

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. 22-23

WARSZAWA, 6 CZERWCA 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Leczenie gośćca, dny i nerwobólów szczepieniami skórnymi „Cutivaccin Paul“.¹⁾

Podał

Mieczysław GOLDBAUM (Warszawa).

(Dokończenie -- p. Nr. 20—21).

Przechodzę obecnie do pobieżnego opisu objawów choroby i przebiegu leczenia u następujących 14 moich chorych.

Przyp. I. *Polyarthrititis rheumatica chronica*.

B. W. bandażysta, lat 50. Przybył do ambulatorjum 20/7 1928 r. Od paru lat choruje na nogi, ledwie chodzi; miewa silne klucie i darcie w kończ. doln., zwłaszcza w kolanach. Przy pracy musi przeważnie stać, bo wstawanie z krzesła sprawia mu dotkliwe klucie. Do K. Chorych przyszedł o 2 kijach. Od 3 miesięcy nie może pracować. Trzeszczenie silne w kolanach, zwł. w prawym, również i w barkach; zgrubienie stawów palców dłoniowych. 21/7 I-e szcz. *Cutiv. mitior*. Silna reakcja skórna i ogólna. 31/7 II-e szcz. *Cutiv. mitior*. Silna reakcja ogniskowa w prawym ramieniu i ogólna nazajutrz po szczepieniu. 7/8 przyszedł z ostrem obrzmieniem prawego barku, niemożliwością poruszania nim i silnym bólem, rozchodzącym się aż do kręgosłupa i wzdłuż całej kończ. górn. praw. 9/8 ogromna poprawa; ruchy trochę rozleglejsze. Chory akcentuje, że k. d. są luźniejsze, i przy forsownem zginaniu i rozginaniu kolan nie czuje już dawnych bólów. 18/8 nogi swobodne, chodzi bez kija, twierdzi, że mógłby cały dzień stać przy robocie, klucia, ani darcia od II szcz. już nie ma. Na prawy bark coraz lepiej. Ból tylko przy ruchach rozleglejszych np. podnoszeniu go po za linję poziomą i zginaniu łokcia po za kąt prosty. 24/8 III-e szcz. *fortior*. Znow silna reakcja ogólna przez 3 dni. Ostre zapalenie prawego barku coraz się poprawia, staw przybiera normalne kontury. 25/9 IV-e szcz. *fortior*. 24/10 V-e szcz. *fortior*. Chory stoi cały dzień przy robocie, czuje się silnym i zdrowym zupełnie. Nawet na niepogodę nie reaguje żadnym bólem 26/11 VI-e szcz. *fortior*. 7/1 1929 7-e szcz. *fort*. Prawy bark skutkiem uciąż-

liwej całodziennnej pracy jeszcze lekko boli przy silniejszej palpacji i podnoszeniu do góry. Zaleciłem masaż prawego barku.

19/2. Na bark prawy już zupełnie dobrze, natomiast przebył świeżo grypę, po której ponowiły się w obu kolanach, jako w *locus minoris resistentiae*, darcie i klucie oraz ziębienie, lecz bezporównania słabsze, niż dawniej. 23/2 8-e szcz. *fort*. Na kolana już lepiej

Epicrisis. Chory od lat kilku na k. dolne i chodzący o 2-ch kijach, po 2-ch szczepieniach „Cutivaccin Paul“ rzuca kije i jest na nogi zupełnie zdrów. Przypadkowe ostre zapalenie stawu bark. prawego ulega prawie zupełnemu wyleczeniu po 3-ch tygodniach.

Sensacje darcia, klucia i ziębienia w kolanach, chorych w ciągu paru lat, a wyleczonych przez 2 szczepienia, powracają w b. słabym stopniu w 7 miesięcy po wyleczeniu skutkiem niebываłych od 100 lat mrozów i zasp śnieżnych, a w kilka dni później zaczynają już ustępować. Chory wskutek tego kontynuować jeszcze będzie szczepienia.

Przyp. II. Kot. Fl. murarz l. 45. *Polyarthrititis rheumatica chronica*

Przybył do ambulatorjum 20/7 1928 r. Od 6-u tygodni leczy się w K. Ch. na obostrzenie bólów w kończynach dolnych.

Ból w kolanach i w stopach, również w 2-ch palcach lewej dłoni. Leczony w czerwcu 1928 r. iniekcjami mleka (2 à 5 gr. i 1 à 10 gr.) śródmięśniowo. Brał długo jod i inne leki, lecz bezskutecznie. Gdy się zgłosił do mnie, nie mógł spać na lewym boku z powodu silnego bólu na całej przestrzeni lewej kończ. górn. Miewa uczucie bólu i omdlewania w sercu. Auskultacyjnie zmian nie stwierdzono. 21/7 I-e szcz. *Cutiv. mitior*. 31/7 II-e szczep. *mit.* Chory zachwycony poprawą, która nastąpiła już po I-em szcz. 20/8 III-e szcz. *fort*. Poprawa trwa dalej, chory nazywa to cudem i określa swoją poprawę na 100%. 17/9 IV szcz. *fort*. chory może już spać na lewym boku, nie doznając żadnych bólów, w kolanach i w lewej stopie tylko przy wielkiem zmęczeniu, bo cały dzień stoi przy robocie murarskiej. 16/X V-e szcz. *fort*. uważa się za zupełnie zdrowego, chce przerwać szczepienia, jedynie za moją radą otrzymał jeszcze 6-e szcz. *fort*. 15/XI, ponieważ ze 2 razy w tygodniu odczuwa jeszcze lekkie strzykania przez sekundę. Uczucie bólu i omdlewania w sercu również ustało. Trzeszczeń, które były wyraźne, też już niema.

Przyp. III. H. Bryz. l. 26. *Polyarthrititis rheum. chron. secundaria*

¹⁾ Według odczytu, wygłoszonego w Tow. Lekarskiem Warsz. 5 III. 1929.

2½ roku temu przebyła ostry gościec w lewym stawie biodrowym—leżała 2 tygodnie. Prawdopodobnie po tym gościecu pozostało *vitiū cordis*. Szmer w sercu, wymiar 8 cm. *In pulmonibus nihil*. Częste bóle głowy. Analiza moczu normalna. Głównie narzeka na darcie w kończ. doln., które się nasiliło od paru miesięcy. Była na letnisku, gdzie brała kąpiele rzeczne i wróciła z obstrzeniem bólów 1/8 I-e szcz. *Cutiv. mit.* 11/8 II-e szcz. *Cut. m.* Już po I-em szcz. uczuła ulgę. Bóle i zmęczenie w kończ. doln. mniejsze, kostki stóp mniej puchną. III-e szcz. 31/8 *Cutiv. fort.* Po 2-em szcz. darcie się nasiliło w kończ. dolnych, zwłaszcza prawej. 2/X, IV-e szcz. *fort.* Po 3-em szcz. poprawa duża, jeszcze tylko niewyraźny ból na deszcz. 30/X, V-e szcz. *Cutiv. fort.* Po 4-em szcz. poprawa postępuje. Podczas pogody kończ. dolne wcale nie boją — na niepogody ból daleko mniejszy, niż dotąd. 28/XI, VI-e szcz. *Cutiv. fort.* Czuje się zupełnie dobrze — odczuwa bóle w sercu przy najmniejszej irytacji lub wchodzeniu na wyższe piętro. 27/XII, VII-e szcz. *Cutiv. fort.* Bólki minimalne, jedynie na niepogodę. 21/1 1929 r. VIII-e szcz. *Fortior.* Bóle w kostce lewej stopy wznowiły się w słabym stopniu z powodu zimna w sklepie. Poza tem czuje się na reumatyzm zupełnie dobrze. 11/II, IX-e szcz. *Cut. f.* Przez całe 3 tygodnie pacjentka jest zupełnie zdrowa

Epicrisis. Wyleczona od 6-go szcz. Wyrównana wada serca nie stanowiła przeszkody w leczeniu i nie doznała pogorszenia.

Przyp. IV-y. K. Goł. I. 49. *Polyarthrit. rheum. chron. primaria.*

Od roku bóle i łamanie w kościach, głównie w kolanach również i w palcach dłoniowych. Na zmianę pogody z powodu bólów nie sypia dobrze. Palpacja ud dotkliwa. Ból w kościach, chora krzyczy. Trzeszczenia w kolanach. Kończ. dolne trochę obrzmiałe. Serce bez zmian. Przy chodzeniu bóle mniejsze, głównie dokuczają przy siedzeniu, również i w nocy. Anal. moczu (9/7) = ślady białka oraz 30 — 40 leukoc. w p. widz. 16/7, I-e szcz. *Cutiv. m.* 30/7, II-e szcz. *Cut. m.* Anal. moczu (z 3/8) = ślady białka, leukoc. 1 na 1 — 2 p. w. 22/8, III-e szcz. *Cut. fort.* Poprawa po 2-em szczepieniu. Może już siadać na niskim stołeczku bez bólu w kolanach, czego przedtem robić nie mogła. Palpacja ud bez wrażenia (przedtem krzyczała). Bólów w nocy, ani na zmianę pogody nie miewa. Anal. moczu (28/8) normalna. 25/9 IV-e szcz. *Cut. f.* Poprawa w udach dalsza; jeszcze trochę sztywności i bólów w palcach prawej dłoni po praniu. 25/X, V-e szcz. *Cut. f.* 22/X, VI-e *Cut. f.* Zupełnie wolna od wszelkich bólów — sypia doskonale. 17/12, VII-e szcz. Zupełnie wyleczona—przestaje się poddawać szczepieniu.

Epicrisis. Chora wylecz. już po 6-u szcz. Duża liczba leukoc. w moczu znikła podczas szczepienia. Chora przez cały czas szcz. nie brała żadnych leków.

Przyp. V-y. Z. Werp., I. 27. *Rheumat. artic. chron. secundarius.*

Chora przybyła 20/VII 19.8 r. Rok przedtem leczyła się w K. Ch. na silną anemię i objawy szczytowe w płucach. Przebyła ostry reumatyzm stawowy w lewym barku (4 miesiące w łóżku z gorączką i bardzo silnymi bólami). Obecnie płuca zdrowe (Röntg.) Serce norm. Głównie narzeka na bóle w prawem udzie i w *Spina ilei ant. sup.* Objawów rwy kulszowej niema. Palpacja uda bardzo dotkliwa. Kończyny dolne lekko obrzm. Od roku lecz. bezskut. Anal. moczu = ślady białka. 30—40 leuk. w p. w. 9/8 I-e szcz. *Cutiv. mit.* 22/8 II-e szcz. *Cut. mit.* Anal. moczu (z 24/8) = śl. białka, leuk. 2 — 3 w p. w. Chora twierdzi, że po I-em już szczep. czuła pewną ulgę w bólach, lecz głównie odczuwała ogólnie korzystny wpływ na organizm, czuła się dobrze, miała inny humor, „inne życie”. Zanim jednakże ta poprawa nastąpiła, miała 4-go i 5-go dnia po I-em. szcz. ogólne rozłamanie i brak apetytu. 11/9 III-e szcz.

f. Po 2-em szcz. znikł ból w prawem udzie. *Spina ilei* zupełnie bezbolesna. 11/10 IV-e szcz. f. Bóle bywają jeszcze tylko chwilowe, na niepogodę. 9/11 V-e szcz. f. czuje się zupełnie zdrowa, jedynie lekko odczuwa jeszcze zmiany pogody. Po 5-u szcz. przerwała leczenie.

Epicrisis. I w tym przypadku znikła ogromna liczba leuk. w moczu zaraz po I-em szcz.. Chora, bardzo wyniszczona po przebytych ostrym gościecu stawowym i szczytowych zmianach płucnych, bardzo się poprawiła pod względem ogólnym, a zaraz po I-em szcz. odczuła regeneracyjne działanie *Cutivacciny*, obserwowane później przezemnie w bardzo wielu przypadkach.

Przyp. VI. Br. Wojt., I. 61. *Neuralgia bilateralis n. trigemini communis.*

Od 2-ch lat bolesne na dotyk i samoistnie wszystkie punkty *Valleixa* na twarzy: *supra-et infraorb., maxill. i trigem. comm.* 6/11 1928 r. I-e szcz. *Cutiv. mit.* 16/11 II-e szcz. *Cut. fort.* Już po I-em szczep. na bóle twarzy znacznie lepiej. 7/12, III-e szcz. *Cutiv. fort.* chora czuje się jeszcze lepiej. Ucisk punktów bolesnych mało dotkliwy. Subiektywnie czuje się bardzo dobrze. 31/12 IV szcz. *Cut. f.* 24/1 1929 r. V-te szcz. *Cut. f.* Nerwoból samoistny i na dotyk minął zupełnie.

Epicrisis. Wyleczenie po 4-ch szczepieniach.

Przyp. VII, F. Minst, I. 28. *Ischias sinistra.*

Przybyła do K. Ch. d. 3/8 1928 r. Chora od 11-u tygodni. Leczona wewnątrznie, smarowaniami i kąpielami słonymi bez skutku. Odczuwa ból na przebiegu nerwu kulszowego przy chodzeniu i palpacji, silne bóle na zmianę pogody. Już po I-em szcz. „*Cutiv.*” czuje się daleko lepiej; dotąd nie mogła chodzić po schodach i wchodzić do tramwaju, obecnie sama wsiada bez trudu. Po 2-em szcz. niema żadnego bólu, ani darcia na zmianę pogody. Analiza moczu = ślady białka. Po 3-em szcz. poprawa postępuje w dalszym ciągu. Po 4-em szcz. analiza moczu normalna, chora czuje się zupełnie zdrowa, zmian pogody nie odczuwa, chodzi, siada, wstaje bez bólu.

Epicrisis: Zupełne wyleczenie po 4-ch szczep. bez jednoczesnego stosowania jakichkolwiek innych środków. Ślady białka w moczu w toku szczepień zupełnie znikły.

Przyp. VIII. *Lumbago chron. dextra.*

4/8 1928. Kosuc. Wład. I. 52. Ślusarz. Od lat 20-tu bóle w prawem biodrze, które już raz zmusiły go do leżenia w łóżku przez 2 miesiące. Po ½ roku znów leżał 6 tyg. na to samo cierpienie. Obecnie odczuwa palenie w prawem biodrze pod *m. glutaeus*. Bóle z prawego biodra przenoszą się teraz na lewe biodro. Darcie w palcach prawej dłoni.

Anal. moczu (6/8) = 0,03%₀₀ białka. 1 — 2 szkl. wałków w prepar.

10/8 I-e szcz. *Cuti-m.* 13/8 Anal. moczu = ślady białka. Wałków niema

21/8 2-e szcz. *Cuti-m.* 24/8 Anal. moczu = białka. ani wałków niema.

10/9. 3-e szcz. *fortior.* Chory akcentuje dużą poprawę już po I-em szczep., trwającą po dziś dzień. Reakcji ognisk., ani ogólnej nie miał po żadnym szczepieniu. Przedtem nie czuł się nigdy tak dobrze, jak przez ostatni miesiąc.

10/10. 4-e szcz. *fortior.* Chodzi dobrze, gdy przedtem utykał.

10/11. 5-e szcz. *fort.* Jeszcze tylko przelotne palenie w praw. biodrze, głównie na niepogodę. Czasem przelotne darcie w palcach praw. dłoni. Naogół czuje się prawie zupełnie dobrze.

Dla utrwalenia wyniku brał jeszcze dalsze szczepienia w grudniu, styczniu i lutym. Na ostatnie mrozy i śnieżyce reagował jeszcze chwilowo w prawem biodrze bólami, lecz daleko mniej dotkliwymi. Chodzi dobrze i uważa się za prawie zupełnie zdrowego.

Epicrisis. Cierpienie, trwające od lat 20-tu, obostrzające się od czasu do czasu aż do konieczności dłuższego leżenia w łóżku, ulega wyleczeniu, mimo niezmiernie ostrej zimy, prawie doszczętnie w ciągu serii 8-u szczepień. Białko i wałki szkl. w moczu po 2-ch szczepieniach znikły.

Przyp. IX. Z ar. J. I. 47. Ślusarz. *Myalgia rheum. chron. (cervicalis)*.

Od Wielkiej Nocy ciągle bóle w lewej połowie karku, nieustępujące żadnemu leczeniu. 20 naświetlań, 10 kąpeli słonych, smarowania, środki wewnętrzne, bez żadnego skutku. Bóle mniej dotkliwe przy palpacji, niż przy ruchach szyi w którąkolwiek stronę. Bóle o tym samym świdrującym charakterze promieniują do lewego łokcia. Mają niekiedy charakter pełzania mrówek.

10/9. I-e szcz. *Cuti-f.* Anal. moczu = ś l a d y b i a ł k a.

20 9. II-e szcz. *fortior.* Już po pierwsz. szczep. pewna ulga. Bóle w karku i w ramieniu do łokcia słabsze, ruchy swobodniejsze.

10/10. III-e szczep. *fortior.* Po II-m szczep. dalszy postęp. Bólów świdrujących niema już zupełnie, czasem, b. rzadko, b. słabe mrowienie. Czuje się ogólnie b. dobrze. Kończyna górna lewa ciężka mu, nie mógł jej trzymać opuszczoną, lecz musiał ją zakładać na szyję; teraz ruchy swobodne.

Anal. moczu norm. (26/9).

10 11. Poprawa trwa.

Epicrisis. Po 4-ch szczepieniach, czując się dobrze, przestał brać dalsze szczepienia.

Przyp. X-y. Trz. P. 32 l. ś l u s a r z *Polyarthrititis rheum chronica.*

Od 1914 r. bóle w krzyżu. W 1922 r. obostrzenie, które ustało po 2-ch tygodniach leżenia w łóżku. Narzeka obecnie na łamanie i darcie w górnych końcach obu kości promieniowych, w nadgarstkach i palcach dłoni. Toż samo w kolanach i obu stępach (*tarsus*). Na niepokodę gorzej. *Vitium cordis. Cor auctum.* Szmer u wierzchołka i u aorty. Mieszka w wilgotnem mieszkaniu.

26/X. 1928 r. I-e szcz. *Cuti v. mit.* 6/XI. II-e szczep *Cut. m.* Bóle krzyża, obu kości promieniowych, kolan i stóp nieco słabsze. 24 XI. III-e szcz. *Cut f.* Jeszcze większa poprawa, bóle wszędzie zelżały, tylko jeszcze w stępie lewej stopy ból mały pozostał. 18/XII. 4-e szcz. *Cut. f.* Od 3-go szcz. wolny jest od wszelkich bólów. Czuje się zupełnie dobrze. 11 I 1929 r. V-e i ostatnie szcz. *Cut. f.* — wyleczenie trwa

Epicrisis. Chory, dotknięty wadą serca, był mimo to szczepiony, i stan jego zdrowia stale i w szybkim tempie się poprawiał bez żadnej szkody dla serca. Wyleczenie po 3-ch szczepieniach.

Przyp. XI-y. Józ. Ok. 32 l. traser. *Polyarthritits rheumatica subacuta.*

Przybył do K. Chorych 18.8.1928 r. Parę miesięcy przedtem zachorował na bóle w stawach i *erythema nodosum* z gorączką. Bóle sadowiały się w kolanach, dłoniach i łokciach oraz podczas chodzenia w kostce lewej stopy. Obiektywnie zmian w stawach i w łokciach prawie niema. Od paru tygodni kaszel wilgotny. Bardzo źle wygląda, brak apetytu, osłab. ogólne. *Cor normale.* Analiza moczu = ś l a d y b i a ł k a. W 4 dni po tem szcz. może dłużej chodzić bez bólu w kolanach i w kostce. Ogólny stan i apetyt poprawił się. W 2 tygodnie po 2-em szcz. anal. moczu normalna. Poprawa posuwa się. Nie ma żadnych bólów przy pracy, ani przy chodzeniu. Ogólny stan coraz lepszy, apetyt świetny. Po 3-em szcz. kończyny górne zupełnie są wolne od bólów. Ogólny stan zdrowia coraz lepszy. Po 4-em szcz. kolana też już wcale nie bołą — przed niepokodą jeszcze bywają bóliki krótkie i słabe. Od 5-go szczepienia jeszcze tylko może

raz na tydzień chwilowe i słabe ukłucia. Wyleczony zupełnie od 6-go szcz., wszystkich szczepień wziął 8.

Epicrisis. Chory wciąż się poprawiał pod względem stanu ogólnego — stracił prawie natychmiast białko w moczu i przybrał na wadze 4½ kg

Przyp. XII. Józ. Soboc. 67 l. formierz. *Polyarthrititis rheumat. chron.*

Przybył do K. Ch. 28.9.1928 r. Zachorował rok wcześniej. Darcie w kończ. gór., zwłaszcza w prawej, nawet przy pogodzie, dawniej głównie na niepokodę. Trzeszczenia w barkach, łokciach, dłoniach. Stawy paliczkowe zgrubiałe. Zgrubienie obu wyrostków łokciowych. Pracuje, jako formierz, w mokrym piasku i w wodzie, przeważnie kłęcząc, a nawet leżąc nawznak. I-e szcz. 29.9 *Cut. mit.* II-e szcz. *Cut. mit.* 9.10. Po I-em szcz. ruchy bierne w barku prawym łżejsze, lecz jeszcze odczuwa ból. Swobody ruchów czynnych jeszcze nie ma. Palto wdziewa z trudem i z bólem, jednak akcentuje, że już od I-go szcz. czuje dużą poprawę III-e szcz. 30.10 *Cut. f.* Po II-em szcz. poprawa jeszcze większa. Od barku do łokcia bóle są mniejsze, od łokcia do palców ustąpiły prawie zupełnie. Palto wdziewa sam, bez pomocy, podczas gdy dotąd nie mógł kończ. gór. prawej ani unieść do góry, ani wykręcić 29.11 IV-e szcz. *Cut. f.* — zupełne wyleczenie.

Epicrisis. Nadspodziewanie szybkie wyleczenie już po 3 szczepieniach u pacjenta, chorego od roku na dość ciężki gościec stawowy i pracującego w niezwykle ciężkich warunkach.

Przyp. XIII. Nar. Fr. 69 l. tkacz. *Polyarthr. rheum. chron. Omarthritis sinistra exacerbata.*

Przybył do K. Ch. 24.7.1928 r. Od ½ r. ogromne ograniczenie ruchów lewego stawu barkowego (kontrakтура). Silne trzeszcz. i bolesność przy ruchach biernych w lewym stawie barkowym. Trzeszczenie i w prawym stawie barkowym. Zgrubienie paliczków w stawach i nieco deformacji w nich. Tętno serca głucho. *Emphys. pulm. Arteriosclerosis.* Roentgen nie wykazał zmian kostnych chorobowych urazowych w lewym barku. I-e szcz. otrzymał 25.7.1928 r. Odczyn ogniskowy w postaci obostrzenia bólów i ograniczenia ruchów w lewym barku. 3.8 II-e szczep. *fort* Po 2-em szcz. poprawa w ruchach czynnych i biernych lewego barku. Po 3-em poprawa jeszcze większa; od łokcia do dłoni lewej żadnego już bólu nie odczuwa. Po 4-em szcz. stwierdza, że, począwszy od 2-go szcz. poprawa bezustannie posuwa się naprzód. Kończynę górną lewą podnosi omal, że narówni z prawą, tylko jeszcze nie ma w niej tej samej siły, co w prawej. Po 6-u szcz. kończ. lewą górn. podnosi zupełnie normalnie do góry, jednakże jeszcze z pewnym bólem; na niepokodę nie reaguje zupełnie. Wyleczony po 6-u szcz. — przerwał leczenie po 8-u. Leczenie zakończone zostało 12-u masażami lewego barku.

Epicrisis. Mimo głuchych tonów serca i obwodowej miażdżycy leczenie odbywało się prawidłowo, jak u wszystkich innych chorych, Wyleczenie doszczętne po 6-u szczepieniach.

Przyp. XIV. Józ. Karn. 38 l. szewc. *Polyarthr. rheum. chron. Accessus periodici rheumatici acuti.*

Od r. 1914 chory na stawy; często opuchnięcia stawów z gorączką do 40°, z przerwami do roku i dwóch.

Stan obecny: zniekształcenie i bolesność niektórych stawów dłoniowych; krzywe ustawienie obu dłoni, zwłaszcza prawej. Bolesność stawów śródrečno-paliczkowych, drugiego i piątego palców oraz palucha, szczególnie zgrubiałego, a z mniej bolesnego od tamtych. Stan taki trwa już od 3 lat. Chory ciągle narzeka i często z powodu opuchnięcia przerywa na całe tygodnie robotę. Trzeszcz. w barkach i kolanach. Największy ból w prawej dłoni i w lewym kolanie oraz stopie. Bóle krzyża przeszkadzają mu długo stać

Analiza moczu = 0.03% białka, wałków szkl. 1 — 2 w preparacie. *Cor normale.* Zakatarzenie szczytów płucnych.

Po 1-em. szcz. nazajutrz gorączka, a w 6 dni później obrzmienie okołostawowe stawu śródręczno - paliczkowego czwartego dłoni prawej. Po 2-em. szcz. widoczna poprawa w dłoniach, które są lżejsze, i palce łatwiej się zginają. Natomiast obrzmienie i bolesność prawego kolana. Po 3-em. szcz. obrzmienie i bolesność kolana ustały. Po 4 szcz. czuje mniej darcia we wszystkich kończynach, bóle krzyża mniejsze, stać może łatwiej, naogół czuje się daleko lepiej. Po 5-em szcz. w kolanie lewym i w stopie lewej ma tylko „suche bóle” bez opuchnięcia. Pod względem gościa na ogół poprawa. Po 6-em i 7 em szcz. stawy przestały obrzmiewać, lecz odczuwa jeszcze łamanie w stawach palcowych, darcie w prawym kolanie i kostce. Na ogół dużo lepiej. Analiza moczu normalna.

Epicrisis. Chory, cierpiący na stawy od lat 15-tu, z periodycznie powtarzającymi się ostre zapalenia stawów, doznaje daleko posuniętej poprawy po 7 szczep. aczkolwiek nie może się jeszcze zupełnie pozbyć stale się wznawiających obrzmień okołostawowych. Białko i wałki w moczu znikły zupełnie. Zakatarzenie obu szczytów płucnych nie stało na przeszkodzie dobremu przebiegowi leczenia.

Przytoczone powyżej przezemnie historie chorób moich pacjentów, mające wraz z pokazem chorých ilustrować wnioski, do jakich doszedłem na podstawie mojego dotychczasowego doświadczenia pod względem skuteczności szczepień „Cutivacciny”, wystarczą chyba w zupełności, i mnożyć ich z braku miejsca nie będę.

Zaznaczyć muszę, że mój materiał chorobowy stanowiły przeważnie przypadki *polyarthritidis rheumaticae chronicae primariae*. Przypadki nerwobólów, *Arthritis deformans* i *Arthritis urica* były bez porównania rzadsze. Natomiast dość liczne były przypadki gościa mięśniowego, samego przez się, lub najczęściej w połączeniu z *Polyarthritis*.

Statystykę moją dotychczasową uwidocznia tablica następująca:

Postać chorobowa	Wyleczenie	Poprawa	Bez skutku
<i>Polyarthritidis rheum. chron.</i>	28	83	7
<i>Arthritis urica</i>	1	8	1
<i>Arthritis deformans</i>	—	8	1
<i>Lumbago</i>	2	1	—
<i>Nerwobóle (Ischias)</i>	4	6	—
(n. Trigemini)	1	—	—
	36	106	9

Pomimo tego, że dokładna i miarodajna statystyka opierać się zawsze musi na liczbach olbrzymich, przywiązuję jednak do mojej powyższej skromnej statystyki wielką wagę, ze względu na to, że poczynione przezemnie na szczepieniach „Cutivacciny” spostrzeżenia i osiągnięte wyniki lecznicze występują z wielką prawidłowością.

151 przypadków, które w statystyce mojej uwzględniam, a które stanowią zaledwie połowę materiału, jakim już rozporządzam, doprowadzają mnie do następujących wniosków.

1) „Cutivaccina” zwalcza nader skutecznie i szybko główny objaw cierpień gośćcowych, dny

i nerwobólów, t. j. ból. Czyni to ona często już po 1-em szczepieniu, zwłaszcza w nerwobólach, w których zazwyczaj, prawie zawsze, poprawa postępuje bez przerwy, i wyleczenie następuje, o ile cierpienie nie jest zbyt dawne, najwyżej po 5-u szczepieniach. (Przyp. VI, VII).

2) Drugą z kolei chorobą, na którą „Cutivaccina” wywiera zbawienny wpływ, jest niezaprzeczenie gościec stawowy i mięśniowy. Ten ostatni, jako bezwątpienia mniej skomplikowany, może być pod względem uleczalności szczepieniami „Cutivacciny” stawiany w jednym rzędzie z nerwobólami. I tu więc oczekiwać należy w każdym niezadawnionym przypadku nader szybkiego, bo już po paru szczepieniach, wyzdrowienia. (Przyp. VIII, IX).

3) Gościec stawowy, choroba anatomo-patologicznie, klinicznie i etiologicznie bardzo różnolita, z natury rzeczy nie może się pochwalić równie jednolitymi wynikami, jak nerwobóle i gościec mięśniowy. Bóle, stanowiące dominujący objaw choroby, ustępują zwykle mniej lub więcej szybko, zależnie od ich natężenia i od długotrwałości choroby. Etiologia odgrywa tu też bardzo poważną rolę. Na podstawie kilku moich spostrzeżeń skłonny jestem mianowicie przypuszczać, że cierpienia stawowe na tle rzeźączki szczególnie są odporne. Ograniczenia ruchów, jako następstwo wyłączenia bólów, mogą się leczyć doszczętnie, lecz, oczywiście, powrót ich do normy nie może podążać w równym tempie ze znikaniem bólów, gdyż, jak wiadomo, nawet funkcjonalne tylko zmiany w tkankach okołostawowych i mięśniach, jak np. ich zwiotczenie lub kontraktury, muszą po pewnym czasie ich trwania być dodatkowo leczone masażami, naświetlaniami, kąpielami i t. d. (Przyp. I, II, III, IV, V, XII, XIII).

4) O ile ból, jako główny objaw, dokuczający chorým na nerwobóle, gościec mięśniowy i stawowy, znika szybko, i poprawa postępuje zwykle omal bez przerwy, o tyle zmiany zapalne, jako objaw spraw wysiękowych w stawach lub nacieczeń w tkankach okołostawowych, leczą się powoli, z przerwami, powodowanymi przez obostrzenia. Obostrzenia te są, być może, natury alergicznej, i dlatego „Cutivaccina”, lecząc skutecznie, mimo to zapobiec takim obostrzeniom nie może. Przypadek ostatni z moich historii chorób, jest wymownym tego przykładem. Leczenie przez to przedłuża się znacznie, lecz w końcu również prowadzi do pożądanego wyniku.

5) Sprawy stawowe o charakterze zanikowym, zwyrodniającym, prowadzące do mniej lub więcej rozległych zniekształceń (*arthritis deformans*), oczywiście, wyników dodatnich, jako tako znacznych, dawać nie mogą. Bóle, im towarzyszące, mogą być również, acz w wolniejszym tempie, usunięte, zmiany tkanek okołostawowych do pewnego stopnia zredukowane. Mam również wrażenie, że można tą drogą, po dłuższym stosowaniu tych szczepień, osiągnąć wstrzymanie rozwoju choroby, co już byłoby dla chorego ogromną korzyścią. (Przyp. V).

6) To samo, co o gościecu, da się powiedzieć, *mutatis mutandis*, o dnie. Napad ostry dny, o ile ma nastąpić, przychodzi niespodziewanie, podczas najpomysłniejszego przebiegu leczenia „Cutivac-

ciną". Co się zaś tyczy zniekształceń, najczęściej drobnych stawów, powodowanych zarówno sprawami zwyrodniającymi w samych stawach, jak i zanikami mięśni, złogami wewnątrz- lub zewnątrzstawowymi i t. d., mogą powoli odbywać się sprawy regeneracyjne, które wlewają w lekarza i w chorego otuchę, że nie tylko sprawa nie będzie postępowała dalej, lecz i zmiany, już dokonane, zostaną w znacznej części zredukowane.

7) Leczenie „Cutivacciną” odbywa się w sposób nader łagodny. Odczyn skórny, zazwyczaj wyraźny, wygasa już po kilku dniach i nie komplikuje się prawie nigdy. Odczyn ogniskowy, bynajmniej nie stały, trwa krótko i nie doprowadza do poważnych zaburzeń. Odczyn ogólny zdarza się wogóle rzadko i wyraża się lekkim podniesieniem się ciepłoty ciała na czas bardzo krótki.

8) Leczenie „Cutivacciną” bardzo jest dla chorego wygodne. Odbywa się ambulatoryjnie, pozwala choremu oddawać się swojemu zajęciu, o ile choroba zasadnicza nie stoi temu na przeszkodzie, i zmusza chorego do poddania się szczepieniu tylko raz na parę tygodni.

9) „Cutivaccina” wywiera pożądaną skutek nawet tam, gdzie wszystkie bez wyjątku inne, nawet najenergiczniejsze metody zawodzą. Istnieje mnóstwo przypadków, leczonych w najrozmaitszych miejscowościach kuracyjnych i wszelkimi możliwymi naświetlaniami bezskutecznie, które pod wpływem szczepień „Cutivacciny” ulegają wyleczeniu lub poprawie bardzo szybko.

10) Przeciw wskazań do szczepień „Cutivacciny” jest bardzo mało. Stany ciężkiego charłactwa, ciężkie cierpienia wątroby i nerek, silna cukrzyca, niewyrównane wady serca i poważne zmiany degeneracyjne w mięśniu sercowym lub wielkich pniach naczyniowych stanowią przeciwwskazanie.

Bez obawy zaś szczepień „Cutivacciny” dokonywać można w wyrównanych wadach serca, miażdżycy naczyń obwodowych wraz z hipertonią, sprawach nieżytowych w szczytach płucnych i lekkich stanach podrażnienia nerek oraz słabej cukrzycy, gdyż skrupulatne badania moczu, dokonywane w czasie szczepień, wskazują, że nikły $\%$ (0,03%) białka i niewielki $\%$ (0,5%) cukru, duża liczba leukocytów, (50—100—120 w p. w.) oraz pojedyncze wałki znikają z moczu właśnie w czasie szczepień.

11) „Cutivaccina” posiada poza swoją doniosłą wartością leczniczą spraw gośćcowych, dny i nerwobólów jeszcze nader ważną dodatnią cechę podnoszenia energii ustroju, która nie tylko wpływa dodatnio na humor i usposobienie oraz na stan odżywiania chorego, lecz niewątpliwie drogą cyrkulacji krwi i odruchowo-nerwową przyczynia się i do lepszej przyswajalności szczepionki. Takie regeneracyjne działanie „Cutivacciny” spostrzega się na każdym kroku. Istnieją już nawet odnośne doświadczenia, dokonane na zwierzętach. (Przyp. XI, V).

Rozpatrzyliśmy dotąd wyłącznie działanie „Cutivacciny” na przewlekłe cierpienia gośćcowe stawów i mięśni oraz na nerwobóle i przekonał się o zbawiennym wpływie tego środka w tej dziedzinie. Ostre przypadki gościa stawowego były pod tym względem o wiele rzadziej przedmiotem ba-

bań, ponieważ zarówno sam Paul, jak i wszyscy inni badacze, którzy ogłosili w tym kierunku swoje prace, nadali „Cutivaccinie” cechę bronii, skierowanej głównie przeciwko cierpieniom przewlekłym.

Należy jednak przypuszczać na podstawie przypadków, zaczerpniętych z piśmiennictwa, wprawdzie niezbyt bogatego, że leczenie „Cutivacciną” również i ostrych przypadków gościa stawowego zapowiada się obiecująco. Opisane są przypadki, które, pomimo starannego leczenia przetworami salitylowymi, ciągnęły się bardzo długo i nabrałyby charakteru przewlekłego, gdyby w porę nie było przedsięwzięte leczenie „Cutivacciną”, która szybko doprowadziła chorobę do wyleczenia.

Na tej podstawie można wypowiedzieć przypuszczenie, że „Cutivaccina”, działając zbawiennie na ostry gościec stawowy, może skutecznie zapobiegać powstawaniu wad serca wskutek zapaleń wsierdzia, niestety, zbyt często wnikających ostry gościec stawowy. Ta rozległa i wdzięczna dziedzina badań należy do przyszłości.

Pozostaje jeszcze poruszenie pytania, narzucającego się umysłowi, na które jednak narazie nie można dać ścisłej odpowiedzi, do tego bowiem potrzebne jest wieloletnie doświadczenie, a mianowicie, czy leczenie „Cutivacciną” zabezpiecza od nawrotów? Przypuszczać wolno, że środek leczniczy, oparty na podstawie immunobiologicznej, przenika głębiej, niż każdy inny, w fizjologiczne przejawy życiowe komórek i soków ustroju i zdoła je możliwie długo chronić przed czynnikami szkodliwymi świata otaczającego.

Na zakończenie dodać muszę, że w moim głębokim przekonaniu leczenie gościa i cierpień pokrewnych weszło przez wprowadzenie „Cutivacciny” w nową fazę, ponieważ metoda ta leczy często skutecznie tam, gdzie wszystkie inne środki zawodzą.

Przypisek podczas korekty.

W Nr. 16, 17 i 18 „Casopis Lekarů Ceských” wyszła świeżo praca prof. Cmunt a z Pragi, zawierająca wyniki doświadczeń z „Cutivacciną” na 586 chorych dokonanych pod ścisłą kontrolą dyrektora kliniki wewnętrznej, Czeskiego Uniwersytetu w Pradze, prof. Pelnara i prof. Prusika w ciągu 1½ roku.

Z ogólnej liczby chorych było 270 przypadków szczepionych 3—4 razy, 231 przypadków 5—6 razy i 107 6—12 razy i więcej.

Sprawa chorobowa przycichła w 65,5% ciężkich cierpień stawowych, w 28,1% nastąpiła znaczna poprawa i zaledwie w 6,3% przypadków proces chorobowy opierał się na leczeniu.

Cmunt również redukuje terminy szczepień do 10—28 dni. Miarodajnym dla niego jest w tym względzie odczyn miejscowy w polu szczepiennym.

Do przeciwwskazań dolicza Cmunt jeszcze swoiste *iritis*, *iridocyclitis*, *chiororetinitis* i rozległą eczemę oraz *psoriasis*.

Zaleca on nie stosować podczas szczepień terapii fizykanej, lecz dopiero po pewnej przerwie po dokończeniu kuracji. Podczas samej kuracji dozwala on tylko bardzo łagodne kąpiele.

Najlepsze wyniki otrzymał Cmunt w gościcu przewlekłym, *ischias*, dnie stawowej i myogelo-

zie, a nawet przy *arthritis deformans* miał wyniki dodatnie.

Cmunt zrobił ciekawe spostrzeżenie, że podczas leczenia „Cutivacciną” wychodziły na jaw cierpienia ogniskowe, nie spostrzegane przedtem u tych chorych, mianowicie *appendicitis*, *otitis media suppurativa*, zapalenie pęcherzyka żółciowego i t. d. Dla chorych wynika z tego ta korzyść, że mogli natychmiast być radykalnie leczeni.

Praca Cmunt'a jest pierwszą kliniczną, na szeroką miarę zakrojoną, pracą. Doprowadziła ona zarówno pod względem oceny Cutivacciny, jak i $\%$ wyleczeń, do identycznych ze mną wniosków.

PIŚMIENNICTWO.

1. Paul. Deutsch. med. Wochenschr. N. 52, 1927. — 2. Ayguebère. Concours Médical N. 50, 1927. — 3. H. J. Ditzges u. A. Fischer. Deutsche med. Wochenschr. N. 28, 1928. — 4. Cmunt. „Venkov” 8 II 1928. — 5. Kabisch: Ars Medici N. 9, 1927. — 6. Kaiser i Loeb. Med. klin. N. 30, 1928. — 7. Krasuski. Polska Gaz. Lekarska Nr. 37, 1928. — 8. W. Löwenstein u. A. Strasse. Mediz. Klin. Nr. 26, 1928. — 9. Obarski. Polska Gaz. Lek. tom V 1926. — 10. Peker i Czyżewska — Nowiny Lek. Nr. 14, 1928. — 11. Pribram. Wiener Klin. Wochenschr. Nr. 37, 1928. — 12. Skutetzky. Med. Klin. Nr. 4, 1928. — 13. Włodawerówna. Warsz. Czasop. Lek. Nr. 1 i 2 — 1929. — 14. Cmunt. Casopis lekaru Ceskyh. Nr. 16, 17, 18, 1929.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z zakładu Gin.-poł. Tow. Pom. ubog. Matkom w Warszawie.

W sprawie postępowania leczniczego w przypadkach położenia twarzyczkowego.

Podał

Dr. med. Wilhelm SZENWIC, ordynator zakładu (Warszawa).

Przyczyny powstawania położenia twarzyczkowego bywają różnorodne, zwykle w grę wchodzi kilka czynników.

Baisch i Tóth dzielą przyczyny na pierwotne, zależne od płodu, i wtórne, zależne od matki. Zwężona miednica (Seitz, Hermstein, Eymmer i in.), obwisły brzuch, przedwczesne odejście wód (Kamniker) są to przyczyny ze strony matki. Ze strony płodu należy uwzględnić wole wrodzone, tak często cytowane, a tak rzadko spotykane, oraz zmiany w stawie potyliczno-szczytowym, które, podług Kermannera, są najczęstszą przyczyną odgięcia się główki. Pogląd ten nie został dotychczas przez nikogo potwierdzony (von Schubert).

Możliwe, że niektóre położenia twarzyczkowe powstają z tego powodu, że główka płodu podczas ruchów samoistnych wypręża się i zatrzymuje w wejściu, a następnie już w tem położeniu opuszcza się niżej.

Zdaje się, że będę najbliżej prawdy, jeżeli powiem ogólnikowo, iż powstaniu położenia twarzyczkowego sprzyjają te czynniki, które hamują opuszczanie się potylicy.

Nieprawidłowe wstawienie się główki w wejściu miednicy może mieć w wyniku przedłużenie się lub nawet uniemożliwienie porodu. Z powodu przedłużenia się porodu może płód zamarzeć.

Przeciętny odsetek porodów w położeniu twarzyczkowym, podawany w piśmiennictwie, wynosi 0,5%, Hymans podaje 0,56%, Raschhofer — 0,36%.

Poród w położeniu twarzyczkowym odbywa się prawie że w 90% samoistnie (Baisch, Zangenmeister, Thiess i inni). Śmiertelność płodu z powodu krwawień wewnątrzczaszkowych dochodzi do 15% (Opitz, Steinbüchel, Martius, Demuth); śmiertelność matek — 0,65% (Rasch-

hofer), — 0,7 (Demuth) — naogół niewysoka; rozwiązanie operacyjne dość częste — do 16% (Raschhofer i inni).

Uszkodzenia części miękkich są częste, przezwaznie u pierwiastek; piśmiennictwo podaje do 15%; odsetek ten wydaje się zbyt mały, gdyż wymiar części przodującej jest przecież większy, niż w porodzie prawidłowym.

Czas trwania porodu jest nieco dłuższy, niż w położeniu potylicznym, podług Demutha u pierwiastek — 20, u wieloródek — 14½ godziny.

Zasadniczą cechą porodu w położeniu twarzyczkowym jest to, że do przodu musi zwrócić się ta część głowy, która leży w kierunku jej przycięcia, a więc podbródek.

Sprawa postępowania w porodach o położeniu twarzyczkowym jest różnie ujmowana.

W miednicy prawidłowej i przy niezbyt dużem dziecku poród odbywa się bez trudności; w przypadkach miednicy zwężonej, jeśli niestosunek jest duży, lepiej wykonać cięcie cesarskie, ewentualnie obrót zapobiegawczy, dopóki główka znajduje się ruchomo nad wejściem; jeśli zaś już weszła do miednicy, można zachować się wyczekująco.

Zamiany położenia twarzyczkowego na potyliczne, podług sposobu Schatza, Bodeloquea, Thorna w przypadkach, gdy położenie twarzyczkowe stwierdzono już w wejściu do miednicy, nie należy robić dlatego, iż wszelkie zabiegi wewnątrzmaciczne często się nie udają, a pozbawiają na niebezpieczeństwo zarówno matkę, jak i płód.

Statystyka wykazuje duży odsetek martwych płodów po próbach zamiany położenia podług sposobu Thorna (bo dziś tylko ten sposób, jako stosunkowo najpewniejszy, wchodzi w rachubę), 26,3% (Thorn). Zangenmeister, Baisch i Winter również wykazują, że najwięcej dzieci umiera z powodu takich zabiegów.

Obecnie większość położników radzi postępować wyczekująco, t. zn. nie stosować dla naprawy położenia ani zewnętrznych, ani wewnętrznych zabiegów, ponieważ większość porodów w położeniu twarzyczkowym przebiega samoistnie. (Tóth, Kamniker, Raschhofer, Demuth, Zangenmeister, Winter, Baisch i inni).

Rozumie się, że zarówno stan matki, jak i dziecka może zmusić do zabiegu, ale zabieg ten,

jeśli będzie zastosowany w odpowiedniej chwili i w odpowiedni sposób, krzywdy ani matce, ani dziecku nie robi.

Specjalnie pragnę omówić postępowanie lecznicze w położeniu twarzyczkowym, jeżeli twarzyczka zwrócona jest podbródkiem do tyłu.

W odróżnieniu od położen wierzchołkowych i czołowych, w których poród odbyć się może przy każdym kierunku podbródka (Martius, Rossenbeck, Högl, Nissen, Geppert, Stigebauer) — poród w położeniu twarzyczkowym, jeśli podbródek zwrócony jest do tyłu, jest niemożliwy.

Podług Eberle, która zebrała przypadki takich porodów z piśmiennictwa, jedno położenie twarzyczkowe z podbródkiem, zwróconym ku tyłowi, przypada na 43 twarzyczki.

Nie poruszam specjalnie postępowania leczniczego w takim przypadku, przy główce umiejscowionej jeszcze wysoko, bo w razie miednicy prawidłowej postępuję wyczekująco, w zwężonej zaś — zgodnie z zasadami postępowania w miednicach zwężonych.

W większości przypadków odwraca się w czasie porodu podbródek do przodu, i to nawet jeszcze w ostatniej chwili. Jeśli to nie nastąpi, a poród zatrzymuje się, i występują wskazania do jego zakończenia, to mamy dwie możliwości: dokonanie wymóżdżenia płodu lub naprawienie położenia podbródka od tyłu do przodu.

Jasne jest, że wymóżdżenia dokonywa się tylko na płodzie martwym. Jeżeli płód żyje, należy spróbować wydobyć go, naśladując mechanizm porodu twarzyczkowego, t. zn. podbródkiem, zwróconym do przodu.

Ręczne naprawianie położenia główki podług sposobu Vollanda i Fehlinga jest zupełnie niepewne i możliwe tylko przy stosunkowo małym płodzie, zamiana twarzyczkowego na tylnopotyliczne przy pomocy kleszczy podług sposobu Scheaffera jest zabiegiem niebezpiecznym i dlatego zupełnie zarzuconym; pozostaje zatem tylko zabieg kleszczowy podług sposobu Scanzoniego, podanego dla naprawiania położen wierzchołkowych.

Zabieg ten ma wielu przeciwników, którzy doradzają raczej wykonanie wymóżdżenia, niż podwójnego nakładania kleszczy. Wystarczy, jeśli wyliczę Bumma, Dührsenna, Hofmeiera, Zweifla, a ostatnio nawet Seitza.

Opisane są również poszczególne przypadki dobrych wyników i po zastosowaniu tego zabiegu (Eberle, v. Winkel, Rogago, Wichert, Ziegenspeck, Müller, Popesculi i Stroganoff) kleszczami Naegelego.

Również z dobrym wynikiem kilka takich przypadków załatwiono i przy pomocy kleszczy Kjellanda (Markt); Neumann, v. Kubinyi, Fink — w położeniu czołowym.

Statystyka tego zabiegu, sporządzona przez Frühholzową, wykazuje 30 przypadków. Z 16 matek, których dalsze dzieje są znane, zmarły 3; 4 miały ciężkie uszkodzenia. Z 26 dzieci — jednaście zmarło, — a więc zabieg ten należy jakoby do niebezpiecznych.

Zabieg ten wykonywa się w sposób następujący:

Nakłada się kleszcze w wymiarze skośnym

z wklęsłością łyżek do przodu i odwraca się podbródek do boku, a więc stwarza się położenie podbródkiem do boku. Następnie nakłada się kleszcze ponownie skośnie odpowiednio do wytworzonego położenia i, naśladując mechanizm porodu w położeniu twarzyczkowym, wyciąga się płód z podbródkiem, zwróconym w stronę spojenia łonowego.

Muszę w tem miejscu powołać się na pogląd prof. Czyżewicza, że kleszcze służą do tego, aby nimi kierować podczas bólu, ale nie ciągnąć, — wtedy tylko można naprawić nieprawidłowe szczegóły w postępie główki. Przed nałożeniem kleszczy należy zwrócić uwagę na ten zasadniczy moment, czy główka dostosowała się do miednicy, bo, dopóki to nie nastąpiło, zabieg kleszczowy będzie nieracjonalny, będzie on próbą wyciągnięcia płodu z łona matki bez uwzględnienia mechanizmu porodowego i bez zrozumienia zasad porodu prawidłowego.

Co do rodzaju kleszczy, które należy stosować, to najlepszym wzorem są dotychczas kleszcze Naegelego, którymi łatwo się posługiwać, i które dają najmniejszy odsetek uszkodzeń matki i dziecka.

W ostatnich latach coraz częściej stosuje się kleszcze Kjellanda, które umożliwiają nałożenie łyżek w każdym wymiarze. Poglądy co do ich doskonałości, co do wskazań do operacji i niebezpieczeństwa są bardzo różne, i trudno odpowiedzieć ściśle na pytanie, które kleszcze są odpowiedniejsze. Kjelland, według mnie, nadaje się specjalnie przy główce w wejściu miednicy.

Zdawałoby się, że wszelkie obroty dadzą się kleszczami Kjellanda lepiej wykonać, niż kleszczami Naegelego, a to dlatego, że można je nałożyć w każdym wymiarze. Jednak rzeczywistość zaprzeczyła teorii. Kleszcze Kjellanda zeslizgują się również często, jak i inne (Neumann, Heidler, Thies i inni), uszkodzenia główki dziecka są również częste (Baisch, Heidler, Neumann), natomiast uszkodzenia pochwy i macicy są bezwzględnie cięższe (Hermstein, Heidler, Fink).

Oczywista, że łyżki kleszczy, przylegające ściśle zarówno do główki, jak i do ścian pochwy, podczas obrotu ciągną ze sobą ściany pochwy, i, wobec nadmiernego naciągnięcia, pochwa pęka. Kleszcze Naegelego, ponieważ nakłada się je dwa razy, wykonywają obroty przeszło dwa razy mniejsze, a więc nie są w stanie oderwać pochwy w takim stopniu, jak kleszcze Kjellanda.

Wobec powyższego uważam, że w położeniu twarzyczkowym — podbródek do tyłu — należy posługiwać się kleszczami Naegelego i, nakładając je dwa razy, starać się wyciągnąć twarzyczkę z podbródkiem, zwróconym do przodu.

Oczywiście, zabieg ten może się również nie udać, bowiem tułów płodu nie zawsze obraca się jednocześnie z główką, a wtedy nie pozostaje nic innego, jak dokonać wymóżdżenia.

Materiał naszego zakładu, dotyczący omawianej sprawy, przedstawia się następująco:

Na ogólną liczbę 4587 porodów w czasie od 1. I 22 r. do 1. I. 29 r. było przypadków położenia twarzyczkowego 16, t. j. około 0,35%.

Pierwiastek było 5, wieloródek 11; 8 przypadków pozycji pierwszej i 8 przypadków pozycji

drugiej, zgodnie z danymi innych autorów, że stosunek pierwszej pozycji do drugiej jest mniej więcej 1,3:1 (Bumm).

Wymiary miednicy w żadnym z przypadków nie wykazywały nieprawidłowości.

Wyraźnej przyczyny nieprawidłowego zgięcia główki nie znaleziono.

Samoistny poród odbył się trzynastą raz, w trzech zaś przypadkach podbródka zwróconego do tyłu nałożono kleszcze Naegelego.

Zarówno matki, jak i noworodki, opuściły zakład zdrowe.

Przebieg połogowy był bez specjalnych powikłań.

Czas trwania porodu wynosił u pierwiastek godzin: 24, 14, 20, 30, 72, u wieloródek: 5, 10, 10, w 7 przypadkach — nieściśle zonowane.

Uszkodzenia części miękkich miały miejsce u wszystkich pierwiastek.

Kleszcze podług sposobu Scanzoniego zastosowałem jeden raz u pierwiastki po bocznym nacięciu krocza, jeden raz u rodzącej po raz trzeci, jeden raz — u rodzącej po raz siódmy.

Jak widzimy z podanych wyników, są one bardzo dobre. Jednak rzuca się w oczy ta okoliczność, że szczęśliwym zbiegiem okoliczności miało się do czynienia tylko z miednicami prawidłowymi.

Postępowanie wyczekujące, bez żadnych rękoczynów, naprawiających położenie twarzyczkowe, było, co prawda, ułatwione przez tę okoliczność, że będąc zasadniczo zwolennikami badania zewnętrznego oraz przez odbytnicę, — rozpoznawaliśmy twarzyczkowe położenie często dopiero wówczas, gdy część przodująca była dobrze wstawiona, a nawet już w próżni.

Przypadki z podbródkiem, zwróconym do tyłu, a więc te, które najczęściej dają nieszczęśliwy

wynik specjalnie dla płodu, zakończyły się dobrze dzięki zabiegowi kleszczowemu, zastosowanemu przeze mnie podług sposobu Scanzoniego.

Przypuszczam, że właśnie w tych trzech przypadkach bez zastosowania zabiegu operacyjnego otrzymanoby martwe płody.

Jak widzimy, większość porodów twarzyczkowych przebiega bez specjalnej pomocy akuszerza, a więc niedobry wynik da się wytłumaczyć bądź powikłaniami, które spowodowały położenie twarzyczkowe, bądź też udzieloną w niewłaściwym czasie i w nieodpowiedni sposób pomocą lekarską.

W przypadkach, gdy podbródek zwrócony jest do tyłu, należy w każdym razie przed przystąpieniem do ewent. wymóżdżenia żywego płodu zastosować zabieg kleszczowy podług sposobu Scanzoniego.

PIŚMIENNICTWO.

Hermstein — Centralblatt für Gynekologie No. 31-1928. Demuth — Centrbl. No. 26-1928. Raschhofer — Zentrbl. No. 14-1927. Toth — cyt. w No. 23 Centr. 1927. v. Schubert — cyt. w No. 42, Centr. 1927. Geppert — No. 7, Centr. 1927. Höglér — No. 23 Centr. 1927. Martius — No. 9 Centr. 1926. Kamniker — No. 23 Centr. 1926. Martius — No. 1 Centr. 1925. Markt — No. 43 Centr. 1925. v. Kubinyi — No. 33 Centr. 1925. Fink — No. 40 Centr. 1925. Martius — No. 31 Centr. 1925. Nissen — No. 13 Centr. 1925. Rossenbeck — 38 Centr. 1924. Stiglbauer — No. 34, Centr. 1924. Seitz — Klinische Wochen. No. 33. 1923. Neumann — No. 9 Centr. 1922. Tiess — No. 18 Centr. 1922. Eymér — No. 17. Centr. 1922. Hermstein — No. 17 Centr. 1922. Stiglbauer — No. 33 Centr. 1922. Baisch — Handbuch der Geburtshilfe Döderlein 1924. Zangenmeister — Handbuch der Geburtshilfe Döderlein 1925. Martius — Halban und Seitz Band VII. Biol. u. Path. des Weibes. Frühholz — cyt. u. Martiusa. Winter — Halban u. Seitz - Band VIII. Fink — Halban u. Seitz - Band VIII. Czyżewicz — Ginekologia Polska tom VI. 1927.

Z praktyki prywatnej.

Stygmatyzacja i psychogeneza odżywczych zaburzeń skórnych.

Podał

Władysław STERLING (Warszawa).

(Dokończenie—p. Nr. 21).

Tak więc w streszczeniu przypadek niniejszy dotyczy 9-letniej dziewczynki, która w dniu 8-go kwietnia r. b. po kłótni z koleżanką ugryziona została przez nią w prawą dłoń powyżej stawu nadgarstkowego, co spowodowało wystąpienie na przebieg kilkunastu godzin głęboko odcisniętych śladów prawie wszystkich zębów górnej szczęki. Nazajutrz w południe wystąpiły nietylko na prawej, ale i na lewej dłoni analogiczne ślady wszystkich zębów, które znikły po kilku minutach, pozostawiając po sobie różowo-sine plamy i umiarkowaną bolesność. Od tego czasu analogiczne stygmaty zaczęły ukazywać się kilka razy na tydzień, a następnie po

kilka razy na dobę, na jednej lub obu dłoniach, na udach i na kolanach, na ramionach i przedramionach, na klatce piersiowej i szyi, na twarzy i nosie i wreszcie na palcach dłoni i stóp. Były to wgłębienia pojedyncze lub liczne, mające wygląd pieczętki dentystycznej, występujące z upodobaniem nad ranem i nad wieczorem i nie trwające dłużej, niż 6—7 minut. Niekiedy na dnie tych wgłębień widoczne są drobne wybroczyny wielkości łepka od szpilki, podłużne nadżerki skórne lub bąble o kształcie ziarna owsianego. Napady stygmatyzacyjne bywają poprzedzane zawsze niemal przez stany narkoleptyczne oraz objawy poronne kataraleksji. Są one absolutnie niepodatne na hipnozę oraz na sugestję na jawie. W wywiadach figuruje wystąpienie podłużnych pręg na całym ciele po uderzeniu w szkole przez nauczyciela linją w szyję. Brak zaburzeń czucia na skórze i na śluzówkach. Charakter dziecka miły, przystępny, zachowanie rezolutne, iloraz inteligencji = 0,66. Brak cech t.zw. charakteru histerycznego.

Jeżeli, opisując niezwykle zespół objawów u małej pacjentki, posługuję się terminem stygmatyzacja, to czynię to przez analogię do szczególnej postaci wybroczyn skórnych, opisywanych już przed wieloma dziesiątkami lat u osobników historycznych w związku ze stanami ekstazy religijnej. Nie mam zamiaru poruszania tutaj sprawy owej stygmatyzacji religijnej, ani tembardziej wyczerpania całkowitego jej piśmiennictwa. Jeżeli zaś opierać się będę na niektórych obserwacjach tej kategorii najświeższej daty, to dlatego, że uwzględniają one wszelkie sposoby badania nowoczesnego z zachowaniem wszelkich ostrożności i całkowitego obiektywizmu, oraz dlatego, że rzucić one mogą pewne światło na mechanizm powstawania stygmatów w naszym przypadku. Wiadomo, zresztą, że objawy t. zw. stygmatyzacji religijnej, to znaczy występowania czerwonych plam z następczym ukazywaniem się wybroczyn krwawych pod skórą i krwi na skórze w miejscach, odpowiadających ranom Chrystusa (np. w obserwacjach Astleya, Coopersa, Tittela, Boënsa, Berjona jeszcze z ubiegłego stulecia), spotykały się wielokrotnie z oceną sceptyczną, której wszakże nie usprawiedliwiają fakty i obserwacje współczesne. Dotyczy to między innymi słynnego przypadku Ludwika Lateau, u której Boëns stwierdził występowanie krwawień między innymi w miejscach, pocieranych mechanicznie palcami lub chropowatym suknom. Z literatury nowoczesnej przytoczę tylko dwie prace z dwu lat ostatnich, a mianowicie, Bianchiego i Aignera, przeprowadzone bez zarzutu pod względem neurologicznym, psychiatrycznym, psychologicznym i psychoanalitycznym.

Przypadek Bianchiego dotyczy ciężko obciążonej pod względem neuropatycznym pacjentki, która w 12 roku życia cierpiała przez długi czas na ciężkie napady śmiechu i kaszlu, zaś w 20 roku pod wpływem głębokiej żarliwości religijnej wstąpiła do zakonu. W 22 roku życia po lekkim urazie wystąpiło obrzmienie i porażenie ramienia, wkrótce zaś potem wystąpiło widzenie Świętej, która obarczała pacjentkę poleceniem zbudowania i wystawienia jej figury, skoro zaś wykonanie tego polecenia nie doszło do skutku z powodu oporu kapłana — uderzyła pacjentkę w okolicę żołądka. Spowodowało to niemożność otwierania ust i jedzenia, zaś dookoła zbliżowanej rany wystąpiły wylewy krwawe. Nagłe wyleczenie nastąpiło po nowej wizji. Wkrótce potem po wizji Chrystusa na krzyżu wystąpił stan gwałtownego podniecenia, który przekształcił się w ból głowy oraz wylewy krwawe na czole, na dłoniach i kolanach — specjalnie intensywne na miejscu, odpowiadającym koronie cierniowej i paznokciom, spostrzeganym podczas wizji, przyczem miejsca te wykazywały znaczną nadwrażliwość na ból, podczas gdy skóra całego ciała jest całkowicie analgetyczna. Zupełny brak percepcji wrażeń węchowych, ograniczona percepcja wrażeń wzrokowych i słuchowych, zaś przy podnieciach smakowych występuje zjawisko, przypominające objaw Gansera. Objaw wylewów krwawych na skórze powtarzał się następnie tylko w piątki pomiędzy adwentem a Wielkim Piątkiem w późnych godzinach popołudniowych lub wieczornych.

Przypadek Aignera dotyczy słynnej obecnie w całym Niemczech i omawianej szeroko w prasie psychiatrycznej, neurologicznej, kościelnej i codziennej Teresy Neumann z Konnersreuth, u której w 1918 roku po nadzarnięciu mięśnia wystąpiło porażenie lewej kończyny z wybitnym przykurczem w zgięciu, trwające przez siedem lat, oraz zupełne zaniewidzenie.

Dopiero w tym okresie rozwinęły się religijne poglądy pacjentki. W 1923 roku nagle powrócił wzrok, zaś w dwa lata potem nagle minęło porażenie kończyn: oba te wyleczenia wystąpiły w dniu imienia Świętej Teresy. W tym właśnie czasie rozpoczęły się okresy długotrwałego głodzenia oraz stany pomroczone i ekstazy z niezrozumiałymi dla otoczenia wynurzeniami pacjentki, w których znany semitolog Wutz stwierdził z absolutną pewnością wyrazy aramejskie. Objawy stygmatyzacji rozpoczęły się dopiero na Wielkanoc 1926 roku w postaci krwawień na czole i dłoniach, krwawego płaczu i krwawego potu. Ciekawe jest w tej obserwacji, że pacjentka zazwyczaj przewidywać mogła tak wylewy krwi na czole i dłoniach, jak i obfite krwawienia z oczu, które występowały zwykle podczas piątkowych stanów ekstazy. Otóż, podczas gdy Aigner rozpatruje przypadek ten pod kątem nerwicy wegetacyjnej, nie negując psychorodnego podłoża sprawy chorobowej, Weisl, który Teresie Neumann poświęcił również źródłową pracę, upatruje w niej wspaniały przykład genialności religijnej, spotęgowanej przez ascezę do niebywałego napięcia i posługującej się w uczynieniu religijnym zjawiskami historycznymi. W obu tych obserwacjach, w których dzięki dokładności wszechstronnego badania symulacja, względnie sztuczne wytwarzanie stygmatów mogły być wyłączone z zupełną naukową obiektywnością, uderzają pewne cechy wspólne, a mianowicie: okresowość występowania stygmatów w charakterystycznych odstępach czasu, poprzedzanie ich przez stany hiposomnambuliczne, względnie narkoleptyczne oraz proste i pogodne zachowanie się pacjentek, sprawiające wrażenie raczej prymitywne, aniżeli degeneracyjne. Z rozmysłu podnoszę te trzy cechy charakterystyczne, ponieważ odnajdziemy je z łatwością i u naszej małej pacjentki.

Zjawiska stygmatyzacji religijnej, które w świetle spostrzeżeń nowoczesnych należy, jak mi się wydaje, wyłączyć z zakresu samowolnych uszkodzeń (t. zw. patomimji w znaczeniu Dielafoy) i uznać za całkowicie realne — są bodaj najbardziej demonstracyjnym i efektywnym wyrazem tego procesu klinicznego, który w dermatologii współczesnej nosi nazwę psychogenezy chorób skórnych. Że jednak zjawiska tej kategorii rozgrywać się mogą również całkowicie poza terenem nastrojów mistycznych i ekstazy stanów religijnych — tego dowodzą liczne eksperymenty i zjawiska kliniczne, poczynając od najbardziej prostych objawów, osiąganych drogą sugestji i hipnozy, aż do zespołów tak dziwacznych i pod względem psychologicznym skomplikowanych, jakie spostrzegamy w opisanym tutaj przypadku. Facachon, Kopczyński, Pernet otrzymali za pomocą sugestji na jawie i sugestji hipnotycznej zmiany skórne, przypominające pęcherze po wezykatorjach, Jendrassik, Kraft-Elbing, Szölösy rany, przypominające zgorzelinę, Heller i Schulz, Kreibich, Cohnstamm, Pinner — bąble, przypominające pęcherzycę — Bourru, Burot, Berjon, Cronquist — krwawienia podskórne i naskórne, Mabilie wreszcie stwierdził, że również za pomocą autosugestji w stanie hipnozy mogą wywoływane być krwawienia skóry i błon śluzowych. Tu również wymienić należy aktualne dotąd zagadnienie pęcherzycy i zgorzeli historycznej stanowiące po dziś dzień teren namietnej walki dwu ścierających się obozów dermatologicznych. Podczas gdy jedna grupa autorów z Törökiem na czele (Darier, Gougerot, Cavagni, Fawle), opierając się na koncepcji pitjatyizmu, propagowanej przez Babińskiego

i głoszącej, że histerja nie jest w stanie produkować zaburzeń troficzných, uważa pęcherzycę i zgorzel histeryczną za wytwór sztuczny, potęgowany przez zatrucia i zakażenia, dopatrując się w nich wyrazu patologicznej patomimji inni badacze natomiast na czele z Kreibichem (Cohnstamm, Bunnemann, Heller i Schulz, Perner, Pinner, Polland, Sobotka, Szölösy, Werther i inni) uznają całkowitą samostność i realność powyższych obrazów chorobowych. Kreibich, dopatrując się w nich zjawisk natury naczynio ruchowej, wprowadza dla ich wyjaśnienia pojęcie „odruchu spóźnionego” („Spätreflex”) w odróżnieniu od przebiegającego znacznie szybciej „odruchu naczyniowego”: jest więc w ujęciu jego zgorzel histeryczna typową nerwicą naczynio-ruchową, spowodowaną przez pokrzywkowaty zawał anemiczny, polegający z kolei na sympatycznej nerwicy odruchowej w związku ze wzmożoną pobudliwością ośrodką, rozszerzającego naczynia. Inni badacze wreszcie (Gadelius, Rasch, Bettman) dopatrują się w zjawisku psychogenetycznej wspomnianych odżywczych zaburzeń skórnych jeszcze bardziej skomplikowanego mechanizmu, w którym układ inkrecyjny odgrywa rolę niepoślednią, naco zwracałem uwagę niejednokrotnie i o czym będę miał jeszcze okazję pomówić. Do tej właśnie kategorii zjawisk należy w pierwszym rzędzie zespół t. zw. ogólnej utraty włosów (*alopecia universalis*), w którym oprócz momentów psychogenetycznych już w obrazie klinicznym wysuwają się na plan pierwszy objawy dyshormonoz. Między innymi Pöhlmann opisał przypadek, dotyczący młodego malarza, którego przy wejściu na szczyt Alp Bawarskich (Zugspitze) nagle zaskoczyła śnieżycą i któremu tego samego dnia wypadły wszystkie włosy na głowie i na całym ciele. Ja sam opisałem kilka przypadków t. zw. *alopeciae universalis*, które rozwinęły się po urazie psychicznym, i w których udawało się pozatem stwierdzić niedomogę tarczycy, nadnerczy i gruczołów płciowych — jako równoległy efekt wstrząsu psychicznego. Szereg analogicznych spostrzeżeń przyniosło również piśmiennictwo okresu wojennego, bądź po urazach czaszki, bądź po wstrząsach psychicznych (Rock, Strandberg i inni). Znaną są również przypadki schizofrenji z całkowitą utratą owłosienia, w której przebiegu podczas remisji włosy zaczynały odrastać na nowo (Reinhardt, Strandberg, Räuber). Ten sam zespół całkowitej utraty owłosienia według doświadczenia mojego przebiega niekiedy z odżywczymi zmianami paznogci (poprzeczne prążkowanie, zanik, a nawet łamliwość paznogci).

Analogiczne związki psychogenetyczno-inkrecyjne spotykamy w tem względnie częstem cierpieniu skórny, które nosi nazwę bielactwa (*vitiligo*). Jak wiadomo, sprawa ta polega na nabytych i postępujących zmianach barwnika i dotyczy zarówno owłosionych, jak i nieowłosionych części skóry. Jakkolwiek patogeneza sprawy tej nie jest jeszcze dotąd dostatecznie ustalona, jednakowoż istnieją poważne podstawy do przypuszczenia, że powstaje ona pod wpływem zaburzeń nadnerczy i układu chromafinowego, ponieważ one to bez wątpienia zarządzają wytwarzaniem się barwnika skórny. Za przypuszczeniem tem przema-

wia również i doświadczenie moje, zgodnie z którym bielactwo szczególnie często daje się spostrzegać w tych przypadkach choroby Basedowa, w których istnieje równocześnie również niedomoga nadnerczy. Zdarzają się wszakże przypadki bielactwa, które rozwijają się bezpośrednio po wstrząsie psychicznym, np. przestachu, katastrofie, nieszczęśliwym wypadku. Przed 4 laty demonstrowałem w Warszawskim Towarzystwie Neurologicznem 34-letnią pacjentkę, u której po słynnym wybuchu w Cytadeli Warszawskiej rozwinęło się bielactwo na tułowi w kształcie ogromnego motyla z dwoma skrzydłami, w sposób niemal symetryczny odpowiadającymi okolicom łopatek. Najbardziej popularnym wszakże przykładem roli psychogenety w patologji skóry są przypadki osiwienia pod wpływem wzruszeń. Wiadomem jest powszechnie, jak często ludzie przedwcześnie siwieją pod wpływem zmartwień i kłopotów, daleko bardziej wszakże efektowne są przypadki, w których osiwienie wystąpiło nagle, np. w przeciągu jednej nocy pod wpływem grozy lub rozpaczy, i w których trudno jest zrozumieć, w jaki sposób w tak krótkim czasie rozwinąć się mogły tak znaczne zmiany w strukturze włosów. Pomimo to Bodin w dziele „La pratique dermatologique” (Maladies des poils) zebrał cały szereg zupełnie wiarygodnych obserwacyj tej kategorii. Między innymi powszechnie znane jest podanie, według którego Marja Antonina osiwała nagle na kilka godzin przed straceniem. Parry spostrzegał osobiście, jak króćczo-czarne owłosienie sepoya armji bengalskiej zbieleło doszczętnie w przeciągu pół godziny, kiedy schwytano go i przywiązano do lufy armatniej.

Odwrotne oświetlenie rozpatrywanego tutaj zagadnienia stanowią nowoczesne próby psychoterapii chorób skórnych. Dotyczy to, rzecz prosta, w pierwszym rzędzie tych zaburzeń odżywczych skóry, które przynajmniej przez pewną grupę badaczy traktowane są dotąd, jako zmiany histeryczne. Nie mam możliwości wyczerpania piśmiennictwa tego problemu, przypomnę tylko, że Cronquist i Bierre opisali niedawno przypadek z objawami zgorzeli histerycznej, która była oporna wobec wszelkich prób terapeutycznych, i która ustąpiła całkowicie pod wpływem leczenia hipnotyzmem. Ale na tem nie ogranicza się zakres prób psychoterapeutycznych na terenie dermatologii. Między innymi Bonjour opisuje przypadki wyleczenia brodawek, a Mayr — półpasa za pomocą sugestji. Jelliffe i Evans opisują przypadek łuszczycy, który według ich interpretacji stanowił wynik konwersji histerycznej, a Stok ogłosił cały szereg przypadków skórnych (brodawki, bąble, pęcherze, półpasiec), które jakoby zostały wyjaśnione i wyleczone zapomocą psychoanalizy. Bunnemann poświęcił cały szereg prac temu zagadnieniu, twierdząc, że w wielu przypadkach momenty psychiczne powodować mogą powstawanie różnych zachorzeń skórnych, i że zapomocą psychoterapii udaje się usunąć ich objawy. Wspomina on np., że udało mu się za pomocą hipnozy wyleczyć dwa i pół roku trwającą pryszczycę, a po 1¼ roku wywołać ją na nowo za pomocą hipnozy. W jednym przypadku łuszczycy, w którym według słów autora „liszaje łuskowate były wynikiem rzutowania spostrzeżonego psy-

chicznie obrazu na obwód ciała", był on w możności za pomocą hipnozy usunąć owe łuski i spowodować nowe wykwity również za pomocą hipnozy. Jakkolwiek ostatnie z przytoczonych prób psychoterapii dermatoz nastęrczają zbyt wiele zastrzeżeń, ażeby można je było traktować jako niewzruszony dobytek naukowy, słusznie jednakże zwracają one uwagę naszą na fakt, że pomiędzy psychiką a trofika skóry istnieje związek daleko ściślejszy, aniżeli to dawniej przypuszczano, i że mechanizm tego związku może być bardzo skomplikowany i nie dla wszystkich zaburzeń trofiki skórnej jednorodny.

Wyjaśnienie mechanizmu tego związku w przypadku naszej małej pacjentki nastęrcza bardzo poważne trudności. Pewne jest tylko dzięki osobistej obserwacji wielokrotnych napadów stygmatyzacji oraz poprzedzających je okresów, że nie są one przejawem patologicznej patomimji, ani t. zw. połowicznej symulacji („demisimulation“ autorów francuskich), że więc nie są wytworem sztucznym, ale zjawiskiem występującem samoistnie. Jasne jest również, że ani w układzie nerwowym, ani w narządach wewnętrznych, ani w samej skórze wreszcie niepodobna jest dopatrzeć się takich zmian, które mogłyby warunkować powstawanie owych stygmatów w sposób organiczny. Zastrzeżenia powyższe zmuszają nas do ustalenia psychogenyzy owych niezwykłych i napadowych anomalij trofiki skórnej, dla których poza stygmatyzacją religijną nie udało mi się odnaleźć żadnej analogji w dostępnem mi piśmiennictwie. Najbardziej kapitalny z uchwytnych motywów patogenetycznych — a mianowicie, ugryzienie pacjentki przez koleżankę w skórę dłoni, zadziałać mógł na układ somatopsychiczny dziewczynki w sposób różnorodny. Wydaje mi się mianowicie, że oprócz wstrząsu wzruszeniowego, który się zwykle w tego rodzaju urazach przypuszcza, i którego bardzo skomplikowany mechanizm ośrodkowy będę miał jeszcze możność omówić, spowodował on jeszcze zmiany tych normalnych i pod względem fizjologicznym niezbędnych poczuć skórnych, które w psychofizjologii noszą nazwę eudermji, które wydają mi się analogiczne do normalnych spostrzeżeń cenestetycznych, i których zakłócenie o zupełnie swoistem, jak w naszym przypadku, ukształtowaniu — powodować musi odczyn zwrotny z rzutowaniem sensacyj dysdermicznych w kierunku dośrodkowym i w ten sposób przebudzać na nowo wyblakłe kompleksy wzruszeniowe oraz reprodukcję nastawienia psychicznego w momencie przełomowym wraz z odpowiadającą mu treścią wyobrażeniowo-wzruszeniową. Skóra bowiem jest nie tylko dodatkowym narządem wydzielniczym, jak wiemy o tem z fizjologii, jest nie tylko dodatkowym narządem płciowym, jak twierdzą seksuolodzy i psychoanalitycy, ale jest również, jako teren niezliczonych i najbardziej różnorodnych postrzeżeń elementarnych, z niezmiernie bogatym łańcuchem reakcyj na owe postrzeżenia — potężnym elementem składowym w ogólnej strukturze samowiedzy i samopoczucia. W stanach patologicznych u rozmaitego typu neurotyków, jako tak rozległy narząd narzucającej się obserwacji i samoobserwacji — staje się ona podwójnem i niezmiernie obfitem źródłem poczuć lękowych: z jednej strony przesadnie zwrócona uwaga na stan skóry

wytwarza nieustanny lęk przed jej przykreml, a co najważniejsze, odrażającemi zachorzeniami, z drugiej zaś strony — kontakt neurotyka z obserwacją postronną pędsyca w nim nieustanną obawę, ażeby skóra jego za pomocą zaburzeń swoich nie zdradziła przypadkiem tych defektów organizmu, które znamionują w jego mniemaniu jego małowartościowość, i które chciałby ukryć jaknajgłębiej. Nie wymaga to bliższego uzasadnienia, że nasza mała stygmatyzowana pacjentka, nie przesądając na razie rozpoznania klinicznego, jest typem par excellence neurotycznym. Jasne jest również, że u takiego typu dziecięcego znany nam uraz wzruszeniowy i fizyczny o swoistym charakterze i określonym umiejscowieniu ze szczególną łatwością spowodować mógł ową perturbację samopoczucia eudermicznego i wytworzyć w myśl poprzedniego rozumowania na obwodzie nawet w okresach pomiedzynapadowych nieustanne źródło zadrażeń somatopsychicznych. Źródło owe w zrozumieniu mojem nie stanowi bezpośredniej przyczyny napadów stygmatyzacyjnych, ale, przekształcając się psychologicznie w określone stany postrzeżeń, powoduje powstawanie odpowiednich engramów psychicznych, które z kolei determinują sam kształt objawów stygmatyzacyjnych w naszym niezwyklej przypadku. I tak, jak aparat projekcyjny rzutować może na ekran z kliszy jednej jedynej wielkości odbicia różnorodnej wielkości, jasności i wyrazistości, potęgując w miarę potrzeby lub niwelując niektóre ich szczegóły, tak i w napadach stygmatyzacyjnych naszej pacjentki spotykamy odbicia zębowe rozmaitej wielkości, głębokości i pełności. Stojąc na takim stanowisku, przynajmniej obwodowemu komentowici wiadomego urazu znaczenie nie wyzwalające napady stygmatyzacyjne, lecz wyłącznie determinujące ich morfologiczne ukształtowanie, a więc znaczenie momentu patoplastycznego.

Natomiast rolę patogenetyczną obok momentów natury konstytucjonalnej odgrywa tu niewątpliwie sam wstrząs wzruszeniowy, względnie odpowiadające mu kompleksy wzruszeniowe po następczem ich stłumieniu. On to stwarza warunki psychosomatyczne dla powstawania napadów stygmatyzacyjnych, przy czem periodyczność i częstotliwość owych napadów jest tak samo nieuchwytna dla naszej interpretacji, jak częstotliwość i okresowość napadów w psychonerwicach wogóle i w różnorodnych nerwicach wegetacyjnych. W dzisiejszym stanie naszych wiadomości jasne jest, że dermatoz, jako odpowiedź skórna na uraz wzruszeniowy, rozpatrywana być musi jako odruch psychowegetacyjny w najszerszem znaczeniu tego słowa, powodujący cały szereg objawów naczynio-ruchowych, wydzielniczych, włosoruchowych, i t. p., zarządzanych i regulowanych przez układ wegetacyjny, a raczej, ściślej mówiąc, przez układ hormono-wegetacyjny. Układ ten zgodnie z koncepcją Fr. Krausa ujmujemy obecnie jako obszerną jednostkę funkcjonalną, do której włączamy nie tylko nerwy i ośrodki wegetacyjne łącznie z gruczołami dokrewnemi, jako nierozdzielalną całość, lecz również i przemieszczenia elektrolitów oraz stany kolloidalne, w których obrębie zachodzą nieustanne zmiany równowagi oraz prądy naprzeciwbieżne w celu dostosowania się do każdej sytuacji witalnej. Stąd też reakcja skórna na

proces wzruszeniowo-urazowy jest sprawą niezmiernie skomplikowaną, w której podnieta odródkowa nie przebiega bynajmniej po najkrótszej drodze szlaków nerwowych, ale wpływa również pośrednio albo bezpośrednio na ośrodki regulacji przemiany materji oraz na biochemiczne procesy komórkowe. Według Th. Lewisa nawet tak pospolite zjawisko wzruszeniowe, jak zaczerwienienie pod wpływem wstydu, nie polega bynajmniej na bezpośrednim wpływie nerwowym na najdrobniejsze naczynia skórne, lecz na zjawisku, wynikającym z faktu, że wskutek procesu psychicznego, poprzedzającego zaczerwienienie, przedostają się do krwiobiegu substancje histaminowe, które powodują rozszerzenie naczyń. Zjawiska owe posiadają fundamentalne znaczenie dla zrozumienia zaburzeń trofiki skórnej, które niezawsze powstają pod wpływem swoistych nerwów odżywczych, i w których rozwoju mogą brać udział rozmaite wzajemnie zastępujące się części układu wegetacyjnego bezpośrednio lub pośrednio niezależnie od odcinka, w którym uległy podnieciu lub zablokowaniu.

Na zasadzie danych powyższych odróżniam w psychogenezie napadów stygmatyzacyjnych opisanego tutaj przypadku dwa komponenty zasadnicze: 1) — natury centralnej, któremu przypada rola wyzwalająca i patogenetyczna; 2 — natury obwodowej, który odgrywa rolę determinującą i patoplastyczną. Nie przesądza to jeszcze o rozpoznaniu klinicznym, które wymaga dokładniejszego sprecyzowania. Otóż wbrew koncepcji pitjatywnej, uznającej jako zjawiska histeryczne tylko takie, które mogą być wywołane za pomocą woli — wobec bliskiego pokrewieństwa objawów w naszym przypadku do przejawów stygmatyzacji religijnej, których przynależność do histerji w świetle badań najnowszych można uważać za udowodnioną — rozpoznanie histerycznego charakteru zaburzeń w tym przypadku wydaje mi się najbardziej prawdopodobne. Przemawia zatem również dziedziczne obarczenie histerją ze strony matki oraz prawie całkowite ustąpienie objawów stygmatyzacyjnych pod wpływem sugestji zamaskowanej (galwanizacja).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Djetetyka z punktu widzenia równowagi jonów.

Podał

B. GOLDSTEIN (Warszawa).

Djetetyka a równowaga katjonów i anjonów ustrojowych.

W pierwszej części naszej pracy¹⁾ omówiliśmy zagadnienie djetetyki w odniesieniu do równowagi jonów kwasowozasadowych. Obecnie zajmujemy się stosunkiem djetetyki do jonów pozostałych, a więc jonów soli, wchodzących w skład ustroju w warunkach normalnych i patologicznych.

Zanim przystąpimy do tematu właściwego, omówimy w kilku słowach istotę jonów, jako takich, oraz znaczenie ich dla ustroju.

W myśl zasady „*corpora non agunt nisi soluta*” wszelkie zjawiska biologiczne odbywają się w środowisku płynnym czyli w t. zw. roztworach. Rozczyny mogą być rzekome czyli pseudoroztwory, które są niczem innem, niż subtelną zawiesiną kolloidów, lub też roztwory prawdziwe (krystaloidów). Te ostatnie dzielą się na dwie grupy, różniące się od siebie pod wieloma względami, na przykład, pod względem przewodnictwa prądu galwanicznego.

Roztwory, przewodzące prąd, wykazują cechę swoistą, a mianowicie, cząsteczki ciała rozpuszczonego rozpadają się na 2 zespoły atomowe, na-

ładowane elektrycznością różnoimienną, podczas przepuszczania prądu galwanicznego zdążające do biegunów przeciwnych, by tam oddać swój ładunek elektryczny. Na tem właśnie polega istota przewodnictwa roztworów.

Zjawisko to — rozszczepiania cząsteczek rozpuszczonych nazywa się dyssocjacją, zaś ciała, które tworzą podobne roztwory, noszą nazwę elektrolitów.

Ciała, w których roztworach powyższe zjawisko dyssocjacji nie występuje, nazywają się nieelektrolitami.

Rozszczepione części składowe tych cząsteczek elektrolitów czyli t. zw. jony posiadają cały szereg własności odrębnych zarówno od cząsteczek nierozszczepionych, jak i od pierwiastków, wchodzących w skład powyższych jonów.

Ilość zdyssocjowanych cząsteczek oraz stosunek tej ilości do ilości niezdyssocjowanych cząsteczek jest stała dla każdego rodzaju elektrolitu w jednakowych warunkach zewnętrznych.

Jak wspominaliśmy wyżej, cząsteczki elektrolitów rozpadają się w wodzie na dwa rodzaje jonów: jedne naładowane elektrycznością dodatnią, — drugie — ujemną. Pierwsze, przy przepuszczaniu prądu, zdążają do bieguna ujemnego (katody) i stąd noszą nazwę kat—jonów, oznaczane są znakiem $+$, drugie, zdążające do bieguna dodatniego, noszą nazwę an—jonów i mają znak $-$.

Katjonami są metale, wodór oraz grupy atomowe, posiadające własności metalów, jak np. NH_4 . Anjonami zaś są t. zw. reszty kwasowe, któremi bywają metaloidy same lub w połączeniu z innymi atomami.

¹⁾ Warsz. Czasop. Lek. 1929 N. 3 i nast.

Jak już wspomnieliśmy, jony posiadają własności odmienne od pierwiastków, które je tworzą. Tak np. Ca⁺⁺ jon posiada zupełnie inne własności, aniżeli Ca pierwiastek — metal.

Abstrahując na razie od dalszych szczegółów teoretycznych, zaznaczymy, że właściwie cała nowoczesna patologia humoralna opiera się bezpośrednio czy pośrednio na zaburzeniach równowagi jonów.

Jony bowiem kierują wszystkimi procesami przemiany ustrojowej, już to biorąc w nich udział bezpośredni, już to działając, jako katalizatory, już to wpływając na zachowanie się samych komórek, składających się, jak wiadomo, głównie z roztworów koloidalnych.

Stan tych pseudoroztworów koloidalnych, równowaga pomiędzy stanami sol i gel zależna jest od równowagi jonów.

Zrozumiemy wobec tego, jak olbrzymie znaczenie mają jony poszczególne dla fizjologii i patologii ustrojowej, zrozumiemy również, że i leczenie nowoczesne musi się oprzeć na wykorzystaniu znajomości równowagi jonów oraz na jej przywracaniu w razie zaburzeń, o ile się chce podzielać na moment wywołujący.

Jak podkreśliliśmy w pierwszej części naszej pracy, djetoterapia winna zająć stanowisko równorzędne z farmakoterapią, stać się czynną djetoterapią, zaś, jako taka, musi się oprzeć na dokładnej znajomości równowagi jonów.

Przyczyny, które równowagę tę zakłócić mogą, muszą być poznane i odpowiednio potraktowane, tak, by ustroj możliwie mało przytem ucierpiał.

Stosunki równowagi kwasowozasadowej zostały omówione przez nas w pierwszej części niniejszej pracy. Obecnie zajmiemy się równowagą innych jonów.

Przedewszystkiem zajmiemy się równowagą jonów metali, wchodzących w skład tkanek ustroju. Zpomiędzy tych metali wymienimy: sód, potas, wapń, magnez oraz żelazo. Inne kationy wchodzą w grę w znacznie mniejszym stopniu, jako że występują w ustroju w znikomych tylko ilościach, zaś ich znaczenie nie jest jeszcze dobrze znane.

Potem przejdziemy do omawiania anjonów t. zw. fizjologicznych t. j. takich, które stanowią część składową komórek ustroju i muszą mu być doprowadzane od zewnątrz (chlor, siarka, fosfor, krzem).

Nawet jeżeli chodzi o jony wymienione, nie zawsze wiadomo dokładnie, jaka jest ich czynność, musimy bowiem pamiętać, że chemia biofizyczna jest nauką jeszcze młodą, szczególnie, że dopiero w ostatnich czasach została wprowadzona do kliniki.

Musimy się zastrzec, że z konieczności nasze ujęcie tematu będzie nieco pobieżne i nieoprobowane może sprzeczności, które siłą rzeczy w sprawach niejasnych mogą się wyłonić.

Wspólnie, poniekąd, wypadnie nam omówić grupę jonów t. zw. metali lekkich czyli: Na, K, Ca i Mg. Jony te są rozpowszechnione w naturze wszędzie. Wchodzą one w skład wszystkich istot organicznych, zarówno zwierzęcych, jak i roślinnych, w proporcjach jednakże zmiennych.

Ustrój ludzki potrzebuje tych jonów zarówno do rozbudowy swych tkanek w przebiegu rozwoju

osobniczego, jak i do zamiany wydalanych produktów przemiany materji.

W tym celu ustroj musi otrzymywać od zewnątrz świeże zasoby jonów rzeczonych, w przeciwnym bowiem razie dochodzi do zaburzeń chorobowych w ustroju.

Tak, na przykład, ustroj potrzebuje dowozu powyższych jonów w ilościach następujących (oblicz. w tlenkach):

K₂O--3,22 gr. Na₂O--7,7 gr. CaO--1,47 gr. MgO--0,56 gr.

Pierwiastki powyższe są zawarte w pożywieniu mieszanem człowieka w ilościach, naogół wystarczających. Jeżeli z jakichkolwiek przyczyn djeta stanie się jednostronna, wystąpić może brak tego czy innego jonu z następstwami niekiedy groźnymi dla ustroju.

Tembardziej może to się zdarzyć, że wszystkie cztery jony stoją do siebie w stosunku antagonicznym. Równoważą się wzajemnie Na i K z jednej strony, Ca i Mg z drugiej strony, zaś pierwsza grupa z drugą.

Brak lub zmniejszenie ilości jednego rodzaju jonów daje przewagę jonom antagonistycznym, co pociągnąć może za sobą daleko idące następstwa dla ustroju. To też wobec takiego stanu rzeczy ustroj stoi na straży własnych interesów, dbając o zachowanie tej równowagi wszelkimi sposobami. A że jest to cecha właściwa ustrojom nawet najniższym, to nic dziwnego, że wchodzi ona poniekąd w zakres t. zw. instynktów. Instynkty bowiem rządzą właściwie życiem roślinnem (wegetatywnem) ustroju.

Tak np. równowagę pomiędzy jonami K i Na utrzymuje ustroj dzięki tym właśnie instynktom. Zwierzęta np. trawożerne, których pożywienie zawiera dużo stosunkowo potasu, a mało sodu, mają instynktywny pociąg do soli kuchennej (sód). To samo da się powiedzieć o ludziach, których pokarmem są głównie produkty roślinne.

U człowieka pociąg ten przeistacza się w smak, którego sól pewnym pokarmom dodaje. Tak np. kartofle, które zawierają bardzo dużo potasu, nie dadzą się utrzymać, jako wyłączne pożywienie, bez dodatku soli kuchennej. Zrozumiemy także zwyczaj ludów rolniczych jedzenia chleba ze solą oraz używania soli kuchennej w gospodarstwie domowem.

U zwierząt oraz u ludzi, odżywiających się głównie mięsem, owego pociągu do soli nie stwierdza się. Istnieją nawet szczepy ludów koczowniczych, którym sól jest zupełnie nieznana, niekiedy nawet uważana za truciznę. Mięso bowiem, szczególnie w tej postaci, w jakiej je spożywają dzicy, t. j. wraz z krwią i sokami tkankowymi, zawiera także dostateczną ilość jonów sodu (płyny ustrojowe zawierają więcej sodu).

Używanie mięsa, wypłukanego z soków tkankowych, jak to ma miejsce np. u Żydów, pociąga za sobą konieczność solenia, t. j. dodawania do mięsa jonów sodowych, co też nakazują przepisy rytualne żydowskie, nb. przy jednoczesnym zakazie używania krwi zwierząt oraz przymusowem wypuszczaniu jej z zarzynanego zwierzęcia.

Jak widzimy więc, dodawanie soli kuchennej do rozmaitych potraw jest często niezbędne, niekiedy jednak na tem tle dochodzi do przesady,

a nawet nadużyć. W tym wypadku nadmierne używanie soli staje się szkodliwe. Sól zostaje wprowadzona do dość szybko drogą nerek, atoli w warunkach patologicznych może spowodować objawy dość poważne.

Sód, jako jon, w ilościach zwykłych jest niezbyt trujący, przynajmniej jego własności szkodliwe nie rzucają się tak bardzo w oczy.

Najważniejszą cechą jonów sodowych jest ich własność obrzękotwórcza. Pod wpływem jonu sodowego kolloidy tkankowe pęcznią, wchłaniają wodę i przybierają postać galaretowatą.

To też w ustroju jon sodu odgrywa rolę czynnika, wzmagającego wodochłonność tkanek — obrzękotwórczego, zatrzymując duże ilości wody.

Poza tą własnością wywoływania pęcznienia jon sodowy ma za zadanie równoważyć działanie innych jonów, jak np. potasu lub wapnia. Inne własności sodu nie zostały jeszcze dokładnie zbadane.

Zpółród pokarmów, zawierających więcej stosunkowo sodu, wymienimy: z owoców — jabłka, pomarańcze, poziomki; z jarzyn — marchew, szpinak, pomidory, pozatem — makaron, białko jaja, ostrygi, śledź i łosoś. Najmniej zaś sodu zawierają: śliwki, oliwki, jagody czarne, chleb czarny (razowy), mleko i jego przetwory.

Jak zaznaczyliśmy wyżej, jedną z najważniejszych funkcji sodu jest równoważenie działania potasu, który jest także bardzo rozpowszechniony w pożywieniu, a który nie jest dla ustroju zupełnie obojętny.

Jony potasu mają np. wybitne działanie wagotoniczne, t. j. działają na ustrój, jak podrażnienie układu parasympatycznego.

Na serce np. potas działa w ten sposób, że pobudza *nervus depressor cordis*. Pod wpływem dużej dawki potasu, wprowadzonej śródżylnie, serce może się zatrzymać w diastoli.

Także na inne narządy działa potas, jako jad parasympatyczny, np. może zwiększyć ruchy robaczkowe kiszek.

Potas jest potrzebny ustrojowi do budowy komórek, wchodzi bowiem w skład substancji komórkowej, m. in. mięśni, wątroby, czerwonych ciałek krwi i t. p.

Mimo swej stosunkowo dość dużej jadowitości potas może być i bywa spożywany w dość dużych ilościach, jako że wchodzi w skład rozmaitych jarzyn, owoców oraz mąki. Doprowadzony bowiem do ustroju na drodze pokarmowej, potas przechodzi do krwi stopniowo, nie osiągając nigdy stężenia potrzebnego do wywołania objawów trujących.

Może być także dlatego, że wraz z potasem ustrój stara się bezwiednie wyrównać jego działanie jednoczesnym doprowadzeniem sodu lub też uruchamia wewnętrzne jego zapasy.

Wprowadzony parenteralnie potas, szczególnie na drodze śródżylniej, może wywołać ciężkie zaburzenia, a nawet śmierć.

Inną właściwością potasu jest równoważenie działania sodu. O ile ten ostatni wiąże wodę, o tyle potas działa antagonistycznie, t. j. moczopędnie. To też związki potasu oddawane były stosowane w leczeniu, jako środki moczopędne, odwadniające w chorobach, związanych z zatrzyma-

niem wody, jak, np. stany obrzękowe, marskość wątroby, wysięki i t. p.

Sole potasu, wprowadzone do ustroju w większej ilości (także na drodze pokarmowej), wypierają związki sodu, które wydzielają się wówczas z moczem w zwiększonej ilości. Natomiast w stanach głodowych ustrój wydała więcej potasu z moczem, ten, bowiem, uwalnia się podczas rozpadu tkanek. Zjawisko takie możemy zaobserwować wszędzie tam, gdzie występuje zwiększony rozpad tkanek, jak np. w sprawach złośliwych, rozpadających się guzach, białaczce i t. p.

Wspominaliśmy już o właściwościach moczopędnych soli potasu, zajmiemy się obecnie ich praktycznym zastosowaniem w leczeniu. Stosuje się je więc w przypadkach obrzęków ogólnych, zarówno pochodzenia sercowego, jak i nerkowego, w wysiękach oraz przesiekach w jamach ciała. Wyrażając się językiem fizyko-chemicznym, zmniejszają one wodochłonność tkanek, uruchamiając masy wodne.

W leczeniu używa się soli potasu głównie jako azotanów i octanów. T. zw. zioła moczopędne zawdzięczają swe działanie przeważnie zawartości soli potasu. Stąd też zupełnie logicznem wydawałoby się podawanie pokarmów bogatych w potas, a zawierających jaknajmniej sodu, we wszystkich wyżej wymienionych przypadkach.

Djeta taka przedewszystkiem opierać się będzie na owocach i jarzynach. Mięso, szczególnie wypłukane z płynów tkankowych, zawiera wprowadzie dużo potasu, lecz zawartość sodu w niem także nie jest mała. Stosunek K do Na w mięsie np. wynosi mniej więcej 5:1, w kartoflach 20:1, w grochu nawet, jak 38:1.

Z pokarmów, zawierających dużo potasu, wymienić należy: z owoców — oliwki, śliwki, morele, figi, gruszki. Jabłka, pomarańcze zawierają więcej sodu i raczej byłyby w tych razach nieodpowiednie. Z jagód najmniej potasu zawierają poziomki. Z jarzyn najwięcej K zawierają: kartofle, rabarbar, ogórki, grzyby, groch oraz fasola. Mniej potasu zawierają: marchew, cebula, pomidor, a najmniej szpinak. Bardzo mało potasu zawiera także ryż.

Djeta potasowa może mieć zastosowanie także poza obrzękami, a mianowicie, w stanach niewydolności tarczycy.

Stosowanie owoców ma tę wyższość nad mięsem i jarzynami, że owoce można spożywać w większej ilości bez soli. Mięso zaś lub jarzyny, takie jak kartofle, czy groch, przyrządzone bez soli są niesmaczne i à la longue utrzymać się nie dadzą.

W jakim stopniu potas jest potrzebny dla rozwoju organizmu dziecięcego — narazie dokładnie nie wiadomo. Przypuszczać należy, że i tutaj potas ma wielkie znaczenie, chociażby jako czynnik wagotoniczny, wpływający na wzrost młodych osobników. Badania doświadczalne nad wzrostem larw, kijanek i t. p. wykazały znaczenie doniosłe potasu dla procesów wzrostu.

Potas ma też wielkie znaczenie dla wzrostu komórek samych. To też pokarmy, zawierające dużo potasu, mogą mieć szczególne znaczenie dla rozwoju ustroju dziecięcego.

Ponieważ potas jest środkiem *par excellence* wago-tonicznym, podawanie pokarmów „potasowych” może wpłynąć pobudzająco na układ parasympatyczny.

Na serce działa potas porażająco — zwalniając tętno, a wreszcie zatrzymując serce w rozkurczu. Niektórzy zalecają stosowanie w migotaniu przedsionków wespół z chinidyną, jako że potas wzmacniać ma działanie ostatniej. Na tej zasadzie wartoby wypróbować działanie diety potasowej w migotaniu i częstoskurczach napadowych, tembardziej, że przytem osiąganoby jednocześnie działanie odwadniające w razie ewentualnych obrzęków.

Na przewod pokarmowy potas wywiera również działanie swoiste, pobudza bowiem układ parasympatyczny, a więc wzmacnia wydzielanie gruczołów trawiennych, zwiększa napięcie mięśniówki oraz wzmacnia ruchy perystaltyczne.

Aczkolwiek działanie potasu przy podawaniu *per os* ma być minimalne, trzeba jednakowoż stwierdzić, że dieta owocowo-jarzynowa (a więc potasowa) jest nadzwyczaj zalecana w tych przypadkach, kiedy chcemy osiągnąć zwiększenie perystaltyki.

Samo wydzielanie soku żołądkowego może na tem ewentualnie nawet ucierpieć, gdyż potas, wprowadzony do ustroju zwiększa zasób zasad. Niemniej jednak perystaltyka a także wydzielanie soków trawiennych (oprócz żołądkowego) zostają silnie zwiększone.

Tak, na przykład, znane jest powszechnie działanie rozwalniające śliwek oraz fig. Tymczasem te właśnie owoce zawierają najwięcej potasu. Oczywiście wchodzą tu w grę i inne czynniki.

Ryż i kaszka, które zawierają bardzo mało potasu mają działanie raczej zapierające.

Tak samo z pośród jarzyn te działają rozwalniająco, które zawierają najwięcej potasu, jak np. kartofle, rabarbar, ogórki i groch.

W leczeniu niedokrewności ostatnio zaleca się dietę, złożoną z wątroby, mięsa oraz moreli, śliwek i t. p. owoców. Uderza w tej djecie, że wszystkie te substancje zawierają dużo potasu. Prawdziwa przyczyna działania diety powyższej nie została jeszcze zbadana. Zaznaczyć jednak należy, że potas jest ważną częścią składową erytrocytów. Z drugiej strony nie może on wchodzić w grę, jako czynnik wyłączny, ten bowiem przy dłuższem gotowaniu zostaje zniszczony, czego wszak nie można powiedzieć o połączeniach potasu.

Musimy jeszcze wspomnieć o znaczeniu kuracji owocowych dla celów odłuszcających. Działanie ich jest podwójne: z jednej strony wchodzi w grę małowartościowość tej diety, z drugiej zaś strony obfitość potasu, który wypiera sód i działa odpęczniejąco na tkanki ustrojowe.

Ustrój, który traci wodę, traci rzeczywiście na wadze, ta zaś okoliczność jest bodajże najważniejszym miernikiem dla spragnionych zeszczuplenia pacjentów. Z tem samem powodzeniem dałyby się może zastosować kartofle, o ileby były spożywane bez soli.

Odwrotnie, podawanie soli kuchennej ma poniekąd znaczenie czynnika tuczącego. Raz ze względu na zwiększanie wodochłonności (do pewnego tylko stopnia, ponieważ ustrój wydała nadmiar sodu), a powtórę, ze względu na zwiększenie łak-

nienia, prawdopodobnie drogą zwiększenia wydzielania soku żołądkowego (HCl).

W ostatnich czasach przypisuje się solom potasu także działanie promieniotwórcze. Potas bowiem należy poniekąd do pierwiastków promieniotwórczych. Te właściwości potasu jeszcze mało są zbadane.

Jeżeli przejdziemy obecnie do grupy jonów dwuwartościowych, to zobaczymy, że i tutaj występuje antagonizm pomiędzy pierwiastkami, wchodzącymi w grę. Mianowicie, wapń i magnez działają wybitnie antagonistycznie względem siebie, jednocześnie jednak równoważą działanie pierwiastków grupy jednowartościowej K oraz Na.

Wapń ma bardzo ważne znaczenie w gospodarce ustrojowej. Przeciwwstawia się w działaniu przeciwo-brzękowemu. Wapń ma uszczelniać naczynia oraz ściany komórkowe, sprowadzać zgęszczenie protoplazmy, a w ten sposób uwalniać duże ilości wody nazewnątrz.

Co do działania antagonistycznego wobec potasu, to wyraża się ono w oddziaływaniu wprost przeciwnem na układ autonomiczny. O ile wapń pobudza układ sympatyczny, o tyle potas pobudza układ parasympatyczny.

Wreszcie wapń równoważy także działanie magnezu, pobudza przemianę komórkową, w szczególności układu nerwowego, podczas kiedy magnez działa porażająco na życie komórek.

Pozatem wapń posiada bardzo ważne znaczenie, jako składnik nieodzowny kośćca, który nie da się niczem zastąpić.

Z innych czynności wapnia należy wymienić jeszcze jego znaczenie dla gojenia się spraw nekrobiotycznych. Wapń bowiem ma szczególne powinowactwo do tkanek zmartwiałych. Poniekąd można to uważać za zjawisko samoobrony ustroju.

Wapń jest także niezbędny do normalnego przebiegu zjawiska krzepnięcia krwi. Wreszcie, jak wspominaliśmy, za pośrednictwem układu sympatycznego oddziałuje na układ krążenia oraz przewod pokarmowy.

Jeżeli chodzi o zastosowanie farmakologiczne wapnia, to jest ono bardzo rozległe. A więc stosuje się Ca w sprawach wysiękowych, a jeszcze częściej przesiekowych oraz obrzękowych, związanych ze zwiększoną przepuszczalnością ścian naczyń, pęcznieniem kolloidów tkankowych, w sprawach naciekowych o charakterze zapalnym; chorobie surowiczej i innych sprawach anafilaktycznych.

Z innych domen zastosowania wapnia wymienimy: skazy krwotoczne, sprawy przebiegające z leniwą przemianą komórkową, wreszcie stany wago-toniczne, kiedy to wapń działa wyrównawczo przez pobudzanie układu sympatycznego.

Dalej wapń podaje się zazwyczaj w sprawach, przebiegających z odwapnieniem układu kostnego. Stosuje się także w skazach krwotocznych, krwawieniach mięsnych lub z nadżartych naczyń i t. p.

Z pokarmów, zawierających wapń w dużej stosunkowo ilości, należy wymienić przedewszystkiem mleko krowie (nie innych gatunków) oraz ser. przyrządzony z tegoż mleka, migdały i mleko migdałowe, fasolę i żółtko jaja. Z owoców — najwięcej cytryny, pomarańcze, ananas. Ze zbóż —

najwięcej owies. Z jarzyn — kapusta włoska, kalafior.

Zamiast podawać więc związki wapnia *per os* możemy choremu zalecić djetę, obfitującą w wapń. Pamiętać przytem należy, że zapotrzebowanie dzienne ustroju na wapń wynosi normalnie około 1,5 gr. i zostaje pokryte przez spożycie ok. 160 gr. sera białego; zaś pół kilo tegoż sera zawiera ok. 5 gramów CaO czystego, czyli tę ilość, którą wprowadzamy np. w postaci 5 łyżek 10% roztworu *Calcium chloratum* (dawka zwykła podczas leczenia wapniem).

Tak samo 1, litr mleka pokrywa dzienne zapotrzebowanie dorosłego człowieka.

Zrozumiemy teraz, jak ważne miejsce zajmują ser i mleko w djetetyce osób zdrowych, a szczególnie chorych.

Djeta wapniowa ma więc szerokie zastosowanie we wszystkich wyżej wymienionych stanach. Specjalnie omówimy tutaj stosowanie diety wapniowej w stanach, gdzie chcemy osiągnąć równowagę układu sympatycznego, kiedy leki *à la longue* nie są dobrze znoszone a więc w astmie, skurczach w obrębie przewodu pokarmowego, upośledzonej czynności serca i t. p.

Zrozumiemy teraz także bezpośrednie znaczenie mleka, jako środka odżywczego w stanach takich, jak wrzód żołądka, stanach spastycznych przewodu pokarmowego lub układu naczyniowego (*hypertonía*).

Działanie na serce wyraża się w stosowaniu diety t. zw. Karella. Podobnie stosuje się mleczną djetę w chorobach nerek.

W schorzeniach jelit mleko niezawsze daje dobre wyniki. Możemy to objaśnić w sposób następujący: mleko krowie zawiera m. in. wapń, który działa na układ sympatyczny pobudzająco, a więc zapierająco; zawiera pozatem także cukier mleczny o działaniu, jak wiemy, rozwalniającem. O ile osobnik ma wzmożony *tonus* układu parasympatycznego (jak np. w zaparciu spastycznym, nieżytach spastycznych), to mleko u niego podziała rozwalniająco, gdyż z jednej strony Ca znosi skurcz, zaś z drugiej strony działa rozwalniająco (cukier).

Jeżeli osobnik należy do typu sympatykotonicznego, t. j. ma zaparcie atoniczne, to mleko, zwiększając jeszcze więcej działanie układu współczulnego, wywoła tem większe porażenie jelit oraz wzdęcia, które tak często dokuczają chorym po spożyciu mleka.

Działanie podobne mleka, o ile nam wiadomo, nie było stwierdzane doświadczalnie, jednakże bardzo łatwo można się przekonać o słuszności tego poglądu przez obserwację osobników jednego i drugiego typu po spożywaniu mleka.

Działanie mleka można także regulować w ten sposób, że dodajemy doń, w razie rozwolnienia, wapń (w postaci *aqua calcis*), w razie zaś zaparcia — cukier mleczny.

Przetwory mleka, takie, jak kefir, jogurt, kумыs, działają podobnie.

Działanie wapnia w mleku występuje najwyraźniej, jeżeli mleko poddać fermentacji cukrowej, — tak, jak to ma miejsce z trzylatowym kefirem, w którym cały cukier mleczny sfermentował. Taki kefir ma działanie wybitnie zapierające.

Niekiedy mleko nie nadaje się dla pacjenta ze względu na szczególną łatwość, z jaką poddaje

się gniciu w jelitach. U tak wrażliwych osobników lepiej działa serwatka, t. j. pozostałość po usunięciu sernika z mleka.

Serwatka taka w ostatnich czasach została szczególnie zalecona przez autorów francuskich, głównie w tych przypadkach, kiedy spożywanie większych ilości białka jest przeciwwskazane, zaś inne własności mleka byłyby pożądane, jak np. w chorobach serca, nerek oraz stanach podobnych.

Z tego względu serwatka ma zastosowanie głównie u dzieci oraz starców.

Magnez działa porażająco na układ nerwowy, jako antagonistą wapnia, wprowadzenie magnezowego jonu do krwiobiegu może doprowadzić nawet do porażenia oddechania.

Z tego powodu magnez był przez dłuższy czas zaniedbany, obawiano się bowiem działania porażającego. W ostatnich czasach magnez powoli zaczyna odzyskiwać swe znaczenie terapeutyczne, a mianowicie, jako środek pomocniczy przy znieczuleniach i uspianiach w połączeniu z eterem lub morfiną. Magnez pozwala przytem na znaczne zmniejszenie dawek narkotyków.

Szczególne znaczenie posiada magnez w leczeniu tężca oraz w rzucawce porodowej, kiedy nie posiadamy innych środków lekarskich.

Związki magnezu, podawane *per os*, nie mają działania trującego, gdyż albo nie wsysają się wcale, alboważ bardzo powoli, jak np. *magnesium sulfuricum* z jednej strony lub *magnesium citricum* z drugiej.

Podawane natomiast parenteralnie, wywołują wyżej wymienione zaburzenia lub też dają wyniki lecznicze w zależności od dawki.

Zawartość magnezu w pokarmach nie ma więc większego znaczenia, przynajmniej działania takiego dotychczas nie zauważono.

Natomiast należy zwrócić uwagę, że duże ilości magnezu nawet przy bardzo powolnem dostawaniu się do krwiobiegu wywołują wzmożone wydalanie wapnia; ta okoliczność (najczęściej bardzo niepożądana) dałaby się wykorzystać ewentualnie w tych razach, kiedy chcemy odwapnić ustrój.

W pokarmach znajduje się magnez razem z wapniem i to w ilościach mniej więcej podobnych. W mleku jest nieco mniej magnezu, zaś w chlebie znacznie więcej. Sole magnezowe są naogół bardziej rozpuszczalne, niż sole wapnia, to też wchłaniają się lepiej. Natomiast wydzielają się głównie z moczem, a nie z kałem, jak związki wapnia.

Z pokarmów najwięcej magnezu zawierają (% w popiele): kakao — 15,9%, mąka żytnia — 14,9, ryż — 13,4, orzechy — 13, mąka pszenna — 11, winogrona — 8,8, jabłka — 8,7.

Bardzo mało zawierają magnezu kalafior, jarzyny wogóle oraz mleko.

W chorobach, przebiegających z zatrzymaniem wapnia w ustroju, może byłaby wskazana dieta bogata w magnez i potas, których spożycie zwiększa wydalanie wapnia (*myositis, arthritis deformans*).

Żelazo jest jedynym pierwiastkiem z pośród metali ciężkich, niezbędnym do podtrzymywania czynności życiowych ustroju. Jest ono bowiem składnikiem bardzo ważnym hemoglobiny, która, jak wiadomo, jest niezbędna dla przebiegu procesów utleniania.

Ciekawe jest, że przemiana żelaza stoi w pewnym związku z przemianą wapnia i potasu. Tak, na przykład, djeta, składająca się wyłącznie z mleka i chleba, a zatem zawierająca stosunkowo dużo wapnia, daje się utrzymać bez większego uszczerbku dla zdrowia przez znacznie dłuższy okres czasu, aniżeli djeta, składająca się wyłącznie z tegoż chleba i jajek (przy równej zawartości białka), a zawierające mało wapnia, a zato więcej nieco żelaza.

Przeciętne zapotrzebowanie dzienne ustroju wynosi około 15 mlgr. żelaza. Dzieci oraz kobiety ciężarne i karmiące potrzebują więcej żelaza ze względów zrozumiałych.

Mleko jest stosunkowo bardzo ubogie w żelazo. To też dziecko przy urodzeniu zabiera ze sobą zapas żelaza z ustroju matki, zaś procentowo zawartość żelaza u noworodka jest znacznie większa, niż u dziecka starszego.

Z pośród pokarmów, szczególnie obfitujących w żelazo, należy wymienić mięśnie (mięso), jako że zawierają krew — hemoglobinę, (mięso chude przedewszystkiem). Jaja i mleko zawierają mało żelaza, lecz zato w postaci lekko przyswajalnej, co umożliwia np. dziecku przetrwanie przez długi czas na prawie wyłącznie mlecznej djecie.

Z pokarmów roślinnych, zawierających stosunkowo dużo żelaza, wymienić należy szpinak, jabłka, poziomki oraz rośliny strączkowe, jak groch, fasola. Sporo żelaza zawiera też otoczka zbóż, która jednak zostaje odrzucona przy przemiale zboża.

Djeta, mająca na celu zwiększenie ilości żelaza w ustroju będzie się więc składała z mięsa (chudego), jarzyn i owoców, natomiast nabiał będzie mniej pożyteczny.

Miedź wchodzi w skład ustroju w ilościach bardzo drobnych. Znaczenie miedzi nie jest jeszcze dokładnie znane. M. in. ma ona wchodzić w skład czerwonych ciałek krwi, i z tej też racji chciano przypisywać miedzi znane działanie wątroby na regenerację krwi.

W skład ustroju wchodzi także drobne ilości manganu, cynku, litu i niektórych innych metali, których znaczenie jest jeszcze zupełnie ciemne.

Jeżeli obecnie przejdziemy do omawiania t. zw. anjonów, które są zazwyczaj utworzone przez metaloidy, względnie pierwiastki niemetalowe, oraz ich grupy, to z pośród nich na pierwsze miejsce wysunie się jon chloru w postaci chlorków.

Chlorki są rozpowszechnione w całej przyrodzie żyjącej. Wchodzą one w skład komórek, soków ustrojowych i tworzą najistotniejszą część składową wszelkich płynów tkankowych oraz krwi.

To też oddawna już próbowano zastępować krew izotonicznym roztworem chlorku sodu. W ostatnich czasach zmieniono nieco skład tego płynu o tyle, że dodano także chlorki innych katjonów a mianowicie potasu, wapnia, magnezu, zresztą w małych ilościach, oraz dwuwęglan sodu. Jednakże jony chlorowe stanowią prawie całą część stałą t. zw. sztucznej krwi.

Naogół chlorki znajdują się w zwykłym pożywieniu w takiej ilości, że o specjalnych djetach chlorowych nie ma potrzeby myśleć. Raczej może nas interesować djeta małochlorowa czyli t. zw. potocznie bezsolna.

Chlorki wydzielają się głównie drogą nerek, a w przypadkach chorób nerkowych wydalanie ich

może stać się utrudnione, zaś chlorki zaczynają się nagromadzać w ustroju, co z kolei prowadzi do zatrzymania sodu, a w rezultacie do obrzęków. Zaznaczyć jednak trzeba, że przyczyną tych ostatnich są nie chlorki, jako takie, lecz właśnie chlorek sodu, gdyż np. chlorek wapnia ma działanie wręcz przeciwoobrzękowe. Własności obrzękotwórcze chlorków pochodzą stąd, że w pożywieniu najczęściej spotykamy się z chlorkiem sodu.

To też słuszną wydawać się powinna próba zastępowania chlorku sodu w chorobach nerek przez inne sole sodowe, jak naprz. mrówczan sodu. Ten bowiem przy spalaniu się wyzwala jony sodowe, które w ustroju łączą się, tworząc chlorek sodu, zaś sprawa obrzęków na tem nic nie zyska. Inna rzecz, że może to wpłynąć dodatnio na przebieg choroby nerkowej przez zwiększenie alkaliczności ustroju, ale to nas w tej chwili nie obchodzi.

W ostatnich czasach zwrócono uwagę na cały szereg stanów chorobowych, w których główne objawy związane są z brakiem chlorków czyli t. zw. hipochloremją.

Stany takie występować mają po szczególnie dużych utratkach płynów tkankowych, jakie np. są następstwem obfitych wymiotów i t. p. W tym wypadku utrata chloru następuje przez utratę dużych ilości kwasu solnego z wymiocinami.

Stany takie zdarzają się w niedrożnościach przewodu pokarmowego, jak np. odźwiernika, kiszek; również w zatruciach pokarmowych, rtęcią, w cholerze i stanach podobnych oraz w stanach uremicznych. Leczenie tych stanów sprowadza się do wprowadzenia do ustroju sporych ilości chlorków, szczególnie sodowego, ze względu na własność Na zatrzymywania płynów.

Wobec ostrości objawów leczenie djetetyczne tu nie wchodzi prawie wcale w rachubę. Już powyżej można doprowadzić chlor ustrojowi doustnie w postaci stężonych roztworów NaCl, ale najwłaściwszą drogą w tych razach jest zastrzykiwanie śródżylnie.

zupełne wyłączenie chlorków z diety czyli t. zw. idealnie bezchlorowa djeta nie jest wskazana prawie nigdy.

Nawet w chorobach nerek, kiedy podawanie chlorków jest przeciwwskazane, należy pamiętać o tem, że nieznaczne ilości chlorków ustrojowi musi otrzymywać, aby się uchronić od niepożądanego hipochloremii, np. w postaci napadów uremicznych.

Chlor zawarty jest w pożywieniu w ilościach nasępujących: w owocach — ok. 10% subst. suchej; w orzechach ok. 14%; z mącznych najwięcej w białym pieczywie ok. 30%; z jarzyn najwięcej w kartoflach ok. 16%; najmniej w marchwi ok. 5%; sporo także w ogórkach, pomidorach, kapuście. Dużo stosunkowo Cl zawiera białko, wogóle, zaś specjalnie produkty suszone lub solone.

Przez odpowiedni dobór pokarmów można utrzymywać ilość chlorków w djecie na poziomie pożądanym, oczywiście, dodanie soli kuchennej daje możność doprowadzania dowolnych ilości chlorków.

Pamiętać trzeba atoli, że o ile umiarkowane solenie jest bardzo wskazane, ze względu na własności pobudzające łaknienie (zwiększenie wydzielania HCl w żołądku?), to nadużywanie potraw solonych, ostrych może doprowadzić właśnie do

wręcz przeciwnych następstw, jako nieżyty zanikowy żołądka.

Jako środek, pobudzający łaknienie, sól kuchenna oraz pokarmy zawierające dużo soli, mają rozległe zastosowanie. Także solanki, szczególnie gorące, mają zastosowanie podobne np. w Wiesbaden-Kochbrunnen.

Bardzo ważny dla ustroju jest pierwiastek pokrewny chlorowi, mianowicie, jod. Jod znajduje się w ustroju w bardzo małych ilościach we wszystkich narządach, w ilościach większych natomiast w gruczole tarczowym.

Zapotrzebowanie jodu przez ustrój jest bardzo małe, jednakże nieotrzymywanie tych drobnych ilości jodu powoduje bardzo poważne dla całego organizmu następstwa. Mianowicie, u ludzi na tle niedostatecznego dowozu jodu występują szczególnie często zaburzenia czynności tarczycy, jej niedorozwój i t. p.

Znaną jest rzeczą, że w okolicach, w których woda i grunt są ubogie w jod, zdarzają się niezmiernie często schorzenia tarczycy, jak np. wole lub matołectwo.

To też w wielu krajach, w których kłęska wola jest do pewnego stopnia nagminna, wprowadzono systematyczne podawanie drobnych ilości jodu, szczególnie dzieciom (szkolnym), jako najbardziej zagrożonym kłęską wola. Niedostateczna łowiem czynność tarczycy powoduje niedorozwój fizyczny i umysłowy u osobników młodych, u starszych zaś następstwa są nieco mniej groźne.

Aby zapobiec powyższemu objawowi, wystarczy podawać np. dzieciom w szkole 5 do 10 miligramów jodu w postaci jodku potasu na tydzień. Próbowano także dodawać te drobne ilości jodku potasu do soli kuchennej w odpowiedniej proporcji, ażeby zwyczajne solenie pokarmów zapewniało dostateczny dowóz soli jodowych.

Jodki mają bardzo duże znaczenie w całym szeregu innych chorób. Tak np. jodkom przypisuje się znaczenie środka, przyspieszającego resorpcję w przypadkach różnego rodzaju wysięków patologicznych: bujania tkanki nowotworowej, zapalnej, jak np. grzliczej, kiłowej, miazdzykowej.

Ostatnio wykazuje się także właściwość jodu pobudzania czynności tarczycy, a pośrednio oddziaływania na przemianę ogólną ustrojową, szczególnie wodną. Stąd zastosowanie jodków w cierpieniach takich, jak nefrozy, bradykardje rozmaitej natury i t. p.

Jod wydziela się z ustroju m. in. także drogą płuc, przyczem działa na śluzówkę oskrzeli, rozrzedzając śluz, zmniejszając jego lepkość i t. p. Stąd ma też zastosowanie w przewlekłych nieżytach dróg oddechowych i dychawicy i t. p.

W pożywieniu zwykłym znajduje się naogół mało jodu. Z rozmaitych pokarmów zawierają jodu np. zielony groszek — 0,32% subst. suchej, banany — 0,31; szparagi — 0,24; czosnek — 0,21; poziomki, ryż po 0,17; pomidory, marchew po 0,14; owoce — bardzo mało; mąka prawie wcale. Bardzo dużo natomiast jodu znajduje się we wszelkich pokarmach pochodzenia morskiego, jak na przykład, rybach i rakach morskich i t. p.

Zrozumiemy tedy, dlaczego pobyt nad morzem, gdzie wszystko zdaje się być przesiąknięte wodą morską, czy też solanki, zawierające jod, nadają

się znakomicie do leczenia wyżej wymienionych cierpień.

Poniekąd jod działa także na układ sympatyczny za pośrednictwem gruczołu tarczowego, którego wydzielina — tyroksyna — pobudza ten układ roślinno-nerwowy. Tem działaniem moglibyśmy poniekąd wytłumaczyć działanie jodu w stanach takich jak dychawica, kółka ołowiowa i rozmaite stany skurczowe mięśni gładkich, bradykardje i t. p.

We wszystkich stanach, wyżej wymienionych, wskazana jest djeta, zawierająca dużo jodu, a więc zielony groszek, banany, szparagi, kapusta oraz ryby morskie.

Przeciwwskazane zaś będą te pokarmy w stanach nadczynności gruczołu tarczowego.

Ponieważ szczególnie ważną rolę odgrywa jod w życiu ustroju dziecięcego, należy dbać o to, by pożywienie dzieci zawierało dostateczne ilości wyżej wymienionych pokarmów „jodowych”.

Bardzo ważną część składową ustroju stanowi fosfor. Wchodzi on w skład substancji jądrowych komórek oraz kośćca.

Zapotrzebowanie dzienne dorosłego człowieka wynosi około 1½ grama. Dzieci potrzebują go znacznie więcej, ze względu na zjawiska wzrostowe (intensywne rozmnażanie się komórek).

W pożywieniu fosfor znajduje się w ilościach zmiennych, acz naogół wystarczających (przy diecie mieszanej).

W przyrodzie fosfor znajduje się w postaci związków nieorganicznych — fosforanów, bardzo zresztą rozpowszechnionych.

Z substancji organicznych zawierają fosfor wszystkie tkanki, bogate w komórki, a przez to i jądra. W połączeniu z tłuszczami fosfor wchodzi w skład t. zw. lipoidów, jako lecytyna. Nawet węglowodany zawierają drobne ilości fosforu, jak np. skrobia.

Znaczenie fosforu dla ustroju sprowadza się przede wszystkim do roli czynnika budulcowego dla rosnących tkanek oraz kośćca. Kości bowiem składają się przede wszystkim z fosforanów wapnia (z pośród części mineralnych).

Niedostateczna ilość fosforu w pożywieniu odbija się przede wszystkim na kośćcu, który staje się kruchy, łamliwy i odwapniony. Przemiana bowiem fosforowa stoi w ścisłym związku z przemianą wapnia.

Poza tem brak fosforu odbija się ujemnie na wzroście komórek wogóle, a komórek nerwowych w szczególności.

Co się tyczy wartości poszczególnych postaci fosforu, to są one mniej więcej równowartościowe. Wszystkie bowiem związki fosforu w ustroju rozpadają się, zaś ustrój buduje sobie z nich te związki, które mu są w danej chwili potrzebne.

Jak zaznaczyliśmy wyżej, fosfor odgrywa rolę pierwszorzędną w budowie tkanki kostnej. Toteż w sprawach, przebiegających z zaburzeniami budowy kostnej, fosfor odgrywa bardzo ważną rolę leczniczą, jak np. w leczeniu krzywicy, osteomalacji.

W ostatnich czasach zaleca się także fosfor w przypadkach wyczerpania nerwowego oraz niedostatecznego rozwoju fizycznego, a także impoten-

cji. Działanie fosforu w tych razach jest zrozumiałe z poprzednich wywodów.

W stanach wymienionych należy podawać dietę obfitą w fosfor. Dieta taka składa się z jaj (żółtka), sera, mleka, suszonej fasoli, migdałów, orzechów oraz płatków owsianych, wreszcie mięsa, szczególnie zwierząt młodych. Zpóśród pokarmów zawierają fosfor: ser szwajcarski — 1,35%; barani — 0,43%; ser biały — 0,37%; jaja — 0,34%; wołowina — 0,28%; mleko — 0,22%; wieprzowina — 0,16%; fasola — 0,92%; żyto — 0,23%; orzechy — 0,2%; kartofle — 0,13%.

Z owoców najwięcej fosforu zawierają: gruszki, jabłka, cytryny; z jarzyn, poza fasolą, groch, rzodkiew, kalafior, szparagi, kapusta; naogół owoce, tak samo jak jarzyny, zawierają mało fosforu, najwięcej jeszcze stosunkowo suszone.

Jak widać z powyższego spisu, zapotrzebowanie fosforu pokrywa się zupełnie pokarmami białkowymi.

Metabolizm siarki jest naogół jeszcze mało znany. Siarka wchodzi w skład szeregu tkanek, a w szczególności tkanki rogowej. Siarka występuje głównie, jako związek organiczny, przeważnie w cystynie. Zpóśród tkanek, zawierających siarkę, wymienić należy, poza wspomnianymi już substancjami rogowymi (skóra, paznokcie), także tkankę chrzęstną (stawy), mięśnie, a zpóśród wydzielin — żółć, ślinę oraz insulinę i sok żołądkowy. W moczu znajdujemy siarkę w dwóch postaciach: kwaśną i obojętną. Do pierwszej należą siarczany i eterosiarczany, do drugiej — inne związki siarki m. in. siarczki.

Zpóśród rozmaitych czynności siarki podkreślić należy keratoplastyczną oraz insulinotwórczą.

Zastosowanie siarki w lecznictwie (podanej wewnątrznie) sprowadza się do stanów z zaburzeniami w stawach, skórze (naskórek i paznokcie) oraz prawdopodobnie schorzeń wątroby i trzustki.

Pokarmy białkowe, zawierające cystynę, posiadają dosyć siarki, by pokryć zapotrzebowanie ustroju. Pamiętać jednak trzeba, że niektóre rodzaje białka siarki nie zawierają, jak np. żelatyna.

Z pokarmów niebiałkowych siarkę zawierają: żyto, rzepa, rzodkiew, cebula, czosnek, kalafior i szparagi.

Siarka, wprowadzona do wewnątrz, posiada szereg własności swoistych, np. pobudza perystaltykę oraz rozrzedza wydzielinę oskrzelową. Własności te należy przypisać jonom siarczków, które w jelitach wytwarzają H_2S , pobudzający ruchy jelit, względnie w oskrzelach zmniejszają lepkość śluzu.

W chorobach dróg żółciowych siarka stosuje się oddawna, szczególnie jako środek ludowy żółciopędny, w kamicach. W tych razach używa się głównie soku rzodkwi lub podobnych jarzyn, zawierających siarkę.

O stosowaniu siarki w schorzeniach trzustki niewiele da się narazie powiedzieć, choć wiadomo, że wchodzi ona w skład insuliny.

W cierpieniach stawów siarka cieszy się wielką popularnością, szczególnie w postaci kąpeli i wód siarczanych, ostatnio także w postaci zastrzykiwań parenteralnych siarki.

O stosowaniu siarki zewnętrznem mówić tu nie będziemy.

Dieta siarkowa winna być zalecana wszędzie tam, gdzie zachodzi potrzeba podawania siarki, przynajmniej *per os*.

Ostatnio zaleca się używanie rodanków, jako środka na obniżenie ciśnienia tętniczego. Czy może i w tym przypadku dieta siarkowa dałaby dobre wyniki — narazie niewiadomo. Faktem jest jednak, że np. czosnek, zawierający stosunkowo dużo siarki, ma działanie obniżające ciśnienie.

Z innych pierwiastków, wchodzących w skład ustroju normalnego, należy wymienić jeszcze krzem.

Krzem występuje w dużych ilościach w przyrodzie martwej. W tkankach znajduje się przede wszystkim w postaci krzemianów w tkance łącznej, w innych zaś tkankach w ilościach mniejszych.

W miarę starzenia się ustroju traci on krzemiany, zaś zwiększa się ilość wapnia w tkankach.

Stosowanie lecznicze krzemu wskazane jest w tych przypadkach, kiedy chcemy zwiększyć ilość tkanki łącznej, jak na przykład w gruźlicy, kiedy dążymy do odgraniczenia sprawy chorobowej. Podobnie podaje się krzem w przyp. złe gojących się ran.

Ostatnio próbuje się stosować krzem także w miażdżycy, ma on jakoby wpływać dodatnio na przebieg sprawy chorobowej.

Działanie krzemu jest niepewne. Jeżeli chcieć wprowadzać krzem do ustroju z pokarmami, to wypadnie podawać tkankę łączną oraz niektóre rośliny, np. rdest ptasi; w drobnych ilościach znajduje się krzem prawie wszędzie. To też ze względu na to, zapotrzebowanie dzienne krzemu wynosi wszystkiego 0,25 gr. SiO_2 , ilość ta zostaje pokryta przy normalnem odżywianiu.

U starców lub u osób, które źle trawia tkankę łączną czy też mięsa nie spożywają, ewentualnie wchodziłoby w grę podawanie wyżej wymienionych roślin w postaci herbaty (napary).

Inne pierwiastki znajdują się w ustroju w tak drobnych ilościach, że narazie niewiele o ich znaczeniu można powiedzieć. Do nich należą: brom, fluor, arsen i selen.

Na zakończenie podkreślimy raz jeszcze, że umyślnie przedstawiliśmy sprawę dietetyki w odniesieniu do jonów nieco może przesadnie. Celem naszym było zwrócenie uwagi lekarzy na tę własność zaniedbaną stronę leczenia dietetycznego oraz na możliwość leczenia czynnego nie za pomocą leków w ścisłym tego słowa znaczeniu, lecz za pomocą odpowiedniego doboru pożywienia, jak to robi bezwiednie nieraz lecznictwo ludowe, a nawet zwyczaj ludowy.

PIŚMIENICTWO.

(przyczone są tylko prace większe)

1. Bunge: Physiologische und pathologische Chemie. 1904. — 2. Fitch: Dietotherapy. 1918. — 3. Gottlieb-Meyer: Lehrb. d. Pharmacologie 1926. — 4. Hammarsten: Lehrb. d. physiol. Chemie. 1926. — 5. König: Chemie d. menschlichen Nahrungsmittel. 1918. — 6. Landois-Rosemann: Lehrb. d. Physiologie. 1924. — 7. Mac-Lester: Nutrition and Diet 1927. — 8. Pentzold: Lehrb. d. klin. Arzneibehandlung. 1923. — 9. Lyon: Therapeutique clinique. 1924.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Medycyna społeczna.

∞ Leontyna FRANKOWSKA. *Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby.* (Wydawnictwo Biblioteki Okręgowego Związku Kas Chorych. Wydanie II uzupełnione. Kraków 1929).

Pierwsze wydanie pożytecznej tej pracy ocenione zostało dość szczegółowo w swoim czasie w „Warsz. Czasopiśmie Lek.“. Przypomnimy tu więc tylko pokrótce, że wszystkie artykuły ustawy zaopatrzone są w komentarze, oparte na reskryptach, wyrokach, okólnikach i t. d., wyjaśniających stosowanie ustawy w praktyce. Z biegiem jednak czasu przybyło wiele nowych wyjaśnień poszczególnych artykułów ustawy, rozproszonych w licznych okólnikach i pismach władz nadzoru państwowego. Pracowicie zebrane przedstawiają się one w postaci 16 Rozporządzeń ministerjalnych, 7 instrukcji i okólników oraz 12 Wyroków Najwyższego Trybunału Administracyjnego — wszystko *in extenso* przytoczone, stanowiąc niemal trzecią część tomiku. Ułatwia to znakomicie pojmowanie ustawy. Szczegółowo ułożony skorowidz uzupełnia rzecz całą.

Wydawnictwo niezbędne dla tych wszystkich, którzy mają do czynienia z Kasami Chorych.

J. Luxenburg.

∞ Dr. Władysław JUDYM. *Stanowisko lekarza w demokracji współczesnej.* (Warszawa. Polskie Lekarskie Tow. Wydawnicze. 1929).

Kryzys ekonomiczny jaki przechodzi dziś stan lekarski w całej niemal Europie, u nas przybiera formy bardzo jaskrawe, często wprost nielogiczne, zawsze bardzo smutne. Jeżeli w porę nie znajdziemy środków, przynajmniej łagodzących obecne krytyczne położenie lekarzy, trudno przewidzieć zaprawdę do jakich niefortunnnych dla całego społeczeństwa rezultatów dojdziemy. Doktor Judym zdaje sobie jasno sprawę z całej grozy położenia i nawołuje do zastanowienia się. Socjalizacja pracy lekarskiej przybiera bardzo ponure barwy w czynnościach Kasy Chorych warszawskiej. Już na kanwie materiału, który tu nasuwa się uważnemu badaczowi, można nakreślić obraz prawdziwy, a zgoła nie budujący. W broszurze, którą mamy przed sobą, autor rozwodzi się dość obszernie nad zadaniami lekarza, który pod kątem widzenia Zarządu Kasy Chorych w stolicy Polski — zgoła nie jest w możności sprostać swoim zadaniom obywatela i lekarza. Sprawa, którą już tylokrotnie poruszano, przedstawiona jest przez autora jasno, dobitnie i należyście poparta dowodami. Któż z nas zresztą sam nie przytoczy jeszcze mnóstwa innych dowodów ze spostrzeżeń własnych?

Pod wszystkimi wywodami i dezyderatami d-ra Judyma każdy lekarz polski z pewnością jaknajskwapliwiej się podpisze. Nasuwa się wszakże natęczywie pytanie, czy tylko poprzestaniemy na wyzywaniu właściwych czynników do walki na papierze? Czy nie pora już przejść do czynu, do rewizji, do naprawy zła?

M. F.

Higjena.

∞ Prof. Witold GĄDZIKIEWICZ. *Zbiór prac i streszczeń poglądowych z Zakładu Higjeny Uniwersytetu Jagiellońskiego 1927 i 1928 r.*

Jak wskazuje tytuł jest to zeszyt z odbitek prac, drukowanych w różnych pismach przez różnych autorów (8) za przeciąg 2-ch lat, a więc poruszających najróżnorodniejsze kwestje, z sobą niczem nie związane. Jest to więc komplet artykułów (14), omawiających zagadnienia z dziedziny higjeny eksperymentalnej, ogólnej i społecznej, bardziej lub mniej oryginalnych i war-

tościowych, zbroszurowanych razem i w ten sposób niejako uwypuklających dorobek Zakładu Higjeny Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Nie omawiając żadnej z prac, znanych ogółowi czytelników z różnych pism, chcę zaznaczyć, że podobnej idei, u nas dotąd rzadko stosowanej, należy szczerze przyklasnąć. Na Zachodzie system ten jest szeroko stosowany, i każdy większy zakład naukowy szczyti się tomami swych prac, wydawanymi z roku na rok, rozsyłanymi zainteresowanym instytucjom.

Należy też dodać, że prace te świadczą o żywotności Zakładu Higjeny Uniwersytetu Jagiellońskiego.

M. Kacprzak.

∞ *Wartość biologiczna młodzieży szkolnej w dobie obecnej.*

Część I. Wyniki badań młodzieży żeńskiej w szkołach m. Wilna, str. 52.

Część II. Wyniki badań młodzieży męskiej w szkołach m. Wilna, str. 18.

Pod powyższym tytułem Wileńskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze, jedno z czynniejszych towarzystw prowincjonalnych, wydało dwie broszurki, omawiające nietylko wartość biologiczną młodzieży, jak mówi tytuł, ile zboczenia, jako to: niedostateczne odżywianie, wzniesienie ciepłoty, bóle głowy, zaburzenia układu krążenia, powiększenie tarczycy, powiększenie gruczołów chłonnych, gruźlica płuc, nieżyt oskrzeli. Badania obejmują w sumie 1044 dziewcząt i 1223 chłopców tak samo szkół powszechnych, jak i średnich. Są to więc liczby niewielkie, szczególnie w rubrykach, uwzględniających podział według lat. Właściwą wartość przedstawiają tablice ze wskazaniem liczby i wyszczególnieniem braków. Dyskusja nad samem zagadnieniem jest dość skąpa i niewyczerpująca, tak np. w części drugiej, omawiającej chłopców, wynosi mniej, niż dwie stronicę. W części pierwszej, będącej jak gdyby wstępem do obu prac, sporo miejsca poświęcono ogólnym zagadnieniom konstytucji z uwzględnieniem istniejących teoryj.

Wnioski autorów, aczkolwiek może nie wypływające z badań ich samych, niewątpliwie godne są, jeśli nie całkowitego wprowadzenia w życie w tej postaci, w jakiej są podane, (może budzić wątpliwości zmiana kalendarza szkolnego), to przynajmniej szczegółowego rozpatrzenia.

Wnioski autorów:

Młodzież szkolna cierpi na szereg zaburzeń organicznych i czynnościowych.

Schorzenia wieku szkolnego powstają niekiedy na tle konstytucyjnym, lecz w większości przypadków zależne są od szeregu szkodliwych czynników kondycyjnych.

Troska o podniesienie stanu zdrowotnego młodzieży spada przedewszystkiem na szkołę, stanowiącą ośrodek kulturalny dla szerokich warstw ludności.

Do osiągnięcia dodatnich wyników w tej dziedzinie niezbędne jest:

1. Systematyczne i racjonalne dożywianie w szkołach ubogiej diatwy.

2. Przystosowanie lokali szkolnych do wymagań nowoczesnej higjeny.

3. Zorganizowanie dostatecznej liczby półkolonij i kolonij letnich.

4. Przystosowanie programów szkolnych do istotnych sił umysłowych i fizycznych młodzieży.

5. Przeprowadzenie zmiany kalendarza szkolnego.

6. Skoordynowanie pracy lekarzy szkolnych i instytucyj lekarsko-społecznych oraz wytworzenie ścisłej współpracy lekarzy szkolnych z nauczycielstwem.

Obie książeczki wydane są starannie i należy pragnąć, by osiągnęły cel autorów, „zwrócenia uwagi ogółu lekarzy i pedagogów na fakt istnienia wśród młodzieży szkolnej całego szeregu drobnych na pozór zaburzeń organicznych i czynnościowych, które nie mogą być nazwane chorobą (w zwykłym rozumieniu) i dlatego często uchodzą uwagi lekarza-praktyka”.

M. K a c p r z a k.

∞ Prof. Dr. W. KRUSE. *Die Deutschen und ihre Nachbarvölker.* (Nakład G. Thieme, Lipsk. 1929).

Znany zaszczytnie higienista i bakterjolog uniwersytetu lipskiego daje w dziele pod wymienionym tytułem obfity materiał, dotyczący antropologii fizycznej narodów Europy Środkowej, a na tej podstawie w szerokich zarysach kreśli współczesną naukę o rasach europejskich, o konstytucji fizycznej i duchowej oraz rozwodzi się nad zadaniami higieny „rasy” niemieckiej. Poczynając od najelementarniejszych cech fizycznych (barwa oczu, włosów, skóry), poświęca autor dużo miejsca pomiarom antropologicznym, budowie ciała, składowi krwi, ażeby na tej podstawie wysnuć całokształt antropologii historycznej. Naród niemiecki stanowi główną ośnowę rozważań, lecz wszystkie cechy, zarówno ściśle antropometryczne, jak i psychiczne, kulturalne, nawet uczuciowe zestawiane tu są obok odnośnych cech, sąsiadujących z Niemcami narodów anglosaskich, skandynawskich, romańskich i słowiańskich. Bardzo skrupulatnie rozwodzi się Kruse nad związkami poszczególnych cech, nad ich zależnościami od wpływów zewnętrznych, nad zmiennością w rozciągłości historycznej. Sprawy, dotyczące konstytucji osobniczej i rasowej, prowadzą do rozważań nad antropologią duchową w najobszerniejszym znaczeniu tego określenia, i tu właśnie spotykamy się z pytaniami, niezmiennie interesującymi, sięgającymi w głąb stanowiska politycznego, cywilizacyjnego i kulturalnego narodów omawianych. Ta część książki może najbardziej zaciekać czytelnika, lecz zarazem wywołać może zapatrywania odmienne od tych, których broni autor. Im bowiem bardziej oddalamy się od ścisłych danych antropometrycznych, tem rozleglejsze otwiera się pole do zapatrywań indywidualnych i sądów, mocno subiektywnie zabarwionych. Jeżeli zaś dodamy, że w wykładzie swym Kruse nie pomija żadnego niemal zdarzenia do ostatnich prawie chwil życia współczesnego, że omawia momenty wybitne wojny wszechświatowej, że ocenia ze stanowiska wielce patryjotycznego, nawet mocno nacjonalistycznie zabarwionego, wyniki wojny i orzeczenia traktatu wersalskiego, że wypowiada sądy o granicach państw obecnej Europy, o niesprawiedliwościach zwycięzców, o rządach dyktatorskich w Hiszpanji, o bolszewizmie rosyjskim, faszyzmie włoskim i t. d., że — zdaniem naszym — mylnie ocenia walory kulturalne w historii przedrozbiorowej Polski — zrozumiemy, jak w tej części swego niezmiennie cennego dzieła autor traci grunt naukowy pod nogami i wchodzi na tereny publicystycznego polemizowania z poglądami odmiennymi, zresztą zupełnie nie cytowanymi.

Mimo to obfity materiał, zebrany przez Krusego da każdemu czytelnikowi dużo sposobności do rozmyślań na poruszone tu tematy, a ścisłość opracowania tych rozdziałów, które dojrzały już do krytyki naukowej, doskonale podnosi wartość jego pracy. Autor cytuje niemal wszystko, czem nauka w tak obszernym zakresie antropologicznym dzisiaj rozporządza. Nie pominął też prawie żadnego z dość licznych uczonych polskich, którzy swe prace drukowali w którymkolwiek języku zachodnioeuropejskim. Więc prócz nestora antropologów polskich, Majera, znajdujemy też nazwiska Czekanowskiego, Lothera, Mydlarskiego, Olechnowicza. Bardzo mocno podkreślane jest też doniosłe znaczenie prac Hirszfelda nad grupami krwi.

W ostatnim rozdziale stara się Kruse odpowiedzieć na pytanie: czy Niemcy współcześni znajdują się na drodze do zwyrodnienia fizycznego i moralnego i dochodzi do odpowiedzi

przeczącej, poczem wskazuje środki, zmierzające do poprawy rasy we wszelkich kierunkach.

Dzieło, o którym mowa, jest jednym z tych, które wskazują ścisłą łączność pomiędzy nauką a najżywotniejszymi sprawami życia. Liczne luki pomiędzy nauką a życiem występują tu tak wyraźnie, że dojrzały czytelnik może stąd wysnuć mnóstwo wniosków pierwszorzędного znaczenia. I w tem samym choćby można się dopatrzeć dużego znaczenia pedagogicznego pracy Krusego. Strona zewnętrzna książki jest nad wszelki wyraz godna pochwały.

M. F.

W. W. SCOTT i in. *O działaniu odkażającym jodyny i merkurochromu na skórę.* (J. Am. Med. Ass. tom 92, Nr. 2, r. 1929).

Autorzy studjowali zagadnienie odkażania skóry, rozróżniając działanie bakterjobójcze oraz hamujące wzrost drobnoustrojów.

Wykazano specjalnie warunki doświadczalne, w których ani roztwór 7% jodyny, ani alkoholowo-acetonowy roztwór merkurochromu nie posiadają pewnej siły bakterjobójczej.

Autorzy cofają swe poprzednie oświadczenie co do nieskuteczności 2% roztworu merkurochromu, jako środka odkażającego skórę, zastrzegając się atoli co do ewentualnych porównań ze środkami rozpuszczającymi tłuszcze.

Stwierdzono, że 7% jodyna i 2% roztwór merkurochromu posiadają prawie jednakowe działanie odkażające na skórę nieoczyszczoną.

B. G.

Farmakologia kliniczna i doświadczalna.

W. A. BLOEDORN i P. F. DICKENS. *O niebezpieczeństwie podawania efedryny w niedomogach serca.* (Arch. of Int. Med. Tom 42, Nr. 3. 1928).

Po zastosowaniu efedryny w przypadku, rozpoznanym jako „dychawica”, autorzy stwierdzili objawy poważnej niedomogi sercowej jak *pulsus alternans*, przyspieszenie akcji serca i objawy dekompensacji.

Autorzy ostrzegają przed używaniem efendryny w przypadkach uszkodzeń serca, szczególnie w t. zw. dychawicach oskrzelowych, które maskują schorzenia serca. Efedryna może bowiem w tych przypadkach doprowadzić do wyżej wymienionych objawów chorobowych.

Pulsus alternans u osobników z tętnem przyspieszonym nie ma tego poważnego znaczenia, co u chorych o normalnej szybkości tętna.

Autorzy ostrzegają przed bezkrytycznym stosowaniem efedryny oraz przed sprzedawaniem jej laikom bez polecenia lekarza odpowiedzialnego.

B. G.

W. N. HIGGINS. *Przewlekłe zatrucie efedryną.* (J. Am. Med. Ass. Nr. 4. Tom 92. 1929.).

Autor cytuje przypadek, w którym wystąpiły objawy hipertyreoidyzmu podczas leczenia dychawicy przetworami efedryny. Metabolizm pozostał normalny.

Rozpoznano przewlekłe zatrucie efedryną — po odstawieniu jej objawy natychmiast złągodniały. Bezsenność, brak apetytu oraz pobudliwość nerwowa znikły dopiero po 4 tygodniach.

B. G.

KREITMAIR. i LEFFKOWITZ. *Efedralina, połączenie adrenaliny i efetoniny.* (D. m. W. Nr. 12. 1929).

Wskutek szczęśliwego połączenia adrenaliny i efetoniny uzyskano doświadczalnie, przy zachowaniu terminu występowania

nia działania i jego natężenia, znaczne przedłużenie wpływu na ciśnienie krwi. W zastosowaniu klinicznym to szybkie działanie adrenaliny w połączeniu z przedłużającym działaniem efetoniny zapobiegało konieczności częstego stosowania adrenaliny w napadach dychawicy oskrzelowej. B. dobre wyniki obserwowano w przypadkach przewlekłego zapalenia oskrzeli i rozedmie płuc, gdzie stosowanie efedraliny dodatnio wpływało na złagodzenie i usunięcie duszności.

Wpływ na ciśnienie krwi przejawiał się dwufazowo, początkowo podniesieniem ciśnienia z następczym spadkiem. Obserwowano też początkowy spadek ciśnienia. Przed stosowaniu tego połączenia podaje się 0,0003 adrenaliny, a więc dawkę trzy razy mniejszą od normalnie stosowanej, i 0,03 efetoniny.

St. Luxenburg.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

W. L. MATTICK i K. BUCHWALD. **Badania nad zawartością cholesterolu w krwi chorych na raka.** (J. Am. Med. Ass. Tom. 91, Nr. 15, r. 1928).

Autorzy zestawiają dane, zebrane na materiale, obejmującym 20 osobników zdrowych, 101 chorych rakowatych oraz 75 chorych na inne choroby.

Około 86% chorych rakowatych wykazało zwiększoną ilość cholesterolu w całkowitej krwi. Zaburzenie to jest, prawdopodobnie, w przypadkach raka zjawiskiem stałym.

Większość osobników zdrowych natomiast wykazała ilości cholesterolu zmniejszone.

W przypadkach chorych nierakowatych około 67% wykazało dane takie, jak w normie, reszta ok. 33% — dane podobne do rakowatych.

Wyniki tych badań nasuwają pewne wątpliwości co do teorii wadliwego rozszczepiania tłuszczów jako podstawy do rozwoju raka.

B. G.

L. CIRIO. **O wpływie przekarmiania cholesterolu na zwierzęta mięsożerne.** (Virch. Arch. T. 269, z. 3, str. 793, 1928).

Autor karmił koty pożywieniem, obfitującym w cholesterol: 3 koty otrzymywały prawie wyłącznie ciała tłuszczowate, 2 — głównie ciała tłuszczowate. Karmienie takie odbywało się w ciągu 180 — 394 dni, poczem zwierzęta zabijano, wykonywano sekcję i narządy badano mikroskopowo (tylko jeden kot padł na skutek zapalenia płuc — po 273 dniach karmienia). Oprócz tego autor przeprowadził również badania porównawcze na kotach różnego wieku, żywionych w rozmaity sposób, oraz na królikach. Za pokarm, bogaty w ciała tłuszczowate, służyły żółtka jaj kurzych i mózg młodych owiec i kóz, — oraz czysta cholesterolina, rozpuszczona w oliwie.

Waga ciała kotów, karmionych ciałami tłuszczowatymi, podnosiła się. Mikroskopowo stwierdzono w tkankach (przede wszystkim w wątrobie i w istocie korowej nadnerczy, także w śledzionie) gromadzenie się znacznej ilości ciał tłuszczowatych, głównie dwułomnych. Ani razu nie znaleziono zmian naczyniowych, objawów zwyrodnienia i rozrostu tkanek, jak to ma miejsce u królików. Wyniki autora są zgodne z otrzymaniami przez Wackera i Huecka na psach i kotach; krwi na ilość cholesterolu nie badano.

J. Stein.

A. H. ROWE. **Allergja pokarmowa.** (J. A. M. A. Tom 91, Nr. 21, rok 1928).

Autor stwierdza, że uczulenie pokarmowe jest bardzo rozpowszechnione nawet w postaci rodzinnej. Pacjent rzadko jest w stanie określić rodzaj pokarmu, który uczulenie to wywołuje, tembardziej, że są to pokarmy bardzo pospolite. Odczyn skórny w dużej części przypadków ujemny, to też określenie

wrażliwości wiąże się z koniecznością z wyprobowaniem rozmaitych pokarmów.

Z pośród postaci klinicznych chorób alergicznych autor wymienia: zespół żołądkowo-jelitowy z bólami brzucha, pokrzywkę, obrzęki naczyń-ruchowe, wypryski, migreny, dychawicę oskrzelową zarówno u dorosłych, jak u dzieci.

Także padaczka, gorączka sienna i obrzęk śluzówki nosa, bóle pęcherza, niskie ciśnienie krwi mogą zależeć od wrażliwości pokarmowej.

Wreszcie podaje autor tabliczkę, która obejmuje rozmaite próby jedzenia dla celów rozpoznawczych.

Djety te tak są ułożone, że wyłączają ten czy inny rodzaj pokarmu na jakiś czas — przyczem obserwuje się zachowanie się pacjenta.

Leczenie opiera się w zasadzie na metodach odczulania. Stosuje się odczulanie swoiste przez przyzwyczajanie do wrażliwej substancji lub też nieswoiste przez podawanie takich substancji, jak pepton, preparaty wąpniowe, naświetlania lampą kwarcową.

B. Goldstein.

R. M. BALYEAT. **Czynnik dziedziczny w schorzeniach alergicznych.** (Am. J. Med. Sciences Tom 176, Nr. 3, r. 1928).

Według autora czynnik dziedziczny jest decydujący w sprawie powstawania gorączki czy dychawicy siennej, względnie nawet wieku, w którym zaburzenia te występują.

Dziecko może się urodzić ze specjalną wrażliwością do poszczególnych rodzajów białka lub substancji pokrewnej.

Dziedziczny się nie samą wrażliwość, lecz raczej usposobienie do niej.

B. G.

Choroby zakaźne.

NIPPERDEY WOLFGANG. **Morfologiczny obraz krwi podczas epidemii grypy.** (D. m. W. N. 12. 1929).

Szereg spostrzeżeń klinicznych w przebiegu grypy udowodnił, iż leukopenia z brakiem lub zmniejszeniem eozynofili, z przesunięciem na lewo, które w ostatniej epidemii specjalnie silnie było wyrażone, i względną limfocytozę, jest wysoce charakterystyczna dla obrazu chorobowego, wywołanego przez nieznaną zarazek grypy. Wszelkie przypadki o niejasnej przyczynie mogły być dość ściśle rozpoznane przy uwzględnieniu badania krwi, gdzie jakiekolwiek zmiany i przesunięcia w obrazie krwi i, leukocytoza neutrofilowa wskazywały na dołączenie się wtórnej infekcji — (*angina purulenta, stomatitis, bronchopneumonia* i t. p.).

Również ukryty przebieg grypy, przeciągający się stan zdrowienia mogły być rozpoznane na podstawie charakterystycznych wyników badania.

Czy hamujący wpływ zarazków grypy na czynność szpiku kostnego ułatwia powstanie infekcji wtórnych, w tym kierunku kategorycznie wypowiedzieć się nie można.

St. Luxenburg.

E. P. Mc. DONALD i K. C. WADDEL. **O nagminnym występowaniu włośnicy.** (J. Am. Med. Ass. tom 92, Nr. 6, r. 1929.).

Z cech charakterystycznych włośnicy, zaobserwowanych podczas epidemii, au orzy wymieniają następujące, jako najważniejsze:

W większości przypadków występowała dość duża eozynofilia, przy jednoczesnym względnym zwiększeniu się liczby limfocytów, a zmniejszeniu się liczby neutrofilów. Liczba ogólna leukocytów była zwiększona. Natomiast w powikłaniach, jak np. w pneumonii, obraz się zmienia, i eozynofilia może się zmniejszyć, a nawet zniknąć.

Objawy kliniczne niekoniecznie występują u wszystkich osób, które spożyły zakażone mięso.

U osób z objawami mózgowymi, można znaleźć pasorzyty w płynie mózgowordzeniowym, nie jest to jednak konieczne.

Co do leczenia, to dotychczas nie posiadamy żadnych pewnych środków. Najlepiej jeszcze działają silne środki czyszczące, szczególnie we wczesnych okresach choroby, przez usunięcie pasorzytów.

Ciekawy jest szczegół, że u wszystkich chorych stwierdzono niski poziom cukru we krwi. Przyczyny tego zjawiska można się doszukiwać w zaburzeniu odkładania glikogenu w schorzałych mięśniach lub też w zwiększonym zużyciu cukru przez te mięśnie.

B. G.

E. GEMPNER i G. B. GRUBER. O zmianach w mózgu ludzkim w przypadkach włośnicy. (Virch. Arch. f. path. Anat. u. Physiol. B. 266. Nr. 3).

W przebiegu ciężkiej włośnicy niejednokrotnie zjawiają się objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego (drgawki, bredzenie, śpiączka, brak niektórych odruchów ścięgowych, dodatni objaw Kerniga i t. p.). W przypadkach tych znajdowano młode trychiny w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz stwierdzano zmiany anatomiczne w mózgu, rdzeniu i ich oponach.

Przypadek autorów dotyczy 38-letniej kobiety, zmarłej w 5-tym tygodniu włośnicy. Przebieg choroby był bardzo ciężki; wybitnie zaznaczały się objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego. Na sekcji znaleziono starą wadę zastawki dwudzielnej i skrzeplinę przyścienną w lewej komorze Opony miękkie, głównie w płatach czołowych, były znacznie obrzękłe, a naczynia ich obficie wypełnione krwią, mikroskopowo—obrazy nieswoistego zapalenia. W mózgu i rdzeniu stwierdzono mikroskopowo następujące zmiany: 1) guzki, składające się z elementów glejowych; w środku guzków można było dostrzec młode trychiny. Te zmiany autorzy tłumaczą odczynem ze strony tkanki glejowej, wywołanym zagnieżdżeniem się pasorzytów; 2) nieliczne drobne ogniska martwicy, wśród których były widoczne zacopowane drobne naczynia — chodzi tu o zatory w drobnych tętniczkach w związku ze skrzepliną w sercu; 3) zmiany tłuszczowe w komórkach nerwowych. Zmiany te, być może, są wywołane ogólną toksemją trychinową, lub miejscowym działaniem toksycznym znajdujących się w mózgu trychin. Ostateczną odpowiedź na te pytania mogłyby dać doświadczenia na zwierzętach; niestety, jednak podjęte przez autorów badania w tym kierunku nie dały żadnych wyników, gdyż w mózgu morskich świnek, zakażonych włośnicą, zmian prócz obrzęku opon miękkich, nie znaleziono

W. Odrzywolski.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

J. G. DRUSS. O histologii i patologii połączeń kosteczek słuchowych. (Mon. f. Ohr. u. Lar. — Rhin. z. 3, 1928 r.).

Zarówno młoteczek z kowadełkiem, jak i kowadełko ze strzemiączkiem połączone są ze sobą nie za pośrednictwem stawu, lecz spojenia. Stykające się końce kosteczek słuchowych wykazują 4 warstwy tkankowe: kość, chrząstkę zwapniałą i szklistą oraz warstwą pośrednią.

Budowa warstwy pośredniej jest rozmaita w różnych przypadkach oraz w jednym i tem samym połączeniu. Spojenia kosteczek są bardzo odporne na procesy chorobowe. Zśród 37 badanych kości słuchowych autor znalazł zmiany chorobowe w spojeniu kosteczek zaledwie w 2 przypadkach. Połączenia kosteczek wykazują często odstępstwa od prawidłowej budowy. Zeszytywnienie spojenia tłumaczyć należy jako atawizm. W przypadkach głuchoty wrodzonej i nabytej spojenia kosteczek mogą nie wykazywać żadnych zmian. Stąd wniosek, że spojenia te biorą udział nie tylko w czynności słuchowej.

J. Tencer.

BIRKHOLC. Zapobieganie tworzeniu się w zatoce esowato-przecznej zakrzepów wstecznych pochodzenia usznego. (Z. f. Hals., Nas., u. Ohr. t. 19, z. 5).

W razie powstawania zakrzepu w zatoce bocznej możemy przez podwiązanie żyły jarzmowej oddzielić od naczyń krwionośnych schorzały odcinek zatoki.

Brak dotychczas postępowania, któreby zabezpieczyło chorego przed wytwarzaniem się w zatoce poprzecznej zakrzepów wstecznych, przekraczających niekiedy spływ zatok.

Pragnąc wypełnić lukę tę w lecnicztwie, autor opracował metodę zamknięcia zatoki poprzecznej w odległości 3 — 5 cm. od guzowatości potylicznej zewnętrznej. W miejscu tem po uprzednim wytworzeniu płata skórno-okostnowego należy usunąć na niewielkiej przestrzeni kość, obnażając zatokę poprzeczną. Następnie, celem przerwania drożności zatoki, najlepiej jest, ucisknąwszy obwodowy koniec zatoki, wstrzyknąć do jej światła 1 cm.³ 10% roztworu sublimatu. Po dokonaniu zabiegu ranę można w sposób osteoplastyczny zamknąć.

Autor nie wykonywał dotychczas operacji tej na chorych, radzi jednakże metodę tę zastosować w ciężkich przypadkach zakrzepu zatoki poprzecznej.

J. Tencer.

GUTTICH. Uwagi o próbie omijania. (Z. f. Hals. Nas. u. Ohr. t. 21, 1928).

Opisane są liczne doświadczenia, wskazujące na zależność kierunku zbaczania ręki w próbie omijania od położenia głowy osoby badanej. Autor twierdzi, że kierunek ten nie zależy od położenia głowy w przestrzeni, lecz od przesuwania się punktu ciężkości ciała

Objaw omijania stoi w związku nie tylko z odczynami błędnikowymi, lecz i szyjnymi. Magnus i de Kleyn wykazali na zwierzętach doświadczalnych, że zmiana w położeniu ciała, występująca u nich wskutek zniszczenia błędnika zależna jest od odruchów szyjnych, które zostają wywoływane przez skręcenie głowy. Odruchy te odgrywają dużą rolę w razie pobudzenia błędnika. O ile one zostają zahamowane, to skutki podrażnienia błędnika, ujawniają się w znacznie mniejszym stopniu.

Doświadczalny objaw omijania można u człowieka wybitnie osłabić albo nawet usunąć, o ile wykonamy wyprostowanie kręgosłupa w części szyjnej. Wiadomo również, że odpowiednie ustawienia głowy wzmacniają odczyn błędnikowe. Stwierdza się to w oczopląsie galwanicznym, ciepłym, a niekiedy i w samoistnym. Stąd wynika, że objaw omijania nie jest tylko odczynem błędnikowym, lecz zależy również od napięcia mięśni szyjnych, które wywierają wpływ na zmianę w położeniu głowy. Autor zauważył, że w wielu przypadkach guzów ośrodkowego układu nerwowego daje się wywnioskować z położenia ciała chorego, czy mamy do czynienia z samoistnym objawem omijania. Objaw ten można przeważnie usunąć, jeśli kręgosłup chorego zostanie odpowiednio wyprostowany.

J. Tencer.

K. ULRICH. Uszkodzenia narządu słuchu w przypadkach złamania podstawy czaszki. (Acta oto-laryng. 1926).

Autor potwierdza ustalony przez innych badaczy fakt, że ogromna większość złamań kości skroniowej przebiega ponad stropem jamy bębnekowej i wzdłuż przedniego brzegu piramidy. We wszystkich tych podłużnych złamaniach piramidy, otoczka błędnika pozostaje zawsze nieuszkodzona. Wielkość urazu nie odgrywa w tym przypadku żadnej roli. Często występujące uszkodzenie ucha środkowego wykazuje linię złamania zawsze w tym samym kierunku, kanał zaś nerwu twarzowego, jeśli jest uszkodzony, to zawsze w okolicy zwoju kolankowatego. Wielkość zniszczenia w uchu środkowym jest wprost proporcjonalna do wielkości urazu.

W omawianych złamaniach podłużnych nerwy, biegnące przez wewnętrzny przewód słuchowy, ulegają zawsze uszkodze-

niu, przeważnie wskutek wylewów krwawych. Najczęściej ulega uszkodzeniu nerw przedsionkowy, na drugim miejscu — nerw ślimakowy. O ile jednak uszkodzenia nerwu przedsionkowego dotyczą przeważnie jego pnia, a zakończenia tego nerwu są bardzo rzadko dotknięte, to odwrotnie — wewnątrz ślimaka nosi zazwyczaj dotkliwe ślady uszkodzenia, przedewszystkiem w postaci wylewów krwawych. Punktu wyjścia wylewów krwawych ślimaka należy prawie zawsze szukać w schodach bębena; jedynie w przypadkach wylewów krwawych w wodociągu ślimaka mamy do czynienia z przenikaniem krwi z przestrzeni podpajęczynowych.

Uszkodzenia ucha środkowego w przypadkach złamania podstawy czaszki są zawsze uwarunkowane wprost przez złamanie. Pęknięcia błony bębenkowej zdarzają się tylko w przypadkach złamań brzegu kostnego; działanie z oddali, któreby uszkadzało błonę bębenkową, nie zdarza się.

Uszkodzenia ucha wewnętrznego bez złamania kości skalistej są możliwe w przypadkach złamania podstawy czaszki. Im jednak dalsze jest od ucha miejsce zadziałania urazu na czaszkę, tem radsze są umiejscowienia uszkodzeń w narządzie słuchu. Uszkodzenia ucha środkowego dają się stwierdzić tylko w tych przypadkach, kiedy kość skalista jest bezpośrednio dotknięta złamaniem.

Upośledzenie słuchu w przypadkach złamań podłużnych piramidy jest zwykle nieznaczne, przyczem zawsze niemal następuje duża poprawa, wzgl. zupełne wyleczenie. Bezpośrednie uszkodzenia nerwu twarzowego są w tego rodzaju złamaniach naogół dość rzadkie, występujące zaś niedowłady są przeważnie wtórne i mają dobre rokowanie.

Następnie przechodzi autor go omówienia przypadków złamania kości skroniowej z u s z k o d z e n i e m otoczki błędnika i stwierdza, że złamanie otoczki błędnika w przypadkach złamania podstawy czaszki jest zupełnie niezależne od wielkości urazu, a jedynie od kierunku, wzgl. od jakiegoś bliżej nieznanego momentu statycznego. Złamanie błędnika jest zawsze poprzeczne w stosunku do piramidy.

Częścią bardziej upośledzoną w złamaniach błędnika jest zawsze ślimak. W przeciwieństwie do podłużnych złamań piramidy w złamaniach błędnika występuje przerwanie nerwów, przebiegających przez wewnętrzny przewód słuchowy, jak również rozerwanie błędnika błoniastego i krwawienie do przestrzeni endolimfatycznej.

Uszkodzenia ucha środkowego w przypadkach złamania błędnika ograniczają się prawie wyłącznie do jego ściany przyśrodkowej. Nieznany jest dotąd ani jeden przypadek poprzecznego złamania piramidy ze zniszczeniem błędnika, w którym stwierdzonoby rozerwanie błony bębenkowej.

Każde złamanie błędnika ulega wyleczeniu po kilku miesiącach częściowo drogą kostniny, nigdy jednak skostnienie nie jest zupełne.

W zakończeniu pracy autor stwierdza, że krwawienie z przewodu słuchowego przemawia z wielkim prawdopodobieństwem za złamaniem błędnika; następnie, że nerw twarzowy jest w tych przypadkach w przeszło 50% porażony; wreszcie, że złamanie błędnika zawsze pociąga za sobą zniszczenie czynności nn. ślimakowego i przedsionkowego. Co się zaś tyczy rokowania w stosunku do życia, to w przypadkach poprzecznego złamania kości skalistej z otwarciem przestworów ucha wewnętrznego, jest ono o wiele gorsze, niż w przypadkach złamania podłużnego z ominięciem otoczki błędnika.

Jan Srebrny.

Choroby narządów trawienia.

H. HAMPERL. Twory o charakterze nerwiaków w zbliżnowaciałym pęcherzyku żółciowym. (Virch. Arch. T. 269, z. 3, str. 791, 1928.).

62-letniemu mężczyźnie, cierpiącemu od 20 lat na powtarzające się ataki kolki żółciowej, usunięto operacyjnie pęcherzyk żółciowy. Chory po kilku dniach zmarł na zapalenie płuc. Podczas operacji przekonano się, że pęcherzyk małych rozmiarów był silnie zrośnięty z otoczeniem. Ściana pęcherzyka była gruba; w jego świetle, jak również w przewodzie wspólnym i wątrobowym — znajdowały się liczne kamienie żółciowe. Na śluzówce woreczka, lekko zaczerwienionej, widoczne były promieniste blizny; także przewód wspólny, bardzo szeroki, posiadał śluzówkę bliznowatą.

Mikroskopowo śluzówka i mięśniówka pęcherzyka były prawie całkowicie przerośnięte przez ziarninę i zbitą tkankę łączną. W błonie włóknistej ściany (*tunica fibrosa*) znajdowały się liczne i duże pnie nerwowe, miejscami tworzące duże guzy, od których odchodziły we wszystkich kierunkach włókna nerwowe. Przez środek każdego niemal skupienia pni nerwowych przebiegała tętnica. Pnie nerwowe posiadały pochewkę okołonervową, poszczególne zaś włókna nerwowe otaczała luźna, jakby obrzękła pochewka endoneuralna; przeważnie chodziło o włókna bezzdrzenne, gdzie niegdzie tylko spostrzegano również włókna rdzenne.

W przypadku tym chodziło o zbliżnowacenie pęcherzyka żółciowego na tle przewlekłej kamicy żółciowej, z bardzo znacznym zwiększeniem liczby włókien nerwowych. Podobne twory nerwowe znajdowano w zmienionym zapalnie wyrostku robaczkowym, oraz w otoczeniu wrzodu okrągłego żołądka (H. pierwszy opisał je w pęcherzyku żółciowym). Niektórzy porównują takie twory z t. zw. nerwiakiem poamputacyjnym, uważając, że przewlekła, zwłaszcza wrzodziejąca sprawa zapalna wywołuje przerwanie nerwu; autor sądzi jednak, że te dwie sprawy nie mają ze sobą nic wspólnego.

J. Stein.

J. F. WEIR. Połączenie żółtaczki z wysiękiem otrzewny w cierpieniach wątroby. (J. A. M. A. Tom 91, Nr 24, 1928 r.).

Z pośród żółtaczek autor wyłącza od razu hemolityczne, jako nie mające nic wspólnego z wysiękami brzuszными.

W żółtaczkach zatorowych wysięki są rzadkie. Następuje bujanie dookoła przewodów żółciowych z zastoiną żółci, ostateczny zaś obraz właściwie nie różni się wcale od marskości przerostowej typu Hanota.

Kamica u osobników z marskością jest wprawdzie nieco częstsza, niż u osobników bez marskości, trudno jednak rozstrzygnąć niekiedy, czy rzeczywiście marskość poprzedzała powstanie kamicy.

Żółtaczki śródmiąższowe, do których autor zalicza wszelkie żółtaczki zakaźne, kataralne, toksyczne i zwyradniające, powstają najprawdopodobniej wskutek zaburzeń w samej komórce wątrobowej. Stany te mogą po krótszym lub dłuższym czasie doprowadzić do marskości. Marskość zaś, jak wiadomo, często przebiega z wysiękiem.

B. Goldstein.

F. DELHOUGNE. O rozdziale kwasu solnego i fermentów w treści żołądkowej. (D. Arch. f. Klin. Med. Tom 160, Zesz. 5/6).

Autor chce określić kwasowość nie w przesączu treści żołądkowej, lecz także w częściach stałych, wychodząc z założenia, że części te absorbują pewną ilość kwasów.

W tym celu przemycza pozostałość na szaczkę wodą destylowaną tak długo, dopóki odczyn tej wody nie stanie się obojętny. Wówczas gęsta pozostałość zostaje zebrana z szaczką, wysuszona i wyciśnięta pod dużym ciśnieniem (200—300 atmosfer). Ten wyciśnięty sok bada się na kwas i fermenty.

Jak było do przewidzenia, sok wyciśnięty zawierał kwas oraz fermenty w ilości odpowiednio proporcjonalnej do ich zawartości w przesączu treści żołądkowej.

U osobników z kwasowością normalną stosunek ten jest mniej więcej stały i wynosi 1:10 do 1:15.

U chorych z nadkwaśnością stosunek pozostaje ten sam 1:10 — 1:15 przy odpowiednim powiększeniu się liczb absolutnych.

W przypadkach podkwaśności stosunek jest inny, mianowicie, wynosi on 1:4 do 1:1, to jest ilość kwasu wyciśniętego soku jest stosunkowo większa w porównaniu z przesączem, aniżeli w przypadkach z kwasowością normalną.

Różne pokarmy absorbują rozmaite ilości kwasu. Absolutna ilość absorbowanego kwasu daje się łatwo obliczyć.

Autor wyciąga wniosek, że należy zwracać więcej uwagi na część stałą treści żołądkowej, aniżeli to robiono dotychczas.

B. Goldstein.

RICEU, SEARS i DOWNING. Flora dwunastnicy w niedokwaśności żołądkowej. (Am. Journ. of. Med. Sciences. 1928 Nr 3).

Autorzy przeprowadzili badania nad 45 osobnikami, z których 15-u miało normalną lub wysoką kwasotę, zaś 30 podkwaśność.

Podczas gdy u osobników z normalną lub wzmoczoną kwasotą treść dwunastnicza była mniej więcej jałowa, u osobników z niedokwaśnością znaleziono mnóstwo drobnoustrojów, z których część posiadała wyraźne cechy hemolityczne.

B. Goldstein.

Z. E. HINES. O cholecystografii w przypadkach niedokwaśności żołądka. (Journ. Am. Med. Ass. Tom 90, Nr 26 1928 r.).

Autora uderzyło, że bardzo często cholecystografia wypadła wbrew przypuszczeniom klinicznym.

U 90 pacjentów, u których badano treść żołądkową, znaleziono w 8 przypadkach brak kwasu solnego, i u tych wszystkich właśnie odpowiedź cholecystograficzna była nieprawidłowa.

Wprowadzie danych operacyjnych co do tych chorych w kierunku braku zmian w drogach żółciowych nie otrzymano, z tej prostej przyczyny, że nie było najmniejszego wskazania do zabiegu operacyjnego.

Przyczyna tego zjawiska, które zostało skądinąd potwierdzone także przez innych autorów, leżeć ma według A. C. Ivy w tem, że brak kwasu jest zazwyczaj połączony z atonią żołądka i dwunastnicy, a co za tem idzie z obniżeniem ciśnienia w brodawce Vatera. Na tem tle powstaje zjawisko ciągłego odpływu żółci przez przewód żółciowy wspólny zamiast nagromadzenia się jej w pęcherzyku. Jest to poniekąd podobieństwo do szybkiego opróżniania się żołądka w przypadkach braku kwasu solnego.

B. Goldstein.

M. EINHORN. O bliznowatym zwężeniu odźwiernika. (Arch. f. Verdauungs kr. Tom 42. zes. 45 — 1928).

Autor przytacza przypadek kazuistyczny celem wykazania znaczenia połączonego leczenia chirurgicznego oraz wewnętrznego.

Po dawniej przed 11 laty przebytych operacjach usunięcie wyrostka i torbieli jajnikowej pacjentki poddała się operacji usunięcia woreczka żółciowego, potem zespolenia żołądkowo-jelitowego, wreszcie ostatecznie laparatomji celem usunięcia zrostów.

Żadnej poprawy nie udało się stwierdzić.

Wskutek silnego wyniszczenia zaniechano na razie dalszych operacji i leczono pacjentkę rozszerzaniem odźwiernika oraz odżywiano przez zgłębnik dwunastniczy. Dopiero po znacznej poprawie, osiągniętej tą drogą, wykonano nową operację, przyczem znaleziono zrosty, zaciskające odźwiernik. Po uwolnieniu zrostów chora wyzdrowiała zupełnie.

B. Goldstein.

P. MASSON i J. F. MARTIN. O obecności komórek Kulczyckiego w raku walcowatokomórkowym żołądka i jego przerzutach. (Bull. du cancer T. XVII N. 3 r. 1928).

Sprawa pochodzenia i mianownictwa komórek Kulczyckiego o pozostaje dotychczas nierozstrzygnięta pomimo licznych badań w tym kierunku.

Zasadniczą cechą omawianych komórek (nazwa od autora który je opisał w 1897 r.) jest zdolność wchłaniania roztworów srebra. U człowieka spotyka się je wzdłuż całego przewodu jelitowego, począwszy od dwunastnicy aż do odbytnicy, przyczem, wg. Hamperla, liczba ich zmniejsza się stopniowo w miarę posuwania się ku dołowi. Kull wykrył je w przewodzie trzustkowym świnki morskiej, Peyron w kanalikach żółciowych zarodka, Hamperl i Masson w gruczołach odźwiernikowych, a P. Masson, Chuma i Hamperl w wysepkach nabłonka jelitowego w nieżytych śluzowych żołądka.

Poglądy w sprawie pochodzenia komórek srebrochłonnych są rozmaite.

1. Kulczycki sam uważał je za leukocyty eozynoficzne, wypełnione substancjami odżywczymi.

2. Kull i Dias Amado przypisują im pochodzenie mezenchymalne-łącznotkankowe

3. Inni autorzy (Danisch) sądzą, że powstają one z zawiązków układu współczulnego (pochodzenie ektodermalne) i wtórnie emigrują do śluzówki jelit.

4. Duża grupa badaczy, jak Masson, de Parat i Cordie, twierdzą, iż komórki srebrochłonne są różniczkowanymi w pewnym kierunku komórkami walcowatymi nabłonka jelit (pochodzenie entodermalne).

Autorzy opisują przypadek raka części odźwiernikowej żołądka z przerzutami do obu jajników u kobiety 41 l.

Badanie mikroskopowe wykazało w błonie śluzowej w sąsiedztwie nowotworu obecność wysepek nabłonka gruczołowego typu jelitowego, powstałych, zdaniem autorów, drogą metaplastji. Przeciw heterotopji gruczołów przemawiają obrazy stopniowego przekształcenia się nabłonka. Zmiany te wyjątkowo tylko dosięgają dna żołądka. Nowotwór żołądka oraz jego przerzuty w jajnikach mają charakter raka gruczolakowatego typu jelitowego. Osobliwością, omawianego przypadku, banalnego pod względem klinicznym jest obecność mniej lub więcej licznych komórek srebrochłonnych w otoczeniu guza żołądka, a zwłaszcza w ścianie cewkowatych tworów utkania nowotworowego zarówno w żołądku jak i w przerzutach. Komórki te mają przeważnie kształt butelki, podstawą zwróconej ku tkance łącznej. Szczegółowa analiza mikroskopowa guza, który jest zbliżony do przypadków Cordiera i Hamperla nowotworów przewodu pokarmowego (4), doprowadza autorów do wniosku, że komórki Kulczyckiego powstają z nabłonka typu jelitowego, a więc są pochodzenia entodermalnego. Obecność licznych komórek o 2 jądrach przemawia za możliwością powstawania ich drogą podziału macierzystej komórki walcowatej przyczem z części podstawnej wytwarza się komórka srebrochłonna, zaś z części górnej zwykła komórka gruczołowa. Zarówno w nowotworze, jak i w przerzutach nie spotyka się komórek jednocześnie srebrochłonnych i śluzowych. Zjawianie się ziarenek srebrochłonnych jest okresem końcowym różnicowania się cytoplazmy komórek, poprzedza go okres początkowy, w którym ziarnistości te są wyraźnie fuksynochłonne. Nigdy ziarenka srebrochłonne nie zbliżają się nawet do światła cewek, powstając zawsze w części podstawnej komórki pod lub dookoła jądra.

S. Półtorzycka.

Choroby płuc.

H. DARRÉ i G. ALBOT. Kiła płuc w postaci guzkowatego zwłóknienia kiłowego z zapaleniem ścian naczyń.

(Annal. d'anat. path. et d'anat. norm. méd.-chir. T. V. Nr. 8, 1928).

U chorego, lat 56, skarżącego się na duszność, sinicę i obrzęk kończyn dolnych stwierdzono zaostrenie oddechu w obu szczytach płucnych, powiększenie serca i rytm cwałowy oraz objawy ze strony nerek (skąpe moczenie, białkomocz, nieco wałeczków ziarnistych). W obrazie rentgenologicznym płuc zwracał uwagę cały szereg rozsianych ognisk zagęszczenia tkanki płucnej. Chory zmarł.

Na sekcji jako przyczynę śmierci znaleziono marskość nerek i rozszerzenia serca. W płucach stwierdzono dwa duże i bardzo liczne drobniutkie ogniska twarde, niepowietrzne, czarno zabarwione; w szczycie lewym znajdowała się duża jama, wypełniona czarną, gęstą treścią; rozgałęzienia tętnicy płucnej były w wielu miejscach wypełnione skrzeplinami. W błonie wewnętrznej tętnicy głównej są rozsiane duże i liczne wysepki stłuszczenia, nigdzie niezwapniałe.

Mikroskopowo na plan pierwszy wysuwają się zmiany w dużych i średnich naczyniach, głównie w płucach, o typie *panarteriitis*, z naciekami z limfocytów i komórek plazmatycznych w błonie zewnętrznej; miejscami spotyka się tętnice, dotknięte zapaleniem zarostowem. Guzki w miąższu płucnym składają się z włóknistej, układającej się pierścieniowato tkanki łącznej, pomiędzy bełeczkami której leżą oblite złogi węgla. Jama w szczycie lewym robi wrażenie powstałej z zawału. W oskrzelach i oskrzelikach zmiany są bardzo nieznaczne.

Chodzi w danym przypadku o rozsiane zwłóknienie płuc o charakterze kiłowym ze znacznymi zmianami w naczyniach. Wbrew pracom innych autorów — stosunkowo małe zmiany dotyczą oskrzeli, natomiast przede wszystkim sprawa polega na zwłóknieniu okołonaczyniowym, okołozrazikowym, około- i wewnątrzpręcherykowym. Ostatnio autorzy francuscy podkreślają, że kiła płuc jest sprawą dosyć częstą.

J. Stein.

Y. HENDERSON i H. W. HAGGARD. Hiperwentylacja płuc jako środek zapobiegawczy przeciw zapaleniu płuc pooperacyjnemu. (J. A. M. A. t. 92, Nr. 6, 1929).

Hiperwentylacja płucna, wywołana wzięwaniem dwutlenku węgla, posiada wybitne znaczenie jako środek zapobiegawczy przeciwko pneumonii pooperacyjnej lub intoksykacyjnej (uduszenie).

Wzięwania 5-io procentowej mieszaniny dwutlenku węgla w tlenie czystym jest środkiem profilaktycznym przeciwko wszelkim stanom atelektatycznym płuc.

B. G.

Choroby serca i naczyń.

© James MACKENZIE i James ORR. Choroby serca. Zasady rozpoznawania i leczenia. Z trzeciego wydania angielskiego przetłumaczył Józef Wacław Grott (Trzaska, Evert i Michalski, Warszawa 1929 r.).

Książka Mackenziego jest dla czytelnika polskiego zjawiskiem zupełnie niezwykłym. Układ książki i podział podręcznika na trzy rozdziały, a mianowicie: choroby, związane z niedomogą serca, schorzenia mechanizmu, regulującego serce oraz inne choroby serca z wyjątkiem zaburzeń w mechanizmie regulującym; następnie charakter wykładu — prosty, dostępny i utrzymany w stylu lekkiej pogawędki — nadają książce tej zupełnie odrębny charakter. Dla lekarza polskiego, posilającego się podręcznikami francuskimi i niemieckimi i tak mało zaznajomionego z medycyną angielską, jest książka Mackenziego jedyną w swoim rodzaju. Książka, tak ujęta, nie daje elementarnych podstaw, niezbędnych dla młodego pokolenia lekarzy, a cenne myśli w potocznym opowiadaniu autora zatracają się łatwo dla mniej doświadczonego czytelnika.

Pozwolę sobie streścić niektóre poglądy autora, które zainteresować mogą szerszy ogół lekarzy.

Zasadniczą myślą autora, która się w wielu miejscach powtarza, jest, że obecność t. zw. nienormalnych objawów w sercu niekoniecznie musi być objawem uszkodzenia serca; niemiarowość, szmery, powiększenie wymiarów serca — tylko wtedy mają znaczenie, gdy stanowią przeszkodę w pracy mięśnia sercowego. Słowem, często zbyt wiele znaczenia przypisuje się występowaniu lub brakowi przedmiotowych objawów niedomogi, aczkolwiek objawy te mogą czasami wcale nie wystąpić nawet u ludzi, którzy umierają wskutek stopniowo wzmagającej się niewydolności mięśnia sercowego. Natomiast autor przypisuje większą wagę istnieniu podmiotowych objawów niedomogi, których nie brak nigdy, o ile wydolność serca została w jakikolwiek sposób upośledzona. Doniosłe znaczenie starannego i systematycznego badania sensacyj chorego nie może być nigdy przecenione.

Niedomoga mięśnia sercowego przejawiać się może, według M., również bólem serca, który, zresztą, powstawać może wskutek przemęczenia także w zdrowym sercu. Zmianom w tętnicy głównej i tętnicy wieńcowej przypisuje autor w przebiegu dusznicy bolesnej rolę drugorzędą.

Na specjalną uwagę zasługuje rozdział o uczuciu zmęczenia. Ponieważ wrażeniu temu często towarzyszą pewne zjawiska ze strony serca, przeto pacjenci i lekarze uzależniają je często od niedomogi serca, natomiast autor tłumaczy je przemęceniem wyższych ośrodków sercowych. Wiele cennych myśli zawiera rozdział o stanach zatrucia, np. w przebiegu infekcyj, które symulować mogą chorobę serca.

Nie wszystkie jednak poglądy autora trafiają nam do przekonania. Np. na str. 145 autor mówi: przypuszczenie, że u chorego człowieka tony muszą być dzwigrzeczne i wolne od szmerów, nie jest oparte na dokładnym spostrzeganiu. W innym znów miejscu autor powiada, że niedomykalność zastawki dwudzielnej sama przez się rzadko kiedy ma znaczenie poważniejsze (!). Następnie, omawiając szmery skurczowe w aorcie, autor, twierdzi, że, o ile niema objawów, wskazujących wyraźnie na zwężenie ujścia tętnicy głównej, to nie należy zwracać uwagi na tego rodzaju szmer skurczowy (!). Tu autor raz jeszcze podkreśla, że o prawdziwej wydolności serca stanowi przede wszystkim reakcja jego na wysiłek.

Co się tyczy leczenia, to naparstnicę stosuje autor najczęściej w postaci nalewki w ilości 3,6 cm.³ na dobę, t. j. trzy razy dziennie po 1,2 cm.³, lub digitalinę *Nativelle* 4 granulki po 0,25 milligram, każda. W bardzo ciężkich przypadkach dusznicy bolesnej daje autor morfinę po 0,03 gram, w dawce początkowej, powtarzając następnie dawkę po 0,015 gram, co 15 minut aż do chwili otrzymania poprawy.

Tych kilka przykładów dostatecznie charakteryzuje oryginalność poglądów autora. Nie wolno nam przytem zapominać, że autorem tym jest Mackenzie.

Tłumaczenie książki, poza niektórymi zwrotami, bardzo dobre.

Książkę polecam szerszemu ogółowi lekarzy do uważnego przestudjowania.

Ryszard Hertz.

D. RUSMAN. O schorzeniach mięśnia sercowego, przebiegających pod postacią zaburzeń żołądkowych. (J. of the Am. Med. Ass. Tom 91, Nr. 20, 1928).

Autor podkreśla częstość przypadków schorzeń mięśnia sercowego, przebiegających pod postacią zaburzeń żołądkowych.

Najczęściej ma się do czynienia z t. zw. zespołem sercowo-żołądkowym, w którym obraz kliniczny opiewają wzdęcia i rozpieranie żołądka. Jednocześnie występują bóle w okolicy mostka oraz niekiedy bicie serca. Objawy te najczęściej występują po jedzeniu, szczególnie po nieco obfitszych posiłkach.

Wątroba może być powiększona. Szmerów w sercu natomiast można nie stwierdzić.

Objawy sercowe, towarzyszące temu zespołowi, często przypisuje się unoszeniu przepony; nie jest to jednakże zawsze słuszne. Często bowiem pod tym zespołem kryje się prawdziwe schorzenie mięśnia sercowego, przyczem tkanka łączna, przeraśnięta mięsień, doprowadza go do zwyrodnienia. Naczynia wieńcowe mogą przytem także być zajęte i pod całym zespołem niekiedy kryje się napad duszniczy bolesnej prawdziwej, który może spowodować najniespodzianie zejście śmiertelne w bardzo krótkim czasie.

Leczenie winno być skierowane przede wszystkim na układ krążenia. B. Goldstein.

N. SPIRO i W. W. NEWMAN. O stosowaniu chinidyny w migotaniu przedsionkowem. (J. Am. Med. Ass. Nr. 17, Tom 91, 1928).

Autorzy uważają chinidynę za silny jad, działający na mięsień serca.

Jest rzeczą możliwą, że dopóki chinidyna wywiera swoje działanie tylko na przedsionki, jest ona nieszkodliwa; natomiast w tych przypadkach, kiedy działanie przechodzi także na komory, może się ona stać niebezpieczna dla chorego.

Ze względu na te własności chinidyny autorzy uważają, że podawanie jej może mieć miejsce jedynie w szpitalu lub też w domu pod ciągłą kontrolą lekarza. Nie można bowiem nigdy przewidzieć, która część serca okaże się najwięcej wrażliwa na działalność chinidyny.

Naogół jednakże przy umiejętnem obchodzeniu się z tym lekiem nie jest on bardzo niebezpieczny.

O tem, czy komory zawierają luźne skrzepy, można się do pewnego stopnia przekonać przez oglądanie czynności skurczu podczas fluoroskopji. Jest to nowa metoda szacowania także siły mięśnia sercowego.

O ile krew przebiega szybko poprzez silnie pracujące serce, możliwości znalezienia skrzepów w komorze są bardzo małe.

Można wówczas dość śmiało stosować chinidynę w migotaniu przedsionkowem. B. G.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

S. J. MADDOCK i H. C. TRIMBLE. Długotrwała hipoglikemja bez objawów. (J. of the A. M. A. Tom. 91, Nr. 9, rok 1928).

Znaną jest rzeczą, że po zastrzyknięciu insuliny następuje zmniejszenie zawartości cukru we krwi. W związku z hi-

poglikemją występują zazwyczaj swoiste objawy, znane pod nazwą wstrząsu hipoglikemicznego.

Czas przerwy pomiędzy podaniem insuliny a wystąpieniem objawów nie jest długi, jednakże zdarzają się pod tym względem wyjątki.

Autorowi choźi właśnie o takie wyjątki, niezbyt liczne zresztą, w których pomiędzy zastrzyknięciem insuliny a wstrząsem hipoglikemicznym upływa szereg godzin.

W tym czasie istnieje u pacjentów hipoglikemja „utajona“, która na razie niczem się nie objawia. Jeżeli taki pacjent jednak w tym okresie zdobędzie się na jakiś wysiłek fizyczny, zużywający glikogen mięśniowy, to, rzecz prosta, bardzo łatwo dochodzi do wstrząsu i to bardzo groźnego.

Omawiając w dalszym ciągu znaczenie długotrwałych hipoglikemij dla ustroju, autor wypowiada przypuszczenie, że ustrój chory posiada takie same automatyczne ośrodki do regulacji poziomu glikemicznego jak ustrój zdrowy. Z drugiej strony przypuszcza on, że długotrwałe hipoglikemie przyczyniają się do wypoczynku organu wysepkowego trzustki.

Dokładnej odpowiedzi co do znaczenia tego objawu narazie nie można dać. B. Goldstein.

F. FONSECA. Nadmierne wychudnięcie a insulina. (Arch. f. Verdauungs Krankh. Tom. 42, zesz. 4/5 1928).

Z badań, przeprowadzonych przez autora, wynika, że wychudzone osoby, leczone insuliną, szybko poprawiają się na wadze, i że ten przyrost wagi nie zależy od zatrzymania wody, lecz od wpływu insuliny na przewod pokarmowy lub też na komórki tkankowe.

Autor wyraża przypuszczenie, że większość otyłych są to osobnicy z nadmierną czynnością aparatu wysepkowego trzustki, czyli hiperinsulinizmem mniejszego lub większego stopnia.

Często jednakże hiperinsulinizm wyczerpuje narząd do tego stopnia, że powstaje hipoinsulinizm.

To tłumaczy nam poniekąd, dlaczego otyłość tak często poprzedza wystąpienie cukrzycy.

Podczas istnienia hiperinsulinizmu w ustroju nagromadza się zapas tłuszczu.

Kiedy jednakże rozwija się hipoinsulinizm, to wskutek niewydolności aparatu wysepkowego ustrój zmuszony jest przetwarzać tłuszcz własny w węglowodany, co oczywiście wywołuje coraz większe wychudnięcie.

W tych stanach insulina, która zastępuje hormon endogeny, nie tylko umożliwia spalanie węglowodanów pożywienia, lecz także oszczędza tłuszcz ustrojowy, nagromadzony poprzednio.

Tak należy tłumaczyć tuczące działanie insuliny u osobników wychudzonych. B. Goldstein.

Wskazówki praktyczne.

— H. Colman omawia *współczesne metody leczenia czyraków*. W czyraczności rozlanej półgodzinna kąpiel z siarczanem miedzi (250 — 500 gr. na kąpiel) ciepłoty 30 — 35° C. Miejscowe leczenie każdego czyraka: 1. Pendzlowanie ichtiolem lub tigenolem, po uprzedniem zatuszowaniu szczytu jodyną; na to wata. 2. Posmarowanie czyraka i otoczenia analgitem. 3. Usunięcie włosów, tuszowanie środka kwasem karbolowym. 4. Na początku wtarcie spirytusu salicylowego lub 1 — 2 razy dziennie nadmanganianu potasu, 10:150,0. 5. Okłady z: wody ichtiolowej, 0,10% trypaflawiny lub riwanolu, albo z buljonu gronkowcowego.

6. Małe czyraki zasypywać pudrem, na to opatrunek z maści. Duże miękkie czyraki naciąć, zasypywać ranę proszkiem, na to opatrunek z maści. 7. Wypalenie żegadłem szpiczastem, wkroplenie kwasu karbolowego do wytworzonej jamy. 8. Śnieg kwasowęglowy pod ciśnieniem, potem okład ciepły. 9. Jontoforeza 10% CuSO₄, codziennie 15 minut 20 — 400 miliamp., 15 posiedzeń. 10. Jontoforeza za pomocą stannoksydu. 11. Zastrzyknięcie do czyraka kilku kropel stężonego roztworu nadmanganianu potasu lub riwanolu 1:500, 2 — 3 razy dziennie w ilości 10—200 ctm.³. 12. Zastrzykiwanie własnej krwi, potem okład ciepły

ⁱ bańka ssąca. Wewnętrznie: kwas fosforowy 60 — 80 kropeł dziennie lub stannoksyd 0,5 — 1,0. Wstrzykiwania: 1 — 3 ctm.³ 30% karbolu lub 1 — 4 ctm.³ własnej krwi.

(Med. Klin. 1929 Nr. 7).

— Frenkiel leczy z powodzeniem *hemoroidy zastrzykowaniami cukru gronowego (Calorose-Güstrow)*, po 1 — 2 ctm.³ do każdego guza po uprzednim zapendzlowaniu kokainą. Zastrzykiwania nie grożą żadnym niebezpieczeństwem i mogą być stosowane ambulatoryjnie, wymagany jest 3 — 5 dni odpoczynku bez leżenia w łóżku; po 8 dniach wyleczenie.

(Mediz. Welt. 1919 Nr. 45).

— A. Müller radzi w *chromaniu przestankowem i dławicy piersiowej* stosować *wstrzykiwania dożylnie 33% — 50% cukru gronowego (osmon)* z dodatkiem *telatutenu*. Zastrzykuje się co 2 — 3 dzień po 10 ctm.³ cukru — 1 ctm.³ telatutenu. Wszystkich zastrzyknięć robi się do 10. Wstrzykiwać należy bardzo wolno. Poprawa trwa kilka miesięcy. Jeżeli po 2 zastrzyknięciach niema poprawy, to należy kurację przerwać.

(D. m. Woch. 1928 Nr. 49)

— W licznych przypadkach schorzeń *kościowych* stosował *Hirschlaff* z powodzeniem *Jodisan* w postaci zastrzykiwań domięśniowych po jednej ampułce 2,2 ctm.³ (= 0,236 gr. jodu). Można go stosować również podskórną i dożylną. Jedna seria leczenia wynosi 10 — 16 zastrzyknięć, robionych co 3—4 dzień. Zastrzykiwania są niebolesne i nie wywołują jodyzmu.

(Fortschr. d. Therap. 1927. Nr. 14).

— Według *Pfaundlera* leczenie *zgrzytania zębami* dzieci w wieku szkolnym sprowadza się do leczenia neuropatii w ogólności, a w szczególności neuropatycznych zaburzeń snu. Proponowane przez *Kranza* protezy gumowe mają w zupełności odpowiadać zadaniu, nie narażając przytem w niczem rozwoju zębów i szczęk.

(Münch. m. Woch. 1929).

— *Kortzebornowi* udawało się często wywołać *odejście kamieni nerkowych i moczowodowych* przy pomocy *przepłukania kieszowego, wykonywanego w kąpieli*. Choremu siedzącemu w ciepłej kąpieli przeprowadza się przez jelita około 30 litrów wody, do której dodaje się soli kuchennej, rumianku i belladony. Belladona ma na celu wywarcić działania przeciwkurczowego.

(Münch. med. Woch. 1928 Nr. 29).

— Jako niezawodny środek przeciwko *krwawieniom w praktyce ginekologicznej i położniczej* poleca *Kagan* z grupy przetworów wapniowych *Calcium — Sandoz* w postaci zastrzykiwań dożylnych i domięśniowych oraz doustnie. Śródzylnie wystarcza 1—2 zastrzyknięć. Zastrzykiwanie bardzo powolne i ostrożnie zapobiega występowaniu przykrego uczucia gorąca.

(Ztbl. f. Gyn. T. 52. Str. 2158).

— Badania *Kohlmana* nad *nosicielami błonicy* w Zakładzie dla chorych dzieci w Augsburgu wykazały, że zdarzają się oni dosyć często (13,6%). Szczególniej licznie były reprezentowane noworodki — prawdopodobnie laseczniaki błonicy pochodzący z części płciowych matek. Najwięcej znajdowano nosicieli błonicy w miesiącach jesiennych i zimowych, a równocześnie notowano wzrost liczby zachorowań na błonicę. Dzieci ze sfer uboższych, pochodzące z mieszkań i dzielnic niehigie-

nicznych były częściej nosicielami błonicy, niż dzieci należące do rodzin zamożniejszych. Izolacja, przebywanie na powietrzu i pendzlowanie 2% roztworem azotanu srebra okazały się skutecznymi środkami leczniczymi.

(Arch. f. Kindhlk. 1929 Nr. 3).

— Przyczyny *częstoskurczu napadowego w wieku dziecięcym* bywają różnorakie. *Bernuth* notował: raz uszkodzenie mięśnia sercowego w następstwie płasawicy, raz prawdopodobnie zmiany zwyrodnieniowe mięśnia sercowego, towarzyszące postępującemu zanikowi mięśni, i raz zespół nerwowy zaburzeń żołądkowo-sercowych po wyrwaniu nerwu przeponowego z powodu cierpienia płucnego. Tętno dochodziło do 180 uderzeń i więcej, objawy podmiotowe były dotkliwe, ale we wszystkich trzech przypadkach nastąpiła poprawa.

(Ztschr. f. Kindhlk. 1929. Nr. 1).

— *Bahl* przytacza dwa spostrzeżenia, dotyczące dzieci, u których w ciągu kilku miesięcy okazała się *zmiana w przynależności do grupy krwi*. Ze względu na to, że przynależność taka w ostatnich czasach została zużytkowana w celach sądowo-lekarskich, spostrzeżenia te mają znaczenie doniosłe.

(Münch. m. Woch. 1929, Nr. 4),

— *H. Dreyer* zwraca uwagę na doskonałe działanie *chininy* w niektórych przypadkach *bolesnego miesiączkowania*. Chinina w tym celu stosowana znajduje się w handlu pod postacią tabletek — *Menochinin* —, zawierających 0,05 chininy, 0,02 kodeiny z małym dodatkiem aspiryny i piramidonu.

(Ztbl. f. Gyn. 1928. T. 52. Str. 1725).

— *Körbler* przekonał się na zasadzie doświadczeń na zwierzętach, że *wstrzykiwania adrenaliny do mięśnia sercowego*, w celu przywrócenia jego czynności, są *skuteczniejsze od takichże wstrzykiwań do komór*. Uszkodzenia muskulatury serca z powodu wstrzykiwań adrenaliny nie zauważył K. ani razu.

(Arch. f. Klin. Chir. T. 150. Z. 1).

— *Mayrhofer* sprawdzał badania *Hollösa*, który utrzymuje, że w *stanach podgorączkowych zależnych od gruźlicy małe dawki środków przeciwgorączkowych obniżają szybko ciepłotę*. M. zastosował u 110 lekko gorączkujących osobników piramidon i przekonał się, że 40 z nich, u których po małych dawkach piramidonu szybko nastąpił spadek ciepłoty, miało niewątpliwie zmiany gruźlicze, gdy u 70 pozostałych, nie reagujących zupełnie spadkiem temperatury lub reagujących późno i po dużych dawkach, ani klinicznie, ani rentgenologicznie gruźlicy nie stwierdzono. Próba *Hollösa* jest zatem dobrym środkiem rozpoznawczym w wątpliwych przypadkach gruźlicy.

(Wien. Kl. Woch. 1929, str. 107),

— *Taterka* i *Hirsch* polecają w leczeniu *choroby posurowiczej efedryny*, wzgl. *efetoniny* u dorosłych i dzieci starszych 1 pastylkę 0,05 co 2 godziny lub 1 ampulkę podskórną co 4 godziny, u małych dzieci połowę powyższej dawki.

(Med. Klin. 1928. Str. 1624).

— *Bertheau* gorąco poleca *neosalwarsan* jako środek symptomatyczny *przeciwko zgorzeli nowym sprawom migdałkowym pochodzenia białaczkowego*. Środek ten, rzecz prosta, nie leczy białaczki, ale sprzyja zagojeniu się owrzodzeń na migdałkach, a może także podziać w kierunku zmniejszenia liczby leukocytów.

(Med. Klin. 1928. Str. 1945).

Warszawskie Koło Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego.

XXVI posiedzenie naukowe z dnia 17 grudnia 1928 r.

Prezes — Drozdowicz, sekretarz — Adelfang,
I. Kryński B. *Fowikłania kostne potyfusowe* (ukaze się w druku).

W dyskusji Dworecki wspomina o dwóch przypadkach ropnego zapalenia szpiku kostnego, w których udało mu się wyhodować z ropy laseczniki Ebertha. W jednym, dotyczącym 19-letniego chłopca, zapalenie szpiku kostnego, powstałe w kilka tygodni po przebytych durze, wywołane było przez czysty szczep laseczników duru. W drugim, — u 52-letniej chorej, ropne ognisko w kości promieniowej, powstałe w kilkanaście lat po przebytych durze, wywołane zostało przez infekcję mieszaną durową i paciorkowcową. Oba przypadki zakończyły się szybko wyzdrowieniem po zabiegu operacyjnym.

Adelfang. Ze wszystkich demonstrowanych przypadków tylko ostatni posiada ognisko charakterystyczne dla ropnego zapalenia szpiku kostnego. Leży ono w całości w szpiku kostnym, nie narusza zupełnie części korowej trzonu, ma nieostre, rozlane kontury i nie daje reakcji okostnowej. Inne przypadki powstały prawdopodobnie na skutek infekcji mieszanej, zwłaszcza pierwszy, który daje rentgenologiczny obraz typowego banalnego zapalenia szpiku z już oddzielającym się martwakiem.

Drugi przypadek imponuje rentgenologicznie, jako kiłak. Sabat. Zapalenie szpiku kostnego tyfusowe lub paratyfusowe daje ogniska małe, dość ostro ograniczone, zwykle w kościach długich, żebrach, mostku lub trzonach kręgów. Ogniska okazują małą skłonność do ropienia i martwicy, również towarzyszą im tylko nieznaczne przewastwienia okostny. Sprawy te występują skrycie i powoli i mogą przebiegać bardzo długo. Oehlecker opisał przypadek, który po tyfusie przez 10 lat był leczony z powodu neuralgii i „reumatyzmu” ramienia, poczem wyhodowano czystą kulturę paratyfusową z ogniska w górnej części kości łokciowej.

2. Stefanowski T. *Sklerodaktylja* (pokaz przypadku).

Ref. demonstruje zdjęcia chorej z typowymi objawami sklerodaktylii, u której badanie rentgenologiczne stwierdziło charakterystyczne ubytki kostne w główkach trzecich paliczków palców obu dłoni.

W dyskusji Sabat podkreśla, że podobne zmiany spotykał w chorobie Reynauda, syringomyelii i t. zw. *lepra nervorum*. Zmiany te są bardzo charakterystyczne i należą do troficznych.

Bruner podkreśla, że w przypadku twardziny, demonstrowanym przez Stefanowskiego, objawy naczynio-ruchowe wystąpiły znacznie wcześniej, niż objawy twardziny, i obecnie też są jeszcze bardzo silnie zaznaczone, zwłaszcza sinica miejscowa. Z tego powodu niejednokrotnie trudno jest różnicować pomiędzy początkowymi okresami choroby Reynauda a twardziną. Zmiany rentgenologiczne szkieletu, w danym przypadku, są ludzko podobne do zmian, opisywanych w przebiegu choroby Reynauda. Nie w każdym przypadku twardziny nawet postępującej udaje się stwierdzić tak wyraźne zmiany kości, nie mówiąc już o tem, że zmiany skórne twardzinowe u pokazanej chorej nie są jeszcze zbyt daleko posunięte.

3. Adelfang H. *Atypowe formy achondroplazji* (ukaze się w druku).

W dyskusji Grudziński zalicza demonstrowany przypadek do „dysostose cleidocranienne”.

Meszi Opacki uważają, że zmiany w stawach biodrowych są raczej pochodzenia krzywiczego.

Sabat sądzi również, że w przypadku Adelfanga mamy dysostose cleidocranienne. Zmiany w tem schorzeniu dotyczą kości zawiązku łącznotkankowego. Stwierdzone prócz tego w danym przypadku zmiany kształtu kilku kości zawiązku chrząstkowego przypominają istotnie niekształtności chondrodytroficzne, jednak nie wystarczają jeszcze do uzasadnienia rozpoznania achondroplazji częściowej.

Adelfang w odpowiedzi zaznacza, że sam miał duże wątpliwości rozpoznawcze w danym przypadku i jeszcze nie wie, do jakiej grupy schorzeń go zaliczyć. Najwięcej przypadek powyższy zdaje się odpowiadać jednostce chorobowej, opisanej jako „dysostose cleidocranienne”. Ale jak połączyć zmiany w układzie kostnym zawiązku łącznotkankowego ze zmianami zawiązku chrząstkowego, które bez wątpliwości w danym przypadku istnieją? Jeżeli można jeszcze zaliczyć zmiany w stawach biodrowych do zmian pokrzywicznych, to zniekształcenia pojedynczych paliczków palców dłoni i stóp należą bez wątpliwości do zmian achondroplastycznych w sensie Czugunowa i Sur-

kowa. Ref. zastrzega sobie dalsze szczegółowe badanie omawianego przypadku.

4. Mesz N. *Pokaz rzadkich rentgenogramów*.

Ref. demonstruje szereg rentgenogramów przeważnie schorzeń kostnych, w których ściśle rozpoznanie nastroczało duże trudności.

Z Polskiego Towarzystwa Eugenicznego.

Stefan Blank-Weisberg. *O powstawaniu płci*.

Kwestja powstawania płci była przedmiotem różnych teorii, których powstanie sięga czasów starożytnych, kiedyto uczeni twierdzili, że na płeć potomka wpływa tylko nasienie męskie albo temperatura macicy. W czasach średniowiecznych biologja nieznacznie tylko posunęła się naprzód; uważano wówczas, iż bodźce świata zewnętrznego nie mogą wywierać wpływu na płeć potomstwa.

W okresie XIX i XX wieku starali się uczeni rozwiązać zagadnienie na podstawie danych statystycznych lub eksperymentalnych, czy wreszcie na podstawie badań komórek rozrodczych i danych dziedziczności.

Badania, prowadzone na drodze statystycznej oraz eksperymentów, polegających na poddawaniu samic, wzgl. jaj pewnym warunkom zewnętrznym, nie doprowadziło do pozytywnego rezultatu. Dość trafnie natomiast starają się wyjaśnić tę kwestję liczne badania nad budową komórek płciowych.

Prelegent przytacza kilka różnych faktów ustosunkowania się chromosomów podczas procesu zapłodnienia i powstałego w ten sposób związku przyczynowego z powstawaniem płci, przyczem należy podkreślić, że wyniki tych badań zgadzają się z obecnym stanem nauki o dziedziczności czyli t. zw. mendelizmem.

Rezultat tych badań stanowi niewątpliwie duży krok naprzód, pozwalający mieć nadzieję, że prawdopodobieństwo wywierania w przyszłości wpływu na płeć potomstwa nie jest wyłączone.

Wernic. *Wymieranie narodów w przeszłości i narodów współczesnych oraz rola prawodawstwa i organizacji eugenicznych w chwil bieżącej*.

Prelegent podkreślił rolę eugeniki, jaką musi ona odegrać przy usiłowaniu ujęcia rozmnażania się ludności w racjonalne formy. Tendencje ograniczenia potomstwa, istniejące jeszcze w starożytności, w których wyniku niektóre narody znikły z powierzchni ziemi, szerzą się w obecnej dobie z siłą jeszcze większą. Neomaltuzjaniści są zwolennikami nieograniczonego wstrzymania rozrodu dla celów korzyści indywidualnej, przez co wykazują obojętność dla spraw społecznych i narodowych. Tymczasem dla Polski i jej niepodległego bytu przedstawia urzeczywistnienie haseł tych niebezpieczeństwo zanikania ludności. Do tego nie wolno dopuścić. Należy natomiast skierować usiłowania w kierunku selekcji płodności, w kierunku płodzenia ludzi zdrowych, zdolnych, podnoszących wartościowość ludzkości, a przeciwdziałania rozmnażaniu się typów słabych, upośledzonych fizycznie lub umysłowo.

Program eugeniki polskiej w sprawie rozrodu streszcza się w trzech punktach: 1) zachowanie odpowiedniej gęstości zaludnienia, wystarczającej do obrony kraju, 2) popieranie rozrodu typów dodatnich, 3) powstrzymywanie, ewent. ograniczenie rozrodu typów zwyrodniałych, zwłaszcza, że rodziny matolek są bardzo płodne i chętnie wstępują w związki małżeńskie.

Wykonanie powyższego programu opiera się: 1) na doborze małżeńskim, 2) na wyborze zawodu, 3) na walce z czynnikami zwyrodniającymi. Środkami do tego obok systematycznych wykładów i broszur są poradnie eugeniczne. Udzielane porady dzieli się na dwie kategorie:

I) dla osób pozostających w stanie wolnym,

II) dla osób pozostających w związkach małżeńskich.

I. Porady te mają na celu: 1) pouczanie o zapobieganiu chorobom wenerycznym i połączone z tem 2) pogotowie eugeniczne dla stosowania odpowiednich środków zapobiegających, 3) pouczanie o unikaniu zapłodnienia przedślubnego, 4) porady przedślubne, 5) pouczanie o higienie życia płciowego, 6) świadectwa przedślubne.

II. Porady te mają uwzględniać: 1) budowę zewnętrzną kandydatów i kandydatek do stanu małżeńskiego, 2) pouczenie, że nie należy stosować środków zapobiegawczych przed przyjęciem na świat pierwszego dziecka, 3) sprawę niepłodności, która nieraz da się usunąć, 4) sprawę poronień, które z punktu eugenicznego dla osób zdrowych są godne potępienia.

Pozatem w poradniach niezbędne jest badanie uzdolnień i wyboru zawodu oraz uwzględnienie porad w zakresie sportów, które przy racjonalnym stosowaniu są niezawodnym środkiem regulowania rozwoju seksualnego. Taką drogą jedynie będzie

można doprowadzić do stworzenia szlachetnego typu człowieka wyższej miary, a do usunięcia niedorozwiniętego, społecznie chorego fizycznie i umysłowo podczłowieka.

Szczodrowski. *Co robi Towarzystwo Eugeniczne?*

Twórcą działalności, opartej na zasadach działu wiedzy, zwanego augenią, jest anglik Galt on, który zaobserwował, że w społeczeństwach współczesnych zmniejsza się bardzo szybko odsetek ludzi utalentowanych, wskutek czego uważa, że cywilizacja może być tem zagrożona.

Przyczynę tego stanu rzeczy widzi Galt on w nieodpowiednim dobieganiu się małżeństw, wskutek czego drogą dziedziczności zanikają u potomstwa cechy dodatnie, a biorą górę cechy ujemne.

Polskie Towarzystwo Eugeniczne jest organizacją społeczną, która krzewi ideologię Galt on a celem rozwinięcia i udoskonalenia wrodzonych własności rasy w kierunku najkorzystniejszemu dla społeczeństwa.

Związków tej działalności szukać należy w 1915 r., kiedy w Towarzystwie Higjenu praktycznej im. Bol. Prusa powstał wydział walki z chorobami wenerycznymi i nierządem, a w r. 1919 Polskie T-wo walki ze zwyrodnieniem rasy, wreszcie przekształcone w 1923 r. na Polskie Towarzystwo Eugeniczne i walki ze zwyrodnieniem rasy, które za zadania swoje przyjęło „wzmoczenie tężyzny fizycznej, umysłowej i moralnej Narodu Polskiego, spotęgowanie jego odporności i sił twórczych”.

Polskie Towarzystwo Eugeniczne, zdążając do wytkniętego celu drogą rozmaitych środków propagandowych oraz współdziałania z władzami państwowymi i samorządowymi i z organizacjami społecznymi o celach pokrewnych, podzieliło swoją działalność na cztery działy:

Pierwszy dział genetyczny dotyczy spraw dziedziczności, doboru małżeństw i porad przedślubnych.

Drugi dział wychowania mieści w sobie sprawy wrodzonych udołnień, zamięłowania i wyboru zawodu, psychologii indywidualnej, hamowania wybujałego popędu płciowego.

Trzeci — prawnie społeczny — traktuje zagadnienia eugeniczne z punktu prawnego, a więc sprawy małżeństw, zagadnienia potomstwa u typów ujemnych, walki z epidemią samobójstw i poronień, polityki ludnościowej i t. d.

Czwarty — zapobiegania i lecznictwa — to walka z chorobami zwyrodniającymi.

Polskie Towarzystwo Eugeniczne jest założycielem Międzynarodowego Związku do zwalczania zarazy wenerycznej oraz członkiem Międzynarodowego Związku Towarz. Eugenicznych.

Cele eugeniki powinny znaleźć jaknawiecej zwolenników, ponieważ z nimi wiąże się przyszłość społeczeństwa.

(—) G ó r z o w a.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Przypadek *transfuzji krwi wprost do serca* referował T z a n e k na posiedzeniu majowym akademii lekarskiej. Ponieważ dożylne wprowadzenie krwi w przypadku ostrej niedokrewności po poronieniu wydawało się niezwykle trudne, T., nie chcąc tracić czasu, nakłuł w 5-em międzyżebżu i wprowadził 650 gr. krwi wprost do serca. Już po wleaniu 300 cm.³ stan chorej znacznie się poprawił.

(Pr. méd. N. 42).

Jousset i Perisson omawiali 3 przypadki *gruźliczego zapalenia opon mózgowych, wyleczone allergią* na posiedz. towarz. lek. szpit. w Paryżu w maju r. b. Wszystkie trzy przypadki miały objawy typowe i zostały stwierdzone wszystkimi możliwymi sposobami bakteriologicznymi. Jeden z tych chorych jest zupełnie zdrowy, przybrał na wadze 10 kg. i wznowił swą pracę. Jedna chora, która miała dwukrotnie objawy oponowe, ma obecnie jeszcze niemotę Wernickiego i umiarkowaną limfocytozę. U trzeciej pozostały objawy amiotrofji na dolnych kończynach i przykurcz zginaczy goleni. Wyleczenie, zdaniem J. i P., tłumaczy się małą złośliwością prątków z jednej strony, zaś głównie zastrzykowaniami allerginy, substancji rozpuszczalnej, otrzymanej z laseczników i różniacej się znacznie od tuberkuliny.

(Pr. méd. N. 42).

Aubertin, Blankstein i Lehmann spostrzegali dwa przypadki *agranulocytozy u syfilityków nie leczonych świeżo arsenobenzolem*. Oba zakończyły się śmiercią i dotyczyły młodych, zdrowych osobników, chorych na kiłę i leczonych w jednym przypadku acetylaranem i bizmutem, w drugim tylko bizmutem. Oba w ciągu kilku lat ostatnich nie były leczone arsenobenzolem. Początek choroby był nagły, szybko wystąpiły zmiany zgorzelińowe w gardzieli, liczba ciałek białych spadła w jednym przypadku do 400 w jednym milimetrze sześciu, odsetek neutrofilów wielojądr. spadł do 70%. Naświetlanie epifiz, zastrzykiwanie nukleinienu sodu i przetaczanie krwi pozostawiały bez skutku. Okazuje się tedy, że agranulocytoza w przebiegu leczenia kiły nie jest zależna od leczenia nowarsenobenzolem, lecz że może wystąpić przy stosowaniu innego leczenia arsenikowego, a nawet bizmutowego. (Tow. lek. szpit. parysk.).

(Pr. méd. N. 42).

Z j a z d y.

II Polski Zjazd Przeciwrakowy.

W dniach 23 i 24 marca r. b. odbył się w Warszawie II-gi Polski Zjazd Przeciwrakowy przy licznych udziale przedstawicieli Rządu, Profesorów Uniwersytetu, przedstawicieli Instytucji Społecznych i Lekarskich.

Otwarcie Zjazdu zaszczyliła swą obecnością Przewodnicząca „Koła Pań”, Pani Prezydentowa Mościcka, oraz liczne grono Pań, wśród których, widzieliśmy PP. Min. Świtalską, Dyr. Piestrzyńską, Min. Chodźkową, Min. Carową i inne. Komitet Organizacyjny w osobach PP. Dr. Garlickiej, Dr. Szczodrowskiej, Prof. Czyżewicza, Prof. Paszkiewicza, Doc. Sterling-Okuniewskiego, Dra Wejnerta zajął miejsce przy stole prezydalnym, poczem Min. Chodźko po krótkim powitaniu obecnych przedstawił cel i potrzeby Zjazdu, zapraszając do prezydium PP. Prof. Ciechanowskiego z Krakowa, Prof. Wrzoska z Poznania, Prof. Eigera z Wilna, Doc. Czarneckiego z Wilna, Dra Marzyńskiego z Łodzi i jako Sekretarza Dra Laskowskiego z Warszawy. Nastąpił cały szereg przemówień powitalnych ze strony przedstawicieli Rządu, Miasta, Instytucji Lekarskich i Społecznych, po których obszerne sprawozdanie z działalności Polskiego komitetu do Zwalczania Raka wygłosił Docent Sterling-Okuniewski, a z działalności Instytutu Radowego im. Marii Skłodowskiej Curie, Prof. Fr. Krzysztalewicz.

Sprawozdania te wykazały, że mimo niepełnego zrozumienia w społeczeństwie polskim konieczności walki z tą straszną chorobą, jaką jest rak, prace tak Komitetu, jak Insty-

tutu przy poparciu władz rządowych i komunalnych posuwają się naprzód, i z roku na rok stwierdza się znaczny postęp w tej dziedzinie. Trzeba jednak zaznaczyć, że w stosunku do zagranicy jesteśmy jeszcze bardzo mało pod tym względem zorganizowani.

Clou strony społecznej Zjazdu stanowiła sprawa Organizacji „Kół Pań” w kilku większych miastach Rzeczypospolitej na wzór „Koła Pań”, działającego w Warszawie pod Przewodnictwem Pani Prezydentowej Mościckiej.

Przybyłym delegatkom przedstawicielki Komitetu w osobach PP. Sterling-Okuniewskiej, Dr. Szczodrowskiej, P. Paszkowskiej, P. Wejnertowej przedstawiły dokładny bieg prac Koła, poczem Dr. Garlicka wygłosiła referat p. t. „Projekt Organizacji Kół Pań dla walki z rakiem”.

Po wymienionych referatach oraz po przemówieniu Dra Wejnerta o przytułkach dla chorych rakowatych i Doc. Grudzińskiego o oddziałach leczniczych radiologicznych uchwalono:

1. Zwrócić się do Departamentu Służby Zdrowia z prośbą o utworzenie przy nim sekcji na raka na wzór istniejącej sekcji gruźlicy.

2. W celu rozszerzenia opieki nad chorymi na raka, na terenie całego państwa zorganizować w większych miastach „Koła Pań” na wzór Koła warszawskiego. Dla ujednolinita całej akcji nowe Koła powinny posługiwać się drukami koła warszawskiego.

3. Należy dążyć w miastach wojewódzkich do tworzenia Przytułków dla nieuleczalnie chorych na raka, w czem inicjaty-

wie społecznej powinny przyjść z pomocą Samorządy i Kasy Chorych.

4. Dążyć do tworzenia w dużych Szpitalach i Klinikach Uniwersyteckich oddziałów radiologicznych, co wpłynie korzystnie na rozwój radiologii i może posiadać poważne znaczenie w walce z rakiem, gdyż oddziały takie uzupełnią rolę specjalnych Instytutów radiowych. W dążności do tworzenia tych oddziałów powinni zespolic swe wysiłki radiolodzy i działacze walki z rakiem.

5. Zjazd uważa za palącą potrzebę dołożenie wszelkich starań ze strony społeczeństwa, Samorządów i Rządu w celu jaknajszybrego wykończenia Instytutu Radowego im. Marii Skłodowskiej-Curie.

11-gi dzień Zjazdu poświęcono sprawom naukowym i instytucjom, mającym na celu leczenie chorych na raka: Przychodnia Polskiego Komitetu do zwalczania raka — Karowa 31, będący w budowie Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, oraz opiekę nad nieuleczalnymi (Przytułek przy Szpitalu Św. Łazarza).

Szereg referatów naukowych rozpoczął wykład Prof. Czylkiewicza o leczeniu nowotworów radem. Bogaty w treść i przedstawiony w sposób dostępny i zajmujący, potrafił wzbudzić duże zainteresowanie wśród słuchaczy.

Prelegent szczególnie podkreśla duże znaczenie leczenia radem w rakach narządów rodnych kobiety. O hodowli tkanek nowotworowych mówił Doc. Dr. J. Zweibaum, przedstawiając w krótkim zarysie metody hodowli tkanek, omawiając biologię komórek rakowych oraz poruszając najważniejsze badania porównawcze nad wpływem czynników zewnętrznych na komórki nowotworowe i normalne. Po referatach wymienionych uczestnicy Zjazdu zamówionymi autobusami Pol. Tow. Krajoznawczego zwiedzili szereg instytucji, jak: będący w budowie wielki gmach Instytutu Radowego, Przychodnię Pol. Kom. do Zwal. Raka, Przytułek dla nieuleczalnie chorych przy Szpitalu Św. Łazarza, ufundowany kosztem Pol. Kom. do zwal. raka. Wygodny przejazd i dokładne objaśnienia pozostawiły miłe wspomnienia z wycieczki.

Posiedzenie popołudniowe, poświęcone wyłącznie sprawom naukowym, wypełnił szereg referatów z prac oryginalnych, prowadzonych na ziemiach polskich w dziedzinie nowotworów. Wśród poruszonych zagadnień omawiano:

Dr. Pelczar „O przebiegu odczynów odpornościowych w raku“.

Prof. Hirszfild, Dr. Laskowski, P. Halberówna o własnościach serologicznych tkanek normalnych i rakowych. Badania te, prowadzone dzięki wydatnemu poparciu Polskiej Akademii Umiejętności, wykazały, że pewne narządy jak płuco, jelita, żołądek, stale zawierają cechy grupowe właściwe krwi danego osobnika, inne natomiast, jak np. mózg, z reguły własności tych nie mają. Rak pod względem serologicznym nie jest o tyle elementem obcym ustrojowi, że oprócz cech gatunkowych wykryć w nim można zawsze cechy grupowe. Drogą uodparniania królików dało się otrzymać surowicę, reagującą z wyciągami

alkoholowymi raków, z czego można wnioskować, że istnieją swoiste lipoidy rakowe, które ewentualnie mogłyby być podstawą racjonalnej serodjagnostyki i terapii nowotworów złośliwych.

Dalej Prof. Eiger poruszył ciekawą sprawę zastosowania dagnostycznego interferometru w rozpoznaniu wczesnym raka.

Prof. Eiger wspólnie z Doc. Czarneckim mówili również o wpływie układu nerwowego mimowolnego na powstawanie nowotworów. Dr. Flaks, korzystający z zasiłków Polskiego Komitetu do Zwalczania Raka, przedstawił wynik badań nad wpływem tarczycy i nadnercza na wzrost mięsaka u szczura. Badania te, prowadzone bądź drogą szczepień do mięszu gruczołów, bądź przeszczepianiem, wykazały wybitny wpływ tarczycy na rozrost tych nowotworów. Doświadczenia te wykonane z nadnerczem, wykazują wpływ hamujący, na rozrost tych guzów. Autor wnioskuje stąd, że w nadnerczu istnieją jakieś czynniki, niszczące komórki nowotworowe.

O stosowaniu radu w nowotworach narządów rodnych kobiety mówił Dr. Floksztumpf. Autor specjalnie podkreśla doniosłość wczesnego rozpoznania oraz wartość biopsji, którą uważa za zupełnie dla chorej nieszkodliwą. Ze 150 przypadków leczonych 129 znajduje się pod stałą obserwacją, z czego 76 przypadków nie wykazuje obecnie żadnych objawów chorobowych.

Autor stosuje długotrwałe leczenie według Prousta i de Nabiosa. Uważa on, że kombinacja z promieniami X nie wpływa dodatnio na osiągnięcie wyleczenia, przypadki które przy pierwszym stosowaniu radu nie zostały uleczone, pozostają zwykle nieczułe na powtórne naswietlanie.

Drzy Floksztumpf, Kołodziejski, Milewski przedstawili dokładnie wszelkie teorie i koncepcje stosowania ołowiu w leczeniu raka. Dają szczegółowy opis techniki i preparatów ołowiu, używanych przez różne szkoły.

Jakkolwiek autorzy w leczeniu nie osiągnęli narazie zachęcających wyników, prowadzą swoje badanie dalej wytrwale.

Z wykładów o charakterze statystycznym P. Adamowiczowa wygłosiła referat „Rak w Warszawie jako zagadnienie rasy“, podkreślając ciekawą różnicę, zachodzącą między częstością schorzeń na raka wśród chrześcijan i żydów.

Obrazy i wykłady, prowadzone w obecności licznych uczestników ze sfer lekarskich i społecznych, wykazały wysoki poziom naukowy prac, prowadzonych w tej dziedzinie na ziemiach Rzeczypospolitej, oraz udowodniły, że sprawa walki z rakiem zatacza coraz szersze kręgi.

Podkreślali to, zamykając Zjazd, Przewodniczący posiedzenia, Prof. Wrzosek i Prof. Ciechanowski, dziękując jednocześnie Polskiemu Komitetowi do zwalczania raka, szczególnie PP. Docentowi Sterling-Okuniewskiemu i Drowi Wejnertowi, za zorganizowanie Zjazdu oraz wydatną pracę na tak u nas jeszcze skromnym polu walki z rakiem.

S. O.

Krytyka lekarska.

Prasa lekarska w Polsce Odrodzonej.

I. Nadmiar polskich czasopism lekarskich.

W bilansie dziesięciolecia niepodległości Polski jedno z miejsc poczesnych poświęcić należy postępowi naszej kultury. Jeżeliby miarą tego postępu miało być czytelnictwo, oparte na pokupności książek, to sąd o naszej kulturze wypadłby dość żałośnie. Według obliczenia bowiem p. St. Arcta w „Miesięczniku książki” kupuje u nas książkę 1 człowiek na 30, gdy w Anglii i Francji stosunek ten wynosi 1 : 4, w Czechosłowacji 1 : 5, w Niemczech 1 : 6¹⁾. Na szczęście jednak nie

¹⁾ Porównanie to jest jednak nieściśle, gdyż książki angielskie, francuskie i niemieckie kupują i cudzoziemcy, czego o książki polskiej powiedzieć nie można.

można utożsamiać czytelnictwa z pokupnością książki, możemy więc czerpać pociechę z przypuszczenia, że wielu ludzi czyta książki w czytelnich lub korzysta z książek pożyczanych.

Bądź co bądź, jednak większa pokupność książki świadczy z pewnością dobrze o czytelnictwie, gdy przy mniejszej jej sprzedaży możemy robić pod tym względem tylko mniej lub więcej optymistyczne hipotezy.

To samo, co o książkach, powiedzieć można i o wydawnictwach periodycznych, które też może mają czytelników sporo, abonentów jednak z pewnością liczą niewielu.

Gdzie tu szukać przyczyny — czy w nieodczuwaniu potrzeby kształcenia się, bogacenia swoich wiadomości, szukania rozrywki umysłowej, czy w drożyznie książek a ubóstwie warstw szerokich — w to obecnie wchodzić nie będziemy, notujemy

tylko fakt, że prasa periodyczna naukowa walczyć musi z poważnymi trudnościami finansowymi. O czasopismach lekarskich polskich wiemy, że trzeba je niemal przemocą „wtykać” abonentom. W Towarzystwie Lekarskim Warszawskim miało przed kilku laty proponować przymusową prenumeratę jednego z tygodników lekarskich, a w niektórych Towarzystwach lekarskich przymus taki podobno istnieje.

Ale, jeżeli w niezycliwym stosunku do książek da się jeszcze odszukać okoliczność łagodzącą pod postacią ich drożyzny (choć książka polska jest tańsza od niemieckiej), to już nie można nazwać drogiem naszych czasopism lekarskich, kosztujących przeciętnie 50 — 60 złotych rocznie za 52 numery 20 — 24 kolumnowe dużego formatu.

Gdy więc, czy to skutkiem pauperyzacji stanu lekarskiego, czy też obojętności na odbywający się w nauce naszej postęp, o licznych odbiorcach czasopism lekarskich u nas marzyć nie można, należałoby dążyć przede wszystkim do zamknięcia prasy lekarskiej w ramach skromniejszych. Tymczasem dziesięć lat naszej niepodległości przekonuje nas o dążeniach wprost przeciwnych.

Jeżeli sięgnąć do czasów przedwojennych, z przed lat mniej więcej trzydziestu, to polska prasa lekarska, wliczając w to i wydawnictwa popularne przedstawiała się dość skromnie: Gazeta Lekarska, Medycyna i Kronika Lekarska, Krytyka Lekarska, Zdrowie i jedno czy dwa wydawnictwa popularne w stolicy Kongresówki, Czasopismo Lekarskie w Łodzi, Przegląd Lekarski w Krakowie, Tygodnik Lekarski we Lwowie, Nowiny Lekarskie w Poznaniu, kilka pism specjalnych: Przegląd Chirurgiczny, Ginekologia, Przegląd Dermatologiczny, Przegląd Okulistyczny i Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego — oto inniej więcej wszystko, co z medycyną i higieną się wiązało. I te jednak nieliczne wydawnictwa ledwie istnieć mogły, brakło funduszy na szersze i lepsze ich prowadzenie, brakło i sił pisarskich i naukowych. To też już w pierwszych latach wieku bieżącego widzimy, jako nieunikniony tego stanu rzeczy wynik, wegetowanie pism lekarskich, powolne ich znikanie bądź bez śladu, bądź w postaci zlewania się dwóch pism w jedno: Krytyka Lekarska znika z widowni w zupełności, upadająca Kronika Lekarska łączy się z Medycyną, Czasopismo Łódzkie z Przeglądem Krakowskim, wchłoniętym później przez Tygodnik Lwowski. Ku końcowi wojny przestała wychodzić Medycyna i Kronika Lekarska, a w pierwszych latach niepodległości i Gazeta Lekarska, na której miejscu powstała Polska Gazeta Lekarska, stanowiąca konglomerat, złożony z dawnej Gazety Lekarskiej, Przeglądu Lekarskiego, Czasopisma Lekarskiego i Lwowskiego Tygodnika Lekarskiego. Było więc wyraźne dążenie do ograniczenia liczby czasopism lekarskich. A jednak Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za lata 1917—1921, wydany w r. 1928, wymienia jeszcze pisma następujące: Przegląd Dermatologiczny, Gazeta Lekarska, Kronika Dentystyczna, Lekarz Wojskowy, Medycyna i Kronika Lekarska, Medycyna Społeczna, Neurologja Polska, Nowiny Lekarskie, Przegląd Chirurgiczny i Ginekologiczny, Polskie Czasopismo Lekarskie, Przegląd Dentystyczny, Przegląd Epidemiologiczny, Przegląd Higieniczny, Przegląd Le-

karski, Polski Miesięcznik Lekarski, Postęp Okulistyczny, Przegląd Pedjatryczny (później Pedjatria Polska), Pamiętnik Towarzystwa Lek. Warsz., Przyjaciół Zdrowia Ludu, Pamiętnik Kliniczny Szpital. Dziec. Jezus w Warszawie, Pamiętnik Warszawskiego Lazaretu Miejskiego, Lwowski Tygodnik Lekarski, Zdrowie i Zagadnienia Rasy—razem pism 24. Ten nagły przyrost wydawnictw lekarskich w Polsce wytłomaczyć można otwarciem dwóch uniwersytetów: warszawskiego i poznańskiego. Z pism tych sporo znowu znikło z widowni, stopniowo jednak zaczęło ich przybywać coraz więcej i przybywa z każdym rokiem. Według informacji, udzielonych mi łaskawie przez jednego z kolegów, biorących udział w opracowaniu „Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego”, w r. bieżącym polska prasa lekarska poszczycić się może blisko 70 czasopismami czysto lekarskimi lub z medycyną spokrewnionymi. Około 70 pism lekarskich polskich, na 8000 lekarzy i 5 wydziałów lekarskich! Niemcy ze swoją pracowitością, rozległą twórczością na polu medycyny, z liczbą lekarzy zapewne czterokrotnie, niż nasza większą, z przeszło 30 wydziałami i akademiami lekarskimi, z licznymi pracownikami, szpitalami i klinikami — mają pism lekarskich około 150 (numer lutowy katalogu księgarni Hirschwalda—Hirschwald Anzeiger z r. b. podaje 130 czasopism treści lekarskiej — zauważyłem tam jednak brak wielu wydawnictw — podnoszę przeto podaną tam liczbę do 150).

Ażeby dać możliwość istnienia 60 czy 70 czasopismom, na to trzeba odpowiednich środków finansowych, dużego sztabu piszących i dostatecznej liczby abonentów. Nasz proletarijat lekarski za ledwie w małej części zdobywa się na prenumerowanie jednego pisma lekarskiego polskiego, a jeżeli znajomość jakiegokolwiek języka obcego pozwala mu na korzystanie z piśmiennictwa zagranicznego to przekłada je nad polskie. Stąd brak abonentów, brak środków na utrzymanie pisma na należytym poziomie. Ale, gdyby wydawca czy gremium, zgrupowane Koło pisma, zdobyło się nawet na ofiarę pieniężną, to przy nadmiernej obfitości wydawanych pism rychło dochodzi do tego, że treść pisma staje się coraz bardziej jałowa, coraz uboższa, aż w końcu po kilku czy kilkunastu latach istnienia pismo przestaje wychodzić lub, chcąc ratować swój honor, łączy się z innym, tworzy „fuzję”. Tak upadł znakomity organ Z. K r a m s z y k a „Krytyka Lekarska”, której redaktor i wydawca chętnie gotów był pokrywać deficyty wydawnictwa, aby je tylko utrzymać, ale musiał je w końcu zawiesić z powodu braku materiału do druku. Tak łączyły się bądź z powodu braku środków materialnych, bądź artykułów: Kronika Lekarska z Medycyną, Czasopismo Łódzkie z Przeglądem Krakowskim, Tygodnik Lwowski z Gazetą Lekarską, a potem cztery ostatnie w jedną Polską Gazetę Lekarską. — I zapewne w bliskiej przyszłości znowu zaczną się „fuzje” i likwidacje. Bo inaczej być nie może. Nie może nas wystarczyć na utrzymanie kilkudziesięciu pism treści ogólnej, kilkunastu pism specjalnych, kilku pism zawodowych i społeczno-lekarskich, kilkunastu wydawnictw higienicznych naukowych i popularnych; nie może nas też wystarczyć na dostateczne zasilanie prasy lekarskiej materiałem jako tako wartościowym. Dochodzi

wreszcie tego, że i o ten lichey, bezwartościowy materiał redaktor napróżno zabiega — i sprawa kończyć się musi na zamknięciu pisma. Wprawdzie czytamy w odezwach redakcyjnych nowopowstających pism, że „im więcej pism, tem więcej badań, tem żywiej tętni praca naukowa“, że „każde nowe pismo jest bodźcem, jest moralną podniętą do wydajniejszej pracy w danym zakresie“, ale te liczne badania prędko się kurczą, a to żywe tętno rychło słabnie: po upływie roku, dwóch, trzech redaktor ze smutkiem spostrzega, że liczba współpracowników maleje, że „podnięta moralna“ słabnie, że coraz trudniej wypełnić numer. Pełny świętego ognia redaktor w pierwszych czasach z powodzeniem przelewa swój zapal na garstkę zgromadzonych koło pisma współpracowników, z biegiem czasu jednak przekonywa się, że garstka ta coraz bardziej się przerzedza, że praca idzie coraz oporniej, aż w końcu widzi się osamotnionym. I wtenczas dopiero spostrzega, że nasza produkcja naukowa lekarska i społeczna znalazłaby dostateczny upust w pismach dawniejszych o bycie już ugruntowanym. Szczególnie rażący i zbyteczny jest ten ciągły przypływ pism specjalnych, których zawartość przeważnie mogłaby znaleźć się doskonale w piśmie ogólnem. Jedynie tylko prace obszerniejsze, które w piśmie tygodniowym musiałyby ciągnąć się przez kilka numerów, jedynie takie prace powinny mieć dla siebie miesięczniki lub kwartalniki specjalne w postaci archiwów, krótkie natomiast, przystępne dla ogółu lekarzy artykuły powinny zasilać łamy pism ogólnych. A nawet artykuły archiwalne w formie dobrze zredagowanych skrótów mogłyby być ogłaszane w czasopismach ogólnych: wyszłoby to na korzyść i pismu i autorowi, który w organie ogólnym znalazłby większy zastęp czytelników, niż w wydawnictwie, przeznaczonem dla szczupłego grona specjalistów.

Specjalizujemy się już nietylko w dziedzinie medycyny klinicznej, ale i społecznej i nawet w dziedzinie czystej higieny. Nie wystarcza już jedno pismo, poświęcone sprawom zawodowym i społeczno-lekarskim, mamy ich kilka; nie wystarcza już jedno pismo, poświęcone higienie, musimy mieć osobne dla różnego rodzaju zagadnień higienicznych. Skąd brać tych piszących i tych prenumeratorów, dzięki którym pismo mogłoby się utrzymać na możliwym poziomie? Ani nasza produkcja naukowa nie jest w stanie temu podołać, ani nasza zamożność produkcję taką stworzyć, jeżeli już nawet przypuścić, że wysokie honorarium za artykuły jest wystarczającą zachętą do ich pisania.

A tymczasem w latach ostatnich przybył nowy konkurent czasopiśmiennictwu lekarskiemu — przemysł chemiczno-farmaceutyczny, który za pomocą swoich organów, bezpłatnie dostarczanych odbiorcom, pozbawia w pewnej mierze ogólną prasę lekarską artykułów wprawdzie niezawsze pierwszorzędnej wartości, ale często jednak nadających się do druku. Od czasu do czasu spotykamy w tych wydawnictwach gratisowych nawet i rzeczy lepsze, pisane przez profesorów i docentów. Wynika stąd krzywdą i dla czytelników i dla autorów: czytelnicy, znający wartość i tendencję tych pism, przeważnie ich nie czytają, autorzy tracą na rozpoznaniu swoich prac i zapoznawaniu z niemi szerszych sfer czytelników. Jedynem dla autorów

zadosyćczynieniem jest lepsze w porównaniu z wydawnictwami niehandlowemi honorarium, jakie bogate firmy przemysłowe płacić mogą.

W ten sposób obfitość naszych pism lekarskich, przerastająca siłę płatniczą prenumeratorów i produkcję naukową piszących, odbija się ujemnie na wartości tych organów prasy lekarskiej i kończy się prędzej czy później kapitulacją. Może kiedyś w tem powstawaniu coraz to nowych czasopism lekarskich będziemy mogli istotnie upatrywać „zdrowy odruch i dowód podziwu godnej energii naszego społeczeństwa.. usiłującego w jak najkrótszym czasie odrobić zaległości spowodowane niewolą i osiągnąć to, na co gdzieindziej składały się całe pokolenia“¹⁾, dziś objaw ten uważać musimy za chorobliwy. Należy życzyć naszemu czasopiśmiennictwu lekarskiemu jaknajbujniejszego rozkwitu, ale niemniej życzyć mu trzeba liczenia się z faktycznym „stanem posiadania“.

II. Nasza produkcja naukowo-lekarska.

O większości artykułów drukowanych w naszych pismach lekarskich, powiedzieć można, że stoją na poziomie zadawalającym, niektóre nawet na wysokim, zdarzają się, rzecz prosta, i słabe. Czasami jednak jesteśmy zbyt surowi w ich ocenie, odrzucamy prace, które później znajdują gościnę w piśmie zagranicznem. Bywało tak i przed wojną, zdarza się i dzisiaj. Z artykułu słabszego przy dobrej woli referenta lub redaktora można zrobić coś zupełnie znośnego i nie zniechęcać, lecz, przeciwnie, zachęcać tą drogą do pisania. Zdarza się istotnie, że nadchodzą do redakcji „prace“, stojące na tak niskim poziomie, że i najpobłażliwszy recenzent musi je odrzucić, ale fakty te nie należą do częstych. Najgorzej zwykle bywa z tym rodzajem artykułów, o których już pokrótce wspominaliśmy, mówiąc o wydawnictwach lekarskich, fundowanych przez wytwórnie chemiczno-farmaceutyczne, t. j. z artykułami reklamowemi. Nie idziemy tak daleko, jak chcą zbyt surowi sędziowie, aby z zasady żadnego artykułu, reklamującego środek lekarski, nie drukować, uważamy taki pogląd za niesłuszny, a nawet szkodliwy. Przeciwnie, powinniśmy żądać od poważnych kierowników dobrze prowadzonych oddziałów szpitalnych, aby pod ich kontrolą ulegały wyprobowaniu środki lekarskie, — jest to jedyna racjonalna droga informowania świata lekarskiego, jaka jest wartość danego leku, czy należy go stosować, czy też unikać go, jako bezwartościowego lub nawet szkodliwego. Nie jest przeto żadnym grzechem umieszczenie w piśmie dobrze napisanego artykułu, podnoszącego wartość środka, który na ocenę życzliwą zasługuje. Ale praca, mająca za zadanie ocenę wartości leku musi się opierać na poważnych i sumiennych badaniach, na materiale liczny i dobrze obserwowanym. Wiele jednak z tych artykułów, pisanych wyłącznie dla zarobku, bez żadnych ambicji naukowych, bez żadnej tendencji do pogłębienia przedmiotu badań i dostarczenia czytelnikowi sumiennej rady, pozbawiona jest istotnie wszelkiej wartości i ma na celu jedynie interes fabrykanta,

¹⁾ Cytowane z odezwy jednego z nowopowstałych pism lekarskich.

dobrze płacącego autorowi takiej „pracy”. Tego gatunku artykułów namnożyło się w ostatnich czasach mnóstwo, i z tym lichym towarem pseudonaukowym walczyć należy bezwarunkowo.

W czasach obecnych, w czasach przemożnego panowania kierunku laboratoryjnego i eksperymentalnego w medycynie, daje się zauważyć dążenie do traktowania z góry artykułów treści klinicznej, opartych na spostrzeżeniach przy łóżku chorego. Chociaż na zachodzie, głównie w Niemczech, coraz głośniej rozbrzmiewa hasło „powrotu do Hippokratesa”, t. j. do obserwacji klinicznej, u nas jednak pokutuje zapatrywanie, że praca, nieoparta na badaniach doświadczalnych, laboratoryjnych, chemicznych, fizycznych, mikroskopowych, jest utworem niższego rzędu. Z takim traktowaniem prac, których źródłem jest dokładna, a bystra obserwacja chorego, trzeba nareszcie zerwać. Najklasyczniejsze fakty kliniczne, których wartość do dnia dzisiejszego nie została zachwiana, takiej właśnie zawdzięczamy obserwacji: *facies Hippocratica*, t. j. wyraz twarzy ostrzegający lekarza, że ma przed sobą człowieka ciężko chorego, zawdzięczamy genialnej spostrzegawczości lekarza starożytnej Hellady. Jego uwagi o znaczeniu konstytucji, o wpływie wzajemnym ducha i ciała kierunku, do których teraz wracamy, to płody obserwacji klinicznej.

I gdyby Hippokrates żył w czasach dzisiejszych, byłby z pewnością uznany za lekarza wielkiego chociażby stał zdaleka od pracowni, mikroskopu i eksperymentu, co zresztą, jest całkiem nie do pomyślenia. Zapewne, wiele z tych dawno a trafnie zaobserwowanych faktów znalazło wytłomaczenie dzięki badaniom teoretycznym; mikroskop, pracownia, eksperyment odpowiedziały na wiecznie dręczące umysł ludzki pytanie: dlaczego? i stąd ich przodujące stanowisko w nauce, ale nie zapominajmy, że odrywanie lekarza od kontaktu z człowiekiem chorym grozi niebezpieczeństwem nauce naszej. A więc każdy, nawet drobny a dobrze zaobserwowany fakt godnie oceniać należy, tembardziej, że fakt taki daje nieraz dopiero impuls do właściwych badań laboratoryjnych.

Z drugiej zaś strony niezachwiana wiara w eksperyment, w badania mikroskopowe, chemiczne lub rentgenowskie prowadzi czasem na błąd, nie dlatego, żeby w samych tych badaniach tkwił błąd, lecz z powodu fałszywej interpretacji ich wyniku.

Sprawę tę mimochodem tu tylko poruszam, aby przywrócić pracom klinicznym należne im miejsce honorowe w badaniach naukowych.

Inna rzecz — gdzie szukać warsztatów tych badań naukowych, zarówno klinicznych jak i laboratoryjnych, z których ma tryskać źródło życia naszej prasy?

Praktyka prywatna z właściwym jej brakiem ciągłości obserwacji, którą najczęściej wśród naszej publiczności rozpoczyna jeden, kontynuuje drugi, a kończy trzeci lekarz — ta praktyka prywatna rzadko bywa terenem poważnej produkcji naukowej. Głównymi jej dostawcami muszą być kliniki i pracownie uniwersyteckie oraz oddziały szpitalne. Pierwsze już z racji swego przeznaczenia obowiązanym są zadaniem to mniej lub więcej zadawałającym spełniać, nasycić jednak rynku literacko-naukowego,

zwłaszcza wobec nadmiaru pism lekarskich, nie są w stanie. Główny więc ciężar zadania spoczywać powinien na licznych oddziałach szpitalnych. Nie będę tu mówił o oddziałach szpitalnych Wielko i Małopolski, za mało bowiem jestem wtajemniczony w ich pod tym względem działalność. Ale o oddziałach szpitalnych byłego zaboru rosyjskiego muszę powtórzyć to, co już przed laty kilkunastu wypowiedziałem, że ich wydajność naukowa stoi daleko poniżej przeciętnej poziomu, jakiego mielibyśmy prawo od nich wymagać. Poza kilkoma oddziałami szpitalnymi, które od czasu do czasu dają znać o swoim istnieniu, reszta śpi snem sprawiedliwych. Jeżeliby sądzić o liczbie oddziałów szpitalnych Kongresówki z prac, które z nich wychodzą, to możnaby było nabrać przekonania, że mamy ich potwornie mało, większość bowiem kierowników powtarza wygodny dla stojących zdala od nauki aforyzm: zadaniem szpitala jest leczenie chorych, naukę niech uprawiają kliniki. Nad fałszywością tego twierdzenia nie tu miejsce rozwozić się, nie tu miejsce przekonywać, że na badaniach naukowych chorzy tylko wygrywać mogą, z naciskiem jednak oświadczyć trzeba, że źródłem tej obojętności dla prac naukowych jest nasza ustawa szpitalna z jej dożywotniami ordynaturami: kto raz stanowisko takie zdobył, temu już do końca życia wolno traktować oddział szpitalny, jak swoją własność, z którą może postępować jak chce. I gdy dziesiątki rwących się do działalności naukowej adeptów medycyny marnują się do końca życia, choć mogliby coś pożytecznego zrobić, to faktyczni władcy posad ordynatorskich zadawała się lepszem lub gorszem odrabianiem swojej wizyty codziennej. Dopóki ordynatury dożywotnie nie będą zniesione, dopóty nie należy spodziewać się postępu w dziedzinie naszej naukowej pracy szpitalnej.

Do tej klęski ustawowej od lat kilkunastu przybyło drugie nieszczęście — komasowanie oddziałów: w ten sposób zagradza się znów drogę wielu młodym i dobrym siłom, skazanym na wyrzeczenie się szerszych aspiracji naukowych.

Pilną i palącą sprawę ordynatur szpitalnych przypominać należy przy każdej sposobności, poruszam więc ją, choć pobieżnie, i tutaj. Może będzie jedną z kropel, drażących skałę.

Do czynników, hamujących dążenia naukowe młodej generacji lekarskiej, należy względna łatwość zdobywania stanowisk, dających jakieś utrzymanie: w Kasach Chorych, instytucjach samorządowych, państwowych i prywatnych. Stąd brak emulacji. Można nie zadawać sobie trudu, aby się czemś w pracy naukowej odznaczyć, bo i tak posadka się znajdzie. Naturalnie, nie starczy tych posad dla wszystkich, ale wielu tą nienajezoną cierniami ścieżką wydobywa się na szerszy nawet gościniec.

W tym stanie rzeczy, oczywiście, zasób naszych prac naukowych nie może wystarczyć do zapełnienia łamów polskiej prasy lekarskiej, a wartość tych prac nie może stać na poziomie wysokim. Ale nie zraża to wcale do zakładania pism coraz to nowych.

(Dok. nast.)

Zygmunt Srebrny (Warszawa).

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Ze statystyki lekarskiej i sanitarnej.

Nasze błędy.

Podał

Dr. Adam CIAĞLIŃSKI (Warszawa).

Statystyka lekarska podług określenia Lexisa ma za przedmiot badanie osobników ludzkich, rozpatrywanych jako twory przyrody — Naturwesen — pod kątem widzenia zdrowia i choroby.

Podług Grotjaha statystyka lekarska jest podstawą każdego dochodzenia społeczno-patologicznego, albowiem rozpatruje przejawy chorobowe ludzi nie tylko podług ich różnorodności biologicznych, jak wiek, płeć, rasa, ale także podług ich różniczkowania socjalnego.

Statystyka sanitarna nie ma za przedmiot swych badań osobników ludzkich, lecz jedynie urządzenia i warunki sanitarne, wśród których ludzie żyją, i które oczywiście nie pozostają bez wpływu na ich zdrowie i życie.

O ile statystykę lekarską uprawiać winni lekarze lub statystycy zawodowi, dobrze obznajmieni z naukami przyrodniczymi i z patologią ludzką, o tyle statystyka sanitarna może być powierzona inżynierji sanitarnej.

Rzecz oczywista, że statystyka lekarska i statystyka sanitarna mają wiele punktów stycznych; tworzą one jakoby jedną całość, którą pewni badacze radziby określać nazwą: statystyka sanitarna — „jako że określenie to jest szersze i ściślej odpowiada treści omawianej dyscypliny (nauka o stanie zdrowotności i masowych objawach patologicznych w społeczeństwach ludzkich)”¹⁾.

Inni badacze, jak Mayr, używają obu tych nazw współrzędnie. Die Medizinalstatistik (oder Sanitäts- oder Gesundheitsstatistik).

W ostatnich czasach F. Zizek (Grundriss der Statistik. 2 Aufl. 1923), pragnąc statystykę przyczyn zgonów wyodrębnić ze statystyki ludności, przeniósł ją do nowego, przez siebie utworzonego, działu: „Statistik der gesundheitlichen Verhältnisse”.

Uznając pewne różnice zadań obu tych dyscyplin, — statystyki lekarskiej i statystyki sanitarnej — jednak wobec wielu punktów stycznych możemy o nich mówić jednocześnie, choćby w danym przypadku, kiedy, idąc za przykładem p. Prof. Kryńskiego, zabierającego od czasu do czasu głos w sprawie napotykanym błędów językowych, mówić zamierzamy, idąc za radą Prof. Westergaarda, o błędach, popełnianych w pracach statystycznych lekarskich.

Jednym z błędów, dość często popełnianych przy opracowaniach statystycznych nietyle może lekarskich, co sanitarnych, jest niedostateczne roz-

różnianie stosunków prawdopodobieństwa od stosunków koordynacyjnych.

Podług Lexisa stosunki, oparte na prawdopodobieństwie (Wahrscheinlichkeitsverhältnisse), przedstawiają się w postaci ułamków, których licznik wyrażony jest w jednostkach, które pośrednio albo bezpośrednio zawarte są w mianowniku tych ułamków. Te liczby stosunkowe (Verhältnisszahlen) mogą być genetyczne albo analityczne. Przy liczbach stosunkowych genetycznych licznik ułamka zawiera liczbę przypadków lub zdarzeń specjalnego rodzaju, które pochodzą z zespołu, tworzącego mianownik.

Przy liczbach stosunkowych analitycznych jednostki, tworzące licznik, należą do tego samego gatunku, co i jednostki mianownika, różniąc się jedynie jakimkolwiek bądź znakiem specjalnym.

Mianem stosunków koordynacyjnych oznaczamy takie stosunki zespołów statystycznych, które albo w zupełności, albo w części są od siebie niezależne.

Wzorem stosunku prawdopodobieństwa jest

$$\frac{m}{m+n}$$

np. liczba zmarłych (m) do liczby zmarłych (m) i tych, co z choroby wyszli (n) — stosunek genetyczny, albo

$$\frac{m}{m+m_1+m_2+m_3} \text{ — stosunek analityczny np.}$$

liczby blondynów (m) do liczby blondynów (m), szatynów (m₁), brunetów (m₂) i rudych (m₃.)

Typowym wyrazem stosunków prawdopodobieństwa jest ułamek rzeczywisty, którego licznik nie jest większy od mianownika, albo też ułamek, wzięty stokrotnie, czyli wyrażający prawdopodobieństwo w procentach. Rzecz oczywista, że najwyższą wartością ułamka rzeczywistego jest jedność, i wtedy mamy zamiast prawdopodobieństwa — pewność, która inaczej wyraża się w stu procentach (100%), stanowiących granicę stosunków prawdopodobieństwa.

Przy określaniu stosunków koordynacyjnych mamy do czynienia z dwoma rodzajami wielkości, np. z obszarem ziemi i z liczbą ludności, obszary te zamieszkującej; z obszarem pól i z ilością zbiorów i t. p.

Tak np. w Polsce w r. 1913²⁾ liczba owiec w tysiącach sztuk wynosiła 4,473, a w r. 1926 — 1,918.

W tymże roku 1926 na 100 hektarów gruntu przypadało 4,9 owiec, a na 1,000 ludności 63,5.

A we Francji w r. 1913 było owiec w tysiącach sztuk 16,176, a w roku 1926 — 10,775; na 100

¹⁾ Prof. Karaffa-Korbütt — Zarys Higjeny. Część I. Zasady statystyki sanitarnej. 1924. str. 24.

²⁾ Dane, wzięte z Rocznika Statystyki Rz. P. r. 1928.

hektarów przypadało owiec 1916, a na 1,000 ludności 264,5.

Zbiory wszechświatowe w milionach q.

Polska.	Pszenica.	Przeciętny zbiór z ha w q.	
	1926	1927	1926
	12,8	14,8	11,6
			13,0

Województwo Warszawskie:

klm. ²	Ludność	na 1 klm. ²
29,342	2,114,886	72,1

Jak widzimy z przytoczonych przykładów, stosunki koordynacyjne są wyrażane w ten sposób, że oznacza się liczbę jednostek jednego rodzaju (owce — w tysiącach sztuk lub w sztukach pojedynczych; pszenica — w milionach kwintali ($q = 100$ klg.), lub w kwintalach pojedynczych; ludność — w tysiącach lub w jednostkach i t. p.) w stosunku do pewnych mniejszych lub większych grup jednostek drugiego rodzaju (na 1 kilometr, na 100 hektarów, na 1 hektar, na 1,000 ludności i t. p.).

Gdyby nas kto zapytał, dlaczego oznaczamy zaludnienie Woj. Warszawskiego w postaci 72,1 na 1 kilometr kwadratowy, musielibyśmy wyjaśnić, że w procentach można oznaczać jedynie stosunek zespołów jednorodnych, a więc przy określaniu stosunków prawdopodobieństwa.

Jeżeli więc w tabliczce, obrazującej wynik akcji sanitarno - porządkowej, dołączonej do sprawozdania z działalności Departamentu Służby Zdrowia — (Warszawskie Czasopismo Lekarskie Nr. 16 z dn. 18 kwietnia 1929 r. str. 387) — znajdujemy zestawienie liczby domów mieszkalnych i liczby domów odnowionych, wyrażone w postaci procentowej — np. w Woj. Poznańskim:

Liczba domów mieszkalnych	Domy odnowione w miastach	%
45,319	15,497	34,2

to taki sposób zestawienia jest najzupełniej słuszny, bo liczba domów odnowionych w liczniku przeciwstawiona jest w mianowniku liczbie domów odnowionych i nieodnowionych podług wzoru.

$$\frac{m}{m+n} \cdot 100$$

Jeżeli jednak zaraz obok czytamy w temże Województwie Poznańskim:

Celowo urządzone i utrzymywane ustępy w miastach. Liczba:	%
93,152	205,5

to podobnego zestawienia nie możemy uznać za prawidłowe, albowiem nie można określać procentowo ustępów, najbardziej nawet celowo urządzonych i utrzymywanych, w zestawieniu z liczbą domów wogóle — jak nie możemy procentowo określać liczby owiec w zestawieniu z liczbą ludności, lub liczbą hektarów gruntu.

Jeżeli chodzi o scharakteryzowanie zaopatrzenia domów mieszkalnych w celowo urządzone i utrzymywane ustępy, to należałoby ustalić liczbę domów, ustępów takich zgoła pozbawionych — d_0 liczbę domów, zaopatrzonych w jeden ustęp — d_1 liczbę domów, posiadających 2, 3, n. ustępów — d_2, d_3, d_n — i określić stosunek prawdopodobieństwa analitycznego podług wzorów:

$$\frac{d_0}{d_0 + d_1 + d_2 + d_3 + d_n} \quad \frac{d_1}{d_0 + d_1 + d_2 + d_3 + d_n}$$

i t. d., i dopiero podług tych wzorów ustanowione stosunki procentowe dawałyby właściwą miarę zaopatrzenia domów w miastach w ustępy.

Domów bez ustępów	— $a\%$
„ z 1 ustępem	— $b\%$
„ „ 2 ustępami	— $c\%$
„ „ n. ustępami	— $d\%$
	100%

Powyższy sposób oznaczania stopnia zaopatrzenia domów mieszkalnych w ustępy jedynie pozwala na zorientowanie się, jak sprawa ta stoi na poszczególnych obszarach kraju.

Bo gdyby nawet obliczenia, przeprowadzone podług metody, przyjętej przez autora sprawozdania, wykazały, że procent celowo urządzonych i utrzymywanych ustępów we wszystkich 17 województwach wynosi przeciętnie nie 98,9%, ale, jak w Województwie Poznańskim, 202,5%, to i tak dałoby nam odpowiedzi na pytanie, jaki jest procent domów, wcale nieposiadających ustępów, celowo urządzonych i utrzymywanych.

Bo jeżeli art. 251 i 252 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 lutego 1928 r. o prawie budowlanem są choć w części wykonywane, to obok domów mieszkalnych, posiadających wymagany przez artykuły te stosunek liczbowy ustępów do liczby mieszkań, jeden ustęp na jedno mieszkanie, muszą istnieć i liczne domy, które celowo urządzone i utrzymywane ustępów nie posiadają wcale. A to ze względu higieny miast jest wszak najważniejsze.

Wiadomości bieżące.

— Od Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych otrzymaliśmy:

Protokół posiedzenia Zarządu Związku Przeciwwenerycznego, z dnia 3 stycznia 1929 r.

Obecni: Prof. Krzyształowicz, Dr. I. Adamski, Dr. L. Wernic, Dr. J. Reise, Dr. M. Wowkonowicz, Dr. W. Borkowski.

1. Przyjęto protokół z posiedzenia z dnia 23 grudnia 1928 r.

2. Uchwałę Kasy Chorych m. Warszawy, zgłoszoną przez delegata Kasy Chorych i członka Zarządu Związku Przeciwwenerycznego dra Jerzego Reise, zreasumowano, stwierdzając, że podpis b. naczelnego lekarza Kasy Chorych m. Warszawy dra Franciszka Grodeckiego na statucie Związku Prze-

ciwwenerycznego uważać należy, jako podpis przedstawiciela Kasy Chorych m. Warszawy, mocą którego Kasa Chorych m. Warszawy jest członkiem założycielem Związku.

3. Uchwalono podzielić całokształt działalności Związku Przeciwwenerycznego na następujące działy:

Dział I. leczniczy, którego kierownictwo powierzono drowi Marjanowi Wowkonowiczowi;

Dział II. organizacyjno-społeczny — kierownictwo powierzono drowi Janowi Adamskiemu;

Dział III. wydawniczo-propagandowy — kierownictwo powierzono drowi Leonowi Wernicowi.

4. W sprawie podania o subwencję na cele leczenia dziewcząt upadłych w zakładzie wychowawczym „Przystań” w Henrykowie uchwalono zbadać działalność tej instytucji przez delegatów Związku.

5. Sprawę zgłoszenia akcesu przez Związek w charakterze członka „L'Union Internationale contre le péril vénérien” powierzono Działowi III.

6. Ustalenie terminu walnego zebrania Związku uchwalono odłożyć.

7. Uchwalono ustalić, jako termin ostateczny wpłacania składek członkowskich za rok 1928, dla Kasy Chorych dzień 1 marca 1929 r., dla innych instytucji — ustalić dzień 1 marca 1929 r. jako termin ostateczny wpłacania składek członkowskich, przypadających za rok 1929.

8. Uchwalono stałe pobory dla sekretarza w wysokości 150 zł. miesięcznie, poczynwszy od dnia 1 lutego 1929 r., oraz djety wyjazdowe w wysokości 15 zł. za każdą dobę.

Przewodniczący: (—) Fr. Krzyształowicz,
Sekretarz: (—) Borkowski.

— Konkurs na stanowisko dyrektora Instytutu Głuchoniemych i Ociemniałych w Warszawie.

Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego ogłosiło konkurs na stanowisko dyrektora Instytutu Głuchoniemych i Ociemniałych w Warszawie.

O powyższe stanowisko ubiegać się mogą kandydaci, którzy ukończyli studia w uniwersytecie lub w innym zakładzie naukowym i nabyli doświadczenia pedagogicznego, tudzież obeznani są z metodami uczenia i wychowania głuchoniemych i ociemniałych.

Udokumentowane podania wnosić należy do Kuratorium Okręgu Szkolnego Warszawskiego w Warszawie, Aleje Ujazdowskie 20.

— XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie.

(Okólnik Nr. 3).

Komitet organizacyjny zjazdu podaje do wiadomości obecny stan prac przygotowawczych.

I. Termin Zjazdu 26 — 29 września 1929.

II. Ostateczny skład sekcji naukowych:

Sekcja Nr. 1. (Nauk matematycznych, fizycznych i astronomicznych). Przew.: prof. dr. Wiktor Staniewicz. Zast. przew.: prof. dr. Władysław Dziewulski i prof. dr. Wacław Dziewulski. Sekr.: prof. dr. J. Rudnicki, zast. sekr.: prof. dr. Stefan Kempisty. Biuro sekcji: Obserwatorium astronomiczne U. S. B. Zakretowa 15.

Sekcja Nr. 2. (Chemji). Przew.: prof. dr. M. Hłasko, zast. przew.: prof. dr. E. Bekier. Sekr.: mg. Osman Achmatowicz. Biuro: Zakład chemji nieorganicznej U. S. B. ul. Nowogródzka 22.

Sekcja Nr. 3. (Geologii, geografji, mineralogji i paleontologii). Przew.: prof. dr. B. Rydzewski. Zast. przew.: prof. dr. M. Limanowski. Sekr.: dr. P. Radziszewski. Biuro: Zakład Geologii U. S. B. ul. Zakretowa 15.

Sekcja Nr. 4. (Anatomji, zoologii i antropologji). Przew.: prof. dr. M. Reicher. Zast. przew.: prof. dr. Szeliga-Mierzeyewski. Sekr.: dr. Jan Prüffer. Biuro: ul. Słowackiego 15.

Sekcja Nr. 5. (Botaniki). Przew.: prof. dr. Józef Trzebiński. Zast. przew.: prof. dr. Piotr Wiśniewski. Sekr.: Bronisław Szakien. Biuro: Zakład Botaniki Rolniczej U. S. B. ul. Objazdowa 2 (Coll. J. Piłsudskiego).

Sekcja Nr. 6. (Przyrodniczo-dydaktyczna). Przew.: dr. Zygmunt Fedorowicz (ul. Mała Pohulanka 1). Sekr.: Zygmunt Hryniewicz nauczyciel gimn. ul. Dominikańska 3.

Sekcja Nr. 7. (Przyrodniczo-rolnicza). Przew. prof. dr. Stefan Bzarewski. Sekr.: inż. Józef Szystowski. Biuro: Zakład uprawy roli i roślin U. S. B. ul. Objazdowa 2.

Sekcja Nr. 8. (Anatomji patologicznej i medycyny sądowej). Przew.: prof. dr. K. Opoczyński. Zast. przew.: prof. dr. S. Schilling-Siengalewicz. Sekr.: dr. Z. Jakubowski. Biuro: Zakład Anatomji patologicznej U. S. B. Wilno, Antokol.

Sekcja Nr. 9. (Bakterjologii, higieny i medycyny społecznej). Przew.: prof. dr. Kazimierz Karaffa-Korbitt. Zast.: prof. dr. T. Gryglewicz i dr. G. Sztolcman. Sekr.: doc. dr. Safarewicz. Biuro: Zakład Higieny U. S. B. Antokol, Szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 10. (Fizjologii, chemji fizjologicznej, patologji doświadczalnej i farmakologii). Przew.: prof. dr. C. Traczewski. Zast. przew.: prof. dr. M. Eiger. Sekr. doc. dr. E. Czarnecki. Biuro: Zakład fizjologii U. S. B. Zakretowa 15.

Sekcja Nr. 11. (Medycyny wewnętrznej). Przew.: prof. dr. Z. Orłowski. Zast. przew.: dr. Leon Klott. Sekr.: dr. Kuncewiczówna i dr. Cynkulisówna. Biuro: I Klinika chorób wewnętrznych U. S. B. szpital św. Jakóba.

Sekcja Nr. 12. (Chirurgji). Przew.: prof. dr. K. Michejda. Sekr.: dr. Żemojtel. Biuro: Klinika chirurgiczna U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 13. (Radjologii). Przew.: dr. Leon Sułkowski. Sekr.: dr. Wł. Gimbutt. Biuro: Wilno Szpital kolejowy.

Sekcja Nr. 14. (Ortopedji). Przew.: dr. A. Zalewski. Biuro: Klinika chirurg. U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 15. (Otolaryngologii). Przew.: prof. dr. J. Szmurło. Zast. przew.: dr. F. Świeżyński. Sekr.: dr. Tadeusz Wąsowski i dr. P. Rozwadowski. Biuro: Klinika uszna. Antokol.

Sekcja Nr. 16. (Pedjatriji). Przew.: prof. dr. W. Jasiński. Sekr.: dr. H. Kaulbersz-Marynowska. Biuro: Klinika chorób dzieci. Antokol szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 17. (Chorób nerwowych). Przew.: prof. dr. Stanisław Władyczko. Zast. przew. dr. A. Falkowski. Sekr.: dr. Janina Hurynowiczówna. Biuro: Klinika neurologiczna U. S. B. Szpital św. Jakóba.

Sekcja Nr. 18. (Psychjatriji). Przew.: prof. dr. R. Radziwiłłowicz. Sekr.: dr. H. Jankowska. Biuro: Klinika psychiatryczna U. S. B., ul. Letnia 5, Antokol.

Sekcja Nr. 19. (Okulistyki). Przew.: prof. dr. J. Szymański. Zast. przew.: dr. Halecki. Sekr.: doc. dr. Abramowicz. Biuro: Klinika oczna U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 20. (Ginekologii i położnictwa). Przew.: prof. dr. W. Jakowicki. Sekr.: dr. Zaleski. Biuro: Klinika ginekologiczna U. S. B. Bogusławskich 3.

Sekcja Nr. 21. (Chorób skórnych i wenerycznych). Przew. dr. Hanusewicz. Zast. przew. dr. M. Mienicki. Sekr.: dr. E. Sawicki. Biuro: Klinika chorób Skórnych U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 22. (Stomatologii). Przew.: dr. A. Mancewicz. Zast. przew.: lek. dent. Adam Wolański. Sekr.: A. Mikulski.

Biuro: ul. Wileńska 26 m. 6 (w mieszkaniu lek. dent. A. Wolańskiego).

Sekcja Nr. 23. (Historji i filozofji medycyny). Przew.: prof. dr. Stanisław Trzebiński. Sekr. doc. dr. Czarnecki. Biuro: Seminarjum Historji medycyny U. S. B. Collegjum Świętojańskie.

Sekcja Nr. 24. (Medycyny wojskowej). Przew.: pułk. lek. dr. Szczepan Ordyłowski. Grodno D. O. K. Zast. przew.: ppłk. lek. dr. J. Bohuszewicz. Sekr. mjr. lek. dr. Jan Pióro. Biuro w mieszkaniu sekretarza szpitala wojskowego.

Sekcja Nr. 25. (Nauk farmaceutycznych). Przew.: prof. dr. J. Muszyński. Zast. przew. Wład. Sokołowski. Sekr.: inż. W. Strażewicz. Biuro: Zakład farmakognozji U. S. B. ulica Objazdowa 2.

Sekcja 25. (Weterynarii). Przew: lek. wet. Apoloniusz Głuchowski ul. Jagiellońska 7 m. 9. Sekr.: lek. wet. Antoni Nowicki ul. Zygmuntowska 12, Biuro tamże.

Sekcja Nr. 27. (Prasy lekarskiej i przyrodniczej) Przew. prof. dr. J. Szmurło. Zast. przew.: dr. Jan Prüffer. Biuro: Klinika otolaryngologiczna U. S. B. Antokol.

Program Zjazdu w najogólniejszych zarysach ustalono następująco: Każdego dnia odbędzie się jedno plenarne posiedzenie z referatem bez dyskusji. Posiedzenia te trwać będą około godziny (od 9—10). poczem się rozpoczną obrady sekcyjne. Na zaproszenie komitetu organizacyjnego wykłady na plenarnych posiedzeniach wygłoszą: W pierwszym dniu Zjazdu prof. dr. Leon Marchlewski z Krakowa na temat: Przemiana materji w ustroju zwierzęcym a roślinnym, w drugim dniu prof. dr. Emil Godlewski z Krakowa na temat: Starość i śmierć jako zjawiska biologiczne, w trzecim dniu prof. dr. E. Piasecki z Poznania na temat: Biologiczne podstawy wychowania fizycznego, w czwartym i ostatnim dniu prof. dr. Witold Nowicki ze Lwowa na temat: Zagadnienie choroby raka w nauce i życiu społecznym. Ponadto zamierzone jest poświęcenie części ostatniego posiedzenia pamięci J. Mianowskiego z powodu 50-lecia jego śmierci. Przemówienie wygłosi prof. Wrzosek z Poznania.

Programowe wykłady w sekcjach ogłoszone będą przez poszczególne sekcje.

Komitet organizacyjny prosi wszystkich lekarzy i przyrodników, którzy zgłoszą referaty w sekcjach o nadsyłanie tematów wraz ze streszczeniami przed dniem 31 sierpnia. W Pamiętniku Zjazdu wykłady ogólne będą drukowane w całości; na referaty programowe w sekcjach rezerwuje się cztery stronicę druku, na referaty mniejsze po pół stronicę.

W myśl postanowień Statutu Zjazdów § 25 na posiedzeniach sekcyjnych prelegenci mają prawo mówić 20 minut. W dyskusji wolno zabierać głos dwa razy, mówić wolno minut 10.

Sekcja mieszkaniowa apeluje do wszystkich członków i uczestników Zjazdu o zgłaszanie swego udziału przed dniem 31 sierpnia. Jest to potrzebne ze względu na wygodne rozmieszczenie i na przygotowanie odpowiednich mieszkań. Zgłaszać się należy na ręce przewodniczącego sekcji d-ra H. Rudzińskiego, ul. Wielka 51 (wojew. Urząd Zdrowia) z podaniem życzenia co do mieszkania. (mieszkanie w hotelu, w domach prywatnych, w klinikach).

Dla członków i uczestników Zjazdu są przewidziane niżki kolejowe w granicach przyjętych przez Zarząd Kolejowy (66⁰/₁₀-owa niżka w drodze powrotnej).

Sekcja wycieczkowa organizuje szereg wycieczek w bliższe i dalsze okolice Wilna. Bliższe szczegóły poda do wiadomości sekcja wycieczkowa, na której czele stoją prof. Limanowski i prof. Rydzewski. Zwiedzanie miasta odbędzie się pod kierownictwem uproszonego w tym celu prof. Ruszczyca.

W czasie Zjazdu zorganizowana będzie wystawa. Na czele sekcji wystawowej stoi prof. Muszyński (Wielka 24).

Wysokość wkładki za udział w Zjeździe ustalono dla członków na zł. 30, dla uczestników — zł. 20. Komitet organizacyjny prosi wszystkich członków i uczestników o nadsyłanie wkładki przy zamawianiu mieszkania do P. K. O. konto Nr. 81309 (skarbnik dr. W. Bądryński).

(—) Prof. Michejda m. p. (—) Prof. Januszkiewicz m. p.

Generalny Sekretarz

Przewodniczący

— Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Ciechocinku w ścisłym porozumieniu z Zarządem Zdrojowiska, Komisją Zdrojową oraz Gminą i Stowarzyszeniem Właścicieli Nieruchomości w Ciechocinku, po uzyskaniu aprobaty Departamentu Służby Zdrowia M. S. W. organizuje w Ciechocinku II trzydniowy Kurs dokształcający dla Lekarzy w dniach 1, 2 i 3 września r. b.

Niezwykłe powodzenie zeszłorocznego Kursu, na który zapisało się 320 lekarzy, zawniżyło udziałowi wybitnych przedstawicieli świata lekarskiego, a stąd wysokiemu poziomowi wykładów oraz trafnemu wyborowi tematów, żywo interesujących lekarzy praktyków.

Komitet Organizacyjny, dążąc do postawienia tegorocznego Kursu na równie wysokim poziomie, zwrócił się z prośbą o wygłoszenie odczytów do P. P. prof. St. Ciechanowskiego (Kraków), prof. d-ra A. Gluzińskiego (Warszawa), prof. Fr. Gröera (Lwów), prof. d-ra L. Hirsfelda (Warszawa), doc. d-ra T. Janiszewskiego (Kraków), prof. d-ra W. Jezierskiego (Poznań), prof. d-ra A. Karwowskiego (Poznań), prof. d-ra J. Nowaka (Kraków), prof. d-ra J. Piltza (Kraków), prof. d-ra A. Rosnera (Kraków), doc. d-ra A. Sabatowskiego (Lwów), prof. d-ra B. Sawickiego (Warszawa), doc. d-ra M. Semerau-Siemianowskiego (Warszawa), prof. d-ra J. Szmurły (Wilno), prof. d-ra S. W. rzejewskiego (Poznań).

Większość wymienionych prelegentów przyrzekła już swój współudział w Kursie.

Uczestnicy Kursu mają zapewnione mieszkanie (bezpłatne) w zdrojowisku i ulgi kolejowe.

Komitet projektuje szereg rozrywek i wycieczek podczas trwania i po skończonym Kursie (m. innemi na Wystawę do Poznania).

Dokładny program będzie ogłoszony we właściwym czasie. Ze względów mieszkaniowych liczba uczestników Kursu jest ograniczona do 300.

W imieniu Kursów Dokształcających:

Dr. W. Przywiczski Naczelnik	Prof. Dr. E. Loth, Przewod-
Wydz. Zakł. lecz. i Uzdr. Dep.	niczący K. K.
Sł. Zdr. M. S. W.	
Inż. St. Kozłowski, Dyr. Państw.	Doc. Dr. L. Lorentowicz, za-
Zakł. Zdr. w Ciechocinku	stępca przewodniczącego.
Dr. J. Dembicki, Przedstawiciel	Dr. C. Hoppe, Sekretarz K.K.
Kom. Zdr. w Ciechocinku.	Dr. K. Ciągłinski
A. Koperkiewicz, Burmistrz	Pułk. dr. J. Drac
m. Ciechocinka, Skarbnik K.K.	Dr. T. Fafius
At. Żurkowski, Prez. Stow. Nieruch.	Dr. P. Rudzki
w Ciechocinku.	

— Dn. 1-go maja r. b. założone zostało „Stowarzyszenie lekarzy zdrojowych w Inowrocławiu”. Członkami założycielami są lekarze miejscowi w liczbie 23.

Stowarzyszenie ma na celu współdziałanie rozwojowi Inowrocławia, pielęgnowanie umiejętności lekarskich z zakresu balneologii, trzymanie straży nad czcią i godnością stanu lekarskiego, obronę spraw zawodowych lekarzy zdrojowych, budzenie i rozwój życia koleżeńkiego i towarzyskiego wśród członków.

Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Inowrocławiu przestrzega kodeksu zwyczajowy Wydziału Klimato-balneologicznego Warszawskiego Tow. Higienicznego z r. 1913 oraz wskazania ogólne Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej.

Do zarządu wybrani zostali dr. med.: Henryk Zborowski—prezesem, Józef Pawlak—wice-prezesem, Roman Gutowski—sekretarzem, Stefan Nowakowski—skarbnikiem. Do komisji rewizyjnej weszli: dr. dr. Tomasz Graczykowski, Jan Wiernicki i Stanisław Sroczyński.

Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Inowrocławiu dążyć będzie do rozwoju miejscowego zdrojowiska wiedzą fachową

— Nr. 9-ty „Dziecka i Matki” zawiera: wiersz M. Znatorwicz-Szczepańskiej „W drodze”, artykuły: „Zaczątki i rozwój psychologii wczesnego dzieciństwa” J. Zawirskiej, „Dzieci łatwe do prowadzenia” N. Jastrzębskiej, „Znaczenie wychowawcze ogródków” J. Prażmowskiej, „Wychowanie estetyczne” M. Wąsowicz-Sopoćkowej, „Odżywianie sztuczne niemowlęcia do roku

życia” M. Morzkowskiej, „O schorzeniach skóry u dzieci” dr. M. U. Niepokoyczyckiej, „O schorzeniach skóry”, „O gruczołach” Dr. M. Dziadyk-Kłosińskiej.

— Nr. 10 dwutygodnika „Dziecko i Matka” przynosi na wstępie artykuł S. Lewartowicz „Poszanowanie osobowości dziecka a kwestja wpływu wychowawczego” streszczający najważniejsze punkty obrad Kongresu Paryskiego. W artykule „Dzieci łatwe do prowadzenia” J. Strzelecka wykazuje ujemne cechy tego zjawiska. M. Grzywo Dąbrowska podaje szereg praktycznych rad na temat wyboru miejscowości na lato. Dr. A. Kłesk wykazuje błędy matek w artykule „Różne zachowania się dzieci w chorobie”. M. Morzkowska ułatwia pracę matkom artykułem „Rozłożenie i przyrządzanie posiłków w okresie niemowlęctwa”. Dr. M. U. Niepokoyczycka pisze „O schorzeniach skóry”. Nowela Ewy Szelburg „Pajaczek” w subtelny sposób wykazuje konieczność docierania w istotę najgłębszych przeżyć dziecka.

TREŚĆ: M. GOLDBAUM. Leczenie gościa, dny i nerwobólów szczepieniami skórnymi „Cutivaccin Paul”. (Dok.) — W. SZENWIC. W sprawie postępowania leczniczego w przypadkach położenia twarzyczkowego. — WŁ. STERLING. Stygmatyzacja i psychogeneza odżywczych zaburzeń skórnych. (Dok.) — B. GOLDSTEIN. Dietetyka z punktu widzenia równowagi jonów. (Str. zbior.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich — Zjazdy. — Z. SREBRNY. Prasa lekarska w Polsce Odrodzonej. — A. CIĄGLIŃSKI. Statystyka lekarska i statystyka sanitarna. Nasze błędy — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. GOLDBAUM. Traitement du rhumatisme, de la goutte et des névralgies par le „Cutivaccin Paul” (fin.) — W. SZENWIC. A propos du traitement des cas de présentation de face. — L. STERLING. Stigmatisation et psychogenèse des troubles trophiques de la peau. — B. GOLDSTEIN. Le diététique au point de vue de l'équilibre des ions (Rev. gén.) — S. SREBRNY. La presse médicale dans la Pologne ressuscitée. — A. CIĄGLIŃSKI. La statistique médicale et la statistique sanitaire. Nos erreurs.

WARUNKI PRENUMERATY:

W Warszawie 12 Zł., na prowincji 14 Zł., zagranicą 16 Zł. kwartalnie.

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O. 86-96.

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

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej r.

Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich. Warszawa, Zielna 47. Tel. 19-57.

