

Gastrologia Polska

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA GASTROLOGICZNEGO
POŚWIĘCONY CIERPIENIOM PRZEWODU POKARMOWEGO
I PRZEMIANY MATERII.

PRZY WSPÓŁUDZIALE:

A. AJZNERA (Łódź), M. BLASBERGA (Kraków), J. CZARKOWSKIEGO,
PROF. F. CZUBALSKIEGO, M. DOLKARTA, S. FRANKA, I. GRUNDZACHA,
PROF. A. JANUSZKIEWICZA (Wilno) L. JUSTMANA, S. KIJEWSKIEGO,
S. KLUKOWA (Łódź), W. KNAPPEGO, W. KONARA. (Częstochowa), I. KRANTZA,
ST. KRAMSZYKA, B. KRYŃSKIEGO, A. LANDAUA, PROF. I. LATKOWSKIEGO
(Kraków), PROF. A. LEŚNIEWSKIEGO, M. LUBELSKIEGO, J. MARZYŃ-
SKIEGO (Łódź), M. MESZA, F. NIEWIADOMSKIEGO, J. NUSBAUMA. M. ORZE-
CHA, PROF. Z. RADLIŃSKIEGO, J. REZNIKOWA, W. RÓBINA, R. RUBINROTA,
T. SAJDMANA, L. SCHLAGERA, A. TUCHENDLERA, PROF. F. VENULETA,
B. WEJNERTA, E. WITKOWSKIEGO.

REDAKTOR: Dr BRONISŁAW WEJNERT.

WYDAWCA: Dr IGNACY GRUNDZACH.

Redakcja: Marszałkowska 73, tel. 8-15-12, od 10 do 11.

Administracja: Towarowa 2/4, Drukarnia „SIŁA”, tel. 3.34-86.

Roczna przedpłata za tom (4 zeszyty) zł 8.—

Konto czekowe P. K. O. Nr 17-285.

W A R S Z A W A

1 9 3 8.

CARBO TISSOT

Aktywowany węgiel topolowy w postaci anyżowanych ziarenek w połączeniu z naftolem i kwasem bęźdzwinowym.

Wskazania:

**ZAPARCIA NAWYKOWE, WZDĘCIE,
NADMIERNA FERMENTACJA JELITOWA,
WSZYSTKIE STANY PODRAŻNIENIA JELIT.**

DAWKA DZIENNA:

1—2 łyż. od herbaty po jedzeniu. Przeciw zaparciom na noc.
Połykać nie rozgryzając.

L. NASIEROWSKI, Warszawa, ul. Kaliska 9

NEUTROL-„MOTOR”

KRZEMIAN GLINU $\text{Al}_2\text{Si}_6\text{O}_{15}\cdot 2\text{H}_2\text{O}$

usuwa pewnie i na czas dłuższy nadmiar
kwasu solnego, wobec czego jest niezastąpionym
środkiem we wszystkich schorzeniach, połączonych z nadmiernym
wydzielaniem HCl, jako to:



**NADKWAŚNOŚĆ, SOKOTOK ŻOŁĄDKOWY, WRZÓD
ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY.**

STAŁY SKŁAD! PEWNE DZIAŁANIE! NIE ZABURZA TRAWIENIA!

Gastrologia Polska

TREŚĆ: **Dr Leontyn Dmochowski.** Dieta w nowotworach złośliwych. — **Dr B. Joz.** O cholecystografii — **Dr med. L. Sellig.** O cholecystografii. — Posiedzenia Pol. Tow. Gastrologicznego. — Wiadomości różne.

Wydawca: Dr I. Grundzach.

Redaktor: Dr med. B. Wejnert.

Biblioteka Jagiello



1002809447

Z Państwowego Zakładu Higieny.
Dział Bakteriologii i Medycyny Doświadczalnej.
(Dyrektor: Prof. Dr L. Hirszfeld).

Dieta w nowotworach złośliwych.

Podał

Dr Leontyn DMOCHOWSKI (Warszawa)
stypendysta Fundacji im. J. Potockiego.

Jednym z niezliczonych środków leczniczych, stosowanych w schorzeniu nowotworowym od najdawniejszych do najnowszych czasów, jest dieta. Począwszy od Galena aż do naszych czasów próbowano w diecie wszystkiego, co tylko było możliwe do zastosowania w diecie, jako środka leczniczego na nowotwory. Zarówno pożywienie wegetaryjne, jak i mięsne uchodziło w pewnych okresach czasu za lecznicze lub też szkodliwe. W nowszych zaś czasach nie ma chyba potrawy lub chemicznego składnika pożywienia, które nie byłyby polecane jako środek, przynoszący poprawę, względnie wyleczenie w schorzeniu nowotworowym.

Omawiając tak obszerny temat, jak dieta w nowotworach złośliwych, niesposób nie cofnąć się aż do czasów najdawniejszych, żeby dać chociażby ogólne pojęcie o wysiłkach, jakie wkładano, by zwalczyć jedno z najstraszniejszych schorzeń.

Odżywianie chorych na nowotwory odgrywało szczególnie w dawniejszych okresach historii o tyle wybitną rolę, że w okresie



2704. a. 24/30

teorii o „atra bilis“ — czarnej żółci, która powstawać miała przez niecelowe odżywianie, przypisywano czarnej żółci główną przyczynę powstawania nowotworów. Celowe odżywianie miało służyć przede wszystkim dla ochrony przed rozwojem nowotworów, poza tym jako środek pomocniczy w innych metodach leczenia raka.

I tak dieta Galena zawiera dokładne przepisy o wszystkich środkach spożywczych, których należy unikać, żeby powstrzymać większą produkcję czarnej żółci. W diecie tej wzbronione były: wino, ocet, kapusta, stary ser, mięso z haut goût, mięso sarnie i zajęcze, mięso peklowane, orzechy. Dozwolone natomiast były: jaryzyny, mleko, młode mięso kocznie, mięso cielęce, drób, lekkie białe i czerwone wino. Galen twierdził, że uleczył przy pomocy tej diety i środków przeczyszczających wielu chorych na raka.

Dieta Galena przetrwała setki lat, jako konieczny środek leczniczy, pomocny przy wszystkich innych metodach leczniczych.

Celsus, Lanfranchi, Tagault, A. Paré, Walter Ryff, Helmont, Fr. Hoffmann oraz wielu innych wybitnych lekarzy aż do początku XIX stulecia uważało, że bez diety Galena niesposób przeprowadzić leczenie chorych na raka. Również i Velpeau kładł wielką wartość przy leczeniu raka na usunięcie z pożywienia silnie pieprznych i kwaśnych potraw, którym i Galen przypisywał główną winę w powstawaniu czarnej żółci.

Arabowie uważali również dietetyczne leczenie chorych na nowotwory za jedno z najistotniejszych, za szczególnie szkodliwe uważali oni spożywanie mięsa, dlatego podawali chorym na raka tylko potrawy jarskie. Poleca je Vigo jako jedyny celowy sposób wewnętrznego traktowania chorych na raka.

Gdy z biegiem czasu teoria o „atra bilis“ zastąpiona została przez teorię o lymfie, wysiłki wszystkich badaczy ówczesnych szły w kierunku usunięcia zepsutej limfy i „żrących kwasów“ z ustroju. Stąd usiłowania leczenia wewnętrznego chorych na raka przy pomocy najrozmaitszych postaci alkalicznych substancji.

Wspomnę tylko o wodzie wapiennej, *Natrium bicarbonicum*, mydle itp., podawanych w pożywieniu.

Wielki wpływ na dietetyczne leczenie chorych na nowotwory wywarła teoria o diatezach. Zwolennicy tej teorii uważali,

że przyczyną raka jest błędna mieszanina soków ustroju i starali się przez odpowiednie leczenie dietetyczne usunąć te zmiany.

Starsi lekarze z tego okresu polecają szereg środków, służących do usunięcia tej, jak się wyrażali, k a k o c h y m i i. Są to środki, według nich, czyszczące krew, do których zaliczają również niektóre składniki pożywienia.

Wspomnieć tu należy o lekarzach: B e r c h e l m a n n, de M a r e, B o e r h a a v e.

Ten rodzaj dietetycznego leczenia nowotworów przetrwał dziesiątki lat, a w siedemdziesiątych latach ubiegłego stulecia F. V. B e n e k e tę metodę empiryczną oparł na podstawach naukowych. Teoria B e n e k e g o o diatezach polegała na tym, że w wywołaniu nowotworów przypisuje on znaczenie patologicznej mieszaninie soków ustroju, polegającej na nadmiernym nagromadzeniu kwasu fosforowego, wapnia, potasu, żelaza i albuminatów nieutlenionych: poza tym nowotwory obfitować mają w myeliny.

Stąd wzbrania B e n e k e podawania chorym na nowotwory środków spożywczych, obfitujących w białko, oraz w kwaśny fosforan wapnia. Dieta polega więc na podawaniu pożywienia uboższego w azot i kwaśne sole fosforowe (ażeby uniknąć nadmiernego wytworzenia żółci), obfitować ma ona natomiast w tłuszcz, węglowodany i kwaśne sole roślinne.

Poparcie dla swej teorii dietetycznej znajdował B e n e k e w małej śmiertelności na raka ówczesnych więźniów w Prusach, którą przypisywał pożywieniu jarskiemu więźniów.

Dieta całodzienna, wg. jego przepisu, wyglądała mniej więcej w ten sposób: śniadanie pierwsze — mocna herbata lub kakao z cukrem i śmietanką, mało chleba, dużo masła, do tego trochę kartofli z masłem. Drugie śniadanie — świeże lub gotowane owoce, biszkopty, szklaneczka wina. Obiad: zupa owocowa lub winna, zupa kartoflana, 50 g mięsa z kartoflami, sałata, ryż, wino reńskie. Piwo pozwalał tylko w małych ilościach. Po południu: mocna herbata z cukrem, śmietanką i biszkoptami. Wieczorem: zupa jak w południe, ryż, owoce, kartofle z masłem, sardynki lub śledź, lekkie wino. Jak widzimy, dieta B e n e k e g o nie grzeszy wcale skąpością.

B e n e k e nie uważał diety swej jako bezpośredniego środka leczniczego raka, jednak jako ważny środek pomocniczy przy za-

pobieganiu nawrotom po operacjach, gdyż miała ona obniżać dyspozycję do schorzenia nowotworowego. Zdanie to podzielał również H o c h e n e g g, który usunięcie diatezy rakowej uważał za ważny warunek dla uniknięcia nawrotów po operacji. Do tego, według H o c h e n e g g a, jako najbardziej celowe nadaje się jedynie pożywienie jarskie.

W ogóle odżywianie chorych na raka przy pomocy jarskiego pożywienia polecali, jak wspomnieliśmy, jeszcze Arabowie. Również w późniejszych stuleciach kwestia, jak należy odżywiać chorych na raka: pokarmem mięsnym, czy jarskim, odgrywała wielką rolę. Kwestia ta była stale łączona ze związkiem, jaki zachodzić ma między odżywianiem a powstawaniem nowotworów. Należało by wspomnieć, że również poszczególnym pokarmom jarskim przypisywano niekiedy szkodliwy wpływ na chorych rakowatych, jak również z licznych stron podnoszono od dawna, że odporność na nowotwory ludzi i zwierząt, jedzących jarskie pożywienie, nie istnieje.

Mimo wszystko jednak przez długie lata uważano jarski sposób odżywiania jako celowy środek leczniczy, pomocny przy innych metodach leczenia nowotworów. Już R e i t z, wojskowy lekarz rosyjski, na długo przed B e n e k e, stosował dietę jarską, jako środek pomocniczy przy podanej przez niego metodzie leczenia nowotworów.

Również niektórzy badacze dla wzmocnienia własnych sposobów leczniczych stosowali później dietę B e n e k e g o. Szczególnie E s m a r c h, wybitny chirurg niemiecki, chciał przez kombinację leczenia arsenem z dietą jarską osiągnąć dobre wyniki.

Jego przepis dietetyczny był następujący: Zabronione było — mięso, ryba, raki, ostrygi, jaja, ser, orzechy, i wino. Dozwolone — świeże jarzyny, kartofle, owoce, cukier, tłuszcz, masło, chleb w małych ilościach. Z napojów dozwolone były: woda, niezawierająca wapna, herbata, czekolada, lekkie wino i mało mleka.

Podobnie J a k u b a s c h stosował dietę B e n e k e g o, jako uzupełnienie dla swej metody terpentynowej. Również i E j k m a n n uważał, że dieta ta pomaga przy naświetlaniu promieniami R e n t g e n a.

W nowszych czasach W. S t e r n b e r g zwraca uwagę na niechęć i brak apetytu u chorych na raka szczególnie do mięsa i potraw mięsnych. Ta niechęć do jedzenia mięsa jest dla S t e r n -

berga probierzem rozpoznawczym w nowotworach, a nawet identyfikuje on problem nowotworowy z problemem apetytu.

W przeciwieństwie do teorii diatez, teoria o działaniu soli Braithwaite'a oparta jest na podstawie patologii komórkowej. Polega ona na tym, że przez nadmierny dowóz soli następować ma zaburzenie równowagi ciał nieorganicznych w życiu komórek ustroju. Poleca on ograniczenie, względnie całkowite usunięcie z pożywienia chorych mięsa świńskiego, które zawierać ma wielkie ilości soli.

Z drugiej strony badacze inni, jak Omega, Bougard, uważają obfity dowóz soli kuchennej za konieczny dla chorych na raka, jak również podawanie mięsa. W. Moraczewski uważał za konieczne dostarczanie soli kuchennej i fosforanów wapniowych w pożywieniu dla chorych rakowatych.

Następnie obok soli kuchennej i nukleina zaczęła odgrywać rolę w pożywieniu chorych. Według F. Skeretta rozwój nowotworu zależy ma od jąder komórkowych, względnie nukleiny. Więc przez wolną od nukleiny i fosforu dietę można, według Skeretta, uniknąć powstania nowotworu.

To, że rodzaj pożywienia nie jest bez wpływu na wzrost nowotworów, zostało udowodnione w obecnym stuleciu na nowotworach doświadczalnych szurzych i mysich. I tak, na przykład, J. Sweet, Corson-White i E. J. Saxon wykazali, że przy sztucznym pożywieniu, które jako jedyne źródło azotu zawiera gluteninę i gliadynę, wzrost nowotworów przeszczepialnych zostaje zahamowany. Podobnie zachowuje się nowotwór Rousa. E. van Alstynne i S. P. Beebe wykazali zaś, że przy karmieniu szczurów pokarmem, pozbawionym węglowodanów, mięsak Jensen'a przyjmuje się znacznie gorzej, podczas kiedy laktoza ma działać korzystnie na wzrost tego nowotworu.

K. Funk starał się również powiązać odżywianie z powstawaniem nowotworów. Według niego wzrost nowotworu jest regulowany przez pewne chemiczne substancje, do których należy i grupa nukleinowa. W wieku starszym następuje obniżenie przemiany nukleinowej, stąd wyłączenie nukleiny z pożywienia chorych na nowotwory. Natomiast jego teoria witaminowa początkowo nie została szerzej rozbudowana. Bliżej zajął się witaminami C a s p a r i i jego współpracownicy, o których wspomniemy niżej.

Więcej o charakterze profilaktycznym, jak leczniczym jest dieta Kellinga. Na podstawie teorii swej, według której komórki nowotworowe nie są niczym innym, jak komórkami embrionalnymi gatunków obcych, które z zewnątrz dostały się do ustroju, żąda on, by wszystkie pokarmy, mogące zawierać te komórki, przed użyciem unieszkodliwić. Dlatego przestrzega przed spożywaniem surowych jaj i surowego mięsa, które zawierać ma komórki embrionalne. Czy na tej drodze można osiągnąć jakiś skutek, pozostaje to jeszcze pytaniem.

Należałoby również wspomnieć i o diecie głodowej. Już w starożytności lekarze na drodze czysto empirycznej próbowali przez zmniejszenie dowozu pożywienia, jak również przez czasowe zupełne głodówki leczyć nowotwory złośliwe. Metoda ta, znana pod nazwą *fames cura*, odgrywała dłuższy czas rolę. Wspomina o niej już *Cornelius Nepos*. Lecz dopiero w 18-tym stuleciu *C. Fr. Kaltschmid* poleca dietę głodową w szerszym zakresie. Przygotowywał on chorych do zabiegu operacyjnego w ten sposób, że kazał im pościć przez szereg dni, a nawet tygodni przed operacją. Stosował on dietę głodową tygodniami i miesiącami, pozwalał tylko w przeciągu 24 godzin na kilkakrotne picie niewielkich ilości wody. Podawał również doustnie magnezję, przeciwko foetor ex ore. Dopiero po 2 miesiącach otrzymywał taki chory 1 żółtko i 2 szklanki wody dziennie, w drugim tygodniu 2 żółtka i 4 szklanki wody, w 3-cim tygodniu trochę kremu z ryżem i cukrem. W ten sposób jakoby miał wyleczyć przypadek raka sutka. Jednak *G. Bayle*, jak również *Pouteau* i *L. Rouzet* podają w wątpliwość, czy był to nowotwór. Zgadzano się na jedno, że dzięki tej metodzie bóle zostają uśmierzone, z chwilą zaprzestania jej stosowania, wracają jednak z powrotem. Aczkolwiek *Velpéau* stosował metodę tę bez efektu, przetrwała ona długi czas jako czynnik pomocniczy przy innych rodzajach leczenia.

Co do znaczenia napojów przy dietetycznym leczeniu nowotworów, to zarówno w czasach dawniejszych, jak i nowszych nie spotykamy nigdzie alkoholu jako środka, polecanego w diecie. Nawet sama woda budzi zastrzeżenia u niektórych badaczy, i tak *W. Lambé* podaje tylko wodę destylowaną.

Wielu autorów, którzy uważali głodówkę za zbyt mocny środek, podawali wyłącznie mleko, względnie serwatkę. *H. Fée* —

rous, M. Deidier, H. Walshe spostrzegać mieli złagodzenie bólów po tego rodzaju diecie. Polecali tę metodę również Westring i F. Hoffmann. Z drugiej zaś strony zwolennicy teorii pasożytniczej uważali mleko za napój szkodliwy. Co do ilości płynów, jaką spożywać ma chory, nie ma dokładnych danych, jedynie przy raku żołądka polecano raczej dietę suchą.

Z praktycznego punktu widzenia nie osiągnęło jednak dietetyczne leczenie nowotworów nigdy większego znaczenia. Podobnie jak dieta głodowa, względnie dieta, polegająca na ograniczeniu pokarmów. Zapropozowana przez Hellina na podstawie jego biologicznej teorii dieta, polegająca na ograniczeniu pokarmu, dzięki któremu mają, według niego, nowotworowe komórki rosnać wolniej i tracić przez to swój charakter złośliwy, pozostała jedynie w sferze projektów. Podobnie i dieta W. Hoffmanna, polegająca na ograniczeniu pokarmów, szczególnie białkowych.

Prawie wszystkie dotychczas wymienione próby stosowania diety w nowotworach oparte były albo na podstawie czysto empirycznej, albo na niedostatecznej podstawie naukowej.

W ostatnich czasach Caspari oraz jego współpracownicy F. Ottensooser, E. Blothner, M. Fausser zajęli się zbadaniem wpływu, jaki wywiera dieta oraz niektóre składniki pożywienia na wzrost nowotworów przeszczepialnych u zwierząt. *) Caspari i jego współpracownicy wykazali, że dieta połączona z ograniczeniem pokarmów hamuje wzrost nowotworów przeszczepialnych, szczególnie stosowana na jakiś czas przed i po zaszczepieniu nowotworu. Karmienie ziemniakami, mięsem, owsem obniża wzrost nowotworu, nie działając szkodliwie na ustrój zwierzęcia. Co do wpływu witamin, to całkowita awitaminoza doprowadza do silnego zahamowania wzrostu nowotworów. Z poszczególnych witamin, witamina B (wyciąg z drożdży), podawana w dostatecznej ilości, wystarcza do prawidłowego wzrostu nowotworu; dodanie witaminy A nie wywołuje wówczas żadnych zmian we wzroście nowotworu. Przy awitaminozie B, brak węglowodanów przedłuża znacznie okres życia zwierząt nowotworowych. Caspari za-

*) Jeszcze w 1913 r. Centanni podał, że dieta pozbawiona witamin („ablastynowa“) wywiera wpływ hamujący na raka myszek.

znacza, że działania pobudzającego wzrost witaminy B nie należy sprowadzać do ewentualnych domieszek witaminy D. — Co do diety suchej, to działanie jej polega przede wszystkim na zupełnym prawie ograniczeniu powstawania przerzutów u zwierząt. Efekt ten polega przeważnie na ogólnym niedożywieniu. Według Caspariego witamina B w wielkich dawkach przez dłuższy czas podawana, działa pobudzająco na wzrost nowotworów przeszczepialnych. Działanie to jednak zostaje kompensowane przez hamujące działanie Vigantolu, dzięki zawartemu w nim olejowi sezamowemu. Hamujące działanie na wzrost nowotworów oleju sezamowego stwierdzili również Nakahara, E. Friedberger i Heim, ostatnio zaś E. Freund, Lustig i Kolmer.

Już w 1930 r. Caspari podał na podstawie wspomnianych doświadczeń na zwierzętach, główne wytyczne diety dla chorych na nowotwory. Po pierwsze dieta powinna być ograniczona; u chorych na raka należy zatem szczególnie po operacji lub naświetleniu unikać nadmiernego odżywiania. Mierny dowóz witaminy A przynieść może korzyść przez podniesienie sił obronnych ustroju. (Nadmierny natomiast dowóz witaminy A, przy wartościach granicznych witaminy B, korzystnie wpływa na wzrost nowotworów). Odwrotnie witaminę B należy w granicach możliwie jak najdalej idących ograniczyć. Niedobór witaminy B spotęgować można przez ograniczenie dowozu węglowodanów (szczególnie świeżych jarzyn i cukru), co zwiększa awitaminozę B. Do tych wskazań tym łatwiej jest dostosować się, że dozwolone jest mięso. Według Caspariego dowóz pokarmów białkowych nie powoduje zwiększenia wzrostu nowotworu, przeciwnie raczej hamuje. W pożywieniu należy unikać nadmiernego dostarczenia energii, czemu sprzyja tran wątrobowy. Tłuszcze zwierzęce więc, podobnie jak białko, dozwolone są w diecie Caspariego. Natomiast tłuszcze roślinne, według Caspariego podobnie jak Freunda, wywierają działanie hamujące na wzrost nowotworów (oliwa).

E. Fraenkel i P. Geréb na podstawie badań nad działaniem witamin na wzrost nowotworów przeszczepialnych u zwierząt polecają podobnie jak Caspari u chorych na raka, szczególnie po operacjach nowotworów, dietę ogólnie ubogą w witaminę, lecz kalorycznie dostateczną. Hiperwitaminoza sprzyjać ma

bowiem w powstawaniu nowotworów i przerzutów. Według doświadczeń Geréba i Kretschmara poleconym jest dodawanie do tego rodzaju pożywienia obficie mózgu, który podobno ma działać hamująco na wzrost nowotworów. *)

Przechodząc z kolei do omówienia diety Freunda i jego współpracowników, zaznaczyć należy, że według nich materiał ustroju nie jest odpowiednim pożywieniem dla nowotworów; różni on również normalne pożywienie od normalnego trawienia tego pożywienia. Według Freunda zarówno przez zmianę czynności jelitowej, jak i przez zmianę jakościową lub ilościową flory jelitowej, dochodzi do wytworzenia w jelicie z tłuszczów zwierzęcych palmityny, będącej źródłem nienasyconego kwasu dwukarboksylowego. Kwas ten wraz z czynnikami zewnętrznymi lub wewnętrznymi drażniącymi powodować ma powstawanie zmian nowotworowych.

Stąd dieta Freunda polega na usunięciu tłuszczów zwierzęcych z pożywienia oraz węglowodanów i drożdży, natomiast na podawaniu pokarmu, obfitego w białko, kazeinę oraz oliwę. Dieta Freunda eliminuje z pożywienia cholesterol exogennego pochodzenia, który, według badań Roffo, Bernsteina, i Eliasa, korzystnie działa na wzrost nowotworu. Pokrywa się ona w niektórych punktach z dietą Caspariego. Brak w niej pewnego ograniczenia w diecie, które poleca Caspari. Co do tłuszczów zwierzęcych, Caspari podobnie jak Iugiura i Benedikt stwierdzają w przeciwstawieniu do Freunda, iż duże dawki masła i palmityny, zmniejszają ilość udanych transplantatów u zwierząt. Sam Caspari podnosi jednak, że Freund po raz

*) Według Gordonoffa i Ludwiga witamina A i B ma własności pobudzające wzrost nowotworów (doświadczenia robione na fibroblastach kurzych) zaś witamina C, D i E są bez wpływu. Przenosząc swe spostrzeżenia na ludzi twierdzą, że niemożliwą jest rzeczą odżywiać chorych na raka dietą do tego stopnia ubogą w witaminy, żeby i wzrost nowotworu na tym ucierpiał. W ustroju samym jest dość witamin, które dalej pobudzać będą wzrost nowotworu. Witaminy w tak małych ilościach są czynne i tak rozpowszechnione w przyrodzie, że z punktu widzenia praktycznego ułożenie diety, pozbawionej pewnych witamin jest rzeczą prawie że niemożliwą. Wpływ witamin na wzrost nowotworów wykazały również badania autorów: Rhoda Erdmann, Haagen, Friedberger, Günstein Sugiura i Benedict.

pierwszy miał możność zastosowania diety swej na większym materiale ludzkim, jak również kontrolowania działania jej przez dość długi czas pobytu chorych w klinice.

Jako środki pomocnicze stosuje *Freund* przy swej diecie dezynfekcję jelita drogą doustną oraz za pomocą głębokich płukań jelitowych. Podaje on również domięśniowo t. zw. „Normalsubstanz“ wydobywaną z moczu i narządów koni normalnych, mającą za zadanie przywrócenie cytolizy surowicy chorych. Ma ona zastępować prawidłowe substancje, których ustrój chory na nowotwór nie otrzymuje z jelita.

Postępy w leczeniu kontroluje *Freund* przy pomocy całego szeregu odczynów we krwi, moczu i kale.

Recepta dietetyczna *Freunda* przedstawia się w sposób następujący: zabrania on podawania masła, mleka, i margaryny. Pokarmy gotuje się na oliwie roślinnej; należy podawać ubogie w tłuszcz, mięso cielęce lub wołowe oraz dziczyznę. Do potraw dodaje dla podwyższenia zawartości białka pepton, kazeinę i sproszkowaną surówicę. Zamiast cukru podaje krystalozę i sacharynę. Chleb robiony na wodzie, z jarzyn tylko niektóre. Owoce dozwolone są tylko niesłodkie. Ryby są dozwolone, kawa i herbata również, czekolada i kakao — nie. Wzbronione są również wino, wódka i piwo. W małych ilościach podawać można koniak i wermut.

Co do działania diety *Freunda*, to wywierać ma ona wpływ przeciwbólowy. Po kilku tygodniach poprawia się stan ogólny i samopoczucie chorego. *Freund* obecnie ma szereg przypadków w obserwacji od lat 5—8-miu, u których stwierdzono nowotwory nienadające się do operacji, chorzy ci żyją, czują się dobrze, a nawet oddają się swoim zajęciom po przejściu leczenia u *Freunda*.

Freund i jego współpracownicy nie uważają bynajmniej diety swej jako metody wyłącznej. Gdzie może być przeprowadzone leczenie chirurgiczne, lub energią promienistą, tam należy je przeprowadzić, jednak z następowym zbadaniem przemiany materii, oraz zastosować ewentualne leczenie dietetyczne.

Freund podnosi, że po zakończonym leczeniu energią promienistą lub po zabiegu chirurgicznym, obowiązkiem lekarza po-

wiedzieć jest pacjentowi, żeby odżywienie swe ukształtował tak, żeby było znów normalne *).

Po raz pierwszy dieta oparta na teorii wydedukowanej została poparta nie tylko doświadczeniami na zwierzętach, (Freund, Lustig i Kolmer, Wattermann), ale i obserwacjami klinicznymi na ludziach. Wyniki jej, jak podaje F r e u n d, mimo tylu już zawiedzionych nadziei przy wypróbowaniu różnych diet, zachęcają raczej do przekontrolowania jej na większym materiale klinicznym.

*) Wattermann, rozpatrując metody ogólnego leczenia chorych na raka, jest zdania, że należy tu również troska o jak najkorzystniejsze żywienie chorych. Cóż za korzyść zapytuje on, możemy mieć z operacji lub naświetlania, jeśli potem pozostawiamy chorego w warunkach niesprzyjających jego całkowitemu powrotowi do zdrowia. Do tych niekorzystnych warunków należy również przekarmianie chorego. Wg. Wattermanna nie jest jeszcze czas do podania diety ściśle dokładnej i uregulowanej z powodu skąpych jeszcze w tym kierunku podstaw naukowych. Na podstawie jednak własnych doświadczeń na zwierzętach (rak smołowy), przyznaje, że szkodliwą jest dieta obfitująca w tłuszcze zwierzęce i węglowodany, w przeciwieństwie zaś witamina A działa korzystnie na zahamowanie wzrostu nowotworu. Wg. Wattermanna dieta F r e u n d a nie tylko być może zwiększy szanse uzdrowienia chorych ale i w zapobieganiu chorobie przyniesie korzyść, w której zdaje się leżeć źródło zwycięstwa choroby raka. K r e t z z szpitala w Linzu donosi o dobrych wynikach przy stosowaniu metody Freunda (materiał 200 chorych), które podobne są do osiągnięć Freunda.

○ cholecystografii.

Podał

D-r. B. JOZ.

(W sprawie artykułu d-ra L. Selliga. Cholecystografia doustna i jej przyśpieszenie. *Gastrologia Polska*. 1937.XII.4.).

Praca kol. Selliga zawiera szereg spostrzeżeń i wniosków, z którymi trudno pogodzić się i które wymagają sprostowania.

Autor w swej pracy podniósł wady metody dożylniej, a wszelkie zalety zapisał na dobro metody doustnej. Czytamy mianowicie w artykule: „Ujemną stroną zastrzyku są często występujące nudności, wymioty, zawroty głowy i dreszcze“, z czego autor konkluduje — „Dziś cholecystografia doustna coraz bardziej wypiera metodę dożylną“ i dalej—„cholecystografia doustna pozwala uniknąć przykrych możliwych następstw zastrzyku“. Autor nie wspomina o „ujemnych stronach“ doustnego stosowania tetrajodphenolphtaleiny, jak gdyby w ogóle nie istniały, jak gdyby nie były przedmiotem rozważań wielu autorów, i czytelnik, mniej obeznany z metodą cholecystograficzną i z piśmiennictwem jej dotyczącym, gotów jest podzielić wnioski autora o niebezpieczeństwie zastrzyku i o niewinności, a zarazem zupełnej pewności, doustnej cholecystografii.

Kilku poważnych autorów, stanowiących autorytet w materii, i operujących obfitym materiałem cholecystograficznym, starało się ująć statystycznie sprawę ubocznych następstw przy doustnej metodzie. Przytaczam niektóre dane chronologicznie.

Grebe (*Mitteil. Grenzgeb. Med. u. Chir.* 1931/42). stwierdził przy doustnym podaniu kontrastu w 46% przypadków różne uboczne niepożądane następstwa, w tym było 16,7% przypadków wymiotów, przy powolnej metodzie doustnej 37% wypadków

i 3,5% wymiotów, po zastrzyku dożylnym tylko 20,6% wypadków różnego rodzaju.

Sandstroem (Acta radiol. 1931/12 i J. de Red. 1932/16) miał w 26,3% przypadków uboczne zjawiska, w tym 7,2% wymiotów.

Nissen (D. m. W. 1932/208) — 11,3% ubocznych następstw.

L. Sechehaye et J. Kadrnika (Pr. Méd. 1933/101) stwierdzili je w 10%, z tego w 4% przypadków — wymioty.

R. R. Newell and Edward Lut (Radiology 1934/23) podają aż 66% ubocznych następstw, 53% wymiotów i 4% biegunek.

F. Eisler — G. Kopstein powiadają krótko: „Bauchschmerzen und Erbrechen sind relativ selten bei Injektionen“ (S. 39, Röntgendiag. der Gallenblase)

Widzimy z tego krótkiego zestawienia, ad hoc zrobionego, różnicę zdań między kol. Selligiem a cytowanymi autorami.

Podkreśliłem wszędzie częstość wymiotów, gdyż ta okoliczność, jako uboczne następstwo doustnej cholecystografii, może częstokroć przekreślić wartość dokonanej cholecystografii. Aby kontrast dostał się do wątroby i z żółcią przeszedł do woreczka, powinien dostać się z żołądka do jelita i stąd po wchłonięciu do krwiobiegu. W razie wymiotów i biegunek część kontrastu zostaje wydalona na zewnątrz i szanse udanej cholecystografii maleją, zależnie od ilości niezużytkowanego i wydalonego na zewnątrz kontrastu. Przy zastrzyku niebezpieczeństwo to nie istnieje: cała zastrzyknięta masa kontrastu dostaje się do krwiobiegu i do wątroby. Jasnym jest, że w tej metodzie stwierdzenie braku cienia woreczka nabiera pełnej wartości rozpoznawczej. Dlatego też po ujemnym wyniku cholecystografii doustnej często otrzymamy wypełnienie woreczka metodą dożylną.

Zupełnie nieścisłym jest twierdzenie autora, że „dziś cholecystografia doustna coraz bardziej wypiera metodę dożylną“. Monachijski chirurg D u r s t (M. m. W. 1937/24) stosuje tylko dożylną i pisze dobitnie o doustnej, jako „keine zuverlässige Methode“. Berner, również chirurg, (Der Chirurg, 1935/7) uznaje podobnie tylko dożylną cholecystografię. Francuz Nemours - Auguste (Radiologie de la vésicule biliaire, Masson, 1934) przekłada dożylną nad doustną. Włosi (naprz., rozprawa w Akad. Chirurgicznej, cyt. w Zentralbl. für ges. Radiol. 1936) stosują prawie wyłącznie dożylną. Co do Amerykanów, o których autor twierdzi, że „stosują

obecnie tylko metodę doustną, która wedle nich jest bez zarzutu i pewna“, to wiadomym jest z piśmiennictwa, że wprowadzie Kirąklin na klinice braci Mayo w Rochester stosuje prawie wyłącznie doustną, natomiast inni — Moore, Rose, wolą dożylną. Rose (Radiology, 1934/22) z ankiety, przeprowadzonej wśród 20 lekarzy internistów, rentgenologów i chirurgów i obejmującej 39280 przypadków i z tego 5983 operowanych, dochodzi jeszcze raz do wniosku, że dożylna metoda daje pewniejsze wyniki.

Chciałbym jeszcze przy tej okazji wspomnieć o niebezpieczeństwie, wprowadzie wyjątkowym, muzealnym wprost, doustnej cholecystografii. Prof. Chiray et Lomon (la vésicule biliaire et ses voies d'excrétion. Masson. 1936) wspominają o możliwości dostania się kontrastu do przewodu trzustkowego z jelita i o fatalnej ostrej martwicy trzustki w następstwie.

Mamy więc sporo kłopotu z ubocznymi następstwami przy każdej z obu metod cholecystografii. Wspomnę jeszcze o źródle pomyłek rozpoznawczych przy doustnej, mianowicie, o wypełnieniu kontrastem zgięcia wątrobowego i prawej poprzecznicy w chwili dokonywania zcięć pęcherzyka. Te odcinki jelita grubego mogą w pewnych przypadkach przesłonić dno woreczka i uniemożliwić lub utrudnić wnioski rozpoznawcze. (H. U. Albrecht, G. Volhard, Sandstroem, Nemours-Auguste).

Wielki postęp w dziedzinie doustnej cholecystografii stanowi metoda Sandstroema, zmniejszająca znakomicie przez podawanie małych ilości Tetrakontrastu w odstępach 8—10 godzinnych częstość i nasilenie ubocznych następstw. Metodą frakcjonowaną osiągamy powolne i kompletne wchłanianie środka kontrastowego, usuwamy niebezpieczeństwo wymiotów i biegunek (niebezpieczeństwo zarówno dla pacjenta, jak i dla wyniku badania, jak widzieliśmy wyżej) i stwarzamy warunki dla nasycenia powolnego i ciągłego większą ilością kontrastu komórki wątrobowej i żółci. Toteż wyniki metody frakcjonowanej Sandstroema są zbliżone do wyników dożylnych cholecystografii. Ale to, co stanowi postęp i wartość metody Sandstroema zostaje przez kol. Selliga w jego sposobie przyspieszenia przekreślone.

Jest rzeczą jasną i z góry przesądzoną, mając na uwadze przytoczone na wstępie statystyki, że proponowane przez autora podawanie na czczy żołądek 4 g Tetrakontrastu wywoła u pacjen-

ta wymioty i biegunki i inne uboczne zjawiska. Podkreślam tu przede wszystkim wymioty i biegunki, które nie są wprawdzie przez autora nawet wspomniane, ale które zmniejszają szanse udanej cholecystografii. Nie może więc sposób autora zaznaczyć postępu, przeciwnie odrzuca nas wstecz do ery przedsandstroemowskiej.

Na zakończenie muszę zwrócić uwagę na niecelowość stosowania atropiny przez autora w celu wywołania przyspieszenia.

Autor pisze: „Należało jeszcze przyspieszyć opróżnienie żołądka. Daje się to skutecznie zastrzykiem atropiny. Atropina, jak wiemy, znosi skurcz odźwiernika. Równocześnie, jak wiemy, przyspiesza wchłanianie w jelicie cienkim“. W rzeczywistości, atropina wywołuje zwiotczenie mięśniówki żołądka, zmniejszenie lub całkowite zniesienie fali perystaltycznej i w następstwie opóźnienie wydalenia treści żołądkowej. W jaki więc sposób nastąpi „przyspieszenie“? F. Katsch (in Mohr-Stahelin. Handb. d. inn. Med. 111/1) stwierdzał po zastrzyku atropiny u osobników zdrowych z prawidłową czynnością ruchową żołądka zaleganie zawiesiny zwykłej barytu po 6 g. Jako pewnik, autor podaje, że atropina znosi skurcz odźwiernika. Nie jest to sprawa dowiedziona w odniesieniu do zdrowego odźwiernika. Katsch (l. cit.), Trendelenburg, Catel (Normale u. pathol. Physiol. der Bewegungsvorgänge im Verdauungskanal. Thienme. 1937) negują wpływ atropiny na zdrowy odźwiernik. Dalej, jako chloreticum, atropina ma działanie ujemne — zmniejsza wydzielanie żółci. Ta okoliczność nie przyspieszy wypełnienia woreczka żółciowego, przeciwnie, spowoduje spóźnienie. Reasumując powyższe rozważania, dojdziemy do wniosku, że atropina nieświadoma celu, w jakim była zastrzyknięta, wywoła efekt przeciwny zamierzeniom autora, wywoła nie przyspieszenie, lecz opóźnienie.

Autor zmodyfikował metodę A. Bernsteina (Klin Woch. 1933/II) i przejął z niej również zastrzyk atropiny. Bernstein posługiwał się atropiną przed zastrzykiem dożylnym Tetrakontrastu, by zapobiec ewentualnym ubocznym następstwom: omdleniu, spadkowi ciśnienia, nudnościom itp. Kolega Sellig natomiast wprowadza kontrast do żołądka i, chcąc go czym prędzej stamtąd wydalić, czyni wszystko możliwe, by z pomocą atropiny osiągnąć odwrotny efekt. Niezrozumiałą jest rzeczą, jak w tych warunkach zdobywa przyspieszenie.

○ cholecystografii.

Podał

Dr. med. L. SELLIG.

(Uzupełnienie artykułu „O cholecystografii doustnej i jej przyspieszeniu“ *Gastrologia Polska* 1937/XII/4 w związku z uwagami Dra B. Joza).

Zarówno cholecystografia doustna jak i dożylna mają bezspornie swoich przeciwników i zwolenników. Wobec faktu jednak, że przy metodzie doustnej nie zdarzają się zawroty głowy, omólenia i zapaści i wobec tego, że wymioty przy powolnym picciu środka kontrastowego odpowiednio przygotowanego prawie nie występują, metoda ta jest metodą wyboru i jest szeroko stosowana przez rentgenologów i klinicystów.

Na moim materiale 525 przypadków cholecystografii doustnej zarysował się woreczek w 448 przypadkach. Z tych 448 wysycenie cienia było dobre w 297 przypadkach, a w 151 woreczek był słabo wysycony (schorzenia dróg żółciowych i woreczka?). W 77 przypadkach woreczek się nie zarysował. Wymioty wystąpiły raz jeden, i to u pacjentki, która w chwili mej nieuwagi wypła na raz pół szklanki kontrastu — (pacjenci moi przyjmują kontrast stale pod moim nadzorem), woreczek jednak zarysował się kontrastowo. W 16 przypadkach wystąpiła lekka biegunka, mimo to we wszystkich tych przypadkach woreczek był dobrze zarysowany. W 15 przypadkach słabego zarysowania względnie niezarysowania się woreczka, przeprowadziłem po kilku dniach badanie metodą dożylną zawsze z tym samym wynikiem, co przy cholecystografii doustnej. Dwukrotnie przeprowadziłem cholecystografię doustną

w jakiś czas po ujemnej dożylniej, w jednym z nich woreczek żółciowy zarysował się, ze znaczną ilością złogów.

W dwunastu przypadkach na żądanie lekarza ordynującego przeprowadziłem tylko cholecystografię dożylną, w 5 przypadkach woreczek nie zarysował się (schorzenia woreczka?). We wszystkich przypadkach cholecystografii dożylniej miałem przykre objawy uboczne, bądź lekkie jak nudności do wymiotów, rozwołaenie, zawroty głowy — bądź poważniejsze jak dreszcze, omdlenia, a raz zapaść.

N a c z z o przy metodzie przyśpieszonej podaje kontrast dostnie, jak przy każdej innej metodzie doustnej cholecystografii; przeto i następstwa muszą być identyczne, a więc wymioty i biegunki przy odpowiedniej technice nie występują.

Atropina przeze mnie podana jako jeden z czynników mających przyśpieszyć cholecystografię wywołuje zwiotczenie odźwiernika (prof. Supniewski — Podręcznik farmakologii str. 163. A. Łowicki i M. J. Brejtman — Farmakoterapia kliniczna str. 192), a w następstwie tego wypływanie płynnej treści (kontrast nie jest masą pokarmową) do jelita cienkiego (prof. Supniewski l. cit. str. 162 wiersz 1—3). Zwiotczenie napięcia powierzchniowego ściany jelita cienkiego pod wpływem atropiny przyśpiesza wchłanianie kontrastu z jelita do krwi (prof. Supniewski l. cit. str. 193, A. Łowicki i M. J. Brejtman str. 320). Atropina zmniejsza napięcie toniczne ścian pęcherzyka i skurcz zwieraczy żółciowych (prof. Supniewski str. 188, A. Łowicki str. 339). Jednocześnie zostaje osiągnięte działanie przeciwwymiotne! Działanie atropiny u s t a j e w okresie wydzielania się żółci kontrastowej do pęcherzyka, tak, że atropina, hamując wydzielanie się żółci bezkontrastowej, nie ma wpływu hamującego na wydzielanie się żółci kontrastowej.

Posiedzenia Pol. Tow. Gastrologicznego.

Posiedzenie naukowe
dnia 20.I.1938 r.

Obecnych 40.

Przewodniczył Wejnert.

Przed otwarciem posiedzenia naukowego Dr Witkowski pokazał nowy Szpital Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie.

E. Witkowski zademonstrował przypadek przedziurawienia żołądka oraz przypadek torbieli trzustki.

J. Nusbaum, zastanawiając się nad etiologią torbieli trzustki w omawianym przypadku, przypuszcza, że przyczyną jej była kamica, która mogła doprowadzić do powstania torbieli retencyjnej; w związku z tym zapytuje, jakie były stolce przed zabiegiem operacyjnym i czy wykonano badanie moczu na zacyny.

Zdaniem Fr. Niewiadomskiego, przyczyną torbieli było ostre zapalenie trzustki.

Prof. Radliński przypuszcza, że chora była na drodze do samorzutnego wyleczenia drogą przebiccia do żołądka. Przecież obecnie leczy się takie torbiele za pomocą operacyjnego połączenia żołądka z jamą torbieli.

W dyskusji zabierał jeszcze głos H. Higier.

E. Witkowski demonstrował przypadek guza okrężnicy wstępującej. Guz ten klinicznie traktowano jako nerkę opuszczoną i przystąpiono z powodu wielkich bólów do zabiegu, podczas którego okazało się, że jest to duży nowotwór кишки ślepej.

Radliński przypomina przypadek raka zgięcia śledzionowego; w przypadku tym wszystkie badania przemawiały za guzem

nerki, prześwietlenie rentgenowskie przewodu pokarmowego zmian nie wykryło, a w stolcach krwi nie znaleziono. Chory już od 3-ich lat od operacji jest zdrowy.

R ó b i n przypomina przypadek z Kliniki Prof. K o - s i ń s k i e g o z przed niespełna 40 laty. U młodej panienki wystąpiły silne bóle w prawej połowie brzucha i wymacały się dużą opuszczoną nerkę. Roentgena wówczas jeszcze nie było. Nieznośne bóle, nie ustępujące żadnym lekami, ogromne wychudnienie pacjentki wydawały się wszystkim dostatecznym wskazaniem do zabiegu.

Jeden Prof. K o s i ń s k i wahał się i radził czekać. I rzeczywiście po kilku tygodniach bóle całkowicie ustąpiły i chora wyzdrowiała bez zabiegu. Bóle były na tle hysterii.

W dyskusji głos zabierali jeszcze H. H i g i e r i Fr. N i e - w i a ł o m s k i.

K u b i a k przedstawia przypadek *linitis plastica*.

Zdaniem W e j n e r t a, przypadek ten należy do niezmiernie rzadkich. W. przytacza analogiczny, z przed kilkunastu lat, operowany przez D-r a Z a w a d z k i e g o i sklasyfikowany jako *linitis plastica*.

J. N u s b a u m zapytuje, od jak dawna datują się wywiady żołądkowe; N. jest skłonny uważać, iż mamy w danym przypadku do czynienia z nieżytem przewlekłym.

Dr R ó b i n uważa przypadek za bardzo interesujący: 1) ze względu na mylną interpretację badania rentgenowskiego, podejrzewającą w danym przypadku nowotwór; 2) ze względu na rzadkość tego rodzaju sprawy zapalnej żołądka. To już nie jest ów pospolity nieżyt żołądka. To jest zapalenie żołądka takie, jakie spotykamy w otruciach żrącymi substancjami — *Gastritis toxica cum perigastritide*. Tło, oczywiście, może być różne: luetyczne, alkoholowe itp. Mogą nastąpić głębokie zmiany w ścianie żołądka i w błonie śluzowej; może zjawić się zupełna *Achylia gastrica*, tak jak to widzimy w *Gastritis atrophicans*, nawet krwawienia. Klinicznie może dawać obraz owrzodzenia, a nawet raka.

P l e w k o demonstruje 2 przypadki choroby wrzodowej żołądka.

Posiedzenie naukowe

dnia 16.II.1938 r.

Obecnych 48.

Przewodniczył Wejnert.

Prezes Towarzystwa na początku posiedzenia wygłosił krótkie przemówienie, poświęcone pamięci przedwcześnie zmarłego, długoletniego Członka Leona Schlagera.

Fr. Niewiadomski demonstuje przypadek samoistnego przedziurawienia przełyku po oparzeniu.

16.XII.1937 przybyła do Szpitala U. Społ. pac. E. P., l. 16, która 3 tygodnie temu wypijała $\frac{1}{2}$ szklanki amoniaku w celu samobójczym. Chora została odwieziona w stanie ciężkim do szpitala. Po tygodniu pobytu tamże nastąpiła pewna poprawa. Pierwsze ostre objawy minęły, chora mogła trochę łykać płyny, została wypisana do dalszego leczenia ambulat. Po 2 tygodniach względnej poprawy wystąpiły bóle przy łykaniu. Z powodu pogorszenia stanu chorej lekarz leczący skierował chorą do naszego szpitala. Poza tym zdrowa, innych chorób sobie nie przypomina. W chwili przybycia do szpitala pac. robi wrażenie osoby ciężko chorej i cierpiącej. Uskarża się na bóle klatki piersiowej, promieniujące na boki i niemożność łykania. Wymiotuje i odpluwa dużo śluzu. Ciepłota normalna. Tętno trochę przyspieszone. Odżywienie dobre. W jamie ustnej i w gardzieli brak zmian po oparzeniu. W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej poza bolesnością dotykową dołka podsercowego brak zmian uchwytnych. Cienki zgłębnik nr 10, wprowadzony ostrożnie, nie przychodzi do żołądka. Po tej próbie chora jednak połknęła trochę wody. 17.XII, na drugi dzień po przybyciu chorej do szpitala z powodu braku poprawy wykonano w znieczuleniu miejscowym gastrostomię sposobem Witzla. Podczas operacji i wieczorem tego samego dnia wiano do żołądka szklankę mleka. Przetoka działa dobrze. Chora uskarża się na bóle w obu bokach. Tętno 104, ciepłota 37,8 wiecz. po operacji. 18.XII, następnego dnia rano tętno 112, bóle klatki piersiowej większe, wystąpiła duszność, spluwa nadal dużo śluzu, $\frac{1}{2}$ godz. po wlaniu 100 g mieszanki odżywczej do żołądka przez przetokę napad silnej duszności i spotęgowanie się bólów w klatce piersiowej, tętno 140, słabo napięte. Chora bardzo blada. W ciągu kilku następnych godzin stan chorej

się pogarsza. Z cbawy, czy nie mamy do czynienia z wewnętrznym krwotokiem lub rozejściem się szwów na żołądku, przystąpiono do ponownej operacji. Rewizja, dokonana w znieczuleniu miejscowym, nie stwierdziła poza lekkim stanem zapalnym miejscowym, spotykanym zwykle po operacji, żadnych innych powikłań. W ciągu popołudnia i wieczora objawy zapaści się powiększają. O północy zgon.

Badanie pośmiertne, wykonane 20.XII, dało wynik następujący: *Status post gastrostomiam factam. Emphysema interstitiale mediastini, abscessus i chorusus mediastini progrediens ad telam retroperitonealem cum lumine oesophagi communicans, pleuritis sero-purulenta bilateralis, peritonitis fibrinoso-purulenta circumscripta, cicatricatio mucosae oesophagi, stricturae cicatriceae oesophagi.* (Pokaz preparatu). W części nadwpustowej przełyku okrągły otwór 0,5—0,5 cm, który komunikuje się z jamą ropnia, znajdującego się między przełykiem a aortą w tylnym śródpierściu. Ściana ropnia, jak i brzegi otworu gładkie i równe.

Wynik bad. pośmiertnego potwierdził nasze rozpoznanie przedziurawienia przełyku, które ustaliliśmy w chwili zapaści przed ponowną operacją. Tylko z powodu, żeśmy nie mogli wykluczyć z całą pewnością powikłań brzusznych, dokonaliśmy rewizji terenu operacji.

Jak wynika jednak z bad. sekcyjnego, mieliśmy do czynienia z przedziurawieniem, które nastąpiło prawdopodobnie już przed przybyciem do szpitala naszego. W chwili wiania mieszanki odżywczej nazajutrz po operacji przy gwałtownych ruchach wymiotnych przedostała się pewna ilość powietrza poprzez przełyk i otwór przedziurawienia do śródpierścia. Zapaść została wywołana zjawieniem się ostrej rzedmy śródpierścia (trzeszczenie tkanki łącznej śródpierścia stwierdzone na sekcji). Bezpośrednim powodem zgonu była postępująca ostra niedomoga serca na skutek tej rzedmy. Oparzenie płynami żrącymi wywołuje, choć dosyć rzadko na ogół, zmiany martwicze w ścianie przełyku i w następstwie przedziurawienie. W tym przypadku z powodu wyglądu zewn. otworu w ścianie przełyku (okrągły o równych brzegach) nie można wykluczyć możliwości powstania w zmienionej śluzówce przełyku okrągłego wrzodu i następczej perforacji. W literaturze są notowane sporadyczne przypadki owrzodzeń przełyku nawet bez oparzenia (Z e n k e r,

B o e r h a v e, S c h m e r z). Tłumaczono sobie powstanie wrzodu zadziałaniem kwasu solnego, który drogą regurgitacji dostaje się do przełyku, na chorą śluzówkę przełyku (*oesophago malacia intra vitam*). Przedziurawienia przełyku trafiają się prawie zawsze w dolnym odcinku części piersiowej (ponad przeponą. Drogą doświadczeń przekonano się (Thalheim, Brosch i Beneké), że ta część przełyku posiada ścianę najmniej wytrzymałą i odporną.

Przypadki samoistnego przedziurawienia przełyku są bardzo rzadkie, stanowią nikły odsetek badań pośmiertnych (Berthold 0,12% na 9.633 sekcji, Gruber 0,16% na 4.208 badań). Osobiście w bieżącej literaturze gastroenterologicznej w ostatnich latach nie spotykałem podobnych przypadków.

L. Manteuffel przedstawia przypadek wady wrodzonej żołądka.

W dyskusji Prof. Radliński stwierdza, że przed i w czasie operacji rozpoznawano raka. Ponieważ guz sięgał wysoko ku wpustowi, nie można było zastosować sposobu Reichel-Polya, a musiano zaszyć przekrój żołądka na głucho i założyć w dolnym końcu ślepego worka zespolenie (Billroth II). Klinicznie nasuwało się rozpoznanie raczej mięsaka z powodu rozmiarów i tempa rozwoju. Po wycięciu i nawet z pobieżnego badania mikroskopowego wydawało się, że jest to „Schwannoma“. Dopiero bliższa ekspertyza referenta wykryła istotę sprawy — niemal unikat.

Vogtt demonstuje przypadek ziarnicy złośliwej żołądka.

J. Kryński przedstawia przypadek bąblowca wątroby.

B. Kryński pokazuje zdjęcia rentgenowskie przepukliny przeponowej prawostronnej.

B. Wejnert przedstawia przypadek raka żołądka o niezwykłym przebiegu.

J. Nusbaum zapytuje, czy wykonano badanie serologiczne krwi, kiedy robione było zdjęcie rentgenowskie i czy dokonano badania kontrolnego.

W. Róbin wspomina o chorym, zawiadowcy stacji, który w ciągu 2½ lat z rakiem żołądka sprawował swoje obowiązki.

L. Dmochowski wygłosił odczyt pt. Dieta przy nowotworach złośliwych.

W. Róbin. Zagadnienie leczenia raka jest tak skomplikowane, że nie możemy się dziwić, że szukamy rozmaitych dróg, aby

nareszcie rozwiązać ten problemat lub choćby przybliżyć się do celu.

Z doskonałego odczytu kol. D m o c h o w s k i e g o mogliśmy się przekonać, jak z biegiem czasu zmieniają się poglądy na dietę w raku. Arabowie uważali mięso za szkodliwe. Dziś, po tylu latach, F r e u n d poleca znowu mięso i przeważnie mięso. W Japonii jest stosunkowo mało raków, a w Szkocji dużo. Pierwsi jadają dużo ryżu, drudzy dużo mięsa. Z tego byłby słuszny wniosek, że mięso przyczynia się do rozwoju raka. Tak samo z kliniki raka żołądka wiemy, że ci chorzy nie znoszą mięsa, nieraz czują do mięsa wstręt. Tłumaczy się to poniekąd brakiem wolnego HCl w żołądku. Znowu mamy sprzeczność z teorią F r e u n d a.

Próby są usprawiedliwione. Dotąd przeżyliśmy sporo rozczarowań pod tym względem. Tak było naprz. z próbą stosowania ołowiu, koloidalnego roztworu złota, z magnezją (D e l b e t) itd. Znalazł się autor, który rzekomo wyleczył raka piersi promieniami R o e n t g e n a + dożyłne wstrzykiwania cukru.

Nie wiemy, jak wielki wpływ na samopoczucie chorych na raka wywiera stan psychiczny, wiara w nową metodę. Stąd może poprawa czasowa, zwłaszcza przy usunięciu chorego od wpływów zewnętrznych.

Taką samą sprzeczność widzimy w ocenie roli witamin. Były zdania, że brak witamin, awitaminoza, przyczynia się do powstawania raka. Obecnie słyszymy, że witamina B jest szkodliwa i przyspiesza rozwój raka. A więc zabronione są szpinak, pomidory, kapusta, kakao, dalej węglowodany, cukier. A więc groźna jest hipervitaminoza. Musimy dojść tedy do wniosku, że na razie nie jesteśmy jeszcze na pożądaną dla nas drogę.

A. T r o j a n o w s k i stwierdza, że od czasów H i p o k r a t e s a i G a l e n a znajomość przyczyn powstawania nowotworów złośliwych niewiele posunęła się naprzód. Modna obecnie teoria uzależniania powstawania nowotworów i ich rozwoju od rodzaju odżywienia nie da się pogodzić z codzienną obserwacją kliniczną. Chorzy na nowotwory złośliwe rekrutują się zarówno z miasta, jak i ze wsi, zarówno wśród ludzi bogatych, jak i biednych, mimo różnych sposobów odżywiania. Nowotworów doświadczalnych nie można identyfikować z nowotworami u ludzi; są one bowiem

znacznie łagodniejsze od nowotworów u ludzi i często leczą się dość łatwo.

Zbyttnia i przedwczesna popularyzacja wśród społeczeństwa leczenia raka dietą może skłonić chorych do uchylania się od interwencji chirurgicznej.

Badania, podane przez referenta, są bardzo ciekawe, lecz materiał ludzki do badań musi być skrupulatnie dobrany. Często ze względów humanitarnych nie będziemy mogli u chorych, których dni życia są policzone, stosować przykrą i specjalną dietę.

W dyskusji zabierali jeszcze głos Higier, Czarkowski i Wejnert.

Posiedzenie naukowe

dnia 23.III.1938 r.

Obecnych 50.

Przewodniczył Goldstein, następnie Wejnert.

Pokazy: Płoński. Preparaty anatomiczno-patologiczne przewodu pokarmowego.

W dyskusji przemawiają: Goldstein: Przerzuty guzów złośliwych z jajników do przewodu pokarmowego znane są pod nazwą „guza Krukenberga“. Przypadek taki operowałem z dobrym wynikiem przed kilku laty i demonstrowałem na posiedzeniu gastrologicznym.

Jeśli chodzi o pierwotne małe guzki pęcherzyka żółciowego, które dały przerzuty tylko do istoty mózgowej, to powstaje pytanie, jaką drogą powstał ten przerzut i ominął wątrobę, gruczoły wędkowe, płuca, a trafił prosto do mózgu?

Kohan: Demonstrowane przypadki nowotworów wrzodu żółc. są doskonałą ilustracją faktu, iż zmiany nowotworowe bywają tak delikatne, że mogą być niepostrzeżone; z drugiej strony nie raz ściana jest tak gruba i trwała, że rozpoznanie nowotworu wydaje się pewnym i badanie histol. dopiero rozstrzyga wątpliwości. Wniosek: przy operacjach na drogach żółciowych należy stosować doraźne badanie.

Kohan i Herman: Powtórna choledochotomia z powodu pozostawionego kamienia.

29.IX.37. Chora, lat 42, od kilku lat miewa napady bólów

w prawym podżebrzu z temperaturą i czasem z żółtaczką. Przed 2 miesiącami napał z żółtaczką, trwającą około 4-ch tygodni. Wobec tego, że stan chorej pogarszał się, wystąpiła gorączka o typie hektycznym z dreszczami, chora zdecydowała się na zaproponowany jej zabieg operacyjny. W miejscowym znieczuleniu (operował K o h a n) z cięcia skośnego dotarto do okolicy woreczka, znajdującego się w licznych zlepiach i zrostach. Po oddzieleniu zrostów stwierdzono w woreczku kilka kamieni i stan zapalny ścian woreczka. Przystąpiono do usunięcia woreczka, podczas czego otwarto ropień wątroby, pochodzący z przedziurawienia woreczka do wątroby. Woreczek usunięto i poza tym usunięto 2 duże kamienie z przewodu żółciowego wspólnego i przystąpiono do rewizji dróg żółciowych. Drogi do przewodu wątrobowego znaleźć nie można było, natomiast w kierunku dwunastnicy ustalono drożność za pomocą sondowania i próby P a y r a. Obmacywaniem nie można było badać przewodu wspólnego ze względu na zakażony teren i ze względu na potrzebę szybkiego ukończenia zabiegu z powodu ciężkiego stanu chorej. Założono dreny w okolicę ujścia przewodów żółciowych, sączki do ropnia i na tym zabieg ukończono. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, chora szybko odbarwiła się i stan ogólny się poprawiał. Badanie kału, wielokrotnie wykonywane, kilkakrotnie wykazało obecność kamików żółciowych, jednak w bliżnie pooperacyjnej od czasu do czasu otwierała się przetoka, z której wydzielala się żółć, poczem przetoka samoistnie się zamykała. Wreszcie wytworzyła się stała przetoka żółciowa po napadzie o charakterze kolki wątrobowej. W tym czasie wykonano zdjęcie Rō po wlewni lipiodolu do przetoki. Przewody wątrobowe wypełniły się i część przewodu wspólnego, w którym widać cień owalny (kamień). Po poprawieniu stanu ogólnego chorej przystąpiono do powtórnego zabiegu 15.XI. (K o h a n). W znieczuleniu ogólnym (eter), po wprowadzeniu drenu do przetoki okrojono ją i z cięcia skośnego dotarto do otrzewnej. Oddzielono liczne zrosty i dotarto do przewodu wspólnego, w którym namacano kamień. Nacięto przewód, kamień usunięto i skontrolowano drogi żółciowe. Po stwierdzeniu ich drożności założono dren T. Przebieg pooperacyjny gładki. Po 4 tygodniach stwierdzono obecność kamików żółci w kale, przetoka samoistnie zamknęła się.

Przypadek demonstrujemy ze względu na trudności, jakie na-

suwają się czasem podczas operacji przy kontroli dróg żółciowych. Należy wykorzystać wszelkie możliwe sposoby do kontrolowania (sondowanie, obmacywanie, próba P a y r a). Mimo to można czasem przeoczyć kamień nawet, jak w tym przypadku, wielkości prawie orzecha włoskiego, co tym razem jest do pewnego stopnia usprawiedliwione pośpiechem przy operacji ze względu na bardzo ciężki stan chorej i niemożliwością obmacania przewodu z powodu zakażenia terenu ropniem wątroby.

W sprawie przypadku K o h a n a — H e r m a n a zabierali głos S z e n i c e r i N u n b e r g.

K o h a n i M e i n s t e r. Przypadek wielkiego ropniaka woreczka żółciowego.

Ogólnie wiadomo, że kamienie w woreczku żółciowym znajdować się mogą latami, nawet przez całe życie, nie wywołując żadnych dolegliwości, oraz że zakażenie jest czynnikiem decydującym o powstawaniu obrazu chorobowego. W 2 przypadkach, operowanych ostatnio na oddziale, mieliśmy możność przekonać się, jak daleko posunięte, zażdziwiającye swymi rozmiarami zmiany chorobowe w woreczku stwierdza się po dołączeniu się zakażenia, które manifestuje się jedynie 2—3-dniową gorączką i bólami (przy czym w obu przyp. poprzednio nie było żadnych objawów, które można by wiązać z kamicą, po kilkudniowej chorobie dolegliwości znów całkowicie ustąpiły).

P r z y p. p i e r w s z y zasługuje na uwagę również i ze względu na pewne trudności rozpoznawcze.

Kobieta 57-letnia przybyła na oddział z powodu bólów w prawej części brzucha, zatrzymania stolca i wiatrów. Przed 2-ma dniami nagle wystąpiły bóle pleców i krzyża, następnego dnia bóle umiejscowiły się w prawej części brzucha, wystąpiło wzdęcie, zaparcie, gorączka do 38°. W chwili przybycia t° 37,7°, tętno 88. Język wilgotny. Brzuch nieco wzdęty. Obmacywaniem stwierdza się bolesność niebardzo żywą, w prawej cz. brzucha twardy opór, rozpoczynający się 3 palce poniżej l. pępkowej, sięgający aż do łuku żebrowego, nie dający się od niego oddzielić, bolesny. Twór ten wydawał się zbyt rozległy, jak na naciek okołoworeczkowy, który powstał by w ciągu 2 dni; przypuszczano, że może być on związany z prawą nerką.

W ciągu następnych 2 dni bóle i objawy zapalne ustąpiły całkowicie — ciepłota prawidłowa, wypróżnienia samoistne. Pozostał guz twardy, niebolesny, który przy badaniu opukiem oraz obmacywaniu dwuręcznym przedstawiał się, jak twór zaotrzewnowy. W rozważaniach różnicowych należało wziąć pod uwagę: 1) woreczek żółc., 2) prawą nerkę, 3) prawe zagięcie okrężnicy. Wyniki badań przedstawiały się nast.:

Mocz niemal nie odbiegał od normy; próba czynnościowa nerek (chromocystoskopia) wypadła prawidłowo. Leukocytoza 15.200, w czym 10% eozynofilów. Dla wyłączenia błabłowca wykonano próbę Weinberga, która wypadła ujemnie. Krew w kale nieobecna, wlew kontrastowy wskazał na istnienie przeszkody w okolicy zgięcia wątrobowego. Cholecystografia dożylna — pęcherzyk nie zarysował się kontrastowo.

Te wyniki badań oskarżały woreczek żółciowy. Jednak rozmiary guza przy zupełnym braku danych w kier. kamicy w wywiadach i stałe wrażenie przy badaniu dwuręcznym, że chodzi o twór związany z nerką (balotowanie) skłoniły nas do powtórzenia chromocystoskopii (wynik identyczny) oraz wykonania pyelografii. Wynik pyelografii zupełnie nieoczekiwany (po stronie prawej podwójna nerka, podwójny moczowód), nie wyjaśnił jednak charakteru naszego guza. Guz ten bowiem sięgał o dłoń powyżej pachwiny — dolny biegun nerki znajdował się wyżej, zarysy jego były zupełnie regularne.

Kochan przystąpił do operacji z rozpoznaniem zapalnego guza, wychodzącego z woreczka; ponieważ jednak nie można było z pewnością wyłączyć związku guza z dolną nerką, wybrał cięcie powłok podług Bary.

Podczas operacji guz okazał się olbrzymim workiem, o ścianach grubości ok. 1 cm, zrośniętym ściśle z przednią ścianą brzucha. Dolny biegun guza na przestrzeni kilkunastu cm zrośnięty był z podkowiasto obejmującą go poprzecznicą; na całej tej przestrzeni — ziarnina zapalna. Zawartość guza stanowiło ok. 400 cm ropy (wyhodowano *b. coli*) w lejkach (*infundibulum*) worka — kamień wielk. orzecha włoskiego. Guz mimo trudności technicznych został usunięty w całości. (Bad. histologiczne — przewlekły stan zapalny ściany).

W przebiegu pooperacyjnym wystąpiło rozległe ropienie powłok — zrozumiałe wobec ścisłego związku guza z otrzewną ścianą przedniej ściany brzucha. Obecnie — 5 tyg. po zabiegu chora wypisuje się z raną zupełnie powierzchowną.

W drugim przyp., dotyczącym kobiety 43-letniej, objawy były zupełnie podobne. Kilkudniowe bóle w prawej części brzucha z gorączką do 38°, wymiotami. Przybyła na oddział na 5-y dzień choroby bez dolegliwości, bez gorączki, jedynie dlatego, że leukocytoza (badanie wykonane w domu) wynosiła 15 tys. Przy badaniu stwierdzało się jedynie powiększoną, nieco wrażliwą na obmacywanie wątrobę. Leukocytoza na oddziale wypadła już 8.200. Cholecystografia — woreczek nie zarysował się.

Podczas operacji: woreczek wielkości pięści, o ścianach b. zgrubiałych, zawierający liczne, duże kamienie. Zrosty z otoczeniem, zrost dolnego bieguna z poprzecznicą.

Obu tym przypadkom wspólne były: brak w wywiadzie jakichkolwiek dolegliwości, kilkudniowe objawy zapalne i niewspółmiernie duże zmiany, stwierdzone podczas operacji.

A. Kobryner i D. Kohan. Zespolenie przewodowo-dwunastnicze z powodu przeszkody w brodawce Vater'a.

W dyskusji Goldstein twierdzi, iż utrzymywanie się żółtaczki można by wytłumaczyć niedostatecznym opróżnianiem się pęcherzyka, który z powodu zrostów pooperacyjnych nie może czynnie się opróżniać. Natomiast bierne wylewanie się żółci poprzez nowe zespolenie było niedostateczne.

Baraban: Przyczynę żółtaczki, powstałej po operacji, można byłoby przypisać wtórnej infekcji dróg żółciowych na skutek przenikania treści dwunastniczej do pęcherzyka żółciowego. Ze taka możliwość istnieje, dowodzą przypadki, w których badanie rentgenologiczne przewodu pokarmowego wykrywa przetokę dwunastniczo-pęcherzykową dzięki przenikaniu do niej papki kontrastowej.

Kohan i M. Mozes. Przypadek promienicy brzucha, wychodzącej z wyrostka robaczkowego.

W dyskusji Nunnberg: Promienica przewodu pokarmowego występuje przeważnie u mężczyzn — jak i w tym przypadku — w wieku od 20—30 lat. W 60% przypadków prom. przewodu pokarmowego rozpoczyna się bądź w wyrostku, bądź w kątnicy. Nie

posiadamy, niestety, żadnych możliwości rozpoznawania tego groźnego schorzenia w okresie wczesnym. Jeśli chodzi o rokowanie, to przedstawia się ono dotychczas na podstawie piśmiennictwa nieszczególnie, gdyż śmiertelność wg. Ponceta wynosi 50%, przypadki wyleczenia 15—20%. Poza tym o istotnym wyleczeniu można mówić dopiero po upływie wielu lat od chwili zagojenia ostatniej przetoki.

M. Fejgin i M. Grosblat. Przypadek ropnia podprzeponowego z samoistnym przebicciem do oskrzela.

W dyskusji zabierali głos: Goldstein, Gleichgewicht, Niewiadomski, Kohan, Baraban.

Złotkin. Przypadek ten nie nastęczał trudności rozpoznawczych; guz, nie dający oddzielić się od podżebrza prawego, ruchomość oddechowa, odgłos bębenkowy, wywiady, przemawiały za pęcherzykiem żółciowym.

Często widuje się osobników, cierpiących na kamice wątrobową, u których w czasie remisji stale wyczuwa się duży guz, odpowiadający pęcherzykowi żółc.

Godna jest przypomnienia nowa metoda rozpoznawcza, a mianowicie — *pneumoperitoneum* oraz laparaskopia.

Nunberg. Ciekawe w obu pokazanych przypadkach — zupełnie bezobjawowy przebieg do chwili przyłączenia się sprawy zakaźnej. Operowałem kilka lat temu w Łodzi przypadek, który w swoim przebiegu stanowi jakby „dalszy ciąg“ tego, cośmy słyszeli o pierwszym z pokazanych przypadków. U chorej mojej stwierdzony był zarówno przeze mnie, jak przez szereg innych chirurgów, duży guz prawostronny, umiejscowiony w samej ścianie brzusznej. Chora, starsza kobieta, zapewniła, że nigdy nie chorowała do chwili wytworzenia się tego guza. Przy operacji, która miała na celu wyłuszczenie „guza ściany brzusznej“, na pewnej głębokości natknąłem się wśród zbitej, twardej bliznowatej tkanki na miejsce rozmiękczone. Stąd wydzieliał się do rany szereg kamieni żółciowych. Usunąwszy łyżeczką kamienie z głębi, ranę sączkowano i zaszyto.

Przebieg pooperacyjny gładki, chora wyszła ze szpitala zdrowa.

Jest to przypadek „samowyleczenia“ przez zrost chorego pęcherzyka ze ścianą brzuszną, perforacją do tejże i wydzielenie kamieni.

Wiadomości różne.

Redakcja otrzymała: W. Róbin. 15 lat stosowania wlewań oliwy do dwunastnicy w schorzeniach żółciowych. Prasa Lekarska Nr 1 r. VII. Journal Belge de Gastro-enterologie, Decembre 1937. Bulletin of The New York Academy of Medicine Vol. 12 Nr 4—12, Vol. 13 Nr 1—9. Bratislavske Lekarske roczniki 1935 i 1936.

Dr Reznikow. O krótkich falach i zakresie ich stosowania. Arch. biol. nauk. T. XLIV i XLV. Journal Belge de Gastro-entérolologie Nr 1, 2, 3.

W dniach 7—19 lutego 1938 r. odbędzie się w Instytucie Radowym im. Marii Skłodowskiej-Curie kurs dokształcający dla lekarzy z zakresu nowotworów złośliwych. Kurs urządzony jest przez powyższy Instytut przy współudziale Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego z pomocą Fundacji im. Jakuba hr. Potockiego. Wykłady odbywać się będą w godzinach wieczornych, zajęcia praktyczne w godzinach przedpołudniowych. Opłata za kurs wynosi 30 zł. Jako wykładowcy przyjmują udział w kursie: Prof. Pelczar, Dr Zakrzewski, Prof. Hirszfild, Dr Wejnert, Dr Laskowski, Doc. Zawadowski, Dr Łukaszczyk, Doc. Rutkowski, Prof. Grzybowski, Prof. Lauber, Doc. Zuberbir, Dr Choróbski, Prof. Gorecki, Prof. Radliński, Doc. Bek, Prof. Wiczyński, Doc. Zawodziński, Prof. Wojciechowski, Dr Czubalski, Doc. Elektorowicz, Dr Galinowski.

Zgłoszenia przyjmuje Sekretariat Kursu: Dr Nobli-
n ó w n a, Warszawa, Wawelska 15, Instytut Radowy, tel. 9-37-38.

Ogłoszony w swoim czasie dla uczczenia pamięci I Marszałka
Polski Józefa Piłsudskiego Konkurs na najlepszą pracę
z dziedziny nowotworów został rozstrzygnięty.

Sąd Konkursowy w składzie: Prof. Paszkiewicz, Prof.
Hirszfeld, Prof. Loth, Prof. Czyżewicz, Prof. Cie-
chanowski, Prof. Pelczar, Doc. Lorentowicz, Prof.
Moraczewski, Dr Wejnert, Dr Osuchowski, Dr
Łukaszczyk, Dr Marzyński, Dr Frenkiel — przy-
znał nagrodę I i II łącznie autorom prac: *Immunitas malignitatem
vincit* i *Stog* (po otwarciu kopert okazało się, iż praca pod godłem
Immunitas złożona została przez Doktora Dmochowskiego
z Państw. Inst. Hig., praca zaś z godłem *Stog* — przez Doktorów
Gottlieba, Szprycera i Tesznera ze Szpitala Ży-
dowskiego w Krakowie). Nagrodę III przyznano autorom pracy
z godłem Wawel (p. Stołyhwo i p. Nielipiński).

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie po-
daje do wiadomości o następujących nagrodach i zapomogach sty-
pendialnych, którymi rozporządza w r. 1938-ym:

1. Fundusz Zapomogowo Stypendialny im.
Marii i Jana Giellerów.

Zapomoga w wysokości zł 3.000 dla lekarzy Polaków, wyzna-
nia rzym.-katolickiego, pracujących naukowo w szpitalach war-
szawskich. Przy równych kwalifikacjach zarządzający pracownią
diagnostyczną mają pierwszeństwo do największej zapomogi.

Zapomoga może być przyznana i poza zgłaszającymi się do
konkursu.

Termin składania podań upływa z dniem 1 czerwca 1938 r.

2. Nagroda im. D-ra Józefa Babińskiego.

Nagroda w wysokości zł 1.000 przeznaczona dla młodych pra-
cowników naukowych za najlepszą pracę z neurofizjologii, bądź
z anatomii i histologii prawidłowej lub patologicznej układu ner-
wowego, bądź za pracę kliniczno-doświadczalną, a wyjątkowo tylko
za pracę czysto kliniczną.

Praca może być ogłoszona w języku polskim lub obcym, byle by była wykonana w pracowni na terenie Państwa Polskiego. Praca powinna być przedstawiona w rękopisie lub też w druku, o ile jej ogłoszenie nastąpiło w ciągu ostatnich dwóch lat i praca ta nie była dotąd nagrodzona.

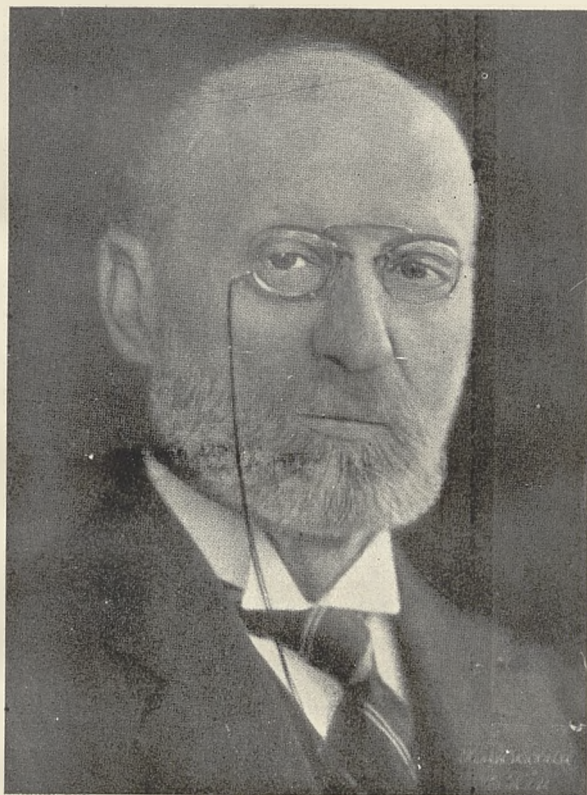
Termin złożenia pracy wraz z życiorysem upływa z dniem 1 czerwca 1938 roku.

Podania wraz z załącznikami należy składać na ręce Sekretarza Stałego do Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Alberta I, króla Belgów, nr 7) do dn. 1 czerwca 1938 r.

Życiorys do wszystkich podań nie powinien przekraczać 1 strony maszynopisu.

Sekretarz Stały:

(—) Prof. Dr med. A. Leśniewski.



J. Bass

