

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI. Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

Rok VIII

WARSZAWA, 16 KWIETNIA 1931 R.

Nr. 16

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

O fizjopatologii choroby Basedowa.*)

Podał

Jerzy GLASS (Warszawa)

(Dokończenie — p. № 15).

Jeśli idzie o gospodarkę mineralną, to gospodarka chlorowa nie wykazuje tu naogół większych osobliwości. Jedynie drogą podskórnego lub doustnego obarczenia solą kuchenną udaje się tu nieraz stwierdzić nadmiernie szybkie wydalenie sodu i chloru z ustroju.

Charakterystyczny jest natomiast dla choroby Basedowa, jak i dla dośw. hipertyreozы, ujemny bilans wapniowy, który objawia się nadmierną utratą wapnia w moczu (Parrhon i Cahane, Schittenhelm i Eisler, Heath, Bauer i Aub, Leicher.) W tej utracie wapnia szukano już przyczyny wzmożonej pobudliwości układu nerwowego w hipertyreozach. Jednak poziom wapnia we krwi wykazuje tu albo tylko nieznaczne obniżenie, albo też znajduje się w granicach prawidłowych (Herzfeld, Zondek, Castex).

Z innych właściwości gospodarki ustrojowej Basedowika wspomnę tu jeszcze o zmniejszeniu poziomu cholesteryny we krwi chorego na chorobę Basedowa (Laroche, Epstein i Lande, Nichols i Perlzweig, Leupold, Seiser, Piglini i de Poli, Sestini i t. d.), dalej o nadmiernej utracie fosforu przez ustrój Basedowika (Scholz i inni), wspomnę tu jeszcze o zaburzeniach krzepliwości (Fonio, Falta) i lepkości krwi (Hellwig i Neuschloss), wreszcie o zwiększeniu ilości katalazy we krwi chorego na chorobę Basedowa (Winternitz i Peck, Jaszczenko, Bach, Timofiejewa i t. d.), które to zjawisko wiąże się zapewne ściśle ze wzmożonym spalaniem tkankowym w jego ustroju.

Jeżeli teraz spojrzeć retrospektywnie na pato-

logię czynnościową choroby Basedowa, to cechą jej najcharakterystyczniejszą jest ów stan nadmiernej mobilizacji rezerw, stan, który wskazuje na nieekonomiczność jego ustroju.

Chory na chorobę Basedowa przypomina do złudzenia pod kątem widzenia patologii czynnościowej człowieka zdrowego, znajdującego się w okresie wytężonej pracy fizycznej.

Analogia ta znajduje przedewszystkiem swój wyraz w nadmiernym zużyciu tlenu, we wzmożeniu przemiany podstawowej; analogję tę spotykamy dalej w zaburzeniu przemiany glikogenowej, w zmniejszeniu rezerw glikogenu, w tworzeniu nadmiernem kwasu mlekowego, w powstaniu kwasicy mlekowej i w jej skutkach, a więc np. w przesunięciu chloru do krwinek, które stwierdzałem z reguły również u ludzi, znajdujących się w stanie kwasicy wysiłkowej. Analogia ta dyktowana jest dalej mobilizacją gospodarki tłuszczowej i gospodarki białkowej, jak również nadmierną utratą wody w pocie. Analogia ta znajduje dalej swój charakterystyczny wyraz w zachowaniu się krążenia, w tachykardji, we wzmożeniu rzutu minutowego serca, w zwiększeniu ilości krwi krążącej, w rozszerzeniu kapillarów obwodowych. Podobieństwo to uzasadnione jest wreszcie zmianami fizyczno-chemicznymi hemoglobiny, zmianą jej powinowactwa do tlenu, obniżeniem krzywych dysocjacji tlenu we krwi i zwiększeniem punktu izoelektrycznego hemoglobiny, zmianami, które spotykałem również z reguły u ludzi, znajdujących się w warunkach wytężonej pracy fizycznej.

Wszystko to świadczy o tem, że chory na chorobę Basedowa zachowuje się, jak człowiek zdrowy w czasie pracy, wszystko to wskazuje na nieekonomiczność jego ustroju, na nadmierne zużycie rezerw.

Powyższa nieekonomiczność ustroju Basedowika ujawnia się najdobitniej w czasie wykonywania pracy fizycznej przez niego,

Na wykonanie tej samej pracy, na którą człowiek zdrowy zużywa np. 10 kaloryj, chory na chorobę Basedowa zużywa 20 kaloryj, a nawet więcej

*) Wg. odczytu wygłoszonego dn. 7 lutego 1931 r. na posiedzeniu Sekcji klinicznej Pol. Tow. Med. Społ. w Warszawie.

(Boothby, Kisch, Glosse, Bernhardt, Thad-dea, Lauter, Bansi).

Również i zachowanie się krążenia w czasie pracy wykazuje tęże nieekonomiczność jego ustroju. Dla wykonania teje samej pracy np., dla której wykonania rzut minutowy serca człowieka zdrowego zwiększa się do 7—8 litrów, u Basedowika rzut minutowy serca dochodzi do fantastycznych liczb 20—25 i 30 litrów na minutę. Również i ciśnienie krwi, które, dajmy na to, u człowieka zdrowego przy wejściu na 2 piętro podnosi się ze 120 na 150 mm. rtęci—u chorego na chorobę Basedowa zwiększa się często nawet do 200 mm.

Wskutek powyższej nieekonomiczności ustroju serce Basedowika wykonywać musi stale niewspółmiernie wielką pracę. Tak np., o ile serce zdrowego człowieka o wadze 70 kilo przy wejściu na 2 piętro wykonywa pracę przeciętnie 10 kilogramo-metrów, serce chorego na chorobę Basedowa wykonywa pracę 30, 40 i 60 kgm.

Tem się tłumaczy, że serce, które pracuje w takich warunkach, znajduje się stale w warunkach utajonej niedomogi, i wystarcza najczęściej najmniejszy wysiłek, najmniejsza praca, żeby serce to ujawniło swą niedomogę czynnościową.

* * *

Największe trudności w patologii choroby Basedowa następcza próba przeprowadzenia ścisłej korelacji między zmianami anatomicznymi tarczycy a jej aktywnością czynnościową, a co za tem idzie, obrazem klinicznym hipertyreozy.

Jak wiadomo, klasycznym podłożem morfologicznym choroby Basedowa jest t. zw. *struma Basedowiana*, zmiany patologiczne tarczycy, które noszą nazwę od czasów Kochera *struma hyperplastica parenchymatosa teleangiectodes*, a według nowej terminologii zwane *struma cylindro-epithelialis papillaris*, z jej typowym przerostem i bujaniem wyrosła brodawkowych, z jej nabłonkiem cylindrycznym, zamiast prawidłowego sześciennego, z jej rozszerzonymi naczyniami, a co najważniejsza, z jej skąnym, wodnistym, słabo się barwiącym koloidem.

Oddawna jednak zwrócono już tu uwagę na to, że często zmiany anatomiczne tarczycy są zupełnie inne.

Obok typowych *struma Basedowiana* spotyka się tu nieraz zwykłe wole koloidowe, t. zw. *struma macrofollicularis colloides*, napotyka się tu nieraz dalej wole miększe, t. zw. *struma parenchymatosa microfollicularis*, nieraz podkładem anatomicznym będzie tu wole guzkowate, t. zw. *struma nodosa*, wreszcie bywa i tak, że obraz histologiczny tarczycy w różnych swych odcinkach jest różny (Troell, Farnier, Haemig, Simmonds, Kaufman, Tendeloo, Sternberg).

Przytoczę tu np. wyniki badań prosektora zakładu patologicznego szpitala am Urban w Berlinie, Mayera, który pod tym kątem widzenia zestawił materiał tarczycy Zondeka z ostatnich 2 lat.

Z pracy jego wynika, że obok typowych *struma Basedowiana* w szeregu przypadków, mimo pełnego obrazu klinicznego choroby Basedowa, podłożem histologiczne odpowiadało zwykłemu wolu koloidowemu, a więc wolu względnie nieczynnemu; z drugiej strony w szeregu przypadków poronnych choroby Basedowa wygląd nabłonka i kształt pęcherzyków

tarczycy odpowiadał zmianom, spotykanym w najcięższych postaciach choroby Basedowa.

Z materiału jego wynika, że wygląd i kształt nabłonka i pęcherzyków tarczycy wogóle nie pozwala ocenić ciężkości schorzenia i nasilenia obrazu chorobowego. Jedynym jeszcze objawem, idącym częściowo w parze z obrazem klinicznym, jest ilość i barwliwość koloidu. Im jest go mniej, im bardziej jest wodnista i im gorzej się barwi — tem cięższej hipertyreozie odpowiada.

Ciekawym zjawiskiem jest dalej, że wole guzkowate, t. zw. *struma nodosa*, które w Ameryce daje najczęściej objawy toksyczne i zespół chorobowy hipertyreotyczny t. zw. „toxic adenome”, w Europie, jak to wynika z wielkich materiałów klinik szwajcarskich (porówn. Wegelin, Isenschmidt), jest najczęściej wolem nieczynnym.

Próby morfologicznej klasyfikacji amerykańskiej (Plummera, Boothbyego i innych), opartej na odróżnieniu t. zw. „exophthalmic goiter” czyli choroby Basedowa, i t. zw. „toxic adenome”, którego podłożem morfologicznym jest wole gruczolakowate — *struma nodosa*—również zawiodły.

W świetle krytyki prac europejskich okazuje się, że prawie wszystkie kryteria różniczkowe obu tych postaci chorobowych są płynne, i że w wielu przypadkach niepodobna na podstawie tych cech różniczkowych obie te postaci chorobowe rozróżnić.

Spotyka się, mianowicie, nieraz typowy obraz chorobowy Basedowa ostrego, którego podłożem anatomicznym jest wole guzkowate, *struma nodosa*, a z drugiej strony istnieją postaci kliniczne „toxic adenome”, gdzie podłożem anatomicznym jest rozlana *struma Basedowiana* (Bauer, Falta, Wegelin i t. d.).

W obecnym stanie nauki o hipertyreozie jedyną wogóle możliwą klasyfikacją choroby Basedowa jest, jak mi się wydaje, klasyfikacja czysto kliniczna, oparta z jednej strony na sposobie powstawania zespołu Basedowalnego, a z drugiej strony na nasileniu poszczególnych objawów chorobowych. Nie mogąc tu omawiać obszernie uśłowiań klasyfikacyjnych poszczególnych autorów, podam tu jedynie jakby szkic klasyfikacyjny, który w przybliżeniu odpowiada obecnym tendencjom klasyfikacyjnym. W szkicu tym starałem się sklasyfikować wzajemnie obok siebie różne postaci kliniczne hipertyreozy, będące często jedynie synonimami, nie nadając im nowych nazw, lecz posługując się nazwami, wprowadzonymi już przez poszczególnych autorów.

Podział hipertyreoz.*)

- I. Klasyczna choroba Basedowa.
- II. Hipertyreozы poronne.

1. pierwotne (t. zw. tyreotoksykozy; formes frustes Pierre Marie).

*) W nawiasach podane nazwy są mniejwięcej synonimami. Pewne zastrzeżenia mieć można, co do umieszczenia w odpowiednich rubrykach Basedowoidu Sterna i Parabasedowa Labbégo, albowiem Basedowoid wg. opisu Sterna różni się od Praebasedowa Zondek'a tem, że jest on stanem jakby stacjonarnym, który nie przechodzi w chorobę Basedowa; co się tyczy Parabasedowa Labbégo, to wg. jego opisu nie jest on właściwie hipertyreozą. Jednak wobec tego, że obraz kliniczny tych postaci nie różni się niczem od innych tu podanych jednostek, umieściłem je wspólnie z nimi w tych samych nawiasach.

2. wtórne a) (*struma basedowificata* Kochera, *goitre basedowifé* Revillodea i Pierre Marie)
- b) *toxic adenome* Plummera i Boothbyego.

III. Hipertyreozы przedwstępne.

1. (Praebasedow Zondeka; Basedowoid Sterna)
2. (Konstytucja hipertyreoidalna Bauera; typ B nerwicy wegetatywnej Jaensch; Parabasedow Labbégó).

IV. Tyreozы mieszane (t. zw. Mischthyreosen Zondeka).

Klasyfikacja powyższa nie przesądza ani czynnika etjologicznego ani podłoża anatomicznego. Jest ona klasyfikacją czysto kliniczną i do tych celów jedynie służy. Omawiać obszernie semiotyki poszczególnych grup chorobowych z braku czasu tu nie mogę, podam jedynie w ogólnych zarysach ich cechy charakterystyczne.

Pierwsza grupa obejmuje klasyczną chorobę Basedowa z jej względnie ostrym początkiem, z klasyczną tetradą objawów, a więc z wytrzeszczem, tachikardją, wolem i drżeniem, dalej z podniesieniem przemiany podstawowej, z szybko postępującym spadkiem wagi, z biegunkami, potami i t. d. Jedne z tych objawów mogą tu być, oczywiście, słabiej wyrażone, inne silniej, jednak grupa ta charakteryzuje się naogół pełnością i jaskrawością obrazu chorobowego.

Grupa druga obejmuje postaci mniej lub bardziej oligosymptomatyczne choroby Basedowa (*formes frustes*). Odróżnia się tu dwie grupy: 1. hipertyreozę pierwotną i tyreotoksykozę wtórną. Druga ta podgrupa odpowiada t. zw. *struma basedowificata*, *goitre basedowifé*, a więc tym postaciom chorobowym, w których pierwotnie powstałe wole, dotąd przez mniej lub bardziej długi czas nieczynne, uległo przeistoczeniu w wole toksyczne, aktywne. Do grupy tej należy również t. zw. „*toxic adenome*”, a więc *struma basedowificata*, której podłożem morfologicznym jest wole guzkowate, *struma nodosa*. Grupa ta chorobowa pierwotnych i wtórnych hipertyreoz odpowiada tym zespołom klinicznym, których związek z hipertyreozą jest niewątpliwym, gdzie jednak poszczególnych objawów chorobowych brak. A więc czy to (najczęściej) zespół wegetatywny a więc wytrzeszcz, drżenie, poty będzie słabo wyrażony, lub nieobecny (odpowiadać to będzie t. zw. *goitre avec hyperthyroidie vraie* Labbégó), czy też zespół hipertyreotyczny prawdziwy, (podniesienie przemiany podstawowej, wychudzenie) co jest już rzadsze, będzie słabo zaznaczony. Cechą więc najcharakterystyczniejszą tej grupy chorobowej jest jej oligosymptomatyczność, bez względu na to, o jakie objawy chorobowe tu chodzi.

Grupa trzecia obejmuje postaci przedwstępne hipertyreozы. Różnica zasadnicza, między grupą tą a grupą poprzednią polega 1) na braku podniesienia przemiany podstawowej z reguły i 2) na jeszcze większej dyskretności poszczególnych objawów chorobowych. Rozróżnienie obu tych grup jest często bardzo trudne, albowiem przejścia są tu często płynne. Grupa ta charakteryzuje się przede wszystkim t. zw. konstytucją hipertyreoidalną, a więc tem, co Jaensch nazywa typem B nerwicy wegetatywnej. Są to ludzie, napiętnowani dysharmonją układu roślinnego, zwykle ludzie szczupli, pobudliwi, o charakterze najczęściej

sangwinicznym, o różowej, wilgotnej skórze, ciepłych dłoniach, wąskich i długich palcach, o błyszczących oczach, szerokich szparach ocznych, skłonni do pocenia się i łatwych podniesień ciepłoty, pobudliwi nerwowo, o skłonności do biegunek, najczęściej dotknięci tachikardją i już zlekka zaznaczonym drżeniem. (Odpowiada to w przybliżeniu Parabasedowowi Labbégó). U ludzi tych stwierdzić się nieraz daje nieznaczne powiększenie tarczycy lub lekko zaznaczony wytrzeszcz oczny. Ludzie ci skłonni są równie do dyskinezji pęcherzyka żółciowego, jak i do kolki śluzowej jelita, skłonni są równie do wrzodu żołądka, jak i do choroby Basedowa.

Podczas gdy podgrupa II-a grupy tej, a więc ci ludzie, o których teraz mówiłem, to jeszcze ludzie zdrowi, podgrupa pierwsza obejmuje już ludzi chorych, znajdujących się jakby na stopniu przedwstępnym do tyreotoksykozy. Grupa ta nazwana przez Zondeka Praebasedowem, obejmuje ludzi o konstytucji hipertyreoidalnej, a więc tych, o których dopiero co mówiłem. Różnica między tą podgrupą a poprzednią polega na tem tylko, że poszczególne objawy chorobowe są tu już bardziej zaznaczone, że są to ludzie, którzy czują się chorzy, którzy szukają już pomocy lekarskiej, oraz że w grupie tej drogą prób czynnościowych udaje się często wykryć już pewne objawy, świadczące o ich związku bliskim z hipertyreozą. Jak to wykazały badania Bansiego z oddziału Zondeka, u ludzi tych stwierdzić się już daje zwiększenie rzutu minutowego serca względnie nieznacznego jeszcze stopnia, co pozwala ich odróżnić od wazo-neurotyków, u których objawu tego nie ma. O ile ludzi tych badać w czasie pracy, to udaje się tu znaleźć już pewne objawy nieekonomiczności ich ustroju, objawy analogiczne do tych, które spotyka się u Basedowika, a więc już to niewspółmiernie wielkie zwiększenie rzutu minutowego serca w czasie pracy, przyspieszenie krwioobiegu, już to nadmierne zużycie tlenu, już to wreszcie patologiczny odczyn ze strony ciśnienia krwi. Próba wodna, wykonana u tych chorych, wykazuje często również owo nadmierne szybkie wydalenie wody, jak to ma miejsce w chorobie Basedowa (Zondek i Köhler). Wreszcie na związek tych postaci chorobowych z hipertyreozą wskazują badania Goldnera z kliniki Bergmanna, który u 70% tych chorych stwierdził dodatni odczyn Reida Hunta, względnie charakterystyczny dla hipertyreozы.

Powyższy stan chorobowy utrzymywać się może przez całe życie bez zmiany, może się cofnąć, a wreszcie przejść może w postać poronną, oligosymptomatyczną Basedowa. Dla tych postaci, które mają tendencję do pogarszania się, odpowiedniejszą byłaby nazwa Zondeka Praebasedowa, dla tych zaś, które mają charakter stacjonarny, i które w chorobę Basedowa nie przechodzą — odpowiedniejszą będzie nazwa Basedowoid lub ew. Parabasedow.

Powyższy szkic klasyfikacyjny, tu podany obejmuje więc jakby wszystkie stopnie, gradacje hipertyreozы, począwszy od ludzi zdrowych o konstytucji hipertyreoidalnej, poprzez Praebasedowa, postaci poronne, tyreotoksykozy, aż do pełnego obrazu klasycznej choroby Basedowa. Wszystkie cechy różniczkowe są tu mniej lub bardziej płynne, spotyka się tu takie postaci chorobowe, które niewiadomo, w jakiej z tych grup umieścić, niemniej jednak wydaje mi się, że jedynie powyższa klasyfikacja kliniczna ma

rację bytu, póki wiadomości nasze o chorobie Basedowa nie rozszerzą się tak znacznie, że oprócz będziemy ją mogli o ściśle dane etiologiczne lub morfologiczne.

Jeszcze kilka słów w sprawie grupy ostatniej, w sprawie t. zw. tyreoz mieszanych. Grupa ta obejmuje różne postaci atypowe hipertyreozy. Do grupy tej należą przedewszystkiem te postaci choroby Basedowa, gdzie obok objawów hipertyreotycznych w przebiegu choroby zjawiają się objawy podczynności tarczycy, objawy miksedematyczne, a więc, czy będą to te przypadki, gdzie w przebiegu choroby Basedowa zjawia się obrzęk śluzakowaty kończyn dolnych lub twarzy, czy to te przypadki, gdzie wilgotna dotąd skóra Basedowika w pewnych swych odcinkach przybiera charakter chropawej, szorstkiej, suchej skóry miksedematyka, czy te przypadki, gdzie np. sangwiniczny charakter pobudliwy chorego na chorobę Basedowa ulega naglej zmianie na ociężałą, tępą psychikę miksedematyka, czy to dalej te przypadki hipertyreozy, gdzie wśród wyraźnie jeszcze zaznaczonych objawów hipertyreozy, pierwotnie podniesiona przemiana podstawowa opada do normy lub nawet jeszcze niżej, bez tego, żeby jakkolwiek zmiana w obrazie chorobowym się zaznaczyła, czy też wreszcie te przypadki t. zw. Fettbasedowa, ctyłego typu Basedowika, gdzie w przebiegu choroby, wśród wyraźnych objawów utrzymującej się hipertyreozy, nagle zaznacza się skłonność do gwałtownego tycia, i gdzie chory w ciągu kilku tygodni lub miesięcy przybiera na wadze 10 i 20 kilo i więcej, bez tego, żeby jego stan się poprawił. Szereg takich przypadków widziałem na oddziale Zondeka.

Tłumaczenie powyższych objawów współistnienia nadczynności i podczynności tarczycy u tego samego osobnika jest bardzo trudne. Dawniej uchodziły one za dowód istnienia dystyreozy w chorobie Basedowa. Obecnie jednak, w świetle nowych poglądów na rolę obwodu w patologii czynnościowej choroby Basedowa wydaje się raczej, że przyczyny tych stanów szukać należy w różnych odczynach tkanek na hormon tarczycy, w zmianie ich progu pobudliwości, w pewnym przytępieniu wrażliwości poszczególnych tkanek na hormon. Wchodzi tu w rachubę również i stopniowe wyczerpywanie się tarczycy, jak również wzajemne oddziaływania hormonalne synergetyczne i antagonistyczne między hormonami różnych gruczołów dokrewnych. Tak np. t. zw. otyły Basedowik zależy najpewniej od nadkompensacyjnej czynności hormonu trzustkowego, od hiperinsulinemji, inaczej bowiem zjawiska tego sprzecznego z prawem zachowania energii tłumaczyć się nie daje. Z braku miejsca sprawy tej nie mogę tu obszernie omawiać, choć poglądy te opierają się już na względnie pewnych faktach biologicznych.

Do postaci atypowych choroby Basedowa należy wreszcie opisana ostatnio przez Zondeka t. zw. śpiączka Basedowalna, *coma Basedowicum*, która zjawia się czasem w przebiegu ciężkiej choroby Basedowa, najczęściej w następstwie infekcji banalnych, a będąca katastrofalnym epilogiem choroby. Stan powyższy zaczyna się zwykle od okresu silnego podniecenia, który wkrótce przechodzi w stan pewnego zahamowania psychicznego, pewnego zamroczenia świadomości. Najcharakterystyczniejszym objawem, który tu się zjawia, jest postępująca z dnia na dzień adynamja mięśniowa, która potęguje się do tego stopnia,

że chorzy ci nie są w stanie wykonać najmniejszego ruchu, szczęka dolna zwisa zupełnie bezwładnie, a co najciekawsze, mowa przybiera charakter mowy bulbarnej. Obraz więc podobny nieco do myastenji. Powyższy stan przechodzi wkrótce w okres komatyczny, z którego ci chorzy już najczęściej się nie budzą.

Jaka jest patogeneza zespołu tego, nie wiadomo jeszcze dokładnie, i jest to przedmiotem badań. Możliwe, że chodzi tu o zmiany w rdzeniu przedłużonym lub też w *striatum i pallidum*, analogiczne do opisanej przez Kliena t. zw. *encephalopathia thyreotoxica*. Również i stosunek zespołu tego do t. zw. przełomów hipertyreoidalnych jest niedostatecznie wyjaśniony; wydaje się, że zespół ten jednak nie jest tem samem, co crise hyperthyreoidienne.

Kilka słów jeszcze w sprawie etiologii i patogeny choroby Basedowa.

Im więcej faktów doświadczalnych się zbiera, tem pewniejszym się staje, że zespół basedowalny wytworzyć się może w sposób wieloraki, że jest on schorzeniem wieloprzyczynowem. Dwa fakty są tu jedynie pewne: że prawdziwa choroba Basedowa rozwija się wyłącznie na podłożu konstytucjonalnem, a więc tylko u tych ludzi, których konstytucja wskazuje na dysharmonję wegetatywną, oraz że bez współudziału tarczycy zespół basedowalny powstać nie może. O tem, że przyczyna pierwotna choroby Basedowa leżeć może w zaburzeniach układu nerwowego ośrodkowego i roślinnego, nie mam potrzeby tu przypominać. Również nie mam potrzeby tu mówić o roli innych gruczołów wydzielania wewnętrznego (jajników i grasicy), jako o sprawach zbyt znanych. Również pominę tu rolę czynnika infekcyjno-toksycznego, którego znaczenie w powstawaniu wola jego basedowikacji, mimo że dotąd bliżej nie wyjaśnione, jest niewątpliwe.

Chciałbym tu jeszcze jedynie wspomnieć o patogenezie choroby Basedowa, a zwłaszcza o t. zw. teorii obwodowej powstawania zespołu basedowalnego. Otóż obecne poglądy na powstawanie choroby Basedowa różnią się od dawnych przedewszystkiem tem, że, podczas gdy dawniej przyjmowano, że schorzenie tarczycy jest w chorobie tej zawsze czynnikiem pierwotnym, to nowe poglądy i badania w tej dziedzinie wysuwają możliwość istnienia pierwotnych zaburzeń ustrojowych pozatarczycznych i sprowadzają tu często rolę tarczycy jedynie do odpowiedzi na powyższe zbroczenia ustrojowe, leżące poza nią. Pogląd powyższy, który przenosi punkt ciężkości choroby Basedowa poza tarczycę, na obwód, jest poglądem Zondeka, Bauera i Abelina.

W świetle poglądów Zondeka pierwotna przyczyna leżeć może nie tylko w układzie roślinnym i hormonalnym, ale również i na obwodzie ustroju, a mianowicie, w pierwotnych zaburzeniach przemiany materji mięśni obwodowych, będących może odpowiedzią na zaburzenia w układzie nerwowym ośrodkowym i roślinnym. Powyższe zaburzenia sprowadzają się do zaburzeń rozpadu i odbudowy glikogenu, do tworzenia nadmiernych ilości kwasu mlekowego. Powodować to musi zwiększenie fazy tlenowej przemiany materji mięśni, a powyższe pierwotnie wzmożone zapotrzebowanie na tlen obwodu byłoby przyczyną uruchomienia hormonu tarczycznego, potrzebnego tu w charakterze katalizatora, a przez to samo wypłukania hormonu z tarczycy i pobudzenia jej do nadmier-

nego wydzielania. W ten sposób punkt ciężkości choroby *Basedowa* przeniesiony byłby poza tarczycę.

Pogląd ten jest, oczywiście, hipotezą, ma zastosowanie tylko do części przypadków choroby *Basedowa*, oparty jest jednak na szeregu zjawisk biologicznych i faktów doświadczalnych, o których tu mówić nie mogę, i ma znaczenie ze względu na to, że zwraca uwagę na rolę obwodu w chorobie *Basedowa* i na rolę tkanek, jako głównego czynnika, regulującego zapotrzebowanie na hormon.

Jeśli rzucić teraz okiem wstecz na to wszystko co tu o patologii czynnościowej choroby *Basedowa* mówiłem, to okaże się, że mimo poznania tu wielu nowych faktów i mechanizmów, cały szereg zasadniczych zagadnień czeka nadal na ostateczne rozwiązanie. Niewiadomo nadal, jakie ciało jest prawdziwym hormonem tarczycy, niewiadomo, czy hormonów tych jest jeden, czy też więcej, niewiadomo, jaki jest ściśle stosunek hormonu do koloidu tarczycznego, niewiadomo, jaka jest wzajemna zależność między hormonem, koloidem a jodem tarczycy, niewiadomo wresz-

cie, na jakiej drodze hormon tarczyczny wywiera swój tak wybitny wpływ na oddychanie tkankowe ustroju. W patologii choroby *Basedowa* niewiadomo nadal, czy zespół ten powstaje na tle dysfunkcji, czy też hiperfunkcji wyłącznej tarczycy, nie posiadamy nadal dokładnej korelacji między podłożem morfologicznym tarczycy a jej aktywnością czynnościową i obrazem choroby *Basedowa*, nie wiemy, co jest bezpośrednią i ostateczną przyczyną powstawania tego zespołu, i nie wiemy nadal, czy schorzenie tarczycy jest ogniwem pierwotnym łańcucha chorobowego, czy też jedynie odpowiedzią na zaburzenia obwodowe.

Mimo tych zasadniczych luk jednak, postęp w poznaniu patologii czynnościowej choroby *Basedowa* jest w ostatnich latach duży, szereg mechanizmów patologii czynnościowej poznany został dokładniej, szereg zagadnień oświetlony został w sposób zupełnie nowy, a wiele faktów, znanych dotąd jedynie z empirji, zyskało podstawy bardziej konkretne w nowych zdobyczach z dziedziny patologii czynnościowej.

Z praktyki prywatnej

O wprowadzaniu przez nos przetworów tylnego płata przysadki w moczówce prostej.

Podał

Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

Sprawa prawdziwie skutecznego i racjonalnego stosowania organoterapii posunęła się olbrzymio w ciągu ostatnich kilku lat. Zaważyły tu na szali takie czynniki, jak coraz to subtelniejsze metody otrzymywania hormonów, jak zdobywanie bądź to chemicznych, bądź biologicznych probierzy, umożliwiających dokładne dawkowanie, wreszcie rozwój endokrynologii, precyzujący wskazania do podawania leków organoterapeutycznych. Jednym z wielkich postępów w tym zakresie leczenia jest wprowadzenie przetworów przysadki do leczenia moczówki prostej.

W r. 1910 po raz pierwszy Frank obserwował pacjenta z wielomoczem na skutek uszkodzenia przysadki. „Dzięki coraz to nowym wynikom badań klinicznych, anatomicznych i doświadczalnych zupełnie jeszcze przed dwudziestu laty nieznaną zależność między moczówką prostą a sprawami chorobowymi w *regio infundibularis* należy dzisiaj do abecadła dajagnostyki klinicznej” (Frank). Od czasu zaś, gdy von den Velden i Farini odkryli lecznicze działanie wyciągów z tylnego płata przysadki w moczówce prostej, swoiste znaczenie tego hormonu nie ulega wątpliwości. Obecnie więc pozajelitowe wprowadzanie tych wyciągów jest jedyną metodą leczniczą, która daje się z powodzeniem stosować w powyżej wspomnianem schorzeniu.

Doniedawna wyciągi z przysadki można było wprowadzać jedynie zapomocą zastrzykiwań, co ograniczało ten sposób leczenia. Kilkakrotnie w ciągu dnia iniekcje trudne były do przeprowadzenia, a przytem działanie hipofizy na mięśnie gładkie

powodowało przy silniejszych dawkach jednorazowych kolki w narządach brzusznych. Istniało tu zatem zupełne podobieństwo do insuliny.

Ale podczas gdy w stosunku do insuliny nie udawały się próby innego wprowadzania tego hormonu, udało się w r. 1922 Blumgartowi zastosować z powodzeniem płyn przysadki przez nos do leczenia moczówki prostej. Rathery, Marie i Maximin w r. 1927 zastosowali w tymże celu pituitrynę w postaci proszku-tabaczkki, i sposób ten znalazł naśladowców w ciągu ostatnich dwóch lat. Tak Adlersberg i Porges u 21-letniej kobiety z typową moczówką prostą uzyskali bardzo dobre wyniki. Ze były one oparte na działaniu swoistem hormonu — tego dowodem są ujemne wyniki, jakie wzmiankowani autorowie otrzymywali z proszkiem z suchego mięsa. André i Lucie Choay przez podawanie donosowe 15 - 20 centygramów proszku z płata tylnego przysadki po 4 centygramy na jeden niuch również usuwali objawy moczówki.

Baràth i Borbély przy podawaniu donosowym po 0,08 proszku przysadkowego 3 razy dziennie osiągnęli ustąpienie poliurji i polidypsji oraz poprawę stanu ogólnego u swego 18-letniego pacjenta. Po kilku tygodniach wobec wystąpienia objawów kataru nosa Baràth i Borbély zaczęli stosować tenże preparat w postaci czopków (po 0,06) 3, a później 6 razy dziennie. Działanie było również dobre; rozpylanie przetworu do nosa okazało się bezskuteczne.

Z autorów polskich stosowania przysadki przez nos próbowali Elmer i Scheps, przytem używali oni pituitryny oraz vasopressyny. Ta ostatnia stanowi hormon, wyodrębniony z pituitryny. Mianowicie w r. 1928 Kamm i jego współpracownicy Aldrich, Grote, Rowe i Bugbee zdolali wykryć w pituitrynie dwa hormony: vasopressynę i oksytocynę, które znajdują się w przysadce w bardzo małej ilości. Vasopressyna posiada bardzo

silne działanie przeciwmoczopędne, działanie, podnoszące ciśnienie krwi, oraz działanie na przewód pokarmowy, nie posiada zaś działania swoistego na macicę, które właśnie posiada wyłącznie drugi hormon t. zw. oksytocyna.

Otóż Elmer i Scheps doszli do wniosku, że pituitryna, stosowana w proszku donosowo, wywiera korzystne działanie na objawy moczówki prostej i sposobu tego należy używać jako metody zasadniczej do jej leczenia stałego. Aczkolwiek stosowanie donosowe wymaga większych dawek, niżli stosowanie podskórne, za to nie wywołuje żadnych objawów ubocznych. Proszek, oczywiście, przewyższa i tampony, których wkładanie wymaga odpowiedniej techniki. Stosowana przez wspomnianych autorów vasopressyna w tamponach nie dała dobrych wyników; vasopressyną w proszku nie rozporządzali.

Jeżeli ostatecznie stwierdzony został fakt działania tylnego płata przysadki drogą donosową, to aktualna staje się sprawa odpowiedniego dawkowania odnośnych przetworów. Rosenberg (1930) pierwszy bodaj starał się uporać z tą trudnością. Porównywał on działanie kilku preparatów tylnego płata przysadki, podawanych donosowo, a mianowicie: w płynnej postaci pituitrynę, pitressynę, tonephinę, a w postaci proszku tonephinę, *pituiganum siccum* Henning, pitraphorynę Scheringa i wreszcie czopki pituigenowe. Przetwory płynne wprowadzał Rosenberg do nosa za pomocą tamponów, suche zaś jako tabaczkę. Na podstawie spostrzeżeń klinicznych, przeprowadzonych na kilku przypadkach moczówki prostej, doszedł wspomniany autor do wniosku, że wszystkie te pokrewne preparaty dają się wzorcować według t. zw. jednostek Voegtlina, które standardyzuje się tylny płat przysadki w stosunku do działania na macicę. Obliczenie na jednostki Voegtlina jest, zdaniem Rosenberga, w zupełności uzasadnione, gdyż zarówno substancja, wpływająca podniecająco na macicę, jak i substancja, podnosząca ciśnienie krwi, znajdują się w przysadce w nader stałym stosunku wzajemnym.

Rosenberg dochodzi do wniosku, że terapia donosowa chorych na moczówkę prostą okazuje się najbardziej celowa jako stały sposób leczenia przeważnej liczby tych chorych; zdaniem jego, należy używać przeciętnej dawki jednorazowej w ilości 8 — 10 jednostek Voegtlina, co odpowiada 0,02 — 0,025 *pituigan. sicc.*, do czego dodaje się czystego cukru mlecznego w ogólnej ilości 0,1 na jeden niuch tabaki. Oczywiście, jak zawsze w organoterapii, należy ustanowić właściwą dawkę dla danego preparatu. Jak twierdzi bowiem Juliusz Bauer, moc danego przetworu organoterapeutycznego, niezależnie od subtelności przygotowania technicznego, zależy przede wszystkim od jakości surowca zwierzęcego, a ten podlegać może znacznym wahaniom stosownie do warunków żywienia zwierząt i in. Oprócz tego zawsze trzeba mieć na względzie indywidualność pacjenta.

W jednym przypadku moczówki prostej, obserwowanym przez nas przez czas dłuższy, gdzie stosowanie przetworu płata tylnego przysadki można uważać za typowy przykład terapii substytucyjnej, podawana w postaci proszku, przygotowanego jako tabaczka „*Hypophysis posterior*” firmy

d. Mag. Klawe okazała się środkiem, działającym nie tylko absolutnie swoście, ale w miarę stosowania prowadziła do wyników, pozwalających na używanie coraz to mniejszych dawek tabaki.

W danym przypadku zmniejszanie się poli-dypsji i poliurji szło równoległe do działania podawanego przetworu płata tylnego przysadki. Wobec tego, że u pacjentki wystąpił już w początkach choroby brak miesiączki, próbowaliśmy podawać przez pewien czas wzorcowany według Zondeka — Aschheima preparat jajnikowy (Ovarmon Klawe). Preparat ten, który w szeregu przypadków okazał się wybitnie aktywny, u naszej pacjentki odnośnego działania nie wykwał. Bezskuteczna również okazała się próba, jakąśmy zrobili z przetworem płata przedniego przysadki. Wziąwszy pod uwagę nową teorię Zondeka o roli hormonu płata przedniego (prolan), jako podstawowego „motoru seksualnego”, podawaliśmy również w postaci tabaczki proszek, otrzymany z płata przedniego (wg. Loesera), wyprodukowany również w wytwórni Tow. d. Mag. Klawe. Proszek ten, zastrzykiwany zwierzętom w postaci emulsji, wywierał na jajniki działania właściwe „prolanowi” (Loeser). Należy zaznaczyć, że Rosenberg również nie otrzymywał wyników dodatnich przez podawanie przetworów jajnikowych w *oligomenorrhoe*, towarzyszącej moczówce prostej.

Jeżeli fakt działania leczniczego pozajelitowo wprowadzanych przetworów płata tylnego przysadki nie ulega już dziś żadnej wątpliwości, to należy również podnieść, że i mechanizm działania tego hormonu został w ostatnich dwóch latach bliżej wyjaśniony. Isaac i Siegel, na podstawie doświadczeń swych, które potwierdziły swoisty wpływ w moczówce prostej oddzielnej frakcji tylnego płata przysadki czyli t. zw. tonephiny, dochodzą do wniosku, że punkt działania tego hormonu znajduje się w miąższu nerki, i że działanie to ma miejsce nie drogą układu nerwowego, lecz drogą krwi. Ze hormon przysadki tylnej wywiera swój wpływ przeciwmoczopędny przez nerki, za dowód tego służyć doświadczenia Janssena, Starlinga, Verneya i Eichholtza.

Jeszcze bliżej mechanizm działania tylnego płata przysadki na wydzielanie wody w nerce wyjaśnił ostatnio Poulsso. Na podstawie doświadczeń tego badacza należy przypuszczać, że wywołwana przez pituitrynę antydiureza powinna być położona na karb wzmożonego wchłaniania w kanalikach nerkowych,

„Trzeba sobie przedstawić — mówi Poulsso — że w moczówce prostej podlega wypadnięciu w większym czy mniejszym stopniu uwarunkowane hormonalnie powrotne wchłanianie wody w kanalikach nerkowych”.

PIŚMIENICTWO.

Adlersberg i Porges, Wiener Klin. Woch, 1928, Nr. 42. André i Lucie Choay, La Presse médic. 1928, Nr. 73. Elmer i Scheps, Polska Gazeta Lekarska, 1929, Nr. 21. Rosenberg, Klinisch. Woch. 1930, Nr. 4. Poulsso, Klinisch. Woch. 1930, Nr. 27. Isaac i Siegel, Klinisch. Woch. 1929, Nr. 37. Janssen, Klinisch. Woch. 1928, Nr. 36. Loeser, Archiw. f. Experim. Pathologie und Pharmakologie 1930, tom 148, zesz. 5-6. Frank, Medizin. Klinik 1929, Nr. 18. Loeser, Klin. Woch. 1930, Nr. 40. Barath i Borbely, Klin. Woch. 1929, Nr. 13.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O gorączce gruczołowej.

Podał

Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

W r. 1889 lekarz wiesbadeński Emil Pfeiffer opisał obraz chorobowy, który nazwał gorączką gruczołową, a który wydawał mu się schorzeniem natury zakaźnej o niewyjaśnionej etiologii. Wprowadzenie tej nowej postaci chorobowej zdobyło sobie wówczas ogólne uznanie i pociągnęło za sobą obfite piśmiennictwo, ale z czasem gorączka gruczołowa została zapomniana i przestała figurować w nowych wydaniach podręczników pedjatrii. Wielu lekarzy pod mianem „gorączki gruczołowej” rozumiało często nieokreślone stany gorączkowe i podgorączkowe, albo też odwrotnie właściwą gorączkę gruczołową rozpoznawało jako grypę.

Historja „gorączki gruczołowej” jest jednakże nader ciekawa. Pfeiffer w następujący sposób opisał jej przebieg. Choroba rozpoczyna się przeważnie wysoką ciepłotą 39 — 40°, zaczerwienieniem gardła, obustronnem obrzmieniem gruczołów szyjnych, zwłaszcza na tylnym brzegu mięśnia mostkowosutkowego położonych. Ciepłota opada przeważnie po paru dniach, zjawia się zaś obrzęk wątroby i śledziony, bóle brzucha, podnieta do kaszlu, skargi na trudności w łykaniu, co wszystko pozwala, być może, wnioskować o obrzmieniu gruczołów krezkowych, okołotchawicznych i pozagardzielowych. Choroba poraża starsze dzieci i młode osobniki dorosłe; przebieg jej jest zawsze łagodny. Że gorączka gruczołowa jest chorobą o charakterze zakaźnym — tego dowodzi jej wyraźne epidemiczne występowanie; czynnik etiologiczny nie mógł być jeszcze określony.

W związku z publikacją Pfeiffera ogłosił Heubner, że już w r. 1879 po raz pierwszy własnego dziecka a niejednokrotnie i później spostrzegał zespół, podany przez Pfeiffera, ale był przekonany, że chodzi tu o miejscowe schorzenie gruczołów w następstwie zajęcia nosa, gardła lub ucha środkowego. Wślad za Heubnerem zjawily się prace innych klinicystów, jak Rauchfuss, v. Stark, Boccaj, Comby i in. Wszyscy oni zgadzali się z Pfeifferem pod względem klinicznym, różnice poglądów zachodziły jedynie co do tego, czy wchodzi tu w grę istotnie samodzielna choroba zakaźna, gdyż wielu widziało tu tylko komplikacje cierpienia narządów sąsiednich. Ten ostatni punkt widzenia zachowywali przeważnie ci autorowie, których obserwacje dotyczyły jedynie przypadków sporadycznych, a nie właściwych epidemij.

Tymczasem autorowie, którzy istotnie widzieli całe epidemie gorączki gruczołowej, nie mieli co do samodzielności tego cierpienia żadnej wątpliwości. Tak w r. 1899 opisał Park West epidemję z 300 przypadków w północnej Szkocji, Boczkowski spostrzegał 54 przypadki w jednym bataljonie żołnierzy, Rudolf wspomina w r. 1914 o epidemji szkolnej, złożonej z 19 przypadków. W r. 1922 Tidy i

Morley spostrzegali w pewnej szkole męskiej 30 zachorowań, Guthrie i Pessel w r. 1922 stwierdzili w szkole, liczącej 500 wychowalców, 300 przypadków. Glanzmann wreszcie w r. 1928 opisał w Bernie epidemję, obejmującą 70 przypadków w różnych rodzinach.

Jeżeli w opisie objawów klinicznych z biegiem czasu nic nie zostało zmienione, to w r. 1922 Tidy i Morley zwrócili uwagę na nowy, bardzo charakterystyczny objaw gorączki gruczołowej, mianowicie na właściwości obrazu krwi. Stwierdzili oni, że w schorzeniu tem znajduje się we krwi wybitna mononukleozą, a mianowicie względna i absolutna limfocytoza oraz zwiększenie liczby ciałek jednojądrzastych i postaci przejściowych. Obraz krwi często nie daje się odróżnić od pierwszych okresów białaczki limfoidalnej, białaczki wrzekomej i chorób pokrewnych. Jednocześnie inni autorowie, jak Sprunt i Evans (1920), Bloedorn (1921), Longkope (1922) opisywali postać chorobową zakaźnej mononukleozy. Postaci te były dawniej opisywane jako przypadki ostrej białaczki, kończące się wyzdrowieniem (Deusing, Türk, Nägeli i in.). Dopiero Tidy i Morley wskazali na tożsamość gorączki gruczołowej z zakaźną mononukleozą.

Od czasu tej ostatniej pracy rozpoczął się nowy okres w historii opisywanego schorzenia. W ciągu kilku lat udaje się spostrzegać i opisywać coraz więcej przypadków gorączki, występującej bądź sporadycznie, bądź epidemicznie. Jednocześnie dają się stwierdzić dwa kierunki: jeden na pierwszy plan wysuwa charakterystyczny obraz krwi, drugi zaś więcej akcentuje objawy kliniczne. Tak np. w piśmiennictwie francuskim Chevallier uznaje tu za cechę charakterystyczną przede wszystkim obraz krwi i zamiast „gorączki gruczołowej” chce wprowadzić nazwę zakaźnej mononukleozy, gdy tymczasem Comby przede wszystkim wysuwa znany zespół kliniczny.

Od czasu ogłoszenia przez Türcka (1907) i późniejszych autorów postaci chorobowej, przebiegającej obok anginy, obrzmienia gruczołów i śledziony z wyraźnym do białaczki podobnym obrazem krwi, powstało zagadnienie t. zw. odczynu limfatycznego. Obok tego w r. 1922 Schultz wyodrębnił samodzielną jednostkę chorobową, nazwaną przez niego agranulocytozą, a odznaczającą się prawie zupełnym zanikiem granulocytów. Wszystkie te badania zostały przeprowadzone po części pod wpływem nowych poglądów Schillinga na układ białych ciałek krwi, dzięki czemu zwrócona została baczna uwaga klinicystów na morfologję krwi w chorobach zakaźnych. Rzadka postać chorobowa agranulocytoza nie wchodzi, oczywiście, w grę przy rozpoznawaniu gorączki gruczołowej, uwagę ześrodkowuje tu na sobie wyłącznie t. zw. odczyn limfatyczny.

Szczególnie szeroko sprawę stosunku odczynu limfatycznego do gorączki gruczołowej ujęli w ciągu ostatnich dwóch lat wspomniany Chevallier, E. Schwarz i Glanzmann, którzy obserwo-

waną przez siebie w Bernie epidemię zrobił tematem obszernej monografii. Co się tyczy objawów klinicznych, podanych przez Glanzmanna, to one w zupełności odpowiadają opisowi pierwotnemu Pfeiffera. Podkreśla Glanzmann wcześniej zjawiające się obrzmienie gruczołów szyjnych; zwłaszcza tylnych, oraz znajdujących się u kąta żuchwy, częste występowanie obrzęku okołogruzołowego, który nadaje dziecku wygląd, jak przy śwince. Obrzmieniu podlegają mogą również i gruczoły ślinowe — i powstaje wtedy swoista *parotitis*. Obok tego obrzmieć mogą gruczoły podbródkowe, pachowe, pachwinowe, okołoskrzelowe i kreskowe. W jednej trzeciej, względnie połowie przypadków występuje obrzmienie śledziony; często też i wątroby.

Właśnie postać brzuszna gorączki gruczołowej posiada, zdaniem Glanzmanna, skłonność do podostrego i przewlekłego przebiegu, gdyż jeszcze po upływie miesięcy i lat występować mogą bóle o charakterze kolki w okolicy brzucha. Zdarzają się przypadki, gdy jedynym objawem jest obrzmienie śledziony, i wtedy o rozpoznaniu decyduje obraz krwi.

Schorzenie układu limfatycznego może rozpocząć się powoli i przebiegać zupełnie bez gorączki. Pacjenci lekko niedomagają; w niektórych przypadkach istnieje tylko nieregularny stan podgorączkowy; czasem zwiastuny poprzedzają u dzieci wybuch gorączki na dnie i tygodnie i wyrażają się ogólnym niedomaganiem. Już i w tym okresie zwiastunów może się mononukleozą rozwinąć do najwyższego swego stopnia, i przy pierwszym wystąpieniu gorączki może być stwierdzona. Często gorączka trzyma się przez jeden dzień, niekiedy 2 do 5 dni i dochodzi do 39—40 st. Ale również może się utrzymywać przez 1—2—3 tygodnie i dłużej; wtedy wykazuje typ zwalniający lub nawet przerywany, septyczny; ciepłota spada powoli.

Jeżeli nawet ciepłota spada zupełnie do normy, i dzieci czują się znów zupełnie dobrze, choroba daleka jest jeszcze od ukończenia. Obrzmienia gruczołów w mniejszym rozmiarze trwają tygodnie, miesiące i lata; również i zmiany we krwi powoli tylko powracają do normy i limfocytoza utrzymuje się stale.

Ze strony wątroby Glanzmann podkreśla żółtaczkę, ze strony nerek białkomocz i zapalenie krwotoczne, które w odróżnieniu od szkarlatynowego występuje zwykle wcześniej, nawet w drugim dniu choroby, także i w końcu pierwszego lub drugiego tygodnia; krwiomocz trwa 3—4 dni. Co się tyczy błon śluzowych, to według Glanzmanna, zapalenie gardła i angina zjawia się albo zaraz, albo nieco później; naloży na migdałkach nie są tak konieczne. Schorzenia gardła nie uważa Glanzmann za wrota infekcji; ale za przejaw chorobowy układu limfatycznego równorzędnym do obrzmienia gruczołów.

Po przytoczeniu tak niezmiennie różnobarwnego zespołu chorobowego słusznie zaznacza Glanzmann, że „gorączka gruczołowa posiada prawdziwą naturę odmiennej”. Więzem, łączącym ze sobą te wszystkie różnorodne objawy, jest schorzenie układu limfatycznego i charakterystyczny obraz krwi, który jest tylko odbiciem anormalnych przejawów bujania w tym układzie, wywołanych przez swoiste zakażenie. Ten charakterystyczny obraz krwi spotykał autor niekiedy już w pierwszych dniach choroby, przyczem stwierdzał obecność 80—90 proc. ciałek jednojądrzastych. Czasem obraz jest w początkach nietypowy, gdyż zawiera około 20.000 i więcej leukocytów. wie-

lojądrzastych, a patologiczna mononukleozą osiąga dopiero powoli w końcu okresu gorączkowego swój najwyższy stopień rozwoju. Mononukleozą patologiczną składa się z trzech rodzajów komórek:

1) postaci bardzo młodych, limfoblastów i komórek plazmatycznych; 2) komórek limfocytoidalnych; 3) komórek monocytoidalnych.

Zmiany krwi trwają miesiące nawet i wtedy, gdy dzieci czują się znów zupełnie dobrze. Pierwszą oznaką poprawy jest zwykle zjawienie się w obfitości normalnych małych limfocytów. Wreszcie podkreśla Glanzmann pokrewieństwo, jakie zachodzi między gorączką gruczołową a kurem (*rubeola*) pod względem epidemiologicznym, klinicznym (charakterystyczne obrzmienie tylnych gruczołów szyjnych w kurze, niekiedy występujący „rash” w gorączce gruczołowej) i hematologicznym.

Ogromnie zbliżony do opisanego przez Glanzmanna obraz gorączki gruczołowej podał niedawno prof. Emil Schwar z Wiednia (grudzień 1930 r.). Choroba ta jest dla wzmiankowanego autora „ściśle klinicznie i epidemiologicznie określoną jednostką samodzielną. Jest to choroba zakaźna, wywoływana przez jad, mający powinowactwo do układu limfatycznego (lymphotrop). Charakteryzuje się ta choroba gorączką, obrzmieniem gruczołów limfatycznych, śledziony, limfoblastyczno-plazmatycznokomórkowym obrazem krwi i często towarzyszącą anginą”. Angina i według Schwarza zjawia się zwykle dopiero po upływie kilku dni od początku choroby. Schwarz za najistotniejszy i najbardziej osobliwy symptom gorączki gruczołowej także uważa zmiany w obrazie krwi, który podaje, podobnie jak i Glanzmann.

Materiał Schwarza, który nie jest pedjatrą, stanowiły prawie wyłącznie dzieci i młodzież aż do lat 30; twierdzi on, że choroba występuje daleko częściej, aniżeli się to mogło wydawać.

Wbrew niektórym dawnym poglądom, uznającym odczyn limfocytowy za pewną konstytucyjną właściwość ustroju, wykazuje Schwarz, że chodzi tu o swoiste działanie zarazka, mającego szczególne powinowactwo do układu limfatycznego. Jako dowód przytacza Schwarz takie fakty, jak następce zachorowywanie pacjentów, którzy przebyli gorączkę gruczołową, na inne zakażenia, przyczem obraz krwi był wtedy już normalny, oraz na to, że są postaci chorobowe, jak kur, gdzie znajdujemy obraz krwi bardzo podobny do obrazu krwi gorączki gruczołowej.

Ten obraz krwi, mówi Schwarz, nie jest zwykłą limfocytozą, lecz przedstawia krańcową działalność rozrostową tkanki limfatycznej. Charakter nadają mu nie małe i duże dojrzałe postaci limfocytów normalnej krwi, lecz, przeciwnie, formy młodociane, komórki zaledwie różniczkowane, postaci patologiczne, produkty, które powstać mogą jedynie przy gwałtownej proliferacji, wreszcie szczególne formy, wywołane przez wpływ pobudzający.

W sposób podobny ujmują również zagadnienie odczynu limfatycznego i gorączki gruczołowej Stepp i Wendt z wewnętrznej kliniki Wrocławskiej (1930), przytaczając trzy szczególnie charakterystyczne przypadki. Idą oni tak daleko, że twierdzą, że ani angina, ani obrzmienie gruczołów limfatycznych nie należą nieodzownie do obrazu chorobowego odczynu limfatycznego, a tylko jedynie morfologiczne zmiany krwi. Wywody swoje kończą Stepp i Wendt słowami, że „krąg

jest zamknięty, i że słuszny jest wniosek, że gorączka gruczolowa Pfeiffera, występująca w wieku dziecięcym, i odczyn limfatyczny dorosłych stanowią jedną i tę samą chorobę, którą wywołuje szczególnie,

nieznany nam jeszcze zarazek, mający powinowactwo do układu limfatycznego, oraz którą charakteryzuje osobliwy, patognomoniczny obraz krwi.“

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

■ **Podręcznik Diagnostyki i Terapii. Poradnik Lekarski dla lekarzy i studentów-medyków. Pod ogólną redakcją Prof. Z. Sowińskiego i M. Millera. 1931. str. 915 in 16^o. Nakładem Warszawskiej Agencji Wydawniczej „Delta“.**

Podręcznik ten, obejmujący całokształt wiedzy lekarskiej, został opracowany zbiorowymi siłami doświadczonych teoretycznie i praktycznie do tego przygotowanych lekarzy, obeznanych z metodyką pedagogiczno-dydaktyczną, przeważnie wykładających młodzieży uniwersyteckiej profesorów i docentów.

Typ ten podręcznika jest niezmiernie rozpowszechniony w Europie Zachodniej, zwłaszcza w Niemczech. To też, wzorowany na podobnych wydawnictwach zagranicznych, wypełni bardzo dotkliwą lukę w polskim piśmiennictwie lekarskim.

„Podręcznik nasz — tłumaczy się w przedmowie redaktor naczelny — stanowić będzie niezbędną w praktyce zawodowej Encyklopedję lekarską ewentualnie Compendium, w którym w formie zwartej starano się wypunktować postaci chorobowe w ten sposób, ażeby lekarz-praktyk mógł szybko czerpać nowe wiadomości lub przypomnieć stare“. I w samej rzeczy lekarz-praktyk, którego los zmusza pracować w zakresie wszystkich specjalności, nie jest w stanie utrzymać w pamięci danych rozpoznawczych i leczniczych z uwzględnieniem najnowszych zdobyczy wiedzy lekarskiej. Ażeby sprostać temu zadaniu, musiałby posiadać podręczniki ze wszystkich dziedzin medycyny, a jednak przy całodziennej pracy zawodowej zabrakłoby mu czasu na odszukanie rzeczy potrzebnych w danej chwili.

Dla tego też typu lekarzy przede wszystkim przeznaczony jest ten podręcznik, i ci przede wszystkim skorzystają z niego, w znacznie mniejszym może stopniu studenci, dla których zbyt poważnie i zbyt zwięzły opracowany został w wielu miejscach materiał kliniczny.

Prym dźwierz pod względem objętości — zupełnie słusznie — choroby wewnętrzne (w opracowaniu Doc. S. Kleina) i choroby chirurgiczne (w opracowaniu Prof. B. Szareckiego i W. Kozłowskiego). Wstępu ogólnego o badaniu lekarskim dostarczył Doc. Szczesny Bronowski. O dział chorob nerwowych i umysłowych, uzupełniający znakomicie internę, dbali umiejętnie J. Koelichen i Cz. Bogusławski. Bardzo fortunnie też obsadzone zostały specjalności w rękach: ginekologa - akuszerka Doc. H. Gromadzkiego, dermato-wenerologów Prof. Z. Sowińskiego i M. Matuskiewicz, okulisty Doc. H. Melanowskiego i otolaryngologa B. Chorażyckiego.

Czy dobrze się stało, że z rozległego działu „interny“ oddzieliły się poszczególne poddziały, trudno orzec. Osobiście nie jestem zwolennikiem takiego „pączkowania komórek“, wolę jednolitość tekstu i unikam możliwie mnogości odsyłaczy, ale mimo to dobrze i zgodnie z sumieniem własnym czyni główny redaktor chorób wewnętrznych, jeśli odstępuje ten i ów rozdział swój bardziej wtajemniczonym lub lepiej wykwalifikowanym specjalistom. W ten sposób, mniemam, stało się to, iż choroby zakaźne dostały się w ręce ordynatorów

szpitala zakaźnego, Prof. A. Ławrynowicza i Cz. Jaworskiego, że choroby przewodu pokarmowego uzyskały redaktora Gastrologji Polskiej B. Weinerta, gruźlica płuc doświadczonego fizjologa S. Rudzkiego, a odżywianie dzieci pediatrę-klinicystę R. Stankiewicza.

Że taki podział pracy, skądinąd bardzo pożądany i wskazany, nie zawsze na dobre wychodzi czytelnikowi, dowodzi choćby ta okoliczność, że chcący się dowiedzieć czegoś np. o przymiocie wrodzonym lub nabytym wątroby, musi szukać tego aż w 4 miejscach, że obraz kliniczny zapalenia płuc i nowotworów płuc znajdzie opisany wyłącznie w dziale „gruźlica płuc“, zaś obraz prosówki gruźliczej wyłącznie w dziale „chorób zakaźnych“ itp.

Zastanawia też, dlaczego kol. Klein, ustępując na wyłączenie cały układ pokarmowy włącznie z trzustką do dyspozycji gastrologa Weinerta, poskapił mu wątroby i nie użył mu dróg żółciowych, par excellence do tego układu od czasów Hippokratesa należących.

Przydałoby się w nowym wydaniu, którego się podręcznik prawdopodobnie doczeka, nawiązanie bliższego kontaktu między 4-ma rozbieżnie umieszczonymi rozdziałami, jakimi są obecnie: choroby przemiany materji (str. 247), choroby z jakościowo niedostatecznego pokarmu, czyli awitaminozy (str. 269), choroby z odżywiania dzieci (str. 598) i choroby gruczolów dokrewnych (str. 307).

Bardzo dobrze wypadło opracowanie „Pomocy lekarskiej w nagłych wypadkach“ H. Hłaski i „Leczenia zdrojowo-klimatycznego“ M. Millera.

W tablicy dawkowania, niewolniczo od dziesiątków lat przedrukowywanej w podręcznikach, kalendarzach i kompendjach, należałoby raz na zawsze wprowadzić drobną zmianę, ułatwiającą lekarzowi racjonalne korzystanie z niej, zmianę, polegającą na tem, że na przodzie winna być umieszczona nazwa sprzedażna preparatu, a w nawiasie chemiczna. Chcąc bowiem przepisać komuś mieszanek z antypiryny, urotropiny i weronalu - często stosowaną w licznych chorobach nerwowych - musiałby niepewny w dawkowaniu eskulap tracić godzinę, gdyby szperał w tablicy wśród *Pyrasolonum phenyldimethylcum*, *Hexamethylentetraminum* i *Acidum diaethylbarbituricum*. Dodaję muszę, że ułatwia nieco tę mozolną pracę wzorowo, bezbłędnie i szeroką ręką opracowany skorowidz książki, zajmujący całe 20 str. druku.

Naogół krótki ten podręcznik stanowi robotę poważną i solidną i może zapoznać przeciętnego czytelnika z obecnym stanem nauki i techniki odnosnych przedmiotów. Wszystko jest opracowane zwięźle, treściwie, a umiejętność niepospolita ujęcia przedmiotu i uwypuklenia ważniejszych faktów w niektórych działach formalnie bardzo miłe uderza, widać myśl przewodnią w układzie podręcznika, co jest zasługą Komitetu Redakcyjnego pod auspicjami Sowińskiego i Millera. Pochwalić i podkreślić należy wysiłki i starania, jakich nie szczędziła młoda firma wydawnicza, aby wydać książkę jakna lepiej - papier i druk wyborowy, oprawa artystyczna - pomimo wyjątkowo ciężkich dla księgarstwa warunków ekonomicznych.

„Wszelkie uwagi rzeczowe — kończy redaktor w przedmowie — będą przyjęte i uwzględnione z wdzięcznością w następnym wydaniu“. Prócz uwag powyższych, czysto rzeczowych

nie może się powstrzymać referent od jednej formalnej, tembardziej, że jest ona ogólna, dotycząca piśmiennictwa zawodowego, uwagi w sprawie zasadniczej. Przyjmijcie, wydawcy, ogrom ogłoszeń i stopy reklam do następnego wydania, aby się dziesięciokrotnie opłacał skąpy naogół nakład w medycynie, ale możliwie unikajcie ogłoszeń i reklam firm farmaceutycznych w tekście! Załączajcie wkładki reklamowe, bezbarwne i wielobarwne, umieszczajcie ogłoszenia na okładkach, przed tekstem, za tekstem, wśród tekstu, obok tekstu, ale nigdy w samym tekście, lub na odwrotnej stronie kartki, należącej do tekstu naukowego.

Jest to bowiem podwójnie szkodliwe dla czytelnika: mniej doświadczony czytelnik, zwłaszcza student—medyk, dla którego ta książka również jest przeznaczona, nie zawsze spostrzeże się, gdzie się kończy tekst, a zaczyna reklama, gdyż ta ostatnia na odwrotnej stronie tekstu w milej symbiozie się mieści; bardziej doświadczony, ażeby sobie oczyścić pole studjów, nieraz przed przystąpieniem do lektury książki, wyoina i usuwa wlepione i niewlepione stroniczki ogłoszeniowe i przegląda je lub segreguje oddzielnie, a po niewczasie przekonywa się, że przy tym zabiegu chirurgicznym nieświadomie, niewinnie i nieoględnie padła ofiarą ekstirpacji radykalnej stronica tekstu, nieraz najciekawsza, a jak w tym „Podręczniku” nawet kartka najważniejsza, zawierająca niezbędną spis rzeczy.

H. Higier

■ E. SONNTAG. *Die Chirurgie des praktischen Arztes.* (684 rys. 879 str. Georg Thieme, Lipsk 1931.)

Książkę swoją autor przeznacza przede wszystkim dla lekarzy na prowincji, a następnie dla tych, którzy świeżo po skończonych studjach, nie mając możliwości przejścia odpowiedniego stażu na klinice lub oddziale szpitalnym, zmuszeni zostali do zajęcia się praktyką.

Autor nakreślił sobie zadanie wyłącznie praktyczne. Powstanie i przyczyny chorób, jak również wszelkie teorie pozostawia na uboczu. Zajmują go jedynie tylko przypadki konkretne i sprawa postępowania w nich.

Ponieważ książka nie jest przeznaczona dla wielkich specjalistów, przeto na pierwszy plan wysuwa się w niej chirurgia ogólna, mała chirurgia i chirurgia w przypadkach nagłych. Chirurgia szczegółowa, jakkolwiek nie została pominięta, jednak, wskutek wspomnianej tendencji autora, podana jest w formie skondensowanej.

Uważam za nader praktycznie ważny dodatek, mieszczący się na końcu książki p. t. *pharmacopea chirurgica*. W dziele tym czytelnik znajdzie mnóstwo pożytecznych dla chirurgii wskazówek praktycznych, dotyczących leczenia farmakologicznego, mnóstwo recept i t. p. Książka wydana została starannie i zaopatrzona w dostateczną liczbę dobrych rysunków, czyta się ją łatwo i z zainteresowaniem.

J. R.

Fizjologia normalna i patologiczna.

N. HENNING i E. BACH. *Badania nad wchłanianiem się zaczynów diastatycznych w jelitach ludzi.* (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 158, z. 5-6).

Badania oddawanych co godzinę porcji moczu ludzi o zdrowej trzustce wykazały przy równomiernym dowozie płynów te same ilości zaczynów.

Zwiększenia się zawartości diastazy w moczu, względnie we krwi po pobudzeniu zewnętrznego wydzielania trzustki rozmaitymi środkami nie spostrzegano. Nie zwiększa się również zawartość diastazy we krwi, względnie w moczu po wprowadzeniu dużych ilości zaczynu do jelit cienkich.

Autorzy wyciągają z tego wniosek, że wchłanianie się diastazy przez śluzówkę jelitową nie może się odbywać w znacznym stopniu.

Znajdująca się we krwi i w moczu diastaza musi więc pochodzić bezpośrednio z komórek, produkujących ten zaczyn.

Henryk J. Landau

E. BENHAMOY, A. NAUCHY. *Trombocytoza spożywcza.* (C. r. de la Soc. de Biologie Nr. 28 — 1930)

Trombocytoza alimentarna jest podług autorów zjawiskiem bardziej stałym, aniżeli leukocytoza. Doświadczenia robione były w następujący sposób: Pierwsze badanie płytek krwi odbywało się naczczo, następne po spożyciu jakiegoś pokarmu (mleko, mięso, owoce, masło). Liczenie odbywało się co 20 minut. Z liczby płytek naczczo i 9 obliczeń po spożyciu pokarmu (co 20 minut, razem 180 min.) otrzymywano krzywą wzrostu i ponownego spadku płytek.

Liczba płytek stopniowo wzrasta, zwykle po godzinie jest podwójna, niż naczczo; w ciągu następnej godziny następuje powrót do normy. Na początku trzeciej godziny liczba płytek jest niższa, niż w normie.

Największy wzrost liczby trombocytów występuje po spożyciu białka, mniejszy po tłuszczach. Autorzy sądzą, że tu trombocytoza łączy się z aktem trawienia. Po czystej wodzie liczba płytek nie wzrasta. Głodzenie daje zawsze spadek trombocytów; podanie posiłku przy niskiej liczbie płytek powoduje natychmiastowy skok krzywej liczby płytek do zwykłej wysokości.

Trombocytoza alimentarna występuje stale w tym samym rytmie, niezależnie od wieku. Znalezione to samo zjawisko u młodych i starców, u dzieci, a nawet u niemowląt, odżywianych mlekiem matki lub sztucznie; wreszcie u człowieka, pozbawionego śledziony, też notowano trombocytozę spożywczą.

Na zasadzie powyższych danych autorzy sądzą, że trombocyty odgrywają poważną rolę podczas trawienia. Już Abderhalden, Deetjen, Munwaring przypuszczali, że płytki krwi zawierają fermenty proteolityczne, zdolne do szybkiego rozbijania polipeptydów.

Fermenty, zawarte w leukocytach, mają dopełnić pracę rozpoczętą przez trombocyty.

Jakób Pen son

Paul KOUCHAKOFF. *Wpływ pożywienia za obraz krwi u człowieka.* (C. r. de la Soc. de Biologie Nr. 28—1930.)

U zdrowego człowieka występuje po przyjęciu pokarmu leukocytoza, która dochodzi do szczytu po upływie 30 minut i spada do normy po 1½ godzin. Formuła krwi także ulega przesunięciu; liczba limfocytów wzrasta na niekorzyść neutrofilów. Jeśli podawać pożywienie co ½ godziny liczba leukocytów każdorazowo wzrasta, natomiast formuła krwi ulega zmianie tylko po pierwszym pożywieniu, poczem są tylko nieznaczne wahania.

Autorzy przeprowadzili badania na 100 osobnikach i doszli do następujących wniosków:

1) Leukocytoza trawienna nie jest zjawiskiem fizjologicznym, zależy od bodźca w postaci pokarmów, zmienionych przez ogrzanie do pewnej temperatury lub przez przeróbkę produktów naturalnych środkami przemysłu.

2) Spożywanie pokarmów naturalnych, niegotowanych i przerabianych powoduje nieznaczny wzrost leukocytów bez zmian formuły krwi.

3) Wyraźna zmiana formuły krwi obok leukocytozy występuje zawsze po pokarmach, które ulegały skomplikowanym przeróbkom, zanim zostały spożyte.

4) Liczba monocytów i komórek eozynochłonnych nie zależy od pożywienia.

5) Przez odpowiednią djetę można zmieniać formułę krwi.

6) Obliczanie formuły krwi jest miarodajne, o ile zostaje wykonane naczczo lub po pokarmach świeżych niegotowanych.
Jakób Penson.

Farmakologia kliniczna i doświadczalna oraz toksykologia.

Fr. LICKINT. Przypadek zatrucia Diałem. (Deutsche Medizin. Wochenschr. 1930. Nr. 47.)

42-letni inwalida wojenny w celu samobójstwa zażył 2,4 g. dalu wraz z jakimś środkiem opatentowanym pod nazwą „eliksir walerjanowo - bromowy”. W 20 godzin po zażyciu dostarczono chorego w stanie nieprzytomnym do kliniki. Po 96 godzinach powrócił do przytomności, a po 120 godzinach do zdrowia.

Spadku temperatury, obserwowanego dawniej przez A. Müllera i A. Uno w zatruciu dialem, w danym przypadku nie było. Nieznaczne ilości białka i urobiliny, przejściowo znajdujące w moczu, wskazują na lekkie uszkodzenie nerek i wątroby.

Dawka śmiertelna dialu czyli kwasu dwualilobarbiturowego jest bardzo wielka, wskutek czego w znacznym stopniu ograniczona jest możliwość otrucia tym przetworem.

X.

EGAN. O mniej znanem działaniu efetoniny. (Münch. med. Woch. Nr. 10-1931).

E. podejmuje, że w przeszło połowie przypadków po wstrzyknięciu efetoniny występuje wzmoczenie *libido* i *potentia coeundi*, zaznaczające się w godzinach wieczornych przy wstrzyknięciu popołudniowym. Powyższe nie zjawia się po podaniu doustnem efetoniny. E. sądzi, że działanie efetoniny może być obserwowane częściej, o ile zwiększyć wstrzykiwaną dawkę.

F. Turyn.

F. KOCH. Niedomoga nerek wskutek zatrucia kwasem szczawiowym. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 169, z. 1-2).

Podany opis dwóch przypadków zatrucia solą szczawiową z oligurią i objawami zatrucia nerek (zwiększenie zawartości mocznika i indykacji we krwi, dodatnia próba ksantoproteinowa). Jeden zakończył się całkowitem wyzdrowieniem, drugi, pomimo powrotu diurezy do normy, po całkowitej anurji — zejściem śmiertelnem w śpiączce mocznicznej. Makroskopowo nerki nie przedstawiały zmian, mikroskopowo zwyrodnienie mięśniowe komórek kanalików krętych, przytem niektóre z tych nabłonków zawierały kryształki szczawianu wapnia.

Henryk J. Landau.

Medycyna społeczna, Higjena, Epidemiologia i Statystyka.

■ Prof. Dr. E. PIASECKI. Zarys teorii wychowania fizycznego. Stron XVI, 390. Rycin 66. Wydawnictwo Zakładu Narodowego im. Ossolińskich we Lwowie, 1931 r.

Jest to pierwsza większa praca tego rodzaju w Polsce, w której czytelnik znajdzie całokształt zagadnienia, ujęty w sposób syntetyczny przez najlepszego znawcę sprawy w Polsce. Prof. Piasecki, mając za sobą bogate, bo przeszło trzydziestoletnie doświadczenie, znany badacz, patrzący okiem znawcy na rozwój wychowania fizycznego u nas i zagranicą, tak bujnie rozrastającego się szczególnie w okresie powojennym, podaje swą wiedzę szerszemu ogółowi zainteresowanych w sposób naprawdę dostępny, a przytem ściśle naukowy.

Książka przeznaczona została dla wychowawców fizycz-

nych specjalistów, dla lekarzy szkolnych i sportowych, nadto dla studentów wychowania fizycznego w Uniwersytecie poznańskim i krakowskim, jakoteż dla słuchaczy Centralnego Instytutu Wychowania Fizycznego na Bielanach pod Warszawą. Nie ulega jednak wątpliwości, że każdy kto interesuje się bliżej sprawą wychowania fizycznego, znajdzie tu wiele rzeczy ciekawych. Wobec uwagi, jaką obecnie poświęcamy tej sprawie, koło zainteresowanych rozszerzy się znacznie.

Całość pracy rozpada się na dwie części, ogólną i szczegółową. W części ogólnej (167 str.) autor kładzie podwaliny, daje zespół wiadomości zasadniczych. Rozpatruje zatem kolejno istotę wychowania, jego granice wobec dziedzin sąsiednich, jego cele (zdrowie, sprawność, dzielność, piękno) i środki (powietrze, promienie słoneczne, wodę, żywienie, pracę mięśniową, działania psychiczne), układ całości (systemy, metody, eklektyzm, zasady, syntezy). Dalej mówi o energetyce pracy mięśni, jej rodzajach, współpracy innych organów, a dalej o zmęczeniu, zaprawie. Uwzględnia także typy rasowe, konstytucję cielesną, stopień wyćwiczenia, stan zdrowia, narodowość, temperament, charakter.

Część szczegółowa przynosi systematyczny przegląd ćwiczeń cielesnych. Autor przynosi od rozbioru układu ruchowego, ćwiczeń układu nerwowego, a potem rozpatruje prostsze ćwiczenia czynnościowe wegetatywnych, jak chód, bieg, skok, zwis, podpór, rzut, cios i t. p.; jazdę konną, kolarstwo, pływanie, wioślarstwo, narciarstwo, łyżwiarstwo. Wreszcie mówi o ćwiczeniach rozrywkowych, ćwiczeniach użytkowych, rozumowanych, jak gimnastyka, harce, już jako synteza wychowania fizycznego i moralnego.

Swój pogląd na związek wychowania fizycznego z moralnem wyraża prof. Piasecki w następujący sposób:

„...Wychowawca fizyczny... spełni swe zadania w całości tylko wtedy, gdy sam będzie żył i młodzież nakłaniać do życia w myśl zasad chrześcijańskich, ujętych dla potrzeb wychowawczych bojąj najlepiej w prawie harcerskiem... Brak zgody bowiem między teorią i praktyką może nam bardziej zaszkodzić w osiągnięciu pożądaných wyników, niż nawet niedostatek wiedzy. Ale związek teorii z praktyką jest jeszcze ściślejszy, gdy idzie o siłę przekonań i odwagę cywilną w ich ogłoszeniu oraz zastosowaniu w pracy codziennej. Żadne względy uboczne, jak karjera, popularność, osobista wygoda, nie sprowadzą prawdziwego wychowawcy z drogi, wytyczonej przez wiedzę i sumienie”.

M. K.

■ Dr. Stanisław KOPCZYŃSKI. Szkoły—Uzdrowiska, odbitka z mies. „Oświata i Wychowanie”. Str. 14.

Autor daje krótki rzut oka na szkoły dla dzieci, zagrożonych gruźlicą, na Zachodzie, a następnie szerzej nieco omawia stan tej sprawy w Kraju. Poczynania na tem polu spotykamy wszędzie, nieco większy rozwój znajdujemy w woj. Śląskiem, wszędzie jednak braki są bardzo duże. Kończy autor hasłem „Budujmy więc dla zagrożonej gruźlicą działwy szkoły—uzdrowiska!” Otwierajmy dla niej klasy na wolnem powietrzu!

M. K.

Choroby serca i naczyń.

■ Ueber Herz — und Gefäßkrankheiten und ihre Behandlung. (Thieme. Lipsk. 1931).

W roku ubiegłym odbył się w Nauheim siódmy kolejny kurs dokształcający dla lekarzy z zakresu chorób serca i naczyń krwionośnych. Wygłoszono na nim czternaście wykładów, które, zebrane razem, stanowią tom niniejszy, wydany pod każdym względem starannie i opatrzone licznymi obja-

śniającymi rycinami. Z anatomji i fizjologii serca mamy wykłady: Kocha o funkcjonalnej budowie serca, Ebbeckego o odczynach naczyniowych i ukrwieniu nerek oraz Moritza o grze zastawek sercowych. Z dziedziny farmakologii i farmakoterapii Hildebrandt wyklada o wpływach farmakologicznych na ukrwienie organów i von den Velde o działaniu analeptycznym. Najobfitszy jest dział patologji i terapii. Składają się nań wykłady następujące: o osłabieniu serca i zwyrodnieniu mięśnia sercowego (Kutschera), o zaburzeniach krążenia krwi w chorobach przemiany materji (Grafe), o sercu w związku z chorobami gruczołów dokrewnych (Veil), o kile serca i aorty (Koppang), o sercu i operacjach (Seyderhelm), o t. zw. obwodowej sklerozie tętnic (Munk), wreszcie o doświadczeniach według metody Brömsera przy oznaczaniu siły pędnej serca (Katsch). Z dziedziny pedjatrii dwa są wykłady: Freudenberga o udziale serca w tężyczce i Sachsa o zaburzeniach cyrkulacyjnych w wieku szkolnym. Rozmyślnie wymieniliśmy tytuły wszystkich wykładów, aby dać pojęcie o różnorodności poruszanych tematów, a zarazem, aby zaświadczyć, że dla zrozumienia postępów w dziedzinie kardiologii wymagane jest przygotowania dość duże, jeżeli słuchacz czy czytelnik mają z wykładów tych odnieść korzyść należyłą. Treści poszczególnych wykładów, oczywiście, podawać tu nie możemy. Należy poprzestać na tem, że wogóle cały kurs przeprowadzony jest starannie i z dużym nakładem pracy. Przystępność wykładów niezawsze na jednym pozostaje poziomie. Pomimo to ogłaszanie drukiem całego kursu należy powitać z uznaniem.

M. F.

KORACH. Wyniki leczenia duszniczy bolesnej i nadciśnienia hormonalnemi wyciągami z mięśnia sercowego. (Münch. med. Woch. Nr. 12—1931).

W 60 przypadkach *angina pectoris vera i spuria* 15—20 min. po wstrzyknięciu preparatu z mięśnia sercowego (wg. Schwarzmanna) ustępowały wszystkie dolegliwości napadowe, jak bolesny ucisk, jego promieniowanie do pleców, lewego ramienia, duszność. Chorzy w krótkim czasie mogli opuścić łóżko i bez wywołania bólu spacerować po pokoju. Badn'e wykazywało w tych przypadkach zwolnienie tętna, spadek ciśnienia o 10—30 mm. Hg., o ile przedtem było ono podwyższone lub podniosło się w czasie napadu. Wybitną poprawę spostrzegano u chorych ze stenokardją przewlekłą, trwającą od dłuższego czasu, występującą podczas ruchów, przy wietrze lub przejściu na zimne powietrze. Większość tych chorych leczona była ambulatoryjnie. Chorzy po iniekcji wracali pieszo do domu, bez żadnych dolegliwości. Efekt wstrzyknięcia utrzymuje się przez 24 godz. O ile bóle po tym czasie zjawiały się znowu, były mniej dokuczliwe, niż przed leczeniem. Niektórzy chorzy, przyzwyczajeni do pobierania na noc tabletek z nitrogliceryny, spiali spokojnie po wstrzyknięciu myostonu.

Dobre działanie myostonu wykazano w leczeniu chromania przestankowego. Omawiając dotychczasowe metody leczenia tego cierpienia, autor szczegóły odraża stosowanie gorąca, po którym sposterzał pogorszenie.

W obu omawianych zespołach wyciągi z mięśnia sercowego dają długotrwałą poprawę. W przypadkach ciężkich konieczne jest początkowe leżenie w łóżku i codzienne dwukrotne wstrzykiwania domięśniowe. Po ustąpieniu bólów wstrzykuje się raz dziennie, następnie 3 razy tygodniowo, przyczem stopniowo redukuje się ilość wstrzykiwanego wyciągu do 1 cm. Następnie można przejść do preparatów doustnych. Chorzy powinni przestrzegać odpowiedniej diety. Wraz z objawami podmiotowemi cofają się objawy przedmiotowe, np. zwolnienie tętna, obniżenie ciśnienia krwi, wyraźniejsze w Mx.

Wpływ na ostatnio wymienione objawy skłonił K. do zastosowania myostonu w nadciśnieniu pierwotnem. Szczególnie wskazane jest to leczenie w okresie początkowym przełomów naczyniowych, przed ustaleniem się stałego nadciśnienia na poziomie przeciętnym, co udawało się przy użyciu wyciągu z mięśnia sercowego. Jednocześnie konieczne jest przestrzeganie przepisów dietetycznych i higienicznych.

F. Turyn.

TIEMANN. Leczenie duszniczy bolesnej i chromania przestankowego. (Münch. med. Woch. Nr.—12—1931).

Leczenie prowadzono wyciągiem z wątroby, uzyskanym przez Zuelzera. Po ośmioldniowem stosowaniu eutononu w przypadku zdekompensowanego zwyrodnienia mięśnia sercowego poprawa wyrażała się w zmniejszeniu cienia sercowego na obrazie rentgenowskim i w ustąpieniu obrzęków. Po tem leczeniu zauważono nadwrażliwość chorego na naparstnicę. Eutonon działa skuteczniej, niż azotyny, w leczeniu duszniczy bolesnej. Niewszyscy chorzy reagują na wyciągi wątrobowe. W innych przypadkach obserwuje się ukryty okres działania, trwający do 8-miu dni. Możliwe jest uprzednie uwrażliwienie naczyń serca, poczem dopiero zaczynają one reagować na podawany środek.

Dożylnie wstrzykiwania eutononu 2 razy po 1 cm. dają szybką poprawę u chorych z chromaniem przestankowym. Bóle ustępują, chorzy mogą odbywać dłuższe przechadzki. Pomimo poprawy subiektywnej niezawsze jednak udaje się stwierdzić lepsze ukrwienie kończyn.

Powyższe działanie eutononu na naczynia serca i obwodowe pozwala na przypuszczenie, że naczynia rozszerzają się pod wpływem swych mięśni, a nerwom naczyniowym przypisuje się znaczenie drugorzędne, gdy unerwienie serca i naczyń jest różne. Wyciąg wstrzykuje się dożylnie, czasami domięśniowo. Przedawkowania nie obserwowano. Najwyższa dawka, zastosowana przez autora, wynosiła 10 cm. wyciągu dożylnie w ciągu jednego dnia. Wyciągi w kroplach mogą być podawane w przerwach międzynapadowych. Przerwy stają się dzięki tym kroplom dłuższe.

F. Turyn.

Choroby nerwowe i psychiczne.

■ Prof. M. A. ZACHARCZENKO (Taszkent). Kurs chorób nerwowych (w języku ros.). Moskwa 1930 r., str. 931, rys. 168 i VIII kolor. tablic. Wydanie państwowe.

Przy obecnym stanie neurologji, kiedy z jednej strony anatomią patologiczną z coraz nowemi bardzo złożonemi metodami staje się niezbędną integralną jej częścią, a z drugiej strony jej kontakt z chirurgją do takiego stopnia się zacieśnia, że istnieją już specjalne placówki neurochirurgiczne (Cushing, du Martel, Forster, Pusepp i in.) napisanie podręcznika chorób nerwowych przez jedną osobę jest istotnie zadaniem bardzo trudnem. Kiedy zaszła przed kilkoma laty potrzeba wydania nowego pośmiertnego wyłania znanego podręcznika Oppenheima, nawet w Niemczech nikt widocznie nie miał odwagi podjęcia się tego zadania, skoro redakcja poszczególnych rozdziałów została powierzona oddzielnym specjalistom. Tembardziej należy podziwiać odwagę i pracowitość wymienionego w nagłówku autora, wykładającego neurologję na uniwersytecie w Taszkencie, i podkreślić zasadniczą jego pod tym względem zasługę. Zbiorowe bowiem podręczniki, napisane przez kilku autorów, zawsze cierpią na brak jednolitości i niepozbawione są często wprost sprzeczności i powtórzeń.

I trzeba przyznać, że podręcznik prof. Zacharczenko, znanego ze swoich oryginalnych badań nad schorzeniami poszczególnych naczyń w mózdku i opuszcze, zupełnie odpowiada swemu zadaniu i daje dobry obraz współczesnej neu-

rologji. Umysł trzeźwy i ścisły, unika Zacharczenko zakłanych transcendentnych hipotez, traktuje przedmiot swój rzeczowo w granicach znanych i stwierdzonych faktów, nieraz nawet może już zbyt wstrzemięźliwie, co szczególnie się uwidatnia przy omawianiu chirurgicznego leczenia nowotworów mózgu i rdzenia.

Rozdziały te należałoby traktować nieco optymistyczniej, niż to czyni autor. Dziwnem też mi się wydaje, że w podręczniku, noszącym datę 1930 r., niema nawet, zdaje się, wzmianki ani o encefalo — i medullografji ani o metodzie lipjodolowej Siccarda.

Przypuszczam, że zawiniły tu miejscowe warunki pracy, które w takim oddaleniu nie są prawdopodobnie zupełnie korzystne (brak może nowocześnie wyszkolonych chirurgów i t. p.). Natomiast część objawowa jest w podręczniku wszędzie na zupełnej wysokości, a sam wykład jasny i zrozumiały.

Autor może słusznie nie przytacza nazwisk autorów, którzy się przyczynili do rozbudowy tej lub owej sprawy. Natomiast, sądzę, należałoby na końcu każdego rozdziału wymienić odnośne zasadnicze prace. Wobec olbrzymiego rozproszanego piśmiennictwa neurologicznego czytelnik — lekarz czy student — powinien mieć możliwość w razie potrzeby i chęci poznania głównych źródeł zajmującej go kwestji. Dużo schematycznych rysunków o charakterze dydaktycznym. Fotografje są ciekawe m. in. i z tego względu, że pochodzą od tubylców, posiadają więc pewien urok egzotyczności.

Na zakończenie jedna uwaga. W Rosji, jak mnie informuje autor, istnieje przeszło 60 klinik, względnie specjalnych oddziałów neurologicznych. Założono nawet specjalny instytut doświadczalnej neurochirurgji. Wychodzi kilka specjalnych pism neurologicznych.

Niestety, liczba oddziałów neurologicznych w Polsce jest bardzo szczupła, jedyne neurologiczne pismo — Neurologja Polska — znajduje się w bardzo ciężkich warunkach materialnych, a dotychczas jeszcze nie mamy ż ani jednego oryginalnego i kompletnego podręcznika neurologji, jakkolwiek nie brak wszak w Polsce wielu znanych i zasłużonych neurologów.

Z. Bychowski.

BODE. Rozpoznanie różniczkowe zapalenie gruźli czego opon mózgowych. (D. m. W. N. 2 1931).

W rozpoznaniu różniczkowym zapalenia gruźliczego

opon możemy się spotkać z b. dużymi trudnościami, czego dowodzi opisany w roku poprzednim przypadek Langsteina, gdzie, opierając się jedynie na braku laseczników Kocha w płynie i ujemnym odczynie Pirquet'a, nie rozpoznano *meningitis t. b. c.* pomimo innych, niezmiennie charakterystycznych objawów. W przypadku spostrzeganym przez autora, pomimo dodatniego odczynu Pirquet'a i obecności skrzepu włóknikowego, który, jakkolwiek jest b. charakterystyczny dla sprawy swoistej, [może się jednak zdarzyć i w innych postaciach zapaleń opon mózgowych, rozpoznano *encephalitis* z objawami oponowemi. W płynie mózgoworodzeniowym nie znaleziono bowiem prątków Kocha, ciśnienie płynu było normalne, zwiększenie liczby komórek niezbyt duże.

St. Luxemburg.

LICHTENSTEIN. W sprawie niezłośliwego, aseptycznego zapalenia opon mózgowych. (D. m. W. N. 2 1931).

Opisana przez Schiffa postać zapalenia opon mózgowych, charakteryzująca się ropnym płynem mózgoworodzeniowym, ujemnym wynikiem badania bakterjologicznego oraz łagodnym przebiegiem, nie jest, zdaniem autora, jakąś odrębną jednostką chorobową.

Należy pamiętać, iż podobny obraz w płynie możemy spotkać w przebiegu *poliomyelitis* bez porażeń. W wielu podręcznikach jest wprawdzie podane, że w płynie stwierdzamy „nieznaczne zwiększenie liczby leukocytów” lub „pojedyncze limfocyty”, jednak badania lat ostatnich — 1910 — 1917 — wielu autorów, a zwłaszcza amerykańskich, dowiodły, że w pierwszych dniach zapalenia rogów przednich rdzenia stwierdzamy znaczną pleocytozę płynu, która po paru dniach mija, a pozostają prawie bez wyjątku limfocyty. Jałowość płynu ma być b. charakterystycznym objawem dla tej postaci chorobowej.

W czasie epidemji *poliomyelitis* w Sztokholmie w 1929 r., autor spostrzegał w więcej niż 50% przypadków, a czasami w 90-100%, takie właśnie zachowanie się składników patologicznych płynu.

Sądzić należy, że podobny stan, przypadki Schiffa, należy odnieść do postaci poronnych zapaleń komórek rogów przednich rdzenia.

St. Luxemburg.

Wskazówki praktyczne

W leczeniu trądzika i czyraczności oddają, według W. Petterssona, dobre usługi pastylki *Fermocyl* (fabr. Vial i Ullmann — Frankfurt nad Menem) — połączenie drożdży z zaczynem trzustkowym. Za pomocą tego środka udaje się czas leczenia trądzika i czyraczności znacznie skrócić. (Med. Klin. 1931 Nr. 13).

— o —

Bartłakowski poleca przetwór *Calcium-Resorpta* (fabr. Gehe i Sp. w Dreźnie), połączenie chlorku wapnia z przetworem saponinowym lub mleczanu wapnia z tymże przetworem. Pierwszy stosuje się w postaci płynu (3—4 łyżek dziennie dla dorosłych i 3 łyżeczki od herbaty lub więcej dla dzieci), drugi w postaci drażetek (3 razy dziennie po 2—3 dla dorosłych). *Calcium-Resorpta* nie ma przykrego smaku właściwego przetworom wapnia, wchłania się doskonale i szybko w jelitach i znajduje zastosowanie we wszystkich stanach chorobowych, w których jest wskazany wapń. (Med. Klin. 1931 Nr. 13).

— o —

Grasreiner zwraca uwagę, że wyprysk międzypalcowy bywa czasem wywołany przez środki chemiczne, używane do wyprawiania i konserwowania skór na obuwiu. W przypadkach uporczywych i dających nawroty należy o tem pamiętać i zalecać zmianę obuwiu. (Dermat. Woch. 1931 Nr. 1).

— o —

Perkainę w substancji, stosował Strebel w owrzodzeniach rogówki. Perkaina działa tu nie tylko znieczulająco, ale i bakterjobjęco. Szczególnie dobrze nadaje się w okulistyce perkaina do znieczulania przed stosowaniem środków, wywołujących ból. (Schweiz. med. Woch. 1930 Nr. 49).

— o —

A. Elschmig leczy rzeżączkowe zapalenie łączy w sposób następujący: co ½ do 2 godzin przemywanie roztworem nadmanganianu potasu, raz dziennie wkraplanie 1% lapisu i smarowanie maścią cynkową brzegów powiek oraz 3-krotne zastrzyknięcie mleka wyjałowionego. Nieżyt wiosenny ustępuje pod działaniem wkropleń 1 — 2% ichtioli. Zapalenie brzegów powiek leczy E. maścią: Rp. Zinc. oxyd. 1,0; Ammon. sulf. ichthyol. 0,1; Lanolin., Eucerin. aa 5,0. (W. m. W. 1931 Nr. 3).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sprawozdanie za r. 1930.

W roku sprawozdawczym 1930 Towarzystwo poniosło dotkliwą stratę przez śmierć swego zasłużonego wieloletniego prezesa Dra Kazimierza Dłuskiego, który zmarł w następstwie operacji herniotomii na przewlekłe zapalenie płuc.

Kiedy w r. 1922 Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej wskutek ustąpienia Dra Rafała Radziwiłłowicza znalazło się chwilowo bez prezesa, tedy zarząd zwróciło się w stronę osoby Dra Kazimierza Dłuskiego, którego szeroki rozmach społeczny, wielka kultura umysłowa i duchowa, nosząca wybitne piętno Zachodu, oraz głęboki i szczery demokratyzm dawały odłomom postępowym rękojmię, że nikt lepiej niż on, nie poprowadzi instytucji po drodze jej idei, i że nikt lepiej, niż on, nie nada powagi i siły wystąpieniom Towarzystwa, do których miało dużo okazji. Postać Dłuskiego, zarysowana mocno na horyzoncie życia społecznego i politycznego Warszawy, odpowiadała w całej pełni pragnieniom i dążeniom Towarzystwa. Dr. Dłuski rozumiał, że Towarzystwu należy się jego pomoc, i na propozycję wstąpienia do Towarzystwa w charakterze prezesa bez zastrzeżeń przystał.

Prace Towarzystwa od chwili objęcia kierunku przez Dra Dłuskiego stanowią drugi etap rozwoju Towarzystwa: powstała i rozwinęła się imponująca Sekcja Kliniczna pod kierownictwem Dra Flatau a i prof. Szymanowskiego i powstało Warszawskie Czasopismo Lekarskie, które rozwinęło się z miesięcznika w tygodnik lekarski i od roku 1924 wychodzi bez przerwy i bez pomocy materialnej czyjejkolwiek, a głównie bez deficytu. Dr. Dłuski otoczony był w łonie Towarzystwa powszechnym szacunkiem, uważany był za wcielenie idei, tkwiącej na dnie głównego hasła Towarzystwa — zjednoczenia wszystkich lekarzy Polaków w pracy dla dobra Kraju i zawodu lekarskiego na zasadach demokratycznych: równości i braterstwa. Prace Towarzystwa płynęły bez tarć wewnętrznych. W roku 1926 w czasie uroczystego obchodu dziesięciolecia Towarzystwa jednogłośnie uchwałą przyznano Drowi Dłuskiemu dyplom honorowy, jako dowód najwyższego uznania dla jego charakteru i zasług.

W roku sprawozdawczym zmarli

- 2) Dr. Henryk Adelfang znany rentgenolog (16.IX.30)
- 3) „Maurycy Hertz — wybitny laryngolog (24.I.31)
- 4) „Izaak Kunig — znany lekarz praktyk (4.I.31)
- 5) „Juliusz Maleciński — Zastępca naczelnika wydziału Zdrowia magistratu m. Warszawy, inspektor Sanitarny, wieloletni członek zarządu Towarzystwa. Cześć ich pamięci!

W roku Sprawozdawczym 1930 przybyło Towarzystwu członków 7, ubyło 3.

Wobec tego liczba członków Towarzystwa w końcu roku sprawozdawczego, wynosiła ogółem 249 członków, w tem członków zwyczajnych 232, honorowych 7, zamiejscowych 10.

W roku sprawozdawczym 1930 stypendjum Towarzystwa w sumie 1000 zł. przyznano temuż studentowi medycyny, co i roku poprzedniego, a mianowicie Marjanowi Ostrochowi. Wykonującym nową pracę naukową pod kierunkiem profi Mieczysława Konopackiego w Instytucie Histologii i Embriologii Uniwersytetu Warszawskiego.

Komisja do rozpatrzenia podań o stypendjum składała się z prof. Z. Szymanowskiego, Dr. Maurycyego Bornsztajna i Henryka Trenknera.

Delegatem do Rady Naczelnej Polskiej Konfederacji Pracowników Umysłowych od Towarzystwa był jak poprzednio Kol. Wilhelm Knappe. Składka roczna, wnoszona od Towarzystwa do konfederacji, wynosiła 500 zł. Ponieważ Zarząd nie widział realnych korzyści dla Towarzystwa z tytułu należenia do Konfederacji, Zarząd Towarzystwa zgłosił wystąpienie swoje z konfederacji z d. 1 Stycznia 1931.

W roku sprawozdawczym członkowie Towarzystwa w osobach kol. Knappego, Stankiewicz i Wojtkiewicz braли udział w Komisji podatkowej przy Izbie Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, która pod kierunkiem kol.

Blaya, również członka Towarzystwa, rozpatrywała odwołania lekarzy przeciwko nadmiernemu wymiarowi podatku dochodowego i obrotowego. Opinia Komisji przeważnie zgodna ze stanem rzeczy, przedstawionym przez petenta w odwołaniu, była komunikowana Urzędowi Skarbowemu z wynikiem rozmatym. W każdym razie jednak Komisja przez swe wstawienie, zdołała usunąć ci. oć niektóre krzyżące niesprawiedliwości.

W roku sprawozdawczym Zarząd Towarzystwa odbył 11 posiedzeń, na których rozpatrywał podania kandydatów na członków, odczytywał korespondencje, układał porządek dzienny posiedzeń plenarnych, projektował referaty, wyszukiwał prelegentów, zajmował się sprawami bieżącymi w łonie własnego Towarzystwa i innych organizacji lekarskich.

Sprawa własnego lokalu nie posunęła się naprzód w roku sprawozdawczym z powodu braku funduszy na ten cel. Posiedzenia zarządu odbywały się nadal w mieszkaniu prywatnym, posiedzenia plenarne i naukowe w sali Warszawskiego Tow. Naukowego, Śniadeckich 8, dwa zgromadzenia nadzwyczajne w Sali Polskiego Towarzystwa Eugenicznego, Nowy Świat 1, natomiast zebrania Klubowych z powodu braku lokalu nie zarządzano, również członkowie pozbawieni byli czytelni i możliwości korzystania z biblioteki Towarzystwa, która z dorów i gratisowych wydawnictw sięga niewątpliwie dziś już tysiąca tomów.

W roku sprawozdawczym skład Zarządu nie uległ zmianie. Ukonstytuowanie się zarządu było następujące:

Prezes — Dr. K. Dłuski (wybrany 1929) wiceprezesa — Dr. Jan Adamski (wybrany 1928) Dr. Zygmunt Srebrny (wybrany 1928) sekretarz — Dr. Wilhelm Knappe (wybrany 1928) skarbnik — Dr. Adolf Szwarc (wybrany 1930) bibliotekarz — Dr. Henryk Trenkner (wybrany 1930) członkowie Dr. Zofja Garlicka (wybrana 1928) Dr. Justyna Budzinska-Tylicka (1929) prof. Zygmunt Szymanowski (1930).

Po śmierci Dra Dłuskiego — na prezesa Zarząd obrał Dra Zygmunta Srebrnego na jego zaś miejsce Zygmunta Szymanowskiego w charakterze II wiceprzewodniczącego. W styczniu Dr. Adamski zrezygnował z godności członka Zarządu. Wobec tego, że Dr. Zofja Garlicka z powodu złego stanu zdrowia stale nie przychodziła na posiedzenia Zarządu, przeto Zarząd był znacznie zdekompletowany. Zasilali Zarząd przez branie udziału w posiedzeniach nieraz poprzedni jego członkowie, jak Dr. Mieczysław Gantz, Maurycy Bornstein, Adolf Koral, Ludwik Markiewicz i Władysław Szezech.

Z rozszczełólnych posunięć Zarządu należy zaznaczyć:

1) Wystąpienie wraz z inni Towarzystwami we wspólnym memorjale do Rządu i Ciał prawodawczych w sprawie mającej być uchwalonej nowelizacji Ustawie przeciwalkoholowej, która grozi ludności rozpowszechnieniem wśród niej pijanstwa. Memorjał wnosi o nieuchwalanie zmian w dotychczasowej ustawie przeciwalkoholowej.

2) Zarząd wystosował pismo do Pani D-rowej Dłuskiej z kondolencją po śmierci jej męża i z zawiadomieniem, że Zarząd uchwalił zorganizować akademję ku uczczeniu pamięci zmarłego prezesa.

3) Na 2-ch posiedzeniach nadzwyczajnych poruszona była sprawa „brzeska”, wobec której wbrew opinii Zarządu, uchwalono nie zabierać głosu

4) W porozumieniu z Zarządem Klubu Lekarzy Polskich i Zrzeszenia Lekarzy Rzeczypospolitej polskiej Zarząd Towarzystwa rozesłał 2 razy kurendę do Członków Towarzystwa o niezawodne przybycie na Walne Zebranie Członków Związku Lekarzy Państwa Polskiego w celu dokonania w niem nowych Wyborów w interesie przekonń demokratycznych.

5) Zarząd wydelegował w roku sprawozdawczym:

- a) do komitetu do spraw Medycyny Społecznej magistratu m. st. Warszawy prof. Szymanowskiego do brania udziału w pracach Komitetu z ramienia Polskiego Towarzystwa Med. Społecznej
- b) Na inauguracyjne posiedzenie Sekcji mieszkaniowej przy Warszawskim Tow. Higienicznym — Dra Koral
- c) Na inauguracyjne posiedzenie Sekcji racjonalnego żywienia w Warsz. Tow. Hig. — Dra Knappego.
- d) Na uroczyste posiedzenie Zrzeszenia Lekarzy Rz. P., poświęcone jubileuszowi 40-letniej pracy lekarskiej i naukowej Dr. med. Henryka Higiera (3.II.1931) —

Dr. Knappego do ogłoszenia gratulacji w imieniu Towarzystwa.

6) Zarząd w osobie sekretarza Dr. Knappego był w stałym kontakcie z komisją Kulturalno-Artystyczną, w której Członkowie Towarzystwa za okazaniem legitymacji Członkowskiej mają otrzymywać bilety ulgowe do teatrów i teatrzyków oraz kin.

7) Dla uczczenia pamięci Dr. Juliusza Maleciskiego, wieloletniego Członka Zarządu Towarzystwa Zarząd wyasygnował zł. 50 na "Rodzinę Lekarską" przy Izbie Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

W roku sprawozdawczym odbyło się pięć posiedzeń plenarnych i 3 nadzwyczajne Walne Zgromadzenia.

1) Dnia 23 stycznia 1930 plenarne posiedzenie, na którym Dr. M. Kacprzak wygłosił odczyt „Rozpowrząchnienie gruźlicy w Polsce”.

2) Doroczne Walne Zebranie d. 21 marca 1930, na którym Dr. J. Budzińska-Tylicka i adwokatka E. Iwińska wygłosiły odczyty:

Stanowisko Komisji Kodyfikacyjnej w sprawie przerwania ciąży. Przewodniczył kol. Grundzachs asesorem był Dr. Wajsbłat, sekretarzem Dr. Racia.

3) Plenarne posiedzenie d. 15 listopada 1930, na którym prof. Dr. W. Szenajch wygłosił odczyt: „Uwagi o etyce lekarskiej w świetle przysięgi Hipokratesa”.

4) Plenarne posiedzenie dnia 11 grudnia 1930 r., na którym pan A. Krieger wygłosił odczyt: „Nowy kierunek ubezpieczeń społecznych (francuskich i niemieckich)”.

5) Plenarne posiedzenie 12 lutego 1931, na którym Dr. Marja Grzywo-Dąbrowska wygłosiła odczyt: „Listy samobójców”.

Sąd koleżeński nie był zwoływany ani razu, co nie znaczy bynajmniej, żeby lekarze między sobą żyli w idealnej zgodzie. Chodzi o to, że sprawy kierowane są obecnie do Izby Lekarskiej, zarówno przez publiczność jak i przez samych lekarzy.

Do biblioteki w roku sprawozdawczym wpłynęło:

- 1) Warszawskie Czasopismo Lekarskie — cały rocznik
- 2) Kwartalnik kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie
- 3) Neurologia Polska — cały rocznik
- 4) Biologia Lekarska — Wydawnictwo Spiessa — cały rocznik
- 5) Wiadomości Kas Chorych — cały rocznik
- 6) Lekarz Polski — cały rocznik

Sprawozdanie Sekcji Klinicznej Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej w r. 1930.

W roku sprawozdawczym w skład prezydium Sekcji wchodził: jako przewodniczący Dr. Edward Flatau i prof. Zygmunt Szymanowski, jako ich zastępcy: Dr. Henryk Trenkner i Dr. Ludwik Bregman; jako sekretarze: Dr. Marcell Landsberg i Dr. Lucjan Jelenkiewicz. Posiedzenia odbywały się w Sali Warszawskiego Towarzystwa Naukowego, Śniadeckich 8 i były licznie uczęszczane przez członków i zaproszonych gości a także przez obcych lekarzy, którzy mieli nieskrępowany wstęp na posiedzenia bez meldowania się w prezydium.

Posiedzenia odbywały się dwa razy na miesiąc: jedno posiedzenie poświęcone było pokazom przypadków kazuistycznych i referatom klinicznym, drugie — programowym odczytom z zakresu teorii nauk lekarskich. Odczyty i pokazy wygłaszane były przeważnie z pamięci, utrzymywane były na wysokim poziomie naukowym i często ogłaszane były następnie w druku. Pokazów i odczytów, wygłoszonych w innych Towarzystwach, do Sekcji już nie przyjmowano.

Posiedzeń pokazowych odbyło się w ciągu roku sprawozdawczego 8, na których przedstawiono ogółem 24 przypadki, a mianowicie:

z dziedziny chorób nerwowych	12
„ „ „ wewnętrznych	9
„ „ „ chirurgicznych	2
„ techniki laboratoryjnej	1

Na posiedzeniach pokazowych wygłoszono następujące odczyty kliniczne:

1. d. 4.I 1930. H. Higier. O chorobie Buergera.
2. „ 8.II „ D. Szenkier. O nowym objawie kamicy nerkowej.
3. „ 22.III „ H. Brokman. Patogeneza zjawisk związanych z działaniem jadu ośpowego.
4. „ 22.III „ N. Zandowa. Powikłania nerwowe po szczepieniach przeciwospowych.

5. „ „ M. Kacprzak. Ospa w Polsce z punktu widzenia epidemiologicznego.
6. „ 5.IV „ J. Muszkatlenblit. O raku pierwotnym płuc.
7. „ 10.V „ A. Gurewicz. O nowej metodzie rentgenograficznego uwidaczniania nerek i pyelografii drogą śródżylną.
8. „ 8.XI „ N. Zandowa. O drgawkowości wieku dziecięcego.
9. „ 24.I 1931 Z. Srebrny. O powikłaniach ropówkowych po wyluszczeniu migdałków.
10. „ 14.III „ J. Fliederaum. Badania nad rolą zaburzeń w równowadze kwasowo-zasadowej w powstawaniu obrzęków.

Wieczorów programowych, na których wygłaszane były odczyty, z dziedziny teorii nauk lekarskich, było w roku sprawozdawczym ogółem 15; na nich wygłoszono następujące odczyty:

1. d. 25.I 1930. F. Krzyształowicz. O istocie wyprysku (eczema).
2. „ 15.II „ Z. Szymanowski. Własności biologiczne i odpornościowe szczepu B. C. G.
3. „ „ „ M. Wierzbowska. Dotychczasowe spostrzeżenia nad dziećmi, szczepionymi metodą Colmeteo (B. C. G.).
4. „ 8.III „ A. Landau, J. Glass i M. Markson. Studja kliniczne nad zapaleniem surowiczym, opłucny i jego etiologią.
5. „ 26.IV „ A. Kapłan. O nadciśnieniu tętniczym.
6. „ „ „ H. Adelfang. O rentgenografii wyrostka robaczkowego.
7. „ 24.V „ A. Siedlecka i J. Stein. O guzach serca.
8. „ „ „ J. Mackiewicz. O guzach mózgu.
9. „ 7.IV „ Węgierko. Współczesny stan leczenia moczówki cukrowej.
10. „ 7.VI „ A. Goldman. Postępowanie w powikłaniach chirurgicznych moczówki cukrowej.
11. „ 27.IX „ W. Sterling. Anomalje psychiczne u dzieci w związku z zaburzeniami w wydzielaniu wewnątrzennym.
12. „ „ „ M. Bornsztajn. O psychozach wieku dziecięcego.
13. „ 11.X „ M. Minkowski (Zurych). Nowe dane z anatomji patologicznej padaczki.
14. „ „ „ A. Kobryner. Pierwotniaki jako zarazki grypy.
15. „ 25.X „ E. Leyko. Nowsze środki nasercowe.
16. „ „ „ J. Typograf. O leczenia chorych sercowych.
17. „ 29.XI „ J. Jelenkiewicz. Patologia i klinika reumatyzmu zakaźnego w świetle nowszych poglądów.
18. „ 13.XII „ F. Eisenberg. (Kraków). O zmienności rozwojowej (cyklogenji) bakterji.
19. „ 10.I 1931 B. Fejgin. O zmienności prątka gruźliczego.
20. „ „ „ B. Fejgin i M. Płoński. Badania doświadczalne nad ziarnicą złośliwą (lympho-granulomatosis).
21. „ 7.II „ Jerzy Glass. O chorobie Basedowa (Zagadnienia z dziedziny fizjopatologii i kliniki).
22. „ 28.II „ E. Herman. Kiła wrodzona układu nerwowego.
23. „ „ „ B. Karbowski. Kiła wrodzona ucha wewnętrznego.

Posiedzenie plenarne z dn. 15.IX 1930 r.

Odczyt:

Prof. W. Szenajch. Uwagi o etyce lekarskiej w świetle przysięgi Hipokratesa. (Ukazało się w druku). W dyskusji zabierali głos: Raszkes, Knappe, Szymanowski, Abramowicz, Flokstrumpf, Grundzachs, Biro, Goldstein i Srebrny.

Posiedzenie plenarne z dn. 11.XII 1930 r.

A. Krieger. Nowy kierunek ubezpieczeń społecznych. (Autoreferat niedostarczono). W dyskusji zabierali głos: Wasertregorówna, Gantz, Knappe, Szymanowski i Szwarc.

Posiedzenie plenarne z dn. 12.II 1931 r.

Marja Grzywo-Dąbrowska. *Listy samobójców.* (Wydrukowane w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim“). W dyskusji zabierali głos: Grzywo-Dąbrowski, Knappe, Blayowa, Abramowicz, Srebrny, Zamenhof,

Posiedzenie plenarne z dn. 12.III 1931 r.

Dr. L. Zamenhof. *Dlaczego, pomimo postępów medycyny, znachorstwo znajduje coraz więcej zwolenników i droga walki z niem.* (Ukaże się w „Warsz. Czasopiśmie Lekarskim“). W dyskusji zabierali głos: Kahan, Bielenki, Knappe, Justmann, Higier sen., Higier jun., Szwarc.

A. Szwarc.

Polskie Towarzystwo Zwalczania Gośca (Reumatyzmu)

Posiedzenie Prezydium z d. 27. II. 1931.

Obecni: Prof. Dr. Orłowski, Dr. Kłuszyński, Dr. Babecki, Dr. Nowakowski.

Dr. Nowakowski podaje do wiadomości treść nadesłanej korespondencji. Dalej podaje, że zorganizowano zebranie lekarzy, na którym Dr. Van Bree men, sekretarz generalny Międzynarodowej Ligi Przeciwrzeumatycznej, wygłosił odczyt.

Z Ligi Międzynarodowej Przeciwrzeumatycznej nadszedł okólnik, w sprawie terminu przyszłego kongresu międzynarodowego. Odbędzie się on w r. 1932 dn. 19—24 maja w Rzymie. Tematy ustalono: w sekcji naukowej; objawy gośca przewlekłego oraz gościec a gruźlica. W sekcji lekarsko-społecznej: gościec a zawód. Poza tym sekretarz generalny Ligi potwierdził odbiór zgłoszenia członkostwa P. T. Zw. G. przyczem składka roczna wynosić będzie Ł. 25. Wniosek nasz o odbycie jednego z przyszłych kongresów w Polsce będzie poddany pod dyskusję na przyszłym kongresie rzymskim. Następnie podaje adres firmy, od której można nabyć termometr pomysłu Dr. Bree men a do mierzenia ciepłoty skóry. Zgodzono się nabyć jeden taki termometr, jako pokazowy.

Wykonanie uchwał pełnego zarządu:

a) opracowanie regulaminu dla kół prowincjonalnych. Uznano to za przedwczesne w obecnej fazie organizacji Towarzystwa. Natomiast prezydium będzie dążyć do powołania w odpowiednich ośrodkach mężów zaufania, którym powierzono by zorganizowanie miejscowych warsztatów pracy. Sekretarz postara się o wzory ujęcia stosunku kół miejscowych do centrali w Związku Przeciwgruźliczym.

b) Przygotowanie zmian statutu dla przyszłego walnego zgromadzenia powierzono Dr. Kłuszyńskiemu i Nowakowskiemu i jak również opracowanie norm minimalnych składki rocznych dla członków — osób prawnych z tem, że ostatnie zadanie będzie traktowane jako bardzo pilne.

c) Przystąpienie do Ligi międzynarodowej zostało już dokonane, uzyskano najniższą składkę w wysokości 25 funtów angielskich, czyli około 1000 zł. rocznie. Postanowiono wpłaty kwartalne.

d) Opracowania mianownictwa dla celów statystycznych,

jak również krótkiej instrukcji do tego, dalej zagadnienia wzoru kwestionariusza, opracowanego przez prof. Renckiego, z wzorem ustalonym przez Ligę Międzyn., podjął się Prof. Orłowski.

e) Prof. Orłowski podjął się również opracowania wytycznych dla organizacji ośrodków badawczych gośćcowych. Ośrodki takie narazie mogłyby powstać w Łodzi i w Inowrocławiu. Przewidziane jest uruchomienie przychodni przez Okręgowy Związek Kas Chorych w Krakowie. W sprawie zakładu Inowrocławskiego postanowiono zwrócić się do Dep. Ubezpie. Społ. M. P. i O. S., do Prof. Jezierskiego w Poznaniu i do tamtejszej Ubezpieczalni Krajowej.

f) Ze zwróceniem się do Min. Wyzn. Relig. i Ośw. Publ. o stworzenie ośrodków badawczych przy klinikach, postanowiono zaczekać do odpowiedniejszej sytuacji sanitarnej.

g) Sprawa braków w urządzeniach klinicznych zdrojowisk. Postanowiono zwrócić się do Dr. Doc. Sabatowskiego o nadesłanie w tej sprawie referatu, celem opracowania wytycznych. Podkreślono jako braki ogólne brak leżalni w zakładach kąpielowych, zawczesne godziny kąpeli, brak wyszkolenia personelu pomocniczego.

h) W sprawie uzyskania danych statystycznych o obciążeniu z powodu gruźlicy i gośca zostanie wysłany list do Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu.

i) Wobec tego, że tegoroczny Zjazd Internistów uwzględni gościec, postanowiono zaniechać zorganizowania osobnego kongresu, a poprzeć Zjazd Internistów. Prof. Orłowski nakreśli odpowiednie zawiadomienie o programie tego Zjazdu.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Kayser ubiegłej zimy wygłosił referat o *wynikach operacji wyluszczenia migdałków u dzieci* w tow. lek. w Detroit (D. m. W. № 14), opierając się na materiale, obejmującym 4.400 dzieci w Rochester w Ameryce. Wzięto pod uwagę 1.000 dzieci operowanych przed 10 laty, i 1.200 poddanych temu zabiegowi przed 3 laty. Z tym materiałem porównano 2.200 dzieci, którym przed 3-ma i 10 laty zalecano wyluszczenie migdałków, lecz którym tego zabiegu nie wykonano. Wyniki tych badań porównawczych są następujące. 1. Gdy przed zabiegiem około 40% dzieci zapadało często na anginę, po zabiegu tylko 10%; z nieoperowanych około 36%. 2. Zapadanie na ostre nieżyty nosa i ucha środkowego nie wykazywało różni u operowanych i nieoperowanych; 3. Zapalenia gruczołów chłonnych na szyi rzadziej zdarzały się u dzieci operowanych (7%), niż u nieoperowanych (13%); 4. Dzieci operowane mniej były wrażliwe na błonicę i płonicę; 5. Natomiast zakażenia dróg oddechowych (krtani, oskrzeli, płuc) zdarzały się dwa razy częściej u dzieci operowanych; wydaje się, że dzieci te daleko łatwiej zapadają na zachorzenia płuc; 6. u dzieci operowanych gościec stawowy występuje rzadziej, na nawroty jednak zabieg pozostaje bez wpływu.

W dyskusji podkreślano, że zabieg ten, mimo że jest naogół nie niebezpieczny, winien być wykonywany tylko w wypadku istnienia wyraźnych wskazań. Nawiąsem mówiąc, zabiegowi zazwyczaj dokonywują w Ameryce w uśpieniu eterem. Najważniejszym powikłaniem u dzieci jest ropień płuc, który leczą na drodze bezpośredniej z pomocą wziernika oskrzelowego, krwawienia następne mają być rzadsze.

Z j a z d y

VII-y międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy w Oslo.

(c. d. — p. Nr. 15)

Trzeci programowy referat — społeczny poświęcony był szkoleniu w zakresie gruźlicy studentów medycyny i lekarzy.

Główny referat wygłosił prof. W. His (Berlin). Zaznacza on, że Komitet Centralny niemiecki walki z gruźlicą rozesłał do wszystkich uniwersytetów niemieckich i do wszystkich krajów cywilizowanych kwestionariusz w sprawie nauczania gruźlicy. Odpowiedź otrzymano z 20 krajów (w tej liczbie z Polski i Czechosłowacji). W Niemczech najszersze postawione jest szkolenie w gruźlicy w Heidelbergu. Katedr z zakresu gruźlicy w Niemczech niema, lecz w kilku uniwersytetach są specjalni wykładowcy w tej dziedzinie (Lehraufträge, Chargés de cours); autor wymienia specjalnie prof. Fränkla w Heidelbergu i pr. Zieglera w Getyndze; w Berlinie mi-

nister wyznaczył sam wykładowcę gruźlicy w osobie prof. F. Friedmanna. W Marburgu przewidziana jest budowa szpitala-sanatorium w łączności z uniwersytetem. Zarówno w Niemczech, jak i we wszystkich innych krajach nauczanie gruźlicy włączone jest do ogólnego szkolenia medycyny. W Brazylii w projektowanym uniwersytecie przewidziana jest katedra specjalna gruźlicy. Istnieje taka katedra w Paryżu, zajmuje ją prof. Léon Bernard. Wykładowcy gruźlicy płucnej są w Helsingforsie, w Rzymie i dwóch w Lozannie. Najwięcej posunięte jest nauczanie gruźlicy w Wielkiej Brytanii: Edynburg ma specjalną katedrę gruźlicy, zajęta przez Sir Roberta Philipa; w Manchester i Sheffield są wykładowcy (Lectureship). Referent podaje szczegóły o sposobie nauczania studentów w różnych krajach oraz kursach dokształcających dla lekarzy. Kursy takie, z wyjątkiem Egiptu, Łotwy i Brazylii, istnieją wszędzie, bądź to przy uniwersytetach, bądź sanatoriach. Z porównania wynika, że nasze kursa w Polsce są jedne z najlepiej zorganizowanych.

Wnioski, do których przychodzi prof. His, są następujące: 1) Szkolenie w gruźlicy powinno się odbywać w ramach nauczania klinicznego medycyny wewnętrznej, chorób dziecięcych, chirurgii i dermatologii; wobec tego kliniki te powinny posiadać wystarczającą liczbę chorych gruźliczych we wszystkich okresach i utrzymywać łączność z oddziałami gruźliczymi innych szpitali, oraz z sanatorjami i przychodniami. Studenci powinni mieć możliwość zwiedzania sanatorjów i przychodni. Specjalne kursy i ćwiczenia praktyczne z dziedziny gruźlicy są pożądane, lecz nie jest koniecznym, żeby były one obowiązkowe. 2) Kursy dokształcające przeznaczone dla lekarzy z patologii, diagnostyki, leczenia i profilaktyki gruźlicy powinny być organizowane w ten sposób, żeby każdy praktyk miał możliwość w pewnych odstępach czasu odświeżyć swe wiadomości. Między innymi jest bardzo pożądane organizowanie uzupełniających kursów ogólnych o gruźlicę lub o pewnych ściślej określonych zagadnieniach. Lekarze życzący doskonalić się w tej dziedzinie, powinni mieć możliwość odbycia studiów praktycznych w sanatorjach lub przychodniach. Funkcja narzucze lekarzom wymagają wykształcenia i udoskonalenia głębszego w dziedzinie gruźlicy. Udział lekarzy w zjazdach narodowych i międzynarodowych powinien być popierany przez władze.

Po prof. Hisie kolejno zabierali głos koreferenci.

Prof. Ziegler z Hanoweru (Niemcy) stwierdza, że niewątpliwie nauczanie gruźlicy w uniwersytetach oraz dokształcanie w tej dziedzinie lekarzy praktyków jest niewystarczające we wszystkich krajach i wymaga ulepszenia. Autor wymienia szereg zagadnień klinicznych i społecznych z dziedziny gruźlicy, z którymi student musi się zapoznać w czasie studiów uniwersyteckich: podkreśla, że, oczywiście, profesor kliniki wewnętrznej powinien dokładnie znać ten dział; lepiej tedy, żeby nauczanie gruźlicy powierzono było oddzielnemu profesorowi, jak to ma miejsce w Niemczech w Heidelbergu i Getyndze, zaznacza dalej, że specjalne katedry z zakresu gruźlicy znajdujemy w 3 uniwersytetach austriackich, jak również w uniwersytetach skandynawskich, w Paryżu i w Londynie. Jednakże prof. Ziegler uważa za niepotrzebne i nawet niepożądane tworzenie specjalnej katedry gruźlicy, oddzielnie od katedr medycyny wewnętrznej; szkolenie to powinno się odbywać w ramach nauczania kliniki wewnętrznej za pośrednictwem wykładowcy, któremu zlecono będzie kurs specjalny. Kurs taki powinien być obowiązkowy i musi być z gruźlicy oddzielny egzamin w klinice wewnętrznej. Jeszcze trudniejsze jest doskonalenie lekarzy praktyków w gruźlicy. Walka nowoczesna z gruźlicą nie może odbywać się bez współpracy z lekarzami praktykującymi; muszą tedy oni mieć możliwość uzupełniania co pewien czas swych wiadomości z dziedziny rozpoznania, leczenia i nowych zarządzeń społecznych w dziedzinie gruźlicy.

Dr. Derscheid z Brukseli podaje, że w Belgii nauczanie gruźlicy nie jest oddzielone od medycyny wewnętrznej; przy żadnym z 4 uniwersytetów belgijskich nie ma katedry ftizjologii. Nauczanie teoretyczne gruźlicy odbywa się przez profesorów patologii wewnętrznej i zewnętrznej; organizacja lekarsko-społeczna walki z gruźlicą należy do katedry higieny ogólnej. Praktyczne szkolenie w gruźlicy odbywa się w szpitalach uniwersyteckich. Autor uważa, że teoretyczne nauczanie gruźlicy w Belgii jest wystarczające, natomiast praktyczne i społeczne jest niedostateczne. Materiał szpitalny jest za skąpy, gdyż leczenie gruźlicy jest przede wszystkim leczeniem sanatoryjnym; toteż konieczny jest związek ścisły między wydziałami lekarskimi i ugrupowaniami przeciwigruźliczymi. Specjalizowanie się lekarzy w gruźlicy odpowiada konieczności życiowej. Z powodu stulecia niepodległości rząd belgijski przeznaczył milion franków na walkę z gruźlicą. Belgijski Związek przeciwigruźliczy, któremu przekazano tę sumę, zamierza w pierwszej linii podnieść szkolenie w gruźlicy studentów 4-ech uniwersytetów belgijskich; do rozporządzenia ich będzie oddana wzorowa przychodnia typu Calmette-Malvoz.

Willard Soper (Stany Zjednoczone P.A.) stwierdza, że w Stanach Zjednoczonych w ciągu ostatnich 20 lat nauczanie gruźlicy posunęło się znacznie, odbywa się ono w ramach klinik chorób wewnętrznych, chorób dziecięcych, chirurgii i dermatologii. Poziom szkolenia w różnych uniwersytetach zależy głównie od tego, czy na czele kliniki stoi lekarz, który interesuje się gruźlicą, a takich w Stanach Zjednoczonych jest mało. Dla lekarzy istnieje szkoła Trudeau a z kursami o gruźlicę, istniejącymi od 1916 r. Kursów tych odbyło się dotąd 15 z liczbą ogólną słuchaczy 334. Kursy trwały po 6 tygodni, lecz ostatnio skrócono je do 5 tyg., a jest zamiar dojść tylko do 4 tygodni. Zdaniem autora nauczanie gruźlicy powinno się odbywać w dobrze postawionej przychodni i w sanatorjum. Należy też ustalić minimalny program szkolenia w gruźlicy.

Prof. Leon Bernard (Paryż) w świetnym przemówieniu wykazał konieczność tworzenia specjalnych katedr ftizjologii. Podnosi on wyraźnie, że nauczanie gruźlicy w ogólnych klinikach nie jest obecnie wystarczające. Ftizjologia jest taką samą specjalnością, jak syfilidologia lub ginekologia. W uniwersytecie zdarzyć się może, że żaden z profesorów kliniki ogólnych nie interesuje się gruźlicą, i przedmiot ten odsunięty będzie w oficjalnym nauczaniu na dalszy plan, a przedmiot ten, zarówno ze względów społecznych, jak klinicznych, wymaga szkolenia stałego i odpowiednio zastosowanego; jedynie specjalna katedra daje gwarancję w tym kierunku. Również dla kursów dokształcających katedry specjalne są niemiernie pożyteczne. We Francji cztery wydziały lekarskie zorganizowały takie kursy, a mianowicie: w Paryżu, Lyonie, Strasburgu i Nancy. Kursy te jednak istniejące przy klinikach ogólnych lub katedrach higieny są bardzo krótkie, bo trwają zaledwie miesiąc. Zadaniem specjalnej kliniki ftizjologicznej na której czele stoi prof. Bernard, a która stworzona została przy wydziale lekarskim w Paryżu przez Radę Naczelną Departamentu Sekwany, będzie wyrobienie kadr lekarzy, którzy obejmą kierownicze stanowiska w urzędach i instytucjach zdrowia publicznego. Kurs taki trwa 3 miesiące ze stażem 4 tygodniowym w przychodniach miejskich i wiejskich. Poza tym kursem, przyciągającym licznych lekarzy z Francji i zagranicy, są przy klinice inne kursy — krótsze — dla lekarzy, kursy ze specjalnych działów ftizjologii, wreszcie wykłady podstawowe dla studentów. Klinika prof. Bernarda a rozporządza materialem dużym, bo ma 105 łóżek dla dorosłych, poliklinikę w przychodni Leona Bourgeois (z 16 tysiącami porad rocznie), przychodnię wzorową, zakład ochrony dzieci ze specjalnym żłobkiem, w związku będący z kilku przytułkami położniczymi, zakład szczepień przeciwigruźliczych dla dzieci i dorosłych; dobór chorych ze szpitali i przychodni, wreszcie wizyty w szpitalu — sanatorjum w Brévannes. Ścisły związek kliniki ze wszelkimi instytucjami przeciwigruźliczymi urzędu higieny społecznej Departamentu Sekwany, jak również wzorowe urządzenia kliniki pod względem laboratoryjnym i leczniczym, podnoszą tembardziej jej wartość. W zakończeniu mówca stwierdza, że żadne szkolenie nie jest bardziej związane z interesem publicznym i nie jest więcej nieodzowne dla polepszenia zdrowia publicznego, niż w gruźlicy. Prof. Bernard wypowiada życzenie, żeby nauczanie gruźlicy powierzane było specjalnym katedrom, których liczba i atrybucje będą uregulowane odpowiednio do potrzeb, zwyczajów i prawodawstwa każdego kraju.

Po odczycie prof. Bernarda odczytany został koreferat pierwszego w Europie profesora ftizjologii Roberta Philipa z Edynburgu. Sam profesor przybyć nie mógł na Zjazd, ku wielkiemu żalowi wszystkich zebranych. Prof. Philip podnosi w swym referacie sprzeczności w poglądach świata lekarskiego na nauczanie gruźlicy. Sam prof. Philip przez wiele lat był wykładowcą medycyny klinicznej w szpitalu królewskim w Edynburgu — wielkim zakładzie szkolnym o 1000 łóżkach — i w tym samym czasie wykładał gruźlicę, jako oddzielny przedmiot, w ostatnich zaś 12 latach jest profesorem ftizjologii w Uniwersytecie Edynburskim. Z początku można było jeszcze pomieścić gruźlicę w ramach medycyny ogólnej, w miarę jednak niezwykłego rozwoju nauki o gruźlicę z bakteriologicznego, patologicznego, klinicznego, epidemiologicznego, zapobiegawczego i społeczno-lekarskiego punktu widzenia, mówca zmuszony był coraz więcej nawiązywać do uznania gruźlicy jako działu medycyny, wymagającego oddzielnego zupełnie traktowania. Nauczanie gruźlicy rozpoczęło się w Edynburgu w 1889 r., jako przedmiotu nieobowiązkowego. Wykłady odbywały się w otwartej świeżo — w 1887 r. — przychodni przeciwigruźliczej. Specjalne kursy trwające 10 tygodni powtarzały się kilka razy do roku. Kursy te były tak cenione przez studentów, że miejsca były zwykle rezerwowane zgóry. W miarę postępów planowej walki z gruźlicą w Wielkiej Brytanii w 1917 r. stworzono w Edynburgu katedrę gruźlicy; katedra ta była ofiarowana Uniwersytetowi przez związek przeciwigruźliczy Szkocji, jest to fakt znamieny, tem bardziej, że Związek podkreślił niebezpieczeństwo wypuszczenia w świat lekarzy, zbyt mało obeznanych z walką i zapobieganiem gruźlicy, co jest daleko więcej potrzebne, niż rozpoznanie i leczenie poszczególnych przypadków. Kurs gruźlicy w Uniwersytecie Edynburskim z początku był dobrowolny, po 2 zaś latach stał się już obowiązujący dla wszystkich studentów, i profesor ftizjologii wszedł do ostatecznej komisji egzaminacyjnej. Gruźlicę wykłada się w ostatnim roku studiów; kurs składa się z 30 wykładów: zawiera pokazy i prelekcje oraz zajęcia praktyczne grupami. W innych szkołach brytyjskich katedra gruźlicy utworzona została w Uniwersytecie Walijskim w Cardiff, oraz odbywają się wykłady specjalistów w innych uniwersytetach szkockich i w wielu angielskich uniwersytetach

i szkołach lekarskich. Prof. Philip podnosi z wielkim uznaniem ogromne zainteresowanie studentów tym przedmiotem.

Po przedstawicielu W. Brytanji zabrał głos najlepszy mówca Zjazdu prof. E. Morelli z Rzymu. W świetnie skonstruowanym i z niezwykłą swadą oratorską wypowiedzianym przemówieniu prof. Morelli rozpatrzył metody nauczania gruźlicy oraz podał bliższe szczegóły o szkoleniu w gruźlicy w Italji. Prof. Morelli stwierdza, że nauka o gruźlicy stanowi nierozłączną część składową kliniki wewnętrznej, jednakże przedstawia ona takie znaczenie w walce społecznej i wymaga takiej specjalizacji w leczeniu, że należy w granicach możliwości tworzyć oddzielne nauczanie gruźlicy. Nie może być dobrym fizjologiem, kto nie jest również klinicystą, lecz wszyscy kierownicy klinik nie mogą być jednocześnie wartościowymi fizjologami. Forlanini był wielkim fizjologiem, gdyż był on wielkim klinicystą, — wielu jednak klinicystów nie umie stosować odmy lub nauczyć odmy leczniczej. Poza tym kliniki posiadają zwykle bardzo mało łóżek, zarezerwowanych dla gruźlicy. Każdy tedy klinicysta może i powinien szkolić w gruźlicy, lecz poza tym należy stworzyć szkoły dla specjalizacji, gdzie kierownik musi być najzupełniej kompetentny w dziedzinie gruźlicy. Prof. Morelli radzi tedy, że należy budować bardzo mało szkół fizjologii, lecz muszą one być doskonale i na szeroką skalę zorganizowane co do wyposażenia i liczby chorych, nauczanie zaś musi być powierzone klinicystom medycyny wewnętrznej, wyspecjalizowanym we fizjologii. Mówca uważa za błędną tendencję nauczania fizjologii w sanatorjach. Wreszcie nazywa on absurdem specjalizację w czystej fizjologii: specjalizacja musi obejmować co najmniej klinię gruźlicy i chorób dróg oddechowych. Podkreśla on również niebezpieczeństwo kursów zbyt krótkich — kilkutgodniowych, które tworzyć mogą pseudo-specjalistów wybitnie niebezpiecznych. W Italji prawie w każdym uniwersytecie odbywają się 15-dniowe kursy poświęcone gruźlicy, dla lekarzy praktykujących, lecz bez żadnej pretensji do specjalizacji. W trzech uniwersytetach włoskich zorganizowano dwuletnie kursy specjalizacji w gruźlicy: były to kursy w Pawji (prof. Forlanini), w Genui (prof. Maragliano, który również co rok urządza kurs 2-miesięczny) i w Padwie (prof. Frugoni). Co zaś najważniejsze — że po ogłoszeniu prawa o ubezpieczeniu przeciw gruźlicy Szef Rządu Włosekiego B. Mussolini polecił uformowanie przy Uniwersytecie w Rzymie kliniki gruźlicy i chorób dróg oddechowych, której kierownictwo powierzone zostało profesorowi E. Morelli. Klinika ta posiada bardzo duże środki. Składa się ona z oddzielnych pawilonów i zawiera 300 łóżek dla gruźlicy oraz 60 łóżek dla innych chorób dróg oddechowych oraz dla gruźliczych niezakaźnych. Ma ona również oddział chirurgiczny na 60 łóżek, dziecięcy na 25 łóżek, położniczy na 15 łóżek, poza tym zaś oddziały uszno-nosowo-gardłany, odontologiczny, radiologiczny i fizjoterapeutyczny oraz pracownię anatomopatologiczną. Na czele wszystkich tych oddziałów stoją profesorowie mający katedry w Uniwersytecie królewskim w Rzymie. Poza stroną kliniczną i naukową są jeszcze wykłady z higieny społecznej, nauki o ubezpieczeniach społecznych, wreszcie techniki sanatorjów i przychodni. Kursy są dwojakie: roczny dla tworzenia kadr lekarzy, których wymaga wprowadzenie w życie obowiązkowego ubezpieczenia przeciw gruźlicy (a w najbliższych latach powstanie we Włoszech 20 tysięcy łóżek dla gruźliczych), — oraz kurs dwuletni dla wytworzenia specjalistów. Przy Instytucie, powyżej opisanym, jest internat dla lekarzy innych narodowości, którzy chcieliby uczęszczać do tego zakładu. Prof. Morelli oznajmia, że Instytut Benito Mussolini w Rzymie oddaje do rozporządzenia Międzynarodowego Związku przeciwgruźliczego stypendja dla lekarzy obcych narodowości: wszyscy inni otrzymują wyżywienie i pomieszczenie. Mówca uzgodnił już z prof. Bauerem z Hamburga wymianę asystentów; pragnąłby to samo zrobić z innymi klinikami zagranicznymi. Klinika już teraz funkcjonuje, lecz narazie jest ona prowizoryczna, gdyż dla uczczenia Szefa Rządu Włosekiego, Benito Mussoliniego, przemysłowcy włoscy i Kasa Narodowa ubezpieczeń społecznych budują wielki Instytut, oparty na przytoczonych wyżej zasadach; instytut ten będzie posiadał 1200 łóżek dla gruźliczych i 100 łóżek dla innych chorób dróg oddechowych. Prof. Morelli przedstawił na przebiegach imponujący zaiste plan tego jednego w tym rodzaju zakładu dla gruźlicy i zapowiedział uroczyste otwarcie za 2 lata. Jednocześnie odbędzie się odsłonięcie pomnika Forlaniniego o przed gmachem Instytutu. Pomnik ten zainicjowany został w 1928 r. w Rzymie przez Radę Zarządzającą Międzynarodowego Związku przeciwgruźliczego. Mówca wypowiada przeświadczenie, że wszyscy ci, którzy zęstali uleczeni dzięki cdmie, przyczynią się do budowy

pomnika. W imieniu Italji prof. Morelli dziękuje za wysłusko, co zrobiono dla jednego z jej synów, który był wielkim.

Po świetnym przemówieniu delegata Italji zabrał głos przedstawiciel Norwegji prof. Holst (Oslo). Nauczanie kliniczne studentów odbywa się w klinikach i poliklinikach Uniwersytetu i w wielkim szpitalu miejskim w Oslo (szpital Ullevaal), którego oddziały wewnętrzne i chirurgiczne związane są dydaktycznie ze szpitalem uniwersyteckim. Są tam zawsze przypadki gruźlicy płucnej wczesnej oraz przypadki wątpliwe pod względem rozpoznawczym; na salach gruźliczych w szpitalu w Ullevaal zdarzają się też przypadki daleko posuniętej gruźlicy. Jeden semestr studenci obowiązani są pracować w tym szpitalu. Do każdego z dwóch oddziałów wewnętrznych szpitala uniwersyteckiego przydzielone jest małe sanatorium, poza tem studenci zwiedzają wielkie sanatoria w okolicy Oslo. Dla lekarzy kursów gruźliczych niema; doskonalą się oni w sanatorjach. Mówca podkreśla znaczenie wczesnego rozpoznania gruźlicy i niszczenie źródeł zakażeń. Wypowiada się on za obowiązkowym szkoleniem studentów w gruźlicy płucnej w klinikach i poliklinikach wewnętrznych i w przychodniach, dla lekarzy zaś w dużych sanatorjach.

W zastępstwie prof. Witolda Orłowskiego, który nie mógł przybyć do Oslo, referat jego odczytał dr. Rudzki. Prof. Orłowski zaznacza, że nauczanie gruźlicy dla studentów jest obowiązkowym w uniwersytetach polskich. Kliniki wewnętrzne w Polsce rozporządzają 204 łózkami dla gruźliczych, w tej liczbie uniwersytet warszawski ma oddział na 37 łózek, krakowski na 15, lwowski na 26, poznański na 120 i wileński na 6 łózek. Niektóre wszechnice, jak warszawska, lwowska i poznańska, co 2 — 3 lata organizują dodatkowy kurs, poświęcony gruźlicy dla studentów, obliczony na 14 — 20 godzin. Metody wa ki społecznej z gruźlicą objęte są również kursem higieny społecznej. Uniwersytety: krakowski i lwowski mają przychodnie przeciwgruźlicze, gdzie pracują studenci; uniwersytet warszawski organizuje również taką przychodnię. Studenci krakowscy mają dostęp do sanatorium w Prądniku Białym oraz do sanatorium w Zakopanem dla dzieci gruźliczych. Polski Związek przeciwgruźliczy urządza co roku kursy dla lekarzy 3-miesięczne. Poza tem wszystkie wydziały lekarskie organizują co rok kursy dokształcające dla lekarzy, gdzie gruźlica jest szeroko uwzględniana. Prof. Orłowski dochodzi do następujących wniosków: studentom należy dać niezbędne wiadomości z dziedziny gruźlicy; w tym celu kliniki wewnętrzne, dziecięce i chirurgiczne powinny posiadać dostateczną liczbę łózek dla gruźliczych, zależną od frekwencji studentów; prócz klinicznych metod badania z uwzględnieniem pracowni i radiologii, należy również nauczyć studentów wskazań do zabiegów chirurgicznych i światłolecznictwa; praktyka jednak w tych zabiegach nie może wchodzić w zakres obowiązkowych studiów; między klinikami wewnętrzną i chirurgiczną musi być ścisły kontakt, ułatwiający studentom spostrzeganie chorych po zastosowaniu im leczniczych metod chirurgicznych; prócz zajęć praktycznych studenci muszą przesłuchać kurs teoretyczny, obejmujący etiologję, epidemiologję, profilaktykę, metody rozpoznawcze fizyczne i biologiczne, znajomość gruźlicy dziecięcej, leczenie w przychodniach, sanatorjach, szpitalach, leczenie higieniczno-dietetyczne; studenci powinni praktycznie poznać zasady walki społecznej z gruźlicą; przynajmniej jedna klinika uniwersytecka musi posiadać w tym celu wzorową przychodnię przeciwgruźliczą; przychodnia powinna pozostawać w kontakcie z sanatorium; zwiedzenie sanatorjów jest niezbędne w celu poznania na miejscu zasad i metod leczenia sanatoryjnego. Co do szkolenia lekarzy, pożądanem jest, żeby kliniki uniwersyteckie i szpitale, mające większe oddziały gruźlicze, jak również poważniejsze sanatoria, organizowały co rok teoretyczne i praktyczne kursy z gruźlicy; dla lekarzy, chcących wyspecjalizować się w gruźlicy, należy organizować kursy dokształcające; uczęszczanie na kursy przeciwgruźlicze powinno być ułatwione lekarzom przez władze i związki przeciwgruźlicze.

Przedstawiciel Szwecji doc. Westergren (Sztokholm) podnosi, że w jego kraju, gdzie studja uniwersyteckie odbywają się 8 — 9 lat, studenci mają możność dokładnie zapoznać się z gruźlicą w obrębie klinik i poliklinik wewnętrznych oraz w klinikach dziecięcych, chirurgicznych i dermatologicznych. Specjalne kursy z dziedziny gruźlicy, głównie rozpoznawania jej we wczesnym okresie, od 20 lat odbywają się w Instytucie karolińskim w Sztokholmie. W szkołach lekarskich w Upsali i w Lund kursy takie są obowiązkowe i połączone z praktycznymi zajęciami na oddziale klinicznym gruźliczym lub w szpitalach dla gruźliczych. Mówca wypowiada się za obowiązkowymi kursami z gruźlicy dla studentów z uwzględnieniem

przedewszystkiem metod fizykalnych badania gruźlicy. Dla lekarzy, zwłaszcza urzędowych, muszą być specjalne kursy z dziedziny gruźlicy.

Ostatni koreferent prof. R. Eiselt (Praga Czeska) podnosi, że w Czechosłowacji we wszystkich czterech uniwersytetach są docenci ftizjologii lub też co najmniej — kursy takie przewidziane są ustawowo. W klinikach wewnętrznych zarezerwowano około 30 łóżek dla chorych gruźliczych. Wykształcenie studenta w gruźlicy powinno być takie, żeby mu było nacią przewodzić przez całe życie, jeśli nawet poświęci się on innej gałęzi medycyny. Studenci powinni też zapoznać się z walką społeczną z gruźlicą. Co do lekarzy, mówca odróżnia trzy grupy: lekarzy praktyków i lekarzy urzędowych, lekarzy wojskowych i lekarzy specjalistów. Dla pierwszej grupy Liga Masarykowa przy współudziale Towarzystwa Naukowego przeciwgruźliczego oraz wydziałów lekarskich organizuje co roku kursy, trwające 10 do 20 dni, w miastach uniwersyteckich (Praga, Brno, Bratislava) oraz w wielkich sanatoriach (Tatry, Łuże, Usti nad Labem). Prof. general Frank w 1917 r. proponował stworzenie w Pradze kliniki dla gruźliczych z przychodnią, — lecz projekt ten nie został uskuteczniiony. Nato-

miast kliniki chorób wewnętrznych mają przychodnie przeciw gruźlicze. W szpitalu dla gruźliczych „Na Bulovce”, który ma być otworzony w najbliższym czasie, jest specjalny pawilon na 300 łóżek, przydzielony do Wydziału lekarskiego, jako instytut badań; w instytucie tym 2 razy do roku będą odbywały się kursy dla lekarzy praktyków. Lekarze wojskowi w Czechosłowacji kształcą się w gruźlicy w Szkole medycyny wojskowej ze zwróceniem specjalnej uwagi na wczesne rozpoznanie. Specjaliści muszą przejść 3-letni kurs w klinikach wewnętrznych; należałoby go dla specjalizujących się w gruźlicy uzupełnić pracą w sanatorium, w przychodniach oraz w klinikach: dziecięcej, chirurgicznej i dermatologicznej. Prof. Eiselt uważa za konieczne dla lekarzy praktyków i lekarzy urzędowych kursy doskonalące z gruźlicy 6-tygodniowe (w myśl propozycji prezydenta Ligi Masarykowej prof. Prochazki). Dla specjalistów-ftizjologów konieczny jest co najmniej rok studiów w klinice wewnętrznej i 2 lata w sanatorium lub na oddziale gruźliczym. Wobec szybkiego rozwoju ftizjologii, niezbędne będzie tworzenie w przyszłości klinik dla gruźliczych.

(D. n.)

Dr. Stefan Rudzki (Warszawa)

Przegląd terapeutyczny

Z oddziału wewnętrznego Żydowskiego Miejskiego Szpitala w Wilnie.

(Lekarz Naczelny: Dr. A. Wirszubski)

(Ordynator oddziału: Dr. M. Girszowicz)

Djeta jabłkowa przeciwko biegunkom.

Podał

L. BUŻAŃSKI (Wilno).

Djeta jabłkowa została opracowana i wprowadzona przez Moro celem leczenia biegunek u dzieci. Djeta ta była stosowana we wszelkich biegunkach niezależnie od ich etiologii (*Dyspepsia acuta*, *Dyspepsia chronica*, *Dysenteria*, *Colica mucosa*, *Typhus abdominalis*) i dawała doskonałe wyniki nawet w biegunkach uporczywych. Djeta polega na tem, iż chorym bez wszelkich przygotowań podaje się w ciągu 2 dni tylko kaszkę z tartych niegotowanych jabłek. Kaszka przygotowuje się w sposób bardzo prosty: bierze się na jeden dzień do 1000 gr. niegotowanych jabłek ze skórą lub bez, rozciera się je na tarce i przy każdym posiłku daje się do 300 gr. Żadnego innego pokarmu, jak również napojów, oprócz niewielkiej ilości chłodnej herbaty, chory nie otrzymuje. Po tych 2 dniach stosuje się w ciągu 2—3 dni djetę przejściową: nie podaje się wówczas ani mleka, ani owoców, natomiast zezwala się spożywać herbatę, kakao na wodzie, sucharki, banany, biały ser, rosół o małej zawartości tłuszczu, kartoflanek, czerstwy chleb, chude mięso, szynkę, po której daje się djetę zwykłą. Według Moro, Heislera, Kohlbrugge i Wolffa, którzy stosowali tę djetę na bardzo licznym materiale, dawała ona prawie zawsze wyniki dodatnie: wymioty ustawały, liczba wypróżnień na dobę stopniowo się zmniejszała, tak, że z rozpoczęciem djetę zwykłej ustalało się normalne wypróżnienie. W bardzo rzadkich przypadkach przy rozpoczęciu zwykłej djetę znowu zjawiały się biegunki; wtedy stosowało się w ciągu 1—2 dni powtórnie djetę jabłkową, a po niej od razu przechodziło się na djetę zwykłą. Dodatnie działanie tej djetę tłumaczy się z jednej strony zawartością kwasu jabłkowego, który zmienia

florę jelit i zmniejsza ból; z drugiej zaś strony napęczniała masa jabłek mechanicznie i w drodze adsorpcji wywiera czyszczący i odkażający wpływ na przewód pokarmowy.

Na oddziale wewnętrznym tutejszego szpitala stosowaliśmy tę metodę tylko u dorosłych. Obserwowaliśmy około 50 przypadków, i muszę zaznaczyć, iż we wszystkich przypadkach osiągnięte wyniki były jak najlepsze. Djeta była chętnie przyjmowana przez chorych, a osiągany w ciągu 2—3 dni dodatni wynik wybitnie podnosił ich samopoczucie. Technikę stosowaliśmy u dorosłych taką samą, jaką poleca się u dzieci. Nie będę przytaczał wszystkich opisów chorób, chciałbym jedynie powołać się na najbardziej charakterystyczne przypadki.

1. Chora Sz. J. 30 l., służąca, przez tydzień leczyła się w domu, gdzie gorączkowała, wymiotowała i miewała wypróżnienia do 10 razy na dzień, zawierające krew i śluz. Po przybyciu chorej do szpitala zastosowaliśmy djetę jabłkową; po 2 dniach biegunki ustały, po 3 następnych dniach (1 dzień djetę przejściowej, a potem 2 dni normalnej) chora w stanie zupełnego zdrowia opuściła szpital.

2. Chora F. M. 61 l., handlarka, na skutek silnego zdenerwowania dostała biegunki, która pomimo stosowania rozmaitych leków nie ustawała. Po zastosowaniu djetę jabłkowej w ciągu 2 dni chora powróciła do zdrowia.

3. Chora Sz. J. 28 l., ekspedjentka, wskutek błędów djetetycznego zapadła na uporczywą biegunkę. W ciągu miesiąca zasięgała porady lekarskiej u wielu lekarzy, stosowała najrozmaitsze lekarstwa, lecz doznawała jedynie chwilowej ulgi, gdyż po krótkim czasie biegunki znowu powracały. Podczas przyjęcia w przychodni prosiła o zaordynowanie jej „mocnego proszku, gdyż dotychczasowe stale zawodziły”. Jakież ogarnęło ją zdziwienie, gdy zamiast proszku poleciłem jej djetę jabłkową. Z niedowierzaniem przyjęła to zalecenie, lecz tym większa była jej wdzięczność, gdyż po 10 dniach: oznajmiła mi, iż zupełnie pozbyła się biegunki i czuje się zupełnie dobrze.

4. Chory I. S. 35 l., urzędnik, przebywał w szpitalu z powodu gruźlicy jelit, cierpiał na lekkie bóle w brzuchu oraz uporczywe biegunki. Zastosowałem djetę jabłkową, która dała i w tym również przypadku dobry wynik.

Z powyższego wynika, iż djeta jabłkowa może być zastosowana z powodzeniem nie tylko u dzieci, ale również u dorosłych w biegunkach o najrozmaitszej nawet etiologii. Polecam tę dietę szerszemu ogółowi lekarzy, ponieważ daje się ona zastosować nie tylko w szpitalu, ale nawet ambulatoryjnie i jest łatwa do przeprowadzenia.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Heisler: Aertzliche Rundschau № 19 — 1929.
- 2) Feer: Schweiz. Med. Wschr. № 37 — 1929, 3) Moro: Kl. Wschr. № 52—1929, 4) Lehmann: Therapie der Gegenwart Nr. 7—1930, 5) Heisler i Kohlbrugge: Kl. Wschr. Nr. 9—1930, 6) Fanconi: Kl. Wschr. Nr. 12—1930, 7) Wolff: Deutsche Med. Wschr. Nr. 52—1930.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Przyczynę do zagadnienia umieralności na raka i gruźlicę *).

Podał

Dr. C. SZABAD (Wilno).

I.

Dwie duże grupy chorób pochłaniają największą liczbę ofiar spośród ludzkości — to rak i gruźlica. Między innymi przyczynami zgonów obie te choroby zajmują pierwsze miejsca we wszystkich krajach. Na 10.000 mieszkańców corocznie umiera od 8,1 (Danja, 1926) do 29 (Węgry, 1926) na gruźlicę, a na raka — od 7,7 (Włochy, 1927) do 14,9 (Szwecja, 1925). Freudenberg obliczył straty materialne, które wynikają z powodu zgonów na wspomniane dwie choroby. Gdy ocenimy wszystkie stracone życia ludzkie w ciągu 5 lat 1906—1910 w Niemczech na 10.598,2 milionów marek, to straty z powodu gruźlicy i raka stanowią 3.671,4 milionów, czyli 34,6% (więcej niż $\frac{1}{3}$) wszystkich strat.

Nic przeto dziwnego, że w szukaniu przyczyn raka i gruźlicy, jak również w znajdowaniu środków walki z temi chorobami są zainteresowani tak lekarze, jak ekonomiści i politycy.

Jeśli jednak porównamy te wyniki, które osiągnięte zostały przez naukę i medycynę społeczną, będziemy musieli dojść do wniosku, iż różnica między wspomnianymi dwiema chorobami jest ogromna.

Etiologia gruźlicy już oddawna jest nam znana. Zakaźność gruźlicy i zależność jej rozpowszechnienia od socjalno-ekonomicznych i kulturalnych warunków społeczeństwa nie podlega żadnej wątpliwości. Gdy przyczyna choroby jest znana, to możliwe już jest znalezienie drogi do jej leczenia i — co najważniejsze — do jej zapobiegania — do profilaktyki.

Rzeczywiście, aczkolwiek dalecy jeszcze jesteśmy od posiadania prawdziwie specyficznych środków leczniczych przeciw gruźlicy, aczkolwiek dalecy jesteśmy od możliwości wprowadzenia takich radykalnych zmian w życiu społeczno-gospodarczym i kulturalnym ludności, któreby dały możność zupełnego zapobiegania i rozpowszechniania się gruźlicy, tem nie mniej musimy przyznać, iż

walka z gruźlicą dała — dzięki postępom nauki i medycyny społecznej za ostatnie 10-lecie — ogromne wyniki. We wszystkich krajach kulturalnych umieralność na gruźlicę stopniowo się zmniejsza.

W Anglii w l. 1881—1890 było zgonów na gruźlicę 17,3 na 10.000, w l. 1901—1910—11,6; w Niemczech—20,6 wzgl. 16,3; w Prusach—30,1 wzgl. 17,6; w Belgii 18,1 wzgl. 10,9. Według nowszych danych w Niemczech w 1913 umierało na gruźlicę 14,8 (mężczyźni)—13,9 (kobiety), w roku zaś 1927—9,4 wzgl. 9,2 na 10.000. Podobne też dane przedstawiają oficjalne statystyki większych miast Rzeczypospolitej. Tak więc w Krakowie w roku 1922 było zgonów na gruźlicę 40,1 na 10.000, a w r. 1927—20,9, w Poznaniu—23,7, wzgl. 10,0, w Lublinie—39,9, wzgl. 25,6, w Łodzi 31,1, wzgl. 26,9, we Lwowie 37,9, wzgl. 24,0 i t. d.

Zupełnie inaczej sprawa się przedstawia co do raka. Mimo prac setek uczonych z całego świata, etiologia raka — musimy to otwarcie przyznać — dotychczas nie jest nam znana. Ani tak zwana Reiztheorie, wypowiedziana jeszcze przez Virchowa, ani teoria pasorzytnicza, ani konstytucjonalna, ani też jakiegokolwiek inne bardzo mądre i naukowo uzasadnione teorie nie uchyliły dotychczas zasłony, która ukrywa przed nami istotne przyczyny i sposób rozpowszechniania się nowotworów złośliwych. Musimy więc dojść do takiegoż wniosku, do jakiego doszedł znawca w dziedzinie raka Georg Wolff, który omawiając etiologię tej choroby, kończy słowami znanego chirurga niemieckiego Kraskego: „Wir wissen nicht mehr als unsere Grossväter von dem Krebs“.

Jeśli tak smutno się przedstawia sprawa co do naszych wiadomości o etiologii raka, nic więc dziwnego, że również środki, które posiadamy przeciw tej chorobie, są dość nikłe. Co prawda, postępy chirurgii i rentgenoterapii w leczeniu nowotworów złośliwych są już dość znaczne. Ogromny jednak odsetek guzów rakowych nie ulega prawie wpływowi ani noża chirurga, ani promieni Roentgena, czy radu. Mam tu na myśli raki narządów wewnętrznych, przeważnie narządów trawienia, jako to: przełyku, żołądka, jelit, wątroby, trzustki, jak również płuc, mózgu i innych. A trzeba dodać, iż według statystyki różnych szpitali na raka narządów trawienia przypada większa część wszystkich guzów rakowych (w Kolonii naprz. 81,8% u mężczyzn i 56,1% u kobiet).

Jeszcze gorzej stoi sprawa profilaktyki no

*) Referat wygłoszony na posiedzeniu Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego 18 Lutego 1931.

wotworów złośliwych. Nie znając etiologii choroby, nie wiemy również, co poradzić dla jej zapobiegania, jak walczyć z tą klęską ludzkości. Jedyne, co możemy polecić, jest to jak najwcześniejsze rozpoznanie tej choroby i jak najwcześniejsze jej leczenie.

Ale i te dwa środki są dość problematyczne, a w każdym razie bardzo kosztowne. Wczesne bowiem rozpoznanie raka narządów wewnętrznych naprz. nie zawsze udaje się przy naszych współczesnych metodach diagnostycznych, a specyficznych czy radykalnych środków leczniczych przeciw rakowi (oprócz operacji chirurgicznych lub naświetlań) przecież nie posiadamy. Tam zaś, gdzie one mogłyby dać skutki dobre, nie są one dostępne dla szerszej ludności. Brak nam dostatecznej liczby lekarzy, należycie w tym celu wyszkolonych, oraz szpitali, współcześnie urządzonych i zainstalowanych; przynajmniej nie mamy ich tyle, by mogły zadośćuczynić potrzebom całej ludności. Jeśli Gruska skarży się, że liczba łóżek szpitalnych w Czechosłowacji znacznie mniejsza jest (w r. 1921—1,63 na 1000 mieszkańców, w r. 1927—1,99), niż w Niemczech (5,3—5,7), to jakże dopiero ten brak odczuwać się daje w Polsce!

Co w poruszanej przeze mnie sprawie jest najważniejsze i co właściwie jest celem mego referatu—to okoliczność, że umieralność na raka za ostatnie lata crescendo się zwiększa, podczas gdy umieralność na gruźlicę—jak już wskazałem wyżej—stopniowo się zmniejsza. Zjawisko to służy przeważnie za temat rozpraw w piśmiennictwie lekarskim ostatnich lat, aczkolwiek oddawna już zwróciło na siebie uwagę uczonych badaczy. Jeszcze lat 60 temu znany anatomiczno-patologiczny wiedeński Rokitański wskazał na podstawie swego materiału sekcyjnego, że istnieje widocznie jakiś antagonizm pomiędzy gruźlicą a rakiem. Ówczesna statystyka Saksonji, Prus i Badeni stwierdziła, że ze zmniejszeniem się umieralności na gruźlicę zwiększa się umieralność na raka i *vice versa*.

Zwykle umieralność na gruźlicę wszędzie przewyższała umieralność na raka, i gruźlica od dawna już uważana była za plagę ludzkości, która to plaga może być zwalczona przy napieciu energii całego społeczeństwa. Gdy zaś statystyka wykazała, iż w wielu krajach umieralność na raka przewyższa umieralność na gruźlicę, społeczeństwo obudziło się, utworzone zostały towarzystwa do walki z rakiem, założone zostały specjalne instytuty dla badania i leczenia raka i t. d.

Przytoczę niektóre dane statystyczne co do umieralności na raka.

W Prusach za okres 1903—1911 liczba zgonów na raka zwiększyła się z 0,6‰ do 0,8‰. W Amsterdamie za okres 1913—1918 było zgonów 0,11‰, a za okres 1918—1922—0,12‰. W Niemczech w r. 1923 jeszcze było zgonów na gruźlicę (93.074) więcej, niż na raka (58.281), zaś w r. 1925—66.505 wobec 63.564, a w roku 1926—już 61.408 wobec 66.255 i w r. 1927—59.037 wobec 68.945. Za ostatnie więc dwa lata w Niemczech na raka zmarło o 12.755 osób więcej, niż na gruźlicę. Podczas gdy w r. 1906 na 10.000 mieszkańców umie-

rało na raka 7,4, w r. 1914 8,2, w r. 1926 już umierało 10,5, a w r. 1927—10,9. Podobne dane znajdujemy także w innych krajach: zwiększenie umieralności na raka wogóle i przewaga liczby zgonów na raka w stosunku do liczby zgonów na gruźlicę.

W Danii (1926) umieralność na gruźlicę była 8,1 na 10.000, na raka 14,0; w Niemczech (1927) 9,3 i 12,2, w Anglii (1927) 9,7 i 13,8 i t. d. Również w Czechosłowacji, gdzie różnica między umieralnością na gruźlicę i raka nie tak jest znaczna, liczba zgonów na raka co rok się zwiększa: w r. 1923 wynosiła 12.620 (9,07 na 10.000), w r. 1924—13.608 (9,68‰), w r. 1925—14.091 (9,9‰), w r. 1926—15.394 (10,7‰), w r. 1927—15.647 (10,9‰), w r. 1928—16.172 (11,2‰).

Powstaje pytanie, od czego zależy to ciągle podnoszenie się liczb zgonów na raka? Czy naprawdę zmieniły się na gorsze te—nieznane nam—warunki, które sprzyjają powstawaniu raka, w też mierze, jak bezwarunkowo polepszyły się te warunki, które wpływają na zmniejszenie się umieralności na gruźlicę?

Niektórzy autorzy po szczegółowem rozpatrzeniu statystyki umieralności na raka, naprz. w Niemczech, dochodzą do wniosku, iż to względne zwiększenie się liczby zgonów na raka jest tylko pozorne. Wobec tego, że rak jest, jak wiadomo, chorobą przeważnie wieku starszego, i ponieważ po wojnie liczba starców się powiększyła, a liczba dzieci się zmniejszyła, więc rzecz jasna, że liczba zgonów na raka musiała się powiększyć. W Niemczech przeciętna długość życia wogóle się powiększyła, z 37 lat w r. 1871 do 57 za okres ostatni.

W r. 1910 było w Berlinie mieszkańców w wieku do 1 roku 17 na 1000 w r. zaś 1925—tylko 10, w wieku 1—15 l. liczba ta spadła z 222,7 do 156,3, w wieku 15—30 l. z 306,7 do 275,0. Natomiast w wieku 30—60 l. liczba mieszkańców powiększyła się z 384,1 do 463,7, w wieku 60—70 l. z 47,6 do 64,4, a w wieku powyżej 70 l. z 22,1 (19,0) do 29,7 (1925) na 1000. Podobne też zjawiska notowano w innych miastach niemieckich.

Dlatego więc Georg Wolff proponował standaryzację liczb, czyli porównanie ich z liczbami przedwojennymi. Wtedy okaże się, iż w r. 1910 umieralność na raka w Berlinie była 11,9 na 10.000, a w r. 1925 11,5, t. j. nawet mniejsza. Natomiast umieralność na gruźlicę przy standaryzacji w rzeczywistości się zmniejszyła (w r. 1910—19,86, w r. zaś 1925—11,44 na 10.000).

Jednakże zdaje mi się, że nawet przy stosowaniu standaryzacji współczynnik umieralności na raka w każdym razie przecież się nie zmniejszył i fakt absolutnego zwiększenia się zgonów pozostaje nieobalony. Poza tem przesuwanie liczby osób w wieku starszym w okresie powojennym nie jest o tyle znaczne, żeby przez to można było całkowicie wytłumaczyć zwiększenie się ogólnej liczby zgonów na raka. A przyjąć jeszcze trzeba pod uwagę, iż zmniejszenie się liczby ludności w wieku dziecięcym i młodocianym, a zwiększenie w wieku starszym i podeszłym jest zjawiskiem powojennem obserwowanem w wielu różnych krajach, podczas gdy przewaga umieralności na raka nad umieralnością na gruźlicę nie wszędzie jest wyraźna.

Według tablicy statystycznej, przytoczonej

przez Gruszkę w odniesieniu tylko do 5 najkulturalniejszych krajów Europy, a mianowicie: do Danii, Niemiec, Anglii, Szkocji i Szwecji, przewaga ta jest bezsprzeczna. We wszystkich natomiast innych krajach liczba zgonów na gruźlicę przewyższa liczbę zgonów na raka. Ciekawe jest przytem, iż stosunek liczby zgonów na gruźlicę jest odwrotnie proporcjonalny do liczby zgonów na raka. Tak naprz. w Danii liczba zgonów na gruźlicę wynosiła 8,2 na 10.000, a na raka 14‰, podczas gdy na Węgrzech (1926) stosunki są odwrotne: 24,2 i 8,9.

Błędem byłoby tłumaczyć to zwiększenie się umieralności na raka tylko tem, iż rozpoznawanie w krajach kulturalnych jest bardziej doskonałe. Gdyby tak rzeczywiście było, to miałyby ono wpływ również na rozpoznawanie gruźlicy. W Austrii jednak w r. 1927 umieralność na raka (14,8‰) była prawie taka sama, co w Danii, umieralność zaś na gruźlicę była zgorą dwukrotnie większa, niż w Danii.

Przytoczone dane statystyczne, dotyczące różnych krajów, stwierdzają więc fakt zmniejszenia umieralności na gruźlicę i zwiększenia się na raka, ale nie dają nam odpowiedzi na przyczyny tego zjawiska. Wychodząc z założenia, iż, im więcej takich statystyk, tem może łatwiej da się wyświecić to zagadnienie, podjąłem się opracowania materiału statystycznego, dotyczącego umieralności żydów wileńskich w okresie ostatnich 20 lat (1911-1930) na wspomniane dwie choroby. Zatrzymałem się nad materiałem, dotyczącym wyłącznie tylko umieralności żydów, poprostu dlatego że dane te, jak już wskazywałem w poprzednich moich pracach, są bardziej ścisłe. Dla porównania z danymi, dotyczącymi umieralności całej ludności m. Wilna, mogłem skorzystać tylko z tego niepełnego materiału, który jest ogłoszony w wydanym niedawno przez magistrat m. Wilna „Roczniku statystycznym Wilna za okres 1921-1928”. Mimo grubego foljantu daje on materiał dla mego tematu niepełny, dlatego, że budowany jest li tylko na danych policyjnych, nie zaś na danych spisu ludności, którego jeszcze nie mieliśmy. Co do liczby mieszkańców naszego miasta, to na rok 1928 przyjęta została przez autorów tego Rocznika ogólna dowolna liczba 190.172, przyczem co do oddzielnych wyznań odnotowano: „brak danych”. W połączonych tablicach zgonów za lata 1925-1928 również wyznania nie są wydzielone, a liczba mieszkańców — niewiadomo dlaczego — przyjęta zupełnie dowolnie — na 200.000. Bardziej ścisłe dane „Rocznik” posiada tylko za rok 1928.

(c. d. n.)

Przyczynek do głosu dr. Benedykta Glassa „Z zagadnień szpitalnictwa przeciwgruźliczego”.

Podał

Dr. Sz. STARKIEWICZ (Górka).

Z podobnem wezwaniem, z jakim zwraca się uzdrowisko m. Warszawy w Otwocku do organizacji

społecznych i wojskowych z propozycją oddania 35 łóżek niezajętych (!) do dyspozycji ich członków, wyżej podpisany już od 3-ich lat zwraca się ciągle bezpośrednio i często nawet osobiście do Rządu i do społeczeństwa, resp. do tych kilkudziesięciu organizacji (2-a Departamenty Ministerstwa, 14 Kas Chorych, 12 największych miast w Polsce, 8 Sejmików i t. p.), które współbudują nasze sanatorium dziecięce (ma 200 łóżek stałych i 350 miejsc sezonowych) na t. zw. Górcie w Busku-Zdroju, pragnąc zapełnić komplet 200 stałych miejsc, kilkadziesiąt z tych bowiem mamy wciąż jeszcze niezajętych.

Jakby w Polsce naprawdę było dużo miejsc dla dzieci przewlekłe chorych i tych zwłaszcza z gruźlicą chirurgiczną, względnie, jakgdyby nie było w Polsce dzieci podobnie chorych, jakich wszak liczymy na dziesiątki i setki tysięcy, pozostających zupełnie bez racjonalnej opieki społeczno-lekarskiej.

Idąc dalej za biegiem myśli dr. Glassa, którego uderza „przedewszystkiem milczenie wśród lekarzy-specjalistów, będące dowodem bądź obojętności, bądź też milczącej zgody na obecny stan rzeczy”, a godząc się niestety i z tem, że z wyjątkiem małej grupy lekarzy (w tem z Polskiego Związku Przeciwgruźliczego) ogół lekarzy nie zajmuje się zagadnieniem społecznej walki z gruźlicą”, i ja zwracam się znowu z apelem do P. P. Lekarzy z prośbą, aby zechcieli przyczynić się do zmiany omawianego, smutnego zjawiska na lepsze.

Według statystyki Grodeckiego i Sielickiego (cyt. za dr. Glassem) przeciętny czas pobytu chorego w sanatorium przeciwgruźliczem wynosił w roku 1927-ym — 59 dni — Z ankiety, zebranej przez Departament Służby Zdrowia, a opracowanej przez nas w sprawie uzdrowisk i zakładów dziecięcych w Polsce, w roku 1928-ym wynikało, że przeciętny czas pobytu dziecka przewlekłe chorego w sanatoriach trwał niecałe 3 miesiące. I znów za dr. Glassem zawołam także, czy należało wkładać wprawdzie nie 6-8 milionów zł., jak w Otwocku czy ostatnio we Lwowie (wspaniałe nowe sanatorium Okręgowego Związku Kas Chorych), ale niemnąż też sumę 2½ miliona zł. i na naszą akcję na Górcie po to, żeby „szczęśliwi wybrańcy” przebywali w nich niespełna 2-3 miesiące. Przecież chyba nikt się nie łudzi, aby w ciągu 2-3 miesięcy można było wyleczyć czynną gruźlicę, powtórzę za dr. Glassem.

Tak, sił nie starczy na wołanie wobec naprawdę dużej obojętności wśród ogółu lekarskiego i małego zrozumienia doniosłości sprawy wśród społeczeństwa, a szkoda milionów na mało w ten sposób produkcyjną, dotychczasową pracę sanatoryjną. Tak, wielki już czas, aby stworzyć ustawodawstwo, normujące sprawę sanatoryjnego leczenia w Polsce i zwłaszcza chorych z czynną gruźlicą płuc i pozapłucną. Tymczasem jednakże Naczelne Kierownictwo Kas Chorych winno choćby drogą instrukcji i okólników iść już raz po linii zrationalizowania dziś nad wyraz nienormalnej sprawy szpitalnictwa przeciwgruźliczego.

Wiadomości bieżące.

-- D. 13 b. m. otwarty został 26 Zjazd Chirurgów Polskich w Warszawie. Zjazd potrwa dni trzy. Pierwszy dzień poświęcony był zagadnieniu zapalenia wyrostka robaczkowego. Przed rozpoczęciem obrad naukowych odbyło się ogólne zebranie członków Towarzystwa Chirurgów Polskich, na którym wybrano nowy Zarząd w osobach: prezesa D-ra Budkiewicza i wiceprezesa doc. Wojciechowskiego.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	8 III-14/III	15 III-21 III	22 III-28 III	29 III-4 VI
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	0	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny . . .	125 (21)*	114 (12)	149 (15)	105 (8)
Dur rzekomy	0	0	0	0
Dur osutkowy . . .	62 (4)	58 (0)	85 (7)	82 (4)
Dur powrotny . . .	0	0	0	0
Czerwonka	4 (0)	9 (1)	6 (0)	1 (0)
Płonica	402 (18)	383 (16)	368 (15)	273 (9)
Blonica	270 (10)	264 (25)	277 (16)	208 (21)
Zapal. op. mózg. .	15 (8)	10 (3)	19 (4)	20 (5)
Odra	555 (3)	637 (3)	561 (8)	477 (11)
Róża	72 (4)	75 (5)	68 (2)	62 (4)
Krztusiec	125 (10)	88 (10)	122 (14)	44 (8)
Malaria	4 (0)	0	1 (0)	3 (0)
Posoczn. polog. .	37 (10)	42 (8)	24 (6)	25 (4)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	490 (0)	341 (0)	526 (0)	297 (0)
Wąglik	0	0	3 (0)	1 (0)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	2 (0)	5 (0)	5 (0)	6 (0)
Wścieklizna	0	0	0 (2)	0
Zatr. jad. kielb. .	2 (0)	0	1 (0)	7 (0)
Chor. Heine-Medina .	1 (0)	0	0	1 (0)
Twardziel	1 (0)	2 (0)	3 (0)	1 (0)
Inne choroby zakaźne	118 (11)	97 (13)	183 (7)	91 (6)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Ruch służbowy

w Państwowej Służbie Zdrowia za miesiąc luty 1931 r.

We Władzach II instancji.

Mianowani:

Dr. Jełowicki Włodzimierz, urzędnik w VI st. sł. w Państwowym Szpitalu dla chorych psychicznie w Tworzech, ordynatorem w VI st. sł. w tymże Szpitalu, dekretem z dnia 26 lutego 1931 r.

Wójcik Józef, magister farmacji, do odwołania referendarzem w VII st. sł. w Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy dekretem z dnia 14 lutego 1931 r.

Przeniesieni na emeryturę:

Dr. Kamiński Władysław inspektor lekarski w VI st. sł. w Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy na własną prośbę z dniem 28 lutego 1931 r.

We Władzach I instancji.

Przeniesieni:

Dr. Górnicki Eugenjusz, lekarz powiat. w VI st. sł. w Starostwie powiatowym Lipnowskim na także stanowisko i w dotychczasowym st. sł. do Starostwa powiatowego Grójeckiego, dekretem z dn. 24 lutego 1931 r.

Dr. Grochowiak Franciszek, lekarz powiat. w VII st. sł. w Starostwie powiatowym w Grybowie, na własną prośbę na także stanowisko i w dotychczasowym st. sł. do Starostwa powiatowego w Jasle, dekretem z dnia 24 lutego 1931 r.

Dr. Peters Adam, lekarz powiat. w VII st. sł. w Starostwie powiatowym makowskim, na własną prośbę na także stanowisko i w dotychczasowym st. sł. do Starostwa powiatowego w Wadowicach dekretem z dnia 24 lutego 1931 r.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Liczne inspekcje sanitarno-porządkowe na terenie wszystkich województw oraz większość sprawozdań P. P. Wojewodów z dziedziny sanitarnej wykazały w zakresie higieny osiedli szereg uchybień, które, pomimo najwyższej akcji sanitarno-porządkowej, nie mogły być dotychczas usunięte.

Zdarzają się wypadki, że budowle, wzniesione podług najnowszych wskazówek budownictwa, nie odpowiadają podstawowym zasadom higieny; także przy sporządzeniu planów regulacyjnych i regionalnych osiedli nie bierze się często pod uwagę właściwej szerokości ulic, wielkości działek budowlanych i położenia jednej dzielnicy w stosunku do drugiej, np. mieszkaniowej do przemysłowej.

Traci na tem zdrowie mieszkańców i powstają trudności w zastosowaniu do takich osiedli obowiązujących przepisów sanitarnych.

Jedną z głównych przyczyn takiego stanu rzeczy jest brak właściwego porozumienia się i uzgodnienia w sprawach o charakterze budowlanym w obrębie władz administracji ogólnej.

W myśl § 11 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 30 czerwca 1930 r. w sprawie wewnętrznej organizacji starostw oraz trybu ich urzędowania oraz § 10 projektu rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawie organizacji Urzędów Wojewódzkich oraz trybu załatwiania spraw w tych urzędach (prześlany P. P. Wojewodom do zastosowania pismem z dnia 13 grudnia 1929 r. Nr. OL. 804 27 oraz wydrukowanego w Nr. 6 Gazety Administracji i Policji Państwowej), wszystkie Wydziały, a w ich obrębie oddziały (referenci) działają w ścisłym porozumieniu, udzielając sobie do wglądu w miarę potrzeby przed lub po załatwieniu tej sprawy, które pozostają w związku z ich zakresem działania.

W celu należytego zabezpieczenia na przyszłość warunków higienicznych w osiedlach oraz uniknięcia uchybień sanitarno-porządkowych, wskazane jest zgodnie z wymienionymi paragrafami powołanego wyżej rozporządzenia utrzymywanie stałego i bliskiego kontaktu pomiędzy działem administracji służby zdrowia i budowlanym w postaci porozumienia się i opinowania w wypadkach zabudowania, planowania i rozbudowy osiedli.

Z uwagi na powyższe Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy) o wydanie zarządzenia wszystkim podległym sobie działom budowlanym i służby zdrowia, aby wymienione działy ściśle ze sobą współdziałały.

(—) Minister
Sławoj Składkowski.

— Międzynarodowa Wycieczka Naukowa Lekarzy do Ameryki.

Dzięki inicjatywie prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha, Wiedeń, wybierają się lekarze dnia 30 kwietnia 1931 z Bremen via Boulogne-Southampton do Ameryki północnej. Uczestnicy zobaczą życie, fabryki i zakłady lecznicze w New-Yorku, Filadelfji, Waszyngtonie, Chicago, Detroit, Buffalo i Spad Niagara. Powrót via Galway-Queenstown-Cherbourg dnia 1.VI 1931 do Bremy. Cena ryczałtowa 350—375 dolarów.

Koleczy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) Austria I. Biberstrasse 11, I. St.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

14.IV. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

1. Wł. Mikułowski. Przypadek rozstrzeni oskrzeli u 11-o letniego dziecka kiłowego.
2. L. Karwacki. O postaci ziarnistej jadu gruźliczego. Część II.

3. M. Bloch. O racjonalnem ujęciu kliniki przewlekłej gruźlicy płuc dorosłego. Typy kliniczne. Typ I: suchoty płucne odmiany tego typu.

14.IV. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

- A. Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia.
- B. Pokazy:
 1. H. Higier: Pokazy z dziedziny maladie des tics convulsifs et impulsifs.
 2. A. Festensztat: 2 przypadki wgłobienia jelit u niemowląt.
- C. Odczyt:
 - J. Pomper: O przetaczaniu krwi.

16.IV. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne.

Radca prawny Wojnarski. Projekt ustawy o leczeniu i wykonywaniu praktyki lekarskiej. (Nowelizacja obowiązującej ustawy).

16.IV. Posiedzenie lekarzy szkolnych w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

Aleja Szucha 23.

1. Sprawy bieżące.
2. Docent dr. Z. Górecki: „O wydzielaniu wewnętrznem i jego znaczeniu szczególnie w okresie dojrzewania”.

TREŚĆ: J. GLASS. O fizjopatologii choroby Basedowa. (Dok.). — St. KRAMSZTYK. O wprowadzaniu przez nas przetworów tylnego płata przysadki w moczówce prostej. — St. KRAMSZTYK. O gorączce gruczołowej. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy — L. BUŻAŃSKI. Dieta jabłkowa przeciwko biegunkom. — C. SZABAD. Przyczynę do zagadnienia umieralności na raka i gruźlicę. — Sz. STARKIEWICZ. Przyczynę do głosu Dr. Benedykta Glassa: „Z zagadnień szpitalnictwa przeciwgruźliczego”. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. GLASS. Sur la physiopathologie de la maladie de Basedow. (fin.). — St. KRAMSZTYK. Sur l'application nasale du lobe postérieure de l'hypophyse dans le diabète simple. — St. KRAMSZTYK. Sur la fièvre glandulaire. (Rev. gén.). — L. BUŻAŃSKI. Le traitement de la diarrhée par pommes. — C. SZABAD. Contribution au problème de la mortalité de cancer et de la tuberculose. — Sz. STARKIEWICZ. Contribution à l'article du Dr. B. Glass: „Au sujet du problème hospitalier antituberculeux”.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEN:

Okładka tytułowa złotych 500.—Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300,— pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—

Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 140.—, ćwierć str. 80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

Załączenie wkładki do całego nakładu zależnie od wagi od zł. 200,— do 400.—

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

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

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