

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 8

WARSZAWA, 12 KWIETNIA 1928 R.

Rok V

## PRACE ORYGINALNE.

### Wykłady kliniczne.

#### O ropówkach okołoprzełykowych i innych następstwach mechanicznego obrażenia przełyku.

Podał

Zygmunt SREBRNY (Warszawa).

Uszkodzenia przełyku natury mechanicznej, poza rzadkimi przypadkami ran postrzałowych, ciętych i kłutych, powstają naskutek uwięźnięcia w nim ciała obcych, a częściej jeszcze z powodu wykonywanych naślepo zabiegów, mających na celu usunięcie z przełyku ciała obcego. O ile pierwsze są dziełem nieszczęśliwego wypadku, o tyle drugie przypisać musimy wadliwej pomocy lekarskiej. Niemal każdy przypadek połknięcia ciała obcego skończyłby się pomyślnie, gdyby choremu podano pomoc racjonalną, a często nawet, gdyby nic nie robiono. Wszystko, co w przełyku robi się na ślepo, a czasem nawet i tak pozornie niewinne zabiegi, jak środek wymiotny lub połechtanie gardzieli w celu wywołania wymiotów, może pociągnąć za sobą fatalne dla chorego następstwa. Chociaż w ostatnich latach te fatalnie kończące się przypadki ciał obcych w przełyku zdarzają się rzadziej, jednak od czasu do czasu widuje się jeszcze i teraz ciężkie powikłania, a nawet i śmierć, spowodowaną zabiegami, na ślepo wykonywanymi. Trudno jakoś wykorzenić ten nałóg spychania ciał obcych do żołądka i wydobywania ich zapomocą rozmaitych chwytaczy bez kontroli wzroku lub palca. Wolno też przenika i do publiczności przekonanie, że pomoc w przypadkach ciał obcych w przełyku może dać tylko lekarz, obeznany z wziernikowaniem przełyku, a nie przygodny felczer lub pielęgniarz, a nawet ktokolwiek z otoczenia chorego.

Do jak opłakanych wyników postępowanie takie prowadzi, niech świadczy kilka jaskrawszych przypadków z praktyki mojej.

Przed laty kilkunastu widziałem wspólnie z nieżyjącym już dziś kol. *Herwingiem* chłopca lat 8 lub 9 z Wiatki, którego przywieziono do Warszawy w ciężkim bardzo stanie

gorączkującego, wycieńczonego, narzekającego na silne bóle w gardle. Matka chłopca opowiedziała, że dziecko przed tygodniem połknęło ość. Przedsięwzięte po upływie kilku dni przez lekarza manipulacje miały ten skutek, że bóle wzmogły się w wysokim stopniu, dziecko nie mogło nic przełknąć, nazajutrz wystąpiła silna gorączka i wybitny upadek sił. Ten stan dziecka skłonił matkę do szukania pomocy w Warszawie u kol. *Herynga*. Gdyśmy razem widzieli dziecko, stan jego był rozpaczliwy, beznadziejny. Chłopiec narzekał na bóle w klatce piersiowej, gorączkował wysoko, robił wrażenie ciężko chorego, miał tętno drobne, bardzo częste. Badanie ezofagoskopowe wykryło na wysokości 15 ctm. od zębów siecznych poszarpane błony śluzowej na dużej przestrzeni: w kilku miejscach kłaki błony śluzowej szarej, zmartwiałej robiły wrażenie ości; ujęcie ich kleszczykami wyprowadziło mnie z błędu — były to strzępy błony śluzowej. Ości znaleźć nie mogłem. Przy tej sposobności przekonałem się o emocji, jakiej doznaje lekarz, manipulując koszykiem *Graefego*. Obecny na naradzie chirurg uważał, że badanie bez zastosowania tego przyrządu jest niekompletne i postanowił ów przyrząd zastosować. Podczas wyciągania go koszyk, jak to, zresztą, często się zdarza, zaczęł o chrząstkę obrączkową i nie dał się wydobyć. Zanim to się wreszcie udało przeżyliśmy wszyscy chwilę bardzo przykrą, zwłaszcza wobec ciężkiego stanu dziecka, które, wyczerpane z sił, mogło owej chwili nie przetrzymać. Nazajutrz dziecko zmarło.

Zastanawiając się nad szczegółami historii choroby tego przypadku, muszę uważać za fakt niemałej wagi nagłe pogorszenie się stanu dziecka po manipulacjach lekarskich, prawdopodobnie zgłębniakiem lub koszykiem, oraz na stwierdzone przy pomocy ezofagoskopu poważne uszkodzenie błony śluzowej, którego ość sama zrobić nie mogła. Ość mogłaby sama przez się być przyczyną śmierci przez wywołanie zapalenia śródpiersia, z którym tu bez wątplenia mieliśmy do czynienia, ale w takim razie sprawa postępowałaby powoli; tymczasem tutaj bezpośrednio po wprowadzeniu narzędzia celem usunięcia ości wzmogły się bóle, wystąpiła gorączka, jednym słowem, w obrazie choroby wystąpiła tak nagła zmiana na gorsze, że związek pomiędzy zabiegiem a pogorszeniem się stanu chorego rzucał się w oczy. Muszę przeto uważać za rzecz pewną, iż rozległe obrażenie błony śluzowej, a może nawet

i przedziurawienie przełyku było następstwem wykonanych przez lekarza manipulacji.

Wkrótce po tym przypadku wezwany byłem przez kol. Gantza do kobiety, przybyłej z prowincji nazajutrz po rękoczynach, wykonanych celem usunięcia kostki z przełyku. Rękoczyny te, z niezwykłą energią wykonane, polegały, jak opowiadała pacjentka, na wprowadzeniu do gardła: 1) drutu, owiniętego na końcu watą; 2) kawałka drzewa, szpiczasto zakończonych, również owiniętego watą; 3) w ten sam sposób zabezpieczonego fiszbinu; 4) miękkiego zgłębnika; 5) twardego zgłębnika, wreszcie 6) jakiegoś przyrządu do wydobywania ciał obcych, prawdopodobnie koszyki Graefego. Kol. Gantz znalazł przekrwienie błony śluzowej gardzieli i krtani, zaś wziernikowanie przełyku wykryło w zatoce gruszkowatej kostkę, która tkwiła głęboko w tkance, i którą bez trudu usunął. Należało się spodziewać, że po usunięciu ciała obcego chora szybko powróci do zdrowia. Tymczasem stan miejscowy i ogólny szybko się pogarszał, doszło do wytworzenia się ropówki okołoprzełykowej, z której chora po upływie kilku tygodni szczęśliwie wyszła cało.

Nie przytaczam tu szczegółowo całego przebiegu choroby, dokładnie opisanej przez kol. Gantza w „Medycynie i Kronice Lekarskiej” z r. 1912, zwracam tylko uwagę na dwa szczegóły: Kość znaleziono w zatoce gruszkowatej lewej, czyli właściwie zewnątrz przełyku, a w przebiegu choroby powstała przetoka przełyku z lewej strony oraz wybitne objawy zapalne z prawej strony gardzieli. Nie ulega wątpliwości, że przy ponawianych ciągle „przetykaniach” uszkodzono zarówno lewą, jak i prawą ścianę przełyku, i że skutkiem tego uszkodzenia szczęśliwie powstało przedziurawienie tylko po stronie lewej. Dodać do tego należy, do czego później jeszcze powrócę, że do ciężkiego przebiegu choroby (wysokiej gorączki) z pewnością przyczyniło się i zakażenie powstałych uszkodzeń przez nieodkazywane narzędzia.

Przechodzę do dalszych spostrzeżeń.

40 letnia mieszkanka Mińska z wyrazem cierpienia na twarzy tak opisuje mi swoją martyrologję: Przed 6 dniami, jedząc zupę, połknęła kość, poczem „zrobiło jej się ciasno w gardle”; czy miała ból, nie pamięta. Wezwany lekarz pod chloroformem wprowadził narzędzie do gardła, którego, jak się potem dowiedziała, wyciągnąć nie mógł, tak, że musiał w celu wydostania go użyć siły. W tym momencie chora obudziła się i wykrztusiła około szklanki krwi. Od tego czasu ma ból silny, a głównie skarży się na przeszkodę przy łykaniu: płyny przechodzą z trudnością, większą ich część oddaje z powrotem; stałych pokarmów wcale połknąć nie może i to nietyle z powodu bólu, ile dlatego, że pokarm przejść nie może. Lekarz zapewnił chorą, że kość z pewnością usunięta została, chociaż jej nazewnątrz nie wydobyto.

Rentgenogram, wykonany w Warszawie, wykazuje zaciemnienie nieco niżej chrząstki obrączkowej.

Z głosu chorej rozpoznac można, że gardziel lub górna część przełyku jest obrzmiała, chora mówi, jak gdyby miała „kluskę” w gardle; oddech swobodny. Oglądanie gardzieli i krtani zmian nie wykazuje, badanie palcem nie wykrywa ciała obcego, ani zmian obrzękowych w gardzieli. Na szyi z prawej strony ledwie dostrzegalne obrzmienie, obmacywanie tej okolicy sprawia chorej ból. Wacik z kokainą, wprowadzony nisko do gardzieli, względnie do górnej części przełyku, wyjmuję lekko zakrwawiony. Po wprowadzeniu rury ezofagoskopowej do wysokości ust przełyku czuję uderzające w nos cuchnące gazy, a po wytarciu wacikami krwawiącej w tem miejscu błony śluzowej widzę ją poszarpaną na dużej przestrzeni. Kości ani nie widzę, ani nie wymacuję wprowadzonym pod kontrolą oka zgłębnikiem

metalem. Ciepłota około 38°. Zaleciłem chorej łykanie lodu i adrenalinę po 15 — 20 kropeł co 3 godziny.

Nazajutrz obrzmienie szyi większe, podczas obmacywania szyi wyczuwa się otok powietrzny podskórny. Przewidując potrzebę interwencji chirurgicznej, umieściłem chorą w zakładzie Dr. Hurwicza. Następnego dnia musiałem wyjechać, a powróciwszy po upływie 24 godzin, dowiedziałem się, że z powodu powiększającego się nacieczenia na szyi, któremu towarzyszyła gorączka wyżej 39°, kol. Hurwicz widział się zmuszonym do rękoczynu, który polegał na cięciu półksiężycowym od jednego mięśnia mostkowo-sutkowo-obojęzykowego do drugiego i na dotarciu pod mięśniami do bocznej okolicy szyjnej, przyczem z prawej strony natrafiono na ognisko posokowate. Obmacywanie przełyku, po wprowadzeniu doń miękkiego zgłębnika, nie wykryło obecności kości. Po przesączeniu śródpiersia przedniego i nałożenia opatrunku chorą przeniesiono na salę. W kilka godzin później (około godziny 2 w nocy) kol. H. został zaalarmowany wiadomością, że chora, która podczas operacji i bezpośrednio po niej oddychała zupełnie swobodnie, nagle zaczęła się dusić. Wpadłszy na salę, kol. H. zastał chorą siną, nieprzytomną, z przygryzionym ściśniętymi szczękami językiem, zupełnie bez tchu. Jednym cięciem, wykonanym na łóżku kol. H. dotarł do tchawicy, przeciął ją i, zastosowawszy kilkominutowe oddychanie sztuczne, przywrócił chorą do życia. Badając chorą, znalazłem, jako przyczynę tego nagłego napadu zaduszenia, obrzęk krtani wysokiego stopnia: pod strunami widać było dwa stykające się ze sobą wały. Gdyby stan ten miał być zależny od sprawy zapalnej, odbywającej się w tkance okołoprzełykowej, to duszność występowałaby powoli, stopniowo, nie zaś nagle, niemal momentalnie, jak to w naszym przypadku się stało. Sądzę przeto, że prędzej przyczyną obrzęku krtani były zaburzenia w krążeniu, wywołane ściskiem wytaponowaniem rany i wywarłym w ten sposób uciskiem na wielkie naczynia.

Dalszy przebieg choroby był powikłany częściową zgorzelą chrząstek tchawicy, spowodowaną forsownym chwytniem w kleszczyki Kochera tkanek, z których krew lała się obficie podczas tracheotomji. Po wyeliminowaniu się zmartwiałych kawałków chrząstek można było po upływie trzech tygodni rurkę usunąć. Okolica okołoprzełykowa była codziennie przemycana wodą utlenioną, od czasu do czasu smarowana jodyną, ciepłota powoli spadała, pokarmy płynne, które z początku obficie wlewały się do rany, chora stopniowo zaczęła łykać coraz lepiej, wkrótce potem przechodziły już swobodnie i pokarmy półpłynne, tak, że po upływie 5 tygodni chora wyszła zwycięsko z tej ciężkiej choroby.

I w tym przypadku ciężki przebieg cierpienia zależał niewątpliwie od obrażeń przełyku, zadanych wprowadzonym na ślepo do przełyku narzędziem, prawdopodobnie koszykiem Graefego. Przemawia zatem przypuszczeniem szczegół, że narzędzia nie można było wyciągnąć, że trzeba było użyć siły, że wreszcie po szczęśliwym uwolnieniu chorej od owego narzędzia nastąpił obfity krwotok. Nakoniec o uszkodzeniu przełyku świadczy również podany wyżej obraz ezofagoskopowy, którego samą obecnością ciała obcego w przełyku wytłomaczyć nie można. Jeżeli chora szczęśliwie uporała się z opisanymi ciężkimi powikłaniami, to zawdzięczała to swojej silnej budowie.

Gorzej, bo śmiercią zakończył się przypadek następujący.

Mężczyzna lat 32, bardzo tęgi, o szyi krótkiej, zgłosił się do mnie dosyć późnym wieczorem i opowiedział, że przed godziną, jedząc zupę rybną, poczuł ość w gardle. Przestraszony tym wypadkiem, udał się natychmiast do pobliskiego lekarza. Ten wprowadził mu do gardła narzędzie, które podczas wyciągania go utknęło w gardle. W tej samej chwili lekarz jakoby

musiał podejść do dzwoniącego telefonu, a chory, którego tkwiąc w gardle narzędzie zemdliło i przyprawiło o wymioty, nie mogąc dłużej wytrzymać tej sytuacji, narzędzie z gardła wyrwał. Nastąpiło krwawienie, niezbyt, zresztą, obfite, ale od tej chwili pacjent doznaje silnego bólu gardła, i głos mu się zmienił: „mówię, jak gramofon”, tak określił głos swój chory, zdradzając przy tem wielki niepokój i utrzymując, że uczucie, jakie ma w gardle, różni się bardzo od tego, jakie było po połknięciu ości.

Obmacywanie krótkiej, grubej szyi nie wykazuje nic nieprawidłowego, w gardzieli zmian nie widać; badając krtani lusterkiem, spostrzegam w nasadzie języka tkwiącą cienką ość, w krtani zmian niema. W chwili, kiedy sięgałem po kleszczyki, aby wyjąć ość z języka, chory zwymiotował, poczem ości już nie znalazłem, zapewne została wykrztuszona podczas wymiotów. Chory był ciągle mocno podniecony, narzekał na ból w gardle, biegał niespokojnie po pokoju, miał tętno około 110 przy ciepłocie 36°.

Stałem się chorego uspokoić, poradziłem łykanie lodu i zażywanie adrenaliny po 20 kropeł co 4 godziny. W pół godziny potem zaalarmowano mnie telefonicznie, że choremu twarz puchnie. Znalazłszy się wkrótce potem w mieszkaniu pacjenta, stwierdziłem otok powietrzny twarzy, szyi i górnej części klatki piersiowej, oczywiście, jako następstwo przedziurawienia przełyku. Poleciłem natychmiastowe umieszczenie chorego w zakładzie leczniczym, przewidując szybką konieczność wykonania cięcia tchawicy. Istotnie, nieco forsowniejszy ruch wywoływał już świsł wdechowy, w spokoju chory oddychał swobodnie. Nie chcąc czekać powiększenia się duszności, zwłaszcza wobec przewidywanych trudności operacji z powodu krótkiej szyi i otoku powietrznego, po naradzie z kol. Hurwi, c z e m postanowiliśmy o godzinie 12-ej w nocy przystąpić do tracheotomji.

Gdy jednak chory, który w tym czasie jeszcze względnie dobrze oddychał, położył się na stół, nastąpiło coś nieoczekiwanego. Jednej chwili zerwał się z krzykiem i cały siny opadł z powrotem bez tchu. Trzeba było jednym cięciem, idąc poprzez gruczoł tarczowy (wobec krótkiej szyi) dotrzeć do tchawicy: trysnęła fontanna krew, o chwytaniu krwawiących naczyń nie było mowy, trzeba było, radząc sobie jako tako tamponami, otworzyć tchawicę, do której sporo krwi się wlało. Po długotrwałem sztucznem oddychaniu i wyciąganiu krwi z tchawicy chory zaczął oddychać, z początku powierzchownie, później coraz głębiej, tętno, już przedtem bardzo częste, teraz nie dawało się policzyć, było nierówne, nitkowate. Pod wpływem kamfory tętno uległo poprawie, ale w ciągu całej nocy chory ciągle spłukał krew, a podczas wysłuchiwania płuc stwierdzało się liczne rżenia wilgotne. Krew, oczywiście, musiała spływać do płuc z rany.

Szczegółowe oględziny rany operacyjnej wykryły drobne skaleczenie tylnej ściany tchawicy, zrobione podczas jej otwierania na ślepo w chwili niedającego się opanować krwotoku.

Po wytamponowaniu tchawicy nad rurką krwawienie ustało. Nazajutrz ciepłota nieco wyżej 36°, chory nie jest w stanie połknąć kropli wody, otok powietrzny całej twarzy (tak, że oczów nie widać, zwłaszcza oka lewego), szyi i klatki piersiowej z przodu do brodawek sutkowych, z tyłu do połowy kręgosłupa. Tętno ponad 120, drobne. Chory całą noc nie spał, był niespokojny, skarży się na ból w plecach. Cała tylna ściana gardzieli czerwona, jak szkarłat, silnie obrzmiała, robi wrażenie poduszki, krtani nie widać. W płucach nieliczne rżenia wilgotne, chory wykrztusza przez rurkę pianę krwawą. W ciągu dnia skarżył się na silne bóle w brzuchu. Trzeciego dnia po wypadku ciepłota ciała zaczęła się podnosić i doszła wieczorem do 37,5. Niepokój coraz większy, noc przepędził bezsennie, łykanie zupełnie niemożliwe, wskutek czego zastosowano kilka ławatyw odżywczych. Bóle w plecach trwają dalej, w nocy skarżył się znowu na ból brzucha. Otok powietrzny bez zmiany. Na szyi

obok trzszczeń wyczuwa się rozpoczynające się nacieczenie, bolesność podczas obmacywania dosyć silna. Czwartego dnia wykonano cięcie od jednego mięśnia mostkowo-sutkowo-obojęzycznego do drugiego i pod mięśniami dotarto ze strony lewej do ogniska posokowatego. Ciepłota ciała tego dnia doszła do 38°, tętno bardzo częste, drobne, nierówne. Piątego dnia przy ciągle pogarszającym się tętnie, ciepłocie 38,2 i wzrastającym niepokojem chory zaczął skarżyć się na niemożność oddania moczu: po wprowadzeniu cewnika znaleziono zupełny bezmocz. W godzinę później pacjent, domagając się zejścia na kubeł, zmarł nagle.

Streszczając przebieg choroby w danym przypadku, widzimy, że chory, któremu z powodu połknięcia ości wprowadzono do przełyku przyrząd, prawdopodobnie koszyk Gräfe'go, na skutek nudności i wymiotów wyrwał przyrząd w chwili zahaczenia się tegoż w górnej części przełyku. Po wyrwaniu przyrządu chory wyksztusił trochę krwi. Już w godzinę po wypadku, po powrotnych wymiotach w czasie badania krtani lusterkiem, występuje otok powietrzny na twarzy, szyi i górnej części klatki piersiowej, a w dwie godziny później rosnąca powoli duszność zmusza do wykonania przecięcia tchawicy. Już w tym okresie choroby zastanawia upadek tętna i niepokój chorego. W dalszym przebiegu, przy szybko rosnącym obrzęku gardzieli i krtani oraz nacieczeniu na szyi, przy podnoszeniu się stopniowem ciepłoty i coraz wybitniejszym upadku tętna, chory umiera 5 dnia skutkiem porażenia serca.

Zastanawiając się nad przyczyną tak ciężkiego przebiegu i tak smutnego zejścia w danym przypadku, musimy przedewszystkiem stwierdzić, że nie ciało obce, lecz nieszczęśliwie zastosowane narzędzie do jego usunięcia spowodowało chorobę i śmierć. Bo, przypuściwszy nawet, że prócz znalezionej przezemnie cienkiej ości w nasadzie języka, znajdowała się jeszcze druga w przełyku, nie moglibyśmy wyobrazić sobie tak piorunującego przebiegu cierpienia: ość musiałaby natychmiast zerwać przełyk na dosyć dużej przestrzeni, gdyż tylko taki uraz tłomaczyłby gwałtowny otok powietrzny, który już w 1½ godziny po wypadku doszedł do znacznych rozmiarów. Przypuszczenie takie jest nie do przyjęcia. Obrażenie przełyku powstać mogło jedynie skutkiem gwałtownego wyrwania przyrządu, zapewne koszyka Gräfe'go, który, jak to zwykle się zdarza podczas wyciągania go, zahacza się o chrząstkę obrączkową. Za tem umiejscowieniem obrażenia przemawia też olbrzymi obrzęk tylnej ściany gardzieli, który dochodził wysoko aż do jamy nosowogardzielowej.

Mogłaby tu nasunąć się jeszcze inna myśl, mianowicie, że skutkiem ruchów wymiotnych przy zatkanym przełyku, w którym tkwił przyrząd, nastąpiło pęknięcie przełyku, bezpośrednią bowiem przyczyną takiego pęknięcia są zawsze gwałtowne wymioty, zwłaszcza przy czasowem zatkanu górnej części przełyku, utrudniającem wydalaniem napływającej z żołądka zawartości. Czynnikiem zatykającym przełyk, może być albo ciało obce albo bardzo silny skurcz mięśni przełyku. Najłatwiej zaś ulega zatkanu górna część przełyku na wysokości chrząstki obrączkowej, która zwięza w tem miejscu światło przełyku. Tutaj więc niezbyt wielkie ciało obce już może wywołać zupełne zatkanie przełyku. W naszym przypadku tem cia-

łem obcem był tkwiący w gardle przyrząd. Były tu więc wszelkie warunki do powstania pęknięcia przełyku. We wszystkich jednak opisanych przypadkach tego cierpienia, zarówno jak i w doświadczeniach Morella Mackenziego (*Die Krankheiten des Halses und der Nase*. 1884) zawsze ulegał pęknięciu przełyk w pobliżu wpustu, najwyżej w części środkowej, co tłumaczy się tem, że muskulatura dolnej i środkowej części przełyku składa się wyłącznie lub prawie wyłącznie z włókien gładkich, w przeciwstawieniu do górnej, mającej muskulaturę mocniejszą — poprzecznie prążkowaną. W naszym przypadku, jak wspominałem, obrzęk tylnej ściany gardzieli był tak wielki, że nie ulegało wątpliwości, iż rozerwanie przełyku musiało nastąpić badzo wysoko, na granicy gardzieli. Czy atoli, prócz rozerwania przełyku w tem miejscu, nie było jeszcze i pęknięcia niżej, na to stanowczej odpowiedzi dać nie można, są jednak pewne objawy, które za tem przemawiają. Przedewszystkiem zachodzi pytanie, czy w ogłoszonych przypadkach pęknięcia przełyku narząd ten zawsze znajdowany był chorym, czy też pęknięciu może uleżeć i zdrowy przełyk. Pytanie to stawiam z tego powodu, że u mojego chorego, którego znałem od wielu lat, nie miałem powodu do przypuszczania jakichkolwiek zmian w przełyku: nie chorował wogóle na żołądek, nie miewał wymiotów, ani odbijań i nietylko nie nadużywał alkoholu, lecz wogóle nie pił, a alkohol może, rzecz prosta, wywołać zmiany chorobowe w ścianach przełyku. Są jednak opisane przypadki pęknięcia przełyku, w których sekcyjnie nie stwierdzono żadnych zmian makro-, ani mikroskopowych w ścianach przełyku —, pęknąć zatem może w sprzyjających warunkach i zdrowy przełyk. Pomiedzy spostrzeżeniami tego rodzaju zasługuje na uwagę, z punktu widzenia możliwości pęknięcia przełyku podczas wymiotów przy jego zatkanii, przypadek F. Cohna (*Beitrag zur Kenntniss der spontanen Oesophagusruptur*. Dissertation. Breslau 1907. Semons Ctbl. f. Laryngologie. T. XXVI—str. 73), w którym pęknięcie nastąpiło podczas przepłukiwania żołądka. Sekcyjnie stwierdzono, że zgłębnik nie wywołał uszkodzenia ściany przełyku, znaleziono zaś pomiędzy opłucną a przełykiem mocne zrosty. Być więc może, że przy ruchach wymiotnych podczas przepłukiwania żołądka, wobec upośledzonej rozciągliwości przełyku skutkiem zrostów z opłucną, przełyk, chociaż miał ściany zdrowe, uległ jednak pęknięciu. W przypadku naszym jest pewien szczegół, który fakt pęknięcia przełyku w dolnej jego części, jak to zwykle bywa, czyni prawdopodobnym. Szczegółem tym są skargi na ból brzucha, który chory umiejscawiał w dołku, i którego z początku wytłomaczyć sobie nie umiałem. Dopiero, rozczytując się w piśmiennictwie, zwróciłem uwagę na to, że jednym ze stałych objawów pęknięcia przełyku jest ból wzdłuż tego narządu, w dołku i plecach. Nie jest zatem rzeczą niemożliwą, że najpierw, gdy chory robił ruchy wymiotne w czasie, kiedy zastosowany przez lekarza przyrząd tkwił w przełyku, nastąpiło jego pęknięcie w części dolnej, a potem naskutek szarpnięcia przyrządu przy gwałtownem jego wyrwanii powstało rozerwanie w odcinku górnym.

Rzecz prosta, że, gdy zawartość żołądka i przełyku dostała się do tkanki okołoprzełykowej, to warunki do powstania ropówki okołoprzełykowej były bardzo sprzyjające. Ale sprawy takie w tkance okołoprzełykowej i bez przedziurawienia przełyku powstać mogą na drodze szerzenia się zapalenia z błony śluzowej przełyku, przyczem w następstwie okazać się może przetoka, jak to było w przypadku, spostrzeganym wspólnie z kol. Gantzem.

W innych znów razach ciało obce tkwiące w ścianie przełyku, może ją przedziurawić, dostać się do tkanki okołoprzełykowej i tu wywołać ropówkę w czasie, gdy otwór w ścianie przełyku już się zagoił bez pozostawienia w niej jakiegokolwiek śladu.

Czy w razie uszkodzenia ściany przełyku bez jej przedziurawienia dojdzie w niej, względnie w tkance okołoprzełykowej, do cięższych powikłań, to zależy od ilości i siły materiału zakaźnego, wprowadzonego do przełyku. Dlatego też sądzę, że niezbyt wielkie uszkodzenia, wywołane takimi ciałami obcymi, jak kości i ości, t. j. ciałami, wyjąłwionymi przez gotowanie, mogą do ropówek nie doprowadzić. Ciała takie, wywoławszy zadrażnienie błony śluzowej, mogą dostać się do żołądka i tu uleżeć strawieniu lub wyjść nazewnątrz, dając tylko powód do lekkich dolegliwości w ciągu pierwszych dni. Jeżeli jednak w takich przypadkach, t. j. w razie niewielkiego uszkodzenia błony śluzowej, dochodzi do stanów gorączkowych, a nawet do ropówek, to znowu dużo winy złożyć tu wypada na manipulacje narzędziami, których (z pewnem zakłopotaniem muszę to powiedzieć) nie przywykliśmy jeszcze odkażać, bądź z powodu materiału, nie nadającego się do odkażania, bądź naskutek starego nałogu, że zgłębników przełykowych można nieodkazywać. Dzieje się więc tak, że niewinne zadrażnienie błony śluzowej przełyku, po przejściu przezeń ciała obcego, wywołując pewne dolegliwości, skłania chorego do szukania pomocy. Lekarz, dowiedziawszy się, że chory połknął kostkę wprowadza do przełyku nieodkazywany zgłębnik i zakaża ranę. Stąd wkrótce gorączka i ropówka.

Niedawno widziałem kobietę, która podczas jedzenia poczuła lekkie ukłucie w gardle i niebyła pewna, czy połknęła z pokarmem kostkę, czy też tylko zadrasnęła przełyk twardym pokarmem. Jakkolwiek dolegliwości szczególnych nie miała, doznawała jednak ciągłego niepokoju z powodu przypuszczalnego połknięcia kostki. Na piąty dzień po wypadku, chcąc się upewnić pod tym względem, udała się do lekarza. Wprowadzono jej, jak mi w dalszym ciągu opowiadała, instrument do gardła, poczem nazajutrz zaczęła doznawać bólu w gardle, którego przedtem nie miała, a w dniu przybycia do mnie mogłem stwierdzić u niej obrzęk szyi i 38° gorączki. Badanie ezofagoskopowe wykazało małe zadrażnienie błony śluzowej przełyku na wysokości jego ust; ciała obcego nie było.

Nie ulega wątpliwości, że owo zadrażnienie, które powstało podczas jedzenia, samo przez się chorej żadnej szkody nie zrobiło. Dopiero wprowadzenie narzędzia, jak przypuszczam, nieodkazywanego, było przyczyną gorączki i obrzęku szyi, które na szczęście nie skończyło się ropówką.

(Dok. nast.).

## Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału chorób nerwowych i wewnętrznych szpitala na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: Dr. L. E. BREGMAN).

### O powikłaniach mózgowych po odrze.

Podali

L. E. BREGMAN (Warszawa) i K. PONCZ (Warszawa).

(Dokończenie).

Dla zrozumienia istoty poodrowych schorzeń układu nerwowego ośrodkowego niezmiernie ważne są wyniki badania histologicznego w przypadkach, zakończonych śmiercią.

Wyniki takie opisane zostały przez szereg autorów. Wohlwill w ogłoszonej niedawno pracy, opierając się na 2-ch przypadkach, wykazał, że sprawa chorobowa w mózgu i rdzeniu ma cechy zupełnie odrębne, polegające na rozpadzie pierwiastków nerwowych i bujaniu gleju. Z rozpadu otoczek myelinowych powstają drobne ziarniste masy, widoczne wewnątrz komórek glejowych, które tu odgrywają rolę fagocytów; zaś w komórkach zwojowych rdzenia, pozbawionych jąder, znajdują duże wkłady bryłowe, stanowiące produkt rozpadu jąder. Najważniejszą cechą sprawy jest jej umiejscowienie w postaci cienkiej warstwy na obwodzie rdzenia, a w mózgu pod wyściółką komór bocznych. Zmiany rozwijają się najczęściej wokół żył, a więc żył obwodowych w rdzeniu i żył istoty białej w mózgu, podczas gdy żyły ośrodkowe rdzenia i małe żyły kory mózgowej pozostają niezmienione. W obu przypadkach, autora sprawa rozprzestrzeniła się wzdłuż granicy pomiędzy tkanką nerwową a oponami, tkanką nerwową a naczyniami i wreszcie tkanką nerwową a wyściółką komór bocznych. Zmiany są największe tuż przy samej granicy i sięgają b. nieznacznie w głąb istoty nerwowej. Nacieczeń zapalnych w jednym przypadku nie było wcale, w drugim były nieznaczne.

Wymienione cechy pozwalają z łatwością odróżnić sprawę tę od nagminnego zapalenia mózgu, w którym zmiany dotyczą przeważnie istoty szarej, a na granicy istoty białej prawie nagle urywają się; podobnie od stwardnienia wielogniskowego, które wprawdzie również rozwija się w postaci walców dokoła naczyń, ale tylko na pewnej ograniczonej części naczyń, nie zaś, jak w danej postaci wzdłuż całego jego przebiegu; oprócz tego ogniska stwardnienia są budowy jednolitej tu zaś ku obwodowi zmiany szybko maleją. Wreszcie t. zw. rozsiane zapalenie mózgowo-rdzeniowe (*Encephalomyelitis disseminata*) daje najczęściej ogniska klinowe, niewarstwowe, które, podobnie jak i w stwardn. wielogniskowym, towarzyszą naczyniom na ograniczonych odcinkach.

Podobne zmiany w przypadkach poodrowych stwierdzili Brock - Siegmund oraz Mosse - Kreutzfeld którzy zresztą badali tylko mózg. Nieco odmiennie wyniki otrzymali Bergfeldt i Barlow.

Zaznaczyć należy, że postać anatomiczna, opisana przez Wohlwilla, nie jest bynajmniej wyłącznie charakterystyczna dla spraw poodrowych, albowiem zmiany bardzo podobne stwierdzono w przypadkach zapalenia mózgowo-rdzeniowego po szczepieniu ospy (*Encephalomyelitis postvaccinosa*), opisanym ostatnio przede wszystkim przez autorów holenderskich i angielskich (Boudwijk Bastianse, Turnbull, Mc. Intosh) oraz w wielu przypadkach zapaleń mózgowo-rdzeniowych, nie poprzedzonych wcale chorobą zakaźną (Krabbe, Pette, Wohlwill, Bielszowsky). Do tej samej kategorii, być może, należą przypadki o niejasnej etiologii, wyodrębnione w ostatnim czasie przez Redlicha; przypadek Henneberga oraz kilka przypadków, opisanych przez autorów francuskich (Dollfus, Bouchut, Lebeuf i Dechaume), jako *neuromyelitis optica*.

Według przyjętego dawniej mniemania, powikłania ze strony układu nerwowego w związku z odrą są spowodowane przez zadziałanie swoistych zarazków odrowych. Jednakowoż przypuszczenie to, powzięte w równej mierze w stosunku do schorzeń nerwowych, wikłających inne choroby zakaźne, nie może być uważane za dowiedzione.

Lust przytacza szereg argumentów, które przemawiają raczej zatem, że odrą przygotowuje tylko odpowiedni teren, sprzyjający działaniu innego zarazka neurotropowego, dotąd jeszcze nieznanego; powikłania nerwowe spostrzegamy, jak już nadmieniono, nie w ciężkich postaciach odry, lecz w przypadkach o przebiegu raczej łagodnym; powikłania występują prawie zawsze po przebytej odrze, oddzielone od niej pewną przerwą, bezgroźkową; powikłania dotyczą różnych części układu ośrodkowego i nie wykazują żadnej specjalnej predylekcji dla pewnych ośrodków; co najważniejsza zaś, że powikłania dawniej spostrzegane były b. rzadko, a dopiero w ostatnich czasach zaczęły się mnożyć (Lust widział 5 przypadków w ciągu paru miesięcy), tak samo jak i schorzenia mózgowe, występujące w związku z grypą, wietrzną ospą, opryszczką, świnką, zwłaszcza ze szczepieniem ospy, które to schorzenia, zdaniem wielu lekarzy, wywołane są przez zadziałanie zarazka neurotropowego, aktywowanego przez poprzedzające zakażenie.

W szeregu prac, dotyczących schorzeń mózgowo-rdzeniowych po szczepieniu ospy (*encephalomyelitis après vaccinat.*) t. j. sprawy, która, jak wyżej wzmiankowano, jest najbardziej zbliżona do spraw ośrodkowych poodrowych, Levaditi i Nicolau wyrazili przypuszczenie, że szczepionka ospowa, wprowadzona do ustroju, który jest nosicielem zarazka zapalenia nagminnego lub znajduje się w okresie wylegania zakażenia tym zarazkiem, czyni ustrój ten bardziej wrażliwym i prowadzi do wybuchu ciężkiej sprawy mózgowo-rdzeniowej. Oddziaływanie szczepionki dosięga szczytu wtedy, gdy zarazek ospowy przenika do ośrodków nerwowych, t. j. w 10 — 20 dniu po szczepieniu doskórnie.

Z tem się zgadza, że objawy zapalenia mózgowo-rdzeniowego poszczepionkowego występują również w tym samym terminie. Autorzy ci do-

wiedli, że szczepienie królika wakcyną przyczynia się do łatwiejszego wywołania sprawy ośrodkowej za pomocą jadu opryszczkowo-mózgowego, pokrewnego zarazkowi zapalenia nagminnego: jeśli jednocześnie wprowadzić ten ostatni zarazek do błony śluzowej nosa, a szczepić neurowakcynę temu samemu zwierzęciu pod skórę, to otrzymuje się z łatwością zapalenie mózgu opryszczkowe o cechach wysoce charakterystycznych.

Podobne przypuszczenie wypowiedzieli również autorzy holenderscy (Bastiance, Terburg), którzy sprawę zapalenia mózgu poszczepionkowych najpierw szczegółowo opisali.

Gorącym rzecznikiem tego poglądu jest Pette, znany badacz hamburski. Autor ten podkreśla przede wszystkim zarówno kliniczne, jak i histologiczne podobieństwo spraw mózgowo-rdzeniowych poodrowych ze sprawami poszczepionkowymi oraz zapaleniem rozsianym u dorosłych. We wszystkich tych sprawach występują wśród ciężkich objawów ogólnych objawy podrażnienia i porażenia mózgu i rdzenia, niekiedy także objawy oczno-zreniczne. Histologicznie znajduje się rozsiane ogniska w całym układzie ośrodkowym, szczeg. w istocie białej: najważniejszą cechą jest rozrost gleju wokół rozszerzonych naczyń, najczęściej bez nacieczenia zapalnego. Ustalając to podobieństwo P. sądzi, iż *a priori* jest mało prawdopodobne (aczkolwiek nie wyłączone), ażeby sprawy tak rażąco podobne mogły być wywołane przez różne zarazki — raz przez zarazek odry, drugi raz przez zarazek wadcynny i t. d.

Przeciw takiemu przypuszczeniu przemawia także ta okoliczność, podkreślona przez Lusta, że wszystkie powyżej przytoczone sprawy w ostatnich latach spostrzegane bywają coraz częściej, zwłaszcza w pewnych krajach i okolicach. Wszak wydaje się nieprawdopodobnym, aby przebieg odry lub szczepienia ochronnego uległy zmianie. O wiele prawdopodobniejszym jest, że owe sprawy zostają wywołane przez zarazek, znajdujący się już w ustroju w postaci nieszkodliwego pasożyta, atoli przez sprawę zakaźną zostaje aktywowany, t. j. przechodzi w stan drobnoustroju chorobotwórczego, wykazując przytem specjalne powinowactwo do układu nerwowego ośrodkowego. W ostatniej pracy poświęconej temu przedmiotowi, wykazuje Pette na podstawie badań doświadczalnych, że istotnie tego rodzaju oddziaływanie jest możliwe. Szczepiąc (w innych celach) wadcynę królikom, autor stwierdził, że pewna część ich 4—15 dnia po szczepieniu staje się apatyczną i ginie przy objawach ciężkiego schorzenia. Zarówno mózg, jak i inne narządy takiego królika, przeszczepione innemu zwierzęciu, powodują śmierć po 2—3 dniach. Emulsja mózgowa, przeszczepiona na rogówkę królika, wywołuje ropne zapalenie rogówki. We wszystkich narządach stwierdza się obecność lasecznika dwubiegunowego (*bac. bipolaris*), znanego dobrze weterynarzom. Dalsze badania wykazały, że lasecznika tego nie było w stosowanej szczepionce; nie stwierdzono go początkowo również we krwi zwierząt szczepionych, natomiast u niektórych zwierząt udawało się stwierdzić go we krwi po kilku dniach, i te właśnie zwierzęta ginęły wśród objawów zakażenia posoczniczego, wreszcie u pewnej części zwierząt, nie szczepionych

jeszcze, udało się wykazać obecność tego samego lasecznika na błonie śluzowej nosa.

Na zasadzie tych spostrzeżeń autor wnioskuje, że w tym przypadku drobnoustroj, znajdujący się w ustroju w stanie nieszkodliwym, w następstwie drugiej sprawy zakaźnej staje się czynnikiem chorobotwórczym. \*)

Taki sam proces jak w powyższym doświadczeniu ma miejsce w sprawach poodrowych, poszczepionkowych i inn., tu również sprawa zakaźna aktywuje pewien zarazek, już przedtem obecny w ustroju.

Zarazek ten o cechach wybitnie neurotropowych nie da się jeszcze ściśle określić. Niektórzy skłonni są obwiniać o to zarazek, wywołujący nagminne zapalenie mózgu, opierając się głównie na tem, że sprawy powyższe zaczęły się ukazywać i mnożyć równocześnie z zapaleniem nagminnym. Przeciwko takiemu pojmowaniu jednak świadczą duże różnice kliniczne, jak i anatomiczne pomiędzy zapaleniem nagminnym a temi sprawami, o których tu mowa. Twierdzenie Levaditego, że różnice te powstają w następstwie pewnych zmian w ośrodkach, które zostały spowodowane przez sprawę zakaźną (odry, wadcynę), nie jest przekonywające. W każdym bądź razie zarazek należy do tej grupy, która wykazuje specjalne powinowactwo do tkanek pochodzenia ektodermalnego i wywołuje sprawy, które Levaditi objął wspólną nazwą „Ectodermoses neurotropes”. Prawdopodobnie jest to, jak i inne zarazki z tej grupy, zarazek przesączalny i ultradrobnowidzowy.

Wreszcie wspomnieć wypada o poglądzie, wypowiedzianym przez Wohlwilla, że przyczyną schorzenia ośrodków po odrze nie jest sam zarazek, lecz wytwarzane przezeń toksyny. W. opiera się na sposobie rozprzestrzeniania się zmian w tych przypadkach: nie występują one w postaci ognisk ograniczonych, jak to bywa tam, gdzie sam zarazek przenosi chorobę, lecz w postaci cienkich warstw, zajmujących duże powierzchnie, co przemawia raczej za działaniem substancji rozpuszczalnej. Autor wyobraża sobie, że substancja taka, szkodliwa dla tkanki nerwowej, przesącza się z naczyń i po przez błonę graniczną przenika do substancji nerwowej, a wskutek komunikacji pomiędzy przestrzeniami oko-

\*) W związku z tem niezmiernie ważne są badania doświadczalne, dowodzące, że szczepionka nie wywołuje spraw zapalnych w ośrodkach nerwowych. Wedł. Levaditego i Nicolaoua szczepienie doskórne i rogówkowe bądź zwykłą wadcyną bądź neurowakcyną nie daje żadnych zmian w mózgu; znalezione w paru b. rzadkich doświadczeniach w mózgu pojedyncze zarazki wadcynny nie mają żadnego znaczenia. Szczepienie domózgowe szympansa wywołuje ognisko w miejscu szczepienia (*pustula cerebralis*) oraz ostre krwotoczne zapalenie opon. Podobne wyniki podaje Pette: brak zmian w mózgu po szczepieniu doskórne i rogówkowe, po szczepieniu domózgowym zaś reakcję mezodermalną. Również Daume, Wintler, Waldhardt dochodzą do wniosku, że zarazek wadcynny nie posiada cech neurotropowych.

Odmienne opinie Luksch'a oraz Blanca i Caminopetosa, oparte na znajdowaniu zarazka w ośrodkach nerwowych, wynika z nieporozumienia, gdyż zarazek ten wywołuje reakcję inną, niż ta, jaką znajdujemy w zapaleniu poszczepionkowem u człowieka lub w zapaleniu opryszczkowem doświadczalnym. Tu reakcja glejopochodna, a zatem ektodermalna, tam zaś mezenchymalna.

łochłonnymi w błonie zewnętrznej naczyń i przestąpieniem podjąęczynówką dostaje się do płynu mózgowo-rdzeniowego.

Podobny pogląd wypowiada także Glanckman, który cały proces sprowadza do odczynu anafilaktycznego między antygenami i przeciwciałami, która to reakcja odbywa się na granicy tk. mezodermalnej i ektodermalnej oraz pomiędzy tkanką mózgową i podściółką.

W końcu zasługuje na uwagę, że zarówno Wohlwill jak i Lust przeprowadzili badanie celem przekonania się, czy jad odrowy oddziaływa bezpośrednio na ośrodki nerwowe. W. badał układ ośrodkowy w 4-ch przypadkach odry, zakończonych śmiercią wskutek zapalenia płuc. w jednym z nich stwierdził przerost gleju. W drugim przypadku niepowikłanym znalazł w białej istocie rdzenia liczne rozety glejowe, które zdaniem autora nie są pochodzenia zapalnego. Lust badał płyn m.-rdz. we wczesnym okresie odry i stwierdził dwa razy zmniejszenie

zawartości cukru, a w jednym przypadku, w którym dziecko już w pierwszym dniu choroby wykazywało wielki niepokój i ogólną wrażliwość, dość znaczne powiększenie ciśnienia.

Widzimy więc, że badania, zmierzające do wykazania bezpośredniego oddziaływania zarazka odrowego, na ośrodki nerwowe, dały wyniki nikłe i bynajmniej nie potwierdzają przypuszczenia, że zarazek ten jest przyczyną cięższych zaburzeń powyżej opisanych.

## PIŚMIENNICTWO.

Boenheim Ergebnisse d. inn. Mediz. T. 28 r. 1925 (zestawienie dawniejszych prac). Wilbrand u. Saenger Neurologie des Auges T. IV. Levaditi i Nicolou Presse médicale 1927 Nr. 11. Pette Münch. med. Woch. 1927 Nr. 33. oraz 1928 Nr. 5. Lust Münch. med. Woch. 1927 Nr. 3. Wohlwill Zeitsch. f. d. gesamte Neurol. u. Psych. T. 112. Zesz. 1—2. F. Redlich Zeitschr. f. Kinderheilkunde T. 43. Z. 1—2.

# DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

## Streszczenia zbiorowe.

### Podstawy eksperymentalne i kliniczne biologji seksualnej.

Podał

Dr. Władysław STERLING (Warszawa).

(Ciąg dalszy — p. Nr. 7)

Mówiąc o komponentach inkrecyjnych popędu płciowego, nie mogę pominąć tu stanowiska Biedla, który staje w obronie korelacji życia płciowego ze wszystkimi gruczołami dokrewnymi i który dowodzi, że dopiero indywidualnie wyrównana współpraca wszystkich gruczołów dokrewnych daje właściwą podstawę dla rozwoju popędu płciowego z jego wszystkimi charakterystycznymi dla danego osobnika odmianami, nadając mu to swoiste zabarwienie jakościowe, które nosi nazwę „nastroju sfery seksualnej”. Zwłaszcza zaś dane natury klinicznej przemawiają wyraźnie za przypuszczeniem, że w warunkach patologicznych poza gruczołami płciowymi również i inne gruczoły dokrewne wpływać mogą nie tylko na czas wystąpienia rozmaitych okresów popędu płciowego, ale również i na jego cechy i natężenie. Pomijając narazie zjawiska wrylizmu, hirsutyzmu i obojnactwa wrzekomego, które uwydatnią się nam następnie plastyczniej w oświetleniu danych eksperymentalnych, zwrócę uwagę na zespół przedwczesnej dojrzałości płciowej (*pubertas praecox*), który posiada bardzo rozległą literaturę, a któremu w ostatnich latach poświęcili większe prace: Marburg, Krabbe, Wehefritz, Tierney, Whelon, Klumow, Martini, Böhm, Johann, Rohde, Sterling i Handelsman, Huthison, Wan-

hope i inni. Doświadczenie kliniczne wskazuje, że zespół ten ujawniać się może w zachorzeniu pierwotnem całego szeregu gruczołów dokrewnych, a więc nadnerczy, przysadki mózgowej, szyszynki. Zwłaszcza interesujące pod kątem widzenia zagadnienia korelacji psychofizycznej są przypadki makrogenitozomji pochodzenia szyszynkowego (nowotwory), w których, obok przedwczesnego rozwoju czynności płciowych i wtórnych cech płciowych, występuje niekiedy nadmierny rozwój inteligencji (tak np. 5-letni pacjent Frankl-Hochwartha rozprawił o nieśmiertelności duszy). Nie ulega wszakże żadnej wątpliwości, że istnieją przypadki makrogenitozomji, w których anomalje popędu płciowego i wtórnych cech płciowych związane są wyłącznie z dysfunkcją, najprawdopodobniej zaś z hiperfunkcją gruczołów płciowych — najczęściej na tle nowotworowym i w których całkowita regresja owych objawów po operacyjnem usunięciu nowotworu jądra posiada wartość niemal czystego eksperymentu. Do tej kategorii między innymi należy słynny przypadek Sacchiego, dotyczący 9½-letniego chłopca, który do wieku 5½ lat rozwijał się pod względem cielesnym i psychicznym zupełnie normalnie i dopiero w tym okresie zmienił się całkowicie: kości zaczęły szybko rosnać, wystąpił potężny rozrost masy mięśniowej, głos stał się głęboki, zjawilo się owłosienie na wargach i na wżgórku łonowym. W wieku 9½ lat chłopiec ważył 44 kilo, miał 149 cm. wysokości, długą czarną brodę, długie włosy na wżgórku łonowym, silne owłosienie na piersiach i kończynach dolnych, silne i długotrwałe erekcje. Prawe jądro było drobne, natomiast lewe ogromnie powiększone (10 cm. średnicy). Po operacyjnem usunięciu nowotworu lewego jądra, który przy badaniu mikroskopowem okazał się

nabłoniakiem, znikły stopniowo nienormalne pierwotne i wtórne cechy płciowe, i chłopiec powrócił do stopnia właściwego jego wiekowi rozwoju fizycznego i psychicznego. Analogiczne spostrzeżenia z równie pomysłnymi wynikami operacyjnymi opisali następnie u chłopców i dziewcząt Askanaazy, Margolin, Klumow, Schwartz i inni.

Analiza omówionych tu dwu naprzeciwległych zespołów klinicznych eunuchoidyzmu i makrogenitozomji wczesnej, z których jeden sygnalizuje stan hipo-, drugi zaś hipergenitalizmu, rzuca również interesujące światło na wpływ gruczołów płciowych na rozwój układu kostnego. Jest mianowicie rzeczą interesującą, że obu zespołom tym właściwa jest wspólna tendencja do nadmiernego rozwoju kości długich, jakkolwiek u podstawy obu tych spraw chorobowych leżą całkowicie odmienne warunki kostnienia. Podczas gdy w eunuchoidyzmie cechą najbardziej charakterystyczną jest daleko dłuższe, niż w warunkach normalnych, przetrwanie tak zwanych „linij nasadowych“, wskutek czego wytwarza się trwała możliwość rośnięcia kości wzdłuż, badania radiologiczne kośćca w przedwczesnej dojrzałości płciowej wykazują cechy przyspieszonej osyfikacji oraz szybkiego zbliżania się do okresu, który prowadzi do zamknięcia linij nasadowych, jak na to po raz pierwszy zwrócił uwagę Neurath. Stosunki takie odpowiadają poniekąd okresowi fizjologicznego dojrzewania płciowego, w którym czynność proliferacyjna nasad kostnych dobiega swego kresu. Stąd też wynika, że dzieci takie, które początkowo wzrostem swoim wyprzedzają swoich rówieśników, wskutek przedwczesnego zamknięcia linij nasadowych mogą w późniejszych okresach znacznie pozostawać za nimi w tyle.

Jeszcze obfitszem od kliniki źródłem, oświetlającym zawiłe stosunki pomiędzy gruczołami płciowymi a życiem płciowym, jest tak zwana eksperymentalna biologja seksualna. Pod nazwą tą nauka współczesna ujmuje szereg zabiegów, dokonywanych rozmaitemi metodami na układzie inkrecyjnym, głównie zaś na gruczołach płciowych zwierzęcych, powodujących zmiany w pierwotnych i wtórnych cechach płciowych, a nawet przekształcenie zachowania się popędu płciowego. Zabiegi te tworzą całą rozległą skalę eksperymentacyjną — od najprostszego doświadczenia, jakim jest znana od wieków kastracja, do najbardziej złożonych eksperymentów przekształcania płci i wytwarzania sztucznego obojactwa. Prototypem zabiegów tych są pierwsze doświadczenia Bertholda, któremu za pomocą autotransplantacji udało się pomyślnie zapobiedz u zwierząt skutkom kastracji. Kontynuacją badań tych były późniejsze daleko, słynne doświadczenia Nussbauma, dokonywane na zielonej żabie (*rana fusca et esculenta*). U samców zwierzęcia tego wytwarza się wraz z wystąpieniem rui wiosennej tak zwany modzel kciukowy (guzowate zgrubienie naskórka), niezbędny do powstawania odruchu obejmującego podczas spółkowania. Wytwarzanie się modzela kciukowego stanowi niezawodny test na inkrecyjną funkcję gruczołów płciowych, ponieważ u zwierząt kastrowanych nawet w okresie rui modzel kciukowy nie wytwarza się. Temu skutkowi kastracji zapobiedz można przez

transplantację jądra, przez wprowadzenie kawałka jądra do worka grzbietowego limfatycznego trzeźbionej żaby, wreszcie przez zastrzyknięcie wyciągów jądrowych dzięki czemu stwierdzona została zależność przejawów rui od hormonów gruczołów płciowych. Po jednostronnem przecięciu nerwów, prowadzących do ramienia modzel kciukowy rozwijał się niedostatecznie, podczas gdy po stronie nieoperowanej rozwój jego był normalny, z czego nasuwał się wniosek o konieczności impulsów ośrodkowych, wpływających z określonych pobudzanych przez hormony ośrodków. Z analogicznych eksperymentów Steinacha wynika, że odruch obejmowania, występujący u samców żabich podczas spółkowania, pozostaje pod wpływem ośrodkowego napięcia hamującego, i że warunkiem zasadniczym wystąpienia naturalnego okresu rui jest właśnie usunięcie owego napięcia hamującego, które polega na wpływie inkretów gruczołów płciowych na centralny narząd nerwowy. O ile zniszczyć ów ośrodek hamujący zapomocą dekapitacji lub kauteryzacji mózgu, wtedy u żaby nawet poza okresem naturalnej rui udaje się za pomocą ucisku na modzel kciukowy wywołać długotrwały objaw obejmowania a więc coś w rodzaju rui sztucznej. Z badań Steinacha, Harmsa wynika, że objaw obejmowania występuje również u żab kastrowanych po zastrzyknięciu substancji jądrowej do grzbietowego worka limfatycznego w postaci równie silnej, jak podczas rui naturalnej, jakkolwiek jest on wtedy natury przemijającej, następnie, że występuje on również po iniekcji substancji jajnikowej, jakkolwiek w stopniu nieco słabszym, co dowodziłoby istnienia również w jajnikach substancji rujotwórczych. Wreszcie wykazał Steinach w serii niezmiernie ciekawych i doniosłych doświadczeń, że o ile zastrzyknąć substancję mózgową lub rdzeniową zwierząt w okresie pełnej rui zwierzętom kastrowanym i impotentnym, to i u tych zwierząt udaje się wywołać silny objaw obejmowania. W ten sposób stwierdzone zostało faktycznie, że inkret jądrowy, znoszący napięcie hamujące, przechowywać się może w centralnym układzie nerwowym, przez co pozyskane zostało podłoże materialne dla zjawiska, które w biologji seksualnej oznaczane bywa nazwą hormonizacji, względnie erotyzacji mózgu.

Następna wielka grupa eksperymentów otworzyła olbrzymie perspektywy na zupełnie nieznane dotąd biologji zjawiska, stwarzając problemy sztucznej przemiany płci i eksperymentalnego hermafrodytyzmu. I tutaj niezmiernie interesujące eksperymenty Steinacha utarowały drogę innym badaczom. Zasadniczą myślą doświadczeń tych, które wykonywane były na szczurach i świnkach morskich, było przeszczepianie zwierzętom heterologicznych gruczołów płciowych, a więc, naprzykład, jajników samcom. Już w pierwszej serii eksperymentów stwierdzony został fakt szczególnej wagi, że mianowicie efekt transplantacji jajników na samca był ściśle zależny od uprzedniej kastracji zwierzęcia — to znaczy, że przeszczepiony jajnik nie był w stanie rozwinąć jakichkolwiek wpływów hermonalnych, o ile uprzednio samcowi nie usunięte zostały jądra. Spostrzeżenie to stało się kamieniem węgielnym dla słynnej teorii Steinacha o t. zw. antagonizmie hormonów płciowych, która, coprawda,



zachwiana została przez badania lat ostatnich. Według teorii tej hormony płciowe nie są identyczne, lecz swoiste, zaś antagonizm ich polega na tem, że nietylko nie powodują one cech płciowych płci odmiennej, ale, przeciwnie, hamują ich rozwój lub zupełnie nie pozwalają im się rozwinąć. Jeżeli przeszczepić na młodych trzebionych samców świnek morskich dojrzały jajnik świnki morskiej, to jego działanie inkrecyjne przejawia się w ten sposób, że, nie niwelując bynajmniej zjawisk kastracyjnych, doprowadza on do pełnego rozwoju heterologiczne a więc samicze cechy płciowe: podczas więc gdy nap. prącie pozostaje na stopniu rozwoju infantylnym (typ kastracyjny), dochodzi do nadmiernego rozwoju brodawki sutkowej i do wytwarzania się sztucznych sutek. Taka feminizacja eksperymentalna ujawnia się również w tendencji wzrostu, kształcie ciała, uformowaniu się podściółki tłuszczowej i wytworzeniu się sierści. Oprócz feminizacji daje się spostrześć niekiedy i hiperfeminizacja operowanych w ten sposób zwierząt w postaci nadmiernie szybkiego rozwoju samiczych cech płciowych z pominięciem poszczególnych okresów dojrzewania pod wpływem działania transplantatu, którego wpływ wszakże jest przemijający wskutek rezorpcji, występującej najpóźniej po 8—9 miesiącach. Szczególnie ciekawe jest, że u operowanych w ten sposób zwierząt równoległe z feminizacją cielesnych cech płciowych rozwija się transformacja popędu płciowego w kierunku samiczym, przyczem nietylko feminizowane zwierzęta zachowują się względem samców jako samiczki, lecz traktowane są również przez samców jak samiczki. W analogiczny sposób udaje się również przekształcenie płci u wczesnie trzebionych samiczek. I tutaj pod wpływem transplantatu jądrowego rozwijają się w zdumiewająco szybki sposób cechy płciowe samce, przyczem dochodzić może niekiedy do hipermaskulinizacji; i tutaj następuje również przekształcenie zachowania się płciowego w kierunku samiczym, przyczem efekt maskulinizacji jest również przemijający zależny od trwałości witalnej transplantatów. Zjawiskiem szczególnej wagi jest doświadczenie, że zarówno przekształcenie płci, jak i eksperymentalne obojnactwo udaje się tylko u wczesnie kastrowanych zwierząt, że więc cechy płciowe, heterologiczne, względnie mieszanina cech obojga płci dają się narzucić tylko organizmowi infantylnemu, który nie pozostawał jeszcze pod formacyjnym wpływem inkretu własnego gruczołu płciowego. Niezmiernie interesującym dopełnieniem badań Steinacha są eksperymenty monachijskich chirurgów Sauerbrucha i Heydego, które wprowadziły do nauki pojęcie t. zw. parabiozy. Metodyka badaczy tych polega na zszywaniu dwu osobników w ten sposób, ażeby nastąpiło zupełne ich zrośnięcie, a dzięki temu zupełne zmieszanie ich krwiobiegów. W ten sposób udawało się, dzięki dopływowi z krwią hormonów zdrowego partnera, nietylko usuwać skutki kastracji, ale również przekształcać sztucznie samca w samicę i odwrotnie za pomocą metody parabiozy, gdyż

u trzebionego partnera pod wpływem dopływających hormonów płci odmiennej rozwijały się odpowiednie cechy płciowe płci odmiennej. Jeszcze przed parabiozą eksperymentalną znane były biologom zjawiska parabiozy naturalnej u bliźniąt ludzkich i zwierzęcych oraz wpływ jej na zjawiska sfery płciowej. Skoro jedna ze znanych bliźniaczych sióstr Blaschek, zrośniętych ze sobą w okolicy krzyżowej, zaszła w ciążę i urodziła dziecko, równocześnie z gruczołami mlecznymi położnicy zaczęły wydzielać mleko również i gruczoły zrośniętej siostry bliźniaczki. Ciekawe pod tym względem są również badania zoologa amerykańskiego Lilliea, dokonywane w olbrzymich rzeźniach w Chicago. Jak wiadomo, krowa zazwyczaj rodzi jedno cielę, rzadziej zaś bliźnięta jednakowej lub odmiennej płci. Otóż doświadczenie wykazuje, że w przypadkach bliźniąt różnej płci krowa rozwijająca się z bliźniąt, okazuje się zazwyczaj bezpłodna. Z badań Lilliea wynika, że pomiędzy naczyniami krwionośnymi obu worków dookoła-płodowych istnieje ścisłe połączenie, i że wszelkie substancje, krążące we krwi zarodka-samca, udzielają się bezpośrednio zarodkowi bliźniaczemu czyli samicy. Otóż, podczas kiedy samicze hormony płciowe z niewyjaśnionej dotąd przyczyny okazują się obojętne dla gruczołów płciowych samca, hormony płciowe męskie, krążące we krwi samca i dzięki wspólnemu krwiobiegowi przechodzące bezpośrednio do organizmu bliźniaczej samicy, w myśl teorii antagonistycznej Steinacha powodują zupełne powstrzymanie rozwoju jajników i w ten sposób bezpłodność rozwijającej się krowy. Interesującą ilustrację dla poglądów Steinacha stanowią wreszcie słynne badania Lipschütza i jego współpracowników Vossa i Vesnjakowa, znane pod nazwą eksperymentu odryglowania. Otóż, o ile pozostawić jądra świnki morskiej *in situ* i implantować wewnątrznerkowo jajniki, wtedy implantat nie okazuje żadnego wpływu na zwierzę operowane. Jeżeli wszakże usunąć jądra po dłuższym lub krótszym czasie po operacji, wtedy natychmiastowo ujawnia się wpływ feminizacyjny implantatu. Dopiero więc za pomocą kastracji zostaje odryglowany i uwolniony wpływ hormonalny implantatu, który uprzednio związany był przez działanie antagonistyczne inkretu jądrowego. Szczególnie ważne jest, że implantat w okresie, w którym działanie jego przytłumione jest przez dominacyjny wpływ heterologicznego własnego gruczołu płciowego zwierzęcia, okazuje się bądź co bądź aktywnym, gdyż łatwo jest w szczepionych jajnikach wykryć zjawiska dojrzewania pęcherzyków. Jak to już zaznaczyłem, nie wszyscy badacze tłumaczą zjawiska powyższe w myśl teorii Steinacha. Między innymi Moore, traktujący zwierzęta, poddane operacji przemiany płci, jako wczesnych kastratów samiczych, którym w sposób przemijający narzucone zostały wtórne cechy płciowe samicze, liczy się poważnie z możliwością, że objawy zarówno natury ubytkowej, jak podrażnieniowej w dziedzinie somatycznej i seksualnej zależne są w równym stopniu od kastracji jak i od implantacji.

(D. c. n.)

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

### Medycyna Społeczna.

∞ Dr. Józef KOWALCZEWSKI. Stan mieszkań służby folwarcznej w świetle liczb na terenie b. królestwa kongresowego. Str. 80.

Autor, znany już z pracy na tem polu (Inspekcja mieszkaniowa, rok 1920, wydawnictwo Minist. Zdrowia), wziął na siebie zadanie niezmiernie ciekawe i społecznie bardzo ważne — pokazania w liczbach jak mieszka najędźniejsza, najmniej kulturalna, najbardziej upośledzona część naszej ludności w pięciu województwach: białostockiem, kieleckim, lubelskiem, łódzkim i warszawskim. Ankieta była przeprowadzona w pierwszych latach naszej niepodległości ale na świeżości swej nic nie straciła. Jest, jak było. Że jest źle, o tem wiedzieli wszyscy, ale mało ludzi, nawet bliżej stojących tej dziedziny życia, zdawało sobie sprawę, że jest aż tak źle. Mieszkania jednoizbowe tworzą 85% ogólnej liczby mieszkań, dwuizbowe 13,7%, trzyizbowe 1,3%. Na jedną izbę średnio przypada po 6 mieszkańców. W jednoizbowych mieszkaniach na człowieka przypada średnio 3,46 m.<sup>2</sup> powierzchni i 9,29 m.<sup>3</sup> przestrzeni, a 12% tych mieszkań jest zamieszkałych przez więcej niż jedną rodzinę; — w 81% oświetlenie jest niewystarczające (powierzchnia okna do powierzchni podłogi mniej niż  $\frac{1}{15}$ ), okna są nieotwieralne w 39,6% brak łuczków w 83,8%, brak zupełny podłogi w 80%. Mieszkania poza tem są utrzymywane brudno, niechlujnie, zanieczyszczone robactwem, przeciekające, wilgotne. Trudno naprawdę w takiej ciasnocie o utrzymanie czystości. Zaopatrzenie pod względem wody pozostawia bardzo wiele do życzenia, a z ustępów może korzystać  $\frac{1}{3}$  część mieszkańców. Trochę lepiej przedstawiają się warunki w mieszkaniach dwu i trzyizbowych ale 11% dwuizbowych i 22% trzyizbowych zajmowane jest przez więcej, niż jedną rodzinę, to znaczy, że przestały one być przez to samo dwu i trzyizbowe. Szkoda tylko, że autor z dwu, i trzyizbowych nie wyodrębnił tych, które są zajmowane przez ekonomów i innych oficjalistów, gdyż dopiero wówczas możnaby porównać jedne z drugimi, i możeby wówczas różnice wypadły minimalne. Szkoda również, że w ankiecie nie zostały uwzględnione takie punkty, jak wielkość domu (czworak, ośmiorak), sieni (ciemna, widna, wspólna dla ilu osób), i jak daleko jest mieszkanie od podwórza.

Wymowne liczby winny przekonać wszystkich, że jest to sprawa nagła, że z rozwiązaniem jej nie należy czekać, aż się poprawią warunki ekonomiczne kraju, aż rolnictwo będzie miało większe widoki rozwoju. Może trudno jest rozwiązać sprawę mieszkaniową w Warszawie, ale na wsi, zaprowadzenie choćby tylko pewnych ulepszeń, jak wybudowanie ustępu, ułożenie podłogi, przebicie większego okna nie wymaga wielkich kosztów. Nawet przebudowanie starego gmachu i wybudowanie nowego da się tam znacznie łatwiej urzeczywistnić, niż w mieście.

Pod względem technicznym praca posiada jedną wadę — jest przeładowana liczbami, odsetkami. Czytelnik, nie lubiący statystyki, ujrzawszy na przestrzeni 80 stron 95 tablic i przekonawszy się na pierwszych paru stronicach, że trudno spotkać zdanie, w którym nie byłoby kilku odsetków, nie dojdzie do końca i przeczyta tylko zestawienie i wnioski. Jeżeli każda cecha, według której dzielimy dane zbiorowisko jest podzielona na kilka grup, a każda grupa rozpatrywana oddzielnie w mieszkaniach jednoizbowych, dwuizbowych i trzyizbowych z podziałem jeszcze niekiedy na drewniane i murowane, z uwzględnieniem województw, i wszystko to jest omawiane w tekście, to czytelnik nie oswojony z liczbami, może się zniechęcić. Należy również dodać, że przy tak różnorodnych kombinacjach nawet ważne cechy mogą się zatracić lub przynajmniej nie być należycie uwypuklone.

Tutaj nasuwa się uwaga ogólna. Jest to wada bardzo częsta w naszych pracach tego typu. Spotykają się artykuły, które z tego powodu giną bez śladu, bo ten, dla którego są one przeznaczone, nie chce ich w tej postaci czytać. — Niejednokrotnie możnaby ten sam materiał, który zajmuje kilka arkuszy ugrupować w małej liczbie tablic, obejmujących liczby absolutne i względne z krótkim objaśniającym tekstem, na czem zyskałaby jasność pracy, a przedewszystkiem jej poczytność.

Pomimo tej wspomnianej usterki, dotyczącej nie treści lecz techniki, praca d-ra Kowalczeńskiego napisana bez żadnej tendencji, niemal w stylu kronikarskim, zasługuje na jaknajszersze rozpowszechnienie. Winna ona się znaleźć nie tylko w rękach higienistów i lekarzy wogóle lecz i szerokich kół inteligencji, a nadewszystko działaczy społecznych, duchowieństwa, sfer rządzących i ustawodawczych, wreszcie samych obywateli ziemskich.

M. Kacprzak.

### Farmakologia kliniczna i doświadczalna.

F. BERTRAM. O mechanizmie działania syntaliny. (D. Arch. f. klin. Med. Tom 158 zeszyt 1—2).

Autor podaje wyniki spostrzeżeń nad przypadkami cukrzycy, leczonemi syntaliną. Objawy niestrawności dały się usunąć jednoczesnym podawaniem bilwalu (lecytyna + kwas cholewowy); po dłuższym podawaniu jednakże następowało pogorszenie przemiany materji.

W cięższych przypadkach cukrzycy nigdy nie udało się stwierdzić poprawy, natomiast u niektórych chorych po przejściu od insuliny do syntaliny wystąpiło pogorszenie. Powrót do insuliny w następstwie wymagał większych już dawek, aniżeli stosowane przed syntaliną.

W kilku przypadkach wystąpiły bóle w okolicy wątroby, a w 1 przypadku nawet ostry zanik wątroby. Działanie syntaliny na cukier we krwi opiera się na wypieraniu insuliny z trzustki, jest więc w zasadzie działaniem parasympatycznym, to też jednoczesne podanie atropiny znosi działanie syntaliny, a nawet wywołać może nadmiar cukru we krwi.

Podczas gdy insulina oszczędza aparat wysepkowy trzustki, syntalina go drażni, co w końcu doprowadza do zupełnego wyczerpania tego organu. Jednocześnie stwierdza się szkodliwe działanie na komórki wątrobowe, które przytem zostają ogołoczone z zasobów glikogenu. Na zasadzie powyższych danych autor ostrzega przed stosowaniem syntaliny nawet w przypadkach lekkich cukrzycy.

B. Goldstein.

A. MOSCHINI. O przemianie materji zwierząt, leczonych syntaliną. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 28 — 1927.)

Autor postawił sobie za zadanie zbadanie, czy zmiany przemiany materji, zachodzące u zwierząt pod wpływem leczenia syntaliną, której przypisuje się działanie podobne do działania insuliny, istotnie są analogiczne do zmian, stwierdzanych podczas leczenia insulinowego. Doświadczenia wykonano na królikach, u których określono współczynnik oddechowy, podstawową przemianę materji i poziom cukru we krwi.

Wyniki, jak się okazuje, są różne w zależności od wielkości stosowanej dawki. Przy dużych dawkach syntaliny (3 mgr. na kilo wagi) działanie jej jest bardzo gwałtowne, i zwierzę ginie przeważnie w ciągu 12 godzin. W przypadkach takich stwierdza się szybkie obniżenie glikemji i znaczny spadek przemiany materji bez jednoczesnego wyraźniejszego zmniejszenia współczynnika oddechowego.

Przy dawkach 2,5 mgr. na kilo otrzymuje się wyniki te same z tą jedynie różnicą, że zwierzęta utrzymują się przy życiu około 30 do 48 godzin.

Podając zaś dawki, nie przekraczające 2 mgr. na kilo, udaje się już zachować zwierzęta przy życiu, natomiast zamiast spodziewanej hypoglikemji stwierdza się hiperglikemję, która może osiągnąć nawet poziom dość wysoki. W przypadkach tych, zamiast obniżenia przemiany podstawowej, osiąga się nieznaczne jej powiększenie, podczas gdy wzrost współczynnika oddechowego jest mniej zaznaczony.

Autor podawał doustnie glukozę w dawce 5 — 10 gr. zwierzętom, będącym w okresie hipoglikemji pod wpływem większych dawek syntaliny, i badał następnie wpływ tej glukozy na zachowanie się poziomu cukru we krwi i na przemianę podstawową. Wchłonięta glukoza powodowała w pierwszych godzinach mniej lub więcej znaczny wzrost przemiany podstawowej i współczynnika oddechowego; bardzo prędko jednak ustrój przestawał wykorzystywać podaną mu glukozę; przemiana materji i współczynnik oddechowy obniżały się, i zwierzęta ginęły, jakgdyby znajdowały się w stanie hipoglikemji, podczas gdy w istocie poziom cukru pozostawał wyższy, niż w normie.

Z doświadczeń powyższych oraz ze spostrzeżeń, w których stwierdzono zachodzące pod wpływem syntaliny zmiany wątrobowe i nerkowe, wynika, że sposób działania syntaliny nie jest bynajmniej analogiczny do mechanizmu działania insuliny. Syntalina wywiera najprawdopodobniej na różne narządy, a szczególnie na wątrobę wpływ pobudzający lub porażający, zależnie od wielkości dawki i czasu jej stosowania. Co się zaś tyczy niewykorzystywania glukozy, podanej w okresie hipoglikemji, to zależy ono od zaburzeń czynności wątroby.

Z punktu widzenia praktyki należy, według autora, być bardzo ostrożnym ze stosowaniem leku, który powoduje, co prawda, obniżenie poziomu cukru we krwi, ale którego sposób działania jest odmienny od sposobu działania hormonu trzustkowego, i który wywiera na ustrój wpływ wyraźnie toksyczny.

J. Typograf.

**LANGECKER. O substancji czynnej glukhormentu.** (Klin. Woch. Nr. 4, r. 1928).

Badania chemiczne, przeprowadzone przez autora nad nowym lekiem przeciwcukrzyczym, „glukhormentem“ Noordena, doprowadziły do wniosku, że zawarta w tym leku substancja czynna zachowuje się pod względem swego składu pierwiastkowego, ciężaru cząsteczkowego oraz innych własności — podobnie, jak podana przez Francka syntalina.

Z. Świder.

**DALE i DUDLEY. O czynnej substancji glukhormentu.** (Klin. Woch. Nr. 4, r. 1928).

Autorowie wyodrębnili z glukhormentu pochodną guanidyny, nader podobną do syntaliny. Stwierdzenie podobieństwa nie rozstrzyga oczywiście jeszcze kwestji, czy to są związki pod względem chemicznym identyczne. W każdym razie już obecnie stwierdzenie faktu, iż działanie glukhormentu oparte jest na obecności w nim zbliżonej (wzgl. identycznej) do syntaliny substancji posiada doniosłe znaczenie praktyczne. Nie wolno mianowicie lekarzowi, opiekującemu się chorym na cukrzycę, a nie znoszącym syntaliny, — zalecać pacjentowi zażywanie glukhormentu w błędnem przypuszczeniu, że lek ten nie ma nic wspólnego z syntaliną.

Z. Świder.

## Znieczulanie.

**A. LINDEMANN. Nowe drogi znieczulania szczęk i twarzy.** (Narkose und Anaesthesie, 1928. zes. 1).

Autor podaje 2 nowe sposoby znieczulania drugiej i trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego. Rzecz nie nadaje się do krótkiego streszczenia.

Z. S.

**H. KILLIAN. Dotychczasowe wyniki usypiania awertynowego.** (Narkose und Anaesthesie, 1928. Zesz. 1).

Po omówieniu własności chemiczno-fizycznych i strony

farmakologicznej awertyny przechodzi autor do części klinicznej w której opisuje technikę usypiania, przebieg usypienia i przebudzenie. Wyniki opierają się na przestudjowaniu 3746 narkoz, w których zaznaczono: 19 razy krwotoczne zapalenie nerek, 2 razy uszkodzenie wątroby i powikłania ze strony jelit około 40 razy (w tem 4 zakończone śmiercią) i zaburzenia ze strony oddechania (sinica, duszenie się i bezdech) — około 40 razy; spadek ciśnienia krwi aż do wstrząsu włącznie, ciężką zapaść i porażenie nerwów naczynioruchowych — około 70 razy; krwawienie pooperacyjne — 6 razy; zaburzenia ze strony serca — 4 razy; stany podniecenia w okresie budzenia się lekkie i bardzo ciężkie oraz kurcze — około 60 razy. Przypadków śmierci ogłoszono 33, w związku z usypieniem awertynowym jednak, zdaniem autora, było ich tylko 16.

Z zestawienia całego materiału jakoteż z rozbioru mechanizmu działania awertyny na człowieka wnosi autor, że awertyna może być stosowana szeroko jako środek nasenny i kojący, do usypiania zaś awertyna powinna być używana z największą oględnością, gdyż potrzebna do tego celu dawka jest zbyt wysoka. Porównania z innymi narkotykami, a przedewszystkiem z etylenem i nercylenem, awertyna nie wytrzymuje.

Z. S.

**H. FRANKEN. Działanie fizjologiczne doprowadzanego kwasu węglowego i jego znaczenie dla usypiania i leczenia wraz z opisem aparatu.** (Narkose und Anaesthesie 1928. Z. 2.)

Od kilku lat przyjęło się w Anglii stosowanie na szeroką skalę kwasu węglowego do narkozy i w lecznictwie. Dzięki swemu działaniu fizjologicznemu kwas węglowy korzystnie wpływa na przebieg narkozy oraz zapobiega zapaleniu płuc i porażeniu jelit pooperacyjnemu. Poza narkozą kwas węglowy znajduje zastosowanie w stanach zapaści i do cucenia noworodków, znajdujących się w stanie śmierci pozornej. W Ameryce stosują kw. węglowy we wszystkich zatruciach, w których dotknięty jest ośrodek oddechowy, lub w których trująca substancja wydziela się przez drogi oddechowe. W cuceniu topielców kw. węglowy obok sztucznego oddechu oddaje duże usługi.

W końcu artykułu podaje autor opis przyrządu swojego pomysłu do dozowania kwasu węglowego podczas usypiania.

Z. S.

## Choroby zakaźne.

**FURST i KLOTZ. O uodparnianiu drogą doustną.** (Kl. W. 1928, Nr. 3.)

Pockels ogłosił dodatnie wyniki badań swych nad uodparnianiem dzieci na błonicę drogą doustnego podawania zabitych prątków błoniczych. Również Reiterowi udało się uodpornić niemowlęta dzięki zwiększeniu przepuszczalności u nich śluzówki jelit przez podawanie *natrii benzoici*. Wyrazem tego uodpornienia był ujemny odczyn śródskórny Schicka. Badania kontrolne, wykonane przez autorów, dały wyniki ujemne: na 9 dzieci udało się uodpornić w ten sposób zaledwie jedno. Stąd wniosek, że myśl zastąpienia pozajelitowej metody uodparniania przeciw błonicy (sposobem Behringa) — metodą doustnego podawania szczepionki jest zagadnieniem wprawdzie nęcącym, ale jeszcze nierozwiązanem.

Z. Świder.

**P. MEHIOT i A. FARJOT — O leczeniu duru brzuszno-go zapomocą doustnego stosowania szczepionek.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 22-1927).

Autorzy przeprowadzali swe spostrzeżenia w Marokku. Epidemjologia duru brzuszno-go wyróżnia się tam dwiema następującymi cechami: częstością zachorzeń, szczególnie w okolicy Fezu, gdzie w szpitalu stwierdza się corocznie około 250 przypadków duru, oraz ich ciężkością, śmiertelność przeciętna bowiem w ciągu ostatnich 3 lat wynosiła 26<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

Fakty te przedstawiają szczególnie pomyslnie warunki dla przeprowadzania w Marokku badań nad wartością różnych me-

toż lecniczych. Od r. 1923 do 1926 autorzy stosowali balneoterapię, chemoterapię przeważnie pod postacią wstrzykiwań dożylnych urotropiny oraz waccynoterapię pod postacią szczepień podskórnych. W okresie tym udało się jednak wpływać na stopień śmiertelności jedynie bardzo nieznacznie. W okresie zaś 1926 — 1927, gdy przystąpiono do leczenia doustnego szczepionkami przy zupełnym wyłączeniu wszelkiej innej terapii, udało się osiągnąć wyniki nadzwyczaj pomyślne.

Spostrzeżenia autorów dotyczą 210 przypadków przeważnie o przebiegu bardzo ciężkim. 100 z pośród nich leczono auto-szczepionką, 110 zaś stock-auto-szczepionką, t. zw. mieszaniną auto-szczepionki ze szczepionką Ebertowską, para A i para B. Emulsję szczepionkową stosowano doustnie w dawce dobowej 200 cm.<sup>3</sup> (zawierającej przeszło 800 miliardów zabitych drobnoustrojów) w jakimkolwiek płynie w okresie n ożliwie odległym od spożywania pokarmów. Dzieciom podawano dawki mniejsze, odpowiednio do dawkowania dziecięcego. Metoda leczenia okazała się bezwzględnie nieszkodliwa, a sposób przeprowadzania terapii idealnie prosty.

Wyniki stosowania tego leczenia były następujące: na 210 leczonych przypadków zmarło zaledwie 10, co stanowi 5% (zamiast 26% z okresu, gdy leczenia szczepionkami nie stosowano). Co się zaś tyczy przebiegu duru, to czas trwania choroby zmianie nie uległ, natomiast stan ogólny chorych zmieniał się wybitnie na lepsze, szczególnie odurzenie znikało bardzo szybko. Ani razu nie stwierdzono żadnych poważniejszych powikłań.

Na podstawie tak wybitnego zmniejszenia się śmiertelności i złagodzenia przebiegu pod wpływem doustnego leczenia szczepionkami autorzy zalecają stosowanie ich możliwie jaknajwcześniej.

J. T y p o g r a f.

**MOROZKIN. W sprawie autohemoterapii (AHT) w chorobach zakaźnych.** (Wraczeb. Gaz. Nr. 22. 1927 r.).

1. AHT. daje wyniki pewne w ostrym gościcu stawowym, dobre w zapaleniach płuc, działa uspakajająco w ostrych psychozach intoksykacyjnych, zwłaszcza w krupowym, zapaleniu płuc u potatorów.

2. W durze plamistym nie przerywa choroby; jednak w połowie obserwowanych przez autora przypadków skraca chorobę.

3. W przypadkach, w których AHT nie może być zastosowana (oseski) również dobre wyniki daje heterohemoterapia (krew matki rekonwalescentów).

4. Dawka terapeutyczna — 10 cm<sup>3</sup> krwi.

Nie wolno stosować AHT w razie podejrzenia spraw ropnych w narządach wewnętrznych i w gruźlicy.

Sz. T e n e n b a u m.

### Choroby płuc.

**S. A. REINBERG. O t. zw. suchych rozszerzeniach oskrzeli.** (B. z. kl. d. Tub. r. 67 z. 5/6).

W r. 1924 P e z a n ę o u opisał suche rozszerzenia oskrzeli, przebiegające naogół bez objawów i dające często obfite krwawienia. Te ostatnie, według autora, wogóle są częstym objawem rozszerzeń oskrzeli (na 95 nie spostrzegął tylko 4 razy). 6 przytoczonych przypadków ze stwierdzonymi rentgenoskopowo rozszerzeniami oskrzeli przekonują, że cierpienie to może istotnie nie dawać wcale tak zazwyczaj typowej czterowarstwowej płwociny. Autor uważa obfitą wydzielinę z oskrzeli takich chorych już za powikłanie, a nie za najtypowszy kardynalny objaw. Wobec braku typowego obrazu tego cierpienia miarodajne jest tylko badanie z pomocą promieni Röntgena, a jeszcze pożyteczniejsza jest bronchografja.

M. G.

**ENSBRUNER. Krótkie doniesienie w sprawie działania Efe-toniny w dychawicy oskrzelowej.** (Med. Klin. Nr. 3. r. 1928).

Autor, opierając się na osobistym dużym doświadczeniu w leczeniu dychawicy oskrzelowej, stwierdza, że wśród mnóstwa zalecanych w tem cierpieniu środków wysuwa się na czoło Efedryna i Efe-tonina Mercka, jako środek podawany doustnie. Z reguły, po podaniu Efedryny wzgl. Efe-toniny zjawia się wzmożenie ciśnienia oraz w poszczególnych przypadkach lekkie drżenie, znacznie jednak słabsze, niż po zastrzyknięciu astmolizyny. Przewagą astmolizyny nad Efe-toniną jest dłuższe działanie oraz szybsze jego występowanie. Efe-tonina natomiast, jako środek doustny, uwalnia chorego od bezpośredniej zależności od lekarza.

Jan Srebrny.

### Choroby kobiet i położnictwo.

**J. C. LAMES-MASSINI. Wczesne leczenie chirurgiczne drgawek porodowych.** (Gyn. et Obst. Nr. 5 T. XV. 1927).

Przytaczając 90 obserwacji ciężarnych eklamptyczek wraz ze statystyką umieralności matek i dzieci, autor przychodzi do wniosku, że jedynie chirurgiczna interwencja może uratować chorą i dziecko, jeżeli jest ono zdolne do życia.

Z historii chorób tych 90 ciężarnych wynika, że ani częstotść ataków, ani wzmożone ciśnienie, ani temperatura ani anurja i t. p. objawy nie dają nam pewnych wskazówek prognostycznych, musimy każdą chorą na eklampsję uważać za zagrożoną śmiercią.

Wiadomo, że przyczyna eklampsji tkwi w łożysku, musimy więc starać się jaknajprędzej łożysko to usunąć w macicy. Badania chemiczne łożyska eklamptyczek wykazały, że im prędzej łożysko wychodzi, tem więcej zawiera toksyn. Z tego wynika, że podczas ataków i podczas skurczów macicy jad łożyskowy wchodzi do organizmu matki, zatruwając ją a także i dziecko. Czasami ataki eklampsji ustają gdy dziecko umiera, gdyż cyrkulacja krwi między łożyskiem a macicą ustaje, i jad łożyskowy nie przenika już do krwi matki. Z tego też wynika, że im prędzej przystępujemy do wyjęcia łożyska z macicy, tem więcej mamy szans uratowania matki. Jeżeli po porodzie operacyjnym ataki się powtarzają, trzeba użyć metody Stroganowa: wypuszczenie krwi, oczyszczenie kiszki stolcowej, morfina, chlorał i t. d.

Bywa to tylko w tym razie, jeżeli operacja była wykonana za późno. Z operacji autor rekomenduje tylko cesarskie cięcie pochwowe i brzuszne, gdy można uratować dziecko. Jeżeli zaś szyja jest rozwarta, to kleszcze lub kraniotomję.

L. E b i n.

**M. C. MOUSSALI — Tamponada hydrauliczna wewnątrzmaciczna po porodzie.** (Gyn. et Obst. Nr. 5 T. XVI. 27 r.).

Gdy autor jest zmuszony tamponować macicę po porodzie, używa do tego specjalnego instrumentu, składającego się z gumowego balonu Nr. 5, służącego do foot-bollu. Dołącza do niego zapomocą metalowej rurki kauczukową kieszkę, która jest połączona z irygatorem. Wszystko to gotuje się w przeciągu 20 minut. Gumowy balon autor składa, jak cygaro, i wkłada do macicy, gdy asystent trzyma irygator nisko, gdy balon jest już w macicy, asystent podnosi irygator ku górze i tem samem wypełnia balon wodą pod ciśnieniem. Balon ten wywiera ciśnienie we wszystkich kierunkach, czego nie możemy nigdy otrzymać zapomocą tamponady gazą.

Oprócz tego możemy zaraz skonstatować, czy macica jeszcze krwawi, gdy przy tamponadzie gazą konstatujemy krwawienie po przesiąknięciu gazy krwią. Każdy skurcz macicy możemy obserwować w irygatorze przy podnoszeniu się poziomu wody.

Gdy macica kurczy się dość intensywnie, możemy opuścić irygator niżej i niżej i w odpowiednim momencie wyciągnąć

z łatwością balon, który nie powoduje powtórnego krwawienia, jak przy wyciąganiu gazy.

L. Ebin.

**S. TEUMIN — Płytki krwi i rokowanie w zakażeniu połogowym.** (Gyn. et Obst. Nr. 6 T. XV. 27 r.).

Dotychczas liczba płytek była badana w chorobach infekcyjnych w związku z krzepliwością krwi, ilością hemoglobiny i liczbą czerwonych ciałek krwi.

Autor zbadał wahania liczby płytek podczas zakażeń połogowych i doszedł do wniosków następujących: podczas zakażeń połogowych liczba płytek waha się regularnie. Wahania te są prawdopodobnie odzwierciedleniem walki między infekcją i organizmem. Zwiększenie się liczby płytek dowodzi przewagi sił organizmu nad infekcją, a zmniejszenie naodwrot. Każde powiększenie się liczby płytek jest dobrą oznaką, jeżeli później liczba ta opada do normy i trzyma się na pewnej wysokości.

nie spadając niżej normy. Każde zmniejszenie się liczby płytek jest objawem złym, ale tylko w tym razie, jeżeli liczba ta jest niższa od normalnej.

Brak spadku liczby płytek w śmiertelnych przypadkach może nastąpić z powodu tego, że zakażenie jest tak ostre, że organizm nie ma czasu dostosować się i dlatego zupełnie nie reaguje.

Normalna liczba płytek waha się między 500,000 a 400,000 w jednym milimetrze sześć.

W końcu autor zaznacza, że badania te powinny być jeszcze długo kontynuowane, a w szczególności w kierunku wahań liczby płytek po różnych iniekcjach terapeutycznych, które obecnie stosujemy. Badania te pozwolą ustalić, jakie z tych leków lepiej działają na liczbę płytek i tem samym na wynik leczenia.

L. Ebin.

## Wskazówki praktyczne.

### Luźne uwagi o kilku środkach leczniczych.

#### (felsol, ikterozan, atofanyl, wakcyneuryna).

Podał.

Aleksander SIMON (Warszawa).

We wciąż wzbierającej powodzi nowych przetworów leczniczych niełatwo się zorientować poszczególnemu lekarzowi. Dlatego uważam, że pożądane jest dzielenie się własnym doświadczeniem, zdobytem na większym materiale chorych. Poniższe leki stosuję od wielu lat z b. dobrym wynikiem.

**Felsol.** Środek ten oddaje duże usługi w leczeniu typowej dychawicy oskrzelowej (*asthma bronchiale*) zarówno w samym ataku, jak i w celu zapobiegawczym. Znany jest powszechnie i b. stosowany z wybitnym wynikiem dodatnim w Niemczech od prawie 10-u lat, chociaż nie jest on nowym czystym przetworem, lecz mieszaniną różnych środków, opatentowaną przez firmę Roland-Gesellschaft (laboratorium w Essen w Westfalji). Zupełnie dokładny ilościowy skład felsolu nie jest nam znany. Wiemy tylko, że zawiera on sole wapnia, mezotyne, naparstnicę, strofant, lobelię, kofeinę i inne środki. Felsol znajduje się w handlu w postaci proszków. Dawka zwykła wynosi 2 do 3-ch proszków dziennie. Paczka zawiera ich 12. Podaje się felsol rozpuszczony w wodzie, herbacie lub zupie. W ostrym ataku dychawicy zaleca się 1 do 3 proszków. W razie systematycznego podawania lepiej nie dawać go wieczorem przed snem, bo zawiera też kofeinę. Felsol w Polsce, o ile mi wiadomo, prawie nie jest znany, chociaż bardzo zasługuje na stosowanie i dawno już przeszedł przez próbę ogniową. Prawa wwozu do Polski felsol jeszcze nie uzyskał.

**Ikterozan.** Jest to połączenie kwasów żółciowych z atofanem. Wprowadził go do lecznictwa dróg żółciowych Brugsch, a wyrabia go fabryka Scheringa w Berlinie. Ma on prawo wwozu u nas i znalazł również u nas zastosowanie w kamicy żółciowej. Jest to mocny środek żółciopędny, zarówno w sensie zwiększania wytwarzania, jak i wydalania żółci z pęcherzyka. Jest więc *cholerei-*

*cum i cholagogum.* Wobec tego że środków żółciopędnych, zalecanych i stosowanych w kamicy żółciowej, jest legion, że wymienię tylko urotropinę, cholewal, choleflawinę, olejki eteryczne, zwł. olejek miętowy (i jego preparaty), kamforę, terpentynę, kalomel, podofilinę, siarczany, degalol, pituitrynę, chologen, eunutrol, owogal, biliwal i t. d., więc wybór wobec takiego embarras de richesse sprawia lekarzowi kłopot. Może tedy nie jest zbyt szlachetne stwierdzenie, że stosowałem ikterozan w ostatnich 2-ach latach w dwudziestu paru przypadkach przewlekłej kamicy żółciowej z b. dobrym wynikiem. Stosowałem go li tylko w postaci zastrzykiwań śródżylnych co 2-gi dzień jedną lub najwyżej 2 serje (każda po pięć zastrzyknięć). Można go też zastrzykiwać śródmięśniowo w stanie czystym lub w połączeniu z pituitryną, albo hipofizyną, pod tym względem jednak brak mi własnego doświadczenia. W ostrych stanach zapalnych, np. w ostrem zapaleniu dróg żółciowych pęcherzyka, w których spokój jest konieczny, stosowanie ikterozanu, jak zresztą i innych środków żółciopędnych, jest przeciwwskazane.

**Atofanyl.** Środek ten, jak i poprzedni wyrobiony przez fabrykę Scheringa, jest połączeniem atofanu z salicylanem sodu (po 0,5) i znalazł szerokie zastosowanie w postaci zastrzykiwań śródżylnych oraz śródmięśniowych w ostrym i przewlekłym gościec stawowym. Ujemne działanie uboczne atofanylu polega na tem, że nieraz się stwierdza po kilkukrotnym zastrzyknięciu do tej samej żyły jej zatkanie, tak że dalsze zastrzykiwanie do niej są niemożliwe. Poważnego, postępującego zapalenia żył po iniekcji atofanylu jednak nie obserwo wałem, ani wzmianki o tem w literaturze nie znalazłem. Atofanyl nądto stosowałem w różnych postaciach rwy kulszowej, ostrej i przewlekłej. W gwałtownych bólach okresu ostrego i w razie nasilenia bólu w stanach przewlekłych oddawał mi atofanyl dobre usługi, nawet w przypadkach, w których podawanie *per os* atofanu oraz przetworów salicylowych zupełnie nie skutkowało.

**Wakcyneuryna.** Wprowadzona została do lecznictwa w 1914 r. przez Dollkena, wyrabianą jest w Dreźnie (Sächsische Serumwerke), a w handlu znajduje się pod postacią ampulek do zastrzykiwań

śródmięśniowych, wyjątkowo śródżylnych, które działają mocniej. Stosuje się zwykle 3 serje zastrzykiwań (po 6 każda), różnych co do intensywności. Wakcyneuryna jest przetworem autolizy gronkowców i *bac. prodigiosus*, a co do jej działania na ogniska chorobowe, to wymyślono dość fantastyczną hipotezę. Być może, polega ono poprostu na szczęśliwym zastosowaniu proteino lub wakcynoterapii. Ważniejsze jest, że wakcyneuryna zwycięsko przetrwała długi okres próby ogniowej. Zna-

lazła szerokie zastosowanie w nerwobólach, zwłaszcza w rozsianym zapaleniu nerwów. Stosowałem ją głównie w przewlekłych postaciach rwy kulszowej. W przypadkach nader uporczywych, w których zawiodły zarówno fizykalne sposoby lecznicze (galwanizacja, djatermja, grzanie, kąpiele i t. d.), jak i przetwory chemiczne, w ich liczbie też i atofanyl, ku memu zadowoleniu nastąpiło wyleczenie po zastrzykiwaniach wakcyneuryny.

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

### Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dn. 6/XII 1927 r.

Odczyt: Gantz. *Krytyka rządowego projektu zwalczania gruźlicy z punktu widzenia społecznego i interesów chorego.* (Wydrukowano w Nr. 20 Warsz. Czas. Lekarskiego).

Po wygłoszonym odczycie wywiązała się dyskusja, w której zabierali głos: Dłuski, Bychowski, Szymanowski, Narkiewicz i Trenkner.

Dłuski postawił wniosek następujący:

Zgromadzenie upoważnia kol. Gantza do prowadzenia w dalszym ciągu akcji w sprawie ustawy, jako przedstawiciela Polsk. Tow. Med. Społecznej.

Wniosek został przyjęty.

A. Szwarc.

Posiedzenie plenarne z dn. 17/II 1928 r.

Odczyt: Paradistal. *Wyniki szczepień przeciwgruźliczych metodą Calmette'a we Francji.* (Ukaże się w druku).

W dyskusji głos zabierali: Szymanowski, Lipszyc, Wassertregerówna i Paradistal.

Następnie Knappe odczytał sprawozdanie roczne z działalności Towarzystwa.

Dnia 17 lutego 1928 r. odbyło się w sali Warszawskiego Towarzystwa Naukowego doroczne walne zebranie członków Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, na którym odczytano sprawozdanie z działalności Towarzystwa w II-ym roku istnienia.

Towarzystwo liczy 250 członków i rozwija swą działalność naukową w dwóch kierunkach, mianowicie: w dziale medycyny społecznej i medycyny klinicznej. Wieczorów, poświęconych medycynie społecznej, było 7; na nich wygłoszono następujące referaty:

1. Dr. Sęczyz: „Międzynarodowe Biuro Pracy przy Lidze Narodów w Genewie a ubezpieczenie na wypadek choroby (Kasy Chorych).

2. Dr. Kaszubski: „Nowy projekt ustawy o obowiązku ubezpieczaniu społecznym na wypadek choroby, śmierci i niezdolności do pracy w opracowaniu Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej“.

3. Dr. W. Dobrzyński: „Jak ma się odbywać rozbudowa kraju“.

4. Dr. Kacprzak i Zandowa: „Epidemia porażenia dziecięcego“.

5. Dr. Sęczyz: „Rządowy projekt ustawy zwalczania chorób wenerycznych w Polsce“.

6. Dr. Gantz: „Krytyka projektu rozporządzenia o zwalczaniu gruźlicy“.

7. Dr. Babecki: „Syfilimetrja Vernesa“.

Prócz tego Zarząd zapoczątkował na wniosek prof. Szymanowskiego wieczory seminaryjne, mające na celu pobudzenie członków do opracowywania tematów z zakresu

medycyny społecznej. W wieczorach seminaryjnych brało udział 30 członków. Opracowane były następujące tematy:

1. Dr. Knappe: „Rola lekarza praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych“.

2. Dr. Nowakowski: „Medycyna zawodowa“.

3. Prof. Szymanowski: „Nauczanie higieny w uniwersytecie warszawskim“.

4. Dr. Kacprzak: „Współczesne podstawy zwalczania chorób zakaźnych“.

Wieczorów klinicznych odbyło się 18, na nich wygłoszono 28 odczytów z zakresu teorii i praktyki nauk lekarskich i przedstawiono 16 wszechstronnie opracowanych przypadków klinicznych ze wszystkich specjalności. Wieczory te odbywały się pod przewodnictwem E. Flataua i prof. Szymanowskiego.

Zarząd Towarzystwa składał się z następujących członków: Dr. Dłuski — prezes, Dr. Adamski i Srebrny — wiceprezesi; Dr. Knappe — sekretarz; Dr. Heflich — skarbnik; Dr. Trenkner — bibliotekarz; Dr. Maleciński, prof. Szymanowski i Dr. Szwarc — członkowie zarządu.

Zarząd odbył 7 posiedzeń, poświęconych sprawom zawodowym, i tyleż posiedzeń, poświęconych urządzaniu wieczorów klinicznych. Z ważniejszych wystąpień Towarzystwa zaznaczyć należy:

1. Towarzystwo przystąpiło do Koła Przyjaciół Akademika Polskiego i Domu Zdrowia „Pomoc Bratnia“ w Zakopanem w charakterze członka dożywotniego ze składką jednorazową 250 zł.

2. Towarzystwo ufundowało stypendjum dla studenta 4 lub 5 kursu lub młodego lekarza, poświęcającego się pracy naukowej, w wysokości 1000 zł. rocznie. W roku sprawozdawczym stypendjum to było przyznane studentowi 5 kursu, pracującemu naukowo w zakresie bakterjologii.

3. Towarzystwo już kilkakrotnie występowało do Władz o zniesienie ograniczeń pasportowych. Starania te nie zostały, niestety, uwzględnione przez Władze. Wobec tego Zarząd zwrócił się penownie do p. Ministra Spraw Wewnętrznych z prośbą o uwzględnienie szczególnie położenia lekarzy, którzy od trzech lat nie mogą wyjechać poza granice kraju, dopóki wreszcie ograniczenia pasportowe nie znikną zupełnie z naszego życia państwowego. Przy tej sposobności Towarzystwo przypomniało p. Ministrowi pozostałość po rządach rosyjskich w postaci świadectw kwalifikacyjnych w komisariatach policji, jeszcze bardziej utrudniających i podrażających pasporty.

Na podanie to Zarząd nie otrzymał żadnej odpowiedzi; wkrótce zaś zjawiły się w piśmie wzmianki, że p. Minister Skarbu uznał za celowe utrzymanie nadal w Państwie ograniczeń pasportowych.

Wobec tego Towarzystwo zwróciło się do Polskiej Konfederacji Pracowników Umysłowych, prosząc, żeby Konfederacja rozważyła dokładnie tę sprawę.

W roku sprawozdawczym Towarzystwo poniosło dotkliwą stratę przez śmierć kilku wybitnych jego członków:

1. d. 29 maja zmarł Dr. Ignacy Dubrowicz.
2. d. 10 sierpnia zmarł Dr. Oskar Goldberg — właściciel zakładu ginekologicznego.
3. d. 20 sierpnia zmarł Dr. Maurycy Likiernik, nestor okulistów polskich.
4. d. 15 sierpnia zmarł Dr. Klemens Pawlikowski, radca departamentu opieki społecznej w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej; wieloletni członek Zarządu Towarzystwa.
5. d. 4 października zmarł Dr. Bronisław Pawłowicz, b. lekarz naczelny Kasy Chorych, zasłużony działacz społeczny na Kresach i w Warszawie, wieloletni wiceprezes Towarzystwa.
6. d. 12 grudnia zmarł Dr. Józef Zieliński, doktor medycyny Warszawskiego i Paryskiego Uniwersytetów, radca Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. Wysiedlony z Warszawy

za sprawę spisku Apuchtinowskiego, powrócił do kraju po wojnie europejskiej. Znany był ze swych niezachwianych przekonań radykalno-demokratycznych.

Na walnym zebraniu wybrano do Zarządu Dr. Zofję Garlicką na miejsce ustępującego na własne żądanie Dr. Heflicha — dotychczasowego skarbnika; przyjęto sprawozdanie Zarządu i sprawozdanie kasowe, które wykazało znaczną nadwyżkę dochodów, przy niskiej składce członkowskiej.

W skład komisji rewizyjnej wchodzi: prof. M. Konopacki, Dr. A. Koral i Dr. P. Rudzki.

Na wniosek d-ra Knappego walne zebranie uchwaliło przeznaczyć z kasy Towarzystwa do 300 zł. na nagrody za najlepsze odczyty na posiedzeniach Towarzystwa lub najlepsze referaty w Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim do uznania Zarządu.

## Przegląd terapeutyczny.

*Z Kasy Chorych m. stoł. Warszawy.*

### Kilka uwag o znaczeniu fosforu dla ustroju.

Podał

Dr. Jan RACZKOWSKI (Warszawa).

(Dokończenie).

Niemniejszy wpływ posiada P na układ kostny. Już w okresie kostnienia i wytwarzania się nowej kości P odgrywa pierwszorzędną rolę. Według Mariot, przytaczanego w pracy Leriche'a, i Policarda: „Fizjologia normalna i patologiczna kości“, formuła kostnienia z punktu widzenia chemicznego przedstawia się w formie następującej:  $Ca PO_4 \rightarrow Ca_3 (PO_4)_2 \rightarrow Ca_3 (PO_4)_2$ . Mamy tu do czynienia z substancjami, rozszczepionemi na jony. Ci sami autorzy, powołując się na prace biochemików amerykańskich o krzywicy, podają iż na wzrost kości mają duży wpływ nie tylko absolutna ilość Ca i P, lecz również ich ustosunkowanie i proporcja (Mc. Collum). Zakłócenie równowagi między temi elementami wywołuje zaburzenia w rozwoju kości (Clark, Robinson). Pomimo obfitości jonów wapnia we krwi i pożywieniu wapń nie może się osadzić na kościach, jak tylko przy pomocy jonów fosforu.

Stąd też w krzywicy, biorąc pod uwagę zmniejszenie odkładania się soli wapniowych w chrząstkach, a jonu fosforowego w surowicy krwi, Rabl zaleca stosowanie jednocześnie soli wapniowych i fosforowych. Nowsze badania wykazują, że, oprócz ustosunkowania się jonów Ca do P, duży wpływ na krzywicę wywiera dieta uboga lub bogata w witaminy. Być może, że fosfor nieorganiczny, dostarczany przez pokarmy z tkanek zwierzęcych, ma mniejsze znaczenie, niż fosfor organiczny, dostarczany z jaj, mleka, mózgu i nasion oleistych (związki kwasu inozyto-fosforowego).

Wprawdzie proces odwapniania ustroju, jaki dostrzegamy w krzywicy, następnie nadmierne wydalanie z ustroju fosforanów może być wynikiem ogólnego zakwaszenia ustroju (Blum, Delaville i Coulert), wówczas należałoby przez podanie związków fosforowych zwiększyć rezerwę alkaliczną ustroju,

Ilość amoniaku, jak również stosu-

nek jego do ogólnego azotu moczu powiększa się pod wpływem glicerofosforanu sodowego, a zmniejsza się pod wpływem organicznych związków fosforowych. Jeżeli weźmiemy pod uwagę z jednej strony zmniejszenie się ilości amoniaku w moczu pod wpływem organicznych związków fosforowych, a z drugiej strony całkiem słuszne twierdzenie Hallerfordena, że zwiększenie się ilości amoniaku w moczu jest patognomiczne dla kwaśnego zatrucia ustroju (cytow. Wajs, Wasserman), to zrozumiemy, że ustrój, wydalając amonjak traci w ten sposób azot, który jednakże jest bezwzględnie ustrojowi potrzebny, gdyż azot jest tą cegiełką, z której powstaje białko. Przewaga P organicznego nad P nieorganicznym jest wyraźna.

To też stosowanie fosforu nieorganicznego w lecznictwie ma swoją tradycję i teoretyczne podstawy oddawna. Dodatnią stroną podawania fosforu organicznego jest wchłanianie go przez ustrój w stanie niecałkowitego rozkładu lub nawet bez zmiany, a to stanowi dla ustroju ekonomję wysiłków syntetycznych. Pobudzające działanie fosforu na przemianę materji dało asumpt do zastosowania go w schorzeniach nerwowych. — Loevenheim stosował z dużym powodzeniem preparaty fosforowe między innymi w przypadkach neurastenji. Dammann podaje, iż w kilku przypadkach neurastenji, powstałej z różnych powodów, po zastosowaniu P widział znakomite wyniki. Chorzy odzyskiwali równowagę duchową, spokój, chęć do życia, pokrzepiający zdrowy sen i siły. Również w przypadku nerwicy urazowej wskutek obrażenia głowy, tam, gdzie wszelkie wzmacniające leki nie odnosiły pożądanego wyniku, autor po zastosowaniu preparatów fosforowych widział znaczną poprawę. Chorzy po skończeniu leczenia powracali do zwykłych zajęć.

Być może, że wzmoczenie łaknienia, stwierdzane zwykle podczas podawania związków fosforowych, wpływa tonicznie na ośrodkowy układ nerwowy; chociaż byłibyśmy bardziej skłonni do innego interpretowania tego zjawiska, a mianowicie: pod wpływem P następuje częściowa alkalizacja płynów ustrojowych, co wywoływać może hipoglikemję, a objawowo wzrost łaknienia.

Również w okresie zdrowienia wskazane jest podawanie związków fosforowych tembardziej, ze względu na znaczne wydalanie fosforanów z ustroju.

Lövenheim, Szokalski ogłosili szereg spostrzeżeń skutecznego działania preparatów fosforowych na ustrój w krzywicy i niedokrewności. Zwłaszcza w niedokrewności wywołanej nietylko przez liche odżywianie, ale i przez wyczerpującą pracę umysłową oraz siedzący tryb życia, a więc w niedokrewności, tak często spotykanej u uczącej się młodzieży, stwierdził Szokalski po zastosowaniu fosforu organicznego w szeregu przypadków znaczną poprawę. Jednocześnie przeprowadzone badania krwi wykazały prawie w każdym przypadku znaczny przyrost ilości hemoglobiny, dochodzący niekiedy do 50%. Liczba krwinek czerwonych powiększała się również znacznie i dochodziła do 25%. Ponadto we wszystkich przypadkach zanotowano znaczną poprawę samopoczucia, wzmożenie łaknienia oraz przyrost wagi. Należy nadmienić, iż zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego przez cały czas leczenia autor nie widział.

Podawanie organicznych związków fosforowych winno mieć duże zastosowanie również w patologii wieku dziecięcego 1) u osobników, wyniszczonych z powodu zakażeń przewlekłych, jak: zimnica, gruźlica, przymiot, 2) u dzieci, cierpiących na uporczywy brak łaknienia (ze względów wyżej przytoczonych) i 3) w zatruciach pokarmowych dzięki ich wpływowi na rezerwę alkaliczną ustroju.

Wyżej przytoczone właściwości oddziaływania fosforu organicznego skłoniły mnie do stosowania krajowych preparatów, zawierających fosfor organiczny: „*Phosphit-Pulvis*” i „*Phosphit-Ferrat*” firmy L. S. S. W większości przypadków stwierdzałem wyraźną poprawę stanu ogólnego, przybytek wagi, wzrost łaknienia, jednocześnie też dawał się zawsze stwierdzić dobroczynny wpływ na psychikę chorego. Badania przeprowadzałem na obfitym materiale w Warszawskiej Kasie Chorych, ze względu jednak na brak miejsca, ograniczę się do przytoczenia niektórych przypadków:

1. I. A. I. 5. *Scrophulosis*. Gruzoły na szyi z obu stron macalne, powiększone; wygląd anemiczny; łaknienie upośledzone. Brat chorego, starszy o 5 lat, ma wyraźne cechy *rachitis tarda*. Tranu nie znosi. *Phosphit. pulv.* w ciągu 1 mies. Ogólna poprawa, łaknienie wzmożone. Przybytek wagi 1 kg!

2. G. T. I. 6. *Peribronchitis t. b. c. St. febrilis. Scrophulosis*. Matka zmarła na gruźlicę płuc. Dziecko kaszle, gorączkuje; zu-

pełny brak apetytu. *Phosphit-Ferrat* w ciągu 7 tyg. Znaczne zmniejszenie kaszlu, nie gorączkuje; wzmożenie łaknienia, ogólny wygląd lepszy.

3. Z. S. I. 21. *Induratio apicis pulm. utr.* Niedokrewność po przebytej operacji wyrostka robaczkowego. Zdenerwowanie, brak łaknienia. Preparaty arsenikowe wywoływały bóle i biegunkę. *Phosphit-Ferrat* w ciągu 6 tygodni. Wzmożenie apetytu. Przyrost na wadze. Samopoczucie lepsze.

4. F. J. I. 16. *Anaemia*. Brak łaknienia, wyniszczenie ogólne, częste bóle głowy. Skłonność do jedzenia rzeczy ostrych: musztardy, octu. Po zastosowaniu *Phosphit-Ferrat* w ciągu 2-ch miesięcy ogólna poprawa, wzmożenie łaknienia. Bóle głowy rzadziej i nie tak silne.

5. Z. R. I. 26, typ neurastenika, *Apicitis dex. St. subfebrilis* Kaszel, brak sił, łaknienie upośledzone, skłonność do wybuchów, bezsenność. *Phosphit-Ferrat* w ciągu 8 tygodni. Jest spokojniejszy, wzmożenie łaknienia; śpi znacznie lepiej; nie gorączkuje.

6. H. R. I. 18. *Anaemia secundaria — Lymphadenitis, peribronch t. b. c.* Przed leczeniem ubytek wagi 5 kg, w ciągu 4 tyg. *Phosphit-Ferrat* w ciągu 6 tyg. Przyrost wagi 3 Kg. Łaknienie wzmożone. Stan bezgorączkowy.

7. I. K. I. 6. *Scrophulosis — St. subfebrilis*. Ojciec chorego zmarł na gruźlicę płuc Często zapada na zdrowiu, jest wątły, brak łaknienia. *Ol. Jecoris Aselli* zrzuca; przetwory żelazowe bez efektu. *Phosphit-Pulvis* w ciągu 2 mies. Wzmożenie łaknienia, wygląda lepiej. Nie gorączkuje.

## PIŚMIENNICTWO.

- 1) Węgierko. Polskie Archiwum Medyc. wewn. tom. I.
- 2) Jentys. Gazeta Lekarska, 1878 r. str. 142.
- 3) Embden. Grefe u. Schmitz. Zeit. f. physiol. Chemie 1914 r. tom 93, str. 60.
- 4) v. Noord'en. Therapeut. Halbmonat. 1921 r.
- 5) Pettenhofer u. Voit. Zeitschr. f. Biologie. 1876 r.
- 6) Parnas. Chemja fizjologiczna, część 1-a, tom 2, 1922 r., str. 417.
- 7) Szokalski. Polska Gazeta Lekarska, 1926 r. Nr. 31.
- 8) Lövenheim. Berl. Klin. Wochenschr. 1904 r. Nr. 47.
- 9) Beatrice Florence Milroy, Journ. of Physiol. 1926 r.; Bd. 62 Nr. 2, str. 174 — 191.
- 10) Piazza. Arch. di farmacol. sperim tom 74, zes. 4, 1926 r.
- 11) Kleitman. Amer. Journ. of Physiol. tom. 74, Nr. 2, 1925 r.
- 12) Cuthbertson. Biochem. Journ. tom 19, Nr. 6, 1925 r.
- 13) Embden u. Hentschel. Zeitschr. f. physiol. Chemie 1926 r., tom 151, zes. 4, 6.
- 14) Heffter. Handbuch der experiment. Pharmak. 1927 r. III tom, część 1-a.
- 15) Harvard, Emlin u. Reay. Biochem. Journ. 1925, tom 19, Nr. 6.
- 16) Posternak. Cmp. rendues hebdom. 1926 r., tom 182, Nr. 11.
- 17) Böckemann u. Hoffel. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1926 r. tom 41, zes. 5/6, str. 661 — 668.
- 18) Dammann. Deut. Medizin. Zeit. 1098 r. 80.
- 19) Leriche et Policard. Physiologie norm. et pathol. de l'os, 1925 r.

## Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

### W sprawie higieny wsi.

Podał

Z. SZYMANOWSKI (Warszawa).

Nie będziemy tu udowodniali, że Polska jest krajem rolniczym i że jej dobrobyt zależny jest przede wszystkim od losów ludności wiejskiej. Nie będziemy także powtarzali rzeczy wszystkim wiadomej, że ludność naszej wsi żyje w opłakanych warunkach higienicznych, że tylko wielka siła roz-

rodca kompensuje olbrzymie straty w materiale ludzkim, powodowane przez nadmierną śmiertelność dzieci, szerzenie się chorób zakaźnych i wogóle brak elementarnych starań o zdrowie. Na jedno natomiast musimy zwrócić uwagę. Oto wszystkie te straty zależne są bynajmniej nie od opłakanych warunków życia, spowodowanych przez nędzę, ale w olbrzymiej większości przypadków są następstwem braku wiadomości, kultury i wychowania higienicznego. W mieście główną przeszkodą jest bieda i ciężkie warunki egzystencji szerokiach warstw ludności. W mieście jesteśmy bezradni w większości przy-



padków, gdy chodzi o ludzi, których zarobki są daleko niższe od minimum agzystencji, którzy pracują w warunkach ciężkich i gnieźdzą się w ciasnych i często ciemnych mieszkaniach. W mieście higiena jest przede wszystkim sprawą społeczną, jest funkcją warunków pracy i życia. W mieście częstokroć najlepsze chęci rozbić się muszą o nieubłaganą rzeczywistość. Na wsi sprawa przedstawia się inaczej. Tam najczęściej są środki i możliwości, ale ludzie nie wiedzą i nie umieją żyć tak, jak trzeba, nie szanują i trwonią bezmyślnie największe dobro człowieka, jakim jest zdrowie. Uzdrawotnienie wsi jest rzeczą konieczną i bynajmniej nie należy do niemożliwości.

Zagadnienie, które stoi przed nami, jest jednak niełatwe. Świadczy o tem zwłaszcza ta okoliczność, że we wszystkich krajach całego świata wysiłki higienistów obrały sobie za teren działania przeważnie, jeżeli nie wyłącznie, miasta. Wieś prawie wszędzie pozostawiona jest własnemu losowi. W krajach o gęstszym zaludnieniu, gdzie miast i miasteczek jest więcej, tam każde takie osiedle stanowi ognisko, z którego higiena promieniuje dokoła. Tam pomiędzy małym miastem a większymi wsiami różnica zaciera się coraz bardziej i znika stopniowo. Inaczej sprawa przedstawia się tam, gdzie miast jest mniej. W takich krajach higiena do wsi zupełnie prawie nie dochodzi. Cóż dopiero mówić o Polsce, w której miasta znajdują się w warunkach higienicznych opłakanych, gdzie zaledwie kilka z nich ma wodociągi i kanalizację, a większość miast wojewódzkich stawia dopiero pierwsze kroki na polu higieny. Jeżeli krzewienie higieny jest wogóle rzeczą trudną, to na wsi trudności te są stokroć większe. Higieny nie można nauczyć tak, jak pierwszej lepszej umiejętności. Niewątpliwie dla krzewienia higieny potrzebne jest rozpowszechnienie wystarczającego zasobu wiadomości o budowie ciała ludzkiego, o czynnościach jego narządów, o tem, co jest potrzebne dla zdrowia i co mu szkodzi. Ale to wszystko jeszcze nie wystarcza. Człowiek może się tego wszystkiego nauczyć, ale może także zapomnieć, a przecież chodzi nie o to, żeby wiedział, ale żeby te wiadomości w życiu stosował. Krzewienie higieny polega na wyrobieniu określonych przyzwyczajzeń, pewnych nałogów. Człowiek zaczyna żyć higienicznie dopiero wtedy, gdy nie umie żyć inaczej. To znowu wymaga wyrobienia w człowieku pewnych potrzeb. Należy podnieść poziom jego wymagań w stosunku do warunków otaczających, należy wyrobić w nim potrzebę odpowiedniego kształtowania swojego otoczenia. Wynika stąd, że chodzić nam musi nie o naukę formalną, ale o wychowanie człowieka. Cel ten osiągnąć jest o wiele łatwiej w mieście, niż na wsi. Współżycie większego skupienia ludzkiego na jednym miejscu stwarza samo przez się pewne normy, ujmuje życie jednostki w mniej lub więcej określone karby. Tak, jak ulica pozwala chodzić tylko w określonym kierunku, a nie na wszystkie strony, jak pole lub łąka, tak samo i poszczególnie czynności ludzkie ulegają w mieście określonym dyrektywom. Miasto nadaje się też więcej, niż wieś, do zaprowadzenia rozmaitych urządzeń wspólnych. Zaprowadzenie wodociągów i kanalizacji, uregulowanie usuwania odpadków i nieczystości daje się łatwiej narzucić ogółowi miejskiemu, który uczy się korzystać z tych urzą-

dzeń, jeszcze zanim zrozumie ich znaczenie. Dopiero korzystając z nich, człowiek poznaje ich wartość i z biegiem czasu nie umie się już bez nich obejść. Na wsi sprawa przedstawia się trudniej. Tam życie jest bardziej indywidualne i czynnik wychowawczy musi głębiej naturę ludzką przeorać, zanim powstaną te rozmaite instytucje i urządzenia, będące wyrazem zbiorowej woli i zbiorowego wysiłku. To wszystko sprawiło, że dopiero w ostatnich czasach zaczyna sobie torować drogę w świadomości prawodawców i społeczników konieczność radykalniejszego, niż dotąd, uzdrawotnienia wsi. Rodzą się nowe metody i nowe sposoby. Musimy zastanowić się dokładnie, jakimi drogami iść będziemy musieli, ażeby początki tej akcji tak ugruntować, by zapewnić jej trwałe powodzenie i rozwój.

Jeszcze na jedną sprawę chcę zwrócić uwagę. Chodzi o to, że budzenie potrzeb higienicznych nie może być oderwane od reszty życia. Kultura higieniczna stanowi część kultury materialnej wogóle. Człowiek nie może traktować higieny jako zbytkownego dodatku do swojej egzystencji, jako ofiary, którą musi złożyć na ołtarzu swego i powszechnego zdrowia. Człowiek nie powinien nawet tak myśleć, gdyż tak nie jest. Człowiek zdrowy pracuje łatwiej, może wykonać więcej i zarobić więcej. Przekonanie go o tem jest także kwestją obrania odpowiednich środków i sposobów postępowania. O tem także pamiętać należy przy wyborze metod działania.

Wybranie sposobów odpowiednich jest własnie przedmiotem uwag niniejszych.

Przedewszystkiem musimy się zastanowić, ko- go należy obrać za przedmiot oddziaływania, ażeby jaknajłatwiej trafić do celu. W tej mierze wszyscy są zgodni, że na pierwszym planie postawić należy matkę i dziecko. Tam gdzie więzy uczuciowe są najpotężniejsze, tam oddziaływanie, mające na celu życie i zdrowie dziecka, budzi największe zainteresowanie i najłatwiej skłania do czynu. Stacja opieki nad matką i dzieckiem, chociażby w najprymitywniejszej formie, stanowi najlepszą drogę do nawiązania stosunków. Trzeba tylko pamiętać, ażeby oddziaływanie to nie było wyłącznie słowne. Niewątpliwie ważną rzeczą jest uświadomienie i pouczenie, ale naprawdę celowa jest dopiero pomoc akuszerską. Interwencja powinna się zacząć znacznie wcześniej, a mianowicie w okresie ciąży. Rozpowszechnienie racjonalnych zasad higieny ciąży, udzielenie odpowiedniej porady tam, gdzie występują niepokojące objawy, przygotowanie matki, zwłaszcza młodej, do tego, co ją czeka wszystko to razem stanowi pole niezmiernie wdzięczne, i każdy wysiłek, w tym kierunku dokonany, opłaca się stokrotnie. Forma tej pomocy może być bardzo rozmaita. Modyfikacji mamy bardzo wiele, zaczynając od zwykłej poradni dla ciężarnych aż do t. zw. szkół dla młodych matek, w których uczą się one w ciągu kilku tygodni umiejętności pielęgnowania dziecka we wszystkich jej szczegółach. Do tego dołączyć można bezpośrednią pomoc materialną w postaci wyprawek dla położnicy i dla dziecka i ewentualnej pomocy akuszerskiej. Raz nawiązane stosunki pozwalają na oddziaływanie dalsze. Pomoc w wychowaniu, kontrola

żywienia niemowlęcia, praktyczne stosowanie zasad higieny — wszystko to razem składa się na cały system edukacyjny. Pomyślnie wyniki nie dają długo na siebie czekać i zachęcają do wytrwania na raz obranej drodze. Jednocześnie zyskuje się cały szereg punktów zaczepnych w dziedzinie higieny nie tylko dziecka, ale i rodziców, w zakresie ich życia codziennego, warunków otoczenia, nałogów, przyzwyczajzeń i przesądów. System edukacyjny nie tylko zapuszcza korzenie, ale i rozszerza się. Interwencja z doraźnej staje się stałą i ciągłą.

Na drugim miejscu należy postawić pomoc w chorobie. Zdrowy człowiek lekceważy sobie swoje zdrowie. Gdy jednak zachoruje, wtedy ceni nie tylko pomoc, ale i dobrą radę. Tu też i jedno i drugie powinno być od siebie nieodłączne. Umiejętne indywidualizowanie porady, utrzymanie jej w granicach możliwych do urzeczywistnienia, pomoc w pokonaniu trudności życiowych, związanych z chorobą — wszystko to otwiera wstęp do chaty i pozwala na zadzierzgnięcie trwałych stosunków. Nie ulega żadnej kwestji, że w porównaniu z opieką nad dzieckiem ambulatorjum stoi na dalszym planie w sprawie nawiązania stosunków.

Dopiero na trzecim miejscu postawić można właściwą propagandę. Tylko człowiek, który już sam się przekonał o wartości medycyny i higieny, będzie z uwagą i z pożytkiem słuchał rad co do zachowania się właściwego wtedy, kiedy jest zdrow. Tylko taki człowiek będzie myślał o stosowaniu się do rad chociażby najbardziej zbawiennych. I tu jednak rady same przez się nie wystarczają, jeżeli nie będziemy się starali o stworzenie takich warunków, w których praktykowanie cnót zalecanych jest możliwe. Na nic się nie zdadzą nauki o zdrowej wodzie do picia, jeżeli nie będzie studni, odpowiednio urządzonej, napróżno będziemy tłumaczyli o niebezpieczeństwie, wynikającym ze stykania się z chorym zaraźliwym, jeżeli nie będzie go gdzie odosobnić. Na nic się nie zda propaganda przeciwalkoholowa tam, gdzie ludność nie ma innej rozrywki prócz karczmy i t. p.

Opieka nad niemowlęciem, ambulatorjum, propaganda — oto trzy etapy, w których rozwijać należy akcję, dotyczącą ludzi dorosłych. Obok tego należy zwrócić uwagę jaknajbardziej na młode pokolenie. Opieka nad dzieckiem nie może się przerywać po okresie niemowlęctwa, podczas którego nie dziecko, lecz matka jest objektem oddziaływania. Jeżeli sprawa higieny jest sprawą wytworzenia zdrowych przyzwyczajzeń i nałogów, w takim razie wyrabianie tych przyzwyczajzeń nie może się zacząć dość wcześnie. Tymczasem życie idzie w wręcz przeciwnym kierunku. Dziecko na wsi już w pierwszych latach życia pozostawione jest samemu sobie. Ojciec w pracy, matka albo w pracy, albo zajęta karmieniem najmłodszego dziecka, a starsze chowa się samo. Jeżeli gdzie jest przedszkole, to czasem w mieście, prawie nigdy na wsi. Za czasów niewoli, kiedy pozwalano zakładać ochronki, a zakazywano polskiej nauki szkolnej, istniało, słabe zresztą, dążenie do zakładania ochron, a właściwie zamaskowanych szkół. Dzisiaj i tego niema. To też należy powitać z uznaniem dekrety, nakładające na gminy przymus organizowania opieki nad dzieckiem. Musimy się tylko starać, ażeby opieka ta nie tylko nie klóciła się

z higieną, lecz, przeciwnie, żeby była jej szkołą. Musimy pamiętać, ażeby zasady wychowania higienicznego zapanowały również w szkole powszechnej. Dziecko, które od maleńkości nauczy się myć i kąpać, korzystać z ustępów, zachowywać czystość w jedzeniu, nie straci tych nałogów przez całe życie, zwłaszcza, jeżeli będziemy o to dbali, ażeby możliwość utrzymania tych nałogów nie napotykała na zbyt wielkie przeszkody. Innej drogi do podniesienia higieny ogólnej niema. Wszelkie powątpiewania i utyskiwania na trudności, jakie ta metoda za sobą pociąga, na nic zupełnie się nie zdadzą. Dopiero kilka pokoleń, wychowanych tak od maleńkości, stworzyć może poważne podłoże do właściwej roboty higienicznej, do wszczęcia walki o uzdrowotnienie i przedłużenie życia ludzkiego. Nie znaczy to, ażebyśmy chcieli wszelką akcję do tego czasu odkładać. Pragniemy tylko zaznaczyć, że ta akcja wstępna jest rzeczą najważniejszą, że ona jedna stwarza trwałe fundamenty, że bez niej każda inna robota to budowanie na piasku.

Specjalnego omówienia wymaga pytanie, kto to wszystko ma wykonać. Rozumie się samo przez się, że rola kierownicza przypaść musi lekarzowi. On się na tem najlepiej zna, ma najgruntowniejsze po temu przygotowanie. Lekarz musi się jednak przejąć tą myślą, że leczenie to tylko drobna cząstka jego funkcji. Dobrze jest pomóc choremu, ale stokroć lepiej jest niedopuszczyć do zachorowania. Zwłaszcza lekarz w ambulatorjum skłonny jest do myślenia o chorym tylko wtedy, kiedy go widzi. Wszak najczęściej nie wiadomo wcale, czy chory przyjdzie po raz drugi. Lepiej daleko przedstawia się pod tym względem leczenie szpitalne. Tu przynajmniej wytwarza się pewna ciągłość zabiegów. Osiągnięte wyleczenie, zwłaszcza w przypadkach chirurgicznych, jest doskonałą propagandą. Jeden chory sprowadza drugiego, i lekarz ma cały dzień zajęty. Z biegiem czasu ukształtował się typ dzisiejszego lekarza — terapeuty, czy chirurga. Tymczasem nam potrzeba czego innego. Musimy wychować nowy typ lekarza, nastawionego przede wszystkim na akcję zapobiegawczą. Zadaniem jego jest wszelkiego rodzaju profilaktyka, zarówno indywidualna jak społeczna. Sam lekarz jednak nie może wystarczyć. Promień jego oddziaływania jest za mały. Racjonalna profilaktyka nie może się ograniczyć do osób chorych, lecz musi sięgnąć w głąb ludności zdrowej. Odwraca się stosunek lekarza do pacjenta. Dzisiaj jeszcze przeważnie chory przychodzi do lekarza, tymczasem dobro powszechne wymaga, ażeby lekarz szedł pomiędzy ludzi zdrowych, wyszukał chorych pomiędzy nimi, wyleczył ich lub odosobnił i starał się usunąć lub ograniczyć przyczyny choroby.

Jest rzeczą oczywistą, że lekarz sam takiej pracy nie podoła. Potrzeboby na to lekarzy zbyt wielu, a w dodatku praca lekarza we wszystkich szczegółach takiej działalności byłaby zbyt kosztowna. Występuje tu na scenę, jako ogniwo pośrednie, higienistka, odpowiednio wykształcona, stanowiąca niejako przedłużenie ramienia lekarza tam, gdzie ono samo dosięgnąć nie może. Jej zadaniem jest właśnie wyszukiwanie ognisk choroby w środowisku ludzi zdrowych. Higienistka pomaga lekarzowi w jego pracy u właściwego warsztatu, t. j.

w szpitalu lub poradni. Do niej należy tam pielęgnowanie chorego w najszerszym pojęciu tego wyrazu. Ona przeprowadza wywiad w rodzinie chorego, zaznajamia się z warunkami jej życia, wyszukuje przyczyny choroby, wskazuje sposoby zaradzenia złemu. Ona przeprowadza wywiad także w dalszym otoczeniu i wyszukuje nowych chorych. Daleko ważniejsza jeszcze praca spada na nią w walce z chorobami społecznymi i ze szkodliwymi pod względem higienicznym nałogami. Tu higienistka staje się nie tylko propagatorką, ale nauczycielką i wychowawczynią. Rola jej zmienia się w zależności od głównego przedmiotu pracy. Działalność ta będzie inaczej wyglądała, gdy chodzi o walkę z gruźlicą, inaczej, jeżeli chodzi o śmiertelność dzieci lub o higienę szkolną, jeszcze inaczej, gdy chodzi o jaglicę lub alkoholizm. Higienistka jest tym czynnikiem, który bezpośrednio oddziałuje na ludzi, który ma bezpośrednią styczność z klientelą. Do tej wielkiej i odpowiedzialnej pracy potrzeba dwu rzeczy — powołania i wiedzy. Powołanie człowiek przynosi sam z sobą. Zamiłowanie do swej pracy, wrażliwość na nędzę ludzką, gorące pragnienie niesienia ulgi i pomocy, takt w obyciu z ludźmi, równe, łagodne, ale zarazem stanowcze usposobienie — oto najważniejsze cechy charakteru, bez których praca higienistki jest nie do pomyślenia. Obok tego uzbrojenie fachowe musi być pierwszorzędne. Higienistka nie jest i nie powinna być lekarzem, nie powinna więc występować w tym charakterze. Musi jednak znać przyczyny złego, które zwalczą, przejawy indywidualne i społeczne choroby, drogi, po których zło się szerzy i rozpowszechnia, sposoby jego zwalczania, nie wchodzące w zakres interwencji lekarskiej. Wiedza jej powinna być gruntowna, gdyż tylko wtedy higienistka osiągnąć może niezbędny dla niej autorytet. Obok, że tak powiem, znajomości patologii społecznej, musi higienistka gruntownie znać środowisko, w którym działa i zawczasu mieć obmyślony taki plan postępowania, któryby się dawał w danych warunkach urzeczywistnić. Niezbędna jest dla niej także znajomość struktury społeczeństwa i całego szeregu zjawisk społecznych, o które akcja higieniczna oprzeć się może. Organizowanie i prowadzenie stowarzyszeń o typie oświatowo-kulturalnym, pomoc w samokształceniu, zakładaniu bibliotek i kooperatyw — wszystko to higienistka musi umieć zrobić. Wreszcie musi znać prawa i przepisy obowiązujące, wchodzące w zakres jej działalności. Ponad tem wszystkim jednak górować musi oddziaływanie przykładem osobistym, życiem ściśle zgodnym z wymaganiami higieny. Nie może być rozdźwięku pomiędzy głoszonymi hasłami a postępowaniem własnym. Tylko wtedy praca higienistki może być uwieńczona pomyslnym skutkiem.

Mówiliśmy ciągle o higienistce. Istotnie, cała ta wielostronna działalność, sięgająca głęboko w życie rodziny, opierająca się, jak zaznaczyłem na wstępie, przede wszystkim na oddziaływaniu na matkę i na dzieci, wymaga niewątpliwie kobiecej ręki, kobiecego charakteru. Mężczyzna znajdzie w tej pracy inne pole działania, jak zobaczymy dalej. Teraz należy kilka słów poświęcić sprawie warsztatów i metod pracy higienicznej. Co się tyczy tych ostatnich, to naczelną zasadą powinno być wskazywanie nie tyle braków, ile dróg do ich

usunięcia. Następczą się tu zadania tak różnorodne, że niepodobna nakreślić jednolitego schematu. Należy stworzyć taki typ organizacji, któryby się nadawał do przystosowania do różnych zadań, gdyż wszystkich naraz objąć niepodobna. Dla naszych stosunków wydaje się najodpowiedniejszy wzór, wypracowany w Jugosławiji w postaci t. zw. Ludowego Domu Zdrowia. Najlepszym punktem wyjścia u nas jest ambulatorjum wiejskie, najlepiej nie specjalne, lecz ogólne, w którym lekarz przyjmuje w określonych dniach i godzinach, a higienistka mieszka stale i spełnia swe różnorodne funkcje wywiadowczo-łącznikowe. Z poradnią dobrze jest połączyć łaźnię natryskową, albo żłobek wzorowy lub chociażby przedszkole. Może to być doskonały sposób nawiązywania bezpośredniego i użytecznego kontraktu. Ten sam Dom Ludowy powinien być ogniskiem uświadomienia i propagandy, o której jeszcze pomówimy osobno. Tam, gdzie zachodzi tego potrzeba, Dom Zdrowia powinien zawierać wzory urządzeń higienicznych, wzory tego, co chcielibyśmy widzieć w każdym obyciu. Studnia, ustęp, chata widna i czysta, wreszcie budynek gospodarski, gnojownik, racjonalnie urządzone — wszystko to może być demonstrowane. W tym zakresie Dom Zdrowia staje się terenem pracy odpowiednich fachowców męczyzn. Kontroler sanitarny, we wspólnym ujściu tej funkcji, może mieć doskonały punkt oparcia w Ludowym Domu Zdrowia.

Zresztą, Ludowy Dom Zdrowia może się przystosować do różnych potrzeb. Może się w nim ogniskować sieć stacyj opieki nad matką i dzieckiem, rozrzuconych w różnych punktach gminy. Może się w nim centralizować opieka lekarska nad dziećmi szkół powszechnych. Może się wreszcie oprzeć o niego sieć poradni przeciwgruźliczych lub przeciwkifowych i t. p. W założeniu chodzi o to, ażeby wyprowadzić akcję higieniczną poza obręb nie tylko większych miast, ale i miasteczek. Chodzi o wprowadzenie czynnika przykładu i dozoru do wnętrza chaty wiejskiej.

Niezbędnym uzupełnieniem i koroną praktycznej akcji higienicznej jest propaganda. Powinna ona przychodzić dopiero na końcu. Najczęstszym błędem, z jakim się spotykamy w praktyce, jest zaczynanie od propagandy. Człowiek chwytą chętnie każdą nowość, ale to nam nie może wystarczyć, to jeszcze nie zmienia złych obyczajów, nie wpłynie na zmianę postępowania. Dopiero okazana przysługa, namacalny rezultat dodatni, pomoc otrzymana stwarza podatny grunt nie tylko do zaznajomienia się z przyczynami złego, ale i do stosowania się do otrzymanych wskazówek. Tylko postępując w ten sposób, zdobywa się zaufanie i posłuch. Metod propagandy jest bardzo wiele. Najlepszy zawsze jest żywy przykład, pozatem jednak żadnym środkiem gardzić nie należy. Pojedyncze wykłady, a jeszcze lepiej systematyczny cykl pogadanek, grupujących się dokoła jednego przedmiotu, ilustrowanie ich pokazami i wykresami, wystawy ruchome, dotyczące poszczególnych działów higieny, kinematograf i w ostateczności radio — wszystko może być użyteczne. Trzeba się zawsze starać pobudzić dyskusję, wywołać pytania, skłonić słuchaczy do samodzielnego myślenia. Pierwszorzędnym środkiem propagandy mogą być kursy zimowe np. kursy gospodarstwa domowego dla dziewcząt, szkoły dla młodych matek, kursy higieny życia codzien-

nego i t. p. Nadewszystko pamiętać należy o starej maksymie francuskiej, która głosi, że wszystkie rodzaje są dobre prócz rodzaju nudnego. Propaganda w szerszym stylu nie może się obejść bez lekarza. Nadaje to większy autorytet całemu przedsięwzięciu. Higienistka musi jednak uczestniczyć w tej akcji. Do niej będzie należało np. prowadzenie pogadanek systematycznych. Pozostawienie jej na uboczu mogłoby zaszkodzić jej powadze w oczach ogółu.

Naszlicowaliśmy tu plan w najogólniejszych zaledwie zarysach. Właściwie trzeba rozpatrzyć szczegółowo metody i sposoby działania w stosunku do oddzielnych zagadnień, omówić osobno walkę z chorobami zakaźnymi, walkę z gruźlicą i z kiłą, z alkoholizmem i śmiertelnością niemowląt, higienę szkolną i t. p. Zaprowadziłoby to nas jednak zbyt daleko. Natomiast trzeba jeszcze rozważyć widoki powodzenia tak pojętej akcji. Nie możemy marzyć o stworzeniu sieci takich instytu-

cyj, opartej o akcję państwową. Struktura naszego życia poszła inną drogą. Samorządy są w pierwszej linii powołane do zajęcia się tą sprawą. Sądząc z dotychczasowych rezultatów, z wielkiego zainteresowania dla tego typu instytucyj, możemy z całą ufnością spoglądać w przyszłość. Ogół nasz jest dostatecznie uspołeczniony i z pewnością nie uchyli się od pracy, której dodatnie wyniki nie każą długo na siebie czekać. Rzecz naprawdę pożyteczna udać się musi. Pamiętać tylko należy, ażeby pierwsze organizacje, powoływane do życia, były naprawdę dobre, a zwłaszcza, aby znalazły się w ręku gorliwych ideowców, zarówno lekarzy, jak higienistek. Instytucje wznoszone nie potrzebują być wspaniałe. Powinny one budzić nie zazdrość, lecz chęć naśladowania. Nie mogą gnieździć się po starych, ciemnych chałupach, muszą naprawdę być wzorem. To co się powiodło w Jugosławiji, w kraju o kulturze bez porównania niższej od naszej, nie zawiedzie i u nas.

## Wiadomości bieżące.

— W najbliższym czasie ma się odbyć w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych pierwsze inauguracyjne posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, powołanej do życia na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 listopada 1927 r. (Monitor Polski Nr. 281 poz. 771).

Rada ta jest organem doradczym i opiniodawczym Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawach sanitarnych.

Do zakresu jej działania należy:

1. Rozważanie i opinjowanie projektów ustaw oraz zasadniczych rozporządzeń z zakresu spraw zdrowotnych i higieny społecznej.

2. rozważanie spraw dotyczących zdrowotności i higieny społecznej, a wymagających łącznej działalności władz państwowych i samorządowych oraz czynników społecznych;

3. rozważanie zamierzeń i omawianie akcji poszczególnych władz centralnych w sprawach zdrowotnych i higieny społecznej, prowadzonych przez te władze, w celu koordynowania działalności i zapewnienia zainteresowanym władzom potrzebnego wzajemnego współdziałania;

4. rozważanie i opinjowanie wszelkich innych spraw z dziedziny zdrowotności publicznej, wnoszonych do Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przez Ministra Spraw Wewnętrznych;

5. przedstawianie z własnej inicjatywy Ministrowi Spraw Wewnętrznych, a za jego aprobatą i pośrednictwem i innym władzom centralnym, projektów nowych środków i zarządzeń, mających na celu rozwój zdrowotności w Państwie i usunięcie braków w tej dziedzinie.

Skład Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia stanowią:

1—3. Trzej przedstawiciele Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, a mianowicie: Dr. E. Piestrzyński, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia, Dr. J. Adamski, Zastępca Dyrektora Departamentu, i Dr. W. Chodźko, Kierownik Państwowej Szkoły Higieny, b. Minister Zdrowia Publicznego.

4—10. Po jednym przedstawicielu Ministerstw: Spraw Wojskowych, Pracy i Opieki Społecznej, Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, Rolnictwa, Komunikacji, Robót Publicznych oraz Przemysłu i Handlu w osobach: p. pułk. Dra W. Górczyckiego, Zastępcy Szefa Departamentu Sanitarnego Min. Spraw Wojsk., Naczelników Wydziałów: p. Bronisława Krakowskiego, Dra Marjana Reitera, Dra Jana Kiszkiela, oraz Radców ministerjalnych: p. inż. B. Pawlucia i p. B. Lubińskiego.

11. Dr. Ludwik Hirszfelf, jako zastępca Naczelnego Dyrektora Państwowego Zakładu Higieny.

12—15. Przedstawiciele Wydziałów Lekarskich Uniwersytetów w Polsce po jednym od każdego Uniwersytetu: Prof. Dr. A. Czyżewicz z Warszawy, Prof. Dr. St. Ciechanowski z Krakowa, Prof. Dr. Wł. Sieradzki ze Lwowa, Prof. Dr. E. Piasecki z Poznania i Prof. K. Karaffa-Korbut z Wilna.

17 i 18. Przedstawiciel Akademii Medycyny Weterynaryjnej we Lwowie, Prof. Dr. Zygmunt Markowski, oraz przedstawiciel Wydziału Weterynaryjnego Uniwersytetu w Warszawie, Prof. Magister J. Gardziałkowski.

19. Przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej Dr. J. Bączkiewicz, Przewodniczący Naczelnej Izby Lekarskiej.

20. Przedstawiciel Związku Miast Dr. Józef Zawadzki.

21. Przedstawiciel Związku Sejmików Powiatowych p. Józef Bek.

22. Przedstawiciel Zarządu Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych Dr. Henryk Kłuszyński.

23—27. Pięciu członków, powołanych przez Ministra Spraw Wewnętrznych z pośród przedstawicieli naukowego świata lekarskiego i znawców spraw higieny oraz administracji sanitarnej w osobach: pp. Prof. Dra Gantkowskiego z Poznania, Dra P. Rudzkiego z Warszawy, Dra R. Kunickiego z Krakowa, Dra B. Koszutskiego z Kalisza i Dra A. Tomaszewskiego z Łodzi.

Przewodniczącym Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia jest Minister Spraw Wewnętrznych, jego zastępcą Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych.

Przepisy, normujące organizację Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, przewidują, iż Rada ta wyłoni dla poszczególnych kierunków swej działalności sekcje, którym może przekazać wydawanie opinii i uchwalanie wniosków w ramach kompetencji Rady. Za zgodą Ministra Spraw Wewnętrznych w skład sekcji mogą wejść z prawem głosowania osoby, kooptowane przez Państwową Naczelną Radę Zdrowia z poza członków Rady.

Do udziału w posiedzeniach Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia oraz jej sekcji mogą być ponadto zapraszani rzeczoznawcy, mający głos doradczy.

Państwowa Naczelna Rada Zdrowia opracowuje swój regulamin wewnętrzny, który uzyskuje moc obowiązującą po zatwierdzeniu go przez Ministra Spraw Wewnętrznych.

— Projekt rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o usuwaniu i wód opadowych.

Na podstawie art. 44 ust. 6 Konstytucji z dnia 17 marca 1921 roku i ustawy z dnia 2 sierpnia 1926 r. o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (Dz.Ust.Rz.P. Nr. 78 poz. 443) postanawiam co następuje:

Art. 1.

Piecza nad należytem usuwaniem nieczystości i wód opadowych należy do obowiązku gmin. W wykonaniu tego obowiązku gminy powinny:

1. czuwać nad tem, aby istniejące w ich obrębie publiczne i prywatne urządzenia do usuwania nieczystości i wód opado-

wych odpowiadały przepisom niniejszego rozporządzenia i rozporządzeń, wydanych na jego podstawie;

2. w miejscowościach z ludnością powyżej 25.000 zakładać urządzenia kanalizacyjne do odprowadzania nieczystości i wód opadowych z całego terenu gminy oraz prowadzić oczyszczanie ścieków w ten sposób, aby w razie wpuszczania ich do wód powierzchniowych lub gruntowych nie wpływały ujemnie na skład tych wód pod względem fizycznym, chemicznym i biologicznym;

3. w miejscowościach z ludnością poniżej 25.000 zaprowadzić takie sposoby zbierania, przechowywania i usuwania nieczystości oraz usuwania wód opadowych, któreby zapewniały utrzymanie czystości gleby, wód i powietrza w gminie;

4. czuwać, aby były zaprowadzone w dostatecznej liczbie publiczne i prywatne urządzenia do zbierania śmieci i odpadków. Usuwanie śmieci i odpadków z poszczególnych posesyj w gminach z ludnością powyżej 10.000 należy do obowiązków gmin.

W zakresie, wskazanym w punkcie 1 i 4, gminy podlegają powiatowym, a o ile chodzi o miasta, stanowiące samodzielne jednostki administracji państwowej wojewódzkim władzom administracji państwowej, wojewódzkim władzom administracji ogólnej, a w m. st. Warszawie — Ministrowi Spraw Wewnętrznych.

Nadzór nad działalnością gmin, określonych w punktach 2, 3, sprawują wyższe związki samorządowe, a w m. st. Warszawie — Minister Spraw Wewnętrznych.

#### Art. 2.

Nieczystości w rozumieniu niniejszego rozporządzenia są to wydaliny ludzkie i zwierzęce, ścieki, śmiecie i odpadki stałe.

#### Art. 3.

Ministrowi Spraw Wewnętrznych przysługuje prawo wydawania przepisów sanitarnych, normujących:

1. warunki, jakim odpowiadać powinny wszelkie publiczne i prywatne urządzenia do usuwania nieczystości i wód opadowych.  
2. korzystanie z tych urządzeń,

3. warunki, jakim powinny odpowiadać ścieki, nadające się do bezpośredniego wpuszczania do zbiorników wód powierzchniowych i do ziemi.

Korzystanie z urządzeń do usuwania nieczystości i wód opadowych, o ile urządzenia te nieodpowiadają przepisom, może być zabronione przez władze, wskazane w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych, do czasu doprowadzenia ich do stanu należącego.

#### Art. 4.

Gminy z ludnością powyżej 25.000, nieposiadające sieci wodociągowej i kanalizacyjnej, mają obowiązek w ciągu 5-ciu lat od wejścia w życie niniejszego rozporządzenia przeprowadzić badania wstępne hydrologiczne, chemiczne i hydrobiologiczne naturalnych zbiorników wody, do których mają być spuszczone nieczystości i wody opadowe, wykonać projekty kanalizacji i urządzeń do oczyszczania ścieków i przedłożyć je właściwym władzom do zatwierdzenia.

Dla gmin, posiadających sieć wodociągową, a niemających kanalizacji, termin przedłożenia odpowiednich projektów do zatwierdzenia nie może być dłuższy niż 4 lata.

O ile gmina ma urządzenia wodociągowe i kanalizacyjne, a nie ma urządzeń do oczyszczania ścieków, termin do przedłożenia projektów tych urządzeń do zatwierdzenia ustanawia się na 3 lata od chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

Szczegółowe plany systemu usuwania nieczystości względnie systemu usuwania wód opadowych powinny być sporządzone na podstawie prawomocnego planu zabudowy, o ile taki plan istnieje.

Minister Spraw Wewnętrznych określi dla poszczególnych gmin terminy rozpoczęcia robót kanalizacyjnych oraz terminy rozszerzenia sieci kanalizacyjnej, obejmującej tylko część terenu gminy.

Terminy wykonania urządzeń, przewidzianych w punktach 3 i 4 art. 1 określać będą dla poszczególnych gmin powiatowe, o ile chodzi o miasta, stanowiące samoistne jednostki administracji państwowej, wojewódzkie władze administracji ogólnej.

#### Art. 5.

Zatwierdzenie projektów kanalizacji i badanie urządzeń kanalizacyjnych i do oczyszczania ścieków przed oddaniem sieci kanalizacyjnej do użytku publicznego należy do Ministra Robót Publicznych w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych.

Budowa urządzeń publicznych, wymienionych w punkcie 3 art. 1, wymaga zatwierdzenia wojewódzkiej władzy administracji ogólnej.

Budowa względnie przebudowa urządzeń do usuwania nieczystości i wód opadowych z poszczególnych posesyj wymaga zezwolenia zarządu gminy, udzielonego po stwierdzeniu, że projekty tych urządzeń odpowiadają wymaganiom niniejszego rozporządzenia i rozporządzeń, wydanych na jego podstawie.

#### Art. 6.

Budowa i utrzymanie sieci kanalizacyjnej stanowi wyłączne prawo gmin; gmina jednak może zezwolić na budowę tych urządzeń innej osobie prawnej lub fizycznej. Na zaprowadzenie państwowej sieci kanalizacyjnej zezwolenie gminy jest niepotrzebne.

Wysokość opłat na korzystanie z kanalizacji, zaprowadzonej na podstawie zezwolenia gmin, przez osoby prawne lub fizyczne, podlega zatwierdzeniu wojewódzkiej władzy administracji ogólnej, a w m. st. Warszawie — Ministra Spraw Wewnętrznych.

#### Art. 7.

We wszystkich gminach powinny być pobudowane:

a) ustępy do użytku interesantów w gmachach publicznych.  
b) ustępy publiczne na placach lub ulicach, w miarę możliwości, w podziemiu.

W gminach skanalizowanych wymienione wyżej ustępy powinny być spółkiwane i połączone z siecią kanałów.

#### Art. 8.

W gminach skanalizowanych właściciele nieruchomości, na których są budynki mieszkalne lub budynki użyteczności publicznej, są obowiązani połączyć swe nieruchomości z siecią kanałów najdalej w ciągu 2-ech lat po uruchomieniu tej sieci, o ile sieć ta jest doprowadzona do ich nieruchomości; dla nieruchomości, do których sieć kanalizacyjna została już doprowadzona w chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, bieg terminu dwuletniego rozpoczyna się od dnia ogłoszenia rozporządzenia. W razie wznoszenia budynku w chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia nieruchomość powinna być połączona z siecią kanalizacyjną przed oddaniem budynku do użytku. We wszystkich tych przypadkach na nieruchomościach powinny być pobudowane spółkiwane ustępy, conajmniej do użytku ogólnego.

W gminach, wymienionych w punkcie 3 art. 1 niniejszego rozporządzenia, właściciele nieruchomości powinni pobudować w swych nieruchomościach ustępy do ogólnego użytku w ciągu 2-ech lat od wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

We wszystkich nieruchomościach, zabudowanych domami mieszkalnymi lub gmachami użyteczności publicznej, powinny być urządzone zbiorniki do śmieci i odpadków.

W razie niewykonania przez właściciela nieruchomości robót, wymienionych w ust. 1, 2 i 3 niniejszego artykułu, gmina ma prawo wykonania tych robót na koszt właściciela, o ile koszt tych robót nie jest niewspółmiernie wysoki w stosunku do wartości nieruchomości lub dochodu z niej. Termin wykonania robót może być przedłużony lub skrócony.

Od decyzji gminy, odmawiającej odroczenia terminu wykonania robót, przysługuje prawo odwołania do wojewódzkiej władzy administracji ogólnej, która orzeka ostatecznie.

Szczegółowe przepisy o usuwaniu nieczystości i wód opadowych wydadzą gminy w ramach, przewidzianych w art. 1 niniejszego rozporządzenia.

#### Art. 9.

W razie stwierdzenia, że niedostateczne oczyszczanie ścieków jest wywołane przez wpuszczanie ścieków fabrycznych do systemu kanałów, może wojewódzka władza administracji ogólnej, jeżeli uzna to za potrzebne, zabronić wpuszczania ścieków fabrycznych do kanałów, lub ograniczyć to wpuszczanie, może także wymagać oczyszczania tych ścieków do takiego stopnia, jaki jest niezbędny dla dobrego działania urządzeń do oczyszczania ścieków gminy.

#### Art. 10.

Jeżeli gmina po upływie roku od wejścia w życie niniejszego rozporządzenia nie przystąpi do wykonania projektów oraz robót, przewidzianych w art. 4 niniejszego rozporządzenia, władza nadzorcza jest uprawniona do wstawienia do jej budżetu potrzebnych na te cele sum.

Postanowienie to dotyczy również przepisów, przewidzianych w punkcie 2 art. 7 niniejszego rozporządzenia.

#### Art. 11.

Winni przekroczenia przepisów niniejszego rozporządzenia oraz rozporządzeń, wydanych na jego podstawie, ulegną w drodze administracyjnej karze grzywny do 1,000 zł. i aresztu do 6-ciu tygodni, lub jednej z tych kar. Kara grzywny w razie nie-

możności jej uiszczenia będzie zamieniona na areszt do 4-ch tygodni.

Do wymierzania kar powołana jest powiatowa władza administracji ogólnej.

Od orzeczenia karnego powiatowej władzy administracji ogólnej przysługuje interesowanym w ciągu dni 7 od dnia następnego po doręczeniu orzeczenia prawo wniesienia na ręce tej władzy odwołania do właściwego Sądu Okręgowego, który rozstrzyga prawomocnie przy odpowiednim zastosowaniu przepisów, dotyczących odwołań od wyroków sądów powiatowych (pokoju). Sąd Okręgowy nie może jednak, uchylając orzeczenie, przekazać sprawy do ponownego rozpatrzenia przez władzę administracyjną.

Na obszarze Województw Poznańskiego i Pomorskiego stosuje się przepisy o wydawaniu policyjnych mandatów karnych.

#### Art. 12.

Wykonanie niniejszego rozporządzenia powierza się Ministrowi Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z zainteresowanymi Ministrami.

#### Art. 13.

Rozporządzenie obowiązuje na całym terenie Rzeczypospolitej Polskiej z wyjątkiem Województwa Śląskiego od dnia ogłoszenia. Z dniem tym tracą moc wszelkie przepisy, dotyczące tych samych spraw.

— W Nr. 2 i 3 „Nowych Torów“ znajdujemy życiorys kolegi Kazimierza Dłuskiego z okazji wybrania go na prezesa Międzynarodowej Konfederacji Pracowników Umysłowych.

— W dniu 26.IX.1927 r. odbyło się Walne Zebranie członków Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego, na którym między innymi zdecydowano zwrócić się do Redakcji pism lekarskich z uprzejmą prośbą o wydrukowanie następujących wniosków, jednogłośnie uchwalonych na Zebraniu:

1. Walne Zebranie członków P.L.T.R. potępia anonimowe prowadzenie zakładów rentgenologicznych t.j. prowadzenie ich bez podawania nazwiska lekarza kierującego i odpowiedzialnego, lub też z podaniem nazwiska fikcyjnego.

Zebranie uważa, że takie prowadzenie zakładów obniża powagę rentgenologii lekarskiej i jest szkodliwe zarówno dla interesów ogółu radiologów polskich, jak dla nauki polskiej wogóle. Uchwała powyższa odnosi się także i do orzeczeń rentg. rozpoznawczych.

2. Walne Zebranie uważa, że w warunkach dzisiejszych w Polsce stałe zatrudnianie w zakładach rentgenologicznych lekarzy cudzoziemców jest niczem nieusprawiedliwione i powinno być surowo potępione. Dyskwalifikuje ono rentgenologię polską wobec zagranicy i jest sprzeczne z prawami państwowymi. Zebranie wzywa członków Towarzystwa do bojkotowania Zakładów, które nie zechcą zastosować się do powyższej uchwały.

3. Załatwianie praktyki prywatnej (płatnej) nawet pod pretekstem ambulatoryjnej, w Zakładach Użyteczności Publicznej, państwowych i miejskich, powinno być niedopuszczalne.

Walne Zebranie wzywa Zarząd P.L.T.R. do wszczęcia kroków u czynników miarodajnych do ostatecznego uregulowania tej kwestji.

#### NADESŁANO DO REDAKCJI.

— W. Grzywo - Dąbrowski. Projekt organizacji rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego w Polsce. Odb. z „Czasopisma Sądowo-Lekarskiego“ Nr. 1.

— Tenże. Sprawozdanie z czynności Zakł. Med. Sądowej Uniw. Warsz. w r. 1927 oraz Polska Bibliografia kryminalogiczna i sądowo-lekarska za r. 1927.

— Rafał Becker. Zagadnienie rasy żydowskiej w świetle teorii. Warszawa 1927.

#### Z M A R L I:

— Władysław Janowski, docent med. wewn. Uniw. Warsz. znany z licznych prac naukowych. Obszerniejsze wspomnienie damy wkrótce.

— Andrzej Ciechomski, ordyn. oddz chirurg. szpit. Dz. Jez. Obszerniejsze wspomnienie ukaże się wkrótce.

— Henryk Zawistowski, adjunkt II kliniki wewn. Uniw. Warsz.

# Od Administracji.

Z początkiem II kwartału r. b. „Warszawskie Czasopismo Lekarskie“ wychodzić będzie raz na tydzień—we czwartek—w objętości 1<sup>1</sup>/<sub>4</sub> arkusza (20 kolumn).

#### Warunki prenumeraty:

w Warszawie kwartalnie	Zł. 12.—
na prowincji	„ „ 14.—
zagranicą	„ „ 16.—

Administracja przeniesiona została na ulicę Zielną Nr 47 do Drukarni Kooperatywy Pracowników Drukarskich.

TRĘŚĆ: Z. SREBRNY O ropówkach okołoprzełykowych i innych następstwach mechanicznego obrażenia przełyku. — L. E. BREGMAN i K. PONCZ. O powikłaniach mózgowych po odrze. (Dok.). — Wł. STERLING. Podstawy eksperymentalne i kliniczne biologji seksualnej (c. d.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — A. SIMON. Luźne uwagi o kilku środkach leczniczych. — J. RACZKOWSKI. Kilka uwag o znaczeniu fosforu dla ustroju. (Dok.). — Z. SZYMANOWSKI. W sprawie higieny wsi. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: S. SREBRNY. Sur les phlegmons périoesophagiens et autres conséquences des lésions mécaniques de l'oesophage. — L. E. BREGMAN et K. PONCZ. Les complications cérébrales après la rougeole. (fin). — L. STERLING. Bases expérimentales et cliniques de la biologie sexuelle. (suite). — A. SIMON. Remarques sur quelques remèdes. — J. RACZKOWSKI. Quelques remarques sur l'importance du phosphore pour l'organisme. (fin). — S. SZYMANOWSKI. A propos de l'hygiène de la campagne.