

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. 10

WARSZAWA, 26 KWIETNIA 1928 R.

Rok V

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z I-go Oddziału Szpitala Wolskiego.
(Ordynator: Dr. A. LANDAU).

O klinicznym stosowaniu bronchografji.

Podali

A. LANDAU, B. JOCHWEDS, R. PEKIELIS

(Warszawa).

Jedną z dominujących cech dżagnostyki współczesnej jest wdzieranie się oka badacza do narządów, leżących w głębi ustroju ludzkiego i ich badanie bądź za pomocą oględzin bezpośrednich po zastosowaniu metod bezkrwawych, bądź też za pomocą uwidoczniania w obrazie rentgenowskim. Zarówno endoskopja, jak rentgenografja czynią pod tym względem olbrzymie postępy, wciągając w swój zakres coraz to nowe narządy, poprzednio niedostępne dla badań bezpośrednich. W ostatnich czasach szczególnie usługi oddają promienie Roentgena które pozwalają ujawnić jamy ciała, nie występujące w warunkach zwykłych na ekranie. Nauczyliśmy się wypełniać jamy a więc miedniczki nerkowe, jajowody, przestrzenie podpajęczynówkowe rdzenia masą kontrastową, dającą cień bardziej intensywny, aniżeli tkanki otaczające. Jednym z ostatnich etapów na tej drodze badawczej jest metoda bronchograficzna. Długi okres czasu, jaki upłynął od pierwszych doświadczeń Springera w 1906 r. na psach z wstrzykiwaniem mas kontrastowych (jodoformu i bizmutu) do tchawicy i oskrzeli, bynajmniej nie dowodzi, iż klinika nie odczuwała potrzeby dokładniejszego badania narządu oddechowego przez możliwość wypełniania i ujawniania rentgenowskiego oskrzeli. Przeciwnie, brak ten w wielu razach bardzo dotkliwie dawał się we znaki, tylko że wprowadzenie masy kontrastowej do oskrzeli wydawało się zabiegiem niebezpiecznym z uwagi na możliwość następczego zapalenia płuc zachłystowego. Wprawdzie później przekonano się o bezpodstawności podobnych obaw, jednak wpro-

wadzenie masy kontrastowej do oskrzeli przez nakłuwanie więzów krtaniowych lub krtaniowotchawicznych wielu odstraszało od tego zabiegu, który nie był całkowicie wolny od powikłań. Tymczasem niezbędność bronchografji wynikała z tego, że, w przeciwieństwie do mięszu płucnego, zwykła rentgenografja oskrzeli jest całkiem niedostateczna i przeważnie nie daje nam dokładnego pojęcia o ich stanie oraz stosunku do mięszu płucnego. Badanie rentgenowskie pozwala nam stwierdzić jedynie obecność smug i pasem zgrubiałej tkanki okołoskrzelowej, możemy podejrzewać zmiany oskrzelowe i okołoskrzelowe na zasadzie specjalnej, siateczkowej budowy pewnych okolic pola płucnego, nie możemy jednak nic pewnego powiedzieć o tem, jak się przedstawiają światło i ściany oskrzeli, a nawet, czy przebieg i kierunek oskrzeli dużego kalibru jest prawidłowy. Właściwie dopiero, zestawiając zdjęcia lipjodolowe lub jodipinowe ze zdjęciami zwyłemi, uczymy się odnajdywać na tych ostatnich rozmaite szczegóły i odcienie wówczas, gdy dotychczas mogliśmy zdjęcia zwykle porównywać jedynie z preparatami sekcyjnymi. Co jednak zasługuje na szczególne podkreślenie, to — że nie jesteśmy w stanie na zasadzie zwykłych rentgenogramów, dokonanych nawet w kilku kierunkach, nic lub prawie nic powiedzieć o całej okolicy przykręgosłupowej lewej, zasłoniętej sercem, jak również o nasyconych jednolitych cieniach, zajmujących spore odcinki pola płucnego i powstałych skutkiem zgrubienia łączno-tkankowego, płucno-opłucnowego (*pleuropneumonia interst. chron., pleuropneumofibrosis*).

Toteż, z chwilą wprowadzenia uproszczonych metod nastrzykiwania tchawicy i oskrzeli, bronchografja rozwija się w nadzwyczaj szybkim tempie; w ciągu ostatnich 3 lat ukazały się setki prac z tej dziedziny, obejmujących tysiące przypadków i zdjęć (Forestier et Leroux ¹⁾, ²⁾ 200 przypadków; H. i D. Ballon z Kanady ³⁾ — 125; Heuser Buenos-Aires ⁴⁾ — 150; W. Landau ⁴⁾ 18; O. Wiense ⁵⁾; Lorey ⁶⁾ — 170).

Autorzy francuscy stosują przeważnie metodę

przebijania błony obrączkowo-tarczowej (*membr. cricothyraeidae*) krtani*), kanadyjscy — wstrzykują masę kontrastową przez bronchoskop, niemieccy zaś — stosują jedni metodę zgłębnikową (Lorey⁶), inni zaś — metodę wprowadzania do krtani płynu kontrastowego za pomocą zwykłej strzykawki krtaniowej [W. Landau⁴), Singer J.].⁷)

Na oddziale naszym stosowaliśmy tę ostatnią metodę, która jest zabiegiem zupełnie niewinnym i przez chorych wcale dobrze znoszonym. Wstrzykiwania były wykonywane stale przez p. D-ra Karbowskię**); jako masy kontrastowej używaliśmy 40% jodipiny Mercka; preparat ten (który w dowolnej ilości był nam łaskawie doręczany przez firmę) pod każdym względem nie ustępuje lipjodolowi. Zdjęcia rentgenologiczne były wykonywane w pracowni szpitalnej przez p. D-ra Łopieńskiego i p. Dr. Werkeninównę — przeważnie w kilka minut po zastrzyknięciu jodipiny, w niektórych jednak przypadkach (szczeg. gdy chodziło o obserwację mechanizmu samego wypełniania się jamy) wstrzykiwanie odbywało się pod bezpośrednią kontrolą rentgenoskopową. Powyższą metodę stosowaliśmy dorychczas ok. 20 razy w 15 przypadkach szpitalnych. Zastrzykiwano od 15 do 40 cm.³ jodipiny; najbardziej odpowiednia wydaje się nam ilość od 15 — 25 cm.³; ilość ta jest zupełnie dostateczna do otrzymania wyraźnych zarysów jam, pomimo, że na całkowite ich wypełnienie nie starczyłoby prawdopodobnie ilości czterokrotnie większej (Lorey⁶ wprowadza 60 — 70 cm.³); nastrzykiwaliśmy przeważnie jeden, ewent. dwa płaty jednego płuca.

Wskazania do bronchografji.

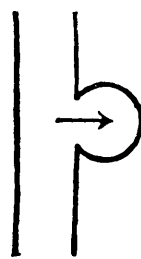
1) Najważniejsze pole do stosowania metody bronchograficznej stanowią rozstrzenie oskrzelowe wszelkiego rodzaju, niezależnie od sposobu ich powstawania i pochodzenia.

W tych przypadkach zwykły rentgenogram najczęściej nie daje żadnych wskazówek co do umiejscowienia i rozprzestwienia sprawy chorobowej. Właśnie rozdźwięk pomiędzy zmianami fizykalnymi i rengenologicznymi na niekorzyść tych ostatnich jest nader charakterystyczny dla bronchektazji i uważany jest nawet za moment różniczkowy, bowiem w gruźlicy przeciwnie badanie prom. Roentgena naogół wykazuje zmiany większe, aniżeli badanie fizykalne. Rzadko tylko udaje się otrzymać t.zw. „gąbczastą budowę“ (Fig. 8), szczeg. odcinków przywnekowych (zdjęcie małych odcinków klatki piersiowej, t. zw. „Auschnittsphoto“³)¹¹) lub też wyraźniejsze zarysy jam rozstrzeniowych, całkowicie powietrznych lub o równym poziomie płynu z pęcherzem gazu nad nimi. Również rzadko daje się wykazać opisana przez Holzknechta zmiana obrazu rentgenologicznego w zależności od napełnienia oskrzeli ich wydzieliną (zdjęcia po podaniu środków wykrztuśnych i narkotyków). Poza-tem analiza zwykłych zdjęć niezawsze jest łatwa, gdyż obraz wikła się przez nacieki płucnozapalne, wzmożenie rysunku naczyniowego (rozszerzenie naczyń), rozedmę zastępczą, zrosty opłucnowe i wresz-

cie przez zmiany bliznowate mięszu płucnego i opłucny, dające często jednolity nasycony cień, zlewający się z cieniem serca i kręgosłupa, w którym niepodobna zauważyć jakichkolwiek szczegółów; jedynie metoda kontrastowa pozwala rozpoznać z całą dokładnością ciężkie zmiany tam, gdzie zwykle zdjęcie pozwala jedynie domyslać się ich istnienia.

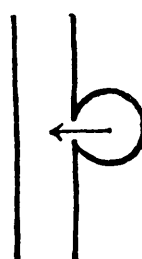
Metoda kontrastowa umożliwia wykrycie rozstrzeni oskrzelowych we wczesnym okresie ich tworzenia się, co niezmiernie powiększa szanse i zakres leczenia (np. wczesna odma), a zarazem polepsza rokowanie w tych przypadkach. Zapomocą metody kontrastowej z łatwością również wykryć się dają rozstrzenie oskrzelowe w tym odcinku pola płucnego, który w warunkach zwykłych jest zupełnie niedostępny dla promieni rentgenowskich, a mianowicie w lewej dolnej okolicy przykręgosłupowej, normalnie zasłoniętej przez serce. Ma to szczególne znaczenie w t. zw. „*mediastinitis posterior*“⁹). Do tych badań należy używać promieni twardszych, niż zwykle, tak, że na zdjęciach nie widać zupełnie serca, natomiast uwydatniają się wyraźnie nastrzyknięte oskrzela.

2) Z rozstrzeniami oskrzelowemi łączy się cały szereg spraw chorobowych, stanowiących wskazanie do zastosowania metody kontrastowej. Należą tu przede wszystkim przewlekłe ropienia głębszych odcinków narządu oddechowego, w których zwykłe metody badania nie dają dostatecznego pojęcia o dokładnem umiejscowieniu i rozprzestwieniu cierpienia. Dopiero wstrzyknięcie jodipiny lub lipjodolu może częstokroć wyjaśnić, z czem mamy do czynienia: czy z otorbionym ropniem pozapłucnym, międzypłatowym lub tak zw. „zawieszonym“, czy też z ropniem wewnątrzpłucnym; czy ropna płwocina sączy się z uchyłką po zoperowanym ropnem zapaleniu opłucny, czy też z rozstrzeni oskrzelowych, które powstały w tem miejscu na skutek marskości płuca; wreszcie metoda ta może być wielce pomocna przy różniczkowaniu pomiędzy ropniem płuca a rozstrzeni oskrzelową (t. zw. ropień bronchektatyczny), ewent. przy współistnieniu tych spraw: rozstrzenie posiadają zazwyczaj szerokie oskrzela doprowadzające, zaś ropnie komunikują się ze światem zewnętrznym za pomocą wąskiego otworu i wypełniają się gorzej lub też nie wypełniają się wcale. Uwidocznia to doskonale schemat, podany przez Sergenta i Cottenota⁸):



RYŚ I

rozstrzeń oskrzelowa
(p. Fig. 5)



RYŚ II

ropień płuca
(p. Fig. 9)

3) T. zw. „jamy nie me“. Na ostatnich zjazdach zarówno klinicystów, jak i rentgenologów sprawie tej poświęcono wiele miejsca i czasu. Po-

*) W ostatnich czasach francuzi stosują już metodę zgłębnikową ewent. krtaniową.

***) Opis szczegółowy metody patrz: Karbowski: Technika bronchografji.

kazywano zdjęcia z licznymi jamami gruźliczymi, bez jakichkolwiek charakterystycznych zmian fizykalnych. W takich przypadkach, szczeg. gdy chodzi o zastosowanie odmy, zaś zasrasy jam nie są zupełnie ścisłe, jedynym pewnym środkiem jest wypełnienie tych jam masą kontrastową, co przy zastosowaniu metody krtaniowej, odpowiedniego ułożenia chorego oraz małych ilości jodipiny jest małym zabiegiem, nawet, jeżeli chodzi o nastrzyknięcie górnej płata u ciężiej chorych.

Jamy nieme rozstrzeniowe bez wydzieliny (bronchiectasies seches), szczeg. wrodzone, mogą nie dawać żadnych objawów fizykalnych, ani rentgenologicznych; jedynie krwotoki płucne, występujące od czasu do czasu przy dobrym stanie ogólnym i przebiegające bez podniesionej ciepłoty, nasuwają podejrzenie istnienia rozstrzeni; w tych przypadkach metoda kontrastowa jest jednym z najcenniejszych sposobów badania. Również stosunek jamy do oskrzela doprowadzającego może być uwidoczony jedynie zapomocą metody kontrastowej.

4) Każdy zabieg chirurgiczny w zakresie dolnych odcinków narządu oddechowego powinien być poprzedzony nastrzyknięciem oskrzeli. Ma to na celu przede wszystkim upewnienie się co do jednostronności i dokładnego umiejscowienia sprawy, szczególnie przy oglądaniu stereoskopowem, następnie pozwala całkiem ściśle porównać istotny stan oskrzeli i jam płucnych przed i po zabiegu.

5) Stwierdzenie obecności i kierunku przetok oskrzelowo - opłucnowych i oskrzelowo - skórnych (ewent. płucno-skórnych), a tem samem stwierdzenie źródła płwociny ropnej możliwe jest częstokroć jedynie zapomocą wstrzyknięcia lipjodolu lub jodipiny do oskrzeli, ew. do jamy opłucnowej¹⁷⁾ w pierwszym przypadku lub też do przetoki skórnej — w drugim. Należy jednak zaznaczyć, że metodę kontrastową w tych przypadkach stosuje się dopiero wówczas, kiedy inne — prostsze metody zawodzą. Takimi metodami są: wstrzyknięcie eteru do jamy otorbionego ropnia opłucnowego (pacjent czuje wówczas smak eteru w ustach w przypadku przetoki opłucnowo-oskrzelowej) i wstrzyknięcie błękitu metylenowego do przetoki skórnej (natychmiastowe zabarwienie się płwociny na niebiesko) w przypadku przetoki skórno-oskrzelowej.

O. Wiesse³⁾ podkreśla, że metodę kontrastową należy stosować w każdym poszczególnym przypadku dopiero po rozważeniu, czy jest ona rzeczywiście konieczna i niezastąpiona.

6) Odnalezienie i umiejscowienie ciała obcego w oskrzeli zostało ułatwione dzięki temu, że lepka masa kontrastowa oblepia je i uwidacznia na zdjęciu.

7) Przebieg tchawicy i oskrzeli, a mianowicie: przeciągnięcie ich w jedną lub drugą stronę, tworzenie zagięć i kolanek (Fig. 11), uwidocznione zapomocą jodipiny lub lipjodolu, jest b. pomocne, gdy zależy nam na zorientowaniu się co do stanu śródpiersia i poszczególnych płatów płucnych (stopień marskości). Nieprawidłowy przebieg oskrzela tłumaczyć nam może uporczywie trwająca sprawa nieżyłowa w odpowiednim płacie.

8) Nowotwory oskrzeli i płuc mogą być często stwierdzone i dokładnie umiejscowione dopiero dzięki metodzie bronchograficznej.

9) Metoda kontrastowa umożliwia bliższe zapoznanie się z patofizjologją narządu oddechowego, a więc uwidacznia przenoszenie się infekcji gruźliczej zapomocą kaszlu, zachowaną drożność oskrzeli przy stosowaniu odmy sztucznej i t. d.

Kiedy bronchografia zawodzi?

Metoda kontrastowa pomimo swej niezwyklej efektywności i demonstracyjności nie powinna być jednak przeceniana, posiada ona bowiem pomimo swych licznych zalet również dużo trudnych do ujęcia, a nawet ujemnych stron. Dotyczy to w pierwszej mierze, jak wogóle w medycynie klinicznej, przypadków t. zw. negatywnych. Niewypełnianie się jakiegoś odcinka drzewa oskrzelowego i przerywanie się oskrzeli (Fig. 4) może zależeć od całego szeregu czynników:

1) Okoliczności, związane z samem zastrzykaniem masy kontrastowej.

- a) zbyt mała ilość jodipiny ew. lipjodolu;
- b) wadliwa technika;
- c) nieodpowiednie ułożenie chorego;
- d) silny kaszel;
- e) nieznaczna ruchomość oddechowa danego odcinka płuc, skutkiem czego masa kontrastowa nie zostaje dostatecznie aspirowana.

2) Czynniki, związane z przebiegiem oskrzeli i ze stanem ich światła:

a) duża ilość gęstej wydzieliny chorobowej, zatykającej oskrzela. W przypadkach zatkania oskrzeli czopem śluzoworopnym, kiedy klinicznie stwierdzamy jedynie zniesienie całkowite oddechu i drżenia bez szmerów dodatkowych, również bronchografia może nie dać żadnych wyników, jeżeli lipjodol nie dostanie się do oskrzeli;

b) zagięcie oskrzela na skutek bądź to ucisku z zewnątrz, bądź też zmian bliznowatych wewnątrz światła; zwężenie oskrzela, obrzęk błony śluzowej mogą spowodować negatywny wynik bronchografji pomimo braku objawów klinicznych zatkania;

c) jeżeli kierunek oskrzela, doprowadzającego do jamy gruźliczej, różni się znacznie od kierunku siły ciężkości wprowadzonej masy, jama może się nie wypełnić.

3) Czynniki, związane ze zmianami w otoczeniu odcinka nastrzykniętego:

- a) ucisk pozapłucny (guzy i wysięki opłucnowe);
- b) nowotwory płuc i oskrzeli;
- c) ropnie zamknięte, nie dające obrazów jamy, a powodujące tylko uciśnięcie, przesunięcie lub zagięcie najbliższych oskrzeli.

4) Czynniki, związane ze stanem jam płucnych:

a) gdy jama ukrytego ropnia lub gruźlicza jest źle drenowana, t. j. połączona ze światłem zewnętrznym za pomocą wąskiego lub załamującego się oskrzela, jest ona stale przepełniona, a zaś zawartość jej wydzielą się powoli, jakkolwiek stale w kierunku oskrzela: dzięki wysokiemu ciśnieniu, jama podobna nie wchłania powietrza z oskrzeli, nie przedostanie się również do niej płyn kontrastowy. Odcinek jamy będzie wyraźnie różnił się od otoczenia, jako nienastryknięty; nie będziemy jednak w stanie orzec, czy przyczyną braku wypełnienia jest źle drenowana jama, nowotwór, czy też zbliźnowacenie miąższu płucnego i oskrzeli.

Widzimy więc, że najłatwiejsze do odczytania i orzeczenia są obrazy dodatnie, z nastrzyknięciem wyraźnym jam (np. fig. 6). Jednak i tu należy mieć się na baczności, bowiem nakładanie się rozmaitych warstw jodipiny w płucu może dać obraz t. zw. „gniazda gołębiego“ i imitować jamy.

Wątpliwości te najłatwiej rozstrzygnąć się dają, jeżeli wstrzykiwać będziemy jodipinę pod kontrolą prom. Roentgena, gdyż wtedy można stwierdzić naocznie stopniowe wypełnianie się jamy. Jak już wspominaliśmy poprzednio, postępowaliśmy w ten sposób w całym szeregu przypadków.

Zdjęcia napewno normalne (Fig. 1) otrzymujemy wtedy, kiedy wszystkie oskrzela nastrzykniętego płata wypełniły się do najdrobniejszych rozgałęzień. Powinno się właściwie dokonywać zdjęć w dwóch kierunkach: przedniotylnym i bocznym, gdyż to ostatnie zdjęcie da nam pojęcie o zachowaniu się zarówno przednich, jak i tylnych rozgałęzień oskrzeli. Pragnąc po zadecydowaniu rentgenografji otrzymać wyniki jasne i ścisłe, należy również pomyśleć o możliwości napotkania czynników, hamujących dopływ płynu kontrastowego do oskrzeli, i dążyć do ich ominięcia. Tą drogą będziemy pewni, że przyczyna „pustych“ odcinków na zdjęciu zależy od zmian w samym płucu. A więc chory z obfitą wydzieliną powinien otrzymywać przez kilka dni środki wykrztuśne, a bezpośrednio przed zabiegiem należy mu zastrzyknąć atropinę podskórną, aby możliwie wysuszyć oskrzela (p. przypadek 1); choremu z męczącym kaszlem podajemy kodeinę lub morfinę (ewent. morfinę z atropiną podskórną), chorem zaś nerwowym — podajemy w ciągu 2 dni spore dawki bromu. Jeżeli pomimo tych wszystkich ostrożności, na zdjęciu występują niedostatecznie wypełnione oskrzela, należy po kilku dniach zabieg powtórzyć (Sergent et Cottenot⁸), aby przekonać się, czy zjawisko powyższe jest stałe, czy przejściowe. D. i H. Ballon³)¹⁰) zalecają w przypadkach niedrożności oskrzeli stosowanie jednoczesne bronchoskopji i bronchografji, t. j. wstrzykiwanie masy kontrastowej przez bronchoskop. W ten sposób udaje się 1) stwierdzić charakter zwężenia i wygląd błony śluzowej oskrzela, 2) w razie zatkania jednego lub kilku oskrzeli, po uprzednim oczyszczeniu oskrzeli z nadmiernej wydzieliny i ewent. usunięcia czopu, zamykającego oskrzele — nastrzyknąć niewypełniający się za pomocą zwykłej metody odcinek. Metoda ta w porównaniu z nastrzykiwaniem oskrzeli strzykawką krtaniową jest już oczywiście większym zabiegiem.

Jak chorzy znoszą zabieg?

Zabieg chorzy znoszą prawie zawsze zupełnie dobrze. Forestier i Leroux²) na 300 przypadków nie mieli ani jednego powikłania, Lorey na 170 przypadków z kliniki Brauera w Hamburgu zauważył tylko w jednym przypadku podniesienie się ciepłoty po zabiegu, ale w tym przypadku zabieg (metodą zgłębnikową) zastosowano tuż po przebytem ostrem zapaleniu płuc odoskrzelowem, co powszechnie uważane jest za przeciwwskazanie do bronchografji.

Stosując metodę połykową (połykanie jodipiny przy znieczulonej nagłośni) otrzymywano często

objawy zatrucia jodem naskutek szybkiego wchłaniania się znacznych ilości połkniętego jodu.

Nasi chorzy znosili naogół zabieg doskonale nawet w przypadku bronchografji ambulatoryjnej. W jednym tylko przypadku chory skarżył się na krótkotrwałe uczucie osłabienia i nudności; objawy te wraz ze zblednięciem i rozszerzeniem źrenic są skutkiem wrażliwości na kokainę (10⁰/o!) i nie zależą od sposobu nastrzykiwania, ani też od ilości wprowadzonej masy kontrastowej. Próby zaś z zastosowaniem słabszych środków znieczulających (psikainy, nowokainy) dotychczas nie powiodły się.

W innym przypadku*) — u chorej ze stałą dusznością o typie wybitnie stenotycznym na skutek zwężenia lewego oskrzela głównego (Fig. 11), duszność ta wzmogła się po wstrzyknięciu jodipiny, prawdopodobnie na skutek zatkania całkowitego — oskrzela zwężonego, ewent. skutkiem działania kurczowego na oskrzela zdrowego płuca (odruch trzewiowo-trzewiowy).

Jak długo zostaje masa kontrastowa w płucu?

Sergent i Cottenot stwierdzili, że w ciągu doby po zabiegu chory wykasłuje 1/2 do 2/3 ilości zastrzykniętego lipjodolu; część masy kontrastowej zostaje przytem połknięta, ulega wchłanianiu i wydziela się z moczem; w ciągu następnych dni wchodzi w grę lipodierea tkanki płucnej i wchłanianie przez śluzówkę oskrzeli. Czas, po którym można jeszcze wykazać lipjodol, ewent. jodipinę w płucu, waha się od kilku dni do szeregu miesięcy i zależy od tego, czy masa kontrastowa dostała się do normalnych oskrzeli w odcinkach płuc, dobrze wentylowanych, czy też do jam rozstrzeniowych, otoczonych grubą warstwą tkanki łącznej, unieruchomionych i niedostatecznie drenowanych, i od tego, jaka część masy kontrastowej dostanie się do samych pęcherzyków płucnych.

Na naszym materiale mogliśmy jeszcze po wielu tygodniach stwierdzić ślady jodipiny na ekranie.

Zaznaczyć musimy, że tak długotrwałe nieraz pozostawanie masy zastrzykniętej w oskrzelach nie powoduje, jak to wykazały badania licznych autorów, żadnego odczynu ze strony tkanek otaczających¹⁰)¹⁴).

Przeciwwskazania do bronchografji.

Ostre stany gorączkowe, ostre zapalenie płuc płatowe lub zrazikowe stanowią przeciwwskazanie do zabiegu; należy przeczekać nawet pewien czas po spadku ciepłoty, aby nie otrzymać obostrzenia sprawy. Średnio ciężkie postacie gruźlicy płuc same przez się nie są przeciwwskazaniem do zabiegu; jednak powinno się w tych przypadkach wstrzykiwać jaknajmniejsze ilości masy kontrastowej (np. 12 do 15 cm.³) i zabieg wykonywać tylko wtedy, gdy jest on bezwzględnie konieczny. Na naszym oddziale bronchografji w gruźlicy płuc nie stosujemy. Postacie serowate gruźlicy płucnej i wogóle ciężki stan chorego, duże wyniszczenie¹⁰) stanowią prze-

*) A. Landau i M. Fejgin. Przypadek przewlekłego zapalenia śródpiersia. (W druku).

ciwswskazanie do zabiegu. Również przeciwwskazana jest bronchografia w stanach chorobowych, w których nie wolno podawać jodu, a więc wole gruczolakowe (*struma adenomatosa s. nodosa*), marskość zanikowa nerek i t. d. Co się tyczy nadwrażliwości osobniczej na jod, to zdania autorów są sprzeczne: gdy np. Walter Landau lub O. Wiese zalecają w każdym przypadku uprzednie próbne podawanie małych dawek KJ, D. i H. Ballou³⁾ z Kanady podają przypadek, w którym pomimo całkowitej nietolerancji skóry w stosunku do nalewki jodowej i występowania przy tem gwałtownych objawów ogólnych, zastrzykiwania podskórne i dooskrzelowe lipjodolu (w ilości 15 cm.³⁾) nie powodowały żadnego odczynu.

Wysiekowe zapalenie opłucny i odma sztuczna nie stanowią bezwzględnie przeciwwskazania do bronchografii, tutaj może ona być pomocna przy ocenie stopnia ucisku płuca.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z I-go Oddziału Szpitala Wolskiego
(Ordynator: Dr. A. LANDAU).

Uwagi w sprawie techniki wprowadzania płynów kontrastowych do oskrzeli.

Podał

B. KARBOWSKI (Warszawa).

Pomimo czteroletniego doświadczenia klinicznego poglądy na znaczenie dżagonostyczne bronchografii nie są jeszcze ustalone. Są badacze, którzy metodę badania oskrzeli za pomocą płynów kontrastowych przeceniają, nie da się jednak zaprzeczyć, że jest to znaczny postęp w rentgenografii płuc. Jak wiadomo, w przeciwieństwie do rentgenografii miąższu płucnego rentgenografia oskrzeli napotykała nieprzewidywane trudności, normalna bowiem ściana oskrzeli ma delikatną budowę i przenikliwa jest dla promieni Roentgena, słup powietrza zaś w oskrzelach na kliszy rentgenograficznej nie odcina się dostatecznie od powietrza normalnych pęcherzyków płucnych. Natomiast oskrzela w przecięciu porzecznem lub skośnem mogą być widoczne na kliszy w postaci owalu lub koła; również patologicznie zmieniona ściana oskrzeli i okołoskrzelowe nacieczenia zapalne wraz z naczyniami, przebiegającymi wzdłuż oskrzeli, dają się uchwycić na kliszy bez masy kontrastowej. Obrazy te nie dają nam jednak pojęcia o kształtach patologicznie zmienionych oskrzeli, nie dają nam pojęcia o stopniu rozszerzenia oskrzeli.

Pierwsze próby uwidocznienia na kliszy oskrzeli za pomocą masy kontrastowej były robione na¹⁾ zwierzętach przez Springera w 1906 r. Springer wprowadzał jodoform i bizmut. Teleman w roku 1913 zastosował u królików emulsję bizmutową. Pierwsze próby na ludziach robił Weingärtner za pomocą *Torium ozydatum anhydricum*. Preparat ten w ilości 5 gr. wprowadzo-

Własności lecznicze metody kontrastowej.

Działanie lecznicze wstrzykniętej do jamy rozstrzeniowej jodipiny jest dotąd jeszcze sporne i niestałe. Opisywane są pojedyncze przypadki znacznej poprawy po zabiegu (m. inn. przyp. Doc. D-ra Grudzińskiego i D-ra Karbowskiego na zjeździe rentgenologów dnia 29. XI. 1927 r. w Warszawie), w porównaniu jednak z setkami przypadków, podanych w piśmiennictwie, w których żaden wpływ leczniczy się nie ujawnił, przypadki z dodatnim wpływem leczniczym są nieliczne. W celach leczniczych wprowadza się jodipinę lub lipjodol dokrtaniowo co 6 — 8 tygodni. Źród naszych chorych większość nazajutrz, a nieraz i w parę dni po zabiegu twierdziła, iż zaznali od niego ulgi; do tej poprawy podmiotowej prawdopodobnie przyczyniał się wykrztuśny wpływ leku. Poprawy podmiotowej po jodipinie nie stwierdzaliśmy. (Dok. nast.)

ny został do oskrzeli przez bronchoskop. Metoda ta w trzech przypadkach dała zadawalające wyniki. W roku 1921 Lynah wprowadził przez bronchoskop emulsję z dwuwęglanu bizmutu w oliwie i wypełnił jamę ropnia w środkowym płacie. Bronchografia staje się metodą kliniczną dopiero wtedy, kiedy Sicard i Forestier zastosowali jako płyn kontrastowy lipjodol — związek organiczny jodu w *oleum sesami* zawierający 0,54 gr. czystego jodu w jednym cm. sześcienn. Niemieccy badacze, chcąc sprawdzić znaczenie dżagnostyczne bronchografii, a nie mając możliwości otrzymania lipjodolu, jako płynu kontrastowego używali 40% jodipiny Mercka, która okazała się pod każdym względem preparatem równowartościowym.

Technika wprowadzania płynów kontrastowych nie jest jednolita.

Forestier i Leroux wprowadzają lipjodol za pomocą przekłucia przestrzeni między chrząstką obrączkową a tarczową. Zabieg zostaje wykonany w znieczuleniu miejscowem. Armand Delille posługuje się trójgranicem zakrzywionym — o krzywiznie rurki tracheotomijnej z blaszką poprzeczną. Po usunięciu trójgranicza pozostaje rurka, która ma dobry punkt oparcia. Celem znieczulenia tchawicy i oskrzeli wprowadzają 2—3% nowokainę, a po kilku minutach lipjodol. Forestier i Leroux na 300 przyp. w jednym tylko przypadku obserwowali obrzęk śluzówki tchawicy z silną dusznością. Taki sam przypadek obserwował Armand Delille.

Znacznie prostszy jest sposób t. zw. poprzezgłośniowy (transglottidalny). Po znieczuleniu krtani i tchawicy wprowadzamy zgłębnik Nelatona, zaopatrzony w śrut, który przymocowany jest blisko otworu. Pod kontrolą aparatu rentgenowskiego, przechylając chorego na prawą lub lewą stronę, łatwo udaje się wprowadzić zgłębnik do prawego lub lewego oskrzela głównego. Celem nastrzyknięcia środkowego płata układamy chorego poziomo; jeżeli chcemy nastrzyknąć i górny

płat, nadajemy choremu położenie Trendelenburga; otwór zgłębnika musi być mniej więcej na wysokości środkowego lub górnego oskrzela. Płyn kontrastowy wprowadzamy do zgłębnika strzykawką 20-gramową. Posługiwanie się bronchoskopem dla wprowadzenia płynów kontrastowych do oskrzeli nie jest racjonalne, albowiem komplikuje niepotrzebnie bronchografię. Posługiwanie się bronchoskopem wskazane jest li tylko wtedy, kiedy zależy nam na obejrzeniu ścian oskrzeli.

Na zjeździe chirurgów 1925 r. Sgalitzer podał t. zw. metodę połykową. Po dokładnym znieczuleniu gardzieli i krtani daje się choremu lipjodol lub jodipinę do połykania, część płynu dostaje się do tchawicy i do oskrzeli. Metoda połykowa ma tę ujemną stronę, że znaczna część płynu kontrastowego dostaje się do dróg pokarmowych; metoda ta wymaga dużej ilości płynu kontrastowego, co przyczynia się do szybkiego wchłaniania jodu i powstawania zatrucia jodem.

Najprostsza okazała się metoda następująca, którą stosują już od roku w Niemczech: po znieczuleniu krtani i tchawicy za pomocą zwykłej strzykawki krtaniowej wyprowadzamy jodipinę lub lipjodol do krtani, kierując prąd na strunę głosową równoboczną do płuca, które zamierzamy badać. Po opróżnieniu pierwszej strzykawki 2-gramowej przechylamy chorego na bok. Mniej więcej co minutę wprowadzamy taką samą ilość, przechylając za każdym razem chorego na bok. Po zużyciu 10—15 gr., po każdorazowym dalszym wprowadzeniu tej samej dawki — 2-3 gramów, układamy chorego poziomo. Jeżeli pragniemy nastrzyknąć i górny płat, wprowadzamy do oskrzeli większe ilości do 50 gr. jodipiny, przyczem układamy chorego na bok w położeniu Trendelenburga. Jeżeli zamierzamy wprowadzić płyn kontrastowy do obu dolnych płatów, chory pozostaje przez cały czas w siedzącej pozycji, i płyn kierujemy na przednie ujęcie krtani.

Metodą tą posługiwałem się w 20 przypadkach. Z tych w 17 przypadkach udało się za pierwszym razem wypełnić dolny i środkowe płaty, w pojedynczych przypadkach i górny płat. W trzech przypadkach rentgenogramy były niezupełnie udane wobec niedostatecznego opróżnienia rozszerzonych oskrzeli z wydzielin przed wprowadzeniem płynu kontrastowego. Po zastosowaniu środków wykrztuszących i forsownego odkasływania bezpośrednio przed znieczuleniem udało się i w tych trzech przypadkach wypełnić rozszerzone oskrzela. Próba dokonania bronchografii za pomocą tej samej metody u 5-cio letniego chłopca nie udała się z powodu stanu podrażnienia krtani i tchawicy. Po zużyciu dopuszczalnej dawki kokainy nie udało się dostatecznie znieczulić krtani i tchawicy. Najmłodszy pacjent, u którego udało się przeprowadzić bronchografię, miał 12 lat. U tego pacjenta wobec wyraźnej poprawy podmiotowej płyn kontrastowy wprowadziłem 6 razy w odstępach dwutygodniowych. Za każdym razem ilość odkasływanej wydzieliny zmniejszała się, zapach silnie cuchnący zniknął. Poprawa trwała tylko tak długo, jak długo pozostawała jodipina w oskrzelach. U jednej chorej bronchografię przeprowadziłem ambulatoryjnie w zakładzie D-ra Kryńskiego. Zasadniczo jednak metoda ta winna być stosowa-

na w warunkach klinicznych, albowiem i przy umiejętnym obchodzeniu się z kokainą mogą wystąpić objawy zatrucia. Zarówno znieczulenie chorego, jak i wprowadzenie płynu kontrastowego korzystnym będzie wykonać w gabinecie rentgenologicznym, albowiem za pomocą prześwietlenia możemy prześledzić opadanie płynu kontrastowego, co może mieć znaczenie djagnostyczne.

Bronchografia dolnego i górnego płatów jest nietrudna i technicznie łatwo daje się opanować. Inaczej się rzecz ma z płatem górnym. Wprowadzenie dużych ilości płynów kontrastowych jest dla chorego nieobojętne i pod względem technicznym dość trudne.

Celem nastrzyknięcia górnego płata niekoniecznie musimy ułożyć chorego w pozycji Trendelenburga. Niejednokrotnie udawało mi się za pomocą kaszlu rozpylić płyn kontrastowy tak, że względnie małą ilością jodipiny od 15—20 gr. byłem w stanie otrzymać wyraźny obraz rentgenograficzny oskrzeli wszystkich płatów (patrz rys.). Jodipina dostawała się i do szczytu. Chodzi bowiem o to, że do otrzymania obrazu rentgenograficznego wystarcza cienka, ewentualnie nawet przerywana warstwa jodipiny, pokrywająca ściany oskrzeli. Z tego też wynika, że dla nastrzyknięcia wszystkich płatów jednego płuca niekoniecznie wprowadzać musimy tak duże ilości masy kontrastowej, jak tego żądają niektórzy badacze.

Celem stwierdzenia jam w płucach wystarczy jamę częściowo wypełnić. W jednym przypadku (patrz rentgenogram), w którym było 5 jam, z tych dwie dużych rozmiarów, udało się uwidocznic je względnie małą ilością jodipiny 25 cm.³. Jodipina, umiejscowiona w najniższym punkcie — w kształcie sierpa lub półksiężyca, daje nam pojęcie o obrazie anatomopatologicznym. Wprowadzenie większych ilości płynu kontrastowego jest przeciwwskazane przeważnie wtedy, kiedy jedno płuco na skutek sprawy chorobowej nie jest czynne. Przedostanie się większej ilości płynu kontrastowego do zdrowego płuca może spowodować silną duszność. W jednym przypadku po wprowadzeniu 20 gr. płynu kontrastowego, który przedostał się wyłącznie do zdrowego płuca, albowiem lewe oskrzele nie było drożne, u chorej wystąpiła silna duszność, która ustąpiła po wykrztuszeniu płynu kontrastowego.

Dzięki swemu wysokiemu ciężarowi gatunkowemu i śliskości jodipina przedostaje się szybko i łatwo do najdrobniejszych oskrzeli i nawet do pęcherzyków płucnych. Przyczyniają się w stopniu znacznym do przedostania się płynu kontrastowego do najdrobniejszych oskrzeli i pęcherzyków płucnych ruchy oddechowe. Niektórzy też kazać choremu podczas wprowadzania płynu kontrastowego głęboko oddychać. Są jednak autorzy, którzy są odmiennego zdania, albowiem uważają za niepożądane przedostawanie się płynu do pęcherzyków płucnych. W normalnych warunkach możemy uwidocznic na kliszy oskrzela do najdrobniejszych ich rozgałęzień. W przypadkach patologicznych mamy obrazy, odbiegające od obrazów normalnych; interpretacja tych przypadków nie jest trudna. Uwidocznienie na kliszy jam za pomocą płynów kontrastowych może się nie udać wówczas, gdy jama wypełniona jest ropą, lub też gdy doprowadzająca

gałęź oskrzela jest niedrożna, i płyn kontrastowy nie może się przedostać do jamy. Nieodpowiednie ułożenie chorego może też udaremnić usiłowania nasze wprowadzenia płynu kontrastowego do jamy. Będzie to miało wówczas miejsce, gdy doprowadzające oskrzele zajmuje takie położenie w stosunku do jamy, że mający wysoki ciężar gatunkowy płyn kontrastowy nie dostanie się do jamy.

Rzecz jasna, że sprawy chorobowe, które wywołują zatkanie światła bądź na skutek zmian w śluzówce, bądź to na skutek ucisku z zewnątrz (nowotwory, gruczoły), będą tamowały przedostanie się płynu kontrastowego do głębiej położonych rozgałęzień.

Jak długo masa kontrastowa pozostaje w oskrzelach?

Według Sergenta i Cottenota $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{3}$ płynu kontrastowego podczas kaszlu usunięte zostaje w ciągu pierwszej doby. W przypadkach rozstrzeni (*bronchiectasiae sacciformes*) płyn zalega dłużej. W przypadku własnym ślady jodipiny były jeszcze po 8 dniach. Płyn kontrastowy, jeżeli dostaje się do pęcherzyków płucnych, to zalega dłuższy czas. Z prac Rogera i Bineta wynika, że tkanka płucna ma takie same własności lipodiere-

tyczne, jak wątroba i gruczoły kreskowe. Proces oswobodzenia się pęcherzyków płucnych od masy kontrastowej jest długotrwały i b. skomplikowany. Obraz rentgenologiczny wówczas podobny jest do groniasto-guzkowej gruźlicy, o czym należy pamiętać. Zmiany, które powstają w mięszu płucnym na skutek zalegania jodipiny lub lipjodolu, są względnie niewinne, pomimo to powinno to być ostrzeżeniem, ażeby nie wprowadzać płynów kontrastowych do oskrzeli jedynie dla otrzymania ładnych obrazów rentgenograficznych.

Jakie są przeciwwskazania do bronchografji? Przeciwwskazane jest wprowadzenie płynów kontrastowych w przebiegu ostrych spraw płucnych, w przebiegu gruźlicy wysiękowej, w razie skłonności do krwotoków płucnych. Nie należy stosować bronchografji w okresie ostrego nieżyty tchawicy i oskrzeli. Wszyscy badacze, którzy rozporządzają większym materiałem, są zgodni w tem, że, jeżeli może być mowa o ujemnych stronach bronchografji, to wyłącznie ze względu na kokainę, bez której się obejść nie można, i którą nie wszyscy znoszą dostatecznie dobrze. Przy umiejętnym obchodzeniu się z kokainą wystarcza mała jej ilość do otrzymania dostatecznego znieczulenia krtani, tchawicy i podziału widlastego.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe.

Podstawy eksperymentalne i kliniczne biologji seksualnej.

Podał

Dr. Władysław STERLING (Warszawa).

(Dokończenie).

Daleko szersze zastosowanie od kastracji i rentgenizacji znalazła w a z o l i g a t u r a czyli podwiązanie przewodu odprowadzającego. Jeszcze przed badaniami Steinacha w 1899 r. stosował ją w Jeffersonville lekarz amerykański Charp u wychowañców zakładów poprawczych w celach leczniczych z powodu nadmiernej pobudliwości płciowej i gwałtownej masturbacji. Wyniki zabiegu tego miały być tak pomyślne, że wkrótce zaczęto go stosować w innych miejscowościach Stanów Zjednoczonych, rozszerzając wskazanie również na recydujących przestępców seksualnych, następnie na niebezpiecznych przestępców wogóle, na oligofreników, epileptyków i innych psychicznie chorych. Ruch ten rozszerzył się tak dalece, że według sprawozdania Worthingtona do stycznia 1925 roku poddano zabiegowi temu w 16 stanach Ameryki Północnej 3200 mężczyzn, zaś w jednym tylko stanie Kalifornijskim 2500 mężczyzn w okresie pomiędzy 18 a 40 roku życia. Operację tę stosował również Wagner von Jauregg ze skutkiem pomyślnym w przypadkach

gwałtownej masturbacji i chorobliwie wzmożonego popędu płciowego wyłącznie u osobników młodych po przebyciu okresu dojrzałości płciowej, zarówno u ludzi zdrowych, jak i u młodocianych hebefreników. Naogół wszakże wyniki te polegają na pewnej przemijającej zmianie w napięciu *libido* bez zmniejszenia się ogólnej sumy jego energii, nie mówiąc już o przypadkach hyperseksualizmu, których pochodzenie jest natury centralnej lub obwodowej zupełnie niezależnie od gruczołu płciowego, i gdzie zabieg operacyjny pozostaje bez żadnego wyniku.

Ku zupełnie odwrotnemu celowi zmierza operacja obustronnej wazoligatury w przypadkach niedomogi płciowej, które chirurg amerykański Benjamin określił nazwą juvenilnej impotencji czynnościowej z hipogonadyzmem somatycznym, dla której rozpoznania stan somatyczny jąder posiada znaczenie rozstrzygające. Prócz tej somatycznej postaci impotencji młodzieńczej wchodzi w grę zabieg operacyjny jako *ultima ratio* tylko dla takich przypadków niemocy wtórnej, w której wszystkie inne metody zawodzą. Naogół jednak rezultaty nie są zbyt zachęcające, ponieważ na 21 operowanych przypadków tej kategorii wynik pomyślny osiągnięto tylko w dwóch.

Zastosowanie wazoligatury w celu zwalczania objawów starości, wieku przedstarczego i przedwczesnej starości znane jest w nauce pod nazwą operacji odmładzającej Steinacha, jak-

kolwiek uprzednio wykonywana była ona już przez chirurgów w celach odmiennych. Steinach sam ogłosił trzy przypadki przedwczesnej starości, w której zabieg ten wywołał silny efekt płciowy, przyczem najdłuższy okres obserwacyjny wynosił wtedy $1\frac{1}{2}$ roku. Od tego czasu zabieg ten wykonywany był przez cały szereg autorów. Jedni z nich, jak Payr, Sand, Kohn, Schinz i Złotopolski nie spostrzegali absolutnie żadnych efektów widocznych, inni, jak Marinesco, Steindl, Marx, Mendel i Zeisse mieli wyniki drobne i przemijające, inni wreszcie jak Lichtenstern, Levy-Lentz, Holtr, Cramer, Lipschütz, Chetwood, Wolbort, Haire, Piotr Schmidt i Benjamn podają wyniki dodatnie. Zwłaszcza obfitym materiałem rozporządzają dwaj ostatni badacze, gdyż Schmidt stosował ją w kilkudziesięciu przypadkach, a chirurg amerykański Benjamin aż w 114. Naogół terapeutyczny efekt płciowy występuje w 40% obserwacji i to tylko w tych przypadkach, które wykazują ogólną poprawę całego stanu cielesnego, wobec czego wskazanie seksualne do zabiegu okazuje się bardzo ograniczone. W każdym razie nie sprawdziły się nadzieje, że wazoligatura podnosi sprawność wszystkich tkanek organizmu ludzkiego, że regresyjne zmiany w narządach starczych mogą być powstrzymane przez nową falę regeneracyjną, i że życie indywidualne w ten sposób może uleść przedłużeniu. Ważne jest, że operacja ta nie wywiera żadnych szkodliwych skutków na stan fizyczny i psychiczny osobnika. Jedyne wyjątek w ogłoszonym dotąd materiale stanowi przypadek K. Mendla, operowany w Berlinie przez Schlesingera, który zakończył się śmiertelnie i w którym bezpośrednio po nałożeniu obustronnej wazoligatury rozwinęła się psychoza o typie splątania aterosklerotycznego z urojeniami o treści erotycznej. Przypadek ten, w którym Mendel mówi słusznie o testitoksytozie, jest jeszcze jednym dowodem, że efekt operacji Steinacha jest natury czysto organoterapeutycznej, jako wynik masowej rezorpcji substancji nasieniowórczych pobudzający nabłonek płciowy i wznoszący gruczoł płciowy na wyższy stopień wydzielania.

O wiele poważniejszymi rezultatami leczniczymi poszczycić się może metoda transplantacji gruczołów płciowych, zastosowana u człowieka po raz pierwszy przez Lespinasse'a i wprowadzona na szeroką skalę podczas wielkiej wojny światowej przez Lichtensterna. Najważniejszymi wskazaniami do operacji tej są: 1) utrata i zanik jąder, 2) eunuchoidyzm i 3) homoseksualizm. Najlepsze wyniki daje wskazanie pierwsze. Lichtenstern dokonał u osobników, pozbawionych jąder wskutek urazu wojennego lub operacyj, licznych przeszczepień jąder ludzkich normalnych lub kryptorchicznych. Doświadczenia jego, jak również i innych autorów (Stieve, Haubenreisser, Kreuter, Enderlen, Mühsam) wskazują, że homoplastyczna transplantacja gruczołów płciowych w przypadkach ich utraty z ciężkimi objawami następczymi natury (seksualnej i psychoseksualnej — jest zabiegiem, rokującym jak najlepsze nadzieje lecznicze. Już w kilka dni po operacji występują erekcje i przebudzenie się pewnych zainteresowań erotycznych,

następnie zjawiają się mniej lub więcej silne wytryski (wydzielina stercza), występuje *libido*, przyczem we wszystkich operowanych przypadkach powróciła zdolność spółkowania. Najdłuższy okres obserwacyjny, którym rozporządza Lichtenstern, wynosi, bądź co bądź, 8 lat. Ciekawe jest przytem, że transplantacja dawała wyniki pomyślne nawet wtedy, kiedy kastracja traumatyczna sięgała okresu do 10 lat wstecz.

Nieco mniej pomyślne wyniki daje transplantacja w stanach hipogenitalizmu, przyczem wchodzi tu w grę tylko przypadki eunuchoidyzmu, w infantylizmie bowiem według doświadczenia Bauera efekt transplantacyjny jest zupełnie negatywny. W przypadkach, opisanych przez Lichtenstera oraz Fischera, wpływ pomyślny przejawiał się w postaci wzmocnienia *libido*, żywszych zainteresowań erotycznych, wzmocnionych erekcyj i t. d. Lichtenstern obok przypadków z wynikiem negatywnym i częściowym opisał dwa szczególnie interesujące spostrzeżenia, w których zabieg operacyjny spowodował powiększenie się jąder pacjentów do rozmiarów prawie normalnych z wytryskiem żywych spermatozoidów. Zasadnicze znaczenie posiada tu wiek pacjenta, który podlega operacji: transplantacje, dokonywane po 30 roku życia, dają zawsze wynik ujemny. Szczególnie interesujący jest przypadek Fischera, w którym pomyślny wpływ transplantacji u pacjenta, pozbawionego dotąd całkowicie popędu płciowego spowodował powikłanie w postaci popędu homoseksualnego z tendencjami wybitnie aktywnymi, ujawniając utajone usposobienie homoseksualne. Przypadek ten wskazuje, jak skomplikowane są podstawy teoretyczne dla zabiegów, mających na celu leczenie homoseksualizmu metodą transplantacyjną. Zabiegi te wyprowadzają się może nieco zbyt prostoliniźnie z teorii Steinacha, według której homoseksualizm jako wyraz dwupłciowo wytworzonego gruczołu płciowego uwarunkowany jest li tylko hormonalnie, stanowiąc w przypadkach krańcowych odchylenie hermafrodytyczne, którego cielesne cechy płciowe pozostają wprawdzie w zgodzie z gruczołem płciowym, natomiast cechy psychoseksualne odpowiadają płci odmiernej. Tak więc np. w homoseksualizmie męskim znajdować się mają w gruczole obok wyodrębnionych przez Steinacha t. zw. komórek M, wytwarzających hormon płciowy męski również komórki F, wytwarzające żeński hormon płciowy. W rozmaitych okresach życia przeważać mogą komórki jednego lub drugiego typu, zaś przy przewadze komórek F w myśl koncepcji antagonizmu inkretów — zachodzi nietylko erotyzacja w kierunku kobiecym, lecz również uwstecznienie w męskim rozwoju płciowym. Nie mam tu możności polemizowania z psychologiczną teorią homoseksualizmu Steinacha, w stosunku do której zastosować się dadzą analogiczne zastrzeżenia, jakie poczyniliśmy uprzednio w stosunku do obojactwa, zaznaczę tylko, że dowody histologiczne, jakimi starał się Steinach poprzeć swoją hipotezę, nie znalazły potwierdzenia ze strony innych badaczy. Stwierdził on mianowicie w pięciu przypadkach homoseksualizmu męskiego w jądrach obok wgłębienia części nasieniowórczej tworzy komórkowe, kształtem zbli-

zione bardzo do komórek luteinowych jajnika, uważając je za integralny składnik gruczołu płciowego w homoseksualizmie męskim. Natomiast badania następcze (Sternberg, Kolberg, Blum, Kyrle, Hansemann i Benda) nie mogły potwierdzić istnienia t. zw. komórek F w jądrach homoseksualistów, wobec czego pogląd o wyłączenie hormonalnem pochodzeniu homoseksualizmu pozbawiony jest dotąd dowodów faktycznych. Co się tyczy wyników leczenia homoseksualizmu za pomocą transplantacji, to, jak dotąd, są one niepewne i rozbieżne. Poza granicami dojrzenia płciowego szanse są naogół minimalne. Niektórzy badacze uważają za konieczne poprzedzić zabieg transplantacyjny jedno lub obustronną kastracją. Obok wyników całkowicie negatywnych (Stabel, Kruter, Foramitti) spostrzegane były efekty pomyślne, lecz przemijające (Mühsam, Fischer, Pfeiffer), zaś w jednym tylko z 8 przypadków Lichtensterna można było efekt pomyślny określić jako trwały. Wobec danych powyższych prawdopodobne jest, że znaczenie zabiegu operacyjnego polega tylko na tem, że transplantat uczynia tylko istniejące albo bardzo słabo zaznaczone nastawienie heteroseksualne, przyczem mechanizmy psychologiczne mają znaczenie decydujące.

Pozostaje mi jeszcze wspomnieć o dwóch badaczach, którzy starali się metodą t. zw. „odmładzania” popchnąć na nowe tory. Mam tu na myśli przede wszystkim próby na ludziach, dokonywane przez Dopplera, następnie zaś zabiegi operacyjne Woronowa. Doppler wychodził z założenia, że wyłączenie zaopatrujących naczynia włókien sympatycznych, jak to ma miejsce w operacji Leriche’a, prowadzi za sobą przekrwienie czynne odpowiedniego terytorjum naczyniowego. Ponieważ wobec drobnego kalibru tętnic, zaopatrujących gruczoły płciowe — operacja sympatektomji połączona byłaby ze znacznymi trudnościami technicznymi, przeto próbował on wyłączyć *sympathicus* na drodze chemicznej za pomocą pendzlowania odpowiednich naczyń 5-8 procentowym wodnym roztworem fenolu, który, jak wiadomo, uszkadza elektrycznie włókna sympatyczne. Wywoływane w ten sposób przekrwienie czynne powoduje wzmogłą produkcję hormonalną, powiększenie narządu i zwiększenie jego konsystencji. Materiał, na którym stosowany był zabieg powyższy przez samego Dopplera i na wiedeńskiej klinice neurologiczno-psychiatrycznej (zaburzenia miażdżycowe, *senium praecox*, stany hipogenitalizmu, urazy jąder, neurastenia płciowa), jest dotąd zbyt szczupły, ażeby można było z niego wyprowadzać jakiegokolwiek wnioski.

Co się tyczy operacji Woronowa, to o wysokiej wartości wprowadzonej przez niego techniki transplantacyjnej była mowa już poprzednio. Rozporządza on obecnie materiałem, przekraczającym 300 przypadków ludzkich, w których operacja dokonana była przez niego samego lub przez jego uczniów (Dartigues, Moutard, Didry). Ogólny efekt zabiegu, dokonywanego u starych ludzi, polegać ma: na zeszczupieniu ludzi otyłych wskutek lepszej przemiany materji, zmniejszeniu się ucisku w skroniach, regresji zmian zapalnych stercza, wzmoczeniu siły mięśniowej, przebudzeniu się władz pamięciowych i sił umysłowych oraz na

powrocie zanikłych od wielu lat funkcji płciowych. Zastanawia tu wszakże, że w przytoczonych w książce Woronowa historjach choroby brak jest jakichkolwiek danych obiektywnych, że wszystkie one polegają na zeznaniach własnych operowanych pacjentów, które, co prawda, stylizowane są w barwach jaknajbardziej różowych. To samo dotyczy również sfery płciowej pacjentów, co do której znajdujemy dane tylko ogólnikowe, zabarwione przytem w sposób zbyt subiektywny, ażeby można było wyciągać z nich pewne wnioski. W ostatnich czasach stosuje Woronow operację t. zw. „odmłodzenia” również i u starych kobiet, transplantując im jakoby z doskonałemi wynikami jajniki małpie do wielkich warg sromnych. Nie bez znaczenia chyba jest fakt, że zabieg operacyjny Woronowa nie wyszedł dotąd poza granice kliniki jego twórcy, i że jedyny operowany dotąd eksterytorjalnie przypadek — a mianowicie przypadek Schönbauera w klinice Eiselsberga — dał wyniki całkowicie ujemne zarówno pod względem cielesnym, jak płciowym oraz psychicznym.

Pozostaje nam jeszcze do rozstrzygnięcia pytanie, czy omówione tutaj zabiegi roszczą sobie słuszenie pretensję do nazwy „odmładzania”, i czy wogóle cały problemat odmładzania z punktu widzenia biologicznego można uważać za realny. Otóż pobieżne choćby rozpatrzenie praw, zarządzających ewolucją i różniczkowaniem żywego organizmu oraz histochemiczną strukturą organizmu starczego, zmusza nas do dania na zapytanie to odpowiedzi przeczącej. Wszystkie istoty żywe podlegają prawu ewolucji, które dotyczy zarówno istot organizowanych, stanowiących federację tworów elementarnych, jak i samych tych tworów, które rozwijają się na koszt własny. Komórki przychodzą na świat, rozmnażają się, rosną, kurczą się i wreszcie giną. Raz osiągnięte różniczkowanie komórek jest bezpowrotne — i podobnie jak komórka różniczkowana i spełniająca pewną funkcję nie może powrócić do stanu embrjonalnego, tak samo skazana jest ona na zagładę i śmierć, skoro starość i zużycie nie pozwalają jej nadal wypełniać swej funkcji. Rozwój indywidualny komórki przebiega nietylko nieomylną drogą, wykreśloną przez dziedziczność i odżywianie, lecz również i drogą etapów naprzemiennych procesów organizacji i dezorganizacji. Starzenie się przeto jest procesem witalnym bardzo skomplikowanym, któremu towarzyszą zmiany anatomiczne i histologiczne, jako wyraz zmian fizyczno-chemicznych oraz stanu koloidalnego rozmaitych tkanek. Rucicka oraz niezależnie od niego Marinesco wykazali, że organiczne i nieorganiczne koloidy posiadają określoną krzywą witalną, wskutek czego i komórki organizmu, składające się z kompleksu kolloidów, w ewolucji swojej idą również określoną drogą. Początkowo zachodzi postępująca utrata wody przez części składowe komórki, która nie ogranicza się do części składowych tkanki komórkowej, ale ogarnia również i jądro. Objaw ten występuje szczególnie wyraźnie w okresie starzenia się koloidów, gdzie wskutek utraty wody przez ziarenka rozpoczyna się aglutynacja. Następnym ważnym bardzo objawem jest zmniejszenie się napięcia elektrycznego nietylko pomiędzy tkanką komórki

i jądra, ale również pomiędzy różnymi ziarenkami tkanki komórkowej. Dodać do tego należy, że starca komórka nerwowa zatracą swój zapas nukleiny, że przeciężona jest ogromną liczbą ciałek tłuszczowych, a jej ziarnistości oksydaz zastąpione są w znacznej mierze przez lipofuscynę. Z danych powyższych widać, że najtęższe umysły, zmierzające do przedłużenia wygasającej energii witalnej od Brown-Séquarda począwszy poprzez teorię Miecznikowa aż do eksperymentów Steinacha i Woronowa, uległy błę-

dowi nadmiernej symplicacji złożonego zjawiska starości, i że osiągnięte przez nich rezultaty nie mogą być uważane za odmłodzenie, gdyż zjawiska biologiczne są nieodwracalne. Wazoligatura czy transplantacja może na pewien czas tylko ożywić aktywność roślinnego układu nerwowego, ale nie jest w stanie wskrzesić czynności fermentów komórkowych i usunąć zmian bezpowrotnych w koloidalnej strukturze komórek, to też problemat sztucznego odmładzania, jak był, tak i nadal na zawsze pozostanie chimera.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Zagadnienia ogólne.

∞ R. MUHSAM. Was kann und wann muss der praktische Arzt operieren? (Str. 118. Wyd. G. Thieme, Lipsk 1928. Cena kart. 5 mk.).

W małej tej książeczce znajdziemy bogatą treść i wiele praktycznych wskazówek. Całość została podzielona na część ogólną i część szczegółową. W części ogólnej mamy wskazówki, dotyczące stworzenia warunków operowania, wyboru odpowiedniego miejsca w domu lekarza i w mieszkaniu pacjenta, asysty, narzędzi, sposobów znieczulania. W tejże części zostały opisane zasadnicze zabiegi (przecięcie tkanek, opanowanie krwawienia, opatrunek, nakłucie i aspiracja, zastrzykiwanie, niszczenie tkanek, zgłębnikowanie i rozszerzanie kanałów), wskazania do operacji nagłych i ich wykonywanie, zabiegi na rozmaitych rodzajach tkanek (skóra, ścięgna i mięśnie, nerwy, naczynia krwionośne, kości i stawy). Część szczegółowa zawiera opisy techniki operacyjnej na głowie, szyi, klatce piersiowej, kręgosłupie, jamie brzusznej, prostonicy, narządach moczopłciowych, kończynach.

Przy czytaniu książeczki Prof. R. Mühsama nasunęły się recenzentowi pewne uwagi. Do znieczulania palca według Obersta należy używać nowokainy bez adrenaliny, a nie z nią, jak podaje autor. Chlorek etylu, według dosyć dużego osobistego doświadczenia recenzenta, nadaje się do pełnej narkozy (do długich zabiegów). W zaburzeniach sercowych podczas narkozy skuteczniejsza od kamfory jest koramina.

Nie znajdujemy w książeczce wskazań do wycięcia i szwu pierwotnego rany. Szkoda, że pominięto stosowanie diatermji chirurgicznej do niszczenia drobnych guzków (brodawki, naczyniaki), jakoteż w leczeniu czyraków. W leczeniu żyłaków kończyn dolnych pominięto salicylan sodu. Pomimo tych drobnych usterek książeczka posiada bardzo dużą wartość dla lekarza praktyka.

J. R.

GOŁOWIEW. W sprawie konstytucji rakowatej. (Wrac. Gaz. Nr. 24. 1927 r.).

Na podstawie 755 sekcji, w tej liczbie 13,24% zmarłych na raka, w 70% przypadków stwierdzono określoną konstytucję, opisaną przez Benekego i Rokitańskiego w sposób następujący: dobrze rozwinięty układ mięśniowo-kostny, duże serce z obwodem tętnicy głównej większym od obwodu tętnicy płucnej, małe płuca i duża wątroba. Rak u osobników tej konstytucji występuje między 40—50 rokiem życia, Między rakiem a gruźlicą jest pewien antagonizm. Na 100 zmarłych na raka tylko w 38 przypadkach stwierdzono zrosty opłucny. U chorych na raka schorzenia naczyń i nerek nie należą do częstych. W wywiadach rzadko są wymieniane przebyte choroby w wieku dziecięcym.

Sz. T.

Bakterjologia i serologia.

J. SMITH. Dalsze badania nad klasyfikacją serologiczną paciorkowców hemolizujących. (Journ. of hygiene. 1926).

Badania antygennych własności paciorkowców płonicy i innego pochodzenia wykazują istnienie bliskiego powinowactwa pomiędzy temi grupami.

210 szczepów, otrzymanych z przypadków płonicy, udało się podzielić na kilka typów. Do I typu zostało zaliczone 119 szczepów, do II typu — 57 szcz. do III typu — 3 szcz., do IV typu — 10 szcz., do V typu — 1 szcz., do typu X — 8 szcz. i 5 nie zaliczono do żadnego z typów. Szczepy, które aglutynowały się sur. typów I, II, III, IV, X, pochodziły nietylko z przypadków płonicy, ale również od innych chorób. Poszczególne epidemie mogą być wywoływane przez jeden z tych typów paciorkowców płonicy. Powikłania ropne mogą być wywołane przez ten sam typ albo inny.

F. Przesmycki.

GRIFFITH FRED. Typy paciorkowców i ich stosunek do płonicy. (Journ. of Hyg. 1927, t. 26).

222 szczepy paciorkowców płoniczych zostały zbadane, z nich 156 szczepów aglutynowało się jedną z czterech surowic. Do typu I zaliczono 10 szczepów, do II typu — 57 szczep., do III typu — 45 szczep. i do IV — 44 szczep. 66 szczepów nie udało się zaliczyć do żadnego z tych typów.

Typ II paciorkowców płoniczych spotyka się w b. ciężkich przypadkach z komplikacjami i znajduwany był tylko w związku z płonicą. Przy badaniu rodzin, w których kilku osobników zachorowało na płonicę, najczęściej znajduwano ten sam typ paciorkowca płonicy. Istnieje pewien związek pomiędzy wyglądem kolonii a typem paciorkowców płonicy, tak np. kolonie typu III są wilgotne po 48 g. natomiast kolonie typu I i II są suche. W różnych epidemjach jeden z tych typów może przeważać.

F. Przesmycki.

KIRKBRIDE M. i WHEELER M. Nosiciele hemolizujących paciorkowców i ich stosunek do szerzenia się płonicy. (Journ. Amer. Med. Assoc. 1927, Nr. 89).

Hemolizujące paciorkowce, wydzielające silne jady, były otrzymane od rekonwalescentów po płonicę od 30 dni do 6 miesięcy od początku choroby.

W dwóch przypadkach udało się stwierdzić zachorowanie na płonicę w związku z nosicielstwem.

F. Przesmycki.

SMITH J. Aglutynacja paciorkowców hemolizujących przez surowicę chorych na płonicę. (J. of. Am. Med. Ass. 1927, Nr. 89).

Podczas przebiegu płonicy najczęściej w 3 tygodniu choroby zjawiają się aglutyniny dla paciorkowców płonicy. Miano takich surowic waha się od rozcieńczenia $\frac{1}{25}$ do $\frac{1}{200}$.

F. Przesmycki.

D j a g n o s t y k a.

LENOIR i BRODIN. Punkt okołopępkowy prawy i jego znaczenie w cierpieniach odźwiernika i dwunastnicy. (Arch. de mal. de l'app. dig. listopad 1927 r.).

Autorzy opisują punkt, leżący tuż na prawo od pępka, szczególnie czuły na ucisk w pozycji stojącej.

U osobników, u których objaw powyższy występował wyraźnie, autorzy systematycznie stwierdzali: 1) skurcz odźwiernika z zaleganiem treści, 2) bóle, występujące w kilka godzin po jedzeniu, 3) zniekształcenie opuszki dwunastnicy z zaleganiem treści w dwunastnicy lub też zbyt szybkie jej posuwanie się w tym odcinku jelita. Autorzy uważają, że objaw bolesności okołopępkowej prawej stoi w związku ze skurczem odźwiernika lub dwunastnicy, nie mogą jednakże narazie umiejscowić cierpienia, warunkującego tę bolesność.

B. Goldstein.

SAVIGNAC i MARESCHAL. Plexalgia iliaca sinistra. (Arch. des mal. de l'app. dig. listopad 1927).

Autorzy opisują stan chorobowy, polegający na bolesności przy ucisku na tętnicę biodrową lewą, zależnej od czułości spłotu okołotętniczego, tu położonego. Bolesność ta szczególnie wyraźna przy rozmaitych wstrząsach i wysiłkach fizycznych, uspakaja się po wypoczynku. Podczas głębokiego obmacywania bolesność staje się żywsza. Bóle powyższe etiologicznie stoją w związku z cierpieniami dróg moczowych, narządów rodnych kobiecych, najczęściej zaś z opadnięciem trzew. połączonym z zaparciem stolca i zastojem w esicy.

Lecznico autorzy zalecają środki, uspakajające układ współczulny, względnie ogólnie kojące obok leczenia cierpienia podstawowego.

B. Goldstein.

Lecznictwo.

∞ P. CLAIRMONT i R. v. d. VELDEN, P. WOLEF. Die Bekämpfung des Blutverlustes durch Transfusion und Gefäßfüllung: (Str. 78, 5 rys. Wyd. G. Thieme, Lipsk 1928 r. Cena kart. 3 M. 60 F.).

Przetaczanie krwi tego samego gatunku (ludzkiej człowiekowi) z odpowiednio dobraną grupą i udoskonalenie techniki zabiegu rozwiązało szczęśliwie zagadnienie. Skwapliwie z tego korzystają lekarze na Zachodzie i stosują transfuzję krwi na szeroką skalę, dzięki czemu mają już duże doświadczenie, przyczem wskazania w tej dziedzinie zostały znacznie rozszerzone. U nas, niestety, jak w wielu innych sprawach, brak inicjatywy, i panuje opieszałość. Wielu naszych lekarzy zupełnie niesłusznie boi się transfuzji krwi, gdyż brak im dokładniejszych wiadomości z tej nowej dziedziny. Dla tych właśnie przede wszystkim małe dziełko niemieckie okaże się bardzo pożyteczne, dając podstawy naukowe metody, praktyczne wskazówki, jak badać grupy krwi, opis techniki transfuzji, wskazania do niej, stosowanie przetaczania krwi u osesków, wyniki. Znajdźmy tutaj również o zastosowaniu innych środków, mających zamienić utraconą krew (normosal, tutofuzyna, rozczyń soli fizjologiczny).

Piśmiennictwo obce, dotyczące transfuzji krwi nie tylko w przypadkach ostrej niedokrewności, ale i we wtórnych anemjach, skazach krwotocznych, zmniejszonej krzepliwości, charłactwie, pooperacyjnym osłabieniu mięśnia sercowego, w owrzodzeniach, sprawach zakaźnych, anemji złośliwej, zatruciach, anemjach pokarmowych u osesków i t. d. rośnie z dnia na dzień, ale bez naszego udziału. Wiemy już, że działanie przetocznej krwi nie jest wyłącznie mechaniczne (wzmoczenie krzepliwości, zczyny, ciała odpornościowe, wpływ obcego białka i t. p.). Przy powtórnych transfuzjach niema obawy o anafilaksję, gdy zmieniamy dawkę. Idealna będzie tylko krew niezmiętna, bez obcych domieszek (cytrynianu sodu i t. p.).

J. R.

W. BECK. O lekach, zastępujących adrenalinę. (Ther. der Geg. 1928 Nr. 1).

Ujemną stroną adrenaliny, środka poniekąd bardzo cennego, szczególnie jako pobudzającego układ współczulny, jest przede wszystkim jego zbyt wielka nietrwałość. Z tego więc powodu można stosować adrenalinę tylko w postaci zastrzykiwań. Lecz nawet tą drogą wprowadzona do ustroju adrenalina bardzo szybko się rozkłada. Przyczyną zaś tak szybkiego rozkładu jest odczyn alkaliczny soków i tkanek ustrojowych — warunki bardzo niekorzystne dla działania adrenaliny. Oddawna szukano więc środków, mogących zastąpić adrenalinę, a nieposiadających jej braków.

Środek taki znalazł się w postaci e f e d r y n y, alkaloidu krystalicznego z rośliny *ephedra vulgaris helvetica*. Pod względem budowy chemicznej różni się od adrenaliny brakiem dwóch grup hydroksylowych w pierścieniu benzolowym, posiada natomiast dodatkową grupę metylową. Właśnie brak powyższych grup hydroksylowych powoduje większą trwałość efedryny. W dawce, stokrotnie przewyższającej dawkę adrenaliny, powoduje efedryna: wzmoczenie ciśnienia krwi bez następczego obniżenia, zwolnienie i wzmocnienie czynności serca, przyspieszenie tempa oddechów, które stają się głębsze. Jednocześnie ustępuje skurcz mięśni gładkich oskrzelików, co ma znaczenie w leczeniu dychawicy oskrzelowej. Wzmoczenie napięcia mięśni gładkich jelita oraz macicy jest zupełnie wyraźne. Natomiast ilość cukru we krwi nie zwiększa się. Dawka trująca jest około 2000 razy większa od leczniczej.

Preparat syntetyczny o podobnej budowie do efedryny udało się otrzymać firmie Merck, która go wprowadziła pod nazwą e f e t o n i n y. Poza nieczynnością optyczną ma się niczym nie różnić od efedryny.

Działanie tych preparatów zostało już wielokrotnie zbadane, autor może również potwierdzić dodatnie wyniki na zasadzie materiału własnego. Naprzykład, w zapaściach, w dychawicy oskrzelowej 1—2 tabletki po 0,05 dawały wynik zdumiewający. Przytem środek można podawać bez szkody dla chorego przez czas dłuższy.

Dodatek efedryny do skopolaminy umożliwia stosowanie skopolaminy w całym szeregu przypadków, w których dotychczas była przeciwwskazana, jak np. w miażdżycy i t. p., lub też podniesienie dawek skopolaminy do 0,003 przy jednoczesnym podaniu 0,075 efedryny.

Z innych środków tej grupy należy wymienić s t r y p h n o n, czyli metylamino-azetoc-pyrokatechinę. Ma on głównie zastosowanie w tamowaniu krwotoków, szczególnie mięszkowych, wskutek długotrwałego działania, zresztą podobnego do adrenaliny. Używany bywa także jako dodatek do nowokainy w znieczuleniach miejscowych. W stosowaniu podskórnym występują niekiedy przykre objawy na skutek długotrwałości działania, dlatego też stryfnon jeszcze nie znalazł szerszego zastosowania. Ostatecznego sądu o nim narazie wydać nie można. Inny środek tej grupy — s y n t h o l jest jeszcze mało zbadany. Próbowano go używać w dentystyce oraz zewnętrznie w schorzeniach mięśni i stawów, gdyż poza właściwym działaniem na układ współczulny, ma wybitne działanie kojące.

B. Goldstein.

M. MEKLENBURG. O działaniu leczniczych dawek arsenu na przemianę materji. (Therap. der Gegenwart Nr. 7—1927).

Autor zdaje sprawozdanie z wyników badania zachowania się przemiany gazowej pod wpływem leczenia arsenowego. Badań dokonano na ludziach zdrowych lub niegorączkujących gruźlikach. Jako preparat arsenowy stosowano solarson we wstrzykiwaniach podskórnych.

Spostrzeżenia dotyczą 7 przypadków; w 5 z pośród nich autor stwierdził szczególnie, nieznanne dotychczas działanie so-

larsonu na przemianę materji. Przy pozostającym bez zmiany lub zmniejszającym się wchłanianiu tlenu wzrasta wydzielanie dwutlenku węgla, podczas gdy waga ciała badanego, chociaż nie uda się stwierdzić zatrzymania wody, wzrasta. Osiąga się więc przybytek tkanek przy wzmożonym utlenianiu, a bez zwiększonego przyjmowania tlenu. Utlenianiu więc w tych warunkach mogą podlegać jedynie substancje, zawierające dużo tlenu, względnie takie, które dla spalania potrzebują bardzo mało tlenu. Powiększanie się współczynnika oddechowego, przy niezmiennym lub zmniejszonym zapotrzebowaniu tlenu, można wyjaśnić jedynie przez zwiększony rozkład węglowodanów lub zespółów o budowie, zbliżonej do węglowodanów, a pochodzących z białka. Wzmożony rozkład tłuszczów, potrzebujących dla utleniania wiele tlenu, jest w tych warunkach wyłączony. Działanie małych dawek arsenu polega przeto na powiększaniu przemiany węglowodanowej przy jednoczesnym oszczędzaniu tłuszczów, względnie nawet przy wzroście ilości tłuszczów ustrojowych, o ile zostaje on umożliwiony przez zwiększoną dostawę kaloryczną.

Autor rozważa również możliwość, czy zwiększona ilość wydzielanego CO₂ nie zależy od wzmożonego oddawania CO₂ przez krew wskutek zmniejszenia się zasobu zasad. Ewentualność ta, według autora, nie wchodzi tu w rachubę, albowiem osoby badane czuły się przez cały czas spostrzegania bardzo dobrze, nie wykazywały żadnych oznak procesów dyssymilacyjnych oraz przybierały na wadze, co byłoby niemożliwe przy jednoczesnym zakwaszeniu krwi.

Zwiększenie się współczynnika oddechowego po wstrzykiwaniach solarsonu wyjaśnia nam jeszcze jeden niezrozumiały dotychczas szczegół, mianowicie doskonałe samopoczucie po małych dawkach arsenu, które nie mogłyby iść w parze z uznaniem dawniej zmniejszeniem ogólnej przemiany materji.

J. Typograf.

Choroby płuc.

ENGELMANN. O obrazie pneumotachograficznym w dychawicy oskrzelowej. (D. Arch. f. Klin. medicin, tom 157 zes. 5/6).

Autor stwierdza u chorych na dychawicę oskrzelową dość charakterystyczny typ wykresu pneumotachograficznego.

B. G.

TAMARIN. Leczenie dychawicy oskrzelowej siarkanem magnowym. (Wracz. Gaz. Nr. 24 1927 r.)

Wstrzykiwano podskórnie 25% sol. Mg. SO₄ od 1 — 8 cm³ z przerwami od 2 — 5 — 8 dni. Po 10 — 15 zastrzykiwaniach badano krew na zawartość eozynofiliów. Rozczyn do każdego zastrzyknięcia robiono świeży. Z 32 chorych, którym zrobiono 351 zastrzyknięć, 26 podczas samego leczenia nie miało ataków; 12 z nich po dłuższej przerwie zapadało na astmę, przerwy jednak między napadami były dłuższe, a same napady słabsze. W przypadkach z poprawą stwierdzono zmniejszenie się liczby eozynofiliów we krwi.

Sz. T.

WAJNSZTOK. Leczenie ichtiolem grypowego zapalenia płuc. (Wracz. Gaz. Nr. 23. 1927).

W kilku przypadkach grypowego zapalenia płuc autor spostrzegał poprawę po zastosowaniu ichtiolu 1,0 — 1,5: 200,0 co 2 — 3 godziny po łyżce stołowej w ciągu kilku dni.

Sz. T.

Choroby serca i naczyń.

SZWARCMAN. Określenie napięcia mięśnia sercowego. (Wracz. Gaz. Nr. 22. 1927 r.)

Napięcie mięśnia sercowego określa autor stanem tego mięśnia w okresie rozkurczu, zdolnością i stopniem rozciągalno-

ści. Sposób, którym posługuje się autor, polega na wysłuchiwaniu tonów serca wtedy, kiedy badany z największą siłą rozciąga rękoma gumę. U osobników z napięciem normalnym, a zwłaszcza przy podwyższonym napięciu mięśnia sercowego (przerost), siła tonów się nie zmienia; o ile są szmery, to pozostają bez zmiany. W *tachycardia nervosa* — tony pozostają bez zmiany. W przypadkach hypotonji konstytucyjnej m. sercowego i wogóle we wszystkich przypadkach hypotonji, powstałej z tej lub innej przyczyny, tony przy tem doświadczeniu są zagłuszone; pierwszy ton staje się bardzo krótki i prawie zlewa się z drugim; szmery, o ile były obecne, stają się bardzo niewyraźne i robią wrażenie nieczystych tonów.

Sz. Tenenbaum.

L. T. GAGER. O częstości nadmiernego ciśnienia i o jego leczeniu. (Jour. of the Am. Med. Ass. 1928 Nr. 2).

Autor przeprowadził badania statystyczne nad częstością nadmiernego ciśnienia krwi u 2000 pacjentów według płci i wieku.

Najwyższy odsetek chorych z nadciśnieniem przypada u mężczyzn: na wiek 50 — 60 (około 24% wszystkich pacjentów tego wteku), na wiek 60 — 70 lat około 49%, powyżej lat 70 około 33%. U kobiet cyfry analogiczne przedstawiają się, jak następuje: 50 — 60 lat — 37%; 60 — 70 lat — 42%, powyżej 70 lat — 40%.

Omawiając kwestję obniżania ciśnienia przez sole rodanowe, autor stwierdza że rodanek potasu w dawkach po 0.1 gr., początkowo 3 razy dziennie, a później stopniowo zmniejszając do 1 razu na 2 dni, wywołuje obniżenie ciśnienia skurczowego o 20 do 60 punktów. Mniejszy nieco był wpływ na ciśnienie rozkurczowe. Naogół większość pacjentów dobrze znosi ten środek jakoteż dobrze nań reaguje. Zdarzają się także przypadki odporne na działanie rodanku potasu. Przeciwwskazaniem do podawania leku są ostre zapalenia oraz niewydolność nerek.

B. Goldstein.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

BUSCHKE i GUMPERT. Przymiot wrodzony. (Klin. Woch. Nr. 6, 1927).

W kwestji zapobiegania przymiotowi wrodzonemu odgrywa najwybitniejszą rolę badanie krwi u matek.

Jeśli 3 razy odczyn W. wypadła dodatnio, można z pewnością rozpoznać przymiot. Niema żadnych dowodów bezpośredniego przenoszenia przymiotu przez ojców; gdyby krętki przenikały do jaja wraz z nasieniem, to rozwój jaja byłby zupełnie zahamowany. Płód nabywa przymiot bezpośrednio od matki. Mężczyźni bez objawów klinicznych ze stałym ujemnym odczynem Wa w 4—5 lat po zakażeniu można zezwolić na małżeństwo, aczkolwiek bez gwarancji. Inaczej ta kwestja się przedstawia u kobiet; każdej chorej na przymiot należy zwrócić uwagę, że nawet w okresie utajenia może ona wydać na świat syfilityczne dziecko; przeprowadzenie swoistej kuracji podczas ciąży wydatnie zmniejsza niebezpieczeństwo zakażenia płodu. Przymiot nie jest wskazaniem do przerywania ciąży, lecz wymaga leczenia.

Tylko w porażeniu postępującem, w ciężkim przymiocie trzew, lub układu nerwowego, wzg. w złośliwych postaciach przymiotu może powstać kwestja przerywania ciąży, jeśli życie matki jest w wysokim stopniu zagrożone. Autorzy nie zalecają zbyt energicznego leczenia salwasanem podczas ciąży z obawy przed wywołaniem późniejszego uszkodzenia układu nerwowego, wzg. powstania późnego przymiotu. Salwasan stosuje się tylko we wczesnych okresach przymiotu nabytego lub u tych chorych u których zewnętrzne warunki wymagają szybkiego usunięcia objawów. Poza tem stosuje się tylko Hg, bizmut lub jodek potasu, u ciężarnych z przymiotem utajonym stosują tylko bizmut. Objawy kliniczne przymiotu wrodzonego ostatniemi czasy wy-

stępują więcej atypowo, niż przedtem, niektórzy autorzy przypisują to zbyt energicznemu leczeniu matek. Często spostrzega się dzieci bez objawów z ujemnym odczynem Wa, u których później występują ciężkie zmiany narządów wewnętrznych.

Badanie rentgenologiczne w wątpliwych przypadkach wykrywa przymiot układu kostnego. Do swoistych objawów przymiotu wrodzonego zalicza się jeszcze zmiany w zębach (górne i dolne siekacze), jak również w dziąsłach. Salwarsanowe leczenie u dzieci z przymiotem wrodzonym usuwa szybko objawy zewnętrzne, nie wywierając wpływu na układ nerwowy; często pozostają braki umysłowe i etyczne. Dzieci, które przeżywają rok, zwykle pozostają przy życiu, lecz żywot ich naogół jest niedługi.

Autorzy zalecają jako najlepszą metodę leczenia sposób, podany przez *Langera* (wyłącznie leczenie bizmutem).

Śmiertelność wśród dzieci, leczonych tym sposobem, stale się zmniejsza, jak widać ze statystyki w 1922 — 72%, 1923 — 56%, 1924 — 44%, 1925 — 30,5%. Ogólne leczenie zapobiegawcze wszystkich dzieci, urodzonych od chorych rodziców, nie jest wskazane. Ze 100 dzieci, pochodzących od paralityków (80 paralitycznych ojców i 20 paralitycznych matek) 94 okazało się zupełnie zdrowymi.

J. Gelbfisz.

EISCHMEILER. O leczeniu tocznia skóry i błon śluzowych. (Derm. Woch. 5/27 r.)

Najlepsze daje wyniki skoncentrowane i nieskoncentrowane

światło łukowe. Maści przyzegające (również pyotropina) powodują bóle, brzydkie blizny i nawroty. Działanie lampy kwarcowej jest przemijające. Autor ostrzega przed stosowaniem twardych promieni rentgenowskich, gdyż mogą powodować głębokie zaniki skóry. Natomiast ostrożne stosowanie niefiltrowanych prom. Roentgena prowadzi do spłaszczenia ziarniny i zmniejszenia stanu zapalnego, co toruje drogę następnie stosowanemu światłu łukowemu. Niebardzo duże, ale zato twarde i spoiste nacieki zaleca autor wyskrobywać ostrą łyżeczką po uprzednim znieczuleniu 2% nowokainą i po kilku dniach przystąpić do finsenoterapii. Szczególnie wskazane jest chirurgiczne usunięcie ognisk tocznia na tułowiu i kończynach, jeśli defekt skóry można dobrze pokryć, a leczenie światłem łukowym z jakichkolwiek względów nie znajduje zastosowania.

Małe ogniska u dzieci i młodych dziewcząt znikają po kilku posiedzeniach. W razie zajęcia połowy lub całej twarzy, zg. w przypadkach znaczniejszych i rozsianych ognisk należy się uciec, poza finsenoterapią również do światła łukowego. Autor stosuje w tym celu jednocześnie trzy lampy łukowe, powieszono trójkątem, o sile prądu 18 amp. i napięciu 55 volt. Przy stosowaniu światła łukowego zaleca się również przedwstępne smarowanie ognisk chorobowych 10% ługiem potasowym. W toczniu błony śluzowej nosa kieruje się światło z aparatu *Finsen-Reyna* na płytkę kwarcową, wprowadzoną do nosa.

J. Gelbfisz.

Wskazówki praktyczne.

— Leczenie wrzodów *goleni* za pomocą kwasu siarkowego w postaci *Sulfolix* wypróbował *Kerb* i przypisuje jego dodatni wpływ na te wrzody łagodnemu ale głębokiemu działaniu środka obok oszczędzania tkanki zdrowej. (Münch. med. Woch. 1928, Nr. 10.)

— *Lichtenstein* radzi przeciwko *czkawce uporczywej* stosować rozpylanie do nosa *kołainy* z *suprareniną*. Już po kilku sekundach ustaje kurcz przepony. L. stosuje roztwór następujący: *Cocain. hydrochl. Suprarenini aa 1,0. Acid. carbol. liquesf. gtt 1. Aq. destill. ad 50.0* Zamiast rozpylania można założyć do nosa z każdej strony wacik, napojony powyższym roztworem. (Kl. Woch. 1928 Nr. 12.)

— *A. Simons* zauważył, że w przypadkach *kombinacji zabiegów chirurgicznych z naświetlaniem* stosowanie nalewki jodowej do odkażenia skóry przed naświetlaniem lub po naświetleniu wybitnie podnosi odczyn skórny. Zamiast nalewki jodowej na

diiodyl zapobiega temu silnemu odczynowi. (Deutsch. med. Woch. 1928, Nr. 12.)

— *Erich Faber* ostrzega, aby w razie *dłuższego stosowania insuliny*, nie robić zastrzykiwań ciągle w tem samym miejscu. Postępowanie takie prowadzi do skórzastego zgrubienia i nacieczenia tkanki łącznej podskórnej, z powodu którego zastrzyknięty płyn wchłania się niejednolicie, co odbija się ujemnie na skuteczności kuracji. Zmiana miejsca zastrzykiwania przywraca znowu doskonałe działanie insuliny. (Ungerkr. f. laeger 1927, Nr. 18.)

— *Insulinowe kuracje tuczące* prowadzi *Wiechman* w sposób następujący: na początku dwa razy dziennie po 5 jednostek, następnie w odstępach tygodniowych podnosi się dawki do 5×20 i 5×30 jednostek. Wzrost wagi dochodzi do pewnego maximum, którego już nie przekracza. Pigułki insulinowe i santalinowe nie nadają się do kuracji tuczących. (Münch. med. Woch. 1927, Nr. 52.)

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Towarzystwo Okulistów polskich.

ODDZIAŁ WARSZAWSKI.

Przewodniczący Prof. Dr. K. Noiszewski.

Posiedzenie z dnia 19-go Października 1927 r.

Z. Perzanowski. *Urazowe pęknięcie naczyńiówki.*

Chory lat 23-ich został uderzony kamieniem w oko prawe. Nadwichnięcie soczewki i *haemophthalmus*.

W Inst. Oftalm. stwierdziłem po wessaniu się krwi na dnie oka pięć różowo-białych smug, znajdujących się między tarczą nerwu w. a plamką żółtą. Kształt smug był półksiężycowaty o wklęsłościach zwróconych ku tarczy. Pęknięcia naczy-

niówki otaczały drobne krwotoki oraz złogi barwnika, przecinały zaś naczynia siatkówki. Ostrość wzroku trzy tygodnie po wypadku = 6/20.

A. Wieczorek. *Torbiel skórzysta okolicy szwu czołowo-jarzmowego.*

Przypadek ogłoszono w Klin. Ocznej 1928 r. z. I.

A. Zamenhof pokazał *kamerę Nordensona do fotografowania dna ocznego*, omówił znaczenie kliniczne i naukowe fotografii dna ocznego.

A. Zamenhof. *Przypadek cieni od naczyń na dnie oka.*

Chora przechodziła gruźlicę płuc, obecnie ma zajęte szczyty. Prawe oko normalne. Oko lewe zewnętrznie nie wykazuje zmian chorobowych. Na dnie oka spostrzega się odbarwienie tarczy, przed którą nieco ku górze i średniowo występu-

je biały męciak w tylnych warstwach szklistki. Dno ma wygląd chropowaty, a ściany naczyń są miejscami zgrubiałe i pokryte kłaczkami lub obwódkami białymi. Przy badaniu wziernikiem elektrycznym widzimy, że męci i kłaczkki na naczyniach są cieniowane ku górze, gdy oglądamy w obrazie prostym, lub ku dołowi, gdy badamy w obrazie odwróconym. Poza to niektóre naczynia poziome, a zwłaszcza żyła dolna nosowa, rzucają wyraźny cień na dno oka, układający się równoległe do przebiegu naczyń, na odległości 1-2 średnic jego. Cienie świadczą o pewnym zgrubieniu siatkówki, pozatem przezierniej i są jedynym objawem, dającym zgrubienie stwierdzić.

W. Arkin, *Pokaz przypadku choroby żył siatkówki.*

Będzie ogłoszony w Klin. Ocznej 1928 r.

Zgodnie z propozycją Warszaw. Tow. Ginekologicznego w celu ustalenia *wskazań okulistycznych bezwzględnych oraz względnych do przerwania ciąży*, wygłosili referaty W. Melanowski i A. Szwarc.

A. Szwarc proponuje uważać następujące choroby oczu za wskazania bezwzględne: zapalenie siatkówki ciężarnych lub białkomoczą jako powikłanie ostrego albo przewlekłego zapalenia nerek; opadnięcie siatkówki, zator tętnicy środkowej, krwotoki siatkówkowe i zapalenie nerwu w. w szczególności zaś zapalenie pozagałkowe n. w.

Do wskazań względnych A. Szwarc zalicza: stożkowatość rogówki, niektóre postaci jaskry prostej, wytrzeszcz tętniczy, zanik nerwu w. na tle cukrzycy, naczyniaki oczodołów oraz zajęcie nerwów w. z jednoczesnym wypadnięciem skroniowych części pól widzenia, spowodowane powiększeniem przysadki mózgowej lub guzem przysadki.

W. Melanowski wyraził pogląd, że w rozważaniach naszych musimy przyjąć pod uwagę, z jakim okresem ciąży mamy do czynienia. Do bezwzględnych wskazań przerwania jej należy jedynie *neuroretinitis nephritica* oraz zaczynający się zanik nerwu wzrokowego u ciężarnych.

W ożywionej dyskusji zabrali głos:

J. Ruszkowski zaznaczył, że w każdym przypadku jaskry prostej raczej należy wykonać operację jaskrową, niż zabieg przerwania ciąży. Operacje przeciwjaskrowe nawet w jaskrze prostej mogą uratować wzrok w 80% przypadków, są jednak bezsilne w chorobie zbyt zaawansowanej.

Stożka rogówki nie możemy uważać za wskazanie do przerwania ciąży.

A. Zamenhof zauważył, że należy zwracać uwagę, z jakim okresem ciąży mamy do czynienia. W pierwszej połowie jej muszą być ścisłe wskazania, aby chora uniknęła późniejszych groźnych powikłań. W drugiej połowie ciąży często można wyczekać, o ile choroba nie wykazuje postępów i doprowadzić ciążę do końca albo przynajmniej do wczesnego porodu.

W. Endelman uważa zapalenie siatkówki w przebiegu nerki ciężarnej za jedyne bezwzględne wskazanie ze strony oczu do przerwania ciąży. Inne cierpienia oczu mogą być względem wskazaniem do przerwania ciąży, jako obciążająca okoliczność przy równoczesnym istnieniu przyczyny ze strony innego narządu.

K. Noiszewski nie zgadza się z Szwarcem, żeby opadnięcie siatkówki, stożek rogówki i jaskrę prostą uważać za wskazania do przerwania ciąży.

W. Kępiński wypowiada się za ścisłym ograniczeniem wskazań do przerwania ciąży.

Po przeprowadzeniu wyczerpującej dyskusji postanowiono uważać za wskazania bezwzględne choroby siatkówki i nerwu w. pochodzenia nerkowego oraz zatrucia ciążowego, stwierdzone za pomocą wziernika.

Wszystkie inne cierpienia oczu zaliczono do wskazań względnych, o ile przebieg wskazuje, że pogorszenie stoi w związku z ciążą i może zagrażać wzrokowi.

Sekretarz A. Wieczorek.

Polskie Towarzystwo Oto-laryngologiczne.

Posiedzenie naukowe 29.XII.27.

1) Lubliner w zastępstwie Gottfryda przedstawił chorego L., 62 l., z zawodu cieślę, u którego od roku zaczęła się *sprawa chorobowa na dziąśle* nad l-ym trzonowym zębem z lewej strony. W następstwie owrzodzenie przeszło na przeciwległe miejsce wargi górnej. Od 3-ch miesięcy na podniebieniu

twardem i miękkim również po stronie l. spozrzegł owrzodzenie, coraz się powiększające. Przed 2-ma miesiącami był naświetlany. Owrzodzenie niebolesne. Na dziąśle górnym owrzodzenie kraterowe, również na wardze górnej.

Na podniebieniu twarde i miękkie owrzodzenia jednolite, powierzchowne, pokryte gdzieś grudekami, jakby gruzełkami. Dokoła tych owrzodzeń zgrubienia nabłonka.

Badanie krwi na odczyn W. ujemne.

Badanie mikroskopowe wyciętych kawałków wykazało budowę tkanki zapalnej bez gruzełków i komórek nowotworowych. Dajagnoza: *Leukoplakia palati.*

Karbowski: czy nie jest to spóźniona postać *lues (lues tarda)*. Brzegi przemawiają za *ulcus rodens*.

Pęski: nierówne brzegi przemawiają za *lupus*.

Hellin nie widział gruzełków w danym wypadku.

Lubliner: przedstawiłem przypadek, żeby usłyszeć zdanie kolegów. Pokażę go powtórnie.

2) Czarniecki przedstawił chorego lat 56, który zwrócił się do niego przed 2-ma miesiącami z powodu *chryphi* (trwającej od roku) i duszności (trwającej od 2-ch mies.). W czerwcu chory przez 9 dni pozostawał w Warsz. Klin. Oto-lar., gdzie po zbadaniu (reak. Wasserm. ujemna, badanie wycinka z guza wykazało układ podobny do Ca) zaproponowano mu wycięcie krtani, na co chory się nie zgodził. We wrześniu do chryphi przyłączyła się duszność. Chory zwrócił się do kliniki laryng. w Poznaniu, gdzie również zaproponowano mu wycięcie krtani. Podczas badania krtani stwierdzono guz, zajmujący dużą przestrzeń i zwięzający znacznie światło krtani. Lewa struna niewidoczna, unieruchomienie lewej połowy krtani całkowite. Tytułem próby Czarniecki zalecił choremu KJ. po 3,0 *pro die* w ciągu 2 tygodni. Po upływie tego czasu gaz znacznie się zmniejszył, duszność ustąpiła, a chrypka, która trwała od roku, chwilami gineła. W ciągu następnych 6 tygodni chory zażywał KJ. po 1,0 *pro die*, przyczem zarówno stan ogólny (zyskał 2 kilo na wadze), jak i miejscowy bardzo się poprawił, tak że chory uważa się za zdrowego (duszność i chrypka całkowicie ustąpiły). Obecnie zmiany w krtani znacznie mniejsze, struna głosowa widzialna, chwilowo widać jakby ruchomość lewej połowy krtani. Cz. ma zamiar zastosować w dalszym ciągu leczenie rżnięciem, uważając tę sprawę za *lues*.

Dyskusja:

Kmita: duże dawki jodu powinny być sprawę nowotworową pogodzić (*jodismus*); polepszenie należy stanowczo uważać za objaw przemawiający za *lues*.

Lubliner: powiększony gruczoł na *lig. conicum* przemawia za rakiem.

Karbowski: nie zawsze powiększony gruczoł chłonny na *lig. conicum* przemawia za rakiem. W tbc, również może być taki gruczoł powiększony na *lig. conicum*.

Lubliner: jeżeliby to miało miejsce, to w tak częstym cierpieniu, jak gruźlica, już dawno byłoby to skonstatowane

3) B. Chorążyccki pokazał *preparat krtani wyciętej z powodu raka*. Operacji dokonał dr. Sołowiejczyk. Nowotwór zajmuje całą lewą stronę krtani i przechodzi na *hypopharynx*, na całą jego przednią stronę, aż do przełyku. Za życia podczas wziernikowania krtani widać było, jak górna część nowotworu napełniała się powietrzem. Na preparacie widać, że *vent. Morgagni* nie jest zajęty i w okolicy *commissura ant.* zachowane jest wejście do niego.

Sekretarz: B. Chorążyccki.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

W Tow. Leg. w Bazylei (pos. z dnia 5.XII — 27) mówił Hunziker o *częstości raka wśród mieszkańców Bazylei*. Z danych statystycznych, mianowicie z porównania odnośnych liczb z roku 1901 i 1925 wynika wzrost częstości przypadków raka o 20% dla mężczyzn, zaś o 6% dla kobiet. Wzrost ten dotyczy zwłaszcza mężczyzn powyżej lat 55. Przeważa głównie rak żołądka i przełyku. Istnienia jakichś domów (ognisk) rakowych w Bazylei nie stwierdzono, co byłoby argumentem, przemawiającym przeciw zakaźnej teorii powstawania raka.

Ullmann poruszył na posiedzeniu Berlińskiego Tow. Lek. z dnia 14 grudnia r. ub, sprawę *roli ślinianki przysuszej w układzie dokrewnym*. Chodziło o kobietę, u której autor spozstrzegł okresowe obrzmiewanie tego gruczołu w okresie menstruacji. Ponieważ nie było tu mowy o jakimś schorzeniu miej-

scowem, należy przeto przyjąć tło hormonalne tych zaburzeń. W związku z tem przypomina autor, że w świnie obserwowano niejednokrotnie nie tylko zapalenie jąder lub jajników, ale także tarczycy, trzustki, grasicy lub sutka. Podczas epidemji świnki zachorowywali niektórzy chorzy tylko na zapalenie jąder bez obrzmienia ślinianek przyusznych. Ull. przytacza dane z piśmiennictwa o spostrzeganym przeroście przyusznicy podczas ciąży, w okresie przekwitania, podczas miesiączki bolesnej, w stanach niedorozwoju, podczynności lub też zaniku narządów płciowych męskich i żeńskich; dalej w zaburzeniach wewnątrzwydzielniczych innych gruczołów dokrewnych: w otyłości pochodzenia tarczycowego lub wielogruczołowej, w chorobie *Basedowa*, w obrzęku śluzakowatym, w przypadkach guzów nadnercza z cukromoczem, przerostu grasicy oraz stanu grasiczo-limfatycznego — tutaj często w połączeniu z hipogenitalizmem. Ten związek między przyusznicą a gruczołami dokrewnymi przemawia, zdaniem U., za czynnością wewnątrzwydzielniczą tego gruczołu ślinowego. Z badań doświadczalnych wynika, że ślinianka przyuszna zawiera inkret, który wpływa na przemianę węglowodanową. Hormon gruczołów ślinowych należy traktować, jako antagonistę adrenaliny (cukromocz po ich usunięciu, rozszerzenie naczyń krwionośnych), (Kl. W. Nr. 6/27).

W Tow. Lek. w Hamburgu (8, XI — 27) mówił *Wohllwill* o objawach mózgowych wskutek przedozowania insuliny. Hipoglykemia występuje nieraz z *déviations conjuguées* i porażeniem mięśni gałek ocznych; objawy te ustępują pod wpływem odpowiedniego leczenia. (Kl. W. Nr. 4 28).

W Paryskim Tow. Pedjatrycznym (17, I — 28) omówili *Lereboullet* i *Bohn* przypadek wrodzonej wady serca. Dziecko 18-miesięczne zostało przyjęte do szpitala z powodu napadów duszności, której towarzyszyła sinica i gorączka. Początkowo potraktowano to jako ostrą gruźlicę. Jednak badanie kliniczne, ujemny odczyn skórny na tuberkulinę oraz radioscopia naprowadziły na rozpoznanie właściwe (stwierdzono znaczne powiększenie sylwetki serca). To skłoniło do rozpoznania wrodzonej wady serca, jakkolwiek wysłuchowo nie można było stwierdzić jakiegoś szmeru. Dziecko zmarło po 2 tygodniach. Sekcja wykazała umiarkowany wysięk w worku osierdziowym,

połączenie przedsińków oraz komunikację międzykomorową i zapalenie wrodziące zastawki dwudzielnej i trójdzielnej. Autorowie kładą zwłaszcza nacisk na wartość badania radioskopowego wobec braku danych wysłuchowych.

W Paryskim Tow. Ginekologicznym omówili *Couve-laure* i *Lacomme* przypadek gruźlicy wrodzonej. Matka, pierwiastka lat 22, przechodziła kolejno gruźlicę kręgową oraz stawu łokciowego. W 8 mies. ciąży wystąpiło u chorej zapalenie opon mózgowych pomimo braku objawów czynnej sprawy gruźliczej zarówno w płucach, jak i w dawnych ogniskach kostnych. Na 15-y dzień trwania sprawy oponowej, a na 2 dni przed śmiercią nieprzytomnej chorej wykonano cięcie cesarskie. Wydobyto płód wagi 2,750 gr. Dziecko to, rozumie się, niezwłocznie usunięto z domu. Pomimo to żyło ono tylko dni 19. Przez cały czas nie było gorączki, jedynie krzywa wagi była wciąż nieregularna. Odczyn tuberkulinowy — ujemny. Sekcyjnie stwierdzono zmiany gruźlicze w płucach; rozpoznanie to potwierdziły wyniki badania histologicznego, bakterjologicznego oraz wyniki szczepienia na zwierzętach.

M. Vidal zakomunikował na tem samym posiedzeniu o spostrzeganey przez siebie ciężkiej niemiarywości typu szybkiego (tachyarytmji) u kobiety, której wstrzyknięto hipofizynę przypuszczalnie do żyły zamiast pod skórę. Niemiarywość ustąpiła po urodzeniu dziecka, częstoskurcz zaś dnia następnego. (Pr. Méd. Nr. 8/28 r).

W Tow. Lek. w Bordeaux przedstawili *Molin de Teyssieu* i *Fitoussi* wyniki leczenia płasawicy zapomocą preparatów przytarczycznych. Opierając się na teorii *Simoniego* o przytarczcznym pochodzeniu płasawicy, zastosowali autorowie wyciągi z tego gruczołu w ostrych i przewlekłych postaciach płasawicy. W przypadkach ostrych otrzymali szybkie ustąpienie wszelkich objawów, zaś w przewlekłych — znaczną poprawę ogólną. Działanie lecznicze tych organopreparatów tłumaczają sobie autorowie przywróceniem równowagi w gospodarce mineralnej (wapniowej) ustroju, która warunkuje normalną kurczliwość mięśni (Pr. Méd. Nr. 7/28 r.).

Z. Św.

Przegląd terapeutyczny.

O leczeniu krwawień macicznych, powstałych na tle zaburzeń wewnątrzwydzielniczych.

Podał

W. RAKOWSKI (Warszawa).

(Dokończenie).

W jaki sposób należy leczyć podobne krwawienia?

Mamy do dyspozycji dwie metody: 1) leczenie niehormonalne, 2) leczenie hormonalne.

Ad 1. a) leczenie lekarstwami jak np. *Secale cornutum*, *Hydrastis*, *Calcium* i t. d.; b) leczenie operacyjne: wyłyżeczkowanie, *carbolisatio*, całkowite usunięcie macicy.

Ad 2. a) leczenie za pomocą organopreparatów jednogruczołowych, a mianowicie: *Ovarium*, *Corpus luteum*, *Hypophysis* i t. d.; b) leczenie drogą zadziałania za pomocą promieni rentgenowskich lub radowych na określone narządy wewnątrzwydzielnicze, jak np. jajniki, tarczycę, śledzionę.

Z doświadczenia wiadomo, że metody te w licznych przypadkach okazują się wielce skuteczne. Ostateczne zadawalające rozstrzygnięcie sprawy nie zostało jednak, jak na to słusznie zwraca uwagę *Szondi*, dotychczas osiągnięte. Poznanie narządów wewnątrzwydzielniczych i ich

wzajemnej zależności nie jest jeszcze tak dokładne aby można stworzyć obraz zupełnie jasny, a nie oparty częściowo na hipotezach.

Zadaniem postępowania terapeutycznego winno być podtrzymanie zwykłych naturalnych procesów; w naszym przypadku zadanie to polegałoby na dostarczeniu ustrojowi tych hormonów, które byłyby w stanie usunąć powód nieprawidłowych krwawień miesięczkowych — dysfunkcję płciowego zespołu wielogruczołowego. Zgodnie z naszymi rozważaniami hormonami temi są hormony szyzynyki, grasicy, płata przedniego przysadki i luteolipoid ciała żółtego. *Szondi*, który opracował w swej pracy ten temat w sposób wyczerpujący, doszedł do przekonania, że wspomniane gruczoły w zespoleniu gruczołów wewnątrzwydzielniczych okazują cechy genitodepresyjne, to znaczy działają na narządy płciowe i na interesujące nas w danym przypadku krwawienia miesięczkowe w sensie hamującym.

Połączenie tych hormonów powinno, zgodnie z współczesnymi poglądami endokrynologii, przedstawiać idealny, podtrzymujący prawidłowy bieg spraw preparat. Preparatem takim jest preparat wielogruczołowy *hormogland Haemostop*, zawierający *Luteolipoid*, *Epiphysis*, *Hypophysis p. ant.* i *Thymus* (wyrobu Fabryki Chemicznej *Gedeon Richter* w Budapeszcie).

Poniżej podajemy z całego szeregu przypad-

ków, leczonych za pomocą Haemostopu 8 najbardziej charakterystycznych obserwacji. Zauważamy, iż stosowaliśmy Haemostop wyłącznie w przypadkach, w których nadmierne lub zbyt częste krwawienia miesiączkowe zależały od zaburzeń wewnątrzwydzielniczych. Krwawienia, wynikające z organicznych zmian chorobowych narządów płciowych lub narządu krążenia, nie nadają się do leczenia za pomocą Haemostopu,

I. Obserwacje z oddziału:

1. P. H. l. 36. Przyjęta na oddział z powodu obfitych krwawień macicznych, zagrażających życiu. Rozpoznanie: *Metro-endometritis haemorrhagica*.

15.XII.27 *Skąłpsis*,

16.XII. Inj. Haemostop 2 ccm.

17.XII. Carbolisatio.

18.XII. Inj. Haemostop 2 ccm.

19.XII. Carbolisatio.

20.XII. Inj. Haemostop 2 ccm. Krwawienie znacznie się zmniejszyło.

21.XII. Carbolisatio

22.XII. Inj. Haemostop 2 ccm. Krwawienie ustało.

23.XII. Carbolisatio.

24.XII. Inj. Haemostop 2 ccm.

25.XII. Carbolisatio.

26.XII. Inj. Haemostop 2 ccm.

27.XII. Carbolisatio.

28.XII. Inj. Haemostop 2 ccm.

19.I.28 wypisana zdrowa po 10 carbolisatio i 12 zastrzyknięciach Haemostopu.

2. K. K. l. 46. *Menses* regularne. Od roku coraz obfitsze; ostatnio od miesiąca krwawi stale. Rozpoznanie: *Metro-endometritis haemorrhagica*.

6.II.28 *Skąłpsis*,

7.II. Inj. Haemostop 4 ccm.

8.II. Carbolisatio.

9.II. Inj. Haemostop 4 ccm.

10.II. Carbolisatio.

11.II. Inj. Haemostop 4 ccm. Przystała krwawic

12.II. Carbolisatio Inj. Haemostop 2 ccm.

13.II. Carbolisatio Inj. Haemostop 2 ccm.

15.II. Carbolisatio Inj. Haemostop 2 ccm.

17.II. Carbolisatio Inj. Haemostop 2 ccm.

18.II.28 Wypisana zdrowa.

3. K. Z. l. 43. Chora operowana (*skąłpsis* i *carbolisatio*) przed rokiem. W ciągu 8 miesięcy nie krwawiła. Obecnie od 2 miesięcy krwawi obficie. Rozpoznanie: *Metro-endometritis haemorrhagica*.

19.I.28 *Skąłpsis*,

21.I. Carbolisatio Inj. Haemostop 2 ccm.

22.I. Inj. Haemostop 2 ccm Przystała krwawic.

23.I. Carbolisatio Inj. Haemostop 2 ccm.

24.I. Carbolisatio Inj. Haemostop 2 ccm.

25.I. Carbolisatio Inj. Haemostop 2 ccm.

26.I. Carbolisatio Inj. Haemostop 2 ccm.

28.I. Carbolisatio Inj. Haemostop 2 ccm.

30.I. Carbolisatio Inj. Haemostop 2 ccm.

31.I.28 Wypisana zdrowa.

II. Obserwacje pozaoddziałowe.

4. J. H. l. 26. Pierwsza miesiączka w 14 roku życia. Krwawienia miesiączkowe były zawsze nieregularne, obfite, bardzo bolesne; trwały zwykle 3 — 4 dni. Od 4 lat krwawienia miesiączkowe stały się zupełnie nieregularne z 8 — 10 dniowymi różnicami. Rozpoznanie: *Hyperpolymenorrhoea*.

Na 3 dzień krwawień miesiączkowych (2.IX.27) wstrzyknięto o godz. 10-ej rano domięśniowo 4 ccm. Haemostopu. Wieczorem tegoż dnia krwawienie zupełnie ustało.

3.IX.27 4 ccm. Inj. Haemostop domięśniowo.

4.IX. 4 " " " "

5.IX. 4 " " " "

12.IX. 2 " " " "

19.IX. 2 " " " "

26.IX. 2 " " " "

1.X.27 *Menses*.

Krwawienie miesiączkowe ustało 4.X.27; było niewielkie i zupełnie bezbolesne. Następne krwawienia miesiączkowe zjawiają się w regularnych odstępach i nie powodują dolegliwości.

5. H. D. l. 31. Pierwsza miesiączka w 15 roku życia. Krwawienia miesiączkowe następowały zwykle w regularnych odstępach, były niewielkie i zupełnie bezbolesne. Od 6-ciu miesięcy krwawienia miesiączkowe stały się bardzo obfite. Zamiast zwykłych 3 — 4 dni trwały 7 dni.

Rozpoznanie: *Hypermenorrhoea*.

Na 2 dzień krwawień miesiączkowych Inj. Haemostop 2 ccm. dożylnie. Po godzinie krwawienie znacznie się zmniejszyło. Po 4 godzinach całkowicie ustało. (9.X.27).

10.X.27 4 ccm. Inj. Haemostop domięśniowo.

11.X. " " " "

18.X. 2 ccm. " " " "

25.X. " " " "

2.XI.27 " " " "

6.XI.27 *Menses*.

Krwawienie miesiączkowe trwało 3 dni. Następne krwawienia zjawiały się w odstępach regularnych, nie były zbyt obfite i były zupełnie bezbolesne. Trwały 3 — 4 dni

6. J. S. l. 47. Krwawienia miesiączkowe były zawsze normalne. Od 2 miesięcy z małymi przerwami silne krwawienia maciczne.

Rozpoznanie: *Metrorrhagia climacterica*.

24.XI.27 2 ccm. Inj. Haemostop dożylnie,

25.XI. 4 ccm. " " domięśniowo. Krwawienie ustało.

26.XI. " " " "

27.XI. " " " "

Od tego czasu krwawienie miesiączkowe więcej się nie zjawiało.

7. N. M. l. 12. Od 5-ciu tygodni obfite krwawienia maciczne.

Rozpoznanie: *Metrorrhagia pubertatis*.

21.III.27 *Evtr. Hydrastis*.

22.III. " " " "

23.III. " " " "

24.III. " " " Krwawienie nie ustało.

25.III. 4 ccm. Inj. Haemostop domięśniowo. Wieczorem krwawienie zmniejszyło się.

25.III. " " " " Krwawienie ustało.

27.III. " " " "

23.IV.27 *Menses*

Krwawienia miesiączkowe trwały bez wszelkich dolegliwości 4 dni.

8. E. K. l. 14. Od 7-iu tygodni krwawienia maciczne. Rozpoznanie: *Metrorrhagia pubertatis*.

11.V.27. 4 ccm. Inj. Haemostop domięśniowo.

12.V. " " " " Krwawienie ustało.

13.V. " " " "

14.V. " " " "

11.VI.27. *Menses*.

Krwawienia miesiączkowe trwały 3 dni; były zupełnie bezbolesne.

Na podstawie powyżej opisanych pomyślnych wyników uważamy *Hae mostop*, stosowany w dużych dawkach (2 ccm. dożylnie lub 4 ccm. domięśniowo), za duży postęp współczesnego leczenia. Dalsze próby przyniosą z pewnością nowe dane o wartości stosowania preparatów wielogruczółowych. W stosunku do narządu płciowego można uważać prawie za dowiedzione, że sprawami miesiączkowania nie rządzi wyłącznie ciało żółte, lecz układ, składający się z zespołu wyżej wymienionych gruczółów wewnątrzwydzielniczych. Stosowanie przeto preparatu wielogruczółowego o składzie *Hae mostopu* (*Luteolipoid*, *Epiphysis*, *Hypophysis p. ant.*, *Thymus*) jest z teoretycznego punktu widzenia najzupełniej uzasadnione i potwierdzone w praktyce.

Sprawy zawodowe.

Protokół dorocznego sprawozdawczego posiedzenia naczelnej izby lekarskiej

w dniu 29 stycznia 1928 r.

Obecni D-rzy: Bączkiewicz (przewodniczący), Krzyczkowski (vice przewodniczący), Śmiechowski (vice-przewodniczący), Waygiel (vice-przewodniczący), Podczaski (skarbnik), Metelski (sekretarz), Przyborowski, Wojno — z Warszawy; D-rzy: Gantkowski, Wieleński i Dymiński z Poznania; Dr. Steinborn z Torunia; D-rzy Kuhn, Wolf, Franke i Nowicki ze Lwowa; Dr. Ramer z Sanoka; Dr. Miłaszewski z Łucka; Dr. Szmurło z Wilna; Dr. Domański z Nowogródka; Dr. Skusiewicz z Łodzi; Dr. Wrześniowski z Częstochowy.

Przewodniczący zagaja posiedzenie i stwierdza jego prawomocność, ponieważ na posiedzeniu jest 22 członków, reprezentujących na podstawie upoważnień 27 głosów (Dr. Miłaszewski reprezentuje 2 głosy, Dr. Skusiewicz — 2 głosy i Dr. Wrześniowski — 4 głosy). Zawiadomili o nieprzybyciu na posiedzenie D-rzy: Róbin, Makowski i Garlicka.

Przyjęto porządek dzienny i regulamin obrad.

W celu uczczenia pamięci zmarłych vice-prezesów Naczelnej Izby Lekarskiej, D-rów Papée i Jerzykowskiego, po krótkim wspomnieniu pośmiertnym, wypowiedzianem przez Prezesa, i po jednodominutowej chwili ciszy, postanowiono na wniosek Zarządu umieścić w lokalu Naczelnej Izby Lekarskiej portrety zmarłych.

Przewodniczący wita nowych członków Izby, D-rów Gantkowskiego i Miłaszewskiego, którzy weszli na miejsce zmarłych członków z listy zastępców, oraz D-rów: Szmurłę i Domańskiego, jako delegatów Izby Wileńsko-Nowogródzkiej, którzy biorą po raz pierwszy udział w posiedzeniu Naczelnej Izby Lekarskiej.

Przewodniczący zawiadamia o wyborza na ostatniem posiedzeniu Zarządu na vice-przewodniczących Naczelnej Izby Lekarskiej D-rów: Krzyczkowskiego i Waygla na miejsce ś. p. D-rów: Papée i Jerzykowskiego.

Wysłuchano odczytowanego przez sekretarza Naczelnej Izby Lekarskiej sprawozdania z działalności Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 1927. W dyskusji nad sprawozdaniem podkreślono potrzebę energicznego zajęcia się sprawą potrącania lekarzom emerytom z wynagrodzenia, otrzymywanego za pracę w Kasach Chorych, wypłaconych już im emerytur. Przewodniczący prosi o przysłanie szczegółowych dokumentów w tej sprawie celem zwrócenia się do Prezydium Rady Ministrów, poczem sprawozdanie Izba przyjęła.

Wysłuchano sprawozdania z działalności Sądu N. I. L., poczem uchwalono podziękować D-rom Kozerskiemu i Śmiechowskiemu za ich wybitną działalność w Prezydium Sądu.

W dalszym ciągu przystąpiono do wyborów uzupełniających do Sądu N. I. L. Wybrani zostali od Izby Wileńsko-Nowogródzkiej na Sędziów - delegatów: Dr. Jan Szmurło (26 głosów), Dr. Zygmunt Domański (26 głosów); na zastępców: Dr. Leon Klott (27 głosów), Dr. Wilhelm Blausztejn (27 głosów). Od Izby Krakowskiej na zastępcę delegata — Dr. Wacław Zakrzewski (27 głosów). Od Izby Lwowskiej na Sędziego-delegata — Dr. Zdzisław Kotiers (27 głosów), na zastępcę — Dr. Adolf Kuhn (27 głosów). Na zastępcę sędziego Sądu N. I. L. — Dr. Władysław Brodowski.

PIŚMIENNICTWO.

Jul. Bauer, Konstitutions und Vererbungslehre. 1924. Jul. Bauer, Innere Sekretion. 1927. G. Bayer und R. van den Wel-den. Klinisches Lehrbuch der Inkretologie und Inkretotherapie. 1927. Halban und Seitz. Physiologie und Pathologie des Weibes. Hirsch M. Handbuch der Inneren Sekretion. 1927. Landis Physiologie des Menschen. Meyer und Gottlieb. Experimentelle Pharmakologie. Strümpell. Pathologie und Therapie der inneren Organe. Band II. L. Schondi. Ueber die sistierung der normalen Menstruation und pathologischen Gebärmutterblutungen durch polyglanduläre Organextrakte. Vogel G. Ueber Blutstillung bei Menstruationsanomalien auf hormonaler Grundlage. Zondek H. Die Krankheiten der endokrinen Drüsen. 1926.

W wyniku wyborów uzupełniających na zastępców członków Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej zostali wybrani D-rzy: Miłaszewski Franciszek z Łucka (27 głosów), Szmurło Jan z Wilna (26 głosów), Gantkowski Paweł z Poznania (27 głosów), Wojnowa Zofja z Warszawy (27 głosów). Wszystkich głosów w obu głosowaniach oddano 27.

Po wyborach wysłuchano sprawozdania kasowego i przyjęto do wiadomości protokół Komisji Rewizyjnej. W dyskusji nad sprawozdaniem kasowym na wniosek przedstawiciela Izby Lwowskiej uchwalono, aby skarbnik Naczelnej Izby Lekarskiej zawiadomił w grudniu Izby o należnościach względem N. I. L. gdyż poszczególne Izby mogą nie przysyłać składek do Naczelnej Izby Lekarskiej przez zapomnienie. Dr. Szmurło ze względu na duże, jego zdaniem, saldo proponuje wydać pewną kwotę na cele humanitarne. Po wyjaśnieniach skarbnika, że Naczelna Izba Lekarska musi mieć zapas sprzeciwu, nim napłyną nowe składki po zatwierdzeniu budżetu i że tego rodzaju przeznaczenie funduszy nie jest ani ustawowo ani regulaminowo przewidziane i po oświadczeniu D-ra Franke, że Izba nie ma funduszy na prowadzenie własnego organu, wreszcie D-ra Krzyczkowskiego, że potrzebne są pieniądze na ewentualne wprowadzenie ubezpieczeń emerytalnych, wniosek D-ra Szmurłę upadł. Uchwalono przyjąć sprawozdanie i złożyć podziękowanie skarbnikowi. Delegat Izby Lwowskiej, Dr. Franke, podkreślił oszczędną gospodarkę Zarządu.

Po przyjęciu sprawozdania kasowego przystąpiono do dyskusji nad budżetem.

Na wstępie Dr. Wojno podaje wniosek podwyższenia kancelistki N. I. L. pensji rocznej do 300 zł. Wniosek ten uzyskał 17 głosów przy 10 głosach sprzeciwu. Po głosowaniu skarbnik oświadczył, iż, zdaniem jego, należałoby jednocześnie podnieść także pensje woźnym, wobec czego postanowiono sprawę tę odłożyć do zakończenia dyskusji nad budżetem, gdyż wtedy uwidoczni się, czy znajdują się środki na pokrycie tych wydatków.

W związku z budżetem Dr. Krzyczkowski referuje sprawę własnego lokalu Naczelnej Izby Lekarskiej. Wobec drożyzny mieszkań Zarząd N. I. L. nie był w możności zdobyć w roku 1927 własnego lokalu pomimo ogłoszeń w pismach i poszukiwań, czynionych przez członków zarządu.

W związku z wydatkami na „Międzynarodowe Zawodowe Stowarzyszenie Lekarskie“ w Paryżu Dr. Przyborowski składa wyczerpujące sprawozdanie z dotychczasowej działalności tej instytucji i równocześnie przedstawia drukowane sprawozdanie z prośbą o rozpowszechnienie go wśród członków Izby. W przekonaniu, że należenie do tej instytucji może być pożyteczne dla zawodu lekarskiego, Naczelna Izba Lekarska zatwierdziła przypadające na nią 3/5 wydatków (2,5 płaci Związek Lekarzy Państwa Polskiego) w sumie 2800 złotych na organizację biura i koszty wysłania delegata do Paryża.

Dr. Krzyczkowski referuje jako dotyczącą budżetu sprawę wspólnego organu prasowego Izby. Oferty, złożone przez firmy wydawnicze, obecnie są mniej korzystne, niż oferty, złożone przez te same firmy w roku ubiegłym. Polskie Lekarskie Towarzystwo Wydawnicze za wydawanie dwutygodniowego organu żąda 20.000 złotych. Administracja nowin Społeczno-Lekarskich 20.900 złotych. W dyskusji jedni wypowiadali się za niezbędnością wydawania własnego organu przez Naczelną Izbę Lekarską, organu, który powinien być imprezą, opłacaną przez wszyst-

kie Izby i koszty swe całkowicie pokrywać. Inni uważali za celowe umieszczanie za opłatą w Nowinach Społeczno-Lekarskich wszystkich komunikatów Izby z tym warunkiem, że lekarze, nie prenumerujący „Nowin”, otrzymaliby tylko odbitki z komunikatami. Wobec jednak niemożności obciążania ogółu lekarzy dodatkowymi opłatami, postanowiono, nie wyrzekając się myśli o stworzeniu własnego organu, tymczasowo polecić Izdom, zgodnie z propozycją Nowin Społeczno-Lekarskich, umieszczanie w nich ważniejszych komunikatów bezpłatnie.

W dalszym ciągu rozważania budżetu postanowiono w celu ustalenia wydatków za przyjazd do Warszawy delegatów N. I. L. i Sądu N. I. L., biorąc pod uwagę odległość, liczyć delegatom Izby Lwowskiej i Izby Wileńsko-Nowogródzkiej dyety za 3 doby (przy jednym dniu posiedzeń), delegatom Izby Poznańsko-pomorskiej, Lubelskiej i Krakowskiej — za 2 doby, delegatom zaś Izby Łódzkiej — za jedną dobę. Jako koszty podróży zwraca się koszt biletu kolejowego 1-szej klasy.

W toku dalszych rozpraw nad budżetem na wniosek Ko-

misji Ubezpieczeniowej wniesiono do preliminarza 1500 złotych w przewidywaniu wydatków na honorarja dla techników-matematyków i ekspertów przy ewentualnem wprowadzeniu ubezpieczeń emerytalnych.

W końcu znów powrócono do sprawy, podniesionej przez D-ra Wojnownę i Skarbnika co do podwyższenia pensji kancelistce Naczelnej Izby Lekarskiej i kancelistce Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej po 25 złotych miesięcznie, dwum zaś woźnym po 10 złotych miesięcznie.

W związku z obliczeniem wpływów N. I. L. delegaci Izby Lwowskiej zawiadamiają, że Izba Lwowska wkrótce będzie miała o jednego delegata więcej, wobec czego delegatów będzie 31. Wydatki obliczone zostały na 35.910 złotych. Ponieważ wpływy za wpisowe od spraw sądowych odwoławczych obliczone są na 2000 złotych, zwrot zaś kosztów sądowych na 2910 złotych, co razem czyni 4910 złotych, pozostaje do pokrycia przez Izby 31.000 złotych, co podzielone przez 31 (liczba delegatów) wynosi 1000 złotych od delegata. (Dok. nast.).

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Wyniki szczepień przeciwgruźliczych metodą Calmettea we Francji (szczepionką B. C. G.).

Podał

Dr. med. Stanisław PARADISTAL (Warszawa).

(Dokończenie).

Wpływ szczepionki B. C. G. na umieralność ogólną i na umieralność na gruźlicę dzieci, pochodzących z matek gruźliczych lub wychowywanych w środowiskach gruźliczych.

Po słynnych i znakomicie przeprowadzonych badaniach na różnych gatunkach zwierząt, włączając w to imponujące doświadczenia na małpach, wykazujące niezbiecie skuteczność i nieszkodliwość szczepionki B. C. G., pierwszych szczepień na dzieciach dokonał we Francji Dr. Weil-Hallé w lipcu r. 1921 i prowadził swe badania bardzo starannie do roku 1924 na ograniczonym materiale, złożonym z 217 niemowląt. Kontrola tych dzieci wykazała nieszkodliwość i skuteczność szczepionki; wobec tych pomyślnych wyników prof. Calmette dnia 1 lipca 1924 r. rozpoczął swobodne wydawanie szczepionki lekarzom i urzędowi, na każde życzenie; liczba szczepień we Francji zaczęła szybko wzrastać. Do dnia 1 grudnia 1927 r. zostało zaszczipionych 52,772 dzieci. W tej liczbie 6,219 dzieci pochodziło od matek gruźliczych lub wychowywało się w środowisku gruźliczym.

Instytut Pasteura zdołał utrzymać w ewidencji i przeprowadzić kontrolę 5,749 dzieci, znajdujących się w styczności z chorymi na gruźlicę. Wydział Higjeny Społecznej Depart. Dolnej Sekwany pod kierunkiem Dr. Otta (z Rouen) prowadził własną statystykę na materiale 1,369 dzieci (w tem 470 w styczności z chorymi na gruźlicę).

Z 5,749 dzieci, pochodzących od matek gruźliczych, znajdujących się w ewidencji Instytutu Pasteura, 3,808 w dn. 1/XII-1927 r. miały mniej niż rok. Do tej daty zmarło z pośród nich na wszystkie choroby 118 dzieci; a więc umieralność ogólna wynosiła w tej grupie 3,1%, a ponieważ umieralność ogólna we Francji wśród dzieci niezszczipionych ze stycznością lub też bez styczności

gruźliczej jest 8,5% więc umieralność ogólna w 1-szym roku życia u dzieci zszczipionych i znajdujących się w styczności z gruźlicą, jest więcej niż o połowę mniejsza, niż u niezszczipionych ze stycznością lub bez styczności.

Tablica 1. *)

Liczba dzieci u których zastosowano szczepionkę B. C. G. we Francji.

1/VII-1924 1/XII-1927.

Miesiące	1924	1925	1926	1927
Styczeń		229	743	1,891
Luty		249	744	1,822
Marzec		267	928	2,744
Kwiecień		263	966	2,867
Maj		283	1,194	3,120
Czerwiec		313	1,351	3,124
Lipiec	108	343	1,332	3,387
Sierpień	111	380	1,129	3,249
Wrzesień	118	396	1,273	3,248
Październik	143	435	1,442	3,507
Listopad	175	524	1,433	3,983
Grudzień	185	654	2,149	
Razem:	840	4,336	14,654	32,942
Ogółem:				52,772
Polski Związek Przeciwgruźliczy. w/g Calmettea.				

*) Przy układaniu tablic otrzymałem cenne rady i wskazówki od p. d-ra M. Kacprzaka, kierownika działu statystyczno-epidemiologicznego Państwowej Szkoły Higjeny za co niniejszem składam Mu serdeczne podziękowanie.

Tablica 2.

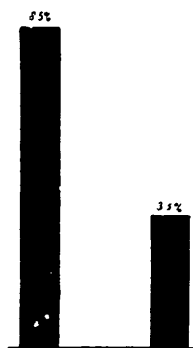
Szczepienia przeciwgruźlicze metodą Calmettea.

Szczepionka B. C. G.

Dzieci w wieku od 0 do 1 roku życia:

Do dnia 1 grudnia 1927 r. pod kontrolą Instytutu Pasteura w Paryżu było szczepionych w wieku od 0 do 1 roku 3,808 dzieci, znajdujących się w styczności z chorem na gruźlicę.

Z pośród tej grupy zmarło 118, a więc umieralność ogólna na wszystkie choroby wynosiła w rozpatrywanej grupie szczepionych 3%, podczas gdy wśród dzieci nieszczepionych znajdujących się, lub nieznajdujących się w styczności z chorem na gruźlicę, umieralność ogólna wynosi 8,5%.



8,5% Dzieci nieszczepione. 3,1% Dzieci szczepione.

Umieralność ogólna

Polski Związek Przeciwgruźliczy. w/g Calmettea.

Na gruźlicę, lub przypuszczalnie na gruźlicę zmarło z pośród tych 3,808 dzieci 34, co wynosi 0,9%; a jak wiemy, śmiertelność z gruźlicy dzieci nieszczepionych, znajdujących się w styczności z chorymi na gruźlicę, wynosi conajmniej 24%, a dochodzić może do 70 i 80%. A więc pomyślnie wyniki szczepień ochronnych w 1-szym roku życia nie ulegają żadnej wątpliwości.

Wśród dzieci, znajdujących się w ewidencji Inst. Pasteura, 1941 miało dnia 1/XII-1927 r. 1—3½ lat. Wszystkie one znajdowały się w stałej styczności z gruźlicą. Zmarło z tej grupy 21 dzieci, z czego tylko 4 na gruźlicę. Umieralność ogólna dla tych 1941 dzieci wynosi więc 1,2% czyli o 0,4% mniej, niż u dzieci nieszczepionych, znajdujących się w styczności lub bez styczności z gruźlicą. To zmniejszenie się umieralności ogólnej

jest właśnie dowodem skuteczności szczepień bez względu na to, jakie mogą być przyczyny tych zgonów.

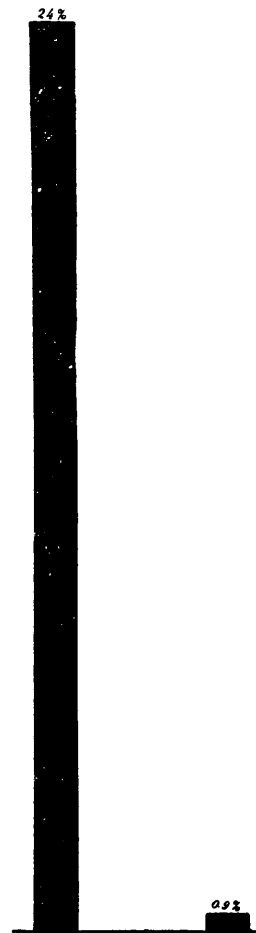
Tablica 2a.

Szczepienia przeciwgruźlicze metodą Calmettea.

Szczepionka B. C. G.

Dzieci w wieku od 0 do 1 roku życia:

Umieralność na gruźlicę w rozpatrywanej grupie 3,808 dzieci szczepionych, znajdujących się w styczności z chorem na gruźlicę wynosiła 0,9% (34 zgonów), podczas gdy umieralność dzieci nieszczepionych znajdujących się również w styczności z chorem na gruźlicę wynosiła najmniej 24%.



24% Dzieci nieszczepione. 0,9% Dzieci szczepione.

Umieralność na gruźlicę

Polski Związek Przeciwgruźliczy. w/g Calmettea.

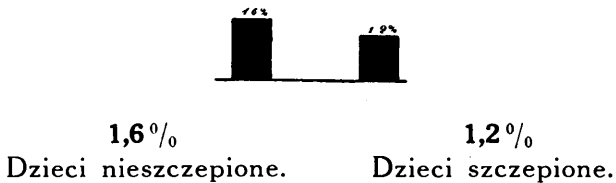
Tablica 3.
Szczepienia przeciwgruźlicze metodą
Calmettea.
Szczepionka B. C. G.

Dzieci w wieku od 1-go do 4-ch lat:

W dn. 1 grudnia 1927 r. znajdowało się w wieku od 1—3½ lat pod kontrolą Instytutu Pasteura 194 dzieci szczepionych B. C. G. wszystkie one znajdowały się w stałej styczności z chorem na gruźlicę; z tej grupy zmarło **21 dzieci**, a więc umieralność ogólna (na wszystkie choroby) wynosiła w rozpatrywanej grupie **1,2%**.

Wśród dzieci nieszczepionych umieralność ogólna w tym samym wieku wynosi najmniej **1,6%** czyli o **0,4%** więcej niż u dzieci szczepionych.

Zmniejszenie się umieralności ogólnej wśród dzieci szczepionych jest dowodem skuteczności szczepień, bez względu na to, jakie mogą być przyczyny tych zgonów.



Umieralność ogólna

Polski Związek przeciwgruźliczy. w/g Calmettea.

Umieralność na gruźlicę w powyższej grupie (4 na 1941 dzieci) wynosi zaledwie **0,2%**. Należy zaznaczyć, że najstarsze z dzieci zmarłych miało szesnaście miesięcy. Powyżej tego wieku żadne dziecko szczepione nie zmarło na gruźlicę; dn. 1 grudnia 1927 r. 917 z tych dzieci było w wieku od 2—3½ lat; żadne z nich nie zmarło na gruźlicę; a więc umieralność na gruźlicę w tej grupie równała się 0.

Ponieważ większość tych dzieci nie była ponownie szczepiona, należy przypuścić, że szczepienie dało im dostateczną odporność na zakażenie gruźlicze, na które stale były narażone.

Z powyższego wynika, że czas trwania odporności przeciwgruźliczej, uzyskany za pomocą szczepionki B. C. G., jest znacznie dłuższy, niż początkowo przypuszczał sam Calmette. Doświadczenia na małpach wykazały, że małpy szczepione B. C. G. w roku 1923, jeszcze w roku 1927 były odporne na zakażenie gruźlicze. Grupa dzieci, szczepiona przez Weil-Hallé i Turpina w roku 1921 i 1922, które do dnia dzisiejszego (I.XII-1927) bezkarnie żyją w zetknięciu z chorymi na gruźlicę, wskazuje, że odporność, uzyskana dzięki B. C. G., trwa najmniej 5 lat, to znaczy

przez cały ten okres życia, w którym dziecko jest szczególnie narażone i wrażliwe na ciężkie zakażenie. (Calmette).

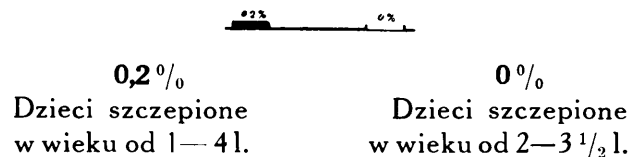
Tablica 3a.
Szczepienia przeciwgruźlicze metodą
Calmettea.
Szczepionka B. C. G.

Dzieci w wieku od 1-go do 4-ch lat:

Umieralność na gruźlicę wśród **1941** dzieci szczepionych, znajdujących się w styczności z chorem na gruźlicę wynosiła **0,2% (4 zgony)**.

Z pośród zmarłych najstarsze miało **16 miesięcy**.

W rozpatrywanej grupie 1941 dzieci powyżej 16-tu miesięcy było **917** (od 2 do 3½ lat), wśród których umieralność na gruźlicę wynosiła **0%**.



Umieralność na gruźlicę

Polski Związek przeciwgruźliczy. w/g Calmettea.

Szczepienia ochronne B. C. G. w Departamencie
Dolnej Sekwany.

Jak wspominaliśmy, Dr. Ott prowadzi własną statystykę, dotyczącą 1369 dzieci, szczepionych B. C. G. pomiędzy I.XII 1924 i I.XII 1927. Statystyka z tego departamentu zasługuje na specjalną wzmiankę, ponieważ w tym departamencie właśnie ogólna umieralność dzieci i umieralność na gruźlicę jest stosunkowo bardzo wysoka, i z tego powodu Dr. Ott pierwszy wprowadził już w grudniu 1924 roku systematyczne szczepienia B. C. G. wszystkich dzieci w rodzinach gruźliczych.*)

Wyniki, otrzymane w tym departamencie, są równie dobre, jak i te, które podaje Instytut Pasteura. Według statystyki Dr. Otta:

Umieralność ogólna w roku 1924 dzieci nieszczepionych w 1-szym roku życia wynosiła 13,4% zamiast przeciętnej dla Francji 8,5%. U dzieci szczepionych umieralność ogólna spadła do 6,7%, a umieralność na gruźlicę wynosi tylko 0,5%.

Szczepienie B. C. G. w Instytucjach Państwowych i Społecznych, w Zakładach Położniczych i w ośrodkach przemysłowych.

Ośrodkami szczepienia B.C.G. są obecnie we Francji prawie wszystkie zakłady położnicze,

*) Względnie w rodzinach znajdujących się pod opieką instytucyj lekarskich Wydz. Higj. Społ.

i w wielu z nich szczepi się obecnie wszystkie noworodki bez wyjątku, t. j. zarówno pochodzące z rodzin chorych, jak i zdrowych. W jednej tylko klinice położniczej Uniwersytetu Paryskiego (Kierownik prof. Couvelaire) szczepiono od 1925 r. 300 przeszło niemowląt.

Instytucje ochrony dziecka państwowe, komunalne i społeczne, szczególnie od czasu wyjścia okólnika Ministerstwa Pracy i Higieny (t. j. od lipca 1927), który wyraźnie zaleca stosowanie szczepionki Calmettea i, powołując się na przychylną opinię w tym względzie Akademii Nauk Lekarskich w Paryżu i Najwyższej Rady Zdrowia, szczepią bardzo wiele*). Należy zaznaczyć, że okólnik zezwala na szczepienie nie tylko lekarzom, ale także akuszerkom.

W mieście La Rochelle dzięki sprężystemu Naczelnikowi Wydziału Zdrowia w roku 1927 zaszczepiono 85% wszystkich noworodków.

W okręgu przemysłowym, w rodzinach górników Dr. Brehon, Lekarz Naczelny Kopalni w Bethunes, potrafił w ciągu roku (od I.XII 1926 do 31.VIII 1927) zaszczepić wszystkie noworodki (856 niemowląt). Wreszcie niektóre szpitale dla gruźliczych i sanatoria, stale wypisują szczepionkę B. C. G. i za pośrednictwem pielęgniarek społecznych dostarczają jej swym byłym pacjentom.

Skutki podawania B. C. G.

Co się tyczy skutków bezpośrednich podawania szczepionki, to tysiące lekarzy francuskich stwierdziło na piśmie, że szczepionka B. C. G. prawie nigdy nie wywołuje żadnych zaburzeń. Bardzo rzadko obserwuje się nieznaczne podniesienie temperatury w kilka godzin po podaniu szczepionki, przyczem nie można nawet ustalić, czy te wahania ciepłoty zależą od szczepionki. Raz jeden zauważono krwawe wymioty z powodu połknięcia przez niemowlę kawałka szkła z ampułki (we Francji wydaje się szczepionkę w ampułkach), ale na tem na szczęście się skończyło.

Szczepionka nie wywołuje zaburzeń w trawieniu nawet u wcześniaków i nie wpływa ujemnie na rozwój dziecka.

W nielicznych przypadkach w pierwszych tygodniach po szczepieniu stwierdza się czasowy obrzęk gruczołów chłonnych, który trwa do trzech tygodni i znika bez śladu.

Setki listów, nadchodzących codziennie od lekarzy do Instytutu Pasteura, stwierdzają, że dzieci szczepione wydają się być specjalnie odporne na schorzenia jelit a także na rozmaite infekcje: grypa, krztusiec, odra.

Bardzo często powtarzają się listy, z których wynika, że dzieci szczepione, pochodzące od matek i ojców gruźliczych, których bracia i siostry, urodzeni przed wynalezieniem szczepionki umierały na gruźlicze zapalenie opon mózgowych, mają się doskonale, pomimo styczności z chorym, który był już przyczyną zakażenia i śmierci młodszego rodzeństwa. Takie doniesienia, jak słusznie zauważa Calmette, mają wartość prac doświadczalnych laboratoryjnych.

*) W styczniu r. 1928 nadchodziło codziennie do Instytutu Pasteura 100—150 obstalunków na szczepionkę.

Szczepienia B. C. G. i odczyn tuberkulinowy.

U dzieci szczepionych B. C. G. odczyn tuberkulinowy występuje stosunkowo rzadko. Według Weil-Hallé:

w 6 mies. życia - w 15 do 20%,

w 18 " " - w 50%,

w 2-gim roku życia w około 60% i to

u dzieci, znajdujących się w styczności z gruźlicą.

I ten fakt jest bardzo mylnie interpretowany, szczególnie przez autorów niemieckich, którzy sądzą, że stan odporności może istnieć tylko u osobników z odczynem tuberkulinowym dodatnim.

Według Calmettea, tylko zmiany o charakterze gruźleków wywołują nadwrażliwość na tuberkulinę (odczyn dodatni); odporność i nadwrażliwość na tuberkulinę są to stany zupełnie różne i niezależne od organizmów zakażonych przez prątek Kocha. (Calmette).

Szczepienie B. C. G. u dzieci starszych i u ludzi dorosłych.

Doskonałe wyniki, otrzymane przez ostatnie sześć lat za pomocą szczepienia niemowląt wysunęły we Francji, jak zresztą i w innych krajach, zagadnienie szczepienia dzieci w wieku szkolnym i ludzi dorosłych. W chwili obecnej nic zdecydowanego w tej sprawie powiedzieć nie można, jednak Calmette wskazuje już na pewne modyfikacje niezbędne w stosowaniu jego metody u osobników starszych, którzy w większości przypadków stykali się już z prątkami zjadliwymi,

A więc przede wszystkim nie można podawać im szczepionki przez usta, ponieważ w trzecim tygodniu życia jelita tracą swą uprzednią przepuszczalność. Przepuszczalność względna pozostaje, ale nie jest ona dostateczna i dotyczy tylko niewielkiej liczby prątków połkniętych, co jest zupełnie niewystarczające i niepewne dla osiągnięcia odporności.

Wzorując się więc na doświadczeniach na zwierzętach, postanowiono szczepić dzieci starsze i dorosłych metodą podskórną. Doza musi być taka, aby nie wywoływała t. zw. „Objawu Kocha“ (w postaci ropnia w miejscu ukłucia).

Okazało się z doświadczeń Weil-Hallé i Turpina w Paryżu, Parisota w Nancy, Girardea i Legendierea w kolonjach francuskich, Alberto Ascoli we Włoszech i Schelle i Heimbecka w Norwegji, że dawka 0,01 milgr.

0,05 milgr, szczepionki podskórnie jest doskonale znoszona nawet przez bardzo młode dzieci.

Osobniki z odczynem tuberkulinowym ujemnym (2-krotnie powtarzanym w odstępie tygodnia) znoszą doskonale nawet do 5 milgr. B. C. G.

Doza 0,01 milgr. jest zupełnie nieszkodliwa i może służyć do szczepienia podskórnego zarówno dzieci szkolnych, jak i dorosłych, dzięki wyjątkowym warunkom życia dotąd niezarażonych (odczyn Pirqueta ujemny).

W tej ostatniej sytuacji znajdują się wojska kolonialne francuskie z Afryki i z Azji. Ci żołnierze kolorowi po przybyciu do Francji zapadają na ciężkie postaci gruźlicy, i dlatego Ministerstwo Wojny postanowiło szczepić B. C. G. tych żołnierzy. W r. 1925 zaszczepiono 450 żołnierzy (250

podskórnio). Dotychczasowe wyniki są dobre, ale dopiero za dwa, trzy lata można będzie coś pewnego wiedzieć. W samej Francji Dr. Weil-Hallé i Turpin dotąd ogłosili historje 10 dzieci, szczepionych podskórnio. Prof. Parisot zakomunikował Prof. Calmette'owi wyniki prób na 85 dzieciach w wieku od 1 do 15 lat. Prof. Parisot żadnych zaburzeń nie obserwował.

Należy w tem miejscu wymienić jeszcze próby szczepienia podskórnego 60 uczenic Szkoły Pielęgniarstwa w Oslo w Norwegji (Scheel i Heimbeck) które, predestynowane do pielęgnowania ciężko chorych na gruźlicę, wykazywały odczyn Pirqueta ujemny. Próba, jak dotąd wypadła pomyślnie. Żadna ze szczepionych pielęgniarek nie zapadła na gruźlicę.

Wiadomości bieżące.

— VI-ty Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwigruźliczego.

Komitet Wykonawczy Międzynarodowego Związku Przeciwigruźliczego, w którego skład wchodzi: prof. Gunn w zastępstwie prof. Theobalda Smitha, prof. Calmette, dr. Dewez, prof. Raffaele Paolucci, Sir Robert Philip, prof. Leon Bernard, sekretarz generalny dr. F. Humbert, zastępca gen. sekretarza, ustalili na posiedzeniu dnia 26 l b. r. w Paryżu prowizoryczny program VI-go Zjazdu Międzynarodowego, który odbędzie się w Rzymie od 24—29 września b. r. pod auspicjami włoskiego związku przeciwigruźliczego. Wybór referentów, którzy mają opracować i wygłosić trzy programowe referaty z dziedziny gruźlicy, został dokonany jak następuje: 1) Temat biologiczny: „Postaci przesycałne zarazka gruźliczego”—prof. Calmette z instytutu Pasteura w Paryżu, 2) Temat kliniczny: „Rozpoznanie gruźlicy dziecięcej”—dr. Rocco Jemma, profesor uniwersytetu w Neapolu, 3) Temat społeczny: „Organizacja profilaktyki przeciwigruźliczej na wsi”—dr. Wiljam Brand, z angielskiego związku przeciwigruźliczego

Liczba tematów, które będą przedmiotem dyskusji, została ściśle ograniczona do trzech wyżej wymienionych. Wszelkie doniesienia, niedotyczące wymienionych zagadnień, nie będą przyjęte.

Obok powyższych trzech tematów głównych będą wygłoszone (bez dyskusji) następujące referaty: 1) „Wspomnienie o Forlaninim”—prof. E. Morelli z uniwersytetu z Pawji,

2) „Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc”—prof. Brauer z Hamburga, 3) „Ubezpieczenie obowiązkowe od gruźlicy we Włoszech”—referent włoski, 4) „Organizacja przeciwigruźlicza w przemyśle medjolańskim”—referenci: prezes konfederacji przemysłu, inżynier i lekarz-inspektor fabryczny.

Zwiedzanie głównych ośrodków organizacji przeciwigruźliczej we Włoszech będzie udostępnione uczestnikom zjazdu od dnia 15 września br. r. Program wycieczek zostanie później ustalony i przesłany uczestnikom zjazdu.

Zapisy na Zjazd.

Członkowie Międzynarodowego Związku Przeciwigruźliczego są zaproszeni na zjazd i otrzymują bezpłatnie sprawozdania.

Udział swój winni zgłosić za pośrednictwem Departamentu Służby Zdrowia (Min. Spraw Wewnętrznych) lub Polskiego Związku Przeciwigruźliczego (Warszawa, Chocimska 24) do dnia 15 lipca b. r.

W Zjeździe mogą wziąć również udział lekarze, którzy nie są członkami Międzynarodowego Związku Przeciwigruźliczego przedstawieni przez Dep. Służby Zdrowia (M. S. W.) lub Polski Związek Przeciwigruźliczy, Chocimska 24.

Powyższe próby poz walają przypuszczać, że szczepionka B. C. G. może być bez szkody podawana podskórnio i że prawdopodobnie służyć będzie do uodparniania dzieci i dorosłych niezakażonych, a którzy z rozmaitych względów mogą być narażeni na zakażenie gruźlicą.

Tak w streszczeniu przedstawiają się wyniki szczepionki Calmette'owskiej, otrzymane we Francji.

W wielu innych krajach, wyniki statystyczne są bardzo podobne i dlatego bez żadnej przesady można powtórzyć za Leonem Bernarodem, że jeżeli czas nadal potwierdzi skuteczność metody Calmette'a, to wynalazek ten stanowić będzie jedno z największych zwycięstw medycyny zapobiegawczej.

Opłata za udział w Zjeździe wynosi 100 lirów od osoby. Członkowie Zjazdu, którzy pragną wziąć udział w dyskusji i wypełnili powyższe warunki zapisu, mogą być wówczas zgłoszeni za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwigruźliczego, o ile nadesłał odpowiednie zawiadomienie do dnia 15 lipca b. r. W dyskusji pierwszeństwo będą mieli ci uczestnicy zjazdu, którzy się wcześniej zapiszą do głosu.

— XIII-ty Zjazd Lekarzy i przyrodników polskich. (Komunikat Nr. 1).

W myśl uchwały, powziętej na XII Zjeździe z 1925 r. następny Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędzie się w Wilnie w 1929 r.

Do prezydium Komitetu Organizacyjnego Zjazdu Delegacja stała powołała z szeregu swych członków prof. A. Januszkiewicza i prof. dr. Władysława Dziewulskiego; na Sekretarza Generalnego został zaproszony prof. dr. Michejda, na Redaktora Naczelnego — prof. dr. W. Jakowicki, na Skarbnika — dr. W. Bądzynski.

Ścisły termin Zjazdu został wyznaczony przez Delegację Stałą w porozumieniu z Komitetem Organizacyjnym na dni 26—29 września 1929 r.

Po zakończeniu przygotowawczych czynności w organizacji Wydziału Naukowego będzie podany wykaz gospodarzy i sekretarzy sekcji w najbliższym komunikacie.

Za Delegację Stałą Zjazdu:
Doc. dr. T. Janiszewski Sekretarz
Prof. dr. S. Ciecchanowski Przewodniczący
Za Komitet Organizacyjny Zjazdu:
Prof. dr. K. Michejda Sekretarz Generalny
Prof. dr. A. Januszkiewicz Przewodniczący

— Nr. 8-my dwutygodnika „Dziecko i Matka” przynosi artykuł „O procesie wzrastania”, „Pytania i odpowiedzi” rzucające światło na psychologję dziecka. „Ogródki dzieciinne” wraz z szczegółowem rozplanowaniem grządek, kwiatów i warzyw, „Wychowanie fizyczne dzieci”, „O wartości odżywczej pożywienia” i obszerny dział mód i zabawek dzieciennych oraz wyczerpujące odpowiedzi od redakcji.

ZMARLI.

Paweł Kucera b. prof. Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie, ostatnio dyrektor państwowego zakładu bakteriologicznego w Pradze.

— Józefa Jotejkówna, znana z licznych prac naukowych, prof. Wolnej Wszechnicy w Warszawie.

TREŚĆ: A. LANDAU, B. JOCHWEDS, R. PEKIELIS. O klinicznym stosowaniu bronchografji. B. KARBOWSKI. Uwagi w sprawie techniki wprowadzania płynów kontrastowych do oskrzeli.—WŁ. STERLING. Podstawy eksperymentalne i kliniczne biologji seksualnej (Str. zbior. dok.)—Streszczenia pojedyncze i oceny książek. Wskazówki praktyczne. Posiedzenia Towarz. Lekarskich. W. RAKOWSKI. O leczeniu krwawień macicznych, powstałych na tle zaburzeń wewnątrzwydzielniczych.—ST. PARADISTAL. Wyniki szczepień przeciwigruźliczych metodą Calmette'a we Francji (szczepionką B.C.G.). (Dok.)—Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: A. LANDAU, B. JOCHWEDS, R. PEKIELIS. L'application clinique de la bronchographie.—B. KARBOWSKI. Remarques sur la technique de la bronchographie.—L. STERLING. Bases expérimentales et cliniques de la biologie sexuelle. (Rév. gén. fin.)—W. RAKOWSKI. La thérapie des hemorrhagies uterines causées par les troubles des glandes à secretion interne (fin.)—ST. PARADISTAL. Les résultats obtenus en France par la méthode de vaccination antituberculeuse de Calmette (B.C.G.) (fin.)

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 6-ej do 8-ej pp.

Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich, Warszawa, Zielna 47. Tel. 19-57. www.dlibra.wum.edu.pl