

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, 13 MAJA 1937 R.

Nr. 18

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Radioterapia układu nerwowego autonomicznego. Rola czynnika humoralnego. ¹⁾

Podał

B. GRYNKRAUT (Warszawa).

I. Radioterapia układu nerwowego autonomicznego (r. u. n. a.) ma za zadanie utrzymanie prawidłowej czynności narządów, ażeby kolejność stanów skurczowych i rozkurczowych nie była zakłócona przez wzmożone napięcie nerwu błędnego, układu sympatycznego lub też wydzielania gruczołów dokrewnych. Radioterapia u. n. a. jest więc pomyślana jako środek leczniczy o zakresie działania czysto funkcjonalnym. Czy radioterapia może być funkcjonalna? Radioterapia klasyczna temu zaprzecza i uznaje tylko radioterapię o działaniu destrukcyjnym. Różne są jednak dane, które przemawiają za tym, że radioterapia funkcjonalna istnieje. Wyłożyłem je w mojej teorii aktywności, z której wynika, że destrukcyjne działanie promieni jest dopiero wtórne: pierwotnie promienie R. działają pobudzająco i na rytm mitogenetyczny i na substancje osocza krwi, z których wiele aktywuje. W ten sposób radioterapia jest przy odpowiednio małych dawkach pierwotnie funkcjonalna, przy dawkach silniejszych zaś przyspieszony rytm dzielenia jądrowego daje twory coraz mniej doskonałe, które w końcu też giną, dając efekt destrukcyjny (2) Zresztą, r. u. a. z konieczności musi być tylko funkcjonalna, gdyż tkanka nerwowa należy do gatunku mało światłoczułych czyli radioodpornych.

Gouin i Bienvenu (Brest), (3) którzy pierwsi ujęli systematycznie r. u. n. a. wskazali na jedną z jej cech, mianowicie, że efekt naświetlania jest znacznie oddalony od miejsca naświetlania. Bodziec, który w ten sposób powstaje, przebiega albo wzdłuż dróg nerwowych, albo też drogą humoralną i wywołuje odpowiednie przestrojenie drogą odruchową. Różniają więc miejsca naświetlań jako centralne (kręgosłupowe lub też aksjalne i przykręgosłupowe czyli parawertebralne) i inne, odpowiadające splatom okołonaczyniowym, jako obwodowe.

¹⁾ Według referatu programowego dorocznego Zjazdu Radiologów z roku 1934 i wg. odczytów w Soc. de Radiologie Médicale de France z r. 1935 w Paryżu i w Zrzeszeniu Lekarzy Rz. w 1937 r.

II. Jedynie więc w zaburzeniach czynnościowych r. u. n. a. może znaleźć usprawiedliwione zastosowanie. Trzeba jednak pamiętać, że zaburzenia czynnościowe często się komplikują zaburzeniami organicznymi i na odwrót, zaburzenia czynnościowe mogą towarzyszyć schorzeniom organicznym: naturalnie w obydwóch tych przypadkach zasięg radioterapii jest znacznie zwężony. Podamy teraz wyniki kliniczne naświetlań metodą funkcjonalną.

a. Nadciśnienie tętnicze. Opisana została w 1912 roku metoda naświetlań przez Zimmer i Cottenot (4) okolicy nadnerczy, mająca zastąpić operację Oppela. Technika: lokalizator o średnicy 10 cm. skierowany ukośnie na 12 żebro i nachylony dośrodkowo. Dawka jednorazowa 170 r. przy 130 kv., filtr = 5 mm. Al. Dawka łączna 680 r. Cztery naświetlania, dwa razy tygodniowo po jednym naświetlaniu, po kolei z prawej i z lewej strony kręgosłupa, po czym przerwa trzytygodniowa. Trzy serie wystarczają. Przeciwwskazaniem są schorzenia nerkowe, skleroza ogólna naczyń, guzy nadnercza, solanomy.

W pewnym przypadku stałego nadciśnienia u człowieka 42 letniego, który z powodu bólów i zawrotów głowy, jako urzędnik państwowy miał się już podać do dymisji, gdyż zwykłe leczenie pozostawało bez widocznego skutku, cztery naświetlania, wykonane według wyżej opisanej metody, chociaż nie wiele obniżyły ciśnienie (z 300 mm. na 200 mm.), to jednak subiektywnie chory czuje się dotychczas zupełnie dobrze i o dymisji więcej nie myśli. Mógłbym to samo powiedzieć o pewnej kobiecie w okresie przekwitania z nadciśnieniem, u której zauważyłem znaczne polepszenie samopoczucia po jednej serii naświetlań, ale również i spadek ciśnienia.

Badania histologiczne nad nadnerczami, naświetlanymi nawet i wielokrotnie, nie wykazały żadnych zmian. Dzięki więc błędnej koncepcji nowy sposób leczenia został stwierdzony. Gouin i Bienvenu nazywają te pola przykręgosłupowe D- 12 do L- 2, które wraz z L- 4 stanowią pole trzewiowe główne.

b. Choroba Basedowa. Ta sama technika, stosowana przez mego mistrza prof. Zimmera z Paryża (5) w leczeniu choroby Basedowa, dała jemu, jak również i mnie osobiście cały szereg wybitnych popraw, które by można było nazwać wyleczeniami. Leczeniem tym zwalcza się również i wytrzeszcz. W większości przypadków naświetlanie tarczycy staje się zbędne. Wyniki te dowodzą, jak znaczną

rolę należy przypisywać czynnikowi humoralnemu i nerwowemu układu autonomicznego w leczeniu radiologicznym choroby Basedowa. Wobec wybitnych wyników, jakie rentgenolodzy otrzymywali dotychczas w leczeniu tej choroby przez naświetlanie gruczołu tarczowego, należało by się zastanowić nad mechanizmem tego rodzaju naświetlania. Otóż badania anatomiczno-patologiczne Marinea, Harringtona i Selcera (6) nie wykazały w chorobie Basedowa zmian swoistych w utkaniu tarczycy, a tylko spowodowane przez czynniki, stojące poza tarczycą, przez hipertyreozę, a więc czynniki humoralne. A z drugiej strony Rieder, Crille i Kocher wykazali, że dawki terapeutyczne prom. Roentgena nie są w stanie wywołać zmian morfologicznych komórek pęcherzyków tarczycy, najwyższej przerost tkanki łącznej lub też sklerozę naczyń. Wynika z tych danych, że technika dotychczasowa naświetlań rentgenowskich tarczycy musi wyciągnąć z tego odpowiednie wnioski, a mianowicie, wobec tego, że jest rzeczą bezcelową naświetlać miąższ gruczołu tarczowego, należy naświetlając pola boczne szyjne objąć lokalizatorem pnie naczyniowe szyi, by wraz z nimi naświetlić sploty nerwowe okołonaczyniowe. To samo rozumowanie dotyczy i trzeciego pola, które klasycznie odpowiada grasicy, a w rzeczywistości lokalizator musi odpowiadać projekcji aorty na mostek, i naświetla się sploty naczyniowe okołoaortalne. Taka jest moja obecna technika. W jednym, bardziej uporczywym przypadku naświetlałem z powodzeniem przysadkę mózgową, której nadczynność może również wywołać hipertyreoidyzm.

Gouin i Bienvenu zwracają uwagę na właściwości lecznicze naświetlań pól okolic przykręgowych na wysokości 8-ej grzbietowej w przypadkach choroby Basedowa.

c. Zgorzel kończyn. Technika naświetlań w zgorzeli kończyn wywodzi się z poprzedniej. Według Tunick i Philipsa, naświetla się 1 raz tygodniowo okolicę kręgową pomiędzy D-10 a L-2 z tyłu, a z przodu symetrycznie okolicę *epigastrium*, to dla kończyn dolnych, a dla kończyn górnych z tyłu kręgi szyjne, poczynawszy od C-2, i pierwsze dwa grzbietowe, a z przodu symetrycznie do poprzedniego. Dawka jednorazowa jest dosyć znaczna i wynosi do 300 r. przy 0,25 mm. Zn filtru, 40 cm. odległości, 100 kv. do 180 kv. i 5 mA. Seria składa się z 6-iu naświetlań, po czym następuje przerwa jednomiesięczna. Wyniki, otrzymane przez tych autorów, po kilku seriach naświetlań, były wprost zdumiewające (7): na 50 przypadków leczonych otrzymali 48 wyleczeń. Zimmermann ogłosił 12 przypadków, leczonych według jego własnej techniki, wyżej opisaną, z bardzo dobrym wynikiem w gangrenach suchych u osobników starszych, młodocianych (choroba Bürgera—*thrombo-angiitis obliterans*) i u diabetyków. (8). Liczba serii naświetlań przekracza liczbę sześciu, jest to warunek osiągnięcia pewnych wyników. Niestety, w Warszawie zaufanie do tej metody nie jest jeszcze zupełne, i trudno przekonać pacjenta, ażeby tak długo czekał na wynik. Toteż moje własne wyniki w najlepszym razie nie przekraczały ocieplenia się kończyny, i pacjent znikał. Natomiast Delherm ogłosił statystykę dotyczącą 34 przypadków leczonych, w czym na 7 młodocianych miał 4 wyleczonych, na 20 starszych 5 wyleczeń i 6 polepszeń, na 7 diabetyków 3 wyleczonych i 2 z poprawą. Technika Delherma przewiduje jeszcze naświetlanie pól obwodowych, a mianowicie w pachwinie w trójkącie Scarpy i powierzchni tylnej kolana dla kończyny dolnej, w oko-

licy pachowej dla kończyny górnej. Dodaje jeszcze naświetlania okolicy podbrzusza tętnicy podbrzuszej (9) Statystyka Langeron i Desplat wynosi 40 przypadków z podobnymi wynikami (10). Przebieg leczenia jest następujący: powłoki tracą siny odcień, stają się różowe. Ciężota ciała stale się podnosi. Martwica się lepiej odgranicza od zdrowego ciała. Owrzodzenie ma tendencję do zagojenia się, co zwykle musi trwać do kilku miesięcy.

Ażeby zrozumieć mechanizm działania promieni R. w zgorzeli kończyn, należy sobie uprzytomnić, że mamy tu do czynienia z chorobą organiczną, zaczepowane naczynie, na które promienie R. nie mają najmniejszego wpływu, i ze schorzeniem czysto czynnościowym, kurcz mniejszych naczyń odruchowy. Jak to wyjaśnił Leriche, punktem wyjścia tego odruchu jest zaczepowane naczynie. Rozkurcz tych naczyń, jakie wywołuje naświetlanie u. n. a., co znakomicie sprzyja odżywianiu kończyn, jest następstwem jedynie tego leczenia. Wskazaniem do zabiegu jest nieustępujący ból.

d. Choroba Raynaud. Technika podobna do poprzedniej. Delherm dodaje w okresie odpoczynkowym 15 diatermii. Wyniki, ogłoszone przez Langeron i Desplats, obejmują 41 przypadków, w czym 29 polepszeń i wyleczeń. W jednym przypadku akroparestezji u 42 letniego adwokata otrzymałem wynik stały po kilku seriach naświetlań przykręgowych.

e) Dusznica bolesna. Radioterapia przykręgowa i mostka występuje w tej chorobie jako *analgeticum* i środek przeciwkurczowy. Przeciwwskazana jest u ludzi w podeszłym wieku, z niedomogą mięśnia sercowego i w schorzeniach organicznych naczyń wieńcowych. Statystyka Nemours - Augusta (11) obejmuje 51 przypadków, z czego wyleczenie nastąpiło w 31 przypadkach. Gouin i Bienvenu naświetlają aksjalnie kręgi szyjne.

f) Świąd. Wyniki naświetlań świądu umiejscowionego (*pruritus ani, pruritus vulvae*) są doskonałe, i przez naświetlanie co 4 lub 5 dni po 100 r. trzy lub cztery razy otrzymujemy wyniki dodatnie w znakomitej większości przypadków. Prócz naświetlań *in loco dolenti*, usprawiedliwione przez wywołanie w ten sposób stałego i długotrwałego rozszerzenia naczyń włosowatych skóry (Schogt), (12) istnieje również naświetlanie przykręgowe na wysokości L-4, które czasami już po jednym razie daje wyleczenie świądu. W świądzie ogólnym, poza leczeniem przyczynowym (wątrobę, cukrzycę, intoksykację), otrzymałem dobre wyniki przez naświetlanie przysadki mózgowej według Boraka.

g. Rwa kulszowa. Już w 1911 r. Babiniski i Delherm (13) opisali metodę leczenia tego schorzenia naświetlaniem przykręgowym okolicy lędźwiowej i części obwodowych nerwu. Jest to obecnie ogólnie przyjęta metoda leczenia rwy kulszowej. Również dobre wyniki otrzymujemy przy pomocy naświetlań nerwów szyjnych, nerwu trójdzielnego. Leriche objaśnia te wyniki działaniem prom. R. na gałązki współczulne, co wywołuje rozkurcz naczyń krwionośnych, znajdujących się w samym nerwie. Kremser (14) na 44 przypadki „crises gastriques“, „douleurs fulgurantes“ w wiażdżeniu otrzymał 24 polepszenia i 9 wyleczeń (naturalnie, nie wiażdżu).

h. Choroby skórne. Gouin i Bienvenu, naświetlając aksjalnie czwartą grzbietową jedno-

razowo pełną dawką przez $\frac{1}{2}$ mm. glinu lub też bez filtru, wyleczyli elementy skórne liszaju czerwonego płaskiego. Lokalizator obejmował pole o średnicy 8 cm. Dodatkowo naświetlali D-10. Wykwity skórne starsze naświetlali promieniami filtrowanymi na filtrze 1 mm. do 1 mm. A. dawka jednorazową 3H., którą, w razie potrzeby, powtarzali po miesiącu. Przebieg naświetlania jest następujący: w pierwszych godzinach światła się wzmacnia, po czym ustaje, i następuje zanik elementów skórnych, co trwa do 4 tygodni. Obserwacje te były punktem wyjścia dla tych autorów do ich koncepcji „radiothérapie sympathique”, którą rozszerzyłem jako radioterapię u. n. a., opierając się na tym fakcie, że promienie R. wyrównują napięcie zarówno nerwu błędnego, jak i układu współczulnego.

i. Działanie ogólne. Można wywołać leukocytozę przez naświetlanie aksjalne lub też leukopenię przez naświetlanie regionalne. Naświetlanie przytarczyczek wywołało zwapnienie kostne w przypadku, opisanym przez Biedla choroby Recklihausa, w niektórych stanach kości osteoporotyczne, niezmniejszających się złamań, przewlekłych stanów zapalnych stawu biodrowego. Chaurmet opisał te same wyniki przez działanie *in loco dolenti* (15). Osobiście ogłosiłem kilka takich przypadków. Naświetlanie nadnerczy obniża według Langerona i Desplatsa poziom cukru we krwi.

j. Dychawica oskrzelowa. Pierwszy Schilling (16) w 1906 roku zauważył działanie dodatnie promieni R. na dychawicę oskrzelową. Naświetla się klatkę piersiową z przodu i z tyłu, przykręgowo, po 200 r. jednorazowo, co 2 dni. W tych warunkach Pasteur Valéry-Radot (17) otrzymał na 200 chorych 25% wyleczeń, 40% polepszeń, a w 35% wyników nie miał. Znowu muszę podkreślić ten fakt, że wyniki nie są natychmiastowe, nawet widywałem pogorszenia, i dopiero po 2 lub trzech seriach, każda po 6 naświetlań, otrzymuje się wyniki zadawalające. W niektórych przypadkach naświetlanie śledziony, trzustki lub też tarczycy dawało wyniki lecznicze dodatnie. Gouin i Bienvenu naświetlają pole szyjne.

k. Dysmenorrhoea. Należy naświetlać między 12 a 7 dniem przed miesiączkowaniem pole trzewiowe główne L-4 i L-2. Speder zastosował tę metodę naświetlań w przypadkach wymiotów kobiet ciężarnych. Osobiście naświetlałem tym sposobem *enuresis nocturna*.

l. Przewód pokarmowy. Zdaje się, że Lenkow i zawdzięczamy (18) pierwszą publikację, dotyczącą wyleczenia promieniami R. wrzodu żołądka. Jednak największą statystykę owrzodzeń żołądka, XII-y i jelita czczego ogłosił ostatnio prof. Neménow (19) z Instytutu radiologicznego w Leningradzie. Obejmuje okres czasu 15-oletni od 1921 do 1936 roku i odpowiada 701 przypadkom, leczonym w tym Instytucie. Za ostatnie 2 lata 336 przypadków naświetlano z powodu:

<i>Ulcus curvaturae minor</i>	41	przyp.
<i>Ulcus pylori</i>	41	„
<i>Ulcus duodeni</i>	133	„
<i>Ulcus duodeni</i> + <i>ULC. curvat. min.</i>	7	„
<i>Ulcus duodeni</i> + <i>periduodenit</i>	25	„
<i>Ulcus pepticum post. G.—E.</i>	25	„

U wszystkich tych chorych przeprowadzono badania neurologiczne, które wykazały ciężkie zaburzenia w równowadze układu autonomicznego. Głównym zadaniem naświetlania rentgenowskiego jest w tych przypadkach wpłynąć, przez naświetlanie u. n. a., na czyn-

ność przewodu pokarmowego, znajdującego się pod wpływem hiperwagotonii. Neménow naświetla nasamprzód miejscowo pole brzuszne wymiarów 10 cm. na 15 cm., które koniecznie musi obejmować zwój nerwowy współczulny (*ggl. coeliac.*), a po 4—6 dniach symetrycznie takie same pole grzbietowe. Dawka jednorazowa wynosi 225 r. Powtarza się 2 naświetlania na pole. Po czym naświetla się pola przykręgowe grzbietowe od D-5 do D-12. Pole wymiarów 8 cm. na 15 cm. Dawka 225 r. dwa razy na jedno pole z przerwą 4—6 dniową. W razie zatwardzenia Neménow radzi naświetlanie kręgów lędźwiowych i jedno pole ogonowych, 2 do 4 naświetlań na pole po $\frac{1}{3}$ HED. Leczenie takie trwa 1 miesiąc. Zwykle ten system leczenia wystarcza, ażeby wyleczyć owrzodzenie w 25% przypadków, w 10% żądnych wyników nie daje. W 65% przypadków chore, hipertoniczne, wymaga jeszcze dodatkowego leczenia atropiną, po czym może być uważany za wyleczonego. Jak widzimy, radioterapia musi być czasami uzupełniona, ażeby otrzymać trwałe wyniki. Osobiście nie danem mi było, jako rentgenologowi, przeprowadzić całkowitego kursu leczenia, a z fragmentarycznych obserwacji, mogłem skonstatować tylko polepszenie.

III. Zastanówmy się teraz nad mechanizmem tej radioterapii u. n. a. Jak wynika z licznych przykładów, wyżej podanych, zasadniczo wpływ radioterapii polega na przywróceniu normalnego napięcia zarówno w obrębie nerwu błędnego, jak również i układu sympatycznego. Słusznie więc należy nazywać r. u. n. a., a nie „radiothérapie sympathique” według Gouin i Bienvenu. Autorzy ci przyjmują jako rzecz dowiedzioną, że radioterapia naśladuje chirurgię, działając bezpośrednio na nerwy. Pod tym względem powołuję się na doświadczenia mego Mistrza (20) Zimmerna i Chailley-Bert, którzy naświetlali obnażone nerwy błędne lub też zwój sympatyczny, kontrolując wyniki odruchem oczno-sercowym. Po tych naświetlaniach następowało zwykłe zmniejszenie napięcia układu sympatycznego albo też nerwu błędnego. Piszę „zwykle” gdyż czasami można było zauważyć i naodwrot, wzmożenie tego napięcia. Jednak doświadczenia von Schmitza i Schaefera (21) z r. 1933, wykonane na nerwie, znajdującym się poza organizmem, nie potwierdziły tego mniemania o możliwości zadziałania promieni R. na nerw, nawet przy dawkach jednorazowych, wynoszących 5.000 r., lub, jak to wynika z doświadczeń Audiat, (22), przy dawce 20000 r.: w tych doświadczeniach amplituda i kształt fali elektrycznej negatywnej nerwu badanego pozostawała bez zmian. Jakie jest źródło tej sprzeczności? Jest ona tylko pozorna, różniąc się tym, że w doświadczeniach Zimmerna nerw znajduje się w organizmie i wraz z osoczem podlega naświetlaniu, gdy w doświadczeniach Schmitza i Schaefera nerw znajduje się poza swymi koneksjami naturalnymi, co, jak wiadomo, zmniejsza wrażliwość tkanek i komórek pojedynczych na promienie R. Uwidocznia to znaczenie czynnika humoralnego w radioterapii u. n. a., co już nieraz podkreślałem również w radioterapii nowotworów.

W 1935 roku, na posiedzeniu listopadowym Tow. Radiol. Francji w Paryżu, przedstawiłem teorię humoralną r. u. n. a. (23). W życiu organizmu obserwujemy cały szereg stanów równowagi, do których należy również równowaga kwasowo-zasadowa. Pod wpływem naświetlania promieniami R. surowica ulega zakwaszeniu i pH się obniża przez większą koncentrację jonów wodorowych. Organizm broni się przeciwko tym zmianom przez wzmożoną wentylację oddechową, spowodowaną

podrażnieniem ośrodka oddechowego przez kumulację CO_2 we krwi. Wynikiem tego jest kwasica kompensowana i powrót do stanu pierwotnego, albo też modyfikacja pH, mianowicie: zakwaszenie, które przez kompensatę zbyt daleko posuniętą daje alkalozę mniej lub więcej trwałą. Wynikiem naświetlania promieniami R. jest więc: 1-o zakwaszenie, 2-o alkalizacja (tylko w żywym organizmie) i 3-o *status quo ante*. Wiemy, jakie znaczenie ma adrenalina, znajdująca się we krwi, na układ współczulny, który pod jej wpływem staje się nadwrażliwy. Jeżeli więc przez naświetlanie promieniami R. uda się osiągnąć alkalozę, w której adrenalina ulega szybkiemu utlenieniu i zniszczeniu, jeden z głównych bodźców układu ortosympatycznego będzie usunięty, i w ten prosty sposób dają się objaśnić niektóre sukcesy terapeutyczne, któreśmy już opisali. Gdyby atoli wynik był inny, i pierwotna kwasica miała się jednak wzmóc, adrenalina we krwi się utrzyma, jak również i hipertonia układu sympatycznego, wynik naświetlania będzie wybitnie ujemny.

Na tym prostym przykładzie łatwo zdać sobie sprawę, jakie ma znaczenie oddziaływanie promieni Roentgena na równowagę rozmaitych hormonów we krwi, które wytwarzają odruchy pochodzenia humoralnego. Gdyż obok adrenaliny, która jest hormonem sympatykomimetycznym, istnieje histamina, produkt dezintegracji drobin białkowej, która jest hormonem sympatikolitycznym, rozszerza naczynia i przeciwstawia się adrenalinie. Istnieje również hormon wagomimetyczny, na przykład acetylcholina. Badania nad warunkami, w których się wytwarzają lub też niszczą się rozmaite hormony, działające na nerwy cholinergiczne lub też

adrenalinergiczne, są, z punktu widzenia rentgenologicznego, jeszcze w zarodku. Wyniki tych badań otworzą przed farmakopeą rentgenologiczną cały świat nowych możliwości.

PIŚMIENNICTWO.

(2) Grynkrout. Nowotwory. T. IV Nr. 3. 1929. — Archives d'Electricité Médic. Nr. 555, 1930. — C. R. III. Congrès International de Radiol. 1931. — Warsz. Czas. Lek. 1932. Nr. 1—2. Néoplasmes. 1933. Nr. 1. — Warsz. Czas. Lek. 1933. Nr. 44. — Journ. de Radiologie. 1934. Nr. II.—IV. International. Radiologenkongress. 1934. (3) Gouin et Bienvenu. Bull. Méd. 13. Sept. — Soc. Derm. Fev. 1925. — Mai. 1927. — Fevr. 1927. (4) Zimmern et Cottenot. Bull. Académie des Sciences. Avril, 1912. (5) Zimmern, Chavany et Brunet. Soc. de Radiol. Avril. 1932. (6) Selzer. Przegląd Chirurg. t. XV. z. 4, str. 1936. (7) Philips et Tunick Journ. Americ. Med. Assoc. Mai. 1925. (8) Zimmern et Brunet. Soc Radiol. Fevr. 1930. (9) Delherm et Beau. Soc de Radiol. Novembre. 1932. (10) Langeron et Désplat. Soc. de Rad. Mai. 1932. (11) Nemours-Auguste. Le Concours Méd. Janv. 1931. (12) Schogt - Göttingen. M. M. W. Nr. 32, 1932. (13) Babiński et Delherm. Revue Neurolog. Mars. 1908. (14) Kremser. Strahlenth. 1930. (15) Grynkrout. Journal de Radiol. Juillet. 1926. (16) Schilling. M. M. W. 1906, 1909, 1910. (7) Pasteur-Valery-Radot, Gibert et Blamoutier. Presse Méd. Octobre. 1927. (18) Lenk. Strahlenth. h. 7. 1925. (19) Nemenow u. Jugenburg. Festschrift f. Antoine Beclère. 1936. (20) Zimmern et Chailley - Bert Acad. Médec. Mai. 1928. Zimmern et Chailley - Bert. Acad. Médec. Janvier. 1929. Zimmern, Chailley - Bert et Hickel. Soc. Biol. Fevr. 1930. (21) Schmitz u. Schaefer. Strahlenth. t., 43. h. 3. s. 564. (22) Audiat. 1935. Masson Editeurs. Paris. (23) Grynkrout. Bullet. Soc. Radiol. Novembre. Nr. 223. 1935.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Warsz. Instyt. Neurobiolog im. E. Flatau.

Przypadek wygaśnięcia życia psychicznego z przykurczem wszystkich kończyn w zgięciu.

Podał

N. ZANDOWA (Warszawa).

Przypadki przewlekłego, postępującego zwyrodnienia tkanki mózgu (Andral, Wernicke), rozwijającego się w ciągu długich lat, nie są częste.

Jeszcze rzadsze są te ich postacie, w których występuje kurczowe zgięcie kończyn dolnych, opisane przez Brissaud, jako „paraplégie en flexion d'origine cérébrale“.

Badań anatomopatologicznych podobnych przypadków jest niewiele.

Przypadek taki spostrzegłam w oddziale d-ra Flatau.

57-letnia chora, cierpiąca od dłuższego czasu na bóle głowy, bezdzietna, u której w przeszłości notowano dwa porody przedwczesne w 8-ym miesiącu, zaczęła nagle odczuwać bóle w prawej nodze. Po 6-tygodniowym leczeniu w szpitalu ból znikł, zjawiała się natomiast ociężałość lewej ręki.

Dolegliwość ta postępowała powoli, kończyna przykurczała się w stawie łokciowym, aż po roku ustawiła się tak, jak to stwierdzono w chwili przybycia chorej do szpitala.

Po 3 latach od początku choroby chora nagle pewnego ranka oznajmiła, że nie może wstać z łóżka z powodu bólu w lewej nodze.

Wieczorem tegoż dnia zwymiotowała i zmieniła się psychicznie, stała się apatyczna, mało mówna.

Po 2 tygodniach sprowadzono ją do szpitala, gdzie stwierdzono, co następuje: chora pozostaje jakby stężała, niezmiennie

w jednym i tym samym ułożeniu. Głowa, zwrócona twarzą w stronę prawą, jest osadzona sztywno, mięśnie szyi napięte.

Kończyny górne są zgięte we wszystkich stawach i przyciągnięte do tułowia. Lewa dłoń jest zamknięta z taką mocą, że wytworzyły się ranki na skutek maceracji skóry.

Kończyny dolne są zgięte w stawach biodrowych i kolanowych i przykurczone. Kończyna lewa przypomina zamknięty scyzoryk, tak mocno łydka przylega do pośladka. Obie kończyny dolne krzyżują się ze sobą zgiętymi kolanami.

Ruchów samoistnych nie ma ani śladu.

Ruchy automatyczne występują pod wpływem bodźców zewnętrznych (klucia, dotykania zimnym przedmiotem i t. p.) lub pod wpływem głębszych oddechów chorej. Polegają one na powolnym, jakby węzowym, rozginaniu prawej dłoni, na unoszeniu całej kończyny do góry i powolnym, przerywanym jej opadaniu do dołu. Niekiedy przy tym potęguje się napięcie mięśni szyi oraz zginaczy kończyny dolnej prawej. Ta ostatnia, zresztą, zamiast zginania, wykonywa od czasu do czasu ruch maksymalnego prostowania, tak, iż staje się sztywna, jak napięta struna.

Przez czas obserwacji szpitalnej zanotowano szereg ruchów automatycznych rzekomo-dowolnych, polegających na: pocieraniu skóry na piersiach, zbieraniu palców razem do siebie, jakby brała szczyptę czegoś, i t. p.

Niekiedy zjawiało się drżenie obu dłoni. Klucie podeszwy prawej powodowało nieraz odruch skracania całej kończyny, a nieraz i kończyny przeciwległej.

Stan psychiczny chorej cechowało wygaśnięcie wszelkich śladów życia duchowego: chora nie wydawała żadnego dźwięku, na mowę nie oddziaływała. Przez cały czas obserwacji (6 dni pobytu w szpitalu) leżała z oczyma zamkniętymi, jakby w głębokim uśpieniu. Jedynie na mocne bodźce (klucie szpilką) reagowała odruchami obronnymi.

Kiedy chorej rozwarło powieki, to widać było, że gałki oczne przesuwają się od linii środkowej ku lewemu kątowi szpary ocznej i z powrotem. Zrzadka przekraczały linię środkową, biegnąc w stronę prawą. Niekiedy tkwiły one przez czas pewien w prawym kącie szpary.

Kiedy głowę chorej wyprostowywało się biernie, to na twarzy jej zjawiał się grymas, jakby bólu, a z krtani wydobywał się dźwięk, jakby postękiwania; pozostawiona samej sobie, głowa powracała do ułożenia pierwotnego twarzą w stronę prawą.

Badanie wykazało, iż lewa połowa twarzy jest słabiej unerwiona od prawej. Żrenica prawa szersza od lewej, na światło prawa oddziaływała słabo, lewa — zupełnie nie oddziaływała. Dno oczu zmian nie wykazuje.

Odruchy kolanowe z trudem udało się badać, wobec maksymalnego zgięcia stawów kolanowych; wydawało się, iż były zachowane; ze ścięgna Achillesa — żywe, podszwowe — obustronnie odruch Babińskiego, Rossolimo — brak. Okostnowe — żywe, brzusznych nie można wywołać!

Chora zmarła po 6 dniach pobytu w szpitalu.

Badanie pośmiertne wykryło dużo luk w tkance: w *centrum semiovale* płata czołowego prawego była jedna długości około 2 ctm., szerokości około 0,5 ctm.; druga znacznie mniejsza (wielkości prosa), tkwiła w torebce wewnętrznej prawej, trzecia zaś, największa zajmowała środek płata potylicznego prawego.

Drobnowidzowo ustalono, że poza tym cały mózg był usiany drobnymi lukami, które przedstawiały się, jako miejsca puste, opisane przez autorów francuskich (Marie, Ferrand, Catola, Léri) pod nazwą „lacunes de désintégration”. Wielkość luk jest różna: począwszy od rozmiarów przekroju naczynia włosowatego, do wielkości ziarnka prosa.

Wiek ognisk i cechy ich histopatologiczne są bardzo różne: w jednych przeważają procesy wsteczne, skurczenie się komórek nerwowych i glejowych ze zjawieniem się ogromnie poszerzonych przestrzeni okołonaczyniowych i okołokomórkowych oraz pustych zupełnie miejsc (lakun). W innych ogniskach dominuje obrzęk i pyknoza komórek nerwowych i przeobrażenie ameboidne komórek glejowych przy jednoczesnym bujaniu naczyń włosowatych.

Przeplecenie pól pierwszych, całkowicie rozrzedzonych, słabo nasyconych barwnikiem, z drugimi, mocno zabarwionymi, stwarza obraz tkanki marmurowatej.

W innych ogniskach stwierdza się obecność i elementów uprzętających (komórki siateczkowe, ziarniste) oraz reparacyjnych (włókna glejowe wybijane). Na ogół procesy reparacyjne są niezbyt mocno zaznaczone.

Układ krwionośny wykazuje ogromne zmiany. Zaliczyć je można do kategorii, opisanej przez Jakoba pod nazwą zwyrodnienia naczyń przewlekłego na podłożu kiłowym (*arteriitis chronica specifica*).

Cechuje je brak wszelkich wyraźnych zmian zapalnych i wybitne bujanie włókien elastycznych warstwy wewnętrznej. Forster i Spielmeyer rozpatrują tę postać, jako pozostałość po innej, opisanej przez Heubnera pod nazwą *endarteriitis luetica*. Jakobowi udało się obie fazy tego samego cierpienia pochwycić w badanym przezeń przypadku.

W naszym przypadku nie było widać elementów zapalnych (met. hematoksylinowa + eozyna, thioninowa i v. Giesona), istniało natomiast wybitne zgrubienie warstwy wewnętrznej ścian, tak, iż stała się ona wydatniejsza (w małych naczyniach) od warstwy średniej.

Barwienie metodą Weigerta na włókna elastyczne pozwoliło ustalić bujanie tych ostatnich.

Warstwa środkowa naczyń zdradzała jedynie zmiany wsteczne pod postacią zamazania budowy wewnętrznej komórek mięśniowych. Warstwa zewnętrzna w wielu naczyniach (zwłaszcza zaczerwienionych) posiadała nadmiar komórek. Były to ko-

mórki okrągłe i wydłużone (limfocyty i fibroblasty, histiocyty (?)). Wiele jednak naczyń posiadało przydanek o zwykłej liczbie komórek, słabo chłonących barwnik. Opisane zmiany naczyń dotyczyły całego układu krwionośnego zarówno naczyń dużego kalibru, jak i drobniutkich. Wiele spośród dużych naczyń wykazywało zaczerwienienie, zaś spośród drobniejszych — krwotoki.

Zgrubienie warstwy wewnętrznej naczyń drobnych spowodowało zwężenie, a nawet zamknięcie światła w wielu z nich.

Niewątpliwie schorzeniu naczyń krwionośnych należy przypisać powstanie licznych drobniutkich ognisk — luk w tkance nerwowej.

Kora mózgowa na całej swej rozciągłości jest usiana pustymi lukami.

Komórki kory wykazują głębokie zmiany zwyrodnieniowe we wszystkich swych warstwach. (Barw. Nissla, Bielschowskiego, Manna, Hortegi, Herxheimera).

Jądra są duże, pozbawione wszelkiej budowy wewnętrznej, granice zlewają się z zarodkiem.

Zaródki komórek jednolite, bez ciałek Nissla, kontury komórek zaokrąglone, pozbawione wyrostków.

Barwienie metodą Bielschowskiego wykazuje brak budowy włókienkowej, rozkawałkowanie włókienek wewnątrzkomórkowych. Obok komórek obrzękłych występują postacie skurczone pyknotyczne.

Barwienie na tłuszcz pozwala wykryć obfitość kulek tłuszczowych we wszystkich badanych skrawkach na całym obszarze mózgu.

Neuronofagia komórek jest wyraźna. W warstwie obrzeżnej kory widać mnóstwo wybijanych włókien i komórek astrocytowych (*faserbildende Astrocyten*).

Wszystkie cechy patologiczne (liczba i rozmiary ognisk rozpadu, zwyrodnienie komórek nerwowych) są mocniej wyrażone w półkuli prawej, aniżeli w lewej.

Takie same zmiany są w jądrach podstawnych,

Nieco lepiej zachowany jest mózdzek: jedynie jądra zębate posiadają wyraźnie zwyrodniałe komórki nerwowe. Natomiast komórki Purkiniego są względnie dobrze zachowane.

W moście istnieją zmiany komórek nerwowych, takie same i tak samo mocno zarysowane, jak i w mózgu.

Oliwki opuszkowe posiadają większość komórek nerwowych zwyrodniałych.

Opony miękkie nie wykazują zmian zapalnych, być może, iż miejscami istnieje nadmiar elementów komórkowych. Wyraźne jest natomiast zgrubienie *piae* naskutek bujania włókienek elastycznych.

W wyściółce widać zwyrodnienie komórek nabłonkowych (homogenizacja ich), a miejscami całkowite złuszczenie. Drobne krwotoczki są pod wyściółką oraz na niej w komorach bocznych.

Reasumując, mieliśmy do czynienia z 57-letnią kobietą, u której nagle zjawily się bóle po stronie prawej ciała i upośledzenie ruchów po stronie lewej. Objawy bólowe rychło minęły, ruchowe zaś stale choć zwolna postępowały.

Po 3 latach ból zjawiał się po stronie lewej ciała, a jednocześnie wystąpiła zmiana psychiki. Rozwój objawów psychicznych nie jest dostatecznie uwypuklony w anamnezie, otrzymanej od ludzi nieinteligentnych: nie wiadomo np. jak stan chorej przeszedł od „apatii i małomówności“, które wystąpiły na trzy tygodnie przed śmiercią, w stan całkowitego wygaśnięcia wszelkich śladów życia psychicznego. Niewiadomo, czy zanik szedł stopniowo, czy też ostro. W końcu jednak wszelkie życie duchowe znikło. Jednocześnie z wygaśnięciem psychiki zjawilo się stężenie ciała.

Dotyczyło ono obu stron i wyrażało się trwałym przykurczem wszystkich kończyn

w zgięciu oraz przymusowym ułożeniem głowy do boku, twarzą w stronę prawą.

Upośledzenie sfery ruchowej było bardzo duże, tak, iż chora nie wykonywała żadnego ruchu samoistnego. Nieco ruchów automatycznych pozostało w prawej połowie ciała.

Po 3 latach od wybuchu choroby, a w 3 tygodnie od drugiego epizodu chorobowego chora zmarła.

Anatomopatologicznie przypadek wykazywał schorzenie całego układu krwionośnego o typie przewlekłego zwyrodnienia naczyń naczyniowym. W układzie nerwowym istniał szereg ognisk martwiczych, rozsianych w całym mózgu, zwłaszcza w jego półkuli prawej. Komórki nerwowe wykazywały różne stopnie zwyrodnienia.

Rozpoznanie różniczkowe w danym przypadku wahać się może jedynie pomiędzy miażdżycą naczyń mózgowych oraz cierpieniem naczyniowym tychże naczyń.

Szczegóły anamnestyczne (dwukrotne porody przedwczesne, brak porodów normalnych), kliniczne (ból głowy, trwające od dawna, leniwe oddziaływanie źrenic na światło) oraz anatomopatologiczne (bujanie błony elastycznej wewnętrznej naczyń) przemawiają raczej na korzyść koncepcji o schorzeniu naczyniowym.

Czy można objawy kliniczne wiązać z tym lub innym ogniskiem w układzie nerwowym?

Wydaje się, że byłoby to ryzykowne wobec mnogości ognisk i niemożności określenia, kiedy które z nich powstało.

Dlatego też należy ograniczyć się do stwierdzenia, że całkowite wygaśnięcie życia duchowego i odpadnięcie przejawów psychoruchowych znajdują dostateczne uzasadnienie w fakcie zwyrodnienia kory mózgowej w obrębie wszystkich badanych zawojów (czołowych, ciemieniowych i potylicznych); w fakcie istnienia ognisk rozmiękczenia i luk w istocie białej podkorowej, w torce wewnętrznej i w jądrach podstawnych.

Bóle, notowane na początku epizodów chorobowych, mogą być zaliczone do objawów ośrodkowych (wzgórkowych).

Na podkreślenie zasługuje fakt, iż każdorazowo ból po jednej stronie ciała zjawiał się prawie równocześnie z upośledzeniem ruchowym po przeciwnej. Dla wytłumaczenia tego trzeba zatrzymać się na przypuszczeniu, że przyczyna objawów w każdym nowym epizodzie chorobowym występowała w obu półkulach mózgowych; jednym ogniskiem wytłumaczyć zjawiska tego nie udaje się.

Znaczenie naszego przypadku polega na odwróceniu zjawiska powszedniego, a mianowicie: kończyny dolne nie były sztywno wyprostowane, jak to widzimy na ogół w porażeniu połowicznym, ale przeciwnie, były przykurczone w maksymalnym zgięciu.

Na podobny zespół zwrócił uwagę po raz pierwszy Brissaud i nazwał go „paraplégie en flexion d'origine cérébrale“.

Po nim już szereg przypadków (Marie i Foix, Alajouanine, Souques i in.) umocnił stanowisko nozologiczne tej jednostki chorobowej.

Przegląd wszystkich ogłoszonych dotąd przypadków pozwolił ustalić (Hornet, 1930 r.), iż dla powstania obrazu klinicznego niezbędne jest zniszczenie obustronne kory ruchowej lub dróg nerwowych, odeń biegnących.

Próby tłumaczenia fizjopatologii zjawiska pałęgały na następujących hipotezach: Monakow umieszczał

przyczynę nie w samym tylko układzie nerwowym, lecz i w mięśniowym: zaburzenia w odżywieniu porażonych mięśni nóg decydować miały o przykurczu zginaczy. Przypuszczenie to nie wydaje się prawdopodobne.

Walshe zbudował hipotezę, opartą o teorię Sherringtona, o podwójnym układzie odruchowym: jednym, zarządzającym odruchami postawnymi z przewagą czynności wyprostnej i drugim, zarządzającym odruchami obronnymi z przewagą czynności zginającej.

Odruchy drugiego układu mają dominować i zasłaniać sobą odruchy pierwszego.

Przyjmując, że w obustronnym porażeniu połowicznym mamy do czynienia z odruchem postawnym odmóżdzeniowym (usztynienie wyprostne kończyny dolnej z usztynieniem w zginaniu kończyny górnej), Walshe sądzi, iż odruch ten, jak każdy odruch postawny, skazany jest na przeminięcie i ustąpienie miejsca odruchowi obronnemu, wyrażającemu się zgięciem nóg.

Przeciw tej hipotezie wysunąć można argument najprostszy: czemu w porażeniu połowicznym jednostronnym nie widuje się podobnej kolejności zjawisk i nie stwierdza się przykurczenia zginaczy nogi?

Wydaje się, że właściwe zrozumienie „paraplégie en flexion d'origine cérébrale“ możliwe jest dopiero teraz, kiedy nauka o odruchach rozwinęła się należycie.

Mechanizmy odruchowe, kształtujące nasz ruch dowolny, powstają w kolejności filogenetycznej takiej, iż najstarsze z nich mieszczą się w rdzeniu, młodsze zaś na coraz to wyższych piętrach układu nerwowego.

Każdy z łuków odruchowych nadaje ciału pewien charakterystyczny układ.

Ułożenie kończyn dolnych w zgięciu należy do odruchów rdzeniowych, stanowi ono część składową odruchu skracającego, zaliczanego przez Sherringtona do kategorii odruchów „nociceptywnych“, posiadających największą moc trwania.

Na piętrze wyższym, opuszkowym, dominuje odruch, który nadaje ciału ułożenie odmóżdzeniowe, to jest usztynienie kończyn dolnych wyprostne.

U zwierząt (psa, kota, królika i t. d.) trzeba usunąć całą przednią część układu nerwowego aż do poziomu opuszki, aby odruch ten otrzymać.

U człowieka wystarczy usunięcie kory mózgowej wraz z jądrami podstawnymi.

Różnice te wynikają stąd, iż jądro czerwone wystarcza u zwierząt dla nadania ciału ułożeń normalnych (Rademakera), nie wystarcza zaś u człowieka, u którego rola jądra czerwonego została zdegradowana na korzyść przedniego bieguna układu nerwowego.

Nawiasem dodać można, że sam układ ciała odmóżdzeniowy uległ u człowieka modyfikacji, polegającej na zgięciu kończyn górnych, zamiast ich wyprostowania, co pozostawać musi w związku ze zmianą ich czynności fizjologicznej, albowiem u ludzi kończyny górne przestały pełnić rolę, jaką pełniły u zwierząt.

W zwykłym porażeniu połowicznym mamy do czynienia raczej z odruchem postawnym opuszkowym, przy którym kończyna dolna jest wyprostowana w przypadku zaś obecnym z odruchem rdzeniowym.

Gdzie znaleźć przyczynę tych różnic? Wydaje się, że tkwi ona w następującym: odruch opuszkowy wywołamy z oliwek opuszkowych, w naszym zaś przypadku były one zwyrodniałe, a zatem na widownię wystąpił odruch niższy i trwalszy (Sherrington) — odruch rdzeniowy.

Wysunięta tu koncepcja nie tłumaczy, dlaczego „paraplegia w zgięciu” występuje tylko przy obustronnym uszkodzeniu mózgu.

Teoretycznie biorąc, można by oczekiwać, że i w zwykłym porażeniu połowicznym kończyna dolna może zmienić usztywnienie wyprostne na ułożenie w zgięciu z chwilą, kiedy komórki oliwkowe ulegną zwyrodnieniu *).

Zagadnienie, w ten sposób sformułowane jest nowe, wymaga przeto dalszych badań i kontroli; na razie można jedynie powołać się na fakt, iż ogłoszone dotąd przypadki „paraplegie en flexion” dotyczą ludzi wiekowych, u których, jak wiadomo, oliwki opuszkowe mają skłonność do zwyrodnienia samoistnego.

Przy jednoczesnym daleko posuniętym zwyrodnieniu tkanki obu półkul mózgowych proces ten, być może, potęguje się i przyspiesza.

Przypuszczenie to wymaga sprawdzenia, i dlatego przypadki porażenia kończyn dolnych w zgięciu pochodzenia mózgowego winny być ściśle badane nie tylko co do zachowania się mózgu, jąder podstawnych i dróg nerwowych, ale również i co do stanu oliwek opuszkowych.

Z Oddziału gruźliczego Szpitala dla dzieci im. Bersonów i Baumanów w Warszawie.
(Kierownik: M. Gantz).

Kilka uwag o mikrosedymentacji i o opadaniu ciałek czerwonych u dzieci.

Podał

Wiwa GEYSMER-JAROSZEWICZ (Warszawa).

Znaczenie odczynu Biernackiego dla rokowania w gruźlicy i dla określania stanu rozwojowego spraw swoistych jest zagadnieniem, ogólnie znanym. Badanie szybkości opadania ciałek czerwonych oddaje szczególnie cenne usługi w pierwszych okresach gruźlicy, a więc przede wszystkim u dzieci, gdzie często nasuwają się wątpliwości, czy zmiany, związane np. z pierwotnym zakażeniem, można uważać za już wygasłe, czy też nadal toczy się sprawa czynna. Według poglądów Sew. Sterlinga przyspieszenie opadania ma być bezwzględny wyrazem sprawy jeszcze niezlikwidowanej.

Ponieważ pobieranie krwi z żył u dzieci, a często i u dorosłych, przedstawia nieraz duże trudności, niezbędna jest metoda, pozwalająca badać odczyn Biernackiego ze krwi, pobieranej z palca.

Wśród wielu proponowanych przez różnych autorów metod t. zw. mikrosedymentacji większość okazała się nieodpowiednia z powodu tych lub innych braków technicznych. Metodą, nie nasuwającą żadnych poważniejszych zarzutów i prostą technicznie, jest metoda, podana przez Eberlega. Aparat, skonstruowany według propozycji tego autora, składa się ze statywu do ustawiania rurek, przy czym wygodny technicznie jest sposób umocowywania ich, polegający na przyciskaniu z góry kapslami z gumowymi korkami, przesuwalnymi w górę i na dół i ustalonymi z pomocą śrubek. W skład aparatu wchodzi ponadto pipety do pobierania krwi z dwiema podziałkami 0,08 i 0,2, rurki oraz małe szpiczaste naczynka.

*) Już po ukończeniu niniejszej notatki znalazłam pracę Devica i Gallavardina (Rev. Neur. 1903 str. 53), dotyczącą porażenia połowicznego z przykurczem kończyny dolnej w zgięciu.

Technika badania: z pomocą pipety pobiera się cytrynian sodu do podziałki 0,08, po czym zlewa się go do przygotowanego naczynka; następnie nakłuwa się opuszkę palca igłą Franka i tą samą pipetą, nie wysuszając jej poprzednio, nabiera się krew do podziałki 0,2 i wlewa się do naczynia z odmierzoną uprzednio cytrynianem. Po zmieszaniu krwi z cytrynianem przez kilkakrotne przepłukanie pipety naciąga się krew do rurek i ustawia na statywie. Pozostaje odczytanie poziomu opadniętych krwinek po upływie jednej oraz dwu godzin. Do badania używa się 4% roztworu cytrynianu sodu.

Zaznaczyć należy, że pobieranie krwi, zwłaszcza u małych dzieci, przedstawia czasem pewne trudności, gdy krwawienie jest małe. Z tego względu nakłucie musi być dość głębokie (2—3 mm.); czasem niezbędne jest nakłucie dwukrotne, przy czym u niemowląt najlepiej pobierać krew z opuszki dużego palca u nogi. Ważne jest, aby krew nie była wyciskana, co zmienić może wynik odczynu.

Metoda badania odczynu Biernackiego z krwi, pobieranej z palca, uważana jest przez niektórych badaczy za bezwartościową. Aby sprawdzić jej istotną wartość, przeprowadzałam następujące badania: 1. badałam równocześnie krew, pobieraną z żyły i z palca z pomocą powyższej metody; 2. porównywałam wyniki opadania krwi wyciskanej i niewyciskanej, pobieranej z palca; 3. porównywałam wreszcie wyniki, otrzymywane z pomocą powyższej metody, z wynikami, otrzymywanymi z pomocą innych metod. Oczywiście, w tym ostatnim celu nie mogą być porównywane liczby jako takie.

Dla ułatwienia porównywania otrzymanych wyników posługiwałam się współczynnikiem K at z a

$$K = \frac{S_1}{S_2} + \frac{S_2}{2}$$

gdzie S_1 jest to wynik opadania po pierwszej godzinie, S_2 — po dwu godzinach.

ad 1. Krew z palca badałam w sposób, wyżej opisany. Krew z żyły pobierałam przez igłę bezpośrednio do naczynka, nie używając strzykawki, aby uniknąć niepotrzebnego przelewania krwi. Z pomocą pipety odmierzałam przepisaną ilość krwi, wlewając ją następnie do naczynka z uprzednio przygotowanym cytrynianem. Dalsze postępowanie było identyczne, jak przy badaniu krwi, pobieranej z palca. Badań powyższych przeprowadziłam 22. Wyniki całkowicie identyczne otrzymałam 2 razy, ale w większości przypadków (14=63,6%) można uważać wyniki za zgodne, bowiem różnice we współczynniku K at z a wynosiły od 0,12 do 2. W 27,3% badań opadanie krwi, pobieranej z palca, było szybsze, różnice jednak we współczynnikach nie wynosiły więcej, niż 4,5. To przyspieszenie wydawało się logiczne, bowiem w przypadkach tych, ze względu na słabe krwawienie, musiałam uciec się do lekkiego wyciskania krwi, co, jak dalej wykażę, zawsze przyspiesza nieco opadanie ciałek czerwonych. W dwu przypadkach (9,1%) opadanie krwi żylnie było szybsze.

Tak więc: w 63,6% — wyniki zgodne
27,3% — zrozumiałe przyspieszenie krwi, pobieranej z palca,
a więc w 90% — badania przemawiają za wartością metody.

Na podstawie badań powyższych twierdzić należy, że krew, pobierana z palca i z żyły, opada zazwyczaj z tą samą szybkością, ale wyciskanie krwi z palca przyspieszyć może jej opadanie.

ad 2. Aby sprawdzić ostatecznie to ostatnie przypuszczenie, porównywałam wyniki opadania krwi wyciskanej i nie wyciskanej, pobieranej u tej samej osoby w tym samym czasie. Otrzymałam następujące dane: badanie I. krew wyciskana:

po 1 godz. — 6 mm., po 2 godz. — 16,5 mm.
krew nie wyciskana:

po 1 godz. — 5 mm., po 2 godz. — 14 mm.

badanie II. krew wyciskana:

po 1 godz. — 37 mm., po 2 godz. — 61 mm.
krew nie wyciskana:

po 1 godz. — 34,5 mm., po 2 godz. — 59 mm.

ad 3. Porównywanie wyników otrzymywanych z pomocą metody Eberlego i z pomocą metody Linzenmeyera, pozwoliło stwierdzić, że wyniki te są równorzędne, że przy badaniach seryjnych przyspieszenie, ewentualnie zwolnienie opadania wyraża się zawsze równorzędnymi zmianami w obydwu badaniach.

Na podstawie powyższych danych wnioskować można, że badanie opadania krwi, pobieranej z palca, nie ustępuje w swej wartości badaniu krwi żyłnej.

Badania seryjne, przeprowadzane u chorych z Oddziału gruźliczego i innych w Szpitalu im. Bersonów i Baumánów, wykazały, że, jak to zazwyczaj stwierdzano, opadanie ciałek czerwonych wiernie odtwarza przebieg sprawy chorobowej, wykazując przyspieszenie w razie pogorszenia się stanu i zwolnienie w razie poprawy. Zauważyć jednak należy, że w okresie preagonalnym występowało zwykle zwolnienie opadania. Tak n. p. u dziewczynki 10-letniej z gruźlicą jamisto-serowatą obu płuc opadanie c. cz. początkowo wynosiło po 1 godz. — 42,5 mm., po 2 godz. — 86,5 mm. po upływie 2 tygodni w przeddzień zejścia śmiertelnego wynik opadania wynosił: po 1 godz. — 24 mm., po 2 godz. — 47 mm. Zazwyczaj w ciężkich przypadkach zmian rozpadowych opadanie było stosunkowo nieznacznie przyspieszone lub nawet normalne. Na uwagę również zasługuje najczęściej nieznaczne tylko przyspieszenie opadania w przypadkach swoistych zapaleń opon mózgowych, o ile, oczywiście, na przestrzeni płuc nie ma zmian swoistych postępujących.

Nadzwyczajna chwiejność odczynu opadania ciałek czerwonych, jaką stwierdzałam u dzieci, uważanych za zdrowe, obniża jego wartość. Celem ustalenia liczb, wyrażających opadanie normalne, przeprowadzałam badania u dzieci zdrowych w wieku od 0—15 lat. Badania te w liczbie 60 dokonane zostały w Głównym Domu Schronienia.

Analiza wyników powyższych badań wykazała, że u dzieci w wieku od 0—3 lat za normalne uważać nale-

ży opadanie c. cz., wyrażone liczbą do 10 mm. po 1 godz. i do 20 mm. po 2 godz. U dzieci od 3—8 lat stwierdzałam szczególną chwiejność i częstokroć przyspieszenie bez żadnych uchwytnych przyczyn. Spotykałam więc u dzieci, uważanych za całkowicie zdrowe, i u których dalsza obserwacja nie wykazała żadnych zmian chorobowych, wyniki opadania, wynoszące po 1 godz. powyżej 20 mm.; przypadki te należy jednak wykreślić spośród normalnych. Sądzę na podstawie moich badań, że w wieku tym opadanie wyraża się liczbami wyższymi, t. zn. do 15 mm. po 1 godz., do 30 mm. po 2 godz. U dzieci starszych, to jest od 8—15 lat, i u ludzi dorosłych badania wykazały wyniki dość stałe i niższe, tak, że za liczby normalne uważać należy do 10 mm. po 1 godz. i 15 mm. po 2 godz.

W związku z chwiejnością odczynu nasunęły się pewne spostrzeżenia, których potwierdzenie wymaga dalszych badań. Nie mogą ustalić liczb normalnych dla dzieci w wieku od 3—8 lat, przeprowadziłam badania w liczbie 22 u dzieci zdrowych, przebywających w dwu oddzielnych oddziałach. W jednym z nich panowało zakażenie grypowe. Wyniki opadania, otrzymywane u dzieci z tego oddziału, wykazywały dużą chwiejność i niejednokrotnie wyraźne przyspieszenie, jakkolwiek dzieci nie chorowały właściwie ani w chwili badania ani wnet potem. U dzieci z drugiej grupy wyniki na ogół były niższe. W pierwszej grupie (zakażenia grypowe w otoczeniu) badanych było 10, opadanie normalne stwierdzono w 20%. W drugiej grupie badanych 11, normalne opadanie w 82% przypadków. Sądzić więc należy, że zetknięcie z zakażeniem nie pozostawało bez wpływu na odczyn opadania.

Idąc za myślą dr. Mayznera (Dom Schronienia), że przyspieszenie opadania c. cz. w powyższych przypadkach może być wyrazem zakażenia utajonego, badałam odczyn u nosicieli błonicy i duru brzuszego. Niestety, zbyt ograniczona liczba przypadków nie pozwala mi na wyciągnięcie ostatecznych wniosków, nie mniej przytaczam otrzymane wyniki: w dwu badanych przypadkach nosicieli duru brzuszego opadanie wynosiło: 1 przyp. — po 1 godz. 37 mm., po 2 godz. — 70 mm.; 2 przyp. — po 1 godz. — 34 mm., po 2 godz. — 69 mm. W dwu przypadkach nosicieli błonicy: 1 przyp. — po 1 godz. — 21 mm., po 2 godz. — 47,5; 2 przyp. — po 1 godz. — 14 mm., po 2 godz. — 36 mm.

Przyspieszenie opadania c. cz. w zakażeniach utajonych tłumaczyłoby chwiejność odczynu, którą spotykałam u dzieci w wieku od 3—8 lat, t. j. w wieku, w którym najczęściej rozpoczyna się u dzieci stykanie z zakażeniami różnego rodzaju i w związku z tym możliwość istnienia zakażeń utajonych.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi.

Podał

M. PŁOŃSKIER, prosektor Szpitala na Czystem (Warszawa).
(Dokończenie — patrz Nr. 17).

W dziedzinie leczenia nowotworów złośliwych rok ubiegły przyniósł pewną jakoby rewelację pod postacią nowej próby „wielowartościowej terapii hormonalnej“ raka. F. Blumenthal, E. Jacobs i H. Rosenberg donoszą o próbach leczenia raka

przy pomocy złożonych wyciągów narządowych (wątrobą, żółądek, trzustką, jelita i śledzioną); bliższych szczegółów o składzie i sposobach przygotowania tych wyciągów autorzy nie omawiają, dość mętnie tylko wspominają, że czynne substancje były otrzymywane jeszcze z innych narządów zwierzęcych, że wpływ leczniczy poszczególnych frakcji był badany na szczurach z rakami. Okazało się, że substancje, które wstrzymują rozwój raka, przeszczepionego na szczura, nie są identyczne z substancjami, wywołującymi cofanie się już istniejącego guza i że w zestawionych wyciągach

znajduje się poza tym czynnik, wpływający dobroczynnie na ogólny stan zwierząt. Jak wynika z badań histopatologicznych Cailliau, o których jeszcze będzie mowa, działanie wyciągów wyraża się w swoistych zmianach w nerwach i naczyniach nowotworów; stąd wypływają dopiero impulsy, działające na układ siateczkowo-śródbłonkowy i decydujące o wyleczeniu raka.

Zjawiska tu występujące mają być zasadniczo różne od zjawisk, stwierdzanych przy leczeniu nowotworów promieniami Roentgena. Autorzy stwierdzają, że preparat, składający się z powyższych wyciągów narządowych i nazwany „Aristotropem”, posiada wyraźne właściwości lecznicze w przypadkach nowotworów złośliwych u ludzi, i że uważali za konieczne oddanie tegoż preparatu do użytku ogólnego, aczkolwiek jeszcze „pewne kwestie są w toku.”

Jacobs omawia wyniki leczenia „Aristotropem” 114 chorych nowotworowych. Były to przypadki bardzo ciężkie i daleko posunięte, przeważnie z przerzutami, po operacjach i po naświetlaniach: były wśród nich raki skóry, odbytnicy, jelit, żołądka, piersi, macicy i jajników, nerek, płuc, jeden glejak mózgu i in. W większości przypadków wystąpiło pod wpływem leczenia bardzo znaczne polepszenie, nie wyłączając przypadków zupełnie beznadziejnych z licznymi rozszanymi przerzutami i w stanie charłactwa. W 3 przypadkach raków piersi z rozległymi przerzutami do kręgosłupa i w jednym przypadku raka macicy również z przerzutami do kręgosłupa pod wpływem leczenia pacjentki już po kilku tygodniach mogły znów chodzić i nie odczuwały żadnych bólów. W przypadkach raków żołądka z niedrożnością odźwiernika już po 2 tygodniach leczenia wymioty ustawały, i pacjenci mogli się normalnie odżywiać. Bardzo znaczne polepszenie wystąpiło w przypadku częściowo operowanego glejaka mózgu, w przypadku nawrotu raka pnia z rozległymi przerzutami, w przypadkach raków okrężnicy i odbytnicy z niedrożnością jelit i z płynem w jamie brzusznej i t. d. Aristotrop składa się z trzech różnych substancji, wstrzykiwanych domięśniowo, z tabletek, podawanych doustnie, i z maści (stosowanej w przypadkach zewnętrznych, wrzodziejących raków). Jacobs podaje schemat leczenia i stosowania powyższych preparatów: leczenie powinno trwać przez czas dłuższy, nieraz przez kilka miesięcy; bardzo często już w ciągu pierwszych tygodni po rozpoczęciu leczenia występuje bardzo wyraźna poprawa.

Cailliau, profesor anatomii patologicznej w Rouen, omawia z punktu widzenia histopatologicznego wyniki leczenia Aristotropem guzów zwierzęcych i ludzkich. Autor stwierdzał pod wpływem Aristotropu całkowite cofanie się raków u szczurów; histologicznie spostrzegał homogenizację i rozpuszczanie się oddzielonych komórek nowotworowych i zagęszczenie oraz rozpad substancji jądrowej. W przypadkach nowotworowych u ludzi, leczonych Aristotropem, pobierano wielokrotnie próbne wycinki do badania histologicznego. W miąższu nowotworów stwierdzano dysocjację komórek, które stopniowo tracą własności zasadochłonne i stają się kwasochłonne; w zarodki komórek zjawiają się wodniczki, cytoplazma traci swe zarysy, występuje proces rozplywny, po czym widać tylko cienie komórek; w jądrach stwierdzano rozpad aż do powstania substancji drobnoziarnistej; pomiędzy rozpadające się komórki nowotworowe wrastają wielokształtne makrofagi. W podścielisku włókna klejodajne również ulegają zwyrodnieniu; włókna elastyczne zostają później uszkodzo-

ne. Na początku leczenia występuje bardzo znaczne rozszerzenie naczyń krwionośnych włosowatych. Później w większych naczyniach, szczególnie w tętnicach, zjawia się zgrubienie ściany; dookoła naczyń zjawiają się nacieki zapalne.

W zgrubiałej ścianie naczyń widać duże komórki, które, zdaniem Cailliau, znajdują się w pewnym związku z włóknami nerwowymi błony zewnętrznej. W tej ostatniej włókna są rozsunięte, a pomiędzy nimi leżą liczne komórki, pochodne otoczki Schwanna i splotów sympatycznych. Elementy te później znikają w związku ze stwardnieniem klejodajnym całej ściany, prowadzącym do całkowitego zamknięcia światła naczyniowego. Martwica w guzach zjawia się jednak wcześniej, aniżeli zamknięcie światła naczyń. Nieraz widać znaczny przerost wspomnianych elementów nerwowych. Cailliau podkreśla, że podobnych zmian nerwowo-naczyniowych nie spostrzegał w innych tkankach, leżących poza nowotworem, ani też w rakach, nie leczonych Aristotropem, i uważa, że środek ten posiada właściwości zupełnie swoiste. Autor wyobraża sobie, że substancje, znajdujące się w Aristotropie, drażnią śródbłonek naczyniowy, po czym podrażnienie przenosi się na autonomiczne komórki nerwowe w ścianie naczyniowej; stąd powstaje odruch wagosympatyczny i czasowe zwężenie lub rozszerzenie naczyń, wystarczające do wytlomaczenia szybkich wyników leczenia. W związku z tymi stanami podrażnienia następuje proliferacja komórek i włókien nerwowych ściany naczyniowej, prowadząca do zwężenia światła; później zjawia się stwardnienie całej ściany, zwężenie światła i martwica w otoczeniu naczynia. Cailliau twierdzi, że jego hipoteza, dotycząca sposobu działania Aristotropu, znajduje poparcie we współczesnej fizjologii. Czynniki humoralne działają za pośrednictwem układu nerwowego, jak i, odwrotnie, układ nerwowy działa za pośrednictwem czynników humoralnych; skombinowane współdziałanie obu stron należy do zjawisk stałych. Hormony płciowe określające cechy płciowe i regulujące rozwój szkieletu, wzrost i t. d., działają poprzez układ nerwowy, i, odwrotnie, układ nerwowy oddziałuje na narządy przy pomocy substancji, grającej tu rolę katalizatora. Tego rodzaju wzajemne oddziaływania nerwowo - chemiczne fizjologiczne występują w naczyniach krwionośnych i najlepiej mogą się zrealizować na poziomie śródbłonna naczyniowego. W najbliższym zaś otoczeniu naczynia krwionośnego układ siateczkowo - śródbłonkowy reguluje powyższe wzajemne oddziaływania, i, jeżeli czynności jego są zaburzone, to zostaje zakłócony stan napięcia wago - sympatycznego. Wszystko razem wzięte, a mianowicie, układ siateczkowo - śródbłonkowy, substancje wewnątrz - wydzielnicze, humoralne i napięcie wago - sympatyczne, jest ważnym czynnikiem w powstawaniu raka, i wszystko to razem gra również ważną rolę w leczeniu nowotworów. Tak wygląda oparta na podstawie anatomo - patologicznej, hipoteza Cailliau o działaniu Aristotropu na nowotwory złośliwe.

Trzy powyższe prace ukazały się wszystkie razem w jednym numerze „Schweiz. Med. Woch.” i, oczywiście, musiały zrobić duże wrażenie na wszystkich. Na pierwszym miejscu nazwisko bardzo poważnego prof. F. Blumenthala w wysokim stopniu zasłużonego badacza na polu walki z nowotworami, byłego dyrektora berlińskiego instytutu do walki z rakiem, dalej badania histopatologiczne profesora anatomii patologicznej w Rouen Cailliau, nadające całokształtowi sprawy pozory naukowości, a w środku 114 przypadków

nowotworów złośliwych, w których uzyskano znaczne poprawy, a nawet wyleczenie. Jednakże po uważnym przeczytaniu prac powyższych niektóre szczegóły stały się trochę niejasne. Przede wszystkim sprawa składu Aristotrope jest omówiona bardzo ogólnikowo i niewyraźnie, również niewyraźna i mglista jest hipoteza Cailliau o drogach działania Aristotrope. Mniejsza, zresztą, o hipotezy i o zupełnie ściśle dane, dotyczące składu preparatu. Konkretnie biorąc, przy rozpatrywaniu prac o Aristotropie powstają dwa pytania zupełnie zasadnicze i wyjątkowej wagi. Przede wszystkim, rzecz najważniejsza, czy Aristotrop rzeczywiście leczy nowotwory, następnie, czy zmiany w ścianach naczyń krwionośnych, opisane przez Cailliau, są rzeczywiście swoiste, t. zn. spowodowane przez leczenie Aristotropem. Na to drugie pytanie odpowiada Meyenburg, dyrektor uniwersyteckiego Instytutu Patologicznego w Zurychu, — odpowiada w sposób, niestety, w najwyższym stopniu nieprzyjemny dla autorów Aristotrope, a w szczególności dla Cailliau. Ten ostatni demonstrował na zjeździe w Brukseli swoje preparaty histologiczne z przypadków leczonych Aristotropem. Już wtedy, jak powiada Meyenburg, przy oglądaniu tych preparatów nasunęły się bardzo poważne wątpliwości: pod mikroskopem widać było obrzmienie i bujanie śródbłonek naczyń, gdzieś zgrubienie ściany i zwężenie światła naczyniowego; poza tym w miąższu nowotworów widać było gdzieś martwicę; obrazy, pokazywane przez Cailliau, jako przykłady roplemu i wędrówki elementów nerwowych w ścianie naczyń, były zupełnie niejasne. Meyenburg już wtedy odniósł wrażenie, że zmiany, demonstrowane przez Cailliau, niczym się nie różnią od zmian naczyń, stwierdzanych zwykle w nowotworach nieleczonych lub leczonych naświetlaniami. W celu dokładniejszego sprawdzenia swoich spostrzeżeń Meyenburg przejrzał kilkadziesiąt preparatów histologicznych nowotworów złośliwych z dawniejszych lat, a więc z pewnością nieleczonych Aristotropem. Okazało się, że na 100 przypadków w 56 można było z całą pewnością stwierdzić zmiany naczyniowe, które Cailliau uważa za swoiste i nie spotykane w przypadkach nieleczonych Aristotropem. Toteż z zupełną słuszością Meyenburg całkowicie odrzuca twierdzenia Cailliau o swoistym działaniu Aristotrope na naczynia krwionośne; upaść więc również musi cała przemyślnie zbudowana hipoteza o sposobie działania Aristotrope, — upaść muszą twierdzenia o naukowych podstawach tej metody leczenia nowotworów złośliwych. Poza tym Meyenburg podaje wyniki sekcji dwóch przypadków raków, leczonych Aristotropem: w obu przypadkach martwica była dość rozległa; przy badaniu histologicznym można było stwierdzić w obu przypadkach wyraźne cechy dalszego, niepowstrzymanego rozrostu nowotworowego z bardzo dużą liczbą figur podziału; ani w jednym, ani w drugim przypadku nie stwierdzono zmian naczyń, opisanych przez Cailliau.

Ale, powiedzą lekarze — praktycy, cóż nas obchodzić mogą naukowe podstawy leczenia i wogóle zmiany naczyń w nowotworach, jeżeli preparat sam przez się jest dobry i leczy nowotwory złośliwe? Jak odpowiedzieć tedy mamy na postawione również przez nas najważniejsze pytanie, czy Aristotrop leczy nowotwory złośliwe? Jasnym jest, że mało jeszcze czasu upłynęło od chwili, kiedy zaczęto stosować Aristotrop, ażeby można było już z całą pewnością wydać o nim sąd ostateczny. Należy pamiętać, że nowa metoda leczenia jest

niejako rozwinięciem metody Fichery, którego preparaty również składały się z wyciągów narządowych, i że minęło dość dużo czasu, zanim się ostatecznie przekonano o małej skuteczności preparatów Fichery. Wydaje się więc, że ukazujące się już wypowiedzi o wartości Aristotrope należy przyjmować z pewną ostrożnością, gdyż nie mogą się one jeszcze opierać na dostatecznie dużym materiale klinicznym. Niedawno ukazała się w tej materii praca Brögliego z uniwersyteckiej kliniki chorób kobiecych w Zurychu. W skład Aristotrope wchodzi trzy różne rodzaje zastrzyków, tabletki oraz maść. Roztwór A do zastrzykiwania, zdaniem autorów Aristotrope, działa bardzo szybko w kierunku nerwowo-naczyniowym, przygotowując teren do zmian wstecznych w nowotworze; poza tym roztwór ten ma działać znieczulająco i podobno całkowicie zastępuje środki narkotyczne, aczkolwiek sam ich nie zawiera. Roztwór B działa ma elektywnie na komórki nowotworowe, wywołując ich rozpad zarówno w ognisku głównym, jak i w przerzutach. Roztwór C również ma działać na guzy, a jednocześnie ma posiadać własności, ogólnie wzmacniające ustrój i zwalczające charłactwo. Tabletki mają zawierać wyłącznie lecznicze substancje narządowe, nie zawarte w zastrzykaniach: substancje te mają przygotowywać w ustroju podstawę do leczenia ciałami, zawartymi w zastrzykaniach, i powinny być podawane przez cały czas leczenia, które, nawiasem mówiąc, musi trwać parę miesięcy. Brögli podaje pierwsze wyniki stosowania Aristotrope na materiale kliniki uniwersyteckiej i cytuje szczegółowo przebieg choroby, leczenia Aristotropem i wyniki sekcji trzech przypadków: pierwszy przypadek dotyczył kobiety 60-letniej z rakiem macicy w 3-im okresie z rozległymi przerzutami, przypadek drugi kobiety 48-letniej z rakiem otrzewnej, przypadek trzeci kobiety 36-letniej z rakiem części pochwowej macicy i z rozległymi przerzutami. O wynikach sekcji i badania histologicznego dwóch przypadków wspominaliśmy uprzednio, mówiąc o pracy Meyenburga. Brögli podaje, że w żadnym z trzech przypadków, leczonych Aristotropem przez czas dłuższy, nie można było stwierdzić absolutnie jakiegokolwiek wpływu robionych zastrzyków, ani podawania tabletek; dodaje, że w kilku przypadkach raków z prywatnej praktyki dyrektora kliniki, prof. Andersa, leczenie Aristotropem nie dało żadnych wyników, i że we wszystkich, bardzo szybko nastąpiło zejście śmiertelne. Wreszcie z pewną złośliwością cytuje bardzo ciężki przypadek raka przełyku, który był badany osobiście przez współtwórcę Aristotrope Jacobsa. Jacobs po ustaleniu schematu leczenia Aristotropem miał jakoby powiedzieć, że pacjent z całą pewnością po 8 dniach będzie lepiej jadł — a po dwóch miesiącach będzie chodził; po 8 dniach nastąpiło zejście śmiertelne. W zakończeniu Brögli przestrzega lekarzy przed stosowaniem Aristotrope. Autor zdaje sobie widocznie sprawę z tego, że materiał, na którym się opiera, jest zbyt mały, i tłumaczy małą liczbę przypadków tym, że preparat jest bardzo drogi (około 500 fr. szwajcarskich na jednego pacjenta), i że klinika uniwersytecka musi płacić za preparaty z niewielką stosunkową zniżką. Podobno dopiero od grudnia 1936 roku Aristotrop został dostarczony bezpłatnie wszystkim uniwersyteckim klinikom w Szwajcarii. Jakie stanowisko należy zająć w tej całej sprawie? Oczywiście, wyczekujące. Z punktu widzenia praktycznego argumenty, przemawiające konkretnie przeciwko działaniu Aristotrope, są zbyt skąpe, i nie można na ich podstawie z góry przesądzać wszystkiego.

Zbyt mało mamy w rękę środków do walki z rakiem, ażebyśmy mogli nie próbować dokładnie proponowanej metody leczenia i nie przyjąć jej później z radością, gdyby nawet tylko w dziesiątej części ziściła pokładane w niej nadzieje. Ze smutkiem należy jednak stwierdzić, i to niezależnie od wyniku dalszych prób leczniczych z Aristotropem, że udział teoretyków w opracowywaniu tej nowej metody leczniczej nie przynosi tym razem zaszczytu ani im samym, ani też metodzie. Lepiej by może się stało, gdyby Blumenthal i Cailliau nie próbowali wcale uzasadniać naukowo działania Aristotropu: uzasadnienie to jest tak niewspółmiernie słabe w zestawieniu z nazwiskami jego autorów, że nie należy się dziwić dość wyraźnej niechęci, nieufności, nawet złośliwej ironii, występującej w pracach Meyenburga i Brögli. Rola anatomopatologa Cailliau jest bardzo niejasna w tej sprawie. Co się tyczy Blumenthala, to jasnym jest, że jest on skrepowany umową z firmą, przygotowującą Aristotrop, i wobec tego nie może mówić wyraźniej o jego składzie. Istnieje duża analogia pomiędzy sprawą Aristotropu i sprawą odczynu Kleina, o której mówiliśmy wcześniej. Klein był również związany z firmą, która prawdopodobnie liczyła na zyski z rozpowszechnienia jego odczynu. (Trzeba nadmienić, że próbówki

z zawiesinami komórek nowotworowych do odczynu miały być oddane do sprzedaży na dużą skalę). W jednym i drugim przypadku chęć wielkich zysków materialnych z zagadnień, które siłą rzeczy nie wyszły i jeszcze pewno długo nie wyjdą ze ścian pracowni naukowych odbija się na wyniku ostatecznym zamierzeń. W przypadku Kleina sprawa jego odczynu upadła całkowicie, w przypadku Aristotropu n^o razie upadają całkowicie naukowe podstawy metody.

Smutne rzeczy zaczynają się dziać w dziedzinie współczesnych badań nad nowotworami złośliwymi.

PIŚMIENNICTWO.

1. Beitzke. Wien. klin. Woch. 1937, Nr. 1. — 2. Blumenthal, Jacobs i Rosenberg. Schweiz. Med. Woch. 1936, Nr. 27. — 3. Brögli. Schweiz. Med. Woch. 1937, Nr. 5. — 4. Cailliau. Schweiz. Med. Woch. 1937, Nr. 1. — 5. Christiani. Wien. Klin. Woch. 1937, Nr. 8. — 6. Fehr. Schweiz. Med. Woch. 1937, Nr. 1. — 7. Jacobs. Schweiz. Med. Woch. 1936, Nr. 27. — 8. Jenny, Oehler i Stauffer. Schweiz. Med. Woch. 1936, Nr. 24. — 9. Klein. Wissensch. Woche. Frankf. a. M. 1934 Bd. 2. (oraz p. Simon Maxon i Wittenbeck. Zeitschr. f. Krebsforsch. 1935. Bd. 42). 10. Meyenburg. Schweiz. Med. Woch. 1937. Nr. 1. 11. Miescher i Schaaf. Schweiz. Med. Woch. 1937. Nr. 5.

Oceny książek.

Prof. Dr Werner HUECK. *Morphologische Pathologie. Eine Darstellung morphologischer Grundlagen der allgemeinen und speziellen Pathologie.* Lipsk. Georg Thieme. 1937.

Książka Prof. Dr. Wernera Huecka z Lipska p. t. „Patologia morfologiczna” jest właściwie w swej treści anatomią patologiczną. Zmiana powszechnie i oddawna używanej nazwy, sądząc z uzasadnienia autora we wstępie do części I, jest całkowicie zrozumiała. Zdaniem Huecka, w dotychczas używanych niemieckich podręcznikach anatomii patologicznej i patologii ogólnej tytuł obejmuje pojęciowo znacznie większy zakres wiedzy, niż faktycznie treść tych podręczników. Zmieniając nazwę, autor chce uniknąć tej rozbieżności. Wprawdzie patologia obejmuje całość zjawisk patologicznych, a jej gałęziami są anatomia patologiczna i fizjologia patologiczna, jednak przejrzystość w nauczaniu uzyskać można jedynie, rozpatrując zjawiska patologiczne z punktu widzenia bądź morfologicznego, bądź fizjologicznego. W swej książce stara się Hueck stać zawsze na stanowisku morfologa. Tekst pomija prawie zupełnie nazwiska badaczy, od których zwykle roją się podręczniki; nie jest to chęć pominięcia czyichś zasług naukowych, jedynie autor nie zamierza wyczerpująco omawiać wszystkiego, co wchodzi w zakres anatomii patologicznej. Przystudiowanie „morfologii patologicznej” ma być bodźcem dla czytelnika do dalszych samodzielnych studiów i do pogłębienia wiedzy z dziedziny patologii. Potrzebne dane z piśmiennictwa czytelnik znajdzie, zdaniem Huecka, w obszernych wydawnictwach tego typu, co Krehla i Marchanda lub Henke i Lubarscha. Książka obejmuje 794 strony tekstu i jest zaopatrzona w skorowidz rzeczowy. Znajduje się w niej 811 rycin, przeważnie półschematycznych. Znaczna liczba rycin jest barwna. Schematy są pomysłowe i przejrzyste. Ułatwia to studiującemu zrozumienie nieraz zawiłych stosunków przestrzennych. Zupełnie pominięto tak modne dzisiaj mikrofotografie, które, zdaniem autora, są trudne do zrozumienia, nieraz nawet dla fachowca z danej dziedziny, toteż mikrofotografiami nie powinno się posługiwać w podręcznikach. Pierwsza część książki — ogólna patologia morfologiczna — dzieli się na: A. Morfologię zaburzeń miejscowych. B. Morfologię zaburzeń ogólnych. Morfologia zaburzeń miejscowych została ujęta w 6 następujących rozdziałów: I. Przebieg i rozpoznanie zmian chorobnych. II. Umiejscowienie

i rodzaje zmian chorobnych. III. Zmiany morfologiczne w miejscowych zaburzeniach przemiany materii. IV. Zmiany morfologiczne w miejscowych zaburzeniach krążenia. V. Zmiany morfologiczne w miejscowych sprawach zdrowienia (odradzanie się, przystosowanie, zapalenie, gojenie się ran, przeszczepianie). VI. Zmiany morfologiczne w miejscowych zaburzeniach wzrostu (nowotwory). Morfologia zaburzeń ogólnych obejmuje dwa rozdziały: I. Stosunek zaburzeń miejscowych do choroby ogólnej. II. Morfologia konstytucji. Przytoczony podział wskazuje, że treść części ogólnej patologii morfologicznej nie całkowicie pokrywa się ze zwykłymi podziałami w podręcznikach anatomii patologicznej ogólnej. Brak tu dużego działu etiologii ogólnej, gdyż, zdaniem autora, należy on właściwie do zakresów higieny, farmakologii i medycyny sądowej. W odrębnym dziale omówiono stosunek zaburzeń miejscowych do ogólnych. Wyodrębnienie tego zagadnienia musi zwrócić uwagę czytelnika na niewłaściwość traktowania spraw chorobnych bądź jako czysto miejscowych, bądź jako ogólnych, gdyż wielokrotnie stanowią one nierozdzielalną całość, a również często wzajemnie się zająwiają. Druga część książki, nosząca miano patologii morfologicznej stosowanej, obejmuje 9 rozdziałów: I. Choroby dróg oddechowych, II. Choroby narządów krążenia. III. Choroby krwi i narządów krwiotwórczych, IV. Choroby narządów trawienia, V. Choroby wątroby, dróg żółciowych i śledziony VI. Choroby narządów moczowo-płciowych, VII. Choroby weneryczne (kiła). VIII. Choroby narządów ruchu. IX. Nowotwory układu nerwowego. Są to więc wybrane rozdziały anatomii patologicznej szczegółowej. Treść wyliczonych działów również nie pokrywa się z całością materiału odpowiednich działów anatomii patologicznej szczegółowej. Autor omawia tylko pewne schorzenia, posiadające największe znaczenie praktyczne, chcąc stworzyć jakby pomost między morfologią i kliniką — tymi dwiema dużymi gałęziami wiedzy lekarskiej, które dzisiaj niejednokrotnie zapoznają jedna drugą. Piękna zewnętrzna szata omawianej książki, oryginalny dobór materiału oraz jego odmienne, niż zazwyczaj, ugrupowanie, duża liczba przejrzystych rycin, zwięzłość i jasność wykładu są cechami, które pozwalają bardzo przychylnie powitać ukazanie się dzieła prof. Huecka na półkach księgarskich.

W. Czarnocki

Prof. Dr Georg BRANDT. *Verzögerte Knochenbruchheilung und Pseudoarthrosenbildung. Ihre Ursachen und Behandlung.* Georg Thieme (Verlag) Leipzig, 1937. Cena bez oprawy 13.50 RM, w oprawie 14.80 RM.

Niezmiernie na czasie i pożyteczna książka. Chirurgia urazowa, w szczególności złamania kości, wysunęła się w ostatnich czasach na całym świecie na plan pierwszy. Powstały nowe, doskonałe metody leczenia złamań i większe wymagania pod tym względem. Pomimo to od czasu do czasu spotykamy się z opóźnionym i opornym zrostem kości i wytworzeniem stawu rzekomego, co prowadzi do kalectwa. Przyczyny tych powikłań i ich leczenie stanowią temat omawianej książki. Autor opiera się na piśmiennictwie i swoim własnym doświadczeniu, obejmującym 147 przypadków stawów rzekomych. W książce, dobrze udokumentowanej, znajdziemy rozdziały o prawidłowym przebiegu zrastania się kości, zroście opóźnionym i tworzeniu się stawu rzekomego, anatomii patologicznej stawu rzekomego, o rozlicznych przyczynach, powodujących zaburzenia w powstawaniu kostniny, o przyczynach powstawania stawów rzekomych, o stawach rzekomych, wrodzonych i samoistnych, o leczeniu zrostów opóźnionych i stawów rzekomych, o zapobieganiu im, o leczeniu operacyjnym, o opatrunku w stawach rzekomych. Książka jest wydana na kredowym papierze, liczy 175 stron druku i jest dobrze ilustrowana 81 rycinami.

J. R.

O. WORMS et H. P. KLOTZ. *Le thymus. Anatomie-Histologie-Physiologie-Clinique et Thérapeutique.* Pages 152. 1936. Masson et Cie Éditeurs. Paris. Prix 30 francs.

Z gruczołów wewnątrzwydzielniczych względnie najmniej zbadana jest grasicca. Ta obojętność zależy jest od niedokładnych danych, jakie posiadamy co do pochodzenia jej, co do morfologii w okresie zarodkowym, co do składowych jej pierwiastków. Okoliczność powyższa skłoniła autorów, ostatnio kilka lat ogłaszających prace oryginalne w tej materii, do zbierania materiałów, zgłębiających zagadnienie i ewolucji tego narządu, jego histologię normalną i patologiczną, patofizjologię i wskazania opoterapeutyczne. Po naszkicowaniu embriologii, morfologii i anatomii topograficznej, Worms i Klotz bliżej omawiają i ilustrują wpływ napromieniania Roentgenem, zatruc chemicznych oraz zakażeń ostrych i przewlekłych grasicy, wpływ fizjologiczny usunięcia gruczołu na ustrój, zastrzykiwanie substancji gruczołowej, wzajemną korelację gruczołów dokrewnych i grasicy. — W dziale patologii bliżej rozstrząsane są hiper-, hipo- i atymie oraz guzy grasicze i grasiczo-limfatyczne, w dziale terapii—leczenie napromienniem, chirurgiczne i hormonalne. — Piśmiennictwo zawiera około 150 prac, z których autorzy osobiście czerpali przy pisaniu swojej monografii, bardzo polecającej się swoim materiałem i wnioskami, załączonymi do każdego z 5 rozdziałów i bardzo licznymi rysunkami własnymi.

H. Higier.

Wskazówki praktyczne.

Myelosis funicularis w następstwie niedokrewności złośliwej zwalczą R. Kisch przy pomocy witaminy B₂ (Laktoflawiny). Leczenie wątroba doprowadza do normalizacji obrazu krwi i poprawy stanu ogólnego, ale usunięcie dolegliwości, wywołanych myelozą, daje się osiągnąć dopiero przy pomocy zastrzykiwań laktoflawiny. (W. m. W. 1937 Nr. 7).

—o—

Hochwald stosuje w zapaleniu płuc włóknikowym Redoxin (kwas askorbinowy) dożylnie w ilości 300—500 mg, a następnie doustnie, dochodząc stopniowo do dawki ogólnej około 1,5—5 g. Objawy ogólne ulegają szybkiej poprawie, ciepłota ciała opada prędzej, niż zwykle. Leczenie należy rozpocząć pierwszego lub drugiego dnia choroby. Zastrzykiwanie kwasu askorbinowego wywołuje zmianę w stosunku globulin-albumin we krwi i normalizację leukocytową. Zwykle następuje wybitny spadek ciśnienia. (Wien. Arch. inn. Med. T. 29. I. 3).

—o—

Zastanawiając się nad zagadnieniem, czy pierścień chłonna gardzieli stanowi narząd ochronny przed zakażeniami, Geigler zaznacza, że zakażenie wywołuje wprawdzie odczyn ochronny, ale nie dowiedziono dotychczas, aby poszczególny narząd posiadał specjalne działanie ochronne. Wobec tego nie

można przypisywać zabiegowi wytuszczenia migdałków szkodliwego wpływu na ustrój. (M. m. W. 1937 Nr. 8).

—o—

Według J. X. Müllera, działanie zapobiegawcze i lecznicze surowicy przeciwężcowej zależy od czasu, kiedy zastrzyknięcie było dokonane. Jeżeli toksyna już jest nierozdzielnie z układem nerwowym związana, to surowica pomóc nie może. W przypadkach, kwalifikujących się do leczenia, należy dążyć, oprócz stosowania surowicy, do zwalczania napadów drgawkowych przy pomocy avertyny, a przez natychmiastowy zabieg operacyjny przeciwdziałać przeładowaniu krwi jadem tężcowym. (M. m. W. 1937 Nr. 10).

—o—

Przeciw schorzeniom alergicznym skóry poleca F. Lippert przetwór Quotientin, zawierający paratyreoidynę, adrenalinę i hipofizynę. Przy pomocy tego leczenia hormonalnego otrzymał L. doskonałe wyniki w pokrzywce i pokrzywkowych stanach skóry. Stosuje się wymieniony przetwór śródmięśniowo, przy czym nieraz jedno zastrzyknięcie wystarcza do przerwania napadu pokrzywki i zapobieżenia nawrotom. (Derm. Woch. 1936 Nr. 52).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

XXVII. Zebranie z dnia 6 listopada 1936 roku.

Obecnych na zebraniu 57 osób.

Zebranie odbyło się wspólnie z Oddziałem Poznańskim Polskiego Towarzystwa Higienicznego.

1. Wykład:

Kol. Bogusławski: „Uwagi w sprawie gruźlicy na wsi”.

Referent podał procentowe zestawienie ludności wiejskiej, zestawienie ruchu chorych, przyjmowanych przez niego w czasie 2 lat 3 mies., liczbę chorych zakaźnych oraz 155 przypadków gruźliczych. Zestawienie ankiety wśród dzieci oraz odczynu tuberkulinowego wskazuje na znaczny % zagrążenia (ok. 40%) oraz złe warunki mieszkaniowe.

Rozporządzenie Min. Op. Społ. z dnia 24.X.1933 r. pogor-

szyło, z powodu segregacji robotników na dwie klasy — t. zw. deputantów i komorników, upośledzając grupę ostatnią, co odbija się szczególnie na leczeniu chorób przewlekłych, a spec. gruźlicy. Statystyka zgonów z powodu gruźlicy też jest niedostateczna z powodu braku kontroli lekarskiej.

Wniosek: konieczność polepszenia warunków mieszkaniowych; konieczność zmiany rozporządzenia Min. Op. Społ. z dnia 24.X.1933.

Rozprawa:

Kol. Zeyland podkreśla doniosłe znaczenie badań prelegenta, przeprowadzonych w ciężkich warunkach pracy lekarza wiejskiego, i wymienia pewne drobne uchybienia metodologiczne, których nie unikną prelegent, i radzi szczegółowiej opracować statystykę odczynów tuberkulinowych u dzieci, co lepiej orientuje co do stanu zagrążenia w terenie działalności prelegenta, niż statystyka chorób, rozpoznawana u pacjentów prelegenta.

Kol. Padlewski: W czasach obecnych stan zdrowotny wsi, nie posiadającej organizacji i urządzeń sanitarno-higienicznych, jakimi cieszą się większe ośrodki ludności miasta, znajduje się na dość niskim poziomie. Taki stan rzeczy powoduje, że wieś coraz częściej odgrywa rolę źródła zarazy dla miasta. Zaobserwowano to w Europie i Ameryce Południowej. To samo dzieje się w Polsce. Przekonani jesteśmy o tym z poszczególnych spostrzeżeń. Nie posiadamy jednak przedmiotowych dowodów. Jeżeli o rozpowszechnieniu prawdziwym gruźlicy w miastach wiemy bardzo niedostatecznie, to cóż możemy pod tym względem powiedzieć o wsi. Praca Dr. Bogusławskiego jest pierwszym wysiłkiem, by rzucić chociażby promyczek światła na tę ważną sprawę. Uwzględniając nadzwyczaj trudne warunki pracy, należy wyrazić wdzięczność autorowi za to, że dał nam obraz może nie zupełnie dokładny, ale dostateczny, aby wysunąć na światło dzienne tak ważną sprawę, jak gruźlica na wsi. Słyszeliśmy o strasznej nędzy na wsi w osiedlach robotników rolnych, komorników, słyszeliśmy o spostrzeżeniach, stwierdzających zagrzużliczenie dzieci na wsi, słyszeliśmy o brakach organizacji niesienia pomocy i zwalczania gruźlicy — wszystko to powinno zwrócić uwagę i przekonać, że należy wyświełlić dokładnie, jak dalece rozpowszechniona jest gruźlica wsi, i energicznie wziąć się do opracowania projektu organizacji najbardziej praktycznych i celowych sposobów zwalczania gruźlicy i innych chorób zakaźnych na wsi. Sprawa jest nagła.

Kol. Linke (czł. Wydziału): zgadza się z opinią prelegenta, iż gruźlica przede wszystkim szerzy się na wsi; to samo zauważył u żołnierzy, wśród których ogromną większość gruźlików stanowić przychodzący ze wsi. L. wątpi natomiast, by gruźlica na wsi szerzyła się przede wszystkim wśród robotników folwarcznych. Niemniej szerzy się gruźlica wśród gospodarzy małorolnych, zwłaszcza właścicieli gospodarstw karłowatych, co zresztą jest zrozumiałe ponieważ warunki ich mieszkaniowe nie są lepsze, a z pomocy lekarskiej korzystają również rzadko.

L. podkreśla, iż w Wielkopolsce walka z gruźlicą stoi na bardzo niskim poziomie. Los byłych żołnierzy, zwolnionych z wojska z prawami inwalidzkimi z powodu stwierdzenia u nich w przebiegu służby wojskowej gruźlicy płuc — jest po wypisaniu ze stanu chorych 7 Szp. Okr. wprost opłakany. Na wypłacanie renty muszą czekać często 1½—2 lat. O racjonalnym leczeniu nie ma mowy, ponieważ w prowincjonalnych miasteczkach leczenie gruźlicy płuc odnawia nie jest prawie zupełnie stosowane.

Kol. Szulc (członek Wydziału). Jest wątpliwym, czy jednym z decydujących czynników szerzenia się gruźlicy jest brak mieszkań i ścieśnienie ludności w ciasnych ubikacjach. Przemawia za tym fakt, że w czasie wojny w m. Poznaniu wzrosła znacznie gruźlica, gdy mieszkań było dosyć, spadła po wojnie, gdy zapanował brak mieszkań, a ilość artykułów żywności wzrosła, podczas gdy w czasie wojny było ich brak. Tak więc należy przyjąć, że głównym czynnikiem jest jednak właściwe odżywianie w dostatecznej ilości. Dlatego też w dzisiejszej chwili kryzysu i bezrobocia należałoby w walce z gruźlicą położyć główny nacisk na akcję odżywiania wszelkimi sposobami, podczas gdy walka specyficzna przeciwgruźlicza wydaje się, jeżeli chodzi o zło społeczne, drugorzędą, jakkolwiek i jej nie należy lekceważyć.

Kol. Łabendziński (członek Wydziału): Leczenie gruźlicy płuc u chorych na wsi przedstawia się także według wiadomości, podanych przez kol. B., opłakanie. Chory nie dostaje się ani do sanatorium, ani do szpitala. O założeniu sztucznej odmy nie ma mowy. Stąd też zapewne pochodzi, że lekarskie rzadko, nawet w większych miasteczkach prowincjonalnych, interesują się leczeniem odnowym.

Kol. Jonscher (członek Wydziału): uważa, że katastrofalny stan zagrzużliczenia ludności w Polsce wymaga przede wszystkim rzeczywistego zainteresowania tym zagadnieniem czynników miarodajnym i ustalenia jednolitego i racjonalnego planu walki z gruźlicą. Wtedy niewątpliwie znajdzie się odpowiednie ku temu środki nawet w naszych ciężkich warunkach.

Kol. Bogusławski: Umiejętność rozpoznawania wczesnego jest podstawą polepszenia wyników leczniczych.

2) Wykłada:

Kol. Piasecka-Zeylandowa: „Prątki gruźlicy w mleku rynkowym poznańskim”.

W 9 ze zbadanych przez siebie 31 próbek mleka rynkowego poznańskiego, czyli w 1/3 części, stwierdziła referentka żywe prątki gruźlicy, chorobotwórcze dla świnek morskich. Należy z tego wysnuć wniosek, że mleko to nadaje się do spożycia tylko po ugotowaniu lub dobrej pasteryzacji. Należałoby dążyć do zakładania wzorowych obór z krowami o ujemnym odczynie tuberkulinowym, aby móc dostarczać wyborowego mleka do picia, szczególnie dla niemowląt i dzieci.

(Referat ukazał się w czasopiśmie „Gruźlica”. Rocznik XI. 1936, Nr. 5 str. 445).

Rozprawa:

Kol. Szulc (członek Wydziału): Zagrzużliczenie krów jest istotnie bardzo wielkie. Badania weterynaryjne stwierdzają je w 70% i wyżej. Poprawie stanu tego stoją na przeszkodzie w dzisiejszych czasach względy ekonomiczne, szczególnie u rolników. Miasto Poznań od ca 2 lat wprowadziło w swoim majątku Naramowice, który dostarcza mleko dla wszystkich niemal zakładów, będących w zarządzie miejskim, ściśle kontrolę weterynaryjną i dąży do wyeliminowania gruźliczego bydlą z obór.

Kol. Padlewski: Z referatu p. Dr. Zeylandowej dowiedzieliśmy się, że Poznań z Wielkopolską nie różni się od Warszawy w dostarczaniu ludności mleka, zawierającego prątki gruźlicy. Sprawa jest zbyt ważna, żeby przejść nad nią do porządku dziennego. Wydział Lek. Tow. Prz. Nauk łącznie z Oddziałem Poznańskim Polskiego Tow. Higienicznego powinien opracować zasady, na których należałoby oprzeć możliwość dostarczania zdrowego mleka. Kol. Padlewski podaje projekt sposobów zwalczania zakażenia mleka w zastosowaniu praktycznym a także i sposobu wyświełlenia rzeczywistego zagrzużliczenia mleka. Projekt należałoby rozpatrzyć w komisji, składającej się z przedstawicieli obu Towarzystw, które zorganizowały dzisiejsze posiedzenie naukowe, a wnioski przedłożyć do aprobaty ogólnego zebrania.

Kol. Zeyland: przytacza przypadki miejscowego zakażenia gruźliczego niedostatecznie gotowanym mlekiem, opisane ze strony kliniki Ocznej w Bernie (Szampán, Jahrb. Kind. 140). Dalsze badania tej kliniki wykazały, że mleko gruźlicze należy gotować przez 2 min. Z. ponadto podkreśla, że poznańskie i warszawskie badania mleka dostatecznie dowodzą niebezpieczeństwa spożywania takiego mleka w stanie surowym, dlatego należy propagować picie mleka gotowanego lub pasteryzowanego, a proponowane przez kol. Padlewskiego uchwały zebrania uważa Z. za wnioski za daleko idące i nie dające się w obecnych warunkach gospodarczych urzeczywistnić.

Kol. Kapuściński (członek Wydziału): proponuje wybór komisji spośród członków Oddz. Pozn. Tow. Higienicznego i przedstawienie rezolucji, która zostanie niewątpliwie przyjęta przez Wydział Lek. T. P. N.

Kol. Bogusławski: W okolicy, gdzie zamieszkuje, istnieją obory wzorowe bydląt badanego tuberkuliną. Należałoby uzależnić dostawę mleka z obór od świadectw tuberkulinacyjnych, tak, jak maleinizuje się konie. Wpłynęłoby to niewątpliwie na spadek liczby krów gruźliczych.

Kol. Witaszek (członek Wydziału): Zwraca uwagę na to, że czerwona rasa bydląt polskiego wykazuje stosunkowo małe zagrzużliczenie w przeciwstawieniu do bydląt rasy holenderskiej.

Kol. Piasecka-Zeylandowa: wyjaśnia, że oczywiście także kwaśne mleko i masło zawierają prątki gruźlicy, o ile mleko, które w tym celu przerobiono, je zawierało. Poszukiwań w mleku roztoczy kwasoodpornych referentka nie przeprowadziła.

Kol. Padlewski: Z mleka zagotowanego i pasteryzowanego można otrzymać dobre i smaczne zsiadłe mleko, jeżeli po ostudzeniu dodać czystego zaczynu (hodowli bakt. fermentacji mlekowej) i postawić w ciepłym miejscu na dobie.

3. Komunikat:

Kol. Kucharski (członek Wydziału): „Leczenie róży prontosilem”.

Referent omawia budowę chemiczną prontosilu, a następnie referuje leczenie 24 przypadków róży, z tego 16 przypadków *erysipelas cryptogenes* i 8 przypadków róży przyrannej. We wszystkich przypadkach wynik leczenia był pomyślny. Różę o utajonym źródle zakażenia leczy się szybko w 2—3 dni, natomiast różę przyranną leczy się dłużej. Lepsze wyniki daje stosowanie pastylek, niż zastrzykiwań domięśniowych. Oczywiście, stosowanie prontosilu nie wyłącza, lecz przeciwnie, wymaga stosowania również zabiegów chirurgicznych w przypadkach chirurgicznych.

Kol. Bochyński (członek Wydziału): zapytuje, czy prelegent, mówiąc o dawnym leczeniu, miał na myśli tylko zewnętrzne leczenie, czy stosował może także *serum antierysipelas* P. Z. H. z którym B. otrzymywał korzystne wyniki. Leczenie trwało jednakże przeciętnie około 2 tygodni.

Kol. Morzycki: Ze słów prelegenta wynika, że prontosil jest swoistym środkiem przeciwpaciorkowcowym. Paciorkowce poza różą powodują szereg ciężkich cierpień i powikłań, wobec których medycyna dotychczas jest bezradna, czy są dane, że prontosil działa korzystnie w tych przypadkach ostrych i chronicznych cierpień paciorkowcowych?

Kol. Małuj: W oddziale usznym 7 Szpitala Okręgowego stosowano leczenie antistreptiną u 4 chorych na różę głowy. W 3 przypadkach róża wystąpiła u chorych z raną potępianą-

cyjną po operacji doszczętniej ucha środk. lub po wydłutowaniu wyrostka sutkowego, a w 1 przypadku wystąpiła róża lew. policzka w okresie rekonwalescencji pourazowego ropnia przegrody nosowej. Stosowano u wszystkich chorych na różę 3 razy dziennie po 2 tabletki antistreptyny. Już po 1-dniowym leczeniu u jednej chorej ciepłota spadła do normy, leczenie stosowano i drugiego jeszcze dnia, i ciepłota stale utrzymywała się poniżej 37,0°. U 3-ch zaś chorych po 1-dniowym leczeniu ciepłota obniżyła się do 38,0°, a po 2-dniowym leczeniu spadła poniżej 37,0° i już utrzymywała się na tym poziomie. Wobec powyższego jestem zdania, że leczenie antistreptyną daje nadzwyczajne wyniki w leczeniu róży głowy.

Kol. Drożyński (członek Wydziału): widział przypadek dziecka 4 letniego z wyraźną różą skóry podudzia, wyleczony w ciągu 2—3 dni dawkami prontosilu. (2—3 × dzień. 1/2 tabl.) i to w postaci mikroklimzowej.

Kol. Jonscher (członek Wydziału): zapytuje o przebieg róży w przypadkach nieleczonych prontosilem, a spostrzeganych w tym samym czasie.

Kol. Jezierski (członek Wydziału): W II klinice chorób wewnętrznych osiągnęto bez prontosilu bardzo dobre wyniki; w r. 1934 był na 33 przypadki 1 przypadek śmierci. W roku 1935 był na 31 przypadków również 1 przypadek śmierci.

Kol. Linke (członek Wydziału): zauważa, że w oddziale zakaźnym 7 Szp. Okr. stosowano poprzednio w każdym przypadku surowiec przeciw róży ludzkiej P. Z. H., lecz wyniki tego leczenia wybitnie ustępują nowemu leczeniu prontosilem.

Na zapytanie kol. Jonschera odpowiada, iż pomyślnych wyników leczenia róży prontosilem nie można tłumaczyć specjalnymi właściwościami epidemiologicznymi, mniejszą zjadliwością szczepu i t. d. Przypadki róży, leczone w oddz. zakaźnym, obejmują jednostajny stale podobny materiał młodych, zdrowych dotychczas 20—22 letnich żołnierzy. Zresztą, przypadki róży, przekazane do leczenia bezpośrednio po tych, które były leczone prontosilem, a leczone ponownie dawną metodą stosowania surowicy, miały przebieg choroby dłuższy i cięższy.

Sekretarz:

Prezes:

(—) K. Stojalowski. (—) K. Kapuściński.

Uroczyste Zebranie.

XXVIII. Posiedzenie naukowe z dnia 29 listopada 1936 roku.

Uroczyste Zebranie zostało zwołane na godzinę 11-tą przed południem do sali Wydziału Lekarskiego P. T. P. N. przy ul. Sew. Mielżyńskiego 26/27.

Obecnych na zebraniu osób 83.

1) Prezes Prof. Dr. Witold Kapuściński zagaja zebranie następującym przemówieniem:

Szanowni Państwo!

Otwieram XVIII-te uroczyste posiedzenie Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. Mam zaszczyt powitać Szan. Gości oraz członków, którzy na nasze zaproszenie przybyli, aby wziąć udział w tej rocznicy.

Witam Czcigodnego Prelegenta Pana Profesora Wachholza z Krakowa i dziękuję Mu imieniem Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, że raczył przybyć na nasze posiedzenie i że wziął na siebie trud uciążliwego przjazdu z Krakowa, aby uświetnić naszą uświetnić swoim wykładem.

Witam Panów Profesorów Wydziału Prawniczego, Panów Sędziów i Panów Redaktorów.

Niewątpliwie obecność Ich zawdzięczamy Czcigodnemu naszemu Prelegentowi oraz tematowi, jaki obrał sobie na nasze dzisiejsze posiedzenie.

Witam Szan. Panie Koleżanki, Kolegów i Członków oraz Kandydatów na członków, a takimi są, sądzę, wszyscy obecni oraz i nieobecni Koledzy.

Wspomnieć mi wypada jeszcze o tych członkach Wydziału, którzy już odeszli na zawsze. W roku ubiegłym straciłmy czterech Kolegów, starych weteranów medycyny, którzy byli członkami naszego wydziału przez lat bardzo wiele.

Dnia 1 lutego zmarł Dr. Bolesław Broeckere, dnia 20 marca zmarł Dr. Kazimierz Wilczewski, były komendant Szpitala Wojskowego w Poznaniu. Dnia 5 maja zmarł Dr. Janta-Pończyński, a w ostatnim półroczu zamknął oczy na wieki Dr. Otton Steinborn z Torunia, wybitna osobistość na tamt. gruncie, długoletni wiceprezes Towarzystwa Naukowego w Toruniu, przed wojną częściej udzielający się naszemu wydziałowi, częsty gość na walnych naszych zebraniach.

Proszę, aby Szan. Państwo zechcieli pamiętać ich uczyć przez powstanie.

Przemawiając na tym samym miejscu w ubiegłym roku, starałem się wytłumaczyć znaczenie tej naszej listopadowej rocznicy. Wspominałem, jak to 18 lat temu w tej samej sali zebrało się 70-ciu przeszło lekarzy, aby powziąć doniosłe uchwały celem przeprowadzenia organizacji lekarskich naszej dzielnicy,

która jeszcze wtenczas oddzielona była kordonem granicznym od reszty ziem Rzeczypospolitej. W ciągu tych 18-tu lat, które przeszły od owej pamiętnej chwili jakże wielkie w naszym świecie lekarskim nastąpiły zmiany. Tak, jak cały naród poczuł w sobie pęd do rozrostu, do rozwoju, do potęgi i temu pędowi dał wyraz, tworząc gmach potężnej Rzeczypospolitej, tak samo i świat lekarski nie pozostał w tyle, ale w wyścigu pracy i twórczej mocy zrownał się z zachodnim światem lekarskim, a w niejednym dziedzinie temu światu lekarskiemu stał się przewodnikiem. Pamiętam jeszcze te czasy, gdy w tej samej sali na posiedzeniach Wydziału zbierała się szczupła garstka członków. Zasiadaliśmy wtedy często koło jeanego stołu, aby słuchać wywodów prelegenta i brać udział w dyskusji. Dzisiaj liczy wydział 234 członków, z tych 162 miejscowych, a 72 zamiejscowych. Na posiedzeniach naszych jest przeciętnie około 50 kolegów. Nie ma nigdy troski o prelegenta. W bieżącym roku 1936 nie było prawie dziedziny nauk lekarskich, z której by się nie odbyły wykłady tak z medycyny praktycznej, jak i teoretycznej. Działo się to w wysokiej mierze z tej przyczyny, że prezesi poszczególnych kół lekarskich zgrupowanych według specjalności, zebrania swoje odbywali najczęściej w ramach Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

W naszym wydziale wygłoszono w bieżącym roku 1936 na jedenastu posiedzeniach 15 wykładów oryginalnych. Poza tym szereg wykładów w związku z pokazami chorych. Jest rzeczą znaną, że nie tylko sły naukowe uniwersytetu brały udział w cyklu wykładów, znaczna część liczba tych kolegów, którzy, stojąc poza Uniwersytetem, biorą żywy udział w pracy naukowej, a wynikami swoich dociekań dzielą się z nami na posiedzeniach.

Zadaniem Wydziału byłoby tych właśnie kolegów, stojących poza uniwersytetem, w ich tak istotnych wysiłkach wspomagać. Im większa będzie liczba członków wydziału złożonych z lekarzy praktyków, im więcej będzie prelegentów z tych właśnie kół lekarskich, tym lepiej będzie spełnione zadanie Wydziału.

Z drugiej strony Wydział nasz tym lepiej zadanie swoje wypełnić będzie mógł, gdy znajdzie oparcie na mocnej samodzielnej postawie. Praca nad reorganizacją Wydziału — oto najważniejszy program Zarządu na rok przyszły. Wysiłki reorganizacyjne są wysiłkami twórczymi, a zakres ich działania polegać będzie na tworzeniu nowych wartości bez zrywania z tradycją, która została nam przekazana przez naszych poprzedników.

W tych pracach Zarząd ufa, że znajdzie nadal życzliwe poparcie członków.

2) Prezes Prof. Dr. W. Kapuściński proponuje na przewodniczącego zebrania Prof. Dr. Horoszkiewicza, a na członków Prezydium Dr. Zniniewiczównę, Doc. Dr. Kucharskiego, Dr. Władysława Suwalskiego i Dr. Józefa Jagielskiego.

3) Wykład:

Prof. Dr. Leona Wachholza (Kraków): „Zawodność sposobów dochodzenia winy”.

Prelegent rozpatruje zawodność sądowego dochodzenia winy w przypadkach przestępstw przeciwko życiu i udowadnia, że i obecny sposób dochodzenia winy w tych przypadkach, oparty na dowodach osobistych i rzeczowych, bywa nieraz zawodny i doprowadza do niewinnych zasądzeń.

Zdarza się to przede wszystkim wtedy, jeżeli oskarżenie o przestępstwo przeciwko życiu opiera się na poszlakach albo na błędnych, z doświadczeniem naukowym niezgodnych opiniach lekarzy jako znawców sądowych. Wywody swoje ilustruje prelegent licznymi przykładami niewinnych zasądzeń za zabójstwo, zacierpiętych bądź z własnego doświadczenia prelegenta, bądź z piśmiennictwa sądowo-lekarskiego i kryminalistycznego. W końcu prelegent podnosi uderzającą skłonność nie-doświadczonych lekarzy sądowych do rozpoznawania i to stanowczo zabójstwa tam, gdzie ono jest co najmniej wątpliwe, jeżeli wprost nie wyłączone, i skłonność do upierania się tych lekarzy przy swym zdaniu, które nie wytrzymuje przedmiotowej naukowej krytyki.

(Wykład ukazał się w Nowinach Lekarskich Rocznik 49 str. 1. 1937 r.).

Sekretarz:

Prezes:

(—) K. Stojalowski.

(—) W. Kapuściński.

XXIX. Zebranie z dnia 4 grudnia 1936 roku.

Obecnych na zebraniu osób 22.

1) Komunikaty Zarządu:

Na członków Wydziału Lekarskiego przyjęto kolegów: Bogusławskiego Waleriana, Meisnerowskiego Zenona, Morzyckiego Jerzego, Stockiego Jana, Zaroskiego Józefa.

2) Pokazy:

1) Kol. Alkiewicz Jan (członek Wydziału): a) „*Hyperkeratosis basis unguis*“.

Chora lat 26; od najmłodszych lat brak płytki paznokciowej na 4 palcu prawej nogi. Miejsce płytki zajmują warstwy rogowe, nieprzejrzyste, luźno utkane. Kiedy i jak zmiany te powstały, nie da się ustalić.

Zjawisko to, dość często spotykane, nie zostało dotąd należycie opracowane tak pod względem klinicznym, jak i histopatologicznym. Materiału badaniowego tych zmian dostarczył mi Zakład Anatomii Patologicznej U. P. Na podstawie kilku takich przypadków, zbadanych częściowo w skrawkach seryjnych, można zmiany histologiczne sprecyzować w następujący sposób: macierz i łożysko, które zazwyczaj odznaczają się swoistą budową histologiczną, są zastąpione przez naskórek wielowarstwowy płaski o wszystkich jego cechach znamienych (kom. ziarniste, szkliste, rogowe), przy czym spostrzega się przerost warstwy kolczastej (*acanthosis*) i rogowej (*hyperkeratosis*). Produktem tego naskórka są, rzecz jasna, nie komórki paznokciowe, lecz rogowe, czym tłumaczy się luźne ich utkanie i brak przejrzystości. Wyniki badań tych będą przedmiotem pracy, którą ogłoszę wspólnie z kol. Kiedaczówną.

b) „*Myositis gonorrhoeica*“: Pacjentka lat 16 leczy się w oddziale chorób wenerycznych od 22.X.36. z powodu rzeżączki cewki moczowej. Chora otrzymuje prócz leczenia miejscowego przeciwrzeżączkowego zastrzykiwania szczepionki „*Blenophila Klawe*“ w ilości ogólnej 0,6 cm³, z czego 0,1 dożylnie a 0,5 domięśniowo. 14.XI.36. wystąpił nagle silny ból rwący w łydce prawej i bolesność w kończynie dolnej prawej przy ruchach czynnych. Obiektywnie stwierdza się bolesność uciskową mięśnia łydkowego prawego, stwardnienie tegoż na przestrzeni około 12×8 cm. Ruchy bierne są bolesne.

Temperatura ciała wynosi 38°. 20.XI.36 wykonano u chorej genoreakcję: wynik silnie dodatni. Urazu kończyny dolnej prawej nie było. Rozpoznaje się *myositis gonorrhoeica*.

Powikłanie to, występujące w przebiegu rzeżączki, należy do rzadkich zdarzeń. Rozpoznanie opiera się w tym przypadku raczej na danych klinicznych i anatomicznych. Odchylenie komplementu w surowicy krwi ma w tym spostrzeżeniu znaczenie podrzędne, gdyż chora otrzymała już zastrzykiwanie szczepionki gonokokowej.

c) „Przypadek rozstrzeni (teleangiektazji) promienistych“.

Chora lat 31 ma na dolnej połowie prawego podudzia rozstrzenie, układające się na kształt gwiazdy: wielkość ogniska 3×3 cm. Naczynia rozszerzone przebiegają w liniach wężykowatych dośrodkowo. Na uwagę zasługuje fakt, że odcinek centralny ma wygląd zupełnie prawidłowy. Sprawa ta rozpoczęła się przed kilkunastu laty drobnymi rozstrzeniami, przed 4 laty uległa znacznemu rozszerzeniu na skutek odmrożenia kończyny. Zmiany te opisał pierwszy Edel w 1926 r.

Analogiczny przypadek obserwowałem w 1933 r., opisałem go w Przeglądzie Dermatologicznym. W moim spostrzeżeniu pierwszym była dysfunkcja przysadki mózgowej; fakt ten mógłby być potwierdzeniem poglądów Krogha, którego zdaniem hormon przysadki ma wpływ regulujący na rozszerzalność naczyń włosowatych.

2) Kol. Kozłowski (członek Wydziału): „Przypadek jaskry i znamienia ogniste po tej samej stronie“.

Znamie ogniste obejmuje mniej więcej okolicę rozgałęzień I i II gałęzi nerwu trójdzielnego.

Chodzi o chłopca 11 letniego, który mniej więcej przed rokiem zauważył pogorszenie się bystrości wzroku na tym oku, bez bólów, ani też innych objawów.

Bystrość wzroku na tym oku wynosi 5/35, ciśnienie śródgałkowe 36 — 40 mmHg, a twardówka w dolnym odcinku wykazuje silne rozdęcie naczyń nadtwardówkowych, szczególnie jednego.

Przy wznięciu stwierdza się bladłość, głębokie zagłębienie tarczy n. wzrokowego oraz silne przesunięcie na niej naczyń ku nosowi. Przypadki takie należą do rzadkości, i jest ich w piśmiennictwie opisanych dopiero 7. Częściej nieco znamie ogniste towarzyszy jaskrze dziecięcej, t. zw. wodooocu, gdzie nawet niektórzy autorzy przypisują istnienie związku między tymi 2 schorzeniami, uważając, że chodzi tu o zwiększone wydzielanie płynu śródgałkowego z powodu zwiększenia się liczby i wielkości naczyń w układzie naczyniowym oka, lub też, że chodzi tu o zaburzenia na skutek zmian w zakresie rozgałęzień n. trójdzielnego. Inni znowu są zdania, że schorzenia te nie mają ze sobą nic wspólnego, a jednocześnie występowanie ich jest tylko przypadkowe.

b) „Przypadek obustronnego wodoooca“. W drugim przypadku chodzi o wodooocze obustronne, w którym na szczególną uwagę zasługuje brak znacznego rozszerzenia rąbka ro-

gówki oraz na tylnej ścianie rogówki pęknięcie błony Descemet'a, bardzo charakterystycznych dla wodoooca i będących wyrazem wzmoczonego ciśnienia śródgałkowego. Gdyby nie wzmoczone ciśnienie śródgałkowe i obecność zagłębienia jaskrawego tarczy nerwu wzrokowego oraz osłabienia bystrości wzroku na skutek zaniku nerwu, można było z wyglądu zewnętrznego sądzić, że chodzi tu o olbrzymią rogówkę, która nie jest według dotychczasowych zapatrywań schorzeniem, lecz anomalią, co, zdaniem niektórych autorów, jest zjawiskiem atawistycznym, oko bowiem z olbrzymią rogówką jest podobne do oka zwierzęcego.

3) Kol. Stojalowski (członek Wydziału): „Przypadek ziarnicy złośliwej“.

St. przedstawia przypadek sekcyjny ziarnicy złośliwej mężczyzny lat 24. (1 prot. sekc. 385/36). Przypadek ten jest ciekawy ze względu na umiejscowienie zmian chorobowych poza węzłami chłonnymi i śledzioną również w szpiku kostnym. Ziarnica złośliwa szpiku kostnego dała szereg następnych zjawisk, które utrudniały rozpoznanie sekcyjne. Stwierdzono mianowicie przy nietypowym dla ziarnicy złośliwej obrazie śledziony powiększonej, obraz narządów charakterystyczny dla niedokrewności ciężkiej a jednocześnie zauważono zgorzel migdałków, która nasuwała podejrzenie w kierunku agranulocytozy. Okazuje się, że umiejscowienie ognisk o typowych komórkach Sternberga w szpiku kostnym doprowadziło do uszkodzenia układu krwiotwórczego w sensie zniszczenia aparatu erytropoetycznego (zmiany charakterystyczne dla niedokrewności aplastycznej) oraz uszkodzenie aparatu leukopoetycznego z obrazem agranulocytozy. Stąd obraz sekcyjny niezwykle zawiły, złożony ze zmian charakterystycznych dla ziarnicy złośliwej, niedokrewności aplastycznej i agranulocytozy jednocześnie.

3) Wykład:

Kol. Lubieniecki (członek Wydziału): „Podstawy dawkowania naparstnicy“.

Wykład ukazał się w Nowinach Lekarskich 1936 r. Nr. 28, str. 726—736.

4) Wykład:

Prof. Dr. Władysław Szymonowicz (Lwów): „O zakończeniach hipolemalnych we włosach zatokowych“ (W zastępstwie autora odczytał referat Dr. K. Stojalowski).

W wykładzie pod powyższym tytułem omówił autor powstawanie i zachowanie się zakończeń hipolemalnych, t. j. leżących pod błoną szklaną. Wykład niniejszy jest tylko jedną z części dużej pracy porównawczej p. t. „Badania porównawcze nad unerwieniem włosów zatokowych u ssaków“, której dwie części ukazały się już drukiem, trzecia i ostatnia są na ukończeniu. W wykładzie niniejszym zostały dokładnie omówione ciała dotykowe Merkla, które, zdaniem autora, składają się z dwóch części, t. j. komórki dotykowej, powstałej z komórki nabłonkowej, odpowiednio pod wpływem włókna nerwowego zróżnicowanej, oraz menisku dotykowego, t. j. rozszerzenia końcowego włókna nerwowego. Autor omówił również pętle łączące, czyli t. zw. ansy, które zostały przez niego po raz pierwszy zaobserwowane. Są to dużych rozmiarów włókna ultraterminalne, które łączą sąsiednie meniski, względnie grupy menisków dotykowych ze sobą. Włókna intraepitelialne, zdaniem autora, występują we włosach zatokowych nie często, pojawiać się jednak mogą zarówno u płodów, zwierząt młodszych, jako też u zwierząt starszych. Zapatrywanie innych autorów (Retzius, Tello, Akkeringa), że ta postać występuje tylko u zwierząt młodszych, a u starszych następnie zanika, jest, zdaniem autora, nieuzasadnione.

(Wykład niniejszy ukaże się w całości w języku niemieckim w Zeitschrift f. Anatomie u. Entwicklungsgeschichte).

(—) K. Stojalowski. (—) W. Kapuściński.
Sekretarz: Prezes:

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Francuskiego Towarzystwa Hematologicznego w Paryżu z dnia 5 marca 1937 r. (Presse méd. Nr. 28/1937) H. Gounelle i J. Kabaker pokazywali przypadek postaci śledzionowo-gruczołowej podostrej białaczki szpikowej. Przypadek ten cechował się od pierwszych dni choroby powiększeniem gruczołów chłonnych, które osiągnęło znaczne rozmiary na szyi, w pachach i pachwinach, oraz powiększeniem wątroby i śledziony. Obecność najmłodszych postaci komórkowych we krwi i badanie wyciętego gruczołu stwierdziły ostry charakter cierpienia i pozwoliły na postawienie złego rokowania. Prelegenci przypominają trudności, związane z różnicowaniem między jednojądrzastymi postaciami młodocianymi.

Na posiedzeniu Francuskiego Towarzystwa Hematologicznego w Paryżu z dnia 5 marca 1937 r. (Presse méd. Nr. 28/1937) R. Debré, M. Lamy, J. Bernard i J.-J. Welti mówili o

rozpoznawaniu hematologicznym krzusa. Badania ich dowodzą, że rozbiory krwi dostarczają cennych danych w rozpoznawaniu krzusa. Od dawna znany już jest swoisty wzór leukocytny krzusa (leukocytoza ze znacznym zwiększeniem się liczby limfocytów); lecz dotychczas nie stosowano dla celów praktycznych seryjnych badań krwi. Zmiany w białym obrazie krwi występują dopiero w początku drugiego tygodnia choroby, nie mogą więc być zużytkowane dla celów bardzo wczesnego rozpoznawania tego cierpienia. Natomiast na ósmy, dziesiąty dzień choroby pozwalają one szybko potwierdzić rozpoznanie w chwili, kiedy jeszcze nie wystąpiły typowe napady kaszlu, a lekarz nie jest pewny rozpoznania. Prelegenci stwierdzili w 18 z spośród 20 zbadanych przypadków leukocytozę limfocytarną dostatecznie wyraźną, aby uzyskać pewność co do rozpoznania.

Liczba białych ciałek często przekracza 30.000, a liczba jednokomórkowych — 20.000 w 1 mm³. W połączeniu z posiewem płwocinny badanie krwi pozwala rozpoznać krztusiec prawie we wszystkich przypadkach i zastosować w stosunkowo wczesnym okresie skuteczne miary zapobiegawcze.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Paryżu z dnia 12 marca 1937 r. (Presse méd. Nr. 28/1937) Barrieu mówił o leczeniu niemiarowości zupełnej siarczanem chinidyny. Prelegent wykazuje, że siarczan chinidyny zawsze przywraca miarowość akcji serca, gdy trzepotanie (flutter) przechodzi pod wpływem dużych dawek digitaliny w niemiarowość zupełną. Opierając się na dwóch spostrzeżeniach prelegent twierdzi, że taka przemiana może się dokonać samoistnie. Jest to być może jedyna ewentualność, kiedy działa siarczan chinidyny.

Medycyna społeczna

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Blaski i cienie pracy lekarskiej w szpitalu*).

Podał

Prof. Dr. med. W. H. MELANOWSKI, Dyrektor Instytutu Oftalmicznego w Warszawie.

Podobnie jak i w innych krajach, i w Polsce szpitale przeszły szereg znacznych i istotnych ewolucji, nim stały się tym, czym są obecnie. Zależnie od etapów tych ewolucji, wzrastała się rola lekarzy w szpitalach, i równomiernie z tym coraz większa stała się wartość szpitali dla chorego człowieka.

Jak m. in. stwierdził W. Męcickowski na zasadzie Uchwał Synodów Polskich, w czasach dawniejszych szpitale były przede wszystkim przytułkami dla ubogich i zasadniczo pod kierownictwem duchowieństwa. Pomoc lekarska w nich nie zawsze była zapewniona w dostatecznym stopniu, jak to można wnioskować ze statutu Synodu w Łęczycy w 1425 r. W czasach nieco późniejszych, jak wnioskować możemy z uchwał Synodu Krakowskiego 1621 i 1711, rola lekarzy w szpitalach jest nieco większa, gdyż „przyjmować do szpitali można tylko taką liczbę ubogich, jaką pozwalają doktorzy, ale bez wiedzy i pozwolenia proboszcza, w dalszym ciągu, nikt przyjętym być nie może“. Toteż i czysto lekarskie zarządzenia wydawane są dla szpitali przez władze kościelne, czego przykładem może być choćby list pasterski Kard. B. Maciejowskiego i Synodu Krakowskiego z 1601 r., w których znajduje się polecenie „aby chorzy, dotknięci chorobą zakaźną, mogącą zarazić innych, byli utrzymywani oddzielnie“. Podobnie reguły Societatis Jesu z 1684 r. nakazują, by „jeśli choroba jest przerzutna, to naczynie ma być odłączone“.

W sprawach zarządu szpitali synody zwracały się tylko do proboszczów. Stan ten wydatnego znaczenia administracji szpitalnej, przeważnie duchownej, a małego udziału w tej administracji lekarzy u nas przetrwał prawie do połowy XIX stulecia, pomimo postępującej sekularyzacji administracji szpitalnej. Jako przykład przytoczę choćby wydatną rolę starszej siostry Miłosierdzia (przełożonej) J. Olszewskiej w pierwszych latach istnienia Instytutu Oftalmicznego (założonego w 1827 r.). Przykładem, jak mało wtedy zdawało sobie sprawy z wartości lekarza dla szpitala, jest choćby fakt, że po przedwczesnej śmierci Jana Hüllverdinga czynnikami administracyjnymi (rodzina fundatora) od 1829 do 1856 roku powierzyły służbę lekarską Instytutu dentyście i magistrowi chirurgii Adolfowi Anglowi, wątpliwej wartości lekarzowi, a w każ-

dym razie nie okuliście. Toteż dopiero w drugiej połowie XIX stulecia, a mianowicie od roku 1854, zaczyna się rozkwit tej placówki dzięki powołaniu na stanowisko konsultanta, a potem i lekarza naczelnego Wiktora Feliksa Szokalskiego. W ogóle w szpitalnictwie polskim i warszawskim w szczególności przełom na lepsze następuje dopiero około 1870 roku.

«Będzie to okres, w którym następuje — jak zaznacza dr. Józef Skłodowski w swych pamiętnikach, z których łaskawie zezwolił mi skorzystać w rękopisie — przekształcenie się szpitali — przytułków w istotne warsztaty lecznicze. Ówczesny Uniwersytet Warszawski rosyjski nie dawał dobrej szkoły, toteż większość lekarzy naczelnych i ordynatorów stanowili pospolicie praktycy bez zapалу i bez wyższych ambicji, mało wyrastający ponad szary tłum zwykłych bazgraczy recept. Oddziały szpitalne nie posiadały koniecznych urządzeń, zwłaszcza badawczych, a w ich frekwencji przeważali beznadziejni chronicy i marantycy. Toteż o oddziały jeszcze nie bardzo się ubiegano, nie dawały bowiem one ani zadowolenia, ani splendoru, a pensja była licha lub żadna. Lekarze naczelnicy byli to przeważnie ludzie już starsi, stanowisko to było raczej traktowane jako synekura». Były i tu jednak szczęśliwe wyjątki, jak dr. Władysław Stankiewicz — w szpitalu Ewangelickim, prof. dr. Wiktor Szokalski, Bolesław Gepner, Walenty Kamocki w Instytucie Oftalmicznym, Feliks Sommer w szpitalu Wolskim. Wśród czynników administracyjnych a więc kuratorów obok ludzi bezwzględnie wartościowych, jak naprz. Jan Tadeusz Lubomirski, byli też i ludzie przeważnie mało odpowiedni, a nieraz zupełnie obcy i nie stojący na wysokości zadania, podobnie jak i szereg intendentów, którzy nie mogli wszak zrozumieć wartości pracy lekarzy w ogóle i wolontariuszy lekarzy w szczególności i nieraz też, jak słynny generał Wiłujew, przeszkadzali im w pracy.

«A tymczasem w oddziałach szpitalnych, jak zaznacza Skłodowski, wszystko zaczęło się powoli zmieniać i ożywiać za sprawą kilku młodych ordynatorów, wśród których dla interny największe zasługi położyli Teodor Dunin i Alfred Sokołowski, dla neurologii Władysław Gajkiewicz, dla chirurgii Władysław Krajewski i Władysław Matlakowski, a dla okulistyki Wiktor Feliks Szokalski. Za nimi poszło wkrótce wielu innych, i oddziały szpitalne stały się wkrótce placówką bardzo cenioną, a wielu ich ordynatorów objęło z czasem zaszczytną rolę kształcenia młodych lekarzy, a niekiedy pokrywano i studentów oraz podtrzymywania polskiej nauki lekarskiej».

Podczas swych studiów w Uniwersytecie Kijowskim (rok 1907—1912) korzystałem już obficie z pole-

*) Odczyt w Polskim Towarzystwie Szpitalnictwa dn. 22.IV.1937.

canych mi często przez mych profesorów Rosjan podręczników polskich, a więc z diagnostyki różniczkowej Władysława Biegańskiego, z jego podręcznika chorób zakaźnych, z podręcznika chorób serca Władysława Janowskiego, z książki o chorobach płucnych Alfreda Sokołowskiego. Według opinii współczesnych książki te uważane były za stojące na bardzo wysokim poziomie. Dodam tu jeszcze, że jeden z najwybitniejszych podręczników okulistyki to: „Wykład chorób przyządu wzrokowego człowieka“, napisany przez Szokalskiego, wtedy naczelnego lekarza Instytutu Oftalmicznego w Warszawie. Książka ta wyszła w roku 1869, a tłumaczenie rosyjskie jej zjawilo się już w 1873 roku. Prócz tego w roku 1909 Bronisław Ziemiński, ordynator Instytutu Oftalmicznego wydaje własnym nakładem wybitne oryginalne dzieło: „Wykład okulistyki“. Wybitną rolę jako lekarz i pedagog odegrał też ordynator szpitala na Czystym Zygumt Kramsztyk.

Mówię o tym, żeby przypomnieć wszystkim, że szpitale polskie w końcu XIX stulecia — to wybitne placówki nauczania. Należy tu jeszcze podkreślić, że większość z tych placówek były bezpłatne, albo prawie bezpłatne, — tak Dunin, zyskawszy ordynaturę płatną około 25 rubli miesięcznie, już w dwa lata potem z powodów politycznych stracił tę placówkę jako płatną i do końca życia pracował bezpłatnie, utrzymując jednak własnym sumptem pracownię szpitalną. Oddział Dunina miał wtedy około 40 łóżek. Z początku wszelkie badania pracowniane wykonywano na salach chorych, a potem z wielkim trudem uzyskano nie wielkie pracownie oddzielne. Pomimo to w tych ciężkich warunkach chorzy otrzymywali od swych lekarzy pomoc, stojącą na zupełnie współczesnym poziomie, a szpitale zarazem były uczelnią dla wielu lekarzy.

Charakter ówczesnych prac naukowych był przeważnie praktyczny i dotyczył głównie obserwacji klinicznych oraz prób ulepszeń badania i leczenia. Jednak w związku z odkryciami Pasteura i Kocha u nas zaczyna się już praca usilna nad badaniem drobnoustrojów i zmian drobnoustrojowych w tkankach.

Wspomnieć też powinniśmy tu o próbach oparcia wskazań lekarskich na dane, sprawdzanych anatomicopatologicznie przez Edwarda Zielińskiego i jego szkołę.

Do lekarzy szpitalnych, w których wyrobił się kierunek naukowy patologiczny i doświadczalny, należy Edmund Biernacki.

Do gruntownie przygotowanych neurologów spośród ordynatorów warszawskich należy Władysław Gajkiewicz.

Praca lekarzy ordynatorów w tym okresie odbywała się w warunkach bardzo trudnych, gdyż przy skąpym uposażeniu szpitali nie tylko że nie mieli żadnych pensji lub też mieli niewielkie 300 do 450 rubli rocznie, ale, nie mając odpowiedniego zaopatrzenia oddziału, a chcąc pracować naukowo, z własnej szkatuły musieli utrzymywać pracownię szpitalną i wprowadzać ulepszenia w leczeniu, a chirurgów sprowadzać musieli i instrumenty i raz po raz własnym kosztem odbywać podróże zagraniczne naukowe dla dopełnienia wiedzy. Jako jednego z najwięcej zasłużonych chirurgów wspomnimy też Władysława Krajeńskiego, który własnym swym kosztem urządził w szpitalu pracownię naukową, gabinet rentgenowski i sprowadzał stale i kompletował narzędzia i instrumenty i wraz z Władysławem

Matlakowskim założył podstawy chirurgii warszawskiej.

Jedna z piękniejszych kart dziejów szpitalnictwa polskiego należy do Władysława Matlakowskiego (1851—1895). Syn chłopca, który w warunkach życia ciężkich, nie mając sam żadnego wykształcenia, dał wykształcenie uniwersyteckie swoim 4-m synom, Matlakowski był człowiekiem pełnej wartości tego wyrazu. Matlakowski był ordynatorem szpitala Dzieciątka Jezus od roku 1882 do 1889, t. j. dopóki mu ciężka choroba płucna nie wytrąciła z ręki narzędzi pracy chirurgicznej. Cechą wybitną umysłu Matlakowskiego była daleka od dyletantyzmu wszechstronność. Działalność jego jako chirurga ordynatora przypadła, jak zaznacza Roman Jasiński, na tle niebywałej epoki początków antyseptyki. Do roku 1885 ku wielkiemu utrapieniu w jego oddziale, podobnie jak i innych chirurgów, na dobre gospodarowała róża, i dopiero od 1885 roku zaczął Matlakowski stosować zasady nowej podówczas antyseptyki. Zaczęło się od stosowania 0,1% sublimatu do obmywania skóry i ran i 5% karbolu do dezynfekcji narzędzi. „Pamiętam dobrze, mówi A. Ciechomski, jak nie posiadał się z radości nasz dzielny przewodnik, gdy operacje przebiegać zaczęły bez gorączki, gdy róża, nieodstępna towarzysza naszych ran, doszczętnie i od razu wygasła, gdy wreszcie każda czysta rana goiła się doraźnie“.

Niedość mu jeszcze na tym, bo zaraz w niedługim czasie urządza własnym kosztem salę operacyjną, usuwa wszelkie sprzęty drewniane i zastępuje żelaznymi ze szkłem lub marmurem, sprawia wspaniałe szklane irygatory i kosztowne ceraty na stół operacyjny i opatrunkowy, przebiera w białe płaszcze siebie i wszystkich pomocników. Poza tym wciąż marzy o ułożeniu własnym kosztem posadzki kamiennej w sali operacyjnej, na co władze szpitalne się nie zgodziły z uwagi na jakieś przeszkody techniczne.

Przed laparotomią w wigilię sala operacyjna była oczyszczana dokładnie i zamykana do 9-ej rano dnia następnego dla uniknięcia zakażenia z powietrza, któremu wówczas przypisywano wielkie znaczenie.

Ze jednak Matlakowski nie wszystko nowe przyjmował bez zastrzeżeń, tego dowodzą jego obserwacje nad zatruciami karbolem, stosowanym zewnętrznie, tego dowodzi też nieużywanie przez niego sprayu przy żadnej ze swych laparotomii. Spray uważał za zbędny, chociaż używali go współcześni mu, jak Knowsley-Thornton, Spencer-Wells i inni. Do wiązania i szwów używał jedwabiu gotowanego w sublimacie 1:500. Do mycia gąbek i serwetek sublimatu 1:1000. Przed każdą laparotomią brał kąpiel, wdzwiewał czystą bieliznę i mył twarz i głowę sublimatem. Bardzo lubił uczyć i był istną skarbnicą wiedzy lekarskiej. Przed rozpoczęciem operacji w każdym, choćby najbłahszym przypadku wykladał otaczającym go tłumnie kolegom cały swój plan postępowania, tłumacząc się z każdego szczegółu, z każdego oryginalnego pomysłu. Ile to razy, sam mocno chorym będąc, w nocy przybiegał do szpitala, by się naocześnie przekonać, co się dzieje z biedakiem, którego w dzień operował. W zawodzie swym, chirurgii, posiadał zupełną znajomość literatury. Każdy przypadek dokładnie notował i opisywał ze szczegółami. Przez lat kilkanaście, t. j. przez cały czas swej działalności chirurgicznej, należy do najpłodniejszych pisarzy w piśmiennictwie lekarskim polskim. Nieraz podziwiać trzeba było, gdy w kilku jednocześnie pismach zjawiały się prace jego,

a każda napisana gruntownie i naukowo. Był więc Matlakowski jednym z najwybitniejszych współtwórców chirurgii polskiej i przewodnikiem duchowym swego pokolenia lekarzy.

Jako przykład wybitnej wartości lekarza szpitalnego końca XIX i początku XX wieku przytoczymy Bronisława Sawickiego (pamiętnik Skłodowskiego).

„Sawicki całą wiedzę i technikę chirurgiczną zawdzięczał sobie; od prof. Jefremowskiego, którego był asystentem, niczego się nie mógł nauczyć, prócz tego chyba, jak operować nie należy. Lecz miał wybitne zdolności, zapał, wytrwałość i gorące umiłowanie zawodu. Już w klinice swego niefortunnego szefa razem z A. Gabszewiczem i kilkoma asystentami Polakami musiał być raczej kontrolerem, niż uczniem, obrońcą chorych, pilnującym beładnych ruchów i noża Jefremowskiego i kończącym za niego wielokrotnie fatalnie rozpoczęte operacje. Tą przykrą, niewdzięczną drogą wyrabiał się stopniowo Sawicki w chirurgii, uzupełniając swą wiedzę praktyczną przez mozolne ćwiczenia na zwłokach, przyglądanie się robotcie innych chirurgów, a potem samodzielnie operacjami we własnym oddziale, wreszcie przez krótkie, lecz częste wyjazdy do klinik zagranicznych. Czytał bardzo wiele i gruntownie, przedstawiał licznych chorych na posiedzeniach lekarskich, zabierał chętnie i zawsze poważnie głos w dyskusjach, ogłaszał też cenne prace z zakresu chirurgii. Z biegiem czasu stał się jednym z najuczeńszych chirurgów polskich. To też przy wskrzeszeniu Uniwersytetu Warszawskiego jemu pierwszemu ofiarowano stanowisko dyrektora kliniki. Odmówił jednak i był tylko profesorem honorowym, a prócz tego prezesem, a następnie Sekretarzem Stałym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Prócz chirurgii zajmował się Sawicki gorliwie szpitalnictwem, a wszystko, co w tym kierunku zobaczył dobrego u obcych, starał się słowem i piśmem na nasz grunt przeszczepić. Wiele jego zabiegów rozbijało się o warunki gospodarcze i polityczne kraju, jednak część ich została uwzględniona lub przynajmniej zapoczątkowana, jak, na przykład, kursy pielęgniarstwa dla szarytek, po których spodziewać się można było znacznej poprawy w tej zaniedbanej dotąd u nas dziedzinie“.

Dużo czasu i miejsca zajęłoby mi cytowanie i wyliczanie zasług współczesnych lekarzy szpitalnych polskich. Widzimy wszak ich pracę staranną, bezinteresowną i zapewniającą chorym współczesną pomoc lekarską, czytamy ich prace, stojące na poziomie współczesnego leczenia, podziwiamy w ciężkich warunkach ich pracę pedagogiczną, dzięki której liczni ich uczniowie otrzymują należyte przygotowanie dla pracy samodzielnej.

Kiedy mowa o pracy ofiarnej lekarzy, nie sposób tu pominąć pracy ofiarnej lekarzy wolontariuszy, którzy bezinteresownie zupełnie niosą często na swych barkach cały ciężar obsłużenia należytego naszych oddziałów szpitalnych. Sam ordynator i jego asystenci, zresztą bardzo nieliczni i słabo uposażeni, nigdy nie byliby w stanie obsłużyć często wielkich i przepełnionych po brzegi oddziałów, gdyby ci lekarze zupełnie bez żadnych widoków na przyszłość nie ofiarowali choremu swej uczynnej i bezinteresownej, a tak wartościowej pracy. Od swej pracy zarobkowej, często bez odpoczynku biegają oni do szpitala wprost z czystego, bezinteresownego przywiązania do chorych i medycyny. Mówi się, że odbywają oni stage, że korzystają i zdobywają doświadczenie szpitalne, a nikt się nie zastanowi, jak mało ci cisi pracownicy liczyć mogą na jakiekolwiek stanowiska w przyszłości, i czy zachęcają ich obecne warunki, jakie mają choćby ci płatni lekarze szpitalni. W czasach obecnych ciężkich, gdy nie znające litości prawo fiskalne zrobiło sobie i z lekarzy tylko źródło dochodów i podatków kosztem choćby odebrania im możliwości dalszego kształcenia się i kształcenia swych dzieci — a pomimo to zwycięża jeszcze w lekarzach i młodszych i starszych myśl humanitarna, i często lekarz, sam nic nie mając, pracę swą bliżnim i społeczeństwu zupełnie bezinteresownie ofiarowuje. Często zresztą praca ta jest zapoznawana, i robione są nawet próby drożenia się i ograniczania czasu tej cennej i ofiarnej pracy, bez której wiele z oddziałów szpitalnych musiałoby ograniczyć swą działalność, a może nawet i przerwać ją zupełnie, a jednak ich pracy też zawdzięcza społeczeństwo pogłębienie wykształcenia klinicznego i fakt, że oddziały szpitalne jeszcze dotąd są szkołą, a ich kierownicy ordynatorzy profesorami młodszego pokolenia lekarzy. (Dok. nast.).

Wiadomości bieżące.

— Ogólnopolski charakter „Dni Krakowa“. Urządzane w roku zeszłym po raz pierwszy obchody, koncerty, widowiska, w okresie t. zw. „Dni Krakowa“, jakkolwiek miały charakter niejako próbny, wykazały, iż Kraków, jak żadne inne miasto w Polsce, nadaje się do urządzania festiwalu artystycznych na wielką miarę. Piękne zabytki Krakowa, jego pamiątkowe budynki, cała atmosfera „starego grodu“, w tym czasie niezwykle ożywionego — stanowi o nastroju i nastawieniu przybyłych turystów. Dziedzińce zamkowe i pałacowe, dziedzińce starych budynków, a wreszcie ulice same — są jakby wielkim, wspaniałym teatrem dla wielkich festiwalu. Także wygodne położenie Krakowa blisko granicy stanowi moment zachęcający dla przyjeżdżających turystów z zagranicy. Komitet Obywatelski „Dni Krakowa“, zdając sobie w pełni sprawę z tej roli reprezentacyjnej, do jakiej powołany jest Kraków, będący sceną całej Polski, stara się o program o charakterze ogólnopolskim, z udziałem czynników artystycznych całego kraju. Zaznaczamy kilka punktów tego programu. Przypominamy, iż w dziale muzyki pozyskano dla występów w Krakowie wielką orkiestrę symfoniczną Polskiego Radia. Jest to dziś najpoważniejszy i największy ze-

spół orkiestralny (100 osób). Z uwagi na swój wysoki poziom artystyczny orkiestra symfoniczna Polskiego Radia stanowi atrakcję na miarę europejską. Da ona w tym roku trzy wielkie koncerty, z których dwa poświęcone będą muzyce polskiej i obejmą częściowo utwory dotąd nigdzie niewykonywane, trzeci koncert poświęcony będzie najcelniejszemu dziełom muzyki obcej. Ponadto jeden koncert poświęcony będzie w całości pamięci ś. p. Karola Szymanowskiego. „Dni Krakowa“ będą miały także „dzień pieśni polskiej“. Zjadą się wszystkie chóry zorganizowane w województwie krakowskim, które zapraszają na zjazd chóry sąsiednich województw, a przede wszystkim znakomite chóry województwa śląskiego. Wielki monstre-koncert zjednoczonych chórów zgromadzi więc co najmniej 2.000 śpiewaków na estradzie. W programie znajdzie się między innymi utwór Mariana Rudnickiego „Hej, Ty Wisło!“ W dziale teatralnym Komitet Obywatelski zabiega o to, aby teatr krakowski wystąpił w zespole powiększonym, przez udział artystów poza miejscowych. Wielkie widowisko H. Morstina p. t. „Kopernik“, w reżyserii Dyr. Prof. Frycza wymagać będzie obsady około 300 osób, dla których przygotowuje się bogate kostiumy. Jest to pierwszy krok zamierzonej szerokiej

współpracy z zespołami teatralnymi, poza krakowskimi. Osobną pozycję w programie „Dni Krakowa” zajmuje pokaz p. t. „Lud Polski w muzyce, tańcu i śpiewie”. Zgłosiło już udział szereg Związków Teatrów ludowych, między innymi zespoły z Wielkopolski, Wileńskiego, Lubelskiego, Małopolski Wschodniej, Wołyńskiego, Śląska i t. d. Pokaz połączony będzie równocześnie z konkursem tańców ludowych grup nizinnych i zajmie w programie 4—5 dni. Przygotowywane wystawy: Grottgerowska oraz ś. p. Leona Wyczółkowskiego jak i inne, mają zgromadzić prace tych artystów w jak największej ilości, a więc także i z całego terenu pozakrakowskiego. Kraków, będący kolebką sportu, w dziele tym, w okresie „Dni Krakowa”, wystąpi niezwykle okazale, mobilizując nie tylko wszystkich miejscowych sportowców, lecz przygotowując ponadto szereg spotkań (szczególnie piłki nożnej) z zespołami pozakrakowskimi i zagranicznymi. Propaganda, jaką Komitet Obywatelski przeprowadza dla „Dni Krakowa” zagranicą, niewątpliwie sprowadzi licznych turystów, którzy przyjazd do Krakowa będą mieli ułatwiony przez znaczne ulgi (zniżki kolejowe, bezpłatne wizy), a którzy ponadto otrzymują możliwość czterech ulgowych przejazdów po Polsce w dowolnych kierunkach. Także i krajowi turyści będą mieli ułatwiony przejazd do Krakowa. Dzięki Lidze Popierania Turystyki otrzymują na podstawie kart uczestnictwa 50% zniżkę kolejową oraz cały szereg świadczeń i zniżek, a między innymi także zniżkę 33% na kolejkę linową na Kasprowy Wierch. „Dni Krakowa” przez swój charakter stają się coraz bardziej imprezą ogólnopolską i niewątpliwie wejdą na stałe w orbitę zainteresowań najszerszych mas turystycznych krajowych i zagranicznych.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	28/II— 6/III	7/III— 13/III	14/III— 20/III	21/III— 27/III
Ospa	(0)	0	0	0
Dur brzuszny	88 (10)*	98 (8)	146 (11)	123 (10)
Dur rzekomy	0 (0)	0	0	1 (0)
Dur osutkowy	101 (1)	140 (7)	100 (13)	121 (6)
Dur powrotny	1 (0)	0	0	1 (0)
Czerwonka	2 (0)	3 (0)	4 (0)	10 (2)
Łonica	298 (6)	274 (9)	312 (8)	253 (0)
Łonica	311 (23)	335 (23)	303 (27)	270 (19)
Zapal. op. mózg.	85 (17)	68 (13)	78 (10)	50 (12)
Odra	1318 (5)	1478 (9)	729 (8)	486 (6)
Krztusiec	184 (17)	117 (9)	129 (9)	110 (13)
Malaria	3 (0)	0	3 (0)	5 (0)
Gorączka pługowa	39 (16)	38 (7)	33 (10)	30 (12)
Chor. Heine-Medina	3 (0)	2 (0)	0	0
Zap. mózg. śpiączk.	0	0	0	0
Choroba Banga	0	0	0	0
Trąd	0	0	0	0
Gruźlica	556 (264)	566 (253)	544 (235)	484 (235)
Róża	98 (7)	112 (4)	115 (6)	88 (3)
Jaglica	343 (0)	400 (0)	412 (0)	402 (0)
Twardziel	0	0	0	0
Waglik	0	0	0	0
Nosaczyna	0	0	0	0
Włośnica	4 (0)	5 (0)	1 (0)	0
Wścieklizna	0 (1)	0	0	0 (1)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— XV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie 4—7 lipca 1937 r. Sekcja XIV (historyczna) Zjazdu Lekarzy i Przyrodników we Lwowie obejmuje następujące działy: 1) Historię i filozofię medycyny. 2) Historię i filozofię nauk przyrodniczych. 3) Prasę lekarską i przyrodniczą. 4) Bibliografię. 5) Terminologię. — Do wszystkich lekarzy i przyrodników, interesujących się powyższym programem, jako też do wszystkich przedstawicieli prasy fachowej, zwracamy się z prośbą o jak najliczniejszy współudział w pracach Sekcji. Referaty, komunikaty, życzenia i wnioski prosimy nadsyłać na ręce przewodniczących komitetów miejscowych, którymi są: dla Krakowa Prof. Dr. W. Szumowski, Kraków, ul. Piłsudskie-

go 6; dla Poznania i Wilna: Prof. Dr. A. Wrzosek, Poznań, Górna Wilda 89; dla Warszawy Prof. Dr. L. Zembruski, Okólnik 11; dla Lwowa wreszcie i pozostałych terenów podpisany gospodarz Sekcji. Sekretarz Sekcji: Zygmunt Godyń, asystent Politechniki. Gospodarz Sekcji: Dr. Witold Ziembicki, Profesor historii medycyny, Lwów, ul. Bielowskiego 6.

— Zjazd Międzynarodowy w Vichy na temat niewydolności czynnościowej wątroby. W dniach 16—18 września 1937 r. odbędzie się w Vichy Zjazd Międzynarodowy, którego tematem głównym będzie niewydolność wątroby. W skład Komitetu Honorowego wchodzi z Polski p. Prof. Witold Orłowski. Program naukowy Zjazdu obejmuje następujące referaty: N. Glaessner (Wiedeń): Diagnostyka czynnościowa niewydolności wątroby. R. Debré, Gilbrin, Semelaigne (Paryż): Powiększenie wątroby okresu dziecięcego. L. Binet (Paryż): Czynność wątroby w zakresie przemiany siarkowej. Lemaire i Varay (Paryż): Obrzęki pochodzenia wątrobowego — studium patogenetyczne; J. Olmer (Marsylia) — studium kliniczne. Skóra i wątroba: Nrbach (Wiedeń). Wątroba i gruczoły dokrewne: Parchon (Bukareszt). Okresy niewydolności wątroby w przebiegu zimnicy: Hamilton, Fairley (London). Niewydolność wątroby a stan odżywienia ogólnego i szczególnie układu nerwowego: Anthony Bassler (New-York), Lathan A. Crandalli, A. C. Iwy (Chicago), Norman Elton (Reading), Hyman I. Goldstein (Canaden). Niewydolność wątroby neuro-wydzielnicza: Pende (Rzym) i Bufano (Sanari). Leczenie wątroby w stanach uczulenia. Niewydolność wątroby pochodzenia krążeniowego i jej leczenie. Leczenie zdrojowskowe niewydolności wątroby: Pierry i Milhand (Lyon). Niewydolność komórki wątrobowej i jej wskazania lecznicze: De Grailly (Bordeaux). Leczenie dietetyczne chorej wątroby: Gallart-Maréz (Barcelona). Niewydolność wątroby przed- i pooperacyjna oraz zapobieganie i leczenie: Pribram (Berlin). Rokowanie „zapaści operacyjnych” drogą badania czynnościowego wątroby: Pierre Duval, J. C. Roux, Coiffon (Paryż). Uczestnicy Zjazdu i ich rodziny korzystają na kolejach francuskich ze zniżek 40%, oraz z 25% zniżki w hotelach i pensjonatach w Vichy. Lekarze, którzy pragnęli by wziąć udział w Zjeździe, względnie zgłosić referat, a nie otrzymali dotychczas programu Zjazdu, zechcą się zwrócić celem otrzymania takowego pod adresem: Dr. Zera Edmund, ul. Barbary 6, Warszawa.

— Przeciwno niszczeniu żywności. Austriacki Związek przyjaciół Ligi Narodów powziął uchwałę, protestującą przeciwko niszczeniu żywności. Rezolucję tę przesłano światowemu Związkowi przyjaciół Ligi Narodów w Genewie. Według opublikowanych przez austriacki Związek przyjaciół Ligi Narodów danych, w St. Zjednoczonych zabito 60 tys. krów, przez kilka miesięcy wylewano codziennie do kanałów 200 tys. litrów mleka. W Brazylii wrzucono do morza 8 milionów worków kawy, t. j. połowę rocznego eksportu. Zbudowano w tym celu specjalne maszyny do niszczenia kawy. Na Węgrzech zniszczono olbrzymie ilości moreli, a w Danii zabito 25 tys. krów. Austriacki Związek przyjaciół Ligi Narodów składa wnioski, ażeby Liga Narodów uchwaliła wprowadzenie w poszczególnych krajach ustaw, zabraniających pod karą niszczenia żywności oraz proponuje, ażeby nadwyżki żywności rozdzielane były pomiędzy kraje, których ludność cierpi niedostatek. Podział ten ma się odbywać pod kontrolą Ligi Narodów.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

11.V. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

J. Walawski. Zasady elektrokardiografii. St. Hrom. Znaczenie kliniczne elektrokardiografii.

Résumé des articles originaux.

B. GRYNKRAUT. De la radiothérapie du système nerveux autonome et de l'importance du facteur humoral.

L'auteur contrairement à l'opinion classique, admet l'existence et le bien fondé d'une radiothérapie fonctionnelle, la radiothérapie destructrice n'étant, d'après la théorie active, qu'un des stades avancés, ultimes de la radiothérapie à fonction stimulante. D'après Gouin et Bienvenu il s'agit de la radiothérapie sympathique, quoiqu'elle abaisse aussi bien le tonus du vague, que celui du sympathique. C'est pour cette raison, que nous la considérons volontiers comme une radiothérapie du système nerveux autonome. En passant en revue les multiples applications de cette méthode (affections circulatoires, respiratoires, digestives et humorales) l'a note à côté des succès incontestables, des échecs multiples. L'analyse de ces échecs nous conduit au mécanisme propre de cette radiothérapie et constitue la théorie humorale de l'a. En partant de cette notion évidente, que l'irradiation du sang in vitro, aussi bien qu'in vivo a pour conséquence immédiate de faire abaisser le pH sanguin et de provoquer ainsi l'acidose, l'a. conclue, qu'à ce stade l'hormone sympathicomimétique, l'adrénaline, s'accumule dans le sang et augmente la sympathicotomie. Pour détruire l'excès de l'adrénaline il faut que l'excès de l'acide carbonique soit chassé par une ventilation énergique du poumon, ce qui par surcompensation produit une alcalose plus ou moins durable. Donc, si la radiothérapie ne fait dépasser au milieu humoral le premier stade de l'acidose, on ne noterait que des échecs (dans les affections sympathicotoniques bien attendu) et des succès en cas d'alcalose. Reste à expliquer l'influence de la radiothérapie sur la formation ou la destruction d'autres espèces hormonales, telles que l'histamine a effets sympathicolitiques, antagoniste de l'adrénaline, acéchole, hormone vagomimétique, pour que la

radiothérapie du système nerveux autonome prenne une place prépondérante dans nos pratiques médicales.

M-me N. ZAND. Un cas de perte complète de la conscience avec contracture en flexion des membres.

La malade, âgée de 57 a. a vu son bras gauche se contracturer au coude progressivement. Trois ans après le côté droit s'est pris à son tour. En même temps la conscience de la malade s'éclipsa et les membres inférieurs se sont mis en flexion forcée dans tous leurs segments. L'auteur cherche à trouver l'explication du phénomène de la paraplégie en flexion d'origine cérébrale en se guidant de la théorie des réflexes de posture, distribués par étages le long du névraxe. Anatomopathologiquement le cas présentait une artérite spécifique chronique et un état de désintégration lacunaire du tissu cérébral. Les olives bulbaires ont subi aussi la dégénérescence graisseuse.

M-me W. GEYSMER-JAROSZEWICZ. Quelques remarques sur la microsedimentation.

On a examiné la sédimentation des globules rouges du sang prélevé du doigt par la méthode d'Eberle. L'examen simultané du sang prélevé du doigt et de la veine, la comparaison des résultats obtenus par la microsedimentation avec d'autres méthodes a montré que la microsedimentation permet d'obtenir des résultats aussi probants que ceux par d'autres procédés. L'expression du sang du doigt accélère la chute des hématies. La méthode d'Eberle s'est montrée simple et bonne au point de vue technique. Chez les enfants sains on a observé généralement une grande instabilité de la réaction, surtout à l'âge de 3—8 ans, ce qu'on doit attribuer probablement aux infections occultes.

A. P.

TREŚĆ: B. GRYNKRAUT. Radioterapia układu nerwowego autonomicznego. Rola czynnika humoralnego. — N. ZAND. WA. Przypadek wygaśnięcia życia psychicznego z przykurczem wszystkich kończyn w zgięciu. — W. GEYSMER-JAROSZEWICZ. Kilka uwag o mikrosedimentacji i o opadaniu ciałek czerwonych u dzieci. — M. PŁOŃSKI. O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi (Str. pogl.) — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — W. H. MELANOWSKI. Blaski i cienie pracy lekarskiej w szpitalu. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: B. GRYNKRAUT. De la radiothérapie du système nerveux autonome et de l'importance du facteur humoral. — M-me N. ZAND. Un cas de perte complète de la conscience avec contracture en flexion des membres. — M-me W. GEYSMER-JAROSZEWICZ. Quelques remarques sur la microsedimentation. — M. PŁOŃSKI. Recherches modernes sur les néoplasmes malins (Rev. gén. fin.) — W. H. MELANOWSKI. Grandeurs et misères du travail des médecins dans les hôpitaux.

CENY OGŁOSZEŃ:

Okladka tytułowa złotych 300. — Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście rezerwowane: cała strona złotych 160.—, pół str. zł. 85.—, ćwierć zł. 45.—

Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych: cała str. zł. 140.—, pół str. zł. 75.—, ćwierć str. zł. 40.—, ósma część str. 25.—

Załączenie do całego nakładu wkładki reklamowej do wagi 20 gr. zł. 100.—

WARUNKI PRENUMERATY:

w Warszawie **12 Zł.**, na prowincji **14 Zł.**, zagranicą **16 Zł.** kwartalnie.