

# 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. 9

WARSZAWA, 19 KWIETNIA 1928 R.

Rok V

## PRACE ORYGINALNE.

### Wykłady kliniczne.

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

Podał

Zygmunt SREBRNY (Warszawa).

(Dokończenie).

W innych znowu razach, gdy w przełyku tkwi istotnie ciało obce ostre, szpiczaste, o brzegach nierównych, lub nawet gładkie, ale od dłuższego czasu, tak że wywołało odleżynę w ścianie przełyku, to zdarzyć się może, że owo ciało obce za pomocą narzędzi, działających na ślepo, wydostaniemy na zewnątrz albo zepchniemy do żołądka, ale ciągnąc je lub spychając, jednocześnie szarpiemy lub wprost rozrywamy ścianę lub ściany przełyku, co w dalszym następstwie prowadzi do powstania ropówki okołoprzełykowej. I gdy Rydygier młodszy twierdzi, że przy dobrej technice koszykiem Gräfe'go można w największej liczbie przypadków wydobyć ciało obce z przełyku bez krzywdy dla chorego, to jest to tylko frazes: bo co zrobi najlepsza technika w przypadku, gdy, naprz., kość dwoma ostremi kantami tkwi w ścianach przełyku, a ciągniona ku górze, musi je formalnie rozciąć? Czy można pośądzać o brak techniki takiego wytrawnego specjalistę, jakim był prof. Pieniążek z Krakowa? A jednak i takiemu mistrzowi zdarzyło się wywołać ropówkę okołoprzełykową z następczem zapaleniem śródpiersia, zakończonem śmiercią, po wydobyciu z przełyku kości za pomocą koszyka Gräfe'go. Pieniążek przypuszcza tu możliwość przedziurawienia przełyku przez samo ciało obce skutkiem skurczu zwieraczy gardzieli, ale przyznaje, że, ciągnąc kość koszykiem, powiększał owo przedziurawienie, rozrywając ściany przełyku, i że chora mogłaby wyzdrowieć, gdyby ciało obce było wydobyte na drodze ezofagotomji.

Prócz zapalenia śródpiersia ropówka może dać powód do otoku ropnego i powietrznego opłucny

i osierdzia, do zapalenia płuc aspiracyjnego, do zgorzeli płuc a także kryje w sobie bardzo poważne niebezpieczeństwo nadżarcia naczyń mniejszego i większego kalibru, grożące krwotokiem śmiertelnym. Na to znaczenie ropówki w przypadkach krwotoków z powodu przedziurawienia aorty zwrócił przed kilkunastu laty uwagę prof. H. Chiari. Jako rzecz szczególną podnosi on tu fakt, że zwykle upływa dłuższy czas pomiędzy uszkodzeniem przełyku a krwotokiem z przedziurawionej aorty. Adelman podaje 14 tego rodzaju przypadków, z których jeden tylko zakończył się krwotokiem śmiertelnym w 36 godzin po połknięciu ości, inne po upływie 6 dni do 6 tygodni. Poulet odróżnia przedziurawienie aorty „pierwotne“ i „wtórne“. Pierwszego rodzaju przedziurawień zna tylko 2, z których jedno co do czasu połknięcia ciała obcego (igły) nie jest pewne. Przypadków wtórnego przedziurawienia opisuje 15. Wreszcie Krause do 14 przypadków Adelmanna dodaje zebranych przez siebie 7 spostrzeżeń, w których krwotok śmiertelny z aorty nastąpił pomiędzy 5 dniem a końcem 8 miesiąca po wypadku. O. Chiari podaje przypadek krwotoku z przedziurawionej aorty na 14 dzień po połknięciu kości, przyczem dodać należy, że 7 dnia kość została usunięta przy pomocy ezofagoskopji. W przypadku Turnera pomiędzy połknięciem ciała obcego (moneta) a krwotokiem z aorty upłynął rok i 10 miesięcy, w cytowanych zaś przez tegoż autora 4 przypadkach innych autorów 5 do 10 dni, w przypadku Taylora 4 dni. Wyjątek stanowi przypadek Rydygiera, w którym już na drugi dzień po połknięciu kości nastąpił krwotok śmiertelny z aorty.

Widzimy tedy, że zazwyczaj krwotok z aorty następuje najwcześniej dopiero po upływie kilku dni po połknięciu ciała obcego. Poulet kładzie przedziurawienie na karb odleżyny, ułatwiającej ciało obcemu przedziurawienie przełyku i aorty pod wpływem ruchów wymiotnych i krztuszenia się, a prawdopodobnie i wprowadzania zgłębnika. W większości jednak przypadków, zdaniem H. Chiari'ego, główną rolę w powstawaniu przedziurawień aorty po uwięzieniu ciała obcego w prze-

tyku gra ropówka w tkance pomiędzy przełykiem a aortą. Zwykle sprawa odbywa się w ten sposób, że po przedziurawieniu ściany przełyku przez ciało obce i mało znacznym zadrasnięciu ściany aorty, jak wywodzi Krause, wytwarza się z początku krwaki okołotętniczy, który wstrzymuje krwawienie z aorty. Dopiero, gdy skutkiem ropówki tkanka okołoprzełykowa i skrzep krwiaka ulegną rozpadowi, krwawienie z aorty wzmagą się i wreszcie staje się śmiertelne. Może nawet zdarzyć się i prawdopodobnie często tak się zdarza, że ciało obce, przedziurawiwszy przełyk, aorty wcale nie uszkodziło lub zadrasnęło ją tylko w najpowierzchniejszych warstwach, ale skutkiem ropówki ściana aorty ulega powolnemu zniszczeniu, i w ten sposób dopiero powstaje jej przedziurawienie. H. Chiari podaje 2 takie, oparte na badaniu pośmiertnym spostrzeżenia, z których okazuje się, że uszkodzenie przez ciało obce było z początku minimalne, lecz uległo szybkiemu powiększeniu w następstwie ropówki okołoprzełykowej, która zniszczyła ścianę aorty przez całą jej grubość. W jednym z tych dwóch przypadków ropówka i jej następstwa powstały bez jakichkolwiek manipulacyj narzędziami w przełyku, w drugim po wielokrotnym wprowadzaniu zgłębnika, podczas którego zawsze pokazywała się krew. Nie ulega wątpliwości, że i tutaj samo ciało obce mogło być przyczyną nieszczęśliwego zejścia, ale trudno się powstrzymać od przypuszczenia, że sondowania mogły przyczynić się do przedziurawienia przełyku i dalszych jego następstw.

I krwotoki z tętnic mniejszego kalibru, leżących w obrębie ropówki, skutkiem nadżarcia ich ścian, mogą być przyczyną śmierci. Taki przebieg miał przypadek Krönleina, w którym śmierć z krwotoku nastąpiła 15 dnia po ezofagotomji skutkiem nadżarcia tętnicy tarczowej dolnej w następstwie ropówki. Balacescu i Kohn w swojej statystyce ezofagotomji podają 10 tego rodzaju zejść śmiertelnych.

Opisane wyżej przypadki ciężkich powikłań ciał obcych w przełyku mają za sobą już kilkunastoletnią przeszłość, w czasach obecnych zdarzają się, jak sądzę, rzadziej, wnosić więc stąd należy, że racjonalne metody badania przełyku i wydobywania zeń ciał obcych zdobywają sobie, acz z trudem, prawo obywatelstwa, że zatem działanie na ślepo narzędziami takimi, jak zgłębniki i najrozmaitsze chwytaczki ciał obcych zaczynają wychodzić z użycia. Niestety, jednak jeszcze nie zostały zarzucone w zupełności. Jeszcze przed kilku laty słyszałem o przypadku, zakończonym śmiercią, w którym trzeba było za pomocą cięcia przełyku wydobyć już nietylko ciało obce, połknięte przez chorego, ale razem z niem drugie (koszyk Gräffego), wprowadzone przez lekarza i zaklinowane w przełyku. Na pocieszenie powiedzieć można tylko to, że w czasach dawniejszych nieszczęścia takie zdarzały się częściej, w obecnych jednak nie powinny zdarzać się wcale. Jediną metodą badania przełyku powinno być jego wziernikowanie i tylko pod kontrolą oka wolno z przełyku usuwać ciała obce. Od zasady tej odstępować można tylko w pewnych razach, o których niżej będzie mowa.

Z dwóch sposobów stosowania ezofagoskopji, t. j. wprowadzania rury na mandrynie i bez niego,

za racjonalny uważać można tylko drugi, gdyż pierwszy w istocie swej nie różni się od manipulowania zgłębnikiem na ślepo. Wprawdzie zgłębnik wprowadzamy do przełyku głęboko, mandryn zaś z rury wyciągamy zaraz po jej wejściu do przełyku, ale wobec faktu, że ciała obce w 90% zatrzymują się w górnej części przełyku, jest rzeczą nie do uniknięcia, abyśmy mandrynem ich nie zdyslokowali, narażając chorych na takie samo niebezpieczeństwo, jak przy wprowadzaniu zgłębnika w obu razach działamy na ślepo.

Około 20 lat temu, kiedy sam jeszcze nie dosyć wpławnie ezofagoskopowałem, zaprosiłem do jednego z moich chorych kolegę, który już od dłuższego czasu zajmował się wziernikowaniem przełyku. Wprowadziwszy dość gwałtownym ruchem rurę z zatyczką, widocznie sprawił ból choremu, bo chory sprzeciwił się dalszemu badaniu, tak, że kolega zmuszony był ezofagoskop wyjąć. W tym momencie pacjent wykaształ sporo krwi. Nazajutrz chory kość wykrztusił, ale we 24 godziny później dostał obfitego krwotoku, który na szczęście więcej się nie powtórzył i nie pociągnął za sobą następstw poważniejszych.

W przypadku tym mandryn podziałał, jak zgłębnik, uruchomił ciało obce, które dzięki temu zostało wprawdzie łatwiej wykrztuszone, ale zarazem prawdopodobnie przyczynił się do następczego krwotoku. Mówię: prawdopodobnie, gdyż i samo ciało obce, tkwiąc przez kilka dni w przełyku mogło uszkodzić naczynie.

Wspominając o tej możliwości, przechodzę do sprawy niebezpieczeństw wyczekiwania i tylko szczęśliwemu trafowi w praktyce Glücksmana przypisuję to, że wytrawny ten ezofagoskopista zaleca wyczekiwanie w przypadkach ciał obcych w nadziei, że zostaną one wykrztuszone lub odejdą same przez odbycie. Kto jednak bądź z własnego doświadczenia, bądź z piśmiennictwa zna przypadki nagłych krwotoków śmiertelnych w następstwie dłuższego pozostawiania ciała obcego w przełyku, kto, jak Karewski, widział ciężką ropówkę pozaprzełykową w kilka tygodni po uwięzieniu kawałka drutu w przełyku, albo, jak Koenigstein, rozpoznał zakończoną śmiercią przetokę przełykowo-tchawiczną w następstwie połkniętej przed 3 laty protezy zębowej<sup>1)</sup>, lub też, jak Gantz, miał w praktyce przypadek ropnego zapalenia opon mózgowych, wywołanego tkwiącą w przełyku w przeciągu 4 blisko tygodni ością, kto podobnie ciężkie, częstokroć śmiertelne powikłania stwierdził w przypadkach, które dłuższy czas przebiegały nawet bez jakichkolwiek objawów, ten za radą Glücksmana nie pójdzie. Przeciwnie, należy zgodzić się z Karewskim, że w razie stwierdzenia objawów, budzących podejrzenie ciała obcego w przełyku, a tembardziej w przypadkach, w których obecność tegoż nie ulega wątpliwości, nie wolno ustawać w dążeniu do wyświetlenia sprawy, zaś w razie stwierdzenia ciała obcego w usiłowniach jaknajrychlejszego wydobycia go. Dopiero, jeżeli kilkakrotne zastosowanie różnorodnych metod badania i brak wszelkich objawów chorobowych dowodzą niewinności przypadku, uważać mamy prawo za zbyt dalsze zabiegi lekarskie.

Jeżeli tedy z jednej strony niebezpieczne są za-

<sup>1)</sup> Podobne spostrzeżenie z zejściem pomyślnem opisał Schousboe.

równy manipulacje, wykonywane na ślepo, jak i wyczekiwanie, a z drugiej znajomość wziernikowania przełyku nie jest jeszcze dosyć rozpowszechniona, to nastrocza się pytanie, jak ma postąpić lekarz na prowincji, z tą metodą badania nieobeznany.

Tu przedewszystkiem zauważyć należy, że przypadki uwięzienia ciała obcych w przełyku, grożące bezpośredniem niebezpieczeństwem, należą do rzadkości. Bezpośrednie niebezpieczeństwo (nie mówiąc o przebicium natychmiastowem większego naczynia) stanowi duszenie się. Jeżeli zdarzy się taki, względnie rzadki przypadek (częściej u dzieci), a próba wydostania ciała obcego palcem lub po palcu zawiedzie, to przedewszystkiem wskazana jest tracheotomia. Po usunięciu niebezpieczeństwa zaduszenia się, tak samo, jak w każdym innym przypadku, w którym niebezpieczeństwa tego nie ma, dosyć jest czasu na odesłanie chorego do miejscowości, gdzie zastosowane być mogą wszelkie metody nowoczesnego badania przełyku i usuwania z niego ciał obcych.

Badanie powinno przedewszystkiem ustalić, czy ciało obce istotnie tkwi w przełyku, jakiego jest rodzaju i na jakiej wysokości uwięzło. Zbiieramy w tym celu dokładnie wywiady, przyczem pamiętać należy, że liczyć bezwzględnie na opowiadanie chorego niewolno. Znane są przypadki, w których chorzy utrzymywali stanowczo, że połknęli zęby sztuczne, a ciało obce znajdowano, raz nawet już po dokonaniu ezofagotomji, gdzieś pod łóżkiem lub w stoliku nocnym. Z drugiej strony zdarzało się, że chorzy nic o połknięciu ciała obcego nie wiedzieli; w jednym przypadku napad krótkotrwałej utraty przytomności, spowodowanej chwilowem zatkaniem dróg oddechowych tkwiącą w przełyku protezą zębową, wzięto za udar mózgowy i zastosowano odpowiednie leczenie. Dopiero po pewnym czasie żonie chorego przyszło na myśl, że zęby sztuczne męża gdzieś zginęły.

Umiejscawianie przez chorych ciała obcego jest zupełnie zwodnicze, i na nie nic prawie liczyć nie można. Również i rodzaj ciała obcego niezawsze podawany jest trafnie: w przypadku Karewskiego chory napozór słusznie twierdził, że w gardle tkwi kostka — podczas operacji znaleziono kawałek drutu.

Pewniejsze są dane badania przedmiotowego, jakkolwiek i ono niezawsze prowadzi do celu, nieraz dopiero zastosowanie kilku metod, a czasem kilkakrotne badanie jest konieczne do zrobienia właściwego rozpoznania.

Badanie przedmiotowe rozpoczynamy od obmacywania szyi, które prof. Kosiński zalecał wykonywać w uspieniu chloroformowem, przy zwiotczonych mięśniach bowiem udaje się wymacanie ciała obcego przez powłoki szyjne tam, gdzie bez uspienia badanie wyniku nie daje.

Jeżeli obmacywanie szyi do celu nie prowadzi, przechodzimy do badania gardzieli i krtani okiem oraz palcem.

Stosunkowo najwięcej liczyć można na badanie radiologiczne i ezofagoskopowe. Pierwsze jednak daje wyniki pewne tylko w przypadkach ciał obcych większego kalibru, zwłaszcza metalowych. Ciała obce mniejsze, jak kostki, ości, kawałki drzewa, pestki, bardzo często dają wynik ujemny. Z własnego doświadczenia mam do zanotowania

jeden przypadek pestki od śliwki, uwięzłej wprawdzie nie w przełyku, lecz w krtani, w którym badanie rentgenowskie wypadło ujemnie, i dwa przypadki kostek, tkwiących w przełyku, również nierozpoznane. Z drugiej strony kilkakrotnie przekonałem się, że promienie X wykazały cień od ciała obcego (kości) tam, gdzie jej nie było. We wzierniku przełykowym na miejscu, wskazanem na rentgenogramie, znajdowałem ranę większych lub mniejszych rozmiarów na tylnej ścianie przełyku. W przypadkach, w których pomiędzy badaniem radiologicznem a ezofagoskopją upłynął nieco dłuższy przeciąg czasu, możnaby było myśleć, że ciało obce podczas prześwietlania istotnie tkwiło w przełyku, później zaś zesunęło się do żołądka i dlatego ezofagoskopja nie potwierdziła wyniku badania radiologicznego. Ale w jednym przypadku, który badałem w szpitalu Dz. Jezus na oddz. kol. Wł. Janowskiego wspólnie z kolegami Gantzem i Moczulskim natychmiast po dostarczeniu nam rozpoznania rentgenoskopowego, również tylko ranę na błonie śluzowej przełyku stwierdziłem.

Znane jest również i błędne umiejscowienie ciała obcego na rentgenogramie: prześwietlenie wykazało w przełyku ciało obce, które znajdowało się w tchawicy lub oskrzeli, i odwrotnie. Uwzględniając tedy możliwość pomyłek, musimy wynik badania radiologicznego potwierdzić badaniem ezofagoskopowem, posługując się rurami bez mandrynu. I tu małe, tkwiące w ścianie przełyku kostki lub ości łatwo przeoczyć, zwłaszcza w razie obrzęku błony śluzowej, zakrywającej ciało obce. Wprowadzając w takim przypadku rurę, nasuwamy fałdę błony śluzowej na ciało obce i czynimy je w ten sposób niewidzialnem. Pamiętać więc należy, aby przy wyciąganiu rury znowu starannie każde miejsce przełyku obejrzyć, mając na uwadze, że w powrotnej drodze właśnie ową zakrywającą ciało obce fałdę błony śluzowej odsuniemy ku górze i zakryte ciało obce uwydatnimy. Do lepszej i pewniejszej orjentacji służy zgłębnik metalowy, którym obmacujemy miejsca podejrzane, aby uniknąć pomyłek w rodzaju takiej, jaka zdarzyła się Karewskiemu, który pokrytą pokarmami kauczukową płytkę zębową wziął za owrządzenie przełyku.

O badaniu przełyku zgłębnikiem na ślepo wspominam tylko w tym celu, aby odeń odstręczyć przedewszystkiem z powodu złączonych z tem badaniem niebezpieczeństw, powtóre, mając na względzie niepewne jego wyniki. Nietylko małe kostki i ości, lecz nawet i większe ciała obce mogą nie być wyczute za pomocą zgłębnika. W przypadku Karewskiego okazało się na radiogramie, że zgłębnik obrócił ciało obce naokoło osi, nie dając badającemu uczucia jego obecności w przełyku. Dalej, w przypadkach ciał obcych, mających kształt łuku lub pierścienia, można przejść zgłębnikiem, nie dotknawszy się wcale ciała obcego.

Przechodząc do sprawy racjonalnego wydobycia ciał obcych z przełyku, które stanowi zarazem zapobieganie ropowce i innym powikłaniom; zwracam uwagę, że tak napozór niewinne, a zwykle przed przybyciem lekarza praktykowane „przepychanie“ ciała obcego za pomocą łykania skórki chleba lub też wywoływanie wymiotów celem wyłkrtuszenia ciała obcego może pociągnąć za sobą fatalne następstwa, jeżeli ciało obce jest ostre, szpiczaste lub nawet gładkie, ale dużych rozmiarów.

rów. „Przepychanie” ciała obcego pokarmami twardymi i wogóle forsowne ruchy połykowe sprawiają, że opierające się o ścianę przełyku końcem ostrym lub końcami ostreimi ciało obce, wrzyna się w nią coraz głębiej i może ją nawet przebić na wylot; w większym stopniu jeszcze dotyczy to kurczowych ruchów wymiotnych, a w razie dużych rozmiarów ciała obcego, zatykającego szczelnie przełyk, wymioty gwałtowne, jakieśmy to już widzieli, spowodować mogą pęknięcie przełyku, zwłaszcza w przypadkach przewlekłych zmian zapalnych lub spraw wrzodziejących tego narządu. Wywołanie wymiotów celem wydalenia ciała obcego z przełyku można więc zastosować tylko w tych razach, kiedy wywiady dają absolutną pewność, że ciało obce jest gładkie, małych rozmiarów i niedawno zostało połknięte, t. j. nie mogło jeszcze wywołać odleżyny. W tym samym razie spróbować można zaleconego przez lekarza warszawskiego Polikiera sposobu, polegającego na wygniataniu ciała obcego za pomocą mięsienia (masażu) szyi i jednoczesnym łechtaniu gardła celem wywołania wymiotów.

Jeżeli ciało obce tkwi w przełyku wysoko, tak, że może być wymacane palcem, to można je pod kierunkiem tegoż palca usunąć kleszczami o ile nie jest ono mocno wklinowane, ani wbite w ścianę przełyku — forsownego, połączonego z użyciem siły wyciągania należy unikać. U dzieci zdarzało mi się często pod kierunkiem palca wydobywać ciała obce, u dorosłych udaje się to rzadziej,

Ciała gładkie i niewielkie mogą być spychane do żołądka za pomocą zgłębnika, zakończonego gąbką pod warunkiem, że znajdują się w przełyku od niedawna, i że przełyk nie jest zwężony w przypadkach zwężenia przełyku spychanie ciała obcego, nawet gładkiego, grozi jego pęknięciem.

Najbezpieczniejszą i najpewniejszą metodę usuwania ciał obcych z przełyku stanowi ezofagoskopia, wykonana *lege artis* na zasadach, wyżej wspomnianych, t. j. przy użyciu rur Brüningsa lub Kahlera bez zatyczki i po dojrzałym rozważeniu, czy warunki, w jakich ciało obce tkwi w przełyku, pozwalają na jego wydobywanie bez szkody dla chorego. A więc, w razie zaklinowania lub wdrażenia w ścianę przełyku ciała obcego bez możliwości przemieszczenia go w ten sposób, aby wyciągnięcie go nie groziło rozerwaniem lub poszarpaniem ścian przełyku — należy tej metody zaniechać. To samo powiedzieć należy i o tkwiących w przełyku czas dłuższy ciałach obcych, nasuwających przypuszczenie odleżyny w jej ścianie. Ponieważ zaś o terminie powstania takiej odleżyny nic pewnego powiedzieć nie można, gdyż notowano ją już i po 3 dobach, a nie stwierdzono nawet po 12 latach — więc lepiej trzymać się zasady, że ciała obce, tkwiące w przełyku dłużej nad 3—4 dni, zarówno jak wszelkie zaklinowane i wbite w ścianę przełyku ciała ostre szpiczaste należy usuwać przez ezofagotomję. Nie powinno się nigdy uważać sobie za punkt honoru i upierać się przy postanowieniu wydobywania każdego ciała obcego drogą naturalną, bez względu na towarzyszące takiemu wydobywaniu warunki — upór taki może kosztować życie chorego. Oto przykład:

Przed kilku laty zwrócił się do mnie kol. Mintz z chorobą, która połknęła protezę zębową, i u której na nieszczęście

już robiono (na prowincji) próby wydobywania, czy też zepchnięcia ciała obcego do żołądka na ślepo. Badanie ezofagoskopowe wykryło duże poszarpanie błony śluzowej, a zgłębnik wymacał ciało obce na odległości 20 kilku ctm. od zębów. Próba wydobywania protezy drogą naturalną przekonała mnie, że jest ona mocno wklinowana, a nieco forsowniejsze pociąganie wywołało dosyć obfite krwawienie. Odstąpiłem przeto od zamiaru wydobywania protezy w ezofagoskopie i zaproponowałem jej usunięcie drogą ezofagotomji. Tegoż samego dnia dowiedziałem się, że wbrew mojej radzie inny kolega zaryzykował zabieg ezofagoskopowy i wywołał krwotok śmiertelny.

Do ezofagotomji kwalifikować należy i te przypadki ciał obcych w przełyku, w których jego wzziernikowanie z jakichkolwiek powodów jest przeciwwskazane.

Ponieważ w 90% ciała obce zatrzymują się w górnej części przełyku, więc ezofagotomja szyjna prawie zawsze wystarcza pod warunkiem, że przedtem nie robiono prób wydobywania ciała obcego na ślepo lub zepchnięcia go do żołądka. Najczęściej bowiem te właśnie próby są przyczyną znajdowania ciał obcych nisko w przełyku. Jeżeli to już się stało, t. j. ciało obce tkwi głębiej, to i tu znowu wprowadzenie rury ezofagoskopowej do przeciętego przełyku ułatwi jego wydobywanie. Jeżeli wreszcie ciało obce w warunkach powyższych znajduje się bliżej wpustu, to wskazana jest bądź gastrotomja z zastosowaniem rury ezofagoskopowej, wprowadzonej do przełyku od strony żołądka lub bez niej, bądź kombinacja ezofagotomji z gastrotomją. Wreszcie ezofagotomja wskazana będzie w przypadkach ciał obcych, powikłanych ropówką okołoprzełykową lub w razie jej istnienia, chociażby ciało obce zostało już przedtem usunięte albo odeszło samo drogą naturalną.

Cięcie przełyku słusznie uchodzi za zabieg poważny, niesłusznie jednak zaliczane jest do zabiegów niebezpiecznych. Jeżeli rozpatrzyć krytycznie ogłoszone przypadki ezofagotomji, to okaże się, że śmiertelność w związku z samą operacją nie przekracza 5%\*), przyczem należy podejrzewać, że niemal w każdym ze śmiertelnie zakończonych przypadków robiono przed operacją próby wydobywania ciała obcego na ślepo, próby, które niewątpliwie wpłynęły ujemnie na wynik operacji. Bez tych antecedyjencji odsetek śmiertelności po ezofagotomji byłby prawdopodobnie jeszcze mniejszy.

Jeżeli zaś Eljasberg mówi o 20% śmiertelności, to ma na myśli odsetek faktyczny bez uwzględnienia ciężkich powikłań, które na wynik operacji wpłynęły.

Mówiąc o ezofagotomji, wspomnieć muszę o metodzie obnażania przełyku i wyciskania tkwiącego w nim ciała obcego (Franka), co w pewnej liczbie przypadków uwieńczone zostało wynikiem pomyślnym.

Leczenie ropówki okołoprzełykowej, polega na sączkowaniu śródpiersia i ułożeniu chorego w pozycji Trendelenburga w celu zapobieżenia zapaleniu śródpiersia, względnie w celu możliwego ograniczenia tegoż. W razie zajęcia ropówką głębszych części śródpiersia wskazana byłaby medias-tinotomja tylna, którą dotychczas wykonano z po-

\*) Liczbę niniejszą podaję na zasadzie zebranej przeze mnie statystyki ezofagotomji z lat 1886—1912.

wodu ciała obcych kilka razy — zawsze z wynikiem śmiertelnym.

Najpewniejszym środkiem zapobiegawczym w tych smutnych, najczęściej przez niewłaściwe postępowanie powodowanych przypadkach będzie zarzucenie ślępych metod wydobywania ciał obcych z przelyku, uznanie ich za błąd zawodowy, a przyznanie prawa obywatelstwa jedynie metodzie ezo-fagoskopowej. Tam zaś, gdzie wydobyte ciała obcego przy pomocy wziernika przelykowego mogłyby okazać się niebezpiecznym, wchodzi w swoje prawa — cięcie przelyku.

## PIŚMIENNICTWO.

(Oprócz wymienionego w tekście).

Pieniążek. Przegł. Lek. 1902, Nr. 10. H. Chiari. Berl. kl. Woch. 1914, Nr. 1. O. Chiari. Ctbl. f. Laryng. T. XXV, str. 376. A. Rydygier. Wien. kl. Woch. 1909, Nr. 51. Krönlein. Berl. kl. Woch. 1-94, Nr. 4. Balacescu i Kohn. Arch. f. kl. Chir. T. 72, r. 1903. Glücksmann, D. med. Woch. 1905, Nr. 24 i Berl. kl. Woch. 1905, Nr. 19 i 20. Karowski. Berl. kl. Woch. 1912, Nr. 22. Koenigstein. Med. i Kron. Lek. 1912, Nr. 52. Schousboe. Ztschr. f. Ohrhk. T. 68. Kosiński. Med. 1897, Nr. 9 i 10. Eljasberg. Przeg. Chir. T. IV. Z. 4, r. 1924. Franke. Ctbl. f. Chir. T. 50 r. 1906.

## Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Działu Wyrobu Surowic i Szczepionek Państwowego Zakładu Higjeny  
(Kierownik: Dr. J. CELAREK).

### Sprawozdanie z badań nad szczepem BCG\*).

Podali

M. OKOLSKA (Warszawa) i S. SASKI (Warszawa).

Szczepienia ochronne noworodków szczepionką BCG datują się od roku 1922. Wprowadzone najpierw we Francji, od roku 1924, 25 stosowane są w wielu krajach Europy, Ameryki, Azji i Afryki. Liczba dzieci, zaszczepionych dotychczas, przekracza 90.000. W związku z produkcją szczepionki w wielu zakładach prowadzone są badania nad szczepem Calmette'a BCG, służącym do jej przyrządzania. Badania te dotyczą przede wszystkim zjadliwości szczepu, co jest zrozumiałe ze względu na to, iż bakterje znajdują się w szczepionce w stanie żywym, a więc mogłyby powodować groźne następstwa dla zdrowia i życia szczepionych w razie wzmożenia się z tych lub innych przyczyn zjadliwości szczepu.

Nie mogąc wdawać się w rozbiór dość obfitego już piśmiennictwa, dotyczącego szczepu BCG, zaznaczymy tylko, iż pierwotny pogląd Calmette'a, jakoby szczep jego był zupełnie pozbawiony zjadliwości, uległ w ostatnich czasach modyfikacji. Według większości autorów, szczep BCG posiada zjadliwość bardzo znacznie osłabioną i przynajmniej dotychczas stała, przytem cechuje go właściwość wywoływania w ustroju zwierząt wrażliwych zmian patologicznych ulegających z reguły wchłanianiu. Takie ujęcie sprawy zjadliwości szczepu BCG pozwala na wytlomaczenie własności uodparniających szczepionki Calmette'a zgodnie z dotychczasowymi poglądami na odporność względem zakażenia gruźlicą. Z dawnych bowiem badań R. Kocha, Calmette'a, Römera, Krausa, Grosza i Volka wynika, iż odpornym na ponowne zakażenie gruźlicą staje się ustrój tylko wówczas, gdy zawiera zjadliwe prątki Kocha. Wprowadzenie do ustroju prątków niezjadliwych lub zabitych odporności nigdy nie stwarza.

Szczepionkę ze szczepu BCG, udzielonego nam przez Calmette'a, wyrabia Państwowy Za-

kład Higjeny od lutego 1926 r. Do końca grudnia 1927 r. wydano szczepionkę dla 266 noworodków w Warszawie i dla 188 noworodków w innych miastach, razem dla 454\*\*) dzieci. Szczepione były dzieci z rodzin gruźliczych, podejrzanych o gruźlicę oraz zdrowych. Dzieci, znajdujące się w Warszawie, badane są periodycznie przez pediatrę. Dotychczas zbadano 62 dzieci w wieku 3 — 10 miesięcy. U żadnego z nich objawów gruźlicy nie stwierdzono. Dwoje dzieci zmarło przed upływem 3 miesięcy życia. O przyczynie śmierci ich nie posiadamy wiadomości. Nie posiadamy również dotychczas wiadomości o stanie zdrowia pozostałych dzieci, szczepionych w Warszawie i na prowincji. Zbieranie szczegółowego materiału statystycznego jest w toku.

W okresie, objętym sprawozdaniem niniejszem, Państwowy Zakład Higjeny wydał również 474 porcje szczepionki do szczepienia cieląt. Szczepienia wykonywane były poza Zakładem przeważnie przez lekarzy weterynarii. O wyniku ich Zakład dotychczas żadnych wiadomości nie posiada.

W związku z przyrządzaniem szczepionki od lutego 1926 r. badana jest systematycznie zjadliwość szczepu BCG dla świnek morskich. Należy zauważyć, że posiadany przez nas szczep od czasu otrzymania go z Instytutu Pasteura w Paryżu do lutego 1927 r., t. j. w ciągu 14 miesięcy, był przeszczepiany wyłącznie z ziemniaka na ziemniak, nie będąc przeprowadzanym przez podłoże z żółcią, mające na celu utrzymywanie go w stanie względnej niezjadliwości. Od lutego 1927 r. szczep przeprowadzany jest stale przez ziemniak z żółcią po każdych 10-ciu pasażach na ziemniaku zwykłym. Zaznaczamy odrazu, iż nie zauważyliśmy żadnej różnicy między zjadliwością szczepu w okresie pierwszym a drugim.

Ogółem zakażyliśmy dotychczas szczepem BCG 90 świnek, z pośród których 72 otrzymały zawieszinę prątków pod skórę, 18 zaś do otrzewny. Podskórnie wstrzykiwaliśmy od 1 mlgr. do 20 mlgr. hodowli, wśródotrzewnowo od 2,5 mlgr. do 20 mlgr. Z pośród zaszczepionych podskórnie padło w różnym czasie po szczepieniu wskutek chorób przy-padkowych 41 świnek, zabito 3 świnki. Z pośród

\*) Według referatu wygłoszonego na I zjeździe Tow. Mikrobiologów i Epidemjologów w Warszawie w dn. 31.X 1927 r.

\*\*) Do dnia 10. IV r. b. wydano szczepionkę ogółem dla 792 noworodków.

szczepionych do otrzewny padło 6, zabito 6 świnek. Cztery świnki padły lub zostały zabite po zakażeniu zjadliwym szczepem gruźlicy. Reszta świnek w liczbie 30 pozostaje nadal w obserwacji, która wynosi dla najdawniej szczepionych 13 miesięcy.

Wszystkie świnki zakażone, niezależnie od drogi zakażenia, przybierały na wadze. Po zakażeniu podskórnym po kilku dniach w miejscu szczepienia tworzył się ropień, dający często przetokę, która zamykała się zazwyczaj w przeciągu paru tygodni. Ropnie ulegały otorbeniu i wchłonięciu w różnym przeciągu czasu: w niektórych przypadkach stwierdzaliśmy na sekcji obecność ropni, zawierających prątki kwasoodporne w 5-ym miesiącu po zakażeniu, w innych już po 6 tygodniach nie stwierdzaliśmy w miejscu szczepienia widocznych zmian patologicznych.

W narządach wewnętrznych świnek padłych lub zabitych w 4 dni do 13 miesięcy po zakażeniu podskórnym nie stwierdziliśmy ani razu makroskopowo zmian gruźliczych. W jednym tylko przypadku, u świnki padłej wskutek zakażenia pneumokokowego w 2 miesiące po szczepieniu, znaleźliśmy w gruczole pachwinowym prawym drobny ropień, zawierający prątki kwasoodporne. Miejsce zastrzyknięcia (prawa strona brzucha) zmian patologicznych nie wykazywało.

Świnki, zakażone do otrzewny, sekowaliśmy po 2, 4, 5 lub 6 tygodniach, a w jednym przypadku po 8 miesiącach. Z wyjątkiem ostatniego przypadku, we wszystkich innych stwierdziliśmy obecność ropni otorbionych na otrzewnie ściennej lub wśród zrostów, sklejających pętle jelit. Charakterystyczne dla wszystkich przypadków było zgrubienie sieci, która przedstawiała się, jako tkanka zbita, twarda, włóknista, zawierająca miejscami ogniska ropne wielkości grochu lub fasoli. U świnki, zabitej po 8 miesiącach po zakażeniu, stwierdziliśmy w zgrubiałej i przerośniętej tkance tłuszczową sieć jedno ognisko wielkości główki od szpilki, wypełnione masą serowatą. W paru przypadkach spostrzegaliśmy na otrzewnie ściennej szare, przezroczyste grudki, niekiedy uszypułowane. W jednym przypadku u brzęgu wątroby pod torebką znajdowało się drobne ognisko serowate, zawierające prątki kwasoodporne. Pozatem, prócz stale spotykanego miernego powiększenia śledziony, zmian w narządach jamy brzusznej i klatki piersiowej, świadczących o uogólnieniu się sprawy, nie stwierdziliśmy.

Ropa z ropni podskórnych i znajdujących w jamie brzusznej zawierała stale prątki kwasoodporne, posiewy jej na ziemniaku dawały jednak wynik ujemny. Szczepienie świnek ropą oraz rozartami narządami, wziętymi ze świnek, zakażonych szczepem B. C. G., dało również wyniki ujemne.

W większości przypadków sekowanych robiliśmy preparaty mikroskopowe mazane z gruczołów chłonnych, śledziony i wątroby. W paru przypadkach udało nam się stwierdzić w ten sposób obecność prątków kwasoodpornych w gruczolach pachwinowych strony, odpowiadającej miejscu szczepienia B. C. G., w jednym przypadku również w gruczole drugostronnym oraz w jednym przypadku w gruczole pozaotrzewnym u świnki, szczepionej do otrzewny.

Na czterech świnkach wykonaliśmy próbę tuberkulinową. Jedna z nich zakażona została szcze-

pem B. C. G. do otrzewny przed miesiącem, druga — podskórną przed 3 1/2 miesiącami, trzecia — do otrzewny przed 8 miesiącami, i czwarta podskórną przed 10 miesiącami. Wszystkie otrzymały podskórną dawkę tuberkuliny śmiertelną dla świnek gruźliczych. Żadna z nich na tuberkulinę nie reagowała. Jedna, która już przed próbą tuberkulinową była chora, padła po trzech dniach wskutek zakażenia, wywołanego przez pneumokoki (zapalenie płuc, ropień śródpiersia).

Cztery świnki, zaszczepione podskórną przed 6 — 7 tygodniami szczepem B. C. G., zakaziliśmy podskórną małą dawką (0,000002 gr.) zjadliwego szczepu gruźlicy bydłowej (Tbc. bovin. Vallée). Z liczby dwóch świnek, służących do kontroli, jedną zabito po 37 dniach, druga padła po 97 dniach wskutek gruźlicy rozsianej. Z pośród świnek szczepionych jedną zabiliśmy równocześnie z kontrolą, jedna padła po 80 dniach wskutek powikłania, wywołanego ropnem zapaleniem otrzewny pochodzenia pneumokokowego, wreszcie dwie padły wskutek gruźlicy rozsianej po 146 i 165 dniach.

Jakkolwiek materiał nasz jest zbyt mały, aby na jego podstawie można było wyprowadzać jakiegokolwiek wnioski, jednak zestawienie obrazów sekcyjnych, stwierdzonych u świnek, szczepionych szczepem B. C. G., i nieszczepionych, oraz fakt, iż świnki szczepione przeżyły nieszczepione o 49 do 68 dni, zdaje się, wskazują na pewne zahamowanie szybkości rozwoju sprawy gruźliczej w ustroju świnek, uprzednio zaszczepionych szczepem B. C. G. Reasumując wyniki naszych badań nad zjadliwością szczepu B. C. G. dla świnek morskich, musimy zaznaczyć przedewszystkiem, iż w badaniach tych opieraliśmy się wyłącznie na długotrwałem spostrzeganiu świnek zakażonych, oraz na badaniu makroskopowym narządów zwierząt padłych lub zabitych. Badań histopatologicznych nie wykonywaliśmy. Uwzględniając powyższe, stwierdzamy, iż szczep B. C. G. wywołuje w miejscu wstrzyknięcia (tkanka podskórna, otrzewna) miejscowe zmiany zapalne, których charakteru nie przesądzamy ze względu na brak badań histologicznych. Zmiany te po dłuższym lub krótszym czasie ulegają zbliznowaceniu. Na materiale naszym nie spostrzegaliśmy w żadnym przypadku uogólnienia się sprawy w postaci makroskopowych zmian gruźliczych w narządach oddalonych, jak również nie stwierdziliśmy ani razu śmierci zwierzęcia w związku z zakażeniem szczepem B. C. G. Powyższe dotyczy zarówno szczepu, przeprowadzanego okresowo przez pożywki z żółcią, jak też szczepu, hodowanego w ciągu 14 miesięcy wyłącznie na ziemniakach bez żółci.

Wyniki doświadczeń naszych, aczkolwiek oparte dotychczas na niezbyt obfitym materiale, potwierdzają poglądy tych autorów, którzy uważają szczepionkę B. C. G. za nieszkodliwą dla ustroju zwierząt wrażliwych na gruźlicę i ludzi.

## PIŚMIENNICTWO.

Calmette. La vaccination préventive contre la tuberculose par le „BCG“. Masson et Cie. Paris. 1927. Calmette. Ann. de l'Inst. Past. 1927 T. 41 Nr. 3 p. 261—1928. T. 42 Nr. 1. Calmette, Guérin, Nègre et Boquet. Ann. de l'Inst. Past. 1926 T. 40, Nr. 2 p. 89. Nr. 7 p. 574. E. Coulaud. Ann. de l'Inst. Past. 1927. T. 41 Nr. 3 p. 289. R. Kraus.

W. Klin. W. 1927. Nr. 2 p. 49 Nr. 48 p. 1508. Ztschr. f. Immun. 1927 T. 51 Nr. 1—2 p. 230. Zentrblt. f. Bakt. Orig. Beiheft zu Bd. 104. F. Gerlach. Ztschr. f. Immun. 1927 T. 51 p. 256. E. Löwenstein. W. Klin. W. 1926. Nr. 11, p. 293. H. Schroetter. W. Klin. W. 1927. Nr. 5—6. E. Suarez. W. Klin. W. 1927. Nr. 12 p. 381. H. Selter u. W. Blumenberg. Klin. Wechschrft 1927 Nr. 24 p. 1134. E. Nobel u. A. Soré. Monatschrft. f. Kinderheilk. 1927 T. 37. Nr. 4—6 p. 408. H. Chiari. Monatschrft. f. Kinderheilkunde. 1927. T. 37. Nr. 4—6 p. 402. M. Tsekhnovitzer. Ann. de l'Inst. Past. 1926. T. 40. Nr. 10. p. 827. S. W. Korschun, P. Dvijkoff. A. Gorochnikowa u. W. Krestownikowa. Krank-

heitsforschung. 1927. Bd. V. H. 1 p. 1. S. Bagiński, Wydawn. Wileńskiego T-wa Przeciwgruźl. Wilno. 1927. Serja 4. Wyd. 2. F. Białokur. P. Arch. Med. Wewn. 1925. T. II, Z. 2. 35. M. Gieszczykiewicz. (Streszczenie zbiorowe) P. G. Lek. 1926. Nr. 28. A. Margolisowa. (Streszczenie zbiorowe) P. Gaz. Lek. 1926. Nr. 36. W. Mikułowski (Streszczenie zbiorowe) Pedjatrja Polska. 1925. T. V. Z. 4—5. H. Sparrow. (Streszczenie zbiorowe) W. Czasopism. Lek. 1925 Nr. 12. Z. Szymanowski. (Streszczenia zbiorowe) W. Czasopism. Lek. 1927. Ni. 13 i 14. F. Wołkowiński. Lekarz Wojskowy. 1927. T. IX. Nr. 6. str. 678.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe.

#### Podstawy eksperymentalne i kliniczne biologji seksualnej.

Podał

Dr. Władysław STERLING (Warszawa).

(Ciąg dalszy)

W badaniach swoich nad eksperymentalnym hermafrodytyzmem przeszczepiał Steinach młodym samcom świnek morskich, uprzednio kastrowanych — równocześnie jądra i jajniki, które, rozwijając się w ten sposób w warunkach jednakowych, przyrastały do obcego organizmu. W obu gruczołach część nabłonkowa ulegała zmianom wstecznym i zanikowi, natomiast rozwijał się bujnie gruczoł diastematyczny. W następstwie wpływu przeszczepionych gruczołów rozwijały się istotnie zwierzęta dwupłciowe nie tylko w znaczeniu fizycznym (np. z wielkim prąciem i dobrze rozwiniętymi gruczołami mlecznymi), ale i w znaczeniu psychoseksualnym. Poza to dawał się stwierdzić ścisły związek pomiędzy znaczniejszym rozwojem jednego lub drugiego z przeszczepionych gruczołów a kierunkiem popędu płciowego operowanego zwierzęcia. Otóż podczas kiedy u operowanych przez siebie zwierząt stwierdzał Steinach okresy nastawienia płciowego samczego, występującego naprzemiennie z bardziej biernym zachowaniem się samiczym, obserwował Sand, na przestrzeni jednego i tego samego okresu, niewątpliwe objawy biseksualizmu: te same zwierzęta zachowywały się bądź jako samce — agresywnie, w gotowości do walki i do prób spółkowania, bądź jako samice — w zależności od tego, czy wprowadzano je w kontakt z samiczkami czy z samcami. W dalszej serji eksperymentów, przeszczepiając kastratom czyli zwierzętom bezpłciowym kombinacje różnych ilości gruczołu płciowego samczego i samiczego, otrzymał Steinach całą serję zwierząt z rozmaitym rozwojem samczych i samiczych wtórnych cech płciowych. Można je było ustawić w jeden długi rząd ze stopniowym ubywaniem męskich a narastaniem żeńskich cech płciowych w zależności od ilości przeszczepionych gruczołów. Jakkolwiek nie mamy dotąd dostatecznej podstawy dla przeniesienia wyników eksperymentów powyższych na człowieka, jednakże

rzucają one interesujące światło nie tylko na przejawy hermafrodytyzmu i homoseksualizmu, ale i na teorię Weininger'a, zawartą w słynnym dziele „Geschlecht und Charakter”, według której mężczyzna i kobieta stanowią dwa elementy, przemieszane u rozmaitych osobników w różnej proporcji w ten sposób, że niema w naturze doskonałych mężczyzn i doskonałych kobiet, ale są tylko organizmy w większym lub mniejszym stopniu męskie lub kobiece.

Teoretyczna strona eksperymentów Steinach'a nie podąża wartością swoją za faktyczną treścią doświadczalną. Dotyczy to nie tylko zbyt wyolbrzymionej roli, którą przypisuje on t. zw. „gruczołowi dojrzewania” (P u b e r t ä t s d r ü s e), ale również i teorii o antagonizmie inkretów płciowych męskich i kobiecych. Między innymi odrzuca ją Sand, jeden z najznakomitszych uczniów Steinach'a, na zasadzie licznej serji własnych eksperymentów, wypowiadając śmiało przypuszczenie, że przeszkodę przeciwko wrastaniu do normalnego organizmu heterologicznego gruczołu płciowego stanowi właściwie nie antagoniizm pomiędzy gruczołami płciowymi i hormonami, ale pewien rodzaj odporności normalnego nietrzebiebnego organizmu wobec heterologicznego gruczołu płciowego. Poglądy swoje ugruntowuje Sand na wprowadzonej przez siebie metodzie wewnątrzjądrowej transplantacji jajników w celu eksperymentalnego wytworzenia t. zw. jajnikojądra (*ovariotestis*). Za pomocą specjalnie subtelnej techniki wprowadza on delikatnie punktowany końcem igły jajnik do środka naogół jeszcze nietkniętego jądra, przyczem tkanka jądrowa okazuje się wyjątkowo pomyslnym podłożem transplantacyjnym dla jajnika. W ten sposób na drodze eksperymentalnej po raz pierwszy osiągnięte zostało wytworzenie gruczołu dwupłciowego.

Nie wymaga to bliższego uzasadnienia, jak wielkie znaczenie posiadają przytoczone badania dla rozwoju całej biologji seksualnej. Specjalnie badania nad eksperymentalnym hermafrodytyzmem stanowią jeden z najważniejszych punktów oparcia dla koncepcji biologicznej tych badaczy (Steinach, Lipschütz, Sand), według której całkowite zróżniczkowanie cielesne organizmu włącznie z charakterem psychoseksualnym stanowi produkt działalności gonad i jest wyłącznie od niej zależny.

Całe podłoże somatyczne płciowości w okresie płodowym, w okresach przed i podczas zróżniczkowania płodowego nie jest bynajmniej czemś wyznaczonym i wykreślonym przez t. zw. masę dziedziczną — jako twór utrwalony genotypicznie, ale wszelkie zmiany seksualnego fenotypu traktowane są tu wyłącznie jako korelacje w zmianach czynności gruczołów płciowych. W ujęciu tem obojnactwo właśnie nie stanowi zaburzenia rozwojowego w procesie zróżniczkowania ontogenetycznego, ale jest zjawiskiem, wypływającym z utworzonego dwupłciowo gruczołu, przyczem oba odcinki tego gruczołu dwupłciowego stają się pod względem hormonalnym czynne. Obojnactwo w rzekome natomiast, w którym ani anatomicznie ani histologicznie nie daje się stwierdzić istnienia obu gruczołów, stanowi dla koncepcji tej tylko jedno z ogniw w łańcuchu „międzyplciowości hormonalnej“, które od najłżejszych, niekiedy tylko psychoseksualnych warjantów u ludzi normalnych — poprzez najrozmaitsze przejściowe etapy płciowe prowadzi do obojnactwa istotnego czyli gruczołowego. Pomimo bogatego materiału eksperymentalnego jednostronność teorii tej zanadto bije w oczy, ażeby można było przyjąć ją bez zastrzeżeń. To też znalazła ona poważną przeciwwagę w rozumowaniu tych badaczy (Kolisko, Halban, Thomas a zwłaszcza Bauer), według których, jak wszędzie w organizmie, tak zwłaszcza w procesie niedostatecznego zróżniczkowania wtórnych cech płciowych zachodzi interferencja wpływów inkrecyjno-hormonalnych z tymbilczo-chromozomalnymi. W ujęciu tem działanie hormonów jest natury tylko protekcyjnej, podczas gdy zróżniczkowanie płciowe jest procesem, przebiegającym samodzielnie, wobec czego patologia cech płciowych należy nie tylko do endokrynologii, lecz również i do patologii chromozomalnej.

Ostatnią zdobyczą wreszcie eksperymentalnej biologii seksualnej jest rozgłoszony dzisiaj problemat odmładzania, który z cisy badań laboratoryjnych przedostał się do klinik chirurgicznych, a stąd na szerokie łamy prasy codziennej, budząc w znękanym umyśle ludzkim złudne nadzieje i wskrzeszając stare baśnie o wiecznej młodości. Punktem wyjścia dla badań tych był znany nam już eksperyment transplantacyjny, którego potężny wpływ na starczy organizm zwierzęcy i ludzki był właśnie identyfikowany z pojęciem odmłodzenia. I tutaj promotorem całego ruchu był Steinach, którego doświadczenia dokonywane były na szczurach, i który do odmłodzenia starczych samiczek szczurzych posługiwał się implantacją homoplastyczną. Za pomocą implantacji jajników, pochodzących od ciężarnych samiczek, na zwierzęta starsze udawało się wywołać nie tylko wygaśnięcie już cyklu rui ze wszystkimi jego atrybutami cielesnymi i płciowymi, ale osiągnąć również wybitny wpływ na klimakteryczny i atroficzny jajnik operowanego zwierzęcia. Następuje zwiększenie się wymiarów jajnika, dojrzewanie pęcherzyków, a następnie owulacja, zapłodnienie i zagnieżdżenie zapłodnionego jaja. Zjawiska te, których przebieg jest zupełnie równoległy do powstrzymania skutków kastracji za pomocą transplantacji jajników, mają wszakże charakter krótkotrwały i przemijający. Co się tyczy odmładzania starczych samców, to, zaniechawszy pierwotnej metody trans-

plantacyjnej, starał się Steinach stworzyć taką metodykę eksperymentalną, która by zdolna była wywołać sztuczne bujanie elementów „gruczołu dojrzewania“ (komórek Leydiga) własnymi siłami organizmu, nie uciekając się do obcej tkanki. Po początkowych próbach z działaniem jodu i promieni Roentgena na gruczoły płciowe, doszedł Steinach do przekonania, że najskuteczniejszym pod tym względem zabiegiem jest podwiązanie przewodów odprowadzających czyli t.zw. wazoligatura. Sprawa polega na tem, że w następstwie wazoligatury nasienie przestaje wydzielać się albo, mówiąc ściślej, wobec braku ujścia następuje zastój nasienia w jądrze. Wskutek zastój tego rozwijają się zmiany wsteczne w nabłonku płciowym, kanaliki nasienne ulegają zwyrodnieniu i znacznie zmniejszają się w wymiarach, ustępując miejsca komórkom Leydiga tkanki diastematycznej, które zaczynają szybko rosnać i rozmnażać się. Technika operacyjna polega na jednolub obustronnem podwiązaniu przewodu odprowadzającego, najlepiej w odcinku pomiędzy jądrem a główką przyjądrza, ze skrupulatnem zaoszczędzeniem towarzyszących mu naczyń krwionośnych i nerwów, których obrażenie spowodować może martwicę całego jądra i zniweczyć skuteczność zabiegu. Efekt odmłodzenia pod względem somatycznym przejawia się przedewszystkiem we wzroście wagi ciała, w nowotworzeniu się podściółki tłuszczowej, we wzmożonej sile muskulatury i lepszym stanie odżywiania: zwierzę wyprostowuje tułów i podnosi głowę do góry, zdefektowana sierść jego staje się znów gęsta i błyszcząca, działalność serca żywsza, oddech głębszy, odporność organizmu wobec chorób większa. Na zanikłych narządach i dodatkowych tworach płciowych dają się stwierdzić objawy ponownego intensywnego rozrostu. Zmienia się również zachowanie operowanego zwierzęcia, znika uprzednia ospałość i wyczerpywalność, ustępując miejsca znacznej ruchliwości: zwierzę, uprzednio zaniebane i apatyczne, staje się żywe, uważne i czyste. Jako testy eksperymentalne dla stwierdzenia zmian w zachowaniu się operowanego zwierzęcia, wprowadził Steinach trzy próby: próbę siły, próbę odżywiania, i próbę odwagi. Próba siły polega na zdobyciu za pomocą wspinania się i skoków przyręty przymocowanej na odpowiednio wysokim pniku; próba odżywiania polega na porównaniu łaknienia i sposobu odżywiania się zwierzęcia starczego i operowanego przy określonej porcji pożywienia; próba odwagi polega na obserwacji zachowania się operowanego zwierzęcia wobec silnego samca, wprowadzonego w klatkę do jego legowiska. Najwybitniejsze zmiany jednak zachodzącej mają w obrębie *libido* i potencji: na widok będącej w okresie rui samiczki występują silne erekcje, uprzednio pod względem płciowym obojętne zwierzęta odzyskują zupełną potencję. U niektórych zwierząt operowanych występują niekiedy paroksyzmy nienasyconego podniecenia płciowego, podczas których bywają gwałcone i zmuszane do spółkowania samiczki, nawet nie będące w okresie rui, co nie spostrzega się nawet u przeciętnych normalnych samców. Jednakowoż pomyślny efekt wazoligatury u zwierząt starczych jest niestały — i po krótszym lub dłuższym czasie bujnego rozwoju fizycznego i płciowego powraca uprzedni stan starczości. Ist-



nieją nawet poglądy (Kyrle, Stieve), według których zabieg wazoligatury wyczerpuje ostatnie resztki zdolności regeneracyjnej jąder, które po ukończeniu pomyslniej fazy pooperacyjnej ulegają, być może, szybszemu zanikowi, niż to ma miejsce w warunkach normalnych. Bądź co bądź, nakreślony przez szkołę Steinacha (specjalnie przez Kammerera) cykl przebiegowy: zastój nasienia w świetle kanalików — zanik nabłonka płciowego bujanie komórek diastematycznych regeneracja nabłonka płciowego — ponowny zastój nasienia i t. d. — nie dał się potwierdzić przez innych badaczy, zaś wynik zabiegu przypisywany jest na ogół rezorpcji masowo rozpadających się substancji spermatogenicznych i ujmowany, jako efekt organoterapeutyczny, nie zaś jako wyraz bujania i przerostu gruczołu dojrzewania. Wspominałem już uprzednio o licznych badaniach już następczych (Tiedje, Romeis, Moore, Schintz i Złotopolski, Kauders, Takanashi, Oslund), które nie potwierdzają wyników badań histopatologicznych Steinacha i podają w wątpliwość, czy wogóle podwiązanie przewodu odprowadzającego powoduje zanik komórek nabłonka generacyjnego, a tem samym równoczesny przerost komórek tkanki diastematycznej,

Jeżeli na zakończenie przeglądu wyników, jakie osiągnęła eksperymentalna biologia seksualna, chciałbym poświęcić kilka słów słynnemu i popularnym badaniom Woronowa na zwierzętach, to nie czynię tego dlatego, ażeby wniosły one jakąś nową myśl do nauki, gdyż metoda jego nie jest niczem innym, jak znaną nam już transplantacją homoplastyczną, ale dlatego, że posługuje się ona odmienną i, o ile się zdaje, bardzo wartościową techniką transplantacyjną, która nakreślona została dokładnie w znanym dziele Woronowa p. t. „La greffe animale”. Otóż transplantat jądrowy wbrew technice poprzedniej nie zostaje umieszczony ani podskórnie, ani domięśniowo, ani do otrzewnowo, ani w jakimkolwiek narzędzie jamy brzusznej, ale wprowadzony do moszny i umocowany na jądrze, względnie w otoczce pochwowej (*tunica vaginalis*); dzięki technice tej osiągnięta zostaje nietylko bezpośrednia wymiana płynów pomiędzy transplantatem a jądrem, waskularyzacja i wytworzenie się anastomoz od strony jądra, co nie może być obojętne dla czynności transplantatu, ale również zagwarantowana jest optymalna funkcja tkanki płciowej wskutek znanego nam już z badań Moore'a termoregulacyjnego wpływu moszny. Badania eksperymentalne Woronowa dokonywane były na baranach, kozłach i bykach: otóż u zwierząt tych otrzymywano wyjątkowo pomyslny i długotrwały wpływ transplantatów, przy czem oprócz innych, znanych już uprzednio efektów transplantacyjnych powracała na pewien czas pełna zdolność rozrodcza. Realność doświadczeń tych została całkowicie uznana przez rząd francuski, który zastosował je na szeroką skalę w celach hodowli zwierząt. Jakkolwiek okres wpływu transplantatów nie został ściśle ustalony, jednakowoż z przytoczonych przez Woronowa w książce „Étude sur la vieillesse et le rajeunissement par la greffe” przykładów wynika, że trwać ona może w postaci niezmięnionej nawet przez kilka lat, znikając wszakże natychmiastowo, skoro transplantat zosta-

je usunięty. Z niepotwierdzonych dotąd i niezupełnie przekonujących badań histologicznych Woronowa i Retterera wynika, że w przeszczepionych jądrach nawet w rok po operacji nie występują zjawiska zwyrodnienia w nabłonku płciowym, a nawet stwierdzić się daje dalszy rozwój elementów nasieniowców. Wobec niepomysłnych wyników operacji heteroplastycznej (Stanley — jądra baranie) i wielkich trudności otrzymania transplantatu homoplastycznego, posługuje się Woronow u człowieka transplantacją homeoplastyczną. To znaczy, że starym ludziom zostają transplantowane jądra gatunku zwierzęcego najbliższego człowiekowi a więc małp antropoidalnych. Początkowo posługiwano się wyłącznie jądrami szympansov, następnie zaś prawie wyłącznie małp kynocefalicznych czyli pawianów.

I tutaj wkraczamy już na teren zagadnień czysto praktycznych, starających się wyzyskać wyniki badań eksperymentalnych z jednej strony dla patologii ludzkiej, z drugiej zaś strony dla rozstrzygnięcia wiecznie niepokojącego problemu odmłodzenia człowieka i zwalczania starości.

Rozpocznę od zagadnień natury patologicznej. Zabiegiem w tym kierunku stosunkowo najdawniejszym jest kastracja, propagowana w końcu ubiegłego stulecia przez Stany Zjednoczone Ameryki Północnej oraz szwajcarską szkołę psychiatryczną (Hans W. Maier, Oberhoetz, Frank) dla wskazań natury seksuologicznej i eugenicznej — społecznej. Wskazanie seksuologiczne jest tu częściowo podporządkowane celom społecznym, chodzi tu bowiem z jednej strony o zniwelowanie skutków zbrojeń popędu płciowego u przestępców seksualnych, psychopatów seksualnych, homoseksualistów i t. d., z drugiej zaś strony o uniemożliwienie osobnikom takim płodzenia potomstwa. Pozostawiając na uboczu czysto eugeniczną stronę zagadnienia, zaznaczyć należy, że obok niewątpliwie pomyslnych rezultatów w kierunku seksuologicznym u niektórych psychopatów seksualnych i homoseksualistów zdarzają się niekiedy wyniki całkowicie negatywne, jak np. w opisanym przez Mühsama przypadku transwestytyzmu u mężczyzny, w którym po operacji nie tylko wzmogły się objawy transwestytyzmu, ale ujawniły się dodatkowo jeszcze tendencje mazo-chistyczne. W każdym razie stanąć należy na stanowisku, że dla dokonania zabiegu trzebieenia bądź w celach eugenicznych, bądź w celach leczniczych niezbędna jest świadoma zgoda osobnika wbrew t. zw. dyktaturze eugenicznej propagowanej przez kierunek amerykański. Co się tyczy t. zw. czasowej kastracji za pomocą promieni Roentgena, którą to drogą badacze głównie szkoły wiedeńskiej (Fuchs, Holzknecht, Albrecht) starali się wpłynąć na zbrojenie popędu płciowego, to doświadczenie wykazało, że tylko takie zbrojenia reagowały pomyslnie na naświetlanie, w których dawały się stwierdzić anomalje charakteru wyłącznie somatycznych reakcji płciowych, natomiast psychoseksualne komponenty perwersji nie ulegały absolutnie żadnej regresji. Z doświadczeń powyższych wynika, że w powstawaniu t. zw. perwersji płciowych współczynnik inkrecyjny odgrywa rolę tylko drugorzędną. (Dok. nast.)

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

### Biologia.

E. i H. BIANCANI. Cholesteryna, witaminy a promienie pozafioletkowe. (Paris med. 1928, Nr. 4).

Według nowszych danych cholesteryna jest nie tylko niezbędną częścią składową komórki, lecz także pierwszorzędym czynnikiem wzrostu ustroju. Zdolność wchłaniania cholesteryny przez tkankę jest wykładnikiem energii wzrostu komórkowego.

Badania nad tkankami *in vitro* wykazały, że wchłanianie cholesteryny jest najsilniejsze w tkankach zarodkowych oraz nowotworowych.

Ostatnie badania nad witaminami A i D oraz nad pokarmami naświetlanymi przyczyniły się do wyjaśnienia tej jeszcze tak mało zbadanej dziedziny.

Tłuszcz pochodzenia zwierzęcego, a głównie tran odgrywają bardzo ważną rolę w procesach wzrostu tkanek dzięki zawartości t. zw. witamin A i D.

W ostatnich czasach wykazano, że szereg substancji, które własności tranu nie posiadały (np. mleko), po naświetleniu promieniami pozafioletkowymi działają na ustrój w sposób, przypominający tran, przyczem wykazano w nich obecność witamin A i D. Kilkakrotne powtarzanie naświetlenia lub zbyt długotrwałe naświetlanie może te własności znieść.

Przyпуска się ogólnie, że tworem czynnym we wszystkich substancjach jest cholesteryna lub zbliżone do niej ciała chemiczne, które pod wpływem promieni pozafioletkowych, przechodzą w inną postać bardziej czynną biologicznie, względnie substancje te miałyby po naświetleniu zawierać stojący blisko witamin czynnik, który Funk nazwał witasteryną.

Podobne substancje zostały później wykryte także w sporzysku; nazwano je ergosterynami.

Ergosteryna po naświetlaniu promieniami pozafioletkowymi działa około 500 razy silniej, aniżeli cholesteryna naświetlana.

Przyпуска się więc obecnie, że tą częścią składową, której cholesteryna czynna zawdzięcza swe działanie biologiczne, jest właśnie to, co się zwie ergosteryną.

Energja słoneczna zostaje wykorzystywana przez rośliny bezpośrednio (chlorofil).

Ustrój zwierzęcy otrzymuje tę energję bądź także bezpośrednio poprzez znajdujące się w powłokach skórnych komórki światłoczułe, bądź spożywając rośliny, w których ta energja została nagromadzona.

Ponieważ czynność biologiczna substancji, pobudzających wzrost, zależna jest bezpośrednio lub pośrednio od zatrzymanej energii promienistej, — należy przypuszczać, że energja ta jest aktywatorem w procesie przekształcania bliżej nieznanых substancji, wchodzących w skład połączeń sterynowych lub sterołowych, w ciała witaminowe.

Autor zadaje pytanie, czy inne czynniki katalityczne nie mogłyby wywołać podobnej przemiany i przyczynić się do wytwarzania substancji, pobudzających wzrost.

B. G.

W. HEUPKE. Prosta metoda barwienia różniczkowego tłuszczów obojętnych i rozszczepionych w preparacie mikroskopowym. (A. f. Verd-Krankh. 40 z 5/6).

Autor podaje metodę barwienia podwójnego azotanem miedzi oraz dimetylaminoazobenzolem lub też barwikiem Orleańskim.

B. Goldstein.

### Lecznictwo.

F. SCHIFF. O wartości praktycznej określania grup krwi. (Deutsch. med. Woch. Nr. 1. 1928).

Podkreślając wielką wartość oznaczenia grupy krwi dla pomyślnego wyniku przetaczania, zaleca autor szczególną ostroż-

ność i dokładność w technice samego oznaczania. Błędne określenie jest przyczyną zgubnych następstw przetaczania. Prosta napozór metodyka z łatwością stać się może przyczyną błędów. Autor zaleca każdorazowo przeprowadzić próbę bezpośrednią z krwinkami dawcy i surowicą odbiorcy, jak również próbę pośrednią — właściwego oznaczenia grupy krwi dawcy i odbiorcy. Według autora nawet gotowe „testy“ powinny ulec każdorazowemu sprawdzeniu.

Autor wspomina o konieczności zorganizowania odpowiednich osobników, gotowych w każdej chwili do „dania“ krwi jak to już od lat kilku praktykuje się w Ameryce,

M. Goldman junior.

LANDSTEINER. W sprawie badania grup krwi przy transfuzji. (Kl. W. 1928, Nr. 3).

Autor broni metody określania grup krwi przy transfuzji przed zarzutami, że nie chroni ona od niebezpiecznych powikłań. Nie można czynić jakiejś metody zarzutów dlatego, że się ją nieumiejętnie stosuje. Aby upewnić się, że testy do badań nie straciły siły aglutynacyjnej, należy je w pierw wypróbować na wiadomych krwinkach A i B. Dla pewności zaleca Landsteiner wykonanie również bezpośredniej próby co do wzajemnego oddziaływania krwinek i surowicy dawcy i odbiorcy. Stosowanie krwi t. zw. powszechnych dawców (grupa O) jest czasem niebezpieczne z tego względu, że surowica tych ludzi posiada wysokie miano aglutynacyjne, a przeto może zlepić krwinki chorego (zwykle przy wyborze dawcy kierujemy się odwrotną zasadą, aby surowica chorego nie zlepiła krwinek dawcy — dopisek refer.) Najracjonalniej przeto jest stosować do przetaczania krew tej samej grupy. Jednak, jeśli chodzi np. o grupę B, to stosunkowo trudno znaleźć na zawołanie odpowiedniego dawcę wskutek względnej rzadkości tej grupy. Otóż badanie grup krwi odda nam tu duże usługi w sensie uprzedniego przygotowania sobie „na zapas“, szeregu różnych dawców; wtedy, zbadawszy grupę chorego, wybieramy z pośród naszych dawców osobnika o tej samej grupie krwi.

Z. Świder.

### Choroby dzieci.

STROTE. Doświadczenia kliniczne z naświetlaną ergosteryną Windausa. (Klin. W. 1928 r. Nr. 3).

Badania kliniczne, przeprowadzone przez autora, wykazały że naświetlana ergosteryna przy podawaniu jej nawet w niewielkich dawkach powoduje w krótkim czasie wyleczenie krzywicy, rozmiękczenia kości i tęczyczki.

Z. Świder.

Philipp LEITNER. O leczeniu optochiną pneumokokowych zapaleń opłucny u dzieci. (Jahrb. für Kinderh. 69 tom. 3. 4 zeszyt).

Na 8 przypadków tak leczonych w 7-miu nastąpiło zupełne wyleczenie, w jednym zaś (powikłanym w następstwie ropnem gruźliczem zap. opł.) chwilowa poprawa. Dotychczasowe statystyki różnych autorów wykazują, że śmiertelność operowanych przypadków ropn. zap. opł. u dzieci wynosi około 75%. Śmiertelność w przypadkach autora, już po wliczeniu do statystyki ostatniego nietypowego przypadku wynosiła 12,5%; u 7-orga dzieci osiągnął zupełne *restitutio ad integrum*; przyczem ani razu nie zauważył żadnego ubocznego działania optochiny na narządy wzroku lub słuchu.

Technika leczenia (wdg. Gralki) polegała na opróżnianiu jamy opłucny z ropy, przepłukiwaniu jej 1/2% roztworem *optochini muriaty* w ilości od 60—200 cm. i wlewaniu do jamy opłucny, po możliwie dokładnem usunięciu płynu przepłukującego, 5% roztworu optochiny w ilości 25 mg. na kilo wagi.

Pierwsze 2—3 zabiegi winny być powtarzane w odstępach 3—4 dniowych, czas dokonania następnego z kolei zabiegu uzależnić należy od stanu ogólnego i objawów miejscowych. Niemowlęta, wdg. spostrzeżeń autora, reagują pręcej i lepiej na leczenie optochiną, niż dzieci starsze, najprawdopodobniej ze względu na mniejszą zawartość ropy w opłucnie.

Autor zwraca uwagę jeszcze na następujące szczegóły:

1) Leczenie optochiną winno być rozpoczęte natychmiast po ustaleniu rozpoznania bakterjologicznego.

2) Nie należy stosować zbyt małych dawek optochiny, dawka 25 mg. na kilo wagi jest znoszona dobrze nawet przez niemowlęta.

3) Ważna jest, zwłaszcza u niemowląt, pielęgnacja skóry w miejscu nakłucia, polegająca na zmywaniu jodyną, spirytusem i smarowaniu maścią obojętną.

4) U niemowląt i niespokojnych starszych dzieci należy przed zabiegiem zastrzyknąć pod skórę kamforę, hekseton lub kardiazol.

M. Stopnicka.

**B. F. SCHAGAN.** Próba stosowania u dzieci wysoko-procentowych roztworów urotropiny w leczeniu zakażeń diplostreptokokowych jak również w zapaleniu mózgu i płasawicy. (Jahrb. für Kinderh. 69 tom, 3/4 zeszyt).

Autor przeprowadzał leczenie 40% roztworem urotropiny, podawanym drogą pozajelitową, na materiale, obejmującym: 3 przypadki sepsis, 3 — polyarthriti ac., 3 — periendocarditi ac., 3 — encephaliti ac., 1 — Chorea minor, 5 — meningiti cerebrospinalis. W przypadkach septycznego zapalenia wsierdza i osierdza oraz gościca stawowego w posiewie krwi wyhodowano diplostreptokoki. Zdaniem autora najwciążniejszym terenem dla stosowania urotropiny są przypadki ostrego gościca stawowego odporne na działanie salicylatów, jak również i wszelkie procesy wysiękowe, występujące w przebiegu schorzeń septycznych. Pozatem zaleca on stosowanie urotropiny w zapaleniu mózgu i płasawicy, gdzie osiągnął wyleczenie w kilku przypadkach.

Urotropina podawana była w ilości 5—10 cm. codziennie lub co drugi dzień w ilości ogólnej 5—8 zastrzyknień drogą dożylną, domięśniową lub podopajęcznikową i znoszona była przez dzieci b. dobrze. Spostrzegany w 3-ech (na 44) przypadkach krwiomocz nie był pochodzenia nerkowego, lecz był wyrazem podrażnienia błony śluzowej pęcherza i szybko ustępował po odstawieniu urotropiny. W czasie leczenia autor stwierdził zwiększenie się liczby płytek we krwi, przyspieszenie krzepliwości oraz występowanie w obrazie morfologicznym krwi dużych komórek, pochodzących najprawdopodobniej z układu siateczkowo-śródbłonkowego.

Zdaniem autora, wprowadzony do organizmu 40% roztwór urotropiny wywiera działanie dwojakie: 1) bakterjóbójcze — dzięki działającemu *in statu nascendi* odszczepionemu w organizmie aldehydowi mrówkowemu, 2) przyspieszające procesy wchłaniania tkanek, dzięki wysokiemu napięciu osmotycznemu roztworu. Tym dwóm właściwościom urotropiny zawdzięcza się szybkie znikanie obrzmień stawów i wysięków w worku osierdziowym w spostrzeganych przez autora przypadkach.

M. Stopnicka.

**ZOLTAN v. BÓKAY.** O leczeniu czyraków u niemowląt. (Jahrb. für Kinderh. 69 tom, 3/4 zeszyt).

Autor stosował w przypadkach czyraków u niemowląt wieloważną szczepionkę stafilokokową (*Opsodermina Pápay*) oraz autoszczepionkę. Z 15-tu przypadków, leczonych opsoderminą, wyzdrowiało w przeciągu 2—4 tyg. 14-oro niemowląt, zmarło jedno, które z powodu posocznicy było w b. ciężkim stanie w chwili rozpoczęcia leczenia. Z tych 15-tu przypadków 3 były b. ciężkie, 6 średnio ciężkich, pozostałe lekkie. Opsoderminę stosowano podskórnie w dawkach 20, 50, 100, 200 i 500 milionów zarazków, przyczem dawkę powiększono co 3-ci dzień. Autoszczepionkę autor stosował dwojaką: stężoną Wenta zawierającą

jąca w 1 ccm. od 5 do 6 miliardów, oraz przez siebie przygotowywaną słabszą, którą podawał podskórnie co 3-ci dzień w dawkach stopniowo zwiększanych od 50 milj. do 1½ — 2 miliardów, tak aby odczyn ogólny i miejscowy był umiarkowany. Wyniki lecznicze przy stosowaniu szczepionki słabszej były znacznie lepsze, niż przy podawaniu stężonej. Z 10-ciorga dzieci przeważnie ciężko chorych, zmarło jedno w 2-im dniu leczenia z powodu odoskrzelowego zapalenia płuc, pozostałe wyzdrowiały. Obok leczenia opsoderminą, bądź autoszczepionką stosowane było leczenie miejscowe czyraków, oraz odpowiednia dieta.

M. Stopnicka.

## Choroby dróg moczowych.

**HARTWICH i HESSEL.** O zawartości we krwi potasu, wapnia i soli kuchennej w różnych postaciach mocznicy doświadczalnej. (Kl. W. 1928, Nr. 2).

Badania przeprowadzone przez autorów na psach, polegały na zbadaniu zawartości potasu, wapnia i chlorku sodu w niedomodze nerek, spowodowanej czy to obustronną nefrektomią, czy obustronnym podwiązaniem moczowodów, czy też wreszcie utworzeniem przetoki moczowodowo-żylny. Oto wyniki tych badań: 1) we wszystkich 3 postaciach niedomogi nerek wzrasta wyraźnie poziom potasu we krwi; 2) poziom wapnia oraz chlorku sodu wykazuje spadek po wycięciu nerek i podwiązaniu moczowodów, pozostaje natomiast bez zmiany u psów z przetoką moczowodowo-żylną; 3) śmierć zwierząt z tą przetoką nie da się wytłumaczyć ani wzrostem poziomu potasu, ani zakłóceniem równowagi jonów, gdyż te oba rodzaje zaburzeń występują w stopniu o wiele większym w 2 pierwszych postaciach niedomogi nerkowej, w których to przypadkach zwierzęta doświadczalne żyją jednak o wiele dłużej, niż w przypadkach postaci trzeciej.

Z. Świder.

**MOELLER.** Przypadek mocznicy, wyleczonyj zapomocą dożylnego wlewania hipertonicznego roztworu siarczanu sodu. (Klin. Woch. Nr. 4, r. 1928).

W patologii ludzkiej siarczan sodu nie był dotychczas stosowany, jako środek moczopędny. Jednak z dziedziny farmakologii doświadczalnej wiadomo, że sól ta wywiera u zwierząt wybitne działanie moczopędne. To też skłoniło autora do wypróbowania jej w 4 przypadkach mocznicy. W 3 z nich, a chodziło tu o przypadki mocznicy, która wystąpiła na tle dawnej, przewlekłej niedomogi nerek, — nie otrzymał on żadnych wyników. Natomiast „wprost cudowny“ był efekt leczniczy w przypadku 4-ym, który dotyczył mocznicy ostrej — bez jakichkolwiek poprzedzających objawów choroby nerek. Dlatego też autor zaleca stosowanie na przyszłość, tytułem próby, wlewań dożylnych hipertonicznych roztworów  $\text{Na}_2\text{SO}_4$  w przypadkach analogicznych (w ciągu 20 minut 400—500 cm.<sup>3</sup> 5% roztworu tej soli wraz z ewent. następczem wlewaniem w ciągu 20 minut 400—500 cm. fizjolog. roztworu soli kuchennej).

Z. Świder.

**H. GROSSMANN.** Przypadek nerczycy samoistnej wyleczonyj wątroba. (Wiener Klin. Woch. Nr. 49, 1927).

Autor w jednym z przypadków nerczycy samoistnej stosował bezsolną djetę wątrobową według Minota i Murphiego, wychodząc z założenia, że nerczycza samoistna uważana jest przez wielu autorów za wyraz zaburzenia przemiany białkowej; że zwykle najlepszym środkiem moczopędnym jest mocznik, i że wątroba, według Molitona i Picka, ma wpływ na gospodarke wodną, i chorzy ci są anemiczni z tendencją do charactwa.

Autor, nie podając innych środków poza wątroba, miał wprost nieoczekiwany rezultat — bo zaraz następnego dnia ilość dobowa moczu powiększyła się kilkakrotnie; w krótkim zaś

czasie zmniejszyła się anemja (wzrost Hb—ny; a wzór krwi nie wykazywał odchylenia od normy).

Autor wnosi, że wątroba niewątpliwie zawiera jakieś czynniki moczopędne — działające pozanerkowo.

Liljenfeld.

O. PORGES. O leczeniu nerczyc samoistnych wątroby. (Wiener Klin. Woch. Nr. 52, 1927).

Autor, powołując się na ogłoszony przez Grossmanna przypadek wyleczonej nerczycy wątroby, podaje, że również zaobserwował skuteczne działanie diety wątrobowej w ciężkich postaciach nerczyc.

Autor opisuje dwa przypadki niedomogi sercowej, z marskością wątroby, obrzękami kończyn, puchliną — po dacie wątrobowej — obrzęki znikły.

Uprzednio wszelkie środki moczopędne pozostawały bez skutku, lub najwyższe choroby traciły 2-3 klg. wagi — poczem znowu przybierali na wadze.

W innych zaś przypadkach — wrzodziejące zapalenie jelita grubego z wtórną anemią, obrzękami kachektycznymi — po ośmiodniowym podawaniu wątroby obrzęki ustąpiły; wzór krwi stale się poprawiał; inny chory z marskością wątroby na tle alkoholowym, powikłaną cukrzycą z nieznaczną puchliną brzuszną po czterodniowej dacie wątrobowej stracił 3 kilo. Uprzednio nie reagował na żadne środki moczopędne. W piątym dniu — autor umyślnie przerwał podawanie wątroby; po upływie 6-ciu dni waga stopniowo wzrastała. Nie bacząc na krótkotrwałe utrzymywanie chorego na tej dacie, stan ogólny chorego znacznie się poprawił, a specjalnie wzmożł się apetyt.

Porges dochodzi również do wniosku, że wątroba zawsze ma w sobie jakiś czynnik moczopędny.

W swoim czasie Molitor i Pick stwierdzili, że wątroba zarządza gospodarką wodną.

Zapewne wątroba nawet pod wpływem manipulacji kulinarnych i podawana doustnie nie traci wytwarzanego przez siebie hormonu.

Autor zachęca do dalszych obserwacji w tym kierunku.  
Liljenfeld.

### Choroby nerwowe i psychiczne.

G. HERRMANN. Doświadczenia kliniczne ze środkiem nasennym Phanodorm. (Med. Klin. Nr. 3, r. 1928).

Autor, stwierdziwszy ogromne znaczenie dobrze działających i nieszkodliwych środków nasennych w cierpieniach nerwowych i psychicznych, podaje wyniki doświadczeń z Fanodormem Mercka, który należy do pochodnych kwasu barbiturowego. Fanodorm stosowany był na dużym materiale z b. dobrymi wynikami, zarówno w przypadkach bezsenności naskutek dotkliwych bólów, jak i u chorych z podnieceniem ruchowym. W przypadkach podawania środka w ciągu dłuższego czasu wzrastanie dawki działającej jest b. powolne, gdyż przyzwyczajanie się do Fanodormu jest względnie nieznaczne.

A. zaznacza, że nie zauważył nigdy po Fanodormie objawów skórnych i nieprzytomności nazajutrz po zażyciu środka, z czym często ma się do czynienia po innych lekach z grupy barbiturowej. Raz jeden, w przypadku stwardnienia wielogniskowego z silnym pobudzeniem manjakałnem wystąpił, po podaniu 0,6 gr. Fanodormu, bezmocz. Jednakże ściślejsza obserwacja przypadku wykazała, że bezmocz ten zjawia się po większej dawce każdej z pochodnych kwasu barbiturowego. Dawkowanie Fanodormu waha się w granicach od 0,2 do 0,6. Bardzo małe dawki (0,05) okazały się w wielu przypadkach doskonałym *sedativum*. W leczeniu padaczki Fanodorm luminalu nie zastępuje.

Jan Srebrny.

G. STIEFLER. O leczeniu migreny luminalem. (Wiener. med. Woch. 1927 Nr. 14).

W r. 1921 autor spostrzegał chorą, cierpiącą jednocześnie na padaczkę i migrenę. Leczenie luminalem wpłynęło pomyślnie nie tylko na napady padaczkowe, ale również i na migrenę, której napady stały się rzadsze i słabsze. Zachęcony tem spostrzeżeniem, autor wypróbował luminal na większej liczbie chorych, cierpiących na migrenę, i obecnie rozporządza statystyką, dotyczącą 120 przypadków. Okazuje się, że dodatnie działanie luminalu na migrenę jest, podobnie jak w padaczce, wyłącznie objawowe. Lecnicze jego działanie jest zrozumiałe zarówno gdy uznamy za powód migreny zbyt wielką wrażliwość kory mózgowej, którą luminal uspakaja, jak i gdy przyjmiemy teorię skurczu naczyniowego, gdyż luminal działa rozszerzająco na naczynia. W przypadkach współistnienia padaczki i migreny luminal, w połączeniu z ogólnymi środkami higieniczno-dietetycznymi, wpływał w 75% przypadków pomyślnie na natężenie i częstość napadów migrenowych, w poszczególnych zaś przypadkach, przy jednoczesnym podawaniu bromu, napady ustąpiły zupełnie. W przypadkach wyłącznie migrenowych leczenie luminalem okazało się skuteczne w 2/3 przypadków, w niektórych przypadkach napady stały się tak rzadkie, że chorzy uważali się za wyleczonych. Dotyczyły to nawet bardzo ciężkich przypadków, trwających od wielu lat.

Czas trwania leczenia i dawkowanie zależy do pewnego stopnia od ciężkości przypadku. Naogół chorzy na migrenę, podobnie jak i epileptycy, znoszą doskonale nawet duże dawki luminalu. W leczeniu, zresztą, migreny wystarczają dawki znacznie mniejsze, niż w leczeniu padaczki. Autor podaje z początku 2—3 razy dziennie 0,025, następnie w razie potrzeby powiększa dawkę, dochodząc do 0,05 *pro dosi*. Najlepiej korzystać dla łatwości dawkowania z t. zw. luminaletek, dawkowanych po 0,015, umożliwiających podanie ogólnej dawki dobowej *refracta dosi*. Leczenie takie należy zaleźnie od charakteru migreny stosować w ciągu tygodni, miesięcy, a nawet lat. Przy długotrwałym leczeniu autor poleca okresy przerw w leczeniu luminalem, podczas których radzi podawać brom

Wobec tego, że napady migreny poprzedzają zwykle okresy zwiastunne, można w odpowiednich przypadkach stosować również i zapobiegawcze leczenie luminalem, zapomocą którego udaje się napad osłabić, albo nawet nie dopuścić do niego. Dotyczy to szczególnie migren, występujących u kobiet w związku z perjemem, którym należy na 6—8 dni przed perjemem dawać 2 razy dziennie po 0,05 — 0,08 luminalu.

J. Typograf.

PASTEUR VALLERY RADOT i BLAMOUTIER. Drenowanie pęcherzyka żółciowego u chorych na migrenę. (Paris Med. Nr. 49 z r. 1927).

Zgłębnikowanie dwunastnicy jako niechirurgiczny sposób odprowadzania żółci znalazło zastosowanie w niektórych postaciach migreny a mianowicie w t. zw. postaciach „żółciowych”. Postaci te mają się cechować szczególną częstością wymiotów podczas napadów, przyczem wymioty te mają być bardzo obfite i zawierać żółć, pęcherzyk żółciowy ma być także bolesny na ucisk. Te t. zw. „żółciowe” postaci migreny poddają się leczeniu żółciopędnemu, i poprawa w tych przypadkach jest wyraźna. Inne postaci migreny żółciowej poprawy przy leczeniu zgłębnikowaniem nie wykazały. Autorzy stosują 33% roztwór siarczanu magnezu lekko ogrzany, przyczem dla otrzymania wpływu żółci B. trzeba czasem powtórzyć kilkakrotnie wlewania magnezu. Zgłębnikowanie wykonywa się raz na tydzień, przeciętnie 6 do 8 razy łącznie, aczkolwiek niektórzy chorzy odczuwają poprawę już po 1 — 2 razach. W przypadkach, kiedy zgłębnikowanie jest z jakichbydz przyczyn niemożliwe, podaje się doustnie mieszaninę peptonu i siarczanu magnezu odwodnionego. Środek ten znajduje się w stanie gotowym w przemyśle i podaje się

codziennie zrana naczczo przez dłuższy czas. Jednocześnie z temi środkami podaje się także inne środki żółciopędne, jak np. tłuścze — naczczo lub też zastrzykuje się wyciąg z przysadki mózgowej.

Przyczyną napadów migreny w danym przypadku postaci żółciowej ma być zastój żółci z powodu atonii lub hipotonii pęcherzyka. Rozciąganie ścian jego, wywierając ucisk na znajdujący się w tych ścianach splot nerwów współczulnych, na drodze odruchu wywołuje odczyn naczyniowy w postaci migreny oraz wymioty.

B. Goldstein

H. SCHENK. Badania płynu mózgowo-rdzeniowego jednocześnie otrzymanego drogą nakłucia lędźwiowego i podpotylicznego. (Zeitschr. f. d. Gesamte Neurologie u. Psychiatrie. 1927 r. T. III.)

Autor na podstawie badania szeregu płynów mózgowo-rdzeniowych w najrozmaitszych chorobach nerwowych i psy-

chicznych, otrzymanych w jednym i tym samym czasie drogą nakłucia lędźwiowego i podpotylicznego (nakł. cysterny), dochodzi do następujących wniosków: W pł. m.-rdz., otrzymanym drogą nakłucia lędźwiowego, 1) liczba komórek jest nieco większa, 2) odczyn na albuminy i globuliny wypada nieco silniej, 3) krzywa odczynu ze złotem koloidalnym również posiada nieco większą amplitudę, 4) natomiast wyniki odczynu Wassermana w płynach tych są jednakowe. Wogóle różnice są tak nieznaczne, że nie mają żadnego wpływu na ustalenie rozpoznania choroby.

Proponuje tedy autor stosować nakłucie podpotyliczne, gdyż chorzy znoszą je znacznie lepiej, a płyn, otrzymany tą drogą, pod względem zawartości składników komórkowych i chemicznych mało czem różni się od płynu, uzyskanego za pomocą nakłucia lędźwiowego.

Ostatnio nakłucie podpotyliczne na szeroką skalę jest stosowane w klinikach i szpitalach.

K. Poncz.

## Wskazówki praktyczne.

— H. v. Seemen zwraca uwagę na to, że w przebiegu grypy i zapalenia płuc zdarza się ropne zapalenie wyrostka robaczkowego, nie dające żadnych objawów. Jeżeli zatem z wywiadów lub danych badania przedmiotowego można powziąć choćby najmniejsze podejrzenie w tym kierunku, to należy przystąpić do operacji w znieczuleniu miejscowym (Münch. med. Woch. 1928, Nr. 5).

— Chlumsky zaleca w leczeniu gruźlicy kątnej djełę suchą. W ciągu 3—4 tygodni daje się przeciętnie 400 gr. płynu dziennie, używanie mleka, wędzonego mięsa, kiełbasy i konserw jest wzbronione. U wielu chorych wydzielina zmniejsza się, ropnie znikają (Ztbl. f. Chir. 1928, Nr. 6).

— W leczeniu swędzących wysypek skórnych polecają Joseph i Rosendorf bromostronturan. Zastrzykiwania podskórne lub domięśniowe tego środka nie wywołują żadnych przykrych sensacji. (Deutsch. med. Woch. 1928, Nr. 4).

— Mackenzie stosuje w leczeniu porażenia postępującego, zamiast malarji, szczepionkę z laseczników duru brzuszego i duru rzekomego A i B. Dotychczasowe wyniki są bardzo obiecujące, wpływ na stan duchowy, a szczególnie na niepokój ruchowy jest niewątpliwy. Odczyn W-a we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym niezawsze ulega zmianie. Dodatnią stroną tego leczenia za pomocą wstrzykiwań dożylnych jest możliwość przewrania ataków gorączkowych w każdej chwili. (Lancet 1927, Nr. 5422).

— Hunter przypisuje ogniskom septycznym bardzo wybitną rolę w powstawaniu chorób psychicznych i kładzie nacisk na konieczność leczenia chirurgicznego takich ognisk. Rozbiór 200 z dobrym wynikiem leczonych przypadków szczególniejsze znaczenie przypisuje schorzeniom zębów, migdałków i żołądka. (Brit. med. Journ. 1927, Nr. 3437).

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

### Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

#### SEKCJA KLINICZNA.

Posiedzenie z dnia 13-I-1928 r.

#### P O K A Z:

M. Fejgin. Przypadek przewlekłego włóknistego zapalenia śródpiersia na tle kłowym ze skrzywieniem tchawicy i przewężeniem oskrzela.

Chora lat 25 przed 3-ma laty przechodziła ostre cierpienie płucne z gorączką, w którego przebiegu wystąpiła gwałtowna duszność. Wobec stwierdzenia dodatniego odczynu Wassermana w surowicy, zastosowano leczenie swoiste, powtarzane w ciągu 3 lat 6-krotnie. Duszność zmniejszyła się nieco, lecz trwa do chwili obecnej — niezbyt wybitna w spoczynku, nasilająca się znacznie przy ruchach.

Przy badaniu przedmiotowym stwierdzono oddech stenozy, stłumienie nad całym lewym płucem z oddechem w połowie górnej oskrzelowym bez rzeń, w dole osłabionym, prawie niesłyszalnym. Serce: granica prawa na linii środkowej, lewa łączy się ze stłumieniem płucnym; w 3-iej lewej przestrzeni międzybrowej, koło mostka, wybitne tętnienie; tony czyste, dość głośnie. W moczu zmian niema, w krwi odczyn Wassermana ++. Rentgenogram klatki piersiowej: jednolite zaciemnienie l. płuca, zlewające się z cieniem serca, którego prawa granica jest nieco przesunięta w lewo. Rentgenogram po wprowadzeniu do tchawicy jodipiny: wygięcie łukowate tchawicy, wypukłością skierowane w lewo; płyn kontrastowy przedostał się całkowicie do oskrzela prawego i jego rozgałęzień;

oskrzele lewe widoczne tylko na przestrzeni 1 cm. od rozwidlenia tchawicy o zarysie niewyraźnym. Badanie przełyku podczas łykania papki kontrastowej wykazało wygięcie tegoż analogiczne do tchawicy, bez przewężenia.

Sfigmogram żadnych zmian fali tętna nie wykazał.

Na podstawie powyższego rozpoznano: Lues III; pneumonia chronica fibrosa lobi super. sinistri cum pleurite fibrosa sin. inf.; mediastinitis chronica fibrosa cum stenosi bronchi sin. et deviatione tracheae.

Leczenie swoiste (7-e z rzędu od 3-ch lat) żadnej zmiany w stanie chorej nie dało.

Zastanawia w tym przypadku stosunkowo rzadkie umiejscowienie zmian łącznotkankowych na tle kiły w śródpiersiu przednim z przewężeniem oskrzela i przemieszczeniem serca, przy zupełnym braku jakichkolwiek objawów zaburzeń w krążeniu żylnym i w akcji serca (brak pulsus paradoxus). Sprawa chorobowa zapewne rozpoczęła się od wytworzenia się kilaka gdzieś w pobliżu odejścia lewego głównego oskrzela od tchawicy z bliznowatym przewężeniem tegoż i szerzeniem się rozrostu łącznotkankowego na otoczenie. Wytworzenie się kilaka spowodowało prawdopodobnie ostrą sprawę gorączkową przed 3-ma laty z przyłączeniem się procesu zapalnego w płucu i opłucnie lewej, którego skutki w postaci marskości płuca lewego stwierdzają się obecnie.

#### DYSKUSJA:

Srebrny Z. zaznacza, że w przedstawionym przypadku bronchoskopia mogłaby dać pod względem rozpoznawczym więcej, niż bronchografia. Naogół przewężenia tchawicy, spowodowane uciskiem od zewnątrz, nie należy do rzadkości,

rzadkie jednak są przewężenia tchawicy tak znacznego stopnia, jak w przedstawnionym przypadku.

Landau A. Obraz chorobowy przypadku przemawia za tem, że punktem wyjścia sprawy kiłowej jest płuco (brak objawów ze strony krążenia). *Mediastinitis luetic* rozpoczyna się zwykle w gruczołach, w oskrzelach lub w tchawicy. W omawianym przypadku ma się do czynienia z kilakiem oskrzela.

#### ODCZYTY:

1. Karbowski. *Technika bronchografji.* (Ukaże się w druku).

2. Landau A., Jochweds i Pekelis. *O zastosowaniu klinicznym bronchografji.* (Ukaże się w druku).

#### DYSKUSJA:

Gantz zaznacza na wstępie, że zachęcony swego czasu przez d-ra Flatau a stosuje bronchografję z pomocą lipjodolu od 2½ roku, rozpoczynwszy jej stosowanie na oddziale d-ra Janowskiego w szpitalu Dz. Jezus, gdzie przez pewien czas był oddziaływy przyrząd Roentgena. Posiłkował się od tego czasu prawie wszystkimi znanymi metodami; demonstruje przy tem odpowiednie przyrządy. Dwukrotnie dokonał wlewania lipjodolu u dzieci zapomocą przekłucia *membranae cricothyreoideae*. Dwa razy u dorosłych trójgranic wyskoczył z tchawicy i lipjodol przedostał się do tkanki międzymięśniowej bez jakichkolwiek złych następstw dla chorych. Piśmiennictwo zagraniczne podaje opisy dość licznych tego rodzaju przypadków. Ostatnio G. posiłkuje się zwykłym cewnikiem półelastycznym, który wprowadza do tchawicy po uprzednim znieczuleniu. Metoda kontrastowa jest bez wątpienia znacznem wzbogaceniem naszego zapasu środków rozpoznawczych i odegrała sporą rolę w fizjologii i patologji dróg oddechowych. Jednak i bez niej, zarówno dawniej, jak i teraz, udaje się rozpoznać i rozstrzenie oskrzeli i ropnie w płucu. Większą rolę odgrywa bronchografja u dzieci, u których częściej obecnie przy jej pomocy udaje się rozpoznać obecność rozstrzeni oskrzeli tam, gdzie tak często błędnie rozpoznawano i jeszcze nieraz rozpoznaje się gruźlicę.

Mesz, omawiając technikę bronchografji, wspomina, iż niektórzy autorzy proponują wykonywać ją w pozycji leżącej.

Lewenfisz zaznacza, że ważne jest prześwietlanie chorego już w czasie wlewania lipjodolu. Co do samej techniki wprowadzania lipjodolu, to uważa, iż metoda, przedstawiona przez Karbowskiego, nie jest wygodna. W klinice otolaryngologicznej Uniw. Warszaw. posiłkują się zwykłym katetem Nelatona.

Karbowski odpowiada, że przedstawiona przez niego technika wlewania lipjodolu pozwalała mu prześwietlać też chorych w czasie wlewania. Metoda jest dostatecznie prosta i zawsze mu się udawała.

Posiedzenie z dn. 26-I-1928 r.

#### ODCZYT PROGRAMOWY:

Herman. *O odruchach warunkowych Pawłowa.* (Ukaże się w druku).

#### DYSKUSJA:

Minkiewicz przedstawia własne swe badania nad odruchami warunkowymi u żab i zasadnicze różnice między kierunkiem własnych badań a pracami Pawłowa i jego szkoły.

Jelenkiewicz.

## Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu listopadowym (9.XI.1927) Tow. Lek. w Halle poruszył Neidhardt sprawę *techniki liczenia komórek w płynie mózgowordzeniowym*. Domieszka krwinek czerwonych utrudnia liczenie komórek. Erytrocyty nie rozpuszczają się wskutek zbyt słabego działania kw. octowego. Dla otrzymania silniejszego oddziaływania tego kwasu zaleca przeto autor dodawanie do zwykłego odczynnika 0,1 saponini albis. Merck (na 100 cm.<sup>3</sup> odcz.). Wtedy hemoliza następuje natychmiast. Ani razu natomiast nie obserwowano ujemnego wpływu saponiny na białka krwi.

Borchardt zreferował na posiedzeniu grudniowym (6.XII.27) Tow. Lek. w Hamburgu wyniki badań swych (na psach) nad *wplywem psychiki na ruch robaczkowy jelit*. Wiadomo, iż bodźce psychiczne oddziałują na czynność narządów, unerwionych przez układ roślinny; należy tu wymienić: czynność serca, ciśnienie krwi, oddychanie, odczyn żrenic, wydzielanie zczynów trawiennych, poziom cukru we krwi i t. p. Badania swe przeprowadził B. na psach z wszytą w ścianę brzucha, a przeto znajdującą się zewnątrz jamy brzusznej pętlą jelitową. Okazało się, że wszelkie podniety psychiczne, na które psy reagowały w sposób radosny, wywoływały zarówno wzmoczenie napięcia, jak i ruchu robaczkowego jelit; natomiast podniety, wywołujące depresję lub gniew, działały hamująco. Bodźce psychiczne pobudzające, mają dochodzić do jelit drogą nerwów błędnych, zaś bodźce hamujące — przez układ współczulny.

Na pos. grudniowym (7.XII.27) Monachijskiego Tow. Lek. wygłosił Bumke ciekawy odczyt o *lżejszych, spotykanych w praktyce prywatnej postaciach psychozy (konstytucji) manjakkalno-depresyjnej*. Autor zwraca uwagę na to, że lekarze coraz rzadziej stawiają rozpoznanie „neurastenji“, zaliczając spotykane objawy do „psychopatji konstytucjonalnej“ lub do psychozy manjakkalno-depresyjnej. B. podkreśla, że często zwracają się do lekarza chorzy, traktowani, jako ludzie z objawami *climacterii* lub *praesenii*, w istocie zaś — z lżejszą postacią tej psychozy. Do objawów jej zaliczamy nie tylko niepokój i myśli natrętne, ale również różne dolegliwości sercowe i bezsenność. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu obu zasadniczych składników tej psychozy oraz faktu częstego naprzemiennego ich występowania bez uchwytnej przyczyny. Z leków zaleca autor podawanie w przygnębieniu, w przypadkach lżejszych, abasiny i adaliny.

W Tow. Lekarzy i Przyrodników w Münster przedstawił pokrótce Foerster (pos. z dnia 12.XII.27 r.) wyniki swych badań nad *grupami serologicznymi krwi u przestępców*. Autor nie stwierdził przewagi grupy B u więźniów w Münster; nie mógł również znaleźć jakiegokolwiek związku między grupami krwi a przestępczością. W dyskusji zaznaczył Kaeding, że stosunki procentowe grup krwi u studentów dały te same wyniki, co u chorych kliniki wewnętrznej. Badania na zwierzętach wykazały w krwinkach grupy O obecność substancji, ulegającej aglutynacji (aglutynogenu), dlatego też, zdaniem K., nie należy traktować grupy O, jako grupy dawców powszechnych (Kl. W. Nr. 7. 1928 r.).

Z. Św.

## Z j a z d y.

### III Zjazd Cz.-sł. Towarzystwa Ortopedycznego.

Zjazd rozpoczął się dn. 3 września 1927 r. od obejrzenia ziemskiego Zakładu dla dzieci gruźliczych w Koszumberku. Kierownik, Dr. Janeczek, podał krótki rys początku zakładu, stanu obecnego i planów na przyszłość. Członkowie Zjazdu, a między nimi i doc. dr. Łapiński z Warszawy i dr. Minarz z Lublany, byli zachwyceni budową i urządzeniem zakładu. Do Założyciela zakładu, prof. dr. Hamsa, wysłany został telegram gratulacyjny.

Po południu wygłosił doc. dr. Zahradnický referat główny o *gruźlicy kostnej i stawowej*. Drugi główny referent prof. dr. Hawranek z Koszumberku dał przejrzysty obraz *jadu ultrafiltrabilnego i substancji cyanofilnych mykobakterji tuberkulicznych*.

Na temat gruźlicy kości przemawiali jeszcze d-rzy: Fingerland, Bedrzych Hrbek, Uhlirzowa-Kotkowa, Weiserowa, Bartosz, Chlumsky i wielu innych.

Drugi dzień Zjazdu odbył się w kąpielisku Podiebradach.

Uczestnicy obejrżeli urządzenia kąpielowe, a specjalnie nowo-wzniesiony zakład leczniczy i djagnostyczny, którego kierownik, dr. Filin, pokazał najnowsze urządzenia do badań elektrocardjograficznych i rentgenowskich oraz wielką pracownię chemiczno-hematologiczną, jedyną w kąpieliskach Europy Środkowej.

Przedmiotem obrad Zjazdu tego dnia był *gościec stawowy*. Na ten temat wygłosili odczyty liczni uczestnicy Zjazdu.

Następnie przemawiali: prof. Chlumsky — o *chwiejnym stawie skokowym* oraz o *obuwii dla chorych ze stopą płaską*, doc. Frejko — o *repozycji zwicnień wrodzonych w stawie biodrowym, o zmianach mikroskopowych chrząstki w gruźliczem zapaleniu stawu i o wolnych ciałach stawowych*. W dalszym ciągu dnia tego wygłosili odczyty: Zelinka, Hawlena, Strnisko i inni.

Na walnem zebraniu wybrano na prezesa Towarzystwa prof. Tobiaszka, a na asesora dr. Frejkę oraz przyjęto wniosek prof. Chlumskiego, aby Sbornik cz. sł. Towarzystwa został organem ortopedystów wszystkich narodów słowiańskich, mianowicie kolegów z Polski i S.H.S.

## Przegląd terapeutyczny.

Z oddziału Chorób Kobięcych w Szpitalu Ewangelickim w Warszawie.  
(Ordynator ST. JANCZEWSKI).

### O leczeniu krwawień macicznych, powstałych na tle zaburzeń wewnątrzwydzielniczych.

Podał

W. RAKOWSKI (Warszawa).

Dla łatwiejszego zrozumienia uzasadnienia naszego postępowania leczniczego pozwolimy sobie przypomnieć kilka szczegółów z dziedziny fizjologii normalnego miesiączkowania. Występuje ono w wieku dojrzałości płciowej co 27 — 28 dni pod postacią stosunkowo niewielkich krwawień i wydalenia śluzu z macicy. W zwykłych warunkach miesiączkowanie nie powoduje znaczniejszych dolegliwości, tak, że kobiety zdrowe nie przerywają swych zwykłych zajęć i nie zmieniają trybu życia. Krwawienia miesiączkowe trwają zwykle od 3 do 5 dni; ilość zas wydzielonej krwi waha się od 100 do 200 gr. (według Hoppe-Seylera zaledwie 30 do 50 gr.). Krew miesiączkowa posiada cechy krwi żyłnej, to znaczy, jest zupełnie ciemna, poza tem jest ona tak dalece zmieszana z zasadową wydzieliną dróg płciowych, że okazuje bardzo małą skłonność do krzepnięcia,

Z punktu widzenia fizjologii miesiączkowanie jest to okres cyklicznych zmian błony śluzowej macicy, w którym zachodzi znaczne rozpulchnienie śluzówki, rozszerzenie naczyń krwionośnych, powiększenie się liczby ciałek białych, tworzenie się zakrzepów i krwawienia. W drugim lub trzecim dniu z błony śluzowej pozostaje jedynie warstwa komórek podstawowych, z których następnie w okresie pomiesiączkowym odradza się śluzówka,

Jest rzeczą oczywistą, że sprawa miesiączkowania, podobnie, zresztą, jak i wszystkie inne ustrojowe procesy fizjologiczne, nie jest zjawiskiem odgraniczonym, odbywającym się ściśle w danym narządzie, to znaczy w macicy. Miesiączkowanie jest procesem fizjologicznym, znajdującym się w ścisłej zależności od procesów, odbywających się w pozostałych częściach narządu płciowego, a przede wszystkim od dojrzewania jaj, następnie zaś jest ono w mniejszym lub większym stopniu zależne od stanu prawie wszystkich narządów całego ustroju. Zależność miesiączkowania od dojrzewania jaj jest już znana oddawna; i miesiączkowanie dochodzi do skutku za pośrednictwem wytwarzającego się z otoczek jaja ciała żółtego, będącego narządem wewnątrzwydzielniczym i wytwarzającego hormony, zarówno pobudzające, jak i hamujące miesiączkowanie.

Nie wchodząc na tem miejscu w szczegółowe rozważania o gruczołach wewnątrzwydzielniczych, uważamy jednak za korzystne przypomnieć nasze współczesne na ten temat poglądy.

Znamy obecnie cały szereg narządów, wydzielających hormony, będące substancjami niesłychanie ważnymi zarówno dla rozwoju, jak i czynności ustroju. Jest wielką zasługą Falty wskazanie

na wzajemną zależność, istniejącą między poszczególnymi gruczołami wewnątrzwydzielniczymi, tworzącymi jeden duży, zgodnie pracujący „układ hormono-poetyczny”.

W danym wypadku interesuje nas przede wszystkim czynność ciała żółtego. Jest ono, jak wiadomo, pozostałością po pęcherzyku Graafa, który, po wydzieleniu jaja podlega zmianom, których główną istotą jest wytwarzanie się komórek luteinowych. Obecnie ujmujemy ciało żółte, jako gruczoł wewnątrzwydzielniczy, wytwarzający, według Seitz'a i Wintz'a, dwa hormony: lipaminę, pobudzającą miesiączkowanie, i luteolipoid, wywierający na miesiączkowanie wpływ hamujący.

Co się tyczy wpływu hamującego, to zaznaczamy, że podczas ciąży istotnie ciało żółte się powiększa i pozostaje takim aż do chwili porodu, i że w ciągu całego tego okresu krwawienia miesiączkowe ustają całkowicie. Szondi jednak zwraca szlusznie uwagę, że luteolipoid nie jest prawdopodobnie jedynym czynnikiem, hamującym krwawienia miesiączkowe. Dla zapewnienia prawidłowej hormonalnej czynności jajników musi istnieć w ustroju jeszcze inna, wyższa, że tak powiemy, instancja, kierująca czynnością ciała żółtego i wpływająca na nią.

Według poglądów J. Bauera wszystkie objawy życiowe zależą od potrójnego układu, składającego się z: a) samego narządu z jego własną czynnością, b) układu nerwowego i c) regulacji zjawisk życiowych przez gruczoły wewnątrzwydzielnicze.

Z tego punktu widzenia każdy obdarzony pewną czynnością narząd byłby tylko narządem wykonawczym, którego prawidłową czynnością kierują inne wyższe ośrodki,

W stosunku więc do kobiecych narządów płciowych rzecz przedstawiałaby się, jak następuje: *ad a)* o czynności ciała żółtego, względnie o znaczeniu dwóch wytwarzanych przez nie hormonów mówiliśmy już powyżej, *ad b)* o wpływie układu nerwowego na narządy płciowe wiemy dotychczas, niestety, bardzo niewiele; wspomnijmy tu jednak o wpływach psychicznych, t. zn. wrażeń, które, pochodząc z kory mózgowej i doprowadzone za pomocą nerwów, są w stanie opóźnić krwawienia miesiączkowe lub je nawet całkowicie zahamować, *ad c)* znacznie więcej możemy natomiast powiedzieć o wpływie gruczołów wewnątrzwydzielniczych. Również i tu ograniczymy się do przytoczenia jedynie najważniejszych faktów. A więc przede wszystkim gra tu rolę przysadka mózgowa, przedstawiająca twór płatowy, składający się z trzech części: przedniej o charakterze gruczołowym, tylnej zbudowanej z neuroglii, i pośredniej — *pars intermedia* — o budowie, zbliżonej do gruczołu tarczowego,

Z patologicznych i fizjologicznych zmian, zachodzących w przysadce w związku ze stanem i czynnością narządów płciowych (mamy tu na myśli ich składniki wewnątrzwydzielnicze), możemy wnioskować o korelacji przysadki i ciała żółtego. Podczas ciąży np. stwierdza się powiększenie płaty przysadki, poprzednio zaś mówiliśmy już, że w okre-

sie ciąży powiększa się też ciało żółte, i ustają krwawienia miesięczkowe.

Zmiany patologiczne przysadki, np. nadczynność jej płata przedniego w akromegalji, również powodują ustanie krwawień miesięczkowych; ten hamujący wpływ może doprowadzić nawet do całkowitego zaniku narządów płciowych,

Drugim gruczołem wewnątrzwydzielniczym, okazującym wpływ hamujący na krwawienia miesięczkowe, jest grasicca. W przypadkach, w których nie podlega ona zwykłemu zanikowi, hamuje ona rozwój narządów płciowych, przyczem u mężczyzn jądra, u kobiet zaś jajniki pozostają niedorozwinięte. W jajnikach stwierdza się bujanie tkanki łącznej przy jednoczesnym zaniku tkanki mięźszowej. Według doświadczeń Tandlera i Grossa i innych zachodzi również i stosunek odwrotny: po usunięciu jąder rozwija się nadmierne tkanka grasicy. Antagonistyczny stosunek tych dwóch gruczołów nie może przeto ulegać żadnej wątpliwości.

Co się tyczy szyszynki, wiadomo, że przedwczesne ustanie jej czynności doprowadza do przedwczesnej dojrzałości płciowcj. Prawidłowa jej czynność polega przeto na wpływie, hamującym narządy płciowe, co zostało wykazane przez liczny szereg autorów.

Reasumując, stwierdzamy, że hormony przytoczonych powyżej gruczołów wewnątrzwydzielniczych wywierają na narządy płciowe wpływ hamujący.

Narzuca się obecnie pytanie, jakie przyczyny, które wobec braku zmian organicznych w narządach płciowych uzależniamy od zaburzeń wewnątrzwydzielniczych, mogą doprowadzić do nadmierne obfitych krwawień miesięczkowych.

Jest rzeczą oczywistą, że przyczyną tą jest nieprawidłowa czynność jednego z narządów, należących do skomplikowanego łańcucha korelacji gruczołowej. Wyobraźmy sobie, że jeden lub kilka gruczołów z grupy, hamującej miesięczkowanie, nie wydziela w dostatecznej ilości lub odpowiedniej jakości potrzebnego hormonu, lub też grupa gruczołów antagonistycznych uzyskuje przewagę nad grupą hamującą. Zachodzi wówczas zachwianie się fizjologicznej równowagi i zatrzymanie w porę krwawienia miesięczkowego nie dochodzi do skutku.

Mamy wówczas do czynienia ze stanami, które nazywamy *Hypermenorrhoea* lub *Poly-menorrhoea* (względnie oba jednocześnie). Że powyższy sposób ujęcia sprawy jest całkowicie uzasadniony, dowodzą te przypadki, w których etiologia wewnątrzwydzielniczego pochodzenia krwawień nie może ulegać wątpliwości, jak np. nadmierne krwawienia miesięczkowe u kobiet w początkach choroby *Basedowa* lub u kobiet w okresie przekwitania, który to okres należy rozumieć, jako uszkodzenie lub ostateczne wyczerpanie się części płciowej zespołu gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

(Dok. nast.).

## Krytyka lekarska.

### Dawniej a dzisiaj.

Wydana w tych czasach książka pana Stanisława Koszutskiego p. t.: „Walka młodzieży polskiej o wielkie ideały” zawiera wspomnienia gimnazjalne i uniwersyteckie z ostatniego dwudziestolecia ubiegłego wieku. Gdy się czyta w tej książce słowa: „To było życie!” ma się wrażenie, że tylko niewola, że tylko ucisk i bezprawie zdolne są zagrzać nas do walki „o wiedzę, o prawa obywatela i człowieka, o prawa narodu, o prawa ludu, o jego oświatę i uświadomienie, o wyzwolenie i przyszłość ludzkości, o tryumf wolnego ducha i wolnej myśli, o ideały prawdy i dobra”. Mimowoli przychodzi na myśl niewolnik, który, zrzuciwszy kajdany, w beztrosce i błogości napawa się wolnością, nie dbając o wydobycie z niej jaknajwiększej sumy dobra i pożytku. Jakieś dolce far niente w dobie, wymagającej jaknajwiększego napięcia sił duchowych i fizycznych bo przecież żyjemy w okresie dzwigniania wielkiego gmachu niepodległej Ojczyzny. Cofnięci w życiu kulturalnym o dziesiątki lat w porównaniu z wielkimi nacjami Europy i Ameryki, musimy przecież nadrobić to, w czym nas inne narody wyprzedziły, musi i powinno pchać nas do czynu to wielkie napięcie ideowe, które pokoleniu przedwojennemu dyktowało nakaz zwycięstwa. Bo to, cośmy przez otrząśnięcie się z niewoli osiągnęli, to jeszcze nie zwycięstwo, to dopiero droga do niego: zwyciężymy, gdy wobec szczęśli-

wszych od nas narodów stanąć będziemy mogli, jak równi wobec równych. A droga do takiego zwycięstwa prowadzić musi przede wszystkim przez wiedzę we wszystkich jej dziedzinach, przez usilne kształcenie się, przez wzbogacanie ogólnego dorobku naukowego. I niech nasza na tem polu działalność nie stwarza jedynie pozorów naukowości w postaci akademij i instytutów, lecz niech w tych warsztatach pracy umysłowej istotnie coś się dokonywa, niech staną się dokumentami pracy i żywotności narodu.

Nie zamierzam bynajmniej siać rozpacz i zwątpienia, przyznaję, że tu i owdzie w dziedzinie wiedzy i u nas już jest coś do zanotowania, ale myślę, że na dziewięć lat niepodległości i pięć uniwersytetów polskich plon może jest za skromny. Za mało entuzjazmu, za mało zapału, za mało dążenia do czynów wielkich, nieprzeciętnych.

Wszędzie i zawsze jednostki tylko naród swój wślawiały, ale nierzadko bywały one zapładniane przez gromadę, przez zbiorowiska, które około nich się grupowały. I u nas w czasach przedwojennych, w czasach dawniejszych zbiorowiska takie powstawały bądź na gruncie towarzystw naukowych lub społecznych, bądź około pisma naukowego, w którym liczne jednostki współpracowały. Na zebraniach tych organizacyj wylaniały się idee i pomysły, które znajdowały kompetentnych wykonawców. Zbiorowiska takie stanowiły siłę, z którą



liczono się, gdy szło o przeprowadzenie pewnego projektu.

Ta strona życia duchowego w Polsce niepodległej mocno osłabła. W życiu naszego świata lekarskiego bez żadnej wątpliwości. Jedni przyczynę tego stanu upatrują w braku podniety: jednoczyła nas dawniej, powiadają, potrzeba walki z uciskiem i niesprawiedliwością, gdy to odpadło, niema motywu do pracy zbiorowej. Jakto? Praca nad odbudową niegdyś zagrabionego, a teraz wydartego grabieżcy domu to nie jest dostateczny motyw do wysiłków zbiorowych?

Złe czasy, ciężka walka o byt, o chleb powszedni, mówią inni, oto, co nie pozwala rozwinąć skrzydeł do lotu, trzeba żyć życiem przyziemnym, nie czas na porywy wzniosłe. To motyw najgorszy i najszkodliwszy, a zarazem i nietrafny. I dawniej nie stapało się po różach, i dawniej trzeba było borykać się z niedostatkiem, a jednak i o entuzjazm i o poryw szlachetny było łatwiej, niż teraz. Może czasy obecne są w istocie cięższe, niż przedwojenne, bo dochody nie wzrosły proporcjonalnie do potrzeb, ale źle się dzieje, kiedy jedynym rozkazodawcą i wyłącznym regulatorem całego życia jest grosz.

W czasach ciężkich, w czasach okupacji niemieckiej powstało u nas Towarzystwo medycyny społecznej, które odrazu skupiło bardzo liczne grono lekarzy. Rzucono się do pracy z zapałem, i pierwsze lata istnienia Towarzystwa — podczas wojny i krótko po niej — nie przeszły bez śladu. Pracy tego Towarzystwa mieliśmy do zawdzięczenia dzieło zbiorowe p. t. Medycyna w samorządzie, z którego korzystały władze nasze przy budowie gmachu państwowego. Teraz na tym samym terenie w debatach nad najżywotniejszymi sprawami zdrowotnymi i gospodarczymi ledwie mała garstka ludzi udział bierze. A przecież olbrzymia jest różnica pomiędzy dawnymi a obecnymi warunkami: dawniej owe debaty miały charakter akademicki, kończyły się na wymianie myśli, dziś ingerencja nasza w tych sprawach jest dopuszczalna i pożądana, dzisiaj nasza krytyka projektów rządowych brana jest w rachubę przez czynniki miarodajne, projekty takie są modyfikowane w myśl słusznych żądań przedstawicieli naszego zawodu.

Więc obojętność szerokiego ogółu lekarskiego względem zagadnień, medycyny społecznej dotyczących, jest objawem smutnym.

A jak się przedstawia w zawodzie naszym strona czysto naukowa, czytelnictwo, kształcenie się, praca w laboratorjach i na oddziałach szpitalnych?

Nie sięgam czasów z przed pół wieku, kiedy na lekarza-naukowca spoglądano u nas niemal pogardliwie, jako na teoretyka, który w gruncie rzeczy nikomu pożytku nie przynosi: ani nauce, ani chorym. Zresztą, takich dziwaków policzyć można było na palcach. Ogólny poziom naukowy

stał nisko. Ale te czasy na szczęście szybko minęły. Już ku końcowi ubiegłego stulecia, na początku bieżącego zaczęła u nas głowę podnosić nowa generacja lekarzy, którzy zrozumieli potrzebę kształcenia się, czytania, którzy mieli ambicję dorównywania Zachodowi. W dyskusjach na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego słyszało się wielu mówców, świetnie znających piśmiennictwo, tego czy innego przedmiotu dotyczące. Dziś, po wojnie, mówców takich mniej słyszymy, a i teren, na którym dyskusje się odbywają, przeważnie świeci pustkami: trzeba załatwić wizytę, albo całodzienne uganianie się za groszem wyczerpało siły, a wreszcie i tak nie wiele miałoby się do powiedzenia w dyskusji, bo na czytanie jest zbyt mało czasu. Załatwianie obowiązków, ze służbą związanych, dostatecznie wypełnia czas przeciętnemu lekarzowi, więc brak go na kształcenie się, które, zresztą, staje się już do pewnego stopnia zbyteczne. Zapewne, że zawsze znajdą się nieliczne jednostki, które nakaz wewnętrzny pchać będzie do pracy naukowej, ale przeciętny poziom naukowy lekarzy w warunkach obecnych (może nietylko u nas) spada coraz niżej. Kto wie, czy w dyskusjach nad sprawą uspołecznienia lub upaństwowienia pomocy lekarskiej nie mieli racji ci, którzy upatrywali w niem niebezpieczeństwo dla postępu medycyny; zdaje się, że ich złowieszcze proroctwa sprawdzać się zaczynają. Zmechanizowanie pracy lekarskiej, związane z rozpowszechnieniem się typu lekarza, pracującego w instytucji ubezpieczeń społecznych, niezdrowy prąd, idący z Niemiec, a dążący do podziału naszej nauki na lecznictwo, zbliżone bardziej do pojęcia sztuki, i medycynę traktowaną, jako naukę przyrodznawstwa (Heilkunde und Medizin), zaś przedstawiciele naszego zawodu na lekarzy — wykonawców i medyków — badaczy (Aerzte und Mediziner) — jest torowaniem drogi do zupełnego wygaśnięcia wszelkich aspiracji naukowych wśród szerokiego ogółu lekarskiego. Być dobrym wykonawcą, umieć naśladować obce wzory, w najlepszym już razie wysłuchać kilkunastodniowego kursu dokształcającego z dziedziny rozpoznawania i leczenia chorób, kursu, który uwalnia go od czytania i pracy nad sobą, — oto wszystko, do czego poczuwać się będzie „lekarz“ współczesny. Od pracy naukowej trzymać się będzie zdala, pozostawiając ją „medykowi“. Jeśli jednak prądy dzisiejsze ogarniać będą coraz szersze kręgi świata lekarskiego, jeśli nie przyjdzie szybko reakcja — natenczas szeregi „medyków“ z dniem każdym przersedzać się będą, a wzrosną zastępy „lekarzy“. Stąd zła dla nauki i dla zawodu naszego wróżba: bo nie będzie dobrym „lekarzem“ ten, kto „medykiem“ być przestanie. Więc nie zrywajmy kontaktu z nauką: kogo nie stać na więcej, niech się kształci, niech czyta; kto może, niech pracą twórczą udział swój w postępach medycyny znaczy.

Uwagi niniejsze nie wyczerpują poruszonych przeze mnie zagadnień; niechaj zachęcą do dyskusji nad nimi.

Z. Srebrny (Warszawa).

# Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

## Wyniki szczepień przeciwgruźliczych metodą Calmette'a we Francji (szczepionką B. C. G.).

Podał

Dr. med. Stanisław PARADISTAL (Warszawa).

Walka z gruźlicą, a w szczególności sprawa zapobiegania gruźlicy jest kwestją, która żywo interesuje wszystkie narody cywilizowane. Od czasu wielkich odkryć Pasteura, a głównie od czasu odkrycia zarazka gruźlicy, t. j. przeszło od lat czterdziestu, uczeni wszystkich krajów pracowali usilnie nad wynalezieniem środka przeciw gruźlicy, względnie nad jej zapobieganiem. Niestety, te metody pracy, które doprowadziły do wynalezienia skutecznej broni przeciw wielu chorobom zakaźnym w postaci szczepionek lub surowic, w zakresie gruźlicy przez długie lata nie dawały pomyślnego rezultatu. Dlatego też wydaje się rzeczą pożądaną przypomnieć tu w krótkich słowach spostrzeżenia kliniczne i dane doświadczalne, które stanowiły punkt wyjścia prac profesora Calmette'a. Marfan pierwszy w r. 1886 zwrócił uwagę klinicystów na pewną odporność w stosunku do gruźlicy płuc chorych, u których stwierdza się blizny po przebytej w dzieciństwie gruźlicy gruczołów chłonnych, po toczniu i po innych zmianach gruźliczych wygojonych, i sformułował swe spostrzeżenia, w postaci następującego prawa:

(Prawo Marfana): „Prawie nigdy nie stwierdza się gruźlicy płuc, a przynajmniej gruźlicy płuc jawnej i postępującej u osobników, którzy w dzieciństwie chorowali na ropiejącą gruźlicę gruczołów chłonnych i którzy wyzdrowieli zupełnie przed 15 r. życia, zanim nowe ognisko gruźlicy dało się stwierdzić”.

Podobne spostrzeżenia poczynili później w r. 1906 Vallé i Rossignol, wykonywając doświadczenia kontrolne na zwierzętach ze szczepionką Behringa. Jałówka, sztucznie zakażona, z odczynem tuberk. dodatnim i która w kilka miesięcy później miała odczyn ujemny przy dobrym stanie zdrowia, znosiła lepiej zastrzyknięcie dożylnie prątków zjadliwych, niż inne zwierzęta z tej samej obory. Wydawało się więc, że pierwsze łagodne zakażenie gruźlicze dało temu zwierzęciu „wyraźną odporność, aczkolwiek nie całkowitą, na reinfekcję ciężką”.

Ścisłość tych spostrzeżeń Marfana w stosunku do człowieka i Vallé i Rossignola w stosunku do zwierząt została potwierdzona przez prace eksperymentalne Calmette'a i Guerina (w r. 1906), a następnie przez doświadczenia Romera, Krausa i Grossa, Krausa i Wolka.

Wyniki powyższych prac dają się ująć, według Calmette'a, w następujące wnioski:

1) Zwierzę, które spożywa jednorazowo niewielką liczbę prątków gruźliczych zjadliwych, zapada na gruźlicę płucną lub gruźlicę gruczołową

lub też jednocześnie na gruźlicę płucną i gruczołową, posiada odczyn tuberkulinowy dodatni przez jeden dwa miesiące, czasami dłużej i może wyzdrowieć.

2) Po wyzdrowieniu zwierzęta takie przez pewien czas po spożyciu nawet znacznie większej liczby prątków zjadliwych nie zakażają się, są więc zaszczipione (uodpornione).

3) Zwierzęta zaś, zakażane drogą przewodu pokarmowego dwukrotnie lub kilkakrotnie w krótkich odstępach czasu, nigdy nie powracają do zdrowia. Zmiany ich pogarszają się i po pewnym czasie ulegają zserowaceni.

Powyższe fakty tłumaczą nam, dlaczego u zwierząt i u ludzi sekcje wykazują tak często zmiany gruźlicze, anatomicznie wygojone. Najpewniej zwierzęta te i ci ludzie w czasie swego życia byli zakażani w dość znacznych odstępach czasu, mieli więc czas wyzdrowieć po pierwszym zakażeniu i nabrać odporności.

Znaczna liczba innych zwierząt i innych ludzi choruje na gruźlicę, ponieważ narażeni byli na zakażenia zbyt często i nie mieli możliwości wyleczenia się z pierwszego zakażenia.

Prace wymienionych badaczy stwierdziły więc po raz pierwszy w sposób doświadczalny, że jednorazowe zarażenie niewielką liczbą prątków gruźliczych wywołuje zakażenie łagodne i wyrabia wyraźną odporność na następne zakażenia na t. z. reinfekcję; zaś zakażenia, ponawiane w krótkich odstępach czasu lub znaczną liczbą prątków, wywołują ciężkie postaci gruźlicy, prowadzące w mniej lub więcej krótkim czasie do zejścia śmiertelnego.

Wobec niepowodzeń wszelkiego rodzaju prób uzyskania odporności przeciwgruźliczej przez stosowanie tuberkuliny, wszelkiego rodzaju wyciągów z ciał prątkowych, przez szczepienie prątkami zabitemi lub osłabionymi, lub też zjadliwymi rozmaitego pochodzenia, Calmette skierował swe badania w kierunku uzyskania odporności na ponowne reinfekcje przez jak najwcześniejsze wprowadzenie do układu chłonnego prątków gruźlicy żywych, ale pozbawionych zjadliwości.

Nie można było, jak mówi Calmette, zgodzić się na metody szczepienia, proponowane przez Geralda, Webba i W. Williamsa w Stanach Zjednoczonych, a ostatnio w Niemczech przez Seltera za pomocą bardzo małych dawek prątków zjadliwych, ponieważ liczba prątków, którą może znieść bezkarnie dany organizm, jest bardzo indywidualna, zmienna i zależna od szeregu czynników; dlatego też, stosując te metody, możemy niekiedy wywoływać zakażenia śmiertelne.

W roku 1906-1907 Calmette posiłkował się w swych pracach prątkami żywymi pochodzenia końskiego, ale wkrótce porzucił tę metodę, jako niebezpieczną dla zwierząt i ptactwa domowego, i rozpoczął badania, mające na celu stworzenie nowej rasy prątków gruźlicy niezjadliwych dla wszystkich gatunków zwierząt, któreby mogła służyć,

jako szczepionka typu pasteurowskiego t. j. taka, której cechy winny być dziedzicznie trwałe, t. j. przekazywane dziedzicznie.

Po wielu próbach bezskutecznych najlepszych wyniki otrzymał Calmette, hodując prątki pochodzenia zwierzęcego na kartoflach, gotowanych w zółci wołowej z dodatkiem 5% gliceryny. Droga kolejnych przeszczepień po 13 latach pracy w 230 pokoleniu Calmette uzyskał szczep niezjadliwy dla wszystkich gatunków zwierząt, niezdolny do tworzenia gruzelków, ale wydzielający toksyny (tuberkuliny) i wywołujący w organizmie obfite wywarzanie przeciwciał.

Znakomicie przeprowadzone doświadczenia z początku na zwierzętach domowych, a później na małpach wykazały, że szczepionka B. C. G., podana doustnie, podskórnie lub dożylnie, podobnie jak i drobne zakażenia prątkami zjadliwymi uodparnia szczepiony organizm przeciw zjadliwym reinfekcjom. Szczep ten okazał się więc odpowiedni do uodparniania zwierząt wrażliwych.

Co się tyczy podawania szczepionki, to już w roku 1905 Calmette wskazał, że przez kilkanaście dni po urodzeniu (mniej więcej przez 2 tyg.) prątki gruźlicy z wielką łatwością przechodzą przez ściany jelit cienkich, ponieważ śluzówka jelita cienkiego w tym wieku wysłana jest, jak to opisał Disse, warstwą komórek protoplazmatycznych o dużej zdolności fagocytowej, i dlatego Calmette postanowił wyzyskać ten krótki okres i podawać szczepionkę B. C. G. doustnie w pierwszych 10 dniach życia. Szczepionkę B. C. G. zarówno we Francji, jak i u nas, podaje się zawsze świeżo przygotowaną, ponieważ nie daje się ona przechowywać dłużej, niż dni 10. Jest to zawiesina ciał bakteryjnych w 4% roztworze gliceryny i 1% w/w roztworze cukru gronowego. W Polsce Państw. Zakład Higjeny dostarcza szczepionkę we flaszeczkach, zawierających po dwa cm. tej zawiesiny. Zawartość flaszeczki po skłóceniu wylewa się na łyżeczkę, zawierającą nieco mleka, i podaje niemowlęciu do wypicia  $\frac{1}{2}$  godziny przed karmieniem. Noworodek powinien spożyć 3 takie dawki w odstępach dwudniowych i możliwie wcześniej po urodzeniu n. p. 3, 5, 7, dnia lub 5, 7, i 9. Dwie dawki nie wystarczają do uzyskania wyniku korzystnego.

U dzieci starszych i dorosłych zdolność wchłaniania bakterij przez przewód pokarmowy utrzymuje się jeszcze, ale w znacznie mniejszym stopniu, i dlatego metoda podawania doustnego nie może być używana z powodzeniem do uodparniania dorosłych, ale może być używana do dopełniania szczepień, już wykonanych, do utrzymania odporności.

Jeszcze jedna niesłychanie ważna przyczyna przemawia za stosowaniem szczepionki w pierwszych dniach życia, aby jaknajwcześniej osiągnąć uodpornienie. Doświadczenia na zwierzętach wykazują bowiem, że od chwili podania szczepionki do czasu uzyskania uodpornienia potrzeba około 25 dni. Tak samo najpewniej przedstawia się sprawa u dziecka. Podczas tego okresu, jeżeli dziecko narażone jest na ciężkie zakażenie, to organizm jest jeszcze bezbronny. Dlatego też staramy się uodpornić niemowlęta jaknajwcześniej, i w tym czasie krytycznym należy starać się dziecko ewentualnie odłączyć od

otoczenia zaraźliwego, względnie starać się uniknąć zakażenia masowego przez odpowiednią higienę. Po 30 dniach jest, zdaje się, rzeczą pewną, że dziecko jest uodpornione.

Tak przedstawia się w streszczeniu punkt wyjścia i przebieg prac Calmettea nad uodparnianiem młodych osobników przeciw gruźlicy, które doprowadziły do wynalezienia szczepionki B. C. G.

### Umieralność ogólna i umieralność z gruźlicy niemowląt i dzieci w pierwszych latach życia.

Aby ocenić wartość praktyczną ochronnej szczepionki B. C. G., należy koniecznie zdać sobie sprawę z tego, jaka jest wogóle umieralność na gruźlicę niemowląt i dzieci w pierwszych latach życia. Naogół statystyki wielu krajów szwankują w tym względzie, ale według Moinea, kierownika Wydziału Statystycznego Francuskiego Komitetu Narodowego do Walki z gruźlicą, można w dostatecznym przybliżeniu przyjąć następujące dane:

a) Umieralność ogólna (na wszystkie choroby) od 0 do 1 roku życia we Francji w ciągu ostatnich 6 lat wynosiła najmniej 8,5%, w innych krajach europejskich wahała się w tym czasie od 6,5 do 12,1%.

b) Stosunek umieralności na gruźlicę do umieralności ogólnej w 1-szym roku życia we Francji wynosi 0,13%.

Co się tyczy umieralności na gruźlicę w 1-szym roku życia dzieci, urodzonych i wychowanych w środowisku gruźliczym, to klinicyści, a szczególnie akuszerzy i pedjatrzy oddawna zauważyli wielką umieralność tej kategorii dzieci. Dane liczbowe w tym względzie posiadamy tylko cząstkowe, gdyż statystyki ogólne danych tych nie podają. Z ankiety, przeprowadzonej na wniosek prof. Calmettea w 1925 r. w 99 poradniach przeciwgr. w Paryżu, okazało się, że na 1364 dzieci, urodzone z matek gruźliczych, 327 czyli 24% zmarło, przypuszczalnie na gruźlicę, w pierwszym roku życia.

Według danych Wydziału Higjeny Społecznej Dep. Sekwany w r. 1925 umieralność w 1-szym roku życia niemowląt, pochodzących od matek gruźliczych, wynosiła 32,5%.

Należy podkreślić, że powyższe dane dotyczą rodzin, któremi umiejętnie opiekują się organizacje przeciwgruźlicze; w środowiskach gruźliczych bez nadzoru liczby umieralności są znacznie większe, wprost przerażające: według Leona Bernarda umieralność ta wynosi 80%, w/g Forssnera ze Sztokholmu 70% i t. p. Jeżeli chodzi o wyświetlenie zagadnienia, jakiego rodzaju styczność przyczynia się najczęściej do zakażenia dzieci, to wszystkie statystyki stwierdzają, że przedewszystkiem przyczyną zarażenia jest chora matka, następnie ojciec, na trzecim miejscu stoją dalsi krewni lub domownicy. Oczywiście, należy również brać pod uwagę czas trwania zetknięcia i, że tak powiem, nasilenie czynnika zarażającego, t. j. rodzaj zmian gruźliczych. Badania Margarete Roep-

ke wykazują, że nawet chorzy z t. z. gruźlicą zamkniętą zarażają niemowlęta w 40% przypadków.

Rozporządzając powyższymi danymi, można będzie porównać umieralność na gruźlicę w 1-szym roku życia dzieci szczepionych i nieszczepionych i przekonać się, w jakim stopniu szczepionka B. C. G. zmniejsza umieralność.

W wieku od 14 lat według danych statystycznych Komitetu Narodowego do Walki z gruźlicą w roku 1925 umieralność ogólna wynosiła 1,6%, umieralność na gruźlicę 0,14%.

Niestety, nie mamy dokładnych danych statystycznych, dotyczących dzieci w tym wieku, przebywających w środowisku gruźliczym; ale doświadczenie kliniczne na całym świecie wykazuje, że liczba zgonów na gruźlicę jest największa w pierwszych 2-ach latach życia, a następnie z każdym rokiem się zmniejsza.

Po ukończeniu 3 lat liczba zgonów na gruźlicę zmniejsza się tak dalece, iż praktycznie można przyjąć, że szczepionka, która skutecznie obroni dziecko przez pierwsze 3 lata życia, najpewniej ochroni je ostatecznie od ciężkiego zakażenia.

(D. n.)

## Rola lekarza praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych.

Podał

W. KNAPPE (Warszawa).

(Ciąg dalszy—p. № 7).

Czerwonka występuje nagminnie w czasie wojny, lecz sporadyczne przypadki jej notuje się u nas stale i we wszystkich okręgach. Według sprawozdania Departamentu Służby Zdrowia (Dr. Ciągliński) w r. 1925 a więc w roku, w którym nie było żadnej perturbacji społecznej, zanotowano w Państwie Polskiem 3285 przypadków czerwonki, z których 357 skończyło się śmiercią, t. j. więcej niż 10%; w tem w samej Warszawie było 229 przypadków i 20 zgonów; najwięcej w województwie Krakowskiem 433 zachorowania i 67 zgonów, oraz lwowskiem - 388 zachorowań i 69 zgonów; najmniej w woj. nowogródzkim 41 zachorowań i 2 zgony — prawdopodobnie nie wszystkie przypadki były meldowane w tem województwie.

Zarazek Shiga-Kruse i jego odmiany wydziela się z kałem i moczem; zakażenie odbywa się drogą ustną, czyli, że zdrowi zjadają kał chorego na pokarmach. Woda nie odgrywa roli w szerzeniu się czerwonki, natomiast w silniejszej jeszcze mierze, niż w durze — muchy. Tak samo mamy w czerwonce do czynienia z rozsiewaczami i nosicielami, tylko w stopniu jeszcze znaczniejszym, niż w durze.

Środki zapobiegania są te same, co w durze: obowiązkowe meldowanie władzy, odosabnianie, wykrywanie nosicieli, odkażanie wypróżnień, czystość skrupulatna, czuwanie nad handlem produktami, kontrola ruchu pasażerskiego na kolejach i szlakach komunikacyjnych, uodparnianie szcze-

pionkami podskórnymi (*tetra, sexta*) lub doustnie pigułkami Besredki.

Surowica przeciwczerwonkowa choroby nie skraca, uśmierza jednak cierpienia chorego; w walce z czerwonką nie odgrywa przeto poważniejszej roli. Daleko więcej teoretycznie spodziewać się można po bakterjofagach czerwonkowych, wykrytych w r. 1917 przez d'Herelle'a.

Badacz ten wykrył w treści jelit ozdrowieńców po czerwonce bakteryjnej pewien czynnik (czy to pozamikroskopowy drobnoustrój, pasorzyt bakteryjny, czy czynnik obcy chemiczny, czy też czynnik inny lityczny), który *in vitro* rozpuszcza prątki czerwonkowe. Przebieg choroby, mówi d'Herelle, jest to walka dwóch wrogich sobie czynników: bakteryj z bakterjofagami, i od wyniku tej walki zależy powrót do zdrowia lub śmierć chorego. Widzimy więc, że zdaniem d'Herelle'a, bakterjofagi odgrywają wybitną rolę w odporności ludzi i zwierząt. Dzięki obecności bakterjofagów ustroj nie zaraża się lub szybko przychodzi do zdrowia. Zastosowano przeto bakterjofagi w walce ustroju z zarazkami chorobotwórczymi w formie zastrzykiwań lub doustnie i narazie z dobrym wynikiem (d'Herelle, Costa Cruz i inni). Należy przeto w leczeniu i uodparnianiu przeciwko czerwonce pamiętać o bakterjofagach, które wyrabia i dostarcza Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie. Zastrzykuje się nie więcej, niż 2-3 razy w odstępach 24-godzinnych od 1 — 2 cm<sup>3</sup>. Przy stosowaniu bakterjofagów podskórnym może niekiedy nastąpić podwyższenie ciepłoty w ciągu 24-48 godzin i obfite poty. Przed zastosowaniem bakterjofagów należy sprawdzić, czy dany drobnoustrój rozpuszcza się *in vitro* pod wpływem swoistych bakterjofagów.

Z cholerą potrafimy sobie radzić najlepiej. Wszystkie przypadki sporadyczne, które nagle zjawiały się nawet w Warszawie, były tłumione w zarodku. Tłumaczy to się tem, że choroba ta samą swą nazwą wzbudza taki postrach, że o zatajeniu przypadku niema mowy. Wszyscy idą ręką w rękę z władzą, która postępuje według ogólnych metod (izolacja, dezynfekcja, kwarantanna i t. d.).

Choroby zakaźne i nhalacyjne, t. j. udzielające się przeważnie za pośrednictwem narządów oddechowych, są znacznie niebezpieczniejsze od kontaktowych. Ustrzedz się ich jest daleko trudniej; tu czystość, fartuch i mycie rąk nie ustrzeże otoczenia, ani lekarza.

Najważniejsze znaczenie ma w tych razach stan dróg oddechowych. Nieżyty gardzieli i płuc, choroby oskrzeli, choroby płuc, nawet pylica stanowią grunt podatny dla tych chorób: uszkodzona śluzówka dróg oddechowych stanowi otwarte wrota dla przyjęcia zarazka. Osoby z wątpliwym stanem dróg oddechowych powinny przeto wystrzegać się zbliżania do chorych na każdą z tych chorób. Lepiej się strzedz, niż poniewczasie żałować. Zdrowi powinni unikać zbytniego zbliżania się do twarzy chorego, pamiętając o tem, że przy kaszlu, a nawet przy wymawianiu niektórych dźwięków, krtańowych i zębowych, chory wyrzuca z ust, jak z procy, drobne kropelki śliny z zawartymi w nich drobnoustrojami na odległość niemal 2 metrów wprost w twarz sąsiada. Chorego należy przyzwyczaić, żeby podczas kaszlu i kichania zasłaniał sobie usta chusteczką, a w jej braku — chociażby

ręką. Powinien on sypiać w oddzielnym pokoju, a gdzie to jest niewykonalne, to niech przynajmniej łóżko jego będzie zastawione parawanem, na którym kropelki te mogłyby osiadać i nie roznosiły się w powietrzu. Parawanik taki można łatwo skonstruować z listewek i paru arkuszy tektury.

Baczną uwagę należy zwracać na plwocinę, żeby nie dostawała się na podłogę i po wyschnięciu nie rozpylała się nanowo w powietrzu. Należy ją zbierać w wodzie lub w naczyniu z wilgotnym piaskiem, a lepiej jeszcze zwilżonymi trocinami lub torfem. Taką zawartość spluwaczki można zlewać do paleniska, ostatecznie do popielnika, gdzie również ulegnie spaleni. Do spluwaczek można dodawać środków aromatycznych, jak karbol, kreozot, w tym celu, żeby zapachem tym odstraszać od plwociny muchy. Na dezynfekujących własnościach tych środków, a nawet sublimatu, w plwocinie polegać nie można.

Kropelki z oddechu chorego stopniowo osiadają na sprzętach i stąd dostają się na ręce. W pokoju chorego powiana stać przeto miska z płynem

odkazującym w miejscu widocznym, najlepiej przy drzwiach pokoju. Zaleca się mycie rąk roztworem sublimatu conajmniej przez 1 minutę i nie wycierać rąk, lecz dać roztworowi obeschnąć na rękach, jak to już jest zaprowadzone w większości zakładów, gdyż sublimat może wygubić bakterje dopiero po dłuższym zadziałaniu; momentalne zabicie nigdy nie ma miejsca. Lekarz i pielęgniarka powinni oczyszczać paznokcie z brudu. Szczotki do tego można używać tylko własnej, i powinna być ona często wygotowywana (przynajmniej co drugi dzień).

Chusteczkę chory powinien zmieniać codziennie; najwłaściwsze jest używanie serwetek papierowych, które można po użyciu spalić. Chory powinien mieć własną miskę, ręcznik, własne naczynia, statki i łyżki, których nie należy myć razem ze wspólnymi statkami. Wspólne używanie fajek, instrumentów dętych i dmuchawek w hutach szklanych musi być zabronione, mogą one stać się przyczyną zarażenia się nawet kiłą.

(C. d. n.)

## Wiadomości bieżące.

### Choroby zakaźne. w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	11 III — 17, III	18/III — 24 III
Dzuma . . . . .	0	0
Ospa . . . . .	1 (zg. 0)	0
Cholera . . . . .	0	0
Dur brzuszny . . . . .	188 (zg. 18)	232 (zg. 15)
Dur rzekomy . . . . .	0	0
Dur osutkowy . . . . .	90 (zg. 5)	90 (zg. 6)
Dur powrotny . . . . .	0	0
Czerwonka . . . . .	4 (zg. 0)	6 (zg. 0)
Płonica . . . . .	590 (zg. 58)	587 (zg. 50)
Błonica . . . . .	206 (zg. 21)	196 (zg. 20)
Zapal. op. mózgu . . . . .	15 (zg. 2)	17 (zg. 6)
Odra . . . . .	865 (zg. 19)	1117 (zg. 13)
Róża . . . . .	72 (zg. 3)	79 (zg. 2)
Kızтусіec . . . . .	216 (zg. 19)	316 (zg. 29)
Malarja . . . . .	8 (zg. 0)	4 (zg. 0)
Posoczn. połóg . . . . .	22 (zg. 8)	27 (zg. 13)
Trąd . . . . .	0	0
Jaglica . . . . .	356 (zg. 0)	221 (zg. 0)
Wąglik . . . . .	2 (zg. 0)	1 (zg. 0)
Nosaczna . . . . .	0	0
Włośnica . . . . .	0	0
Wścieklizna . . . . .	0 (zg. 1)	0 (zg. 1)
Zatrucie jad. kiełb. . . . .	0	0
Choroba Heine-Medina . . . . .	0	1 (zg. 0)
Inne choroby zakaźne . . . . .	365 (zg. 46)	313 (zg. 38)

— Sekretarz Klubu Lekarzy Polskich, kol. J. Konopnicki, nadesłał nam z prośbą o wydrukowanie następujący komunikat:

W dniu 26 stycznia b. r. z inicjatywy grona lekarzy odbyło się w klinice dermatologicznej Uniw. Warsz. pod przewodnictwem Prof. Dr-a Michałowicza zebranie organizacyjne Klubu Lekarzy Polskich.

Na zebranie przybyło z górą stu lekarzy reprezentujących różne środowiska lekarskie stolicy; szczególnie licznie w zebraniu udział wzięli profesorowie, docenci i asystenci wydziału

lekarskiego U. W., lekarze wojskowi, lekarze państwowej i samorządowej służby zdrowia oraz lekarze Kasy Chorych.

Zebrani, podzielając zdanie inicjatorów, że stan lekarski w stolicy nie posiada odpowiedniego środowiska, gdzieby się ogniskowało i mogło należycie rozwijać przystosowane do współczesnych warunków i potrzeb życia lekarskie — postanowili zawiązać Klub Lekarzy Polskich.

Naczelnem zadaniem Klubu będzie na drodze twórczego wysiłku przywrócenie stanowi lekarskiemu należnego mu znaczenia i stanowiska w życiu społeczno-lekarskiem Polski Odrodzonej.

Na zebraniu tem został przyjęty statut Klubu oraz dokonano wyboru władz.

W skład Zarządu weszli: Prof. Dr. Mieczysław Michałowicz jako Prezes, Płk. Dr. Jan Kołłątaj-Szednicki i Dr. Stanisław Kapuściński jako wice-prezesa, Dr. Jan Konopnicki jako sekretarz, Mjr. Dr. Jan Czyż, jako skarbnik, Płk. Dr. Zygmunt Raźniewski, jako gospodarz. Następnie jako członkowie Zarządu zostali wybrani: Dr. Makowski Tytus, Dr. Borkowski Witold, Dr. Wowkonowicz Marjan.

W dniu 14.II b. r. w prowizorycznym narazie lokalu Klubu (Kasyno Urzędników Państwowych, Nowy Świat 67) odbyło się I zebranie dyskusyjne klubowe na którym Min. Dr. Witold Chodźko wygłosił odczyt p. t. „Lekarz współczesny a zagadnienie medycyny zapobiegawczej”. Prelegent zobrazował obecną sytuację stanu lekarskiego w Polsce i innych krajach i przeprowadził analizę przyczyn, które doprowadziły do tego, że ludność traci zaufanie do pomocy leczniczej współczesnego lekarza i szuka pomocy u znachorów wszelkiego autoramentu, oraz że w związku z tym stan lekarski zostaje spychany z dawniej zajmowanego szczytnego stanowiska w hierarchii społecznej i ulega pauperyzacji nie tylko materialnej, lecz przede wszystkim umysłowej i moralnej. Najważniejszą przyczyną tego stanu rzeczy jest niewątpliwie system nauczania medycyny na naszych uniwersytetach, oparty na wzorach niemieckich, wziętych przeważnie z drugiej ręki (wzory rosyjskie). System ten nie przygotowuje zupełnie młodych kadr lekarskich do potrzeb współczesnego życia i zasad nowoczesnej medycyny. W Niemczech, gdzie system ten został wypracowany, budzi się już poważny prąd przeciwko niemu i za zreformowaniem studjów lekarskich w kierunku zasad reprezentowanych przez medycynę francuską jako bardziej żywotną. W Polsce Brudziński i szereg wybitnych lekarzy pragnęli oprzeć organizację studjum lekarskiego na zasadach praktycznych, jaknajwiększego kontaktu studenta z chorym, ale ostatecznie zwyciężyła rutyna szkoły niemieckiej.

Współczesna medycyna przestaje już wierzyć w cuda terapii i coraz większą uwagę poświęca trosce o zdrowie i zapobieganiu chorobom. Ten kierunek jednak niema przystępu jesz-

cze do naszej medycyny oficjalnej (uniwersyteckiej), która nie pośpiesza za wymogami życia, a wskutek tego także życie przechodzi do porządku nad lekarzami, nieprzystosowanymi do nowych form pracy. Prelegent, reasumując swoje niezmiernie interesujące, ilustrowane cytatami wybitnych znawców wywody — wzywa Klub do podjęcia inicjatywy przeprowadzenia dyskusji nad koniecznością reformy studiów lekarskich, uważając, że jedynie przez odrodzenie się wewnętrzne może stan lekarski odzyskać dawną pozycję i znaczenie, z których obecnie jest spychany przez życie.

W ożywionej dyskusji zabierali głos: Dr. Wernic, Prof. Michałowicz, Prof. Szymanowski, Dr. Chmielewski, Dr. T. Makowski, Dr. Kłuszyński, Dr. Bujalski, Doc. Sterling-Okuniewski i inni. Wszyscy niemal mówcy, poza prof. Szymanowskim, zgodzili się z prelegentem, że system niemiecki nauczania jest wadliwy i należy dążyć do reformy studjum lekarskiego. W tym też duchu został zgłoszony przez prof. Michałowicza nast. wniosek: „Zgromadzenie Klubu Lekarzy zwraca się do Zarządu Klubu o rozpisanie ankiety na temat reformy uniwersyteckich studiów lekarskich w myśl zasad, wysuniętych przez Min. Dr. a Chodźkę”.

W toku dyskusji została podjęta przez prof. Michałowicza inicjatywa wzniesienia pomnika dla 300 lekarzy poległych w walce z tyfusem plamistym i innymi epidemiami w Polsce. Sprawę tę przekazano Zarządowi Klubu do wykonania.

Zarząd Klubu, wychodząc z założenia, że dla harmonijnej współpracy konieczne jest towarzyskie zbliżenie się członków Klubu, urządził w dn. I. III r. b. zebranie towarzyskie dla członków Klubu, ich rodzin i wprowadzonych gości. Zebranie zostało urozmaicone częścią koncertową, do której uświetnienia swym pięknym śpiewem przyczyniła się p. Dr. owa Kapuścińska.

— Komunikat Stowarzyszenia Lekarzy Polskich (4.IV 1928).

Z inicjatywy Zarządu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich staraniem zaś Komisji Przemysłowo-Lekarskiej przy temże Stowarzyszeniu, wyszedł w r. z. „Spis środków leczniczych wyrobu krajowego” w postaci wydanej ozdobiście kartonowej broszury o 150 stronicach, układzie alfabetycznym, z podaniem składu chemicznego, wskazań i dawkowania oraz oznaczeniem, jakie przetwory zagraniczne odpowiadają danemu leкови.

Celem wydawnictwa było zapoznanie ogółu lekarzy polskich ze współczesną wytwórczością krajową i poparcie jej przez danie lekarzom możliwości zastępowania środków zagranicznych środkami wyrobu krajowego, o ile one nie ustępują obcym swem działaniem i dobrocią, a są nawet zazwyczaj tańsze od przetworów obcych.

Spis ten rozesłano w r. ub. wszystkim lekarzom w Państwie. Ponieważ pozostała jeszcze pewna liczba egzemplarzy, przeto niniejszym zwracamy się do Szanownych Kolegów, do Panów Profesorów Klinik, Lekarzy Naczelnych i Ordynatorów Szpitalnych, którzy jeszcze nie otrzymali wspomnianego listu przetworów i specyfików leczniczych wyrobu krajowego, a życzą sobie otrzymać go, o powiadomienie nas o tem pod adresem: Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, Warszawa Widok 23.

Przewodniczący  
Dr. E. Osiński.

Sekretarz — Członek Zarządu  
w/z Dr. Szemiota.

— Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, pragnąc przyczynić się do najszerzego spopularyzowania naszych uzdrowisk i skierowania kuracjuszków do uzdrowisk swoich zamiast do obcych, urządził wzorem dwóch lat ubiegłych, w siedzibie swej (Widok 23) serję odczytów z dziedziny klimatoterapii i balneoterapii polskiej.

Odczyty te są bezpłatne, przeznaczone dla lekarzy, studentów i osób zainteresowanych.

II Serja odczytów.

1) Piątek dnia 13 kwietnia, godz. 8½ wieczorem, Dr. med. Antoni Krasowski (Kielce), Solec—źródło.

Dr. Juljusz Flasz en (Truskawiec), Truskawieckie źródło „Naftusia”, jako unikat balneologiczny, w oświetleniu chemji ogólnej i fizjologicznej (hipoteza i doświadczenie).

2) Piątek dnia 20 kwietnia, godz. 8½ wieczorem, Dr. Józef Zakrzewski (Lwów - Niemirow), O wartości kąpieli siarczanych i borowinowych w Niemirowie zdroju (woj. Lwowski).

Dyr. J. St. Szczerbiński. Obecny stan ustawodawstwa uzdrowiskowego w Polsce i zagranicą.

— W klubie Lekarzy Polskich (Nowy-Świat 67) w dn. 18/IV rb, o godz. 8½ wieczorem odbyło się zebranie, na którym zostały wygłoszone następujące odczyty:

1. Dr. Zamecki: Lekarze a Zarządy Kas Chorych: a) Rola obecna: organizacja lecznictwa bez udziału lekarza i warunki pracy. b) Rola w przyszłości: wpływ na lecznictwo i organizacja rad lekarskich.

2. Dr. Makowski: Lekarze a Zarządy Kas Chorych: a) Główne zadanie instytucji Kas Chorych. b) Ustosunkowanie się Zarządów Kas Chorych do lekarzy. c) Rzeczony antagonizm interesów instytucji Kasy Chorych i lekarzy. d) Oszczędne leczenie.

— Zeszyt „Wszczęświata” (10-ty), który świeżo opuścił prasę, zasługuje na szczególną uwagę zwłaszcza ze względu na ciekawy artykuł prof. Kotowskiego o „funkcjach kosmicznych roślin” oraz D-ra Słonimskiego, który wykłada zasady „nowej architektoniki mózgu”.

Świat przyrodniczy i lekarski ma dziś coraz większą styczność z zagadnieniem t. zw. „koncentracji jonów wodorowych”. Istotę i znaczenie tego zjawiska bardzo dobrze ujmuje artykuł p. Viewegerowej. Poza tem ma „Wszczęświata” ciekawą jak zawsze kronikę naukową oraz recenzję z literatury.

— Nr. 7-my „Dziecka i Matki” zawiera w dziale medycznym „Leczenie klimatyczne i zdrojowe” Dra Cybulskiego, „Lekarz i Matka” Dr. A. Nowińskiego. Gzęść praktyczna numeru zawiera szereg dziecinnych modeli, menu obiadów oraz wyczerpujące odpowiedzi redakcji.

ZMARLI:

— Znakomity anatom Zygmunt Laskowski, prof. Uniwersytetu w Genewie.

NADESŁANO DO REDAKCJI:

— St. Trzebiński. Projekt różnych instytucji naukowych i lekarsko-administracyjnych z drugiej połowy XVIII wieku.

— Louis Lukowski. Five generations of hemophilia. Odb. z „Journal of Heredity” T. XVIII N. 5 Maj 1927.

— Maurycy Borna sz t a j n. Psychoza manjako-depresyjna w świetle psychoanalizy. Odb. z „Rocznika Psychjatr.” Z. VII. 1928.

TRĘŚĆ: Z. SREBRNY O ropówkach okołoprzełykowych i innych następstwach mechanicznego obrażenia przełyku. (Dok.). — M. OKOLSKA i S. SASKI. Sprawozdanie z badań nad szczepem B.C.G.—WŁ. STERLING. Podstawy eksperymentalne i kliniczne biologji seksualnej (Str. zbior. c. d.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. Wskazówki praktyczne. Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. Zjazdy. — W. RAKOWSKI. O leczeniu krwawień macicznych, powstałych na tle zaburzeń wewnątrzwydzielniczych. — Z. SREBRNY. Dawniej a dzisiaj. — ST. PARADISTAL. Wyniki szczepień przeciwegruźliczych metodą Calmette w Francji (szczepionką B.C.G.). — W. KNAPPE. Rola lekarza praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych (C. d.). Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: S. SREBRNY. Sur les phlegmons périoesophagiens et autres conséquences des lésions mécaniques de l'oesophage. (fin). — M. OKOLSKA et S. SASKI. Le compte rendu de l'examen de la culture de B.C.G. — L. STERLING. Bases expérimentales et cliniques de la biologie sexuelle. (Rév. gén. suite). — W. RAKOWSKI. La thérapie des hemorrhagies uterines causées par les troubles des glandes à sécrétion interne. — Z. SREBRNY. Autrefois et aujourd'hui. ST. PARADISTAL. Les résultats obtenus en France par la méthode de vaccination antituberculeuse de Calmette (B.C.G.)—W. KNAPPE. Le rôle du médecin praticien dans la lutte contre les maladies infectieuses.