nie mam wrażenia, aby medycyna praktyczna gdziekolwiek racjonalnie wykorzystywała już istniejące środki, mające na celu pomóc choremu i uchronić zdrowego”. Broszura Bielinga wyraźnie te środki wskazuje i dlatego może być polecona zarówno teoretykowi, jak i klinicyście. Ludwik Hirschfeld.

Wskazówki praktyczne.

Szackij uzyskał trwającą kilka lat poprawę moczo-
wki prostej przy pomocy blokady nowokainowej okolicy oko-
łonerkowej lewej. Wstrzyknięto ok. 150 cm³ ¼% roztworu. Po
trwającym dobę pogorszeniu stanu ogólnego uzyskano całkowi-
tą i trwałą poprawę. (Wraczebn. Dieß 1936 Nr. 11).

Na podstawie 19 przypadków zaleca Kalc leczenie bliz-
nowców (keloidów) promieniami pogranicznymi (Buckiego)
jako metodę wyboru. Bardzo dobre wyniki uzyskano po seryj-
nych napromienianiach w ciągu 2—3 miesięcy (dawkami stop-
niowo zwiększającymi od 600 do 2.500 r.; ogólna ilość do 20.000).
(Derm. Wochen. Nr. 36. 1936).

Seliski stosuje z powodzeniem w dermatozach śwę-
dzących (wyprysk ostry i podostry, świąd, pokrzywka) roztwór
5% Calcium bromat. w 25% glukozie; posługuje się dożylnymi
iniekcjami tego roztworu w dawkach 2—5 cm³ codziennie, ew.
co II dzień; na leczenie całe wystarczy 10 iniekcji; efekt lecz-
niczy może być często stwierdzony już po 2—3-ch wstrzyknię-
ciach. (Więstnik Dermatol., 1936, Nr. 11, s. 1048).

Dainow uzyskał dobre wyniki po stosowaniu wita-
miny C („Redoxon“ Rochea) w opryszczkach, półpaścu i ery-
trodermii. (Ann. Dermat. 1936, str. 817).

Freund zaleca prasowanie miejsc śwędzących butelką
gorącą: powolne przesuwanie po schorzałych odcinkach skóry
butelki, napełnionej wodą wrzącą; autor uzyskał dobre wyniki
w przypadku pokrzywki. (W. m. W. 1937, str. 317).

J. C. van Tongeren chwali zgłębnikowanie macicy
jako środek przeciwko bezpłodności. Duży odsetek kobiet bez-
płodnych po tym zabiegu zachodził w ciążę. (Gynéc. et Obstér.
1936 Nr. 33).

Browkin wypowiada się za stosowaniem siarczanu
magnezy w rzucawce porodowej. Daje się 30—50 cm³ leku do-
mięśniowo i powtarza się tę dawkę w razie potrzeby do 5 razy
w ciągu 24 godzin. Obok tego ograniczenie podawania płynów,
a w ciężkich przypadkach jeszcze upust 500—700 cm³ krwi. Po-
stępowanie to tak dalece usuwa objawy rozpoczynającej się rzu-
cawki, że można spokojnie przystąpić do sztucznego rozwiązania.
(Gynéc. et Obstér. 1936 Nr. 34).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polska Akademia Umiejętności.

IV Wydział lekarski.

Posiedzenie z dnia 8 marca 1937.

Przewodniczący: Dyrektor H. Hoyer.

Czł. J. Modrakowski przedstawia pracę p. W. Su-
pniewskiego p. t. *Działanie farmakologiczne estru mety-
lowego kwasu n-dwumetylo-2, 5, 2' 5'-czterometylopyrolino-
3-karbonowego*.

(Z Zakładu Farmakologii Uniwersytetu Jagiellońskiego
w Krakowie).

Czł. W. Orłowski i A. Beck przedstawiają pracę
p. F. Krajewskiego p. t. *Działanie różnych diet na czyn-
ność wydzielniczą błony śluzowej żołądka*. Doniesienie IV.
Dieta Sippy'ego.

(Z II Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Józefa
Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: Prof. Dr. Witold
Orłowski).

Czł. K. Lewkowicz przedstawił swoją pracę p. t.
*Rumień guzowaty jako pierwowzór pełnego ostrego korzystnego
przebiegu gruźlicy. — Znajdowane w jego zmianach nadtrawio-
ne prątki, kwasooporne ziarenka i pyłki, albo rozpuszczona
w protoplazmie komórki kwasooporna substancja jako wyraz
nadzwyczaj sprawnego niszczenia zarazków, tym samym jako
dowód bardzo wysokiego swoistego uodpornienia zakażonego
ustroju. — Przygruźlica*.

Czł. F. Eisenberg przedstawia swoją pracę p. t.
*O swoistych działaniach bakteriobójczych. Część XVI. O zna-
czeniu biologicznym różniczkowania gramowego*.

Czł. F. Eisenberg przedstawia swoją pracę p. t.
*O swoistych działaniach bakteriobójczych. Część XVII. O zna-
czeniu taksonomicznym różniczkowania gramowego*.

Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

XXVI. Zebranie z dnia 23 października 1936 roku.

Obecnych na zebraniu 45 osób.

Po zagajeniu zebrania przez prezesa kol. Kapuściń-
skiego nastąpił wybór wice-sekretarza w osobie kol. Pawła
Chojnackiego.

Wykład:

Kol. I. Hoffman (członek Wydziału): „*Genetyka płci
i międzypłciowość*”. (Streszczenia wykładu nie nadesłano).

Wykład:

Kol. W. Węstaw: „*Hormonologia płci i międzypłcio-
wość*”.

Problem międzypłciowości jest jednym z najciekawszych
i centralnych w biologii współczesnej, wiąże się bowiem ściśle
z zagadnieniami czystej genetyki i w wielu przypadkach daje
możliwość głębokiego wniknięcia w mechanizm cytologiczny de-
terminacji i różnicowania się płci, a z drugiej strony otwiera
szerokie pole do dynamicznego, ściślej mówiąc, biochemicznego
ujęcia spraw kształtowania się pewnych somatycznych i psy-
chicznych cech ustroju oraz zaburzeń, jakim te sprawy mogą
ulegać, i w ten sposób posiada doniosłe znaczenie tej właśnie
dynamicznej strony zagadnienia, głównie w obrębie wyższych
kręgowców i człowieka, uwzględniając spostrzeżenia klinicy-
stów, anatomopatologów i zoologów, zwłaszcza zaś skierowując
uwagę na badania eksperymentalne w zakresie międzypłciowo-
ści hormonalnej.

W gruncie rzeczy nawet międzypłciowość genotypowa,
zygotyczna, polegająca na zakłóceniu normalnej przewagi genu
F lub M (decydującej o charakterze płci) na korzyść genu płci
odmiennej — jest zjawiskiem biochemicznym — geny bowiem
w ogóle należy uważać za ośrodki reakcyj kształtotwórczych
(morfogenetycznych). Tego rodzaju międzypłciowość, wspólna

bezkęgowym i kęgowcom, u ssaków i człowieka występuje nicinal z reguły w postaci *interseksualismus femininus*, przy czym osobnik płci żeńskiej tym bardziej nabiera cech męskich, im wcześniej ujawnia się anormalna przewaga genu M, czyli t. zw. punkt zwrotny Goldschmidta. Stare, nieraz jeszcze używane pojęcie „obojnactwo” (*hermaphroditismus*) tego lub innego typu winno być zaniechane, jako termin opisowy bez istotnej treści i wprowadzający raczej zamęt: we współczesnym ujęciu wszystkie niemal przypadki „obojnactwa” u ludzi i ssaków odpowiadają międzypłciowości żeńskiej, istnienie zaś międzypłciowości męskiej oraz gynadromorfizmu w tej gromadzie kęgowców nie jest jeszcze należycie ustalone, a w każdym razie stanowi wyjątkową rzadkość.

U kęgowców, u których istnieją hormony płciowe zarodkowe i ostateczne, wydzielane przez gonadę i kierujące dalszym kształtowaniem się zdeterminowanej już genotypowo płci — jest możliwa międzypłciowość hormonalna, która u bezkęgowych zasadniczo nie zachodzi, bądź też zjawia się w wysocy szczególnych przypadkach pod wpływem pasożytów (*intersex. parasitarius* u owadów i kraba *Inachus*) lub pewnych zewnętrznych czynników fizykochemicznych (u robaka *Bonellia*).

Istnienia hormonów płciowych zarodkowych u typie harmononów Gleya u kęgowych dowodzą doświadczenia z parabiozą kijanek lub przeszczepianiem zarodkowej gonady (Burns, Witchi, Humphrey), które umożliwiły uzyskanie międzypłciowości lub kompletnego odwrócenia płci (z zachowaniem, oczywiście, pierwotnej konstytucji genotypowej), jako też przypadki samorodnej międzypłciowości typu *intersex. femininus* u ssaków, zwłaszcza cieli, w przypadkach dwujajowej ciąży przy zrosniętych ze sobą łożyskach. Rewelację stanowią najnowsze dane doświadczenia (W. Danczakowa, E. Wolff i A. Glinglinger — 1936), uzyskane na kurach i przez podawanie zarodkom chemicznie czystych hormonów płciowych ostatecznych (oesteron, androsteron). Otrzymanie w tym przypadku interseksów żeńskich i męskich zdaje się przemawiać za tym, iż wbrew poglądom wybitnych genetyków, jak Goldschmidt, na przykład — działanie kształtujące hormonów płciowych ostatecznych i w dodatku pochodzących z innej gromady kęgowców (od ssaków) nie różni się zasadniczo od działania hormonów płciowych zarodkowych. Należy jednak zaznaczyć, iż na ssakach na razie podobnych wyników uzyskać się nie dało (W. Danczakowa), co zaś do ptaków, to wyjawiają one pewne osobliwości w ukształtowaniu gonad.

U ludzi międzypłciowość hormonalna, fenotypowa — nie ma z reguły *intersex. femininus* — dotyczy wyłącznie trzeciorzędnych cech płciowych (*genit. ext.*, grucz. młeczne, uwłosienie, psychika i t. p.) i może być spowodowane nowotworami jajodnymi i złośliwymi o charakterze *arrheonoblastoma s. adenoma testiculare ovarii*, lub co ciekawsze, *folliculoma* (Granulosazellentumor), a wreszcie, rzecz osobliwa, nowotworami lub tylko przerostami istoty korowej nadnercza (*hypernephroma*). Ostatnio wymienione zjawisko jest jeszcze mało zrozumiałe, a tym ciekawsze, iż niekiedy *hypernephroma* powodują, aczkolwiek niezmiernie rzadko, *feminisatio* męczyzn lub też tylko *pubertas praecox*. Dodajemy, iż ostatnio Reichstein oraz Halder (1936) uzyskali wyciągi z kory nadnercza, posiadające działanie maskulinizujące. Wreszcie guzy przysadki (najczęściej gruczolaki kwasochłonne) — narządu o stanowisku nadrzędnym w stosunku do innych gruczołów dokrewnych, mogą powodować pośrednio, możliwie za pośrednictwem istoty korowej nadnercza, międzypłciowość hormonalną typu żeńskiego. Co się dotyczy mechanizmu międzypłciowości hormonalnej, to niewątpliwie jest ona związana z konstytucją genotypową danego odcinka i zależy od słabego zbilansowania genów F i M, skutkiem czego czynniki hormonalne stosunkowo łatwo powodują aktywację i przewagę ukrytego, zahamowanego genu płci przeciwnej — zjawisko, które J. Bauer (1935) dowcipnie określa „ochroną mniejszości”. Powyższe tłumaczenie wyjaśnia, dlaczego n. p., nie w każdym przypadku *hypernephroma* występują zmiany cech płciowych.

Rozprawa:

Kol. Stöckl (członek Wydziału): Badania nad wpływem czynników hormonalnych na kształcenie się i dalszy rozwój znamion płciowych wykonane zostały ze strony licznych badaczy, zwłaszcza ginekologów. Pomijając wyniki tych badań, osiągniętych u ptaków, tworzące swoisty materiał doświadczalny, podkreślić należy, że próby wywierania wpływu na znamiona płciowe ssaków za pomocą hormonów dawały wyniki niepewne. Uzyskanie pewnego okresu niepłodności (sterylizacja hormonalna) okazało się n. p. u królików możliwe. U kobiety wszystkie te próby pozostały bez skutku. Nadmienić należy, że stosowanie jedynie części hormonów płciowych, t. j. follikuliny, wzgl. androsteryny nie wyzerpuje możliwości hormonalnego

wplywu na cechy płciowe. Uwzględnić należy również działanie luteohormonu i przede wszystkim t. zw. hormonów gonadotropowych przedniego płata przysadki mózgowej na rozwój płci. Pod tym względem brak zupełnie danych, a nadzieje hormonalnej regulacji płci u człowieka i ssaków w ogóle są na razie zupełnie pozbawione realnej podstawy.

Co się dotyczy wydzielania hormonów płciowych w przypadkach pewnych nowotworów jajnikowych (*disgerminoma*), wzgl. jądrowych, zaznaczyć trzeba, że hormony, stwierdzone też w innych nowotworach złośliwych, a obfite wydzielanie tych hormonów w moczu kobiet, cierpiących n. p. na raka szyi macicznej i nabłoniak kosmówkowy, są zjawiskiem powszechnie znanym.

Kol. Bross (członek Wydziału): Zagadnienia, poruszane przez referentów, są niezwykle ciekawe. Opierając się na piśmiennictwie, stwierdził p. prof. Hoffman, że decydującym czynnikiem siły kształtotwórczej jest zaczyn, i wywiódł stąd teorię fizykochemiczną. Tak prosta jednak sprawa nie jest. Jak z jednej strony brak dostatecznych dowodów na to, że siłą tą istotnie jest jakiś zaczyn, tak z drugiej strony teoria fizykochemiczna przypomina bardzo poglądy mechaniczne, które, witane z entuzjazmem w ubiegłym wieku, nie wytrzymały próby czasu.

Do referatu p. Doc. Węśława nadmieniam, że chodzi zawsze o pewną korelację gruczołów dokrewnych, nie tylko o wyłączny wpływ nadnerczy. O roli przysadki mózgowej wspominał już p. Doc. Stöckl. Odgrywają tu poza tym rolę bez wątpienia i inne jeszcze gruczoły o wydzielaniu wewnętrznym, wymienię choćby grasicę, której wybitny wpływ na rozwój płciowy jest znany.

Kol. Węśław: W wykładzie podkreśliłem doniosłość badań biologów eksperymentatorów, którzy w sposób niedwuznaczny dowiedli u kęgowców, a w szczególności u ssaków, istnienia hormonów płciowych zarodkowych, a ostatnio wkroczyli na tory bliższego poznania tych ciał, zestawiając ich działanie z działaniem hormonów płciowych ostatecznych. Spostrzeżenia klinicystów, m. in. ginekologów, znakomicie uzupełniają te dane, głównie w odniesieniu do hormonów płciowych ostatecznych, oraz ujawniają niezmiernie ciekawy fakt maskulinizacji w pewnych przypadkach nadnerczaków, którą to sprawę ostatnio podjęto z powodzeniem na terenie eksperymentalnym. O wpływie hormonu ciała żółtego na cechy płciowe na razie dane są jeszcze skąpe i niepewne, aczkolwiek niektóre fakty z dziedziny patologii doświadczalnej (Steinach i Kun, Stewart i Rogoff) wskazują wyraźnie na uderzającą współzależność czynnościową pomiędzy ciałkiem żółtym a istotą korową nadnercza. Co się dotyczy hormonów gonadotropowych przysadki, to, jak powszechnie wiadomo, działają one pośrednio, czyli w ostatecznej analizie sprawa sprowadza się do wpływu hormonów płciowych właściwych, czy też specjalnego hormonu istoty korowej nadnercza (por. Bergstrand oraz Kraus 1934).

Z przedstawionych przeze mnie wiadomości o zasięgu i charakterze działania substancji kształtotwórczych płciowych: pierwotnych, wtórnych i ostatecznych — wypływa jako logiczna konieczność, poparta zresztą licznymi faktami — wniosek, iż zmiana cech płciowych *post partum* pod wpływem podawania odpowiednich hormonów może dotyczyć najwyższych cech trzeciorzędnych, nigdy zaś pierwotnych (gonady) lub wtórnych (*genit. interna*). Inaczej sprawa przedstawia się, gdy hormony płci odmienniej zaczynają wpływać na ustrój we wczesnym okresie zarodkowym, lecz i w podobnych przypadkach bardzo wybitnego nieraz interseksualizmu hormonalnego, fenotypowego do kompletnego odwrócenia płci nigdy niemal nie dochodzi. Takie odwrócenie zostaje urzeczywistnione zasadniczo tylko w przypadkach międzypłciowości zygotycznej, genotypowej, której inne, słabsze stopnie dotąd jeszcze pokutują nie raz w nomenklaturze klinicznej i anatomopatologicznej pod błędną nazwą obojnactwa (*hermaphroditismus*). Dopiero badania genetyków i biologów w ogóle wyświetliły należycie tę sprawę, ustalając i rozgraniczając ściśle pojęcie monocyseizmu, gynadromorfizmu i interseksualizmu zygotycznego oraz hormonalnego.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Akademii Umiejętności w Paryżu z dnia 1 marca 1937 r. (Presse méd. Nr. 28/1937) A. Besredka i Ludwik Gross mówili o szczepieniu *śródskórnym* przeciwko nabłoniakowi i jego mechanizmie. Króliki, które się szczepi przeciwko nabłoniakowi (*epithelioma*) Browne-Pearce'a drogą *śródskórną*, uzyskują odporność przeciwko powtórnemu szczepieniu tego samego nowotworu. Ta odporność, którą można dowolnie wywołać jest nadzwyczaj pewna. Można by wobec tego myśleć, że polega ona na obecności swoistych przeciwciał we krwi. Ażeby się co do tego upewnić, autorzy rozpoczęli doświadczenia nad królikami hiperimmunizowanymi, t. j. takimi, które po wessaniu się ich nowotworu, wszczepionego

śródkórnienie, otrzymały masywne dawki zawiesiny nabłoniakowej, rozmaitymi drogami. Z całokształtu doświadczeń wynika, iż nie może być mowy o obecności przeciwciał we krwi królików hipersensytyzowanych. Dopóki nie dowiedzie się czegoś przeciwnego, prelegenci są skłonni myśleć, że odporność tych ostatnich przeciwko nabłoniakowi, która wykazuje tyle podobieństwa do odporności przeciwko węglikowi, powstaje w komórkach limfatycznych i powinna być zaliczona do tej kategorii odporności, które określa się mianem miejscowych

Na posiedzeniu Akademii Chirurgicznej w Paryżu z dnia 17 marca 1937 r. (*Presse méd.* (Nr. 28/1937) *Clovis Vincent* mówił o rozpoznawaniu i leczeniu urazów mózgowych. Prelegent przestrzega przed systematycznym stosowaniem nakłucia łędźwiowego. Zabieg ten, podobnie jak wstrzykiwania rozczyńców hiper- i hipotonicznych można stosować dopiero po postawieniu pewnego rozpoznania schorzenia, częstokroć skontrolowanego operacyjnie. Krwiaki należy opróżniać tym ostrożniej, im są one obfitsze. Obrzęk mózgu wymaga wykonania dużego okienka czołowego po stronie prawej, przekraczającego znacznie linię

środkową; trepanację należy uzupełnić wielokrotnymi wstrzykwaniami siarczanu magnezowego i strychniny. Surowicze zapalenia opon mózgowych opróżnia się bądź za pomocą trepanacji, bądź nakłuciu łędźwiowych. W zapaści należy wstrzykiwać bezpośrednio do komór rozczyń *Ringera*. Gromadzący się w komorach płyn usuwa się za pomocą nakłucia komorowego lub łędźwiowego. Wskazania operacyjne nastrożają jeszcze trudności przy ich stawianiu. Jeżeli chory jest przytomny, należy go dokładnie obserwować. Jeżeli jest nieprzytomny, nie należy operować, o ile bezpośrednio wystąpiła śpiączka, i o ile stan jest tego rodzaju, iż ma się wrażenie, że w ciągu czterech dni nastąpi śmierć. Najlepiej operować podczas przerw wolnych od burzliwych objawów. Należy odkładać operację, ściśle obserwując chorego, jeżeli czynności życiowe są zaburzone, albowiem wielu rannych ulega samowyleczeniu. Jeżeli rozpoczynają się zaburzenia czynności życiowych, należy wkraczać. Wskazania kliniczne uzupełniają się w miarę potrzeby nakłuciem komorowym, bezpośrednim badaniem przez otwór wydłutowany, wენტrikulografią.

Medycyna społeczna

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Wskaźniki zdrowia ludności*).

Podaje

Stanisława ADAMOWICZOWA (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 16).

Dalszy etap w rozwoju sprawy nastąpił w 1935 r., kiedy zagadnieniem oceny warunków zdrowotnych zainteresowała się Sekcja Higieny Ligi Narodów. Prace, rozpoczęte w Genewie, a następnie kontynuowane w Stanach Zjednoczonych przy pomocy fundacji amerykańskiej „*Milbank Memorial Fund*“, miały na celu ustalenie „wskaźników zdrowotności“, opracowanie metody, pozwalającej na ocenę już nie sprawności administracji sanitarnej, ale stanu zdrowotnego ludności.

Rzeczoznawcy Organizacji Higieny wyszli z założenia, iż wskaźników zdrowotności szukać należy nie tylko na terenie bezpośredniego działania dzisiejszej administracji sanitarnej. Odwrotnie — należy zbierać, opracowywać i ogłaszać razem dane, dotyczące wszelkich czynników zarówno natury ogólnej, jak i specjalnej, mających wpływ na zdrowie, tym bardziej, iż zasięg działalności administracji służby zdrowia rozszerzył się znacznie w ostatnich latach niemal we wszystkich państwach.

Do t. zw. „nowych zagadnień“ służby zdrowia zaliczyć należy: a) organizację pomocy lekarskiej dla najszerzych warstw ludności, niezależnie od sposobu rozwiązania tego zagadnienia (kasy chorych, zorganizowane leczenie publiczne lub inne formy dostarczenia pomocy); b) kwestię mieszkaniową: sprawa ta oficjalnie została włączona do zagadnień, podlegających służbie zdrowia w państwach o tak różnych tendencjach politycznych, jak Wielka Brytania i Italia; c) odżywianie — zakres wiadomości teoretycznych w dziedzinie odżywiania wzrósł ogromnie w ostatnich latach, brak jednakże danych co do tego, w jakiej mierze wiadomości o racjonalnym odżywianiu przenikają do szerszych warstw ludności. Jak dotąd, dokładna statystyka konsumpcji różnych produktów spożywczych istnieje tylko we Włoszech; d) do zagadnień „nowych“ zaliczyć również należy higienę zawodową, higienę psychiczną, periodyczne badania ludzi zdrowych, wychowanie fizyczne, wypadki w przemyśle, wypadki, spowodowane środkami komunikacji i t. p.

*) Oparte w znacznej części na publikacji Sekcji Higieny Ligi Narodów „*Indices de santé*“, *Bulletin trimestriel*, Tom V

Aby ułatwić orientowanie się w masie materiału, który się w ten sposób gromadzi zarówno w zwykłych sprawozdaniach administracji sanitarnych, jak i w źródłach dodatkowych, należy: 1) nadać im układ logiczny, 2) oddzielić wiadomości najważniejsze od detali, mogących tworzyć przedmiot zainteresowania wyłącznie specjalistów; 3) ogłaszać wszystkie zebrane dane periodycznie w jednym ogólnym raporcie w ten sposób, aby ułatwić ocenę stanu zdrowotnego ludności. Do takiego celu zmierza opracowany schemat wskaźników zdrowia.

Opracowana przez rzeczoznawców Organizacji Higieny lista wskaźników zdrowia podzielona jest na następujące trzy kategorie główne: A) Wskaźniki żywotności i zdrowia. B) Wskaźniki higieny otoczenia. C) Wskaźniki działalności administracji zdrowia publicznego. Pierwsza część zawiera właściwe wskaźniki zdrowia, część druga charakteryzuje warunki, w których rozwija się akcja sanitarna, część zaś trzecia wskazuje, co zostało zrobione dla polepszenia istniejących warunków. Lista nie zawiera oceny działalności administracji sanitarnej, nie operuje „punktami“ oceny, nie ustala, ani jakie zagadnienia winny być uważane za najważniejsze, ani też jakie normy winny być osiągnięte w poszczególnych dziedzinach.

Odpowiedź na wszystkie pytania, zawarte w pełnej liście, wymagałaby ogromnego nakładu pracy, lista zajmuje bowiem 34 stronicę druku. Toteż poza listą pełną zostały jeszcze opracowane dwie listy krótsze: lista pośrednia, zawierająca 100 wskaźników, lista skrócona, zawierająca 60 wskaźników.

Praktycznie biorąc, można mówić właściwie tylko o używaniu stałym dwóch krótszych list. Lista pełna, a właściwie jej części, mają służyć do opracowania zagadnień, stanowiących przedmiot badań specjalnych.

Lista skrócona prawdopodobnie mogłaby być opracowana we wszystkich państwach i stanowić przedmiot niezmiernie ciekawej publikacji międzynarodowej, ukazującej się z roku na rok. Ustalony schemat, podany poniżej, całkiem słusznie nie jest uważany przez autorów za ostateczny; niewątpliwie zastosowanie go w praktyce wykaże konieczność wprowadzenia pewnych zmian.

Powstaje jeszcze pytanie, czy ogłaszanie wskaźników zdrowia w skali międzynarodowej może mieć wartość ze względu na bardzo różny poziom dokładności otrzymywanych danych. Te same wątpliwości nasuwają się jednak i w stosunku do innych danych (n. p. rach naturalny ludności, rozpowszechnienie chorób zakaźnych), które już dziś są ogłaszane. Ponadto nie można

również pomijać wpływu wytwarzającego się w ten sposób czynnika szlachetnej rywalizacji, co pozwala przypuszczać, iż wartość ogłaszanych danych będzie stale wzrastała.

Wskaźniki zdrowia.

(Schemat opracowany przez K. Stoumana i I. Falka).

Lista skrócona.

A. Wskaźniki żywotności i zdrowia.

1. Ludność:
 - a) miasta,
 - b) strefy podmiejskie.
2. Odsetki ludności:
 - a) poniżej 15 lat,
 - b) powyżej 65.
3. Liczba dzieci żywo urodzonych, na 1000 kobiet w wieku od 15—44 lat.
4. Współczynnik umieralności ogólnej.
5. Wczesna umieralność niemowląt (poniżej 1 mies.) na 1000 dzieci żywo urodzonych.
6. Późniejsza umieralność niemowląt (od 1 do 11 mies.) na 1000 dzieci żywo urodzonych.
7. Umieralność matek na 1000 urodzeń w ogóle.
8. Zgony z poronień na 1000 urodzeń w ogóle.
9. Zgony na 100.000 mieszkańców z:
 - a) duru brzuszego,
 - b) gruźlicy (wszystkie postacie),
 - c) grypy, zapalenia oskrzeli i zapalenia płuc.
10. Zgony niemowląt z biegunki na 1000 dzieci żywo urodzonych.
11. Zgony z błonicy na 100.000 mieszkańców poniżej 15 lat.
12. Zgony na 100.000 mieszkańców w wieku 45 lat i wyżej.
 - a) z raka,
 - b) chorób serca (wszystkie postacie).
13. Liczba zgłoszonych przypadków kiły na 10.000.
14. Liczby zgłoszonych nowych przypadków gruźlicy na 100 dotąd zarejestrowanych przypadków.
15. Liczba zgłoszonych dni choroby, pociągających za sobą niezdolność do pracy na 1000 ubezpieczonych (Kasy Chorych).
16. Odsetek uczniów bez braków fizycznych (na podstawie badań stanu zdrowia).
17. Odsetek uczniów niedożywionych lub żywionych niedostatecznie.
18. Liczba dzieci niedorozwiniętych (faibles d'esprit) na 10.000 mieszkańców poniżej 15 lat.
19. Umysłowo chorzy na 10.000 mieszkańców w wieku 15 lat i wyżej.
20. Liczba wypadków w przemyśle na 10.000 ubezpieczonych, pociągających za sobą niezdolność do pracy.
21. Liczba zgonów, spowodowanych wypadkami samochodowymi na 10.000.

B. Wskaźniki dotyczące otoczenia.

22. Przeciętna miesięczna temperatura:
 - a) najwyższa,
 - b) najniższa.
23. Gęstość zaludnienia na km²:
 - a) w mieście,
 - b) w strefie podmiejskiej.

24. Odsetek ludności w wieku powyżej 15 lat pracujący zawodowo.
 - a) mężczyźni,
 - b) kobiety.
 25. Odsetek dzieci w wieku od lat 10 do 15, pracujących zawodowo.
 26. Odsetek osób, pracujących w przemyśle.
 27. Liczba służby na 1000 mieszkańców.
 28. Odsetek analfabetów wśród mieszkańców w wieku powyżej 10 lat.
 29. Odsetek dzieci w wieku szkolnym, uczęszczających do szkół.
 30. Odsetek mieszkańców uczęszczających do szkół w wieku od 15 do 20 lat.
 31. Liczba samochodów na 100 mieszkańców.
 32. Odsetek bezrobotnych (wymienić daty i kategorie bezrobotnych).
 33. Odsetek ludności, zamieszkującej domy jednorodzinne.
 34. Przeciętna liczba izb na mieszkanie.
 35. Odsetek ludności, zamieszkującej lokale, w których przypada powyżej 1 osoby na pokój.
 36. Spożycie mleka na głowę.
 37. Spożycie na głowę:
 - a) piwa i wina,
 - b) alkoholu.
- ##### C. Wskaźniki, dotyczące administracji zdrowia publicznego.

38. Liczba lekarzy na 100.000 mieszkańców.
39. Liczba pielęgniarek na 100.000 mieszkańców.
40. Odsetek zgonów z przyczyn nieznanych lub źle określonych.
41. Liczba próbek zbadanych na każdy zgłoszony przypadek duru brzuszego.
42. Liczba próbek zbadanych na 1 zgłoszony przypadek kiły.
43. Liczba zbadanych próbek mleka na 100 litrów spożycia.
44. Liczba próbek wody badanych regularnie co tydzień.
45. Liczba zgłoszonych przypadków:
 - a) duru brzuszego,
 - b) błonicy,
 - c) płonicy,
 - d) paraliżu dziecięcego.
46. Odsetek ludności w wieku poniżej lat 10, uodpornionych przeciwko błonicy, których odporność została skontrolowana.
47. Liczba przyjęć lekarskich w poradniach na 10.000 mieszkańców.
48. Liczba wizyt chorych na gruźlicę w poradni na każdy zgon z gruźlicy.
49. Liczba kobiet ciężarnych, zapisanych w poradniach dla matek ciężarnych na 100 urodzeń.
50. Odsetek porodów w zakładach położniczych.
51. Liczba wizyt w poradniach dla dzieci na 100 dzieci żywo urodzonych.
52. Liczba wizyt dzieci w poradniach dla dzieci w wieku przedszkolnym na 100 dzieci danego wieku.
53. Odsetek uczniów, którzy zostali poddani całkowitemu badaniu lekarskiemu.
54. Odsetek domów mieszkalnych, połączonych z wodociągiem.
55. Odsetek domów mieszkalnych, przyłączonych do kanalizacji.

56. Odsetek ludności wiejskiej, korzystającej z wody ze studni zakrytych i zabezpieczonych przed wszelkim zakażeniem.
57. Odsetek mleka, przeznaczonego na spożycie.

58. Liczba rocznych inspekcji sanitarnych na każdą restaurację.
59. Liczba inspekcji rocznych w fabrykach.
60. Ogólna liczba łóżek na 10.000 mieszkańców.

Wiadomości bieżące.

— Ukazał się Nr. 1 nowego wydawnictwa lekarskiego p. t. *Acta Balneologica Polonica* — Organ Polskiego Towarzystwa Balneologicznego — wychodzi w Krakowie periodycznie. Redaktorem jest Dr. A. Mester, założycielem Prof. Dr. Tadeusz Tempka. Do liczego grona członków redakcji należą uczeni polscy i zagraniczni. Językiem artykułów będzie bądź język polski (ze streszczeniem w jednym z języków obcych), bądź język francuski, angielski, niemiecki lub włoski. *Acta Balneologica Polonica* mają być rozszerzeniem bardzo pożądanym wychodzących dotychczas Pamiętników Towarzystwa Balneologicznego i Przeglądu Kąpielowo-Zdrojowego, mogących już całkowicie służyć rozwojowi polskiej balneologii, która musi być oparta o podstawy prawdziwie naukowe. Nr. 1, zawierający, oprócz słowa wstępnego Prof. Tempki, długi szereg ciekawych artykułów, wróży nowemu wydawnictwu zasłużone powodzenie, którego mu z całego serca życzymy.

— Dnia 28 kwietnia r. b. odbył się w lokalu Związku Uzdrawisk Polskich (ul. Boduena Nr. 2) Walny Zjazd członków z następującym porządkiem dziennym: 1. Zagajenie 2. Referat Wiceprezesa Z. U. P. Dyrektora St. Wiśniewskiego p. t. Charakter i zakres propagandy Uzdrawisk Polskich, 3. Odczytanie protokołu ubiegłorocznego Walnego Zjazdu, 4. Sprawozdanie z działalności Zarządu Z. U. P., 5. Sprawozdanie z działalności Komisji Rewizyjnej Z. U. P., 6. Wnioski Zarządu a) w sprawie ustalenia wysokości składek członkowskich na r. 1937/38 i inne wnioski, zgłoszone przez Członków na przedzjazdowe posiedzenie Zarządu, 7. Uchwalenie preliminarza budżetowego na r. 1937/38, 8. Wolne wnioski. Wiceprezes Wiśniewski w referacie swoim zwrócił uwagę na fakt, że słabą dotychczas frekwencję w uzdrowiskach przypisać należy brakowi w nich szerokich sfer społeczeństwa ludności wiejskiej i rzemieślniczej, którym należy udostępnić pobyt w uzdrowiskach.

— II Kurs dokształcający z zakresu położnictwa i ginekologii. Sekcja Społeczna Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego, chcąc przyjąć z pomocą w uzupełnieniu wiadomości z zakresu położnictwa i ginekologii licznym kolegom, zwłaszcza pracującym lub mającym zamiar pracować na prowincji, organizuje kurs z zakresu praktycznego położnictwa i ginekologii. Początek kursu 4-go października r. b. Koniec kursu 27-go listopada r. b. Liczba słuchaczy ograniczona. Teoretyczne wykłady w ilości 42 godzin, seminarium z położnictwa i ginekologii, ćwiczenia w operacjach położniczych na fontomach, grupami — odbędą się w Szpitalach i Zakładach Położniczych Miejskich pod kierunkiem ordynatorów i asystentów. W czasie kursu uczestnicy podzieleni na grupy pracować będą w zakładach położniczych, oddziałach ginekologicznych i ambulatoriach, przy czym przewidziane są dla nich dobowe dyżury w zakładach położniczych dla możliwie największego wyzyskania bieżącego materiału. Opłata za cały kurs — 150 złotych. Koszt internatu (nieobowiązkowego) wraz z utrzymaniem wyniesie miesięcznie około 100 zł. Colloquium nie będzie. Słuchacze po zakończeniu kursu otrzymają odpowiednie zaświadczenia. Zgłaszający się otrzymają szczegółowy program wykładów i zajęć. Zgłoszenia z nadmienieniem, czy kandydat reflektuje na internat, należy nadsyłać pod adresem: Warszawa, Marszałkowska 42 m. 3 Dr. med. P. Mężyński — do dnia 1.VIII r. b. Kierownictwo kursu wystąpiło do Dep. St. Zdr. M. O. Sp. o przyznanie subsydium, które w razie uzyskania przeznaczy na stypendia dla niezamożnych uczestników kursu. W tej sprawie będą ogłoszone w prasie lekarskiej specjalne komunikaty. Prezes Warsz. Tow. Ginek. — Doc. Dr. med. Henryk Gromadz-

ki. Przewodniczący Sekcji Społ. W. T. G. — Doc. Dr. med. Tadeusz Zawodziński. Sekretarz S. S. W. T. G. — Dr. med. Piotr Mężyński.

— XVI sesja „Brukselskich Dni Lekarskich“ (*Journées Médicales de Bruxelles*) odbędzie się w czasie od 19 do 23 czerwca r. b. pod patronatem Królowej Elżbiety oraz Króla i pod przewodnictwem Prof. Alberta P. Dustin, rektora Uniwersytetu i członka Królewskiej Akademii Medycyny. Na posiedzeniu uroczystym pod przewodnictwem pana Ministra Zdrowia Publicznego, wykład inauguracyjny wygłosi Dr. Georges Duhamel, członek Akademii Francuskiej. Pomiędzy wykładowcami znajdują się znakomici uczeni angielscy, francuscy, rumuńscy, włoscy, szwajcarscy, belgijscy, szwedzcy i holenderscy. Program uroczystości i rozrywek znajduje się w opracowaniu. Wpisowe wynosi 100 fr. belgijskich (50 fr. dla dam). Bliższych informacji udziela Dr. R. Beckers, sekretarz generalny, Bruxelles, rue Belliard 141.

— Międzynarodowy Kongres Lekarski w Vichy. Wyłączny temat: nieznana czynnościowa wątroby. Międzynarodowy Kongres Lekarski poświęcony nieznanej czynnościowej wątroby odbędzie się w Vichy w dniach od 16 do 18 września 1937 r. pod protektoratem Pana Ministra Zdrowia Publicznego i pod przewodnictwem Prof. Dr. Maurice Loepera, członka Académie de Médecine. Udział w kongresie zgłosili przedstawiciele 50 krajów. Przewodnictwo honorowe objęli następujący profesorowie: G. von Bergmann (Berlin), P. Carnot (Paryż), Mariano R. Castex (Buenos Aires), A. Dustin (Bruksela), Sir W. Langdon Brown (Londyn), G. Maranon (Madryd), E. Marchoux (Paryż), W. Orłowski (Warszawa), N. Pende (Rzym), G. H. Whipple (New-York). Wszyscy lekarze francuscy i obcy przyjmowani są w charakterze członków rzeczywistych kongresu. Wpisowe członkowskie wynosi Fr. 50 i uprawnia jednocześnie do otrzymania sprawozdań kongresu. Członkom rzeczywistym towarzyszyć może dwóch członków rodziny (żona i dzieci). Wpisowe dla tych ostatnich oraz dla lekarzy miejscowych szpitali i studentów medycyny francuskich i obcych wynosi Fr. 25. Zapisy na kongres przyjmowane będą w granicach rozporządzalnych miejsc w hotelach do dn. 31 lipca b. r. Uczestnicy uzyskają na czas trwania kongresu bezpłatne mieszkanie i zwolnieni będą od wszelkich taks; opłacać będą jedynie posiłki i napoje w swym hotelu ze zniżką 25% cen normalnych, z dopłatą 15% na napitki. Uczestnicy zagraniczni kongresu oraz towarzysząca im rodzina (żona i małoletnie dzieci) korzystać będą na liniach kolejowych francuskich z ulgi indywidualnej przyznawanej cudzoziemcom z okazji Wystawy Międzynarodowej w Paryżu. Wynosi ona przy wykupieniu legitymacji obowiązującej do pięciodniowego pobytu w Paryżu (wliczając dzień przyjazdu i wyjazdu) — 50% kosztu biletu i ważna jest w ciągu 2 miesięcy. Uprawnia ona do wyboru dowolnej trasy i do zatrzymania się w czasie podróży. Uczestnicy kongresu, którzy nie chcieliby zatrzymać się w Paryżu, korzystają jedynie z ulgi „kongresowej“ 40%. Kolejne polskie udzielają uczestnikom kongresu w Vichy — Polakom lub obcym przejeżdżającym tranzytem przez Polskę — 33% ulgi na liniach P. K. P. z zastrzeżeniem wyjazdu między 10 i 15 września i powrotu między 30 września a 1 października włącznie. Wszystkie biura podróży udzielają uczestnikom kongresu dokładnych informacji co do ulg i kierunku jazdy. Dla osób towarzyszących przewidziane są w czasie trwania kongresu urozmaicenia urządzone przez Komitet Pań. Wszelkich informacji udziela oraz przyjmuje zgłoszenia i wpi-

sowe Sekretarz Generalny Międzynarodowego Kongresu w Wicy: Dr. J. Aimard, Paryż, (IX)-24. Bd. des Capucines. Przypominamy, iż kongres ten poprzedzony zostanie Drugim Kongresem Międzynarodowym, poświęconym chorobom żołądkowo-jelitowym, który odbędzie się w Paryżu od 13 do 15 września 1937 r. pod przewodnictwem Prof. Dr. Pierre Duval.

— W Berlinie powstać ma wkrótce Dom Lekarza. Nasz świat lekarski dotychczas słabo reaguje na wezwanie Zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, wystosowane do wszystkich Izb Lekarskich w sprawie wybudowania takiego Domu w Warszawie, który według projektu powstać mógłby wkrótce z 50 groszowych składek miesięcznych: 12.000 lekarzy polskich może w ten sposób dawać rocznie 72.000 złotych!

ZMARLI.

Feliks Baumritter, internista — w Warszawie.

Tadeusz Wąsowski, Prof. oto-rynolaryngologii i dyrektor kliniki chorób gardła, nosa i uszów Uniwersytetu Stefana Batorego — w Wilnie.

SPROSTOWANIE.

W Nr. 15 „Warsz. Czas. Lek.” na str. 290, w szpalcie prawej, wierszu 30 od góry zamiast „schizofrenii”, powinno być „schizoidii”; w wierszu 31 po wyrazie „psychopatią” powinno być „schizoidalną”.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

4.V. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Stańczyk A. Przypadek tętniaka tętnicy bezmiennej. 2. Zembrzuski L. Medycyna i lekarz w twórczości

Mikołaja Reja i Jana Kochanowskiego. 3. Krasuski A. Historia odmy leczniczej (pneumothorax) z uwzględnieniem stosunków polskich.

5.V. Polskie Tow. Psychiatryczne.

1. A. Ingster i A. Manasson — Przypadek zaburzeń psychicznych w przebiegu niedocukrzenia napadowego. 2. W. Matecki — Nerwicopodobne postaci schizofrenii jako zagadnienie rozpoznawcze i lecznicze (Odczyt).

10.V. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

1. M. Landsberg, H. Szpidbaum i J. Dworecki. Badania nad wpływem kory nadnercza na przemianę białkową. 2. A. Galewski. Niedomoga wątroby ze stanowiska biochemicznego.

20.V. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne.

J. Węgrzynowska. Zatrudnienie lekarzy a sprawa organizacji pomocy lekarskiej na wsi.

COLLOQUIUM TERMINOLOGICUM.

X.

Odruch skokowy czy stopowy?

Uderzając ścięgno Achillesa, wywołujemy skurcz odruchowy mięśni łydki, opuszczający stopę, stąd też odruch ten otrzymał ogólnie przyjętą nazwę stopowego. Nazwa tego odruchu „skokowy”, aczkolwiek anatomicznie uzasadniona, jako mogąca wywołać nieporozumienie, jest zbędna.

Stanisław Justman (Łódź).

Résumé des articles originaux.

N. WOŁKOWYSKI. Sur les lésions de l'oesophage causées par les essais d'extraction des corps étrangers „à l'aveuglette”.

Malgré la grande utilisation de l'oesophagoscopie on procède même maintenant à l'extraction des corps étrangers de l'oesophage „à l'aveuglette”. On emploie cette méthode même en présence des corps étrangers tranchants et munis d'aspérités. Dans ce but on se sert des instruments spéciaux. L'utilisation de la méthode „à l'aveuglette” trouve des adhérents non seulement pour le refoulement ou l'extraction d'un corps étranger, mais aussi dans le but diagnostique pour la constatation de sa présence, ce qui ne préserve pas le malade contre les désagréments de l'oesophagoscopie qui seule est capable de confirmer la présence, ou l'absence d'un corps étranger dans l'oesophage. Le seul fait d'incarcération d'un corps étranger dans l'oesophage prouve une certaine disproportion entre cet organe et le corps étranger. La propulsion d'un corps étranger dans ces cas ne peut pas donner un effet désiré. Le corps étranger lui-même passant par l'oesophage laisse de certaines lésions, cela va sans dire, que tous les essais de refoulement à l'aveuglette aggravent uniquement le traumatisme et déterminent même des lésions plus profondes. Dans les meilleurs cas les conséquences d'une telle propulsion se bornent à l'enclavement d'un corps étranger et rendent difficile si non impossible son extraction ultérieure par voie d'endoscopie.

N. ZAND. De la séméiologie des olives bulbaires.

Les expériences sur les animaux permettent d'affirmer, que les olives bulbaires constituent le centre gouvernant les

muscles extenseurs. Ces données semblent se retrouver sur le terrain clinique: les „cerebellar fits”, si fréquents au cours des tumeurs dans la fosse cérébrale postérieure et dans le IV-me ventricule peuvent être considérés comme les accès d'irritation des olives bulbaires soit par la tumeur, soit par le liquide céphalo-rachidien. Le déficit des olives bulbaires semble se manifester par la perte de capacité de tenir le corps verticalement.

St. WILNER et S. ZAKRZEWSKI. Sur l'immunisation contre le cancer expérimental par les vaccinations intracutanées.

Les auteurs ont effectué des recherches sur l'immunisation des souris contre le sarcome d'Ehrlich sous l'influence des inoculations intracutanées de petites quantités de tissu sarcomateux. Malgré une technique précise, ainsi que des quantités minimales de tissu néoplasique (doses 80 fois moindres que celles utilisées par Besredka et Gross), la régression des néoplasmes en croissance intracutanée n'était obtenue dans aucun cas au moyen de cette technique d'inoculation, aussi n'a-t-on pas réussi à produire l'immunisation contre le néoplasme chez les animaux. Les auteurs expliquent, que la régression des néoplasmes intracutanés dans les expériences, effectuées sur le sarcome d'Ehrlich par Besredka et Gross, Flaks, ainsi que par Bassemens et Asaert se produit sous l'influence de l'infection du tissu néoplasique.

S. ADAMOWICZ. Indices de Santé.

L'article présente une analyse du travail de K. Stouman et I. Falk sur les rapports des indices de santé avec le milieu et l'état sanitaire.

TREŚĆ: W. KNAPPE. Dr. med Justyna Budzińska-Tylicka (Wspomnienie w pierwszą rocznicę śmierci). — N. WOŁKOWYSKI. O uszkodzeniach przełyku przy próbach usunięcia ciał obcych „na ślepo”. — N. ZANDOWA. Z semiotyki schorzeń oliwek opuszkowych. — St. WILNER i Z. ZAKRZEWSKI. W sprawie uodporniań przeciw przeszczepialnym nowotworom za pomocą szczepień doskórnych (Dok.) — M. PŁONSKI. O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi (Str. pogl.) — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — St. ADAMOWICZOWA. Wskaźniki zdrowia ludności. (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: W KNAPPE. Feu Dr Justine Budzińska-Tylicka. — N. WOŁKOWYSKI. Sur les lésions de l'oesophage causées par les essais d'extraction de corps étrangers „à l'aveuglette”. — N. ZAND. De la séméiologie des olives bulbaires. — St. WILNER et S. ZAKRZEWSKI. Sur l'immunisation contre le cancer expérimental par les vaccinations intracutanées. (fin). — M. PŁONSKI. Recherches modernes sur les néoplasmes malins (Rev. gén.) — St. ADAMOWICZ. Les indices de santé. (fin).