

Z Kliniki Neurologicznej Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik: prof. dr Wiktor Stein

Zenon CZARSKI

Leczenie tkankowe chorób naczyniowych mózgu wg metody Fiłatowa

**Лечение консервированной тканью по Филатову
последствий мозговых инсультов**

**Behandlung von Kranken nach Hirninsulten mit konserviertem
Gewebe nach Filatow**

Metoda leczenia tkankowego opracowana przez Fiłatowa (1935—1950) zyskała szerokie zastosowanie. Zainteresowanie tą metodą jest obecnie równie żywe, jak na początku jej powstania ze względu na dobre wyniki leczenia, a także ze względu na niewyczerpaną jeszcze polemikę co do istoty biologicznych bodźców tkankowych. Myśl leczenia tkankowego zrodziła się na gruncie zagadnienia leczenia ślepoty powstałej na skutek zmętnienia rogówki. Do czasu Fiłatowa jedynym możliwym sposobem przywrócenia choremu wzroku był zabieg operacyjny polegający na przeszczepieniu w okienko wycięte w zmętniałej rogówce, skrawka rogówki pobranej od innego osobnika w czasie operacji. Ponieważ materiał potrzebny do zabiegu był trudny do zdobycia, zastosowanie przeszczepiania rogówki natrafiało na duże trudności. Fiłatow znacznie udoskonił ten zabieg operacyjny i jako jeden z pierwszych rozpoczął przeszczepianie rogówki pobranej od osób zmarłych. Gdy próby wypadły pomyślnie, zaczął tę metodę szeroko stosować, a niewyczerpane źródło materiału do przeszczepień wpłynęło na szybkie jej rozpowszechnienie. W 1934 roku Fiłatow opublikował swoje wyniki nad przeszczepianiem rogówki pobranej ze zwłok i konserwowanej w niskiej temperaturze. Rogówki te przyjmowały się bardzo dobrze, nie ulegały zmętnieniu, niekiedy przejaśnieniu ulegała również rogówka oka drugiego, nieoperowanego. Z faktu tego wysnuł Fiłatow wniosek, że w konserwowanej w chłodzie rogówce dochodzi do wytworzenia się substancji pobudzających procesy regeneracyjne ustroju. W dalszych doświadczeniach Fiłatow stwierdził, że nie tylko konserwowana w chłodzie rogówka, ale i inne tkanki, pod wpływem niesprzyjających warunków życiowych, nabierają leczniczego działania. Konserwowana tkanka może być również przeszczep-

piana w miejsca odległe od ogniska chorobowego z tym samym dodatnim wynikiem.

Na podstawie powyższych spostrzeżeń Filátow mógł zrobić swe pierwsze uogólnienie, ogłaszając przypuszczenie, a następnie teorię o leczeniu „biogennymi stymulatorami”.

W oddzielonej od ustroju tkance, pozbawionej dopływu krwi i chłonki, pod wpływem działania niesprzyjających warunków środowiska (np. temperatura $+3^{\circ}\text{C}$ do $+5^{\circ}\text{C}$) dochodzi do biochemicznych zmian, w wyniku których powstają w komórkach wysokowartościowe substancje, pobudzające procesy życiowe tej tkanki. Substancje te nazwał Filátow substancjami sprzeciwu — biogennymi stymulatorami. Biogenne stymulatory wytwarzane są przez tkankę w warunkach zagrażających jej życiu, a pobudzając procesy biochemiczne umożliwiają przetrwanie groźnego dla niej okresu. Wprowadzone do żywego organizmu uaktywniają w nim procesy życiowe.

Biogenne stymulatory mogą powstawać również w organizmie żywym pod wpływem działania czynników szkodliwych zarówno wewnętrznych, jak i środowiska zewnętrznego. Wystawiając na przykład króliki na działanie promieni Roentgena lub promieni pozafioletkowych można w ich krwi stwierdzić obecność biogennych stymulatorów. U człowieka mogą się one pojawić po długotrwałych wysiłkach fizycznych. Według Filátowa wydzielanie biogennych stymulatorów pod wpływem zmienionych warunków życiowych stanowi prawo przyrody tak dla tkanek zwierzęcych, jak i roślinnych.

Badania nad fizykochemiczną strukturą biogennych stymulatorów wykazały, że są one odporne na działanie wysokiej temperatury (do 120°C), rozpuszczają się dobrze w wodzie i posiadają zdolność do częściowego przechodzenia z parą przy destylacji wody. Nie są one ciałami białkowymi, bowiem nie tracą swej biologicznej aktywności przy oddzielaniu białek metodą chemiczną.

Chemiczna struktura biogennych stymulatorów nie jest jeszcze dokładnie poznana. Należy przypuszczać, że substancje współdziałające w odnowie tkanki są blisko spokrewnione z substancjami wzrostu oraz substancjami pobudzającymi oddychanie komórkowe i przemianę materii. W konserwowanej tkance najprawdopodobniej dochodzi do zwiększenia przepuszczalności komórkowej z powodu częściowego uszkodzenia komórek, jednak z zachowaniem zdolności produkowania czynników komórkowych.

Znaczenie prac Filátowa i jego współpracowników jest olbrzymie, a biogenne stymulatory zastosowano nie tylko w medycynie i weterynarii, ale również i w innych dziedzinach nauki. Selekcyjny Instytut Uprawy Bawełny w ZSRR wykonał doświadczenie polegające na moczeniu nasion bawełny w roztworach zawierających biogenne stymulatory. W ten sposób wzmocnione nasiona dawały szybszy wzrost i lepsze plony.

Sposoby przyrządzania materiału do leczenia tkankowego są liczne. Najprostszym jest konserwowanie tkanki w niskiej temperaturze, podane przez Filátowa.

Pobraną tkankę umieszcza się w hermetycznym słoiku i przechowuje się w lodowni o temperaturze $+2^{\circ}$ do $+4^{\circ}$ przez 6 do 7 dni. O ile tkanka była pobrana zgodnie z zasadami aseptyki, można użyć jej po tym okresie bezpośrednio do wszczepienia. Jeśli zaś nie jest jałowa poddajemy ją wyjałowieniu w autoklawie, w temperaturze 120°C , przez 1 godzinę. Można również sporządzić wyciąg z konserwowanej tkanki na gorąco i stosować go po wyjałowieniu w postaci zastrzyków domięśniowych.

Do leczenia tkankowego można używać tkanki ludzkiej, zwierzęcej lub roślinnej. Najlepszym roślinnym materiałem do leczenia tkankowego są liście aloesu (Skorodinska ja W. W.). Wygodnym bardzo materiałem jest łożysko pobrane od zdrowych matek, natychmiast po porodzie.

Przeszczepianie tkanki konserwowanej odbywa się drogą małego zabiegu operacyjnego. Po dokonaniu znieczulenia miejscowego 1% roztworem nowokainy, robi się nacięcie długości 2—2,5 cm, oddziela się skórę od tkanki podskórnej i w uformowaną w ten sposób kieszeń podskórną wkłada się kawałek przygotowanej tkanki konserwowanej. Ranę zaszywa się szwem prostym lub nakłada klamerki.

Leczenie tkankowe, które zrodziło się w dziedzinie okulistyki, znalazło zastosowanie prawie we wszystkich specjalnościach. Najwięcej doniesień jest z okulistyki, chirurgii i dermatologii. W chirurgii stosowano leczenie tkankowe w przypadkach trudno gojących się ran i owrzodzeń [A.R. Pietrowa (1948), W.P. Fiłatow]. Fiłatow i jego współpracownicy stosowali z dodatnim wynikiem leczenie tkankowe w zaniku nerwu wzrokowego, zapaleniu rozrostowym siatkówki, opryszczkowym zapaleniu rogówki, jaskrze, łuszczce jagliczej oraz w schorzeniach pourazowych oczu. W samoistnej zgorzeli skóry Bokkat (1949) na 16 przypadków leczonych otrzymał zupełne wyleczenie. W zapaleniach sutka u kobiet karmiących [Iwanow (1949)] oraz w przewlekłych zapaleniach pęcherza [Ajwazion (1951)], leczenie biogennymi stymulatorami dawało znaczną poprawę. Dobre wyniki uzyskał również Segal i Seweryn (1950) stosując leczenie konserwowaną tarczycą w przypadkach trudno gojących się ran i owrzodzeń oraz w padaczce pourazowej. Dodatni wpływ wyciągu z konserwowanych liści aloesu, w przypadkach gruźlicy skóry, obserwował Rachmatow (1950). Dawki wyciągu wynosiły od 0,5—1,5 ml, nie zanotowano żadnych powikłań, tak ogólnych, jak i miejscowych. Na 25 przypadków leczonych poprawa wystąpiła u 23 chorych.

Pojomnyj i Ulit (1953) stosowali leczenie tkankowe w schorzeniach układu nerwowego, między innymi w chorobach naczyniowych mózgu. U chorych po krwotoku mózgowym uzyskano wyraźną poprawę w zakresie ruchów porażonych kończyn, oraz poprawę czucia. Dodatnie wyniki otrzymali również G.A. Iwanowski, M.W. Popyrewa i A.A. Serebrennikowa w nerwobólach i zapaleniach wielonerwowych. W drżączce porażonej obserwowano zmniejszenie się drżenia oraz napięcia mięśniowego, poprawa była jednak krótkotrwała. W jamistości rdzenia oraz w stwardnieniu rozsianym wyraźnego polepszenia nie obserwowano.

W. M. Bicojewa (1953) stosowała leczenie tkankowe w nerwobólach, schorzeniach pourazowych mózgu, padaczkę oraz w chorobach naczyńniowych mózgu. Uzyskane wyniki były zadowalniające. Dodatkowo wyniki leczenia biogennymi stymulatorami w schorzeniach układu nerwowego otrzymali również A.F. Utejew i W.W. Konkina (1953).

W piśmiennictwie polskim ukazał się cały szereg prac i artykułów poświęconych metodzie i wynikom leczenia tkankowego. M. Stentor (1949) i A. Przerwa-Tetmajer (1950) stosowali leczenie tkankowe w przypadkach powikłań pooperacyjnych, w trudno gojących się owrzodzeniach u ludzi starszych i dzieci, z dobrym wynikiem. W dychawicy oskrzelowej leczenie biogennymi stymulatorami dawało znacznie lepsze wyniki niż leczenie innymi metodami. (M. Fejgin i A. Hausmann (1947), W. Kosiński (1950). A. Goldschmied (1950) podaje własną, zmodyfikowaną metodę leczenia tkankowego w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy. Metoda ta polega na wprowadzeniu podskórnym albo śródskórnym własnej krwi chorego. W miejscu wstrzyknięcia powstaje jałowy, miejscowy odczyn zapalny z wytrąceniem włóknika. Miejsce to ma być źródłem biogennych stymulatorów. U leczonych w ten sposób chorych z chorobą wrzodową, występowała znaczna poprawa. Z. Neciuk-Szczerbiński (1950, 1951) stosował również leczenie tkankowe w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy, oraz w owrzodzeniach gołeni, uzyskując wyraźną poprawę stanu ogólnego i w kilku przypadkach zniknięcie niszy Haudeka w kontroli rentgenologicznej.

W Akademii Medycznej w Lublinie leczenie tkankowe stosowane jest w wielu klinikach, przede wszystkim w Klinice Okulistycznej. T. Krwawicz (1949) wprowadził własną metodę przeszczepiania owodni konserwowanej pod spojówkę gałkową, udoskonalając technikę operacyjną tego zabiegu.

Badania własne

Zachęteni dodatnimi wynikami leczenia tkankowego w innych klinikach naszej Akademii oraz spotykanymi w piśmiennictwie, rozpoczęliśmy stosowanie leczenia biogennymi stymulatorami w chorobach naczyńniowych mózgu.

Leczenie rozpoczęto w 1951 roku, materiał wprawdzie jest niewielki, obejmuje bowiem 15 przypadków, ale wyniki dotychczasowe są zachęcające. Wyniki leczenia tkankowego w zestawieniu porównawczym przedstawione są na tabeli I.

W jednym przypadku stosowano dwukrotnie przeszczepianie owodni konserwowanej metodą Kr a u z e g o, w pozostałych podawano wyciąg z owodni konserwowanej metodą Fi ł a t o w a.

Tabela I

Rozpoznanie	Wyzdrowiało	Znaczna poprawa	Poprawa	Nie znaczna poprawa	Bez poprawy
Encephalomal.	-	2	2	3	-
Haemorrhagia cerebri	-	3	2	2	1
Razem :	-	5	4	5	1

Przypadek 1. (Nr Klin. hist. chor. 576/1951).

Chory A. P., lat 48, z zawodu rolnik, zgłosił się po raz pierwszy do tutejszej kliniki 22.X.1950 r. z powodu narastającego osłabienia siły mięśniowej w kończynach dolnych. Na kilka dni przed przybyciem miał atak drgawkowy z utratą przytomności. Rozpoznano wówczas u niego rozsiane zmiany mózgowe na tle miażdżycowym. Ponownie zgłosił się do kliniki 29.X.1951 r. z tymi samymi skargami. W narządach wewnętrznych wyraźnych odchyłań od normy nie stwierdzono. RR 135/90 mm Hg.

Neurologiczne: Chory przytomny, spowolniony, pamięć osłabiona. Objawy oponowe \emptyset . Prawy kąt ust opuszczony i słabiej ruchomy. Przy spoglądaniu na boki oczopląs poziomy, wyraźniejszy w stronę prawą. Odruchy ścięgnowe w kończynach górnych podwyższone obustronnie. Obustronny odruch dłoniowo-bródkowy. Ślad niezborności w kończynie górnej prawej. Odruchy brzuszne po stronie prawej słabsze, szybko wyczerpujące się. Napięcie mięśniowe kończyn dolnych obustronnie nieco wzmożone, siła mięśniowa wszystkich grup mięśniowych nieznacznie osłabiona. Odruchy kolanowe i piętowe obustronnie żywe, równe. Obustronny objaw Babińskiego, Rossolimo. Przy próbie Romberga chwieje się na prawo. Chód na szerokiej podstawie chwiejny. Leczenie jodowe nie przyniosło żadnej poprawy.

Dnia 19.XI.51 dokonano podskórnego wszczepienia owodni konserwowanej w chloraminie. W pierwszych trzech dniach po zabiegu stan chorego nie uległ wyraźniejszej zmianie. W czwartym dniu samopoczucie chorego lepsze, chętniej nawiązuje rozmowę z innymi chorymi, mowa mniej drżąca. W szóstym dniu stwierdzono dalszą poprawę samopoczucia i wzrost zainteresowania otoczeniem. Przy próbie Romberga stoi pewniej, chód mniej chwiejny, szybszy. W siódmym dniu zdjęto szwy, brzęgi rany zrosły się dobrze. W jedenastym dniu po wszczepieniu owodni, przy badaniu neurologicznym stwierdzono: Nieznaczna poprawa siły mięśniowej w kończynach dolnych. Objaw Rossolimo, który przed leczeniem był wyraźnie zaznaczony obustronnie, występuje tylko po stronie prawej. Przy próbie Romberga stoi pewnie, chód pewny. Inne objawy ogniskowe utrzymywały się, jak poprzednio. Powyższy stan utrzymywał się przez cały następny miesiąc. Dnia 11.I.1952 r. wszczepiono choremu ponownie owodnię. W wyniku drugiego wszczepienia zauważono znaczną poprawę samopoczucia chorego, nieznaczną poprawę siły mięśniowej kończyn dolnych.

Pozostałe objawy utrzymywały się jak poprzednio. Chory wypisał się do domu na własne żądanie, z zaleceniem zgłaszania się do kontroli.

W przypadku tym daje się zauważyć tonizujące działanie biogenych stymulatorów na system nerwowy, wyrażające się poprawami stanu ogólnego i samopoczucia chorego. Obserwowano również cofanie się niektórych objawów ogniskowych, wzrost siły mięśniowej w kończynach dolnych oraz zmniejszenie się zaburzeń równowagi.

Wyciąg z owodni konserwowanej sporządzono w tutejszej klinice, wyjałowienie oraz kontrolę jałowości przeprowadzono w Zakładzie Mikrobiologii Lekarskiej.

Przypadek 2. (Nr klin. hist. chor. 341/1952).

Chora K. E. lat 58. Dnia 15.VI.1952 r. nagle wystąpiło lewostronne porażenie połowicze z utratą przytomności. Ciśnienie krwi w chwili przyjęcia RR 280/120 mm Hg.

Dnia 16.VI.52 rozpoczęto domięśniowe podawanie co drugi dzień wyciągu konserwowanej owodni. Dnia 18.VI. samopoczucie chorej lepsze, porusza nieznacznie kończyną dolną lewą. Dnia 20.VI. stwierdza się dalszą poprawę ruchów kończyny dolnej lewej. Bezwład kończyny górnej lewej utrzymuje się. Dnia 22.VI. RR 155/90 mm Hg. Kończynę górną lewą odwodzi nieznacznie od tułowia, ślad ruchów zginania w stawie łokciowym. Dnia 24.VI. kończyną dolną lewą wykonuje wszystkie ruchy, napięcie mięśniowe wzmożone, ale siła mięśniowa znacznie osłabiona. Kończynę górną lewą zgina lepiej w stawie łokciowym, ślad ruchów zginania w palcach dłoni lewej. Dnia 2.VII. dalsza poprawa ruchów w kończynie górnej lewej, próba chodzenia przy pomocy. Dnia 4.VII. kończyną górną wykonuje wszystkie ruchy z łatwością, palców zginać w pięść nie może. Chodzi samodzielnie, chód spastyczny kończyną lewą. Dnia 5.VII. chora wypisała się do domu na własne żądanie.

W przypadku tym leczenie tkankowe dało wyraźną i szybką poprawę w postaci cofania się lewostronnego porażenia połowiczego. Jednocześnie z szybkim cofaniem się objawów ogniskowych, wystąpiło obniżenie ciśnienia krwi oraz poprawa samopoczucia.

Przypadek 3. (Nr klin. chor. 231/1952).

Chory W. J. lat 53, zgłosił się do kliniki dnia 16.VI.52 z powodu silnych zawrotów głowy połączonych z nudnościami i wymiotami, oraz uczuciem zdrętwienia prawej połowy ciała. Objawy te wystąpiły trzy dni przed przybyciem, nagle, po przebudzeniu się. Przy badaniu neurologicznym stwierdzono: Osłabienie czucia na lewej połowie twarzy, głównie czucia bólu i temperatury,

lewostronny niedowład podniebienia miękkiego, oraz struny głosowej. Przy spoglądaniu na prawo oczopląs poziomy w prawo. Lewostronne połowicze objawy mózdkowe. Rozpoznano: *Thrombosis art. cerebelli post. inf.* i rozpoczęto wstrzykiwanie wyciągu owodni. Dnia 18.VI. samopoczucie chorego lepsze, zawroty głowy i nudności mniejsze. Dnia 24.VI. chory może się utrzymać w postawie stojącej trzymając się łóżka. Niezborność w kończynach lewych znacznie mniejsza. Dnia 28.VI. chory chodzi przy pomocy, chód na szerokiej podstawie, zataczający się w lewo. Dnia 5.VII próby chodzenia samodzielnego. Chód na szerokiej podstawie. Ślad ataksji w kończynie górnej lewej. Czucie na lewej połowie twarzy ulega nieznacznej poprawie od strony nosowej. Podniebienie miękkie po stronie lewej nieco słabiej ruchome. Chory skarży się na przykre uczucie w lewej połowie twarzy. Ślad oczopląsu przy spoglądaniu w stronę prawą.

Dnia 8.VII dalsza poprawa czucia na lewej połowie twarzy. Stoi pewnie, przy chodzeniu nieznacznie pochyła się i zbacza na lewo. Dnia 14.VII chodzi pewnie, znaczna poprawa unerwienia podniebienia miękkiego po stronie lewej. Nieznaczne osłabienie czucia bólu i temperatury po stronie lewej. Dnia 16.VII chory wypisuje się na własne żądanie do domu.

W tym przypadku, już w pierwszych dniach stosowania wyciągu owodni, daje się zauważyć wyraźnie tonizujące działanie na system nerwowy. Z objawów ogniskowych najszybciej cofały się zaburzenia równowagi, poprawie uległo również unerwienie podniebienia miękkiego oraz osłabienie czucia na lewej połowie twarzy.

Działanie leczenia tkankowego w innych przypadkach było mniej więcej podobne do opisanego powyżej. W przypadku krwotoków mózgowych obserwowano szybkie cofanie się objawów ogniskowych, szybsze niż u chorych nie leczonych owodnią. Porażenia nie cofały się jednak całkowicie, pozostawały niedowłady o różnym stopniu nasilenia. Pewna poprawa występowała również u chorych z rozmięknieniem mózgu. W jednym przypadku ciężkiego rozmięknienia mózgu nie stwierdzono wyraźnej poprawy.

Filátow w swych rozważaniach nad mechanizmem działania biogennych stymulatorów dochodzi do wniosku, że dobroczynne działanie leczenia tkankowego zawarte jest w tym, że biogenne stymulatory „podwyższają energetyczne procesy organizmu”. „Ja sądzę” — pisał Filátow — „że w organizmie żywym system nerwowy dzięki swej wysokiej aktywności, pierwszy zostaje wciągnięty do procesu leczenia przy zastosowaniu biogennych stymulatorów” (cyt. wg P o j o m n y j F.A. i U l i t O.: Tkanewaja terapia bolnych nerwnymi zabołewanjami. Żurnał Newropat. Psych. Nr 10, str. 803, 1953). Aby zrozumieć dobroczynne działanie lecze-

nia tkankowego w przypadkach krwotoków mózgowych i rozmięknień, należy pamiętać o tym, że nie wszystkie objawy ogniskowe są następstwem bezpośredniego uszkodzenia komórek mózgowych i dróg przewodzących. Część ich jest wynikiem obrzęku mózgu wokół ognisk krwotocznych lub rozmięknieńowych, wynikiem zaburzenia krążenia lub tworzenia się blizn w miejscu ogniska chorobowego.

Pa w ł o w badając czynność mózgu oraz zachowanie się objawów ogniskowych w przypadku mechanicznego uszkodzenia mózgu, dzieli występujące zaburzenia wyższej czynności mózgowej na trzy okresy.

Pierwszy okres, który występuje bezpośrednio po uszkodzeniu, cechuje się rozlanym hamowaniem o charakterze ochronnym. Uszkodzone komórki nerwowe przechodzą na pewien okres czasu w stan bezczynności i spoczynku, uzyskując w ten sposób warunki, które sprzyjają ich czynnościowej odbudowie. W okresie tym wykazują one zwiększoną skłonność do hamowania, zmniejszoną wytrzymałość na silne bodźce i szybciej ulegają wyczerpaniu.

W drugim okresie odczyn na bodźce warunkowe i bezwarunkowe wzrasta, przewyższając odczyn spotykany w normie. Powstają objawy wzmózonej pobudliwości i osłabienia procesów hamowania wewnętrznego. Uraz tkanki mózgowej odbija się na działalności całej kory mózgowej.

W trzecim okresie dochodzi do stopniowego zmniejszania się hamującego wpływu spowodowanego uszkodzeniem tkanki mózgowej. Objawy wypadnięcia czynności cofają się stopniowo lub całkowicie, na skutek ujawniania się tzw. „środków zapasowych”. Wreszcie dochodzi do pojawiania się nowych zmian patologicznych, na skutek tworzenia się blizny w uszkodzonej części mózgu. Prawdopodobnie pod wpływem działania biogenych stymulatorów dochodzi do szybszego wchłaniania się obrzęku wokół ogniska chorobowego, do rozmiękania i zmniejszania się blizn. Biogenne stymulatory zwiększając fizjologiczne czynności organizmu, wpływają na poprawę krążenia oraz normalizują procesy przemiany materii.

Doświadczenia kliniczne nad czynnością kory mózgowej w przypadkach późnych następstw zamkniętych urazów mózgu wykazały, że wspólnym objawem jest znaczne zaburzenie czynności kory mózgowej i wyraźna przewaga procesów hamowania

biernego (bezw warunkowego). Objawy patologicznej bierności nie mają charakteru jedynie zaburzeń miejscowych, lecz występują w postaci rozlanej, rozprzestrzenionej. (Iwanow - Smoleński (1951).

W przypadku chorób naczyniowych mózgu, biogenne stymulatory działając tonizująco na system nerwowy, doprowadzają do poprawy zaburzonych procesów korowych, przyspieszając okres zdrowienia chorego. Leczenie tkankowe w krwotokach i rozmięknięciach mózgu daje zachęcające wyniki oraz skraca znacznie okres powrotu zaburzonych wyższych czynności nerwowych do normy.

PISMIENICTWO

1. Ajwazion A.W.: Sow. Med. Z. 3, str. 70, 1951.
2. Bicojewa W.M.: Żurnal Newropat. Psych. Nr 10, str. 810, 1953.
3. Bokkat S.A., Wierkow I.I.: Chir. Z. 9, str. 65, 1949.
4. Fiłatow W.P.: Chir. Z. 7, str. 3—11, 1949.
5. Fiłatow W.P.: Sow. Med. Z. 11, 12, str. 3—8, 1935.
6. Fiłatow W.P., Skorodińska W.W.: Wracz. dzieło Nr 11, str. 1051, 1947.
7. Fiłatow W.P., Biber W.A., Skorodińska W.W.: Oftalm. Żurnal Nr 1, str. 4, 1947.
8. Fiłatow W.P.: Opticzeskaja peresadka rogowej obłóczki i tkaniewaja terapija. Medgiz — Moskwa 1945, str. 3—10.
9. Fiłatow W.P.: Sow. Med. Z. 1, str. 6, 1950.
10. Fejgin M., Hausmann A.: Pol. Tyg. Lek. Nr 21, str. 629, 1947.
11. Goldschmied A.: Pol. Tyg. Lek. Nr 25, str. 967—973, 1950.
12. Hausmann A.: Pol. Tyg. Lek. Nr 49, str. 1497, 1946.
13. Hausmann A.: Pol. Tyg. Lek. Nr 36, str. 1031, 1947.
14. Iwanowski G.A., Popyrewa M.B., Serebrennikowa A.A.: Żurnal Newropat. Psych. Nr 10, str. 804—809, 1953.
15. Iwanow M.P.: Akusz. Ginek. Nr 5, str. 32, 1949.
16. Iwanow - Smoleński A.G.: Zarys patofizjologii wyższych czynności nerwowych. P.Z.W.L. str. 39—48, 1951.
17. Kosiński W.: Pol. Tyg. Lek. Nr 17, str. 658, 1950.
18. Krwawicz T.: Annales U.M.C.S. Sec. D, Vol. IV, str. 33, 1949.
19. Neciuk - Szczerbiński Z.: Leczenie tkankami metodą Fiłatowa. P.Z.W.L. 1951, str. 9—103.
20. Neciuk - Szczerbiński Z.: Pol. Tyg. Lek. Nr 33—34, str. 1228, 1950.
21. Neciuk - Szczerbiński Z.: Pol. Tyg. Lek. Nr 4, str. 129, 1951.
22. Pojomnyj F.A., Ulit O.R.: Żurnal Newropat. Psych. Z. 10, str. 802, 1953.
23. Pietrowa A.R.: Chir. Z. 3, str. 54—59, 1948.
24. Przerwa - Tetmajer A.: Ped. Pol. Nr 3/4, str. 261—285, 1950.
15. Rachmatow W.: Probl. Tuberk. Nr 1, str. 5, 1950.
26. Segal C., Seweryn S.: Sow. Med. Nr 7, str. 24—26, 1950.
27. Stentor M.: Przegl. Dermat. Nr 1, str. 35—44, 1949.
28. Utejew A.F., Konkina W.W.: Żurnal Newropat. Psych. Z. 10, str. 577, 1953.

РЕЗЮМЕ

После критического обсуждения многочисленной литературы, а также дискуссии относительно биологических оснований метода Филатова, автор приводит свои собственные наблюдения.

Лечение было применено в 15 случаях сосудистых заболеваний центральной нервной системы, как в случае кровоизлияний, так и при размягчениях. При лечении применялись частично прививки консервированного амниона, частично внутримышечные инъекции экстракта из консервированного амниона. Действие приема можно было наблюдать уже спустя несколько дней и оно проявлялось прежде всего в повышении самочувствия, а также в улучшении общего состояния. Затем наблюдалось улучшение движений, а даже постепенное ликвидирование некоторых очагов.

Признаки улучшения состояния здоровья выступали гораздо скорее, а сам процесс выздоровления протекал гораздо быстрее, чем это наблюдается при лечении по разным другим методам.

Влияние метода Филатова приписывается более быстро протекающей ликвидации отека мозга, а также общему тонизирующему действию „биогенных стимуляторов“.

ZUSAMMENFASSUNG

Nach Übersicht eines umfangreichen Schrifttums und Besprechung der biologischen Grundlagen der Filatowschen Methode bringt der Verfasser seine eigene Erfahrungen vor.

Es wurden 15 Fälle von Kreislaufstörungen des zentralen Nervensystems behandelt, sowohl Hirnblutungen wie Erweichungen. Die Behandlung bestand teils in Implantation von konserviertem Amniongewebe, teils in intramuskulären Injektionen von Placentarextrakt. Die Wirkung wurde bereits nach wenigen Tagen sichtbar, vor allem eine Hebung des Allgemeinzustandes und des Selbstgefühls. Weiter wurde eine Besserung der motorischen Leistungen, meist auch eine Abnahme der Herdsymptome beobachtet. Die Besserung schien früher einzutreten und rascher fortzuschreiten als in Fällen, die mit anderen Methoden behandelt wurden. Die Wirkung der Filatowschen Methode wird auf ein rascheres Zurücktreten des Hirnoedems und eine allgemein tonisierende Wirkung der „biogenen Stimulatoren“ zurückgeführt.