

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 3

WARSZAWA, 17 STYCZNIA 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

R o z p r a w y.

Przyszłość wiedzy lekarskiej w świetle Prawa Stworzenia¹⁾.

Podał

Dr. Jerzy KURCZYŃSKI (Warszawa).

Był czas, gdy medycynę ujmowano prawie wyłącznie w płaszczyźnie religji. Dlatego też o medycynie (w dzisiejszym tego słowa znaczeniu) w starożytnym Babilonie, Egipcie lub Palestynie często trudno nawet mówić — jest to okres medycyny religijnej. Następuje potem i coraz więcej wzmagą się faza, kiedy wiedza lekarska jest jakby filozofją raczej, niż medycyną. Jaskrawo uzewnętrznia się to zwłaszcza w czasach średnio-wiecznej scholastyki — jest to okres medycyny „filologicznej”. Wreszcie widać z historii wyraźnie, jak budowniczo medycyny nowsi usuwają z jej zakresu coraz bardziej to wszystko, co nie może im pomieścić się bezpośrednio w dziedzinie doświadczenia. W rezultacie tego wiedza lekarska współczesna znajduje się całkowicie w obrębie nauki eksperymentalnej — jest to okres medycyny doświadczalnej.

Historja medycyny europejskiej wykazuje zatem dobitnie, że medycyna ta przeszła taką samą kolejność etapów swego dotychczasowego rozwoju, jaką odbywa rozwój poszczególnego osobnika ludzkiego. Człowiek wszak w dzieciństwie promienieje wiarą, która w wieku młodzieńczym ustępuje miejsca rozumowaniu (mowa o czynniku dominującym w danym okresie), nadającemu z kolei w okresie dojrzałym ton doświadczeniu. Trzy są bowiem płaszczyzny wiedzy ludzkiej, właściwe trzem sferom jaźni człowieka: Religja, Filozofja i Nauka. I dlatego to każde zagadnienie — a więc nic dziwnego, że i medycyna, jak wskazuje to jej historia — może być ujęte „religijnie”, „filo-

zoficznie” i „naukowo”, zależnie od rozwoju i wieku osobnika oraz od sfery jaźni, jaką to zagadnienie obejmuje. Atoli nie należy mieszać trzech powyższych pojęć (Religji, Filozofji i Nauki) z tempojęciami, które odpowiadają współczesnej nauce religji (t. j. systematów wierzeń religijnych), filozofji (t. j. systematów filozoficznych) i nauki (t. j. rezultatów doświadczalnego przyrodoznawstwa), gdyż popełni się wówczas ten sam błąd, który popełnił Comte, podchodząc do zjawiska od strony tylko formalnej.

Trzy są podstawowe elementy każdej nauki: przedmiot, narzędzie i metoda badania. Z przedmiotem zaś jest jaknajściślej związane odpowiadające mu narzędzie i metoda.

Jakiż jest przedmiot, narzędzie i metoda współczesnej medycyny europejskiej?

Na pytanie, co jest przedmiotem medycyny, odpowiedzią będzie: człowiek, t. j. jego struktura i własności oraz związane z tem warunki utrzymania go przy życiu w zdrowiu.

Czy jednak człowiek jest przedmiotem medycyny współczesnej?

Nikt nie zaprzeczy, że dzisiejszy świat lekarski wszystkimi siłami dąży do tego, by medycyna rozwinęła się całkowicie w płaszczyźnie Nauki, której dziedziną, jak to jej pionierzy sami słusznie stwierdzili, jest wyłącznie świat materialny; z drugiej zaś strony, iż pisze on na pierwszej karcie każdego podręcznika lekarskiego, że „podstawowym zagadnieniem medycyny jest zjawisko życia”.

Jeszcze do niedawna nauka doświadczalna nie umiała odpowiedzieć, co to jest życie. Ostatnie jednak badania, zwłaszcza nad budową pierwiastków, wykazały, że życie nie jest czemś materialnym, lecz wyraźnie czemś „transcendentalnym”, rozwiewając tem samym dotychczasową halucynację, iż życie można będzie zmierzyć łokciem. W ten sposób nauka, chociaż i dziś nie umie dać odpowiedzi pozytywnej dla zagadki życia, jest już wszakże w możności dać przynajmniej odpowiedź negatywną: istota życia nie wchodzi w za-

¹⁾ Referat, wygłoszony w 50-tą rocznicę śmierci Józefa Dietla dnia 6 października 1928 r. na IV Zjeździe Polskich Historyków i Filozofów Medycyny w Krakowie.

kres badań nauki, gdyż jej zakresem jest tylko świat materialny.

I rzeczywiście, gdy uważnie spojrzeć na to, czem współczesny europejski świat naukowy się zajmuje, spostrzec nie trudno, że badania odbywają się wyłącznie nad **objawami** życia, — że przedmiotem medycyny dzisiejszej (pomimo iż pisze się i mówi, że „podstawowym zagadnieniem medycyny jest zjawisko życia“), faktycznym jej przedmiotem jest **materia** — jest trup, a nie człowiek żywy.

Medycyna współczesna nie obejmuje całego przedmiotu wiedzy lekarskiej, t. j. człowieka w jego całości, lecz ogranicza się ona do badania jego części, t. j. jego przejawów biologicznych w materji. I to naukowcy dzisiejsi winni sobie wreszcie jasno uprzytomnić, jeśli nie zamierzają utrzymywać nadal siebie i innych w dotychczasowym swem złudzeniu, iż jakoby badają coś więcej nad to.

W tem właśnie braniu części za całość tkwi przyczyna niepowodzeń i omyłek w rozwiązywaniu podjętego przez kapłanów Eskulapa zadania. W tem tkwi odpowiedź na to, dlaczego jedne działy medycyny, takie, jak anatomja, fizjologia, chemja organizmu, parazytologia, chirurgja, rozwijają się wspaniale i mają przyszłość zapewnioną, gdy drugie, jak psychologja, psychjatrja, antropologia, biologja (we właściwym słowa tego znaczeniu), terapja, pozostawiają stale dużo do życzenia i skazane są na wielkie jeszcze perturbacje. W tem braniu części za całość (nieuświadomionem, zresztą, w szerszym środowisku uczonych) znajduje również potwierdzenie swej słuszności odczuwana coraz silniej potrzeba wprowadzenia do studjów lekarskich filozofji medycyny i poważniejszego traktowania wykładów psychologji.

Co się tyczy narzędzia i metody badania, stosowanych we współczesnej medycynie europejskiej, określenie ich jest znacznie prostsze i niewymagające dłuższego dowodzenia: narzędziem jest intelekt, a metodą eksperyment, czyli zupełnie odpowiadające dotychczasowemu jej przedmiotowi.

I dlatego to, dopóki badanie nie wykracza poza przedmiot (materję), dopóty powyższe narzędzie (intelekt) i metoda (eksperyment) są wystarczające; z chwilą zaś, gdy medycyna zabiera się do człowieka żywego, odrazu jej czegoś niedostaje, i w rezultacie — rodzą się ułomne teorie i hipotezy, skazane już w zarodku na to, by w przyszłości zostały obalone przez nowe.

Taka jest rzeczywistość dnia dzisiejszego.

Faktem jest, że świat lekarski stanął przed niewystarczalnością metody doświadczalnej i intelektu przy posługiwaniu się wyłącznie niemi dla zbadania człowieka. I faktem jest to, że nadszedł czas, gdy dotychczasowa metoda i narzędzie będą musiały być uzupełnione — chyba, że zagadnienie życia, jako wykraczające poza materję, zostanie wykresłone z planu oficjalnych dociekań lekarza.

To ostatnie prawdopodobnie nie nastąpi, czyli że dotychczasowe urzędowe narzędzie ludzkiego rozumu (intelekt) zostanie uzupełnione przez drugie, t. j. przez intuicję, a do eksperymentu będzie dodana spekulacja — czyli, że w ten sposób i przedmiot badania będzie mógł być rozpatry-

wany rzeczywiście całkowicie, a nietylko iluzorycznie całkowicie, jak to jest dotychczas.

Wyłania się jednak tutaj trudność, polegająca na tem, że intuicji nie można poddać „naukowej standaryzacji“, zwłaszcza, kiedy tej standaryzacji chcieliby podjąć się ci, którzy w sobie intuicji nie posiadają. I dlatego to w tym punkcie tkwił i tkwi największy szkopuł, o który rozbiło się tyle już podobnych usiłowań, i który przez to światu naukowemu słusznie zaleca zawsze wielką ostrożność: pytanie bowiem, jak a spekulacja i jak a intuicja?

Przykład średniowiecznych elukubracji dedukcyjnych jest wystarczającą przeciw nauką, na jakie to manowce, nieobliczalne w straty, zaprowadzić może dowolna spekulacja i intuicja uczuciowa, pomimo, iż sama scholastyka stworzyła wszak logikę formalną. Świat naukowy wie o tem niebezpieczeństwie i dlatego słusznie bronił się dotychczas przed niepowołaną „metafizyką“, godząc się mimo to na nią, jako na zło konieczne, tam, gdzie Metafizyki uniknąć niesposób.

W ostatnich czasach coraz bardziej jest odczuwana potrzeba uzupełnienia dotychczasowej metody przyrodoznawstwa, co wyraźnie zarysowuje się dziś zwłaszcza w Niemczech. Stąd rodzi się przeto uzasadniona obawa, by spekulacja przyszłości nie była znowu dowolna, jak w średniowieczu. Zagadnienie wielkiej wagi i niewątpliwie trudne — lecz do rozwiązania możliwe: akt bowiem dociekania prawdy świadczy o możliwości jej znalezienia!

Otóż przy wniknięciu w obecny stan wiedzy lekarskiej dziś już łatwo dojrzeć, że dotychczasowe indukcyjne dociekania naukowe nie mogą być już długo prowadzone tak, jak to się dzieje do dzisiaj, t. j. chaotycznie, bez myśli przewodniej, a zdane tylko na łaskę i niełaskę przypadku, gdyż wieża Babel wyników, powstałych z podobnych badań, zawali się w końcu, grzebiąc swych budowniczych. Musi być zapalone wreszcie światło celowości poszukiwań. I tutaj chwila dobrego zastanowienia wystarczy, by zrozumieć, że spekulacja naukowa, jaką będzie się musiało do nauki wprowadzić, nie może być dowolna, lecz musi być teleologiczna, t. j. musi ona wypływać z punktu widzenia celowości powszechnej.

To zagadnienie celowości powszechnej, odczuwanej już przez starożytnych, zostało przecież przez umysł ludzki wreszcie rozwiązane. Dokonał tego w wieku ubiegłym polski uczyony, Józef Hoene-Wroński, chociaż świat naukowy zachowuje się względem niego tak, jak w swoim czasie względem Kopernika. Przyjdzie jednak czas, kiedy i nauka zostanie ruszona z posad i zacznie obracać się wokół słońca Prawdy! A wtedy i przejście do Medycyny Racjonalnej, t. j. obejmującej rzeczywiście całego człowieka, widoczne stanie się uczynom.

Święcimy dziś pamięć również wielkiego Polaka — Józefa Dietla. Swego hołdu dlań nie ograniczajmy na słowach, lecz przejmijmy się duchem Jego — duchem wzniosłego męża nauki, który nie unika trudów w dążeniu ku Prawdzie, i gorącego patrioty, który na pierwszym miejscu stawia poszanowanie i znajomość wartości skarbnicy myśli

naszej narodowej. Sięgnijmy więc do niej i poznajmy to, co posiadamy.

Dietl niejednokrotnie podkreślał, zwłaszcza jako rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego, doniosłość myśli naukowej polskiej. Gdyby żyw był dziś, gdy Ojczyzna zmartwychpowstała, swym jasnym umysłem przejrzałby napewno i to, że odrodzenie medycyny, którego tak usilnie pragnął, jeśli będzie miało na globie ziemskim nastąpić, rozpocznie się właśnie w Polsce! Albowiem Polski przeznaczeniem jest naprawiać błędy Zachodu i Wschodu.

Jeśli to odrodzenie będzie miało nastąpić — ponieważ od ludzi zależy, czy oni zechcą go dokonać — zależy od tego, czy w gronie współczesnych uczonych są Dietlowie żywi.

Licząc się więc z tem, że polski świat naukowy ma dostęp do poznania tego ujęcia celowości powszechnej i problemu rzeczywistości, jakie podał Wroński, a o co kusił się Arystoteles, Pytagoras, a z ostatnich Leibnitz, Kant i Schelling, nie będę tu cytował Prawa Stworzenia. Ograniczę się jedynie do przypomnienia, że według tego prawa przebiega rozwój wszelkiego zjawiska rzeczywistości. A więc, gdy będziemy obserwowali jakiegokolwiek zjawisko w jego przebiegu, spostrzeżemy, że na początku znajduje się ono w stanie utajonego spoczynku, jakby ziarno, które z chwilą rozpoczęcia swego rozwoju różnicuje się na 2 bieguny; te dochodzą do swego maksymalnego rozbiegunowania i z kolei zaczynają wzajem do siebie ciężać, a z chwilą, gdy zetkną

się ze sobą, poczynają nawzajem w siebie przenikać; odtąd to wzajemne przenikanie i udzielanie sobie cech przeciwnych postępuje coraz dalej, aż do całkowitego ich harmonijnego zlania się w jedno; z tą chwilą przebiega etap końcowy: rodzi się jednostka, zakończona w swym całokształcie, jako owoc, jako nowe ziarno.

Widzimy więc, jak rośnie i powstaje z nasienia kiel i korzonek, pień z gałązkami i korzeń główny z korzonkami bocznymi, liście na gałązkach i ciałka włóśnikowe na włóśnikach, pyłki i zalążki, zalążnia zapłodniona i wreszcie nowe nasienie. Tę samą cykliczność widzimy w świecie zwierzęcym w postaci plemnika i jaja oraz mamy tak wiele mówiącą wskazówkę, jak zasadnicze prawo biogenetyczne H a e c k l a. To samo rozbiegunowanie musi istnieć w płaszczyźnie fizycznej, jako biegun dodatni i ujemny elektryczny, magnetyczny, świetlny i wogóle energetyczny. To samo prawo uczy, że człowiek żywy składa się z 2 części: z psychizmu i organizmu.

Znajomość Prawa Stworzenia daje władzę odkrywania tego, jak odbył się przebieg rozwojowy tych zjawisk, które już są „owocem”, oraz jak odbywa się rozwój zjawisk bieżących¹⁾.

¹⁾ Drukując artykuł niniejszy, jako zachętę do studjów nad pracami wielkiego myśliciela polskiego, H o e n e - W r o Ń s k i e g o, zaznaczamy, że codo treści samej rozprawy mamy pewne zastrzeżenia, do których przy sposobności powrócimy. (Red.)

Wykłady kliniczne.

O jamach jawnych w płucach gruźliczych (650 jamowych¹⁾)

Podał

Dr. K. DŁUSKI b. dyrektor Sanatorium w Zakopanem (Warszawa).
(Ciąg dalszy—p. Nr. 1 i 2).

Przechodzimy z kolei do C. T. wagi, etc.

C. gorączkowa 37,6°—39°—40° i wyżej u 403 (62% ogółu), normalna do 37° u 150 (około 23%),

¹⁾ Przez skrócenie na wzór francuski, zamiast chorzy z jamami — jamowi (caverneux).

UWAGA. Skróty: Lasecznik Kocha = tbc; Ciepłota = C; Tętno = T.

Górny płąt obustr. — g. pł. ✕; mniejszy = <; większy = >.

Presse Médicale = Pr. Med.

Revue de la Tuberculose = Rev. Tub.;

Wien. Med. Woch. = W. M. W.

Mediz. Klinik = Med. Klin.;

Polskie Czasop. Lek. = P. cz. lek.;

Warsz. Czasop. Lek. = War. Cz. Lek.;

Beiträge zur Klinik der Tuberculose = Beitr.;

Zeitschr. für Tuberculose = Zeit. f. Tub.;

Sztuczna odma = S. O.;

Odma samoistna = O. natur.;

Regularność = R.

UWAGA. Przy każdym cytowanym autorze znajduje się liczba wzięta z piśmiennictwa w porządku alfabetycznym.

w tem stale norm. u 137; u 13 chor. dopiero po spadku przy poprawie; podgor. do 37,6° u 45 (około 7%) i przeplatana norm. naprzemian z podgor. u 34 (przeszło 5%); niewiadoma u 18 (około 3%). Zestawmy liczby te z liczbami „pogorszenie“ i „poplepszenie“. Okazuje się, że ciepłota gor. jest u 62%, pogorszenie zaś u 55%. Różnica 7% da się wytłumaczyć tem, że gorączka poprzedza objawy rozpadu, i że grupa chorych o stanie zmiennym lub *st. quo* przechyla się z biegiem choroby w stronę poprawy lub pogorszenia. Co się tyczy różnicy o 6 1/2% między poplepszeniem 29,4% i C. norm. 23%, tłumaczymy ją sobie tem, że C. trudniej spada przy poprawie płuc, niż się podnosi w razie ich pogorszenia. Nieraz spostrzegaliśmy zarysowującą się coraz wyraźniej poprawę płuc, gdy C. pozostawała czas jakiś podgorączkowa lub przeplatana.

Rzecz utarta w klinice, iż przyspieszenie tętna w chorobach zakaźnych jest zjawiskiem, z nielicznymi wyjątkami, niemal stałym, oraz, że na jego przyspieszenie lub zwolnienie, na jego prawidłowość lub nieprawidłowość w różnych postaciach wpływają, oprócz samego zakażenia, inne czynniki częściowo natury fizjologicznej (sen lub trawienie), częściowo psychicznej (podniecenie, gniew etc.). Jako objaw różnych złożonych czynności ustroju w stanie fizjologicznym, a tembardziej patologicznym, tętno znajduje się w stanie równowagi niestałej, bardziej chwiejnej, niż ciepłota — tak uczy doświadczenie. Tętno podzieliliśmy na 4 grupy:

1) normalne do 90 u 159 chorych (24 — 25% ogółu); 2) 90 do 110 u 175 (27 — 28%); 3) 110 — 120 — 180 u 302 (46 — 47%); 4) niewiadome u 14 chor. (2%). Powstrzymujemy się od obszerniejszych komentarzy, pozostawiając ocenę liczb czytelnikowi. Tu tylko zaznaczymy, że znajdują się one mniej więcej w zgodzie z przebiegiem choroby i jego podaniami w Tabl. D. wynikami.

Wspomniemy w paru słowach o wadze, która figuruje i słusznie w odpowiedniej rubryce na arkuszach wywiadowych we wszystkich sanatorjach, klinikach i szpitalach i odegrywa w przebiegu choroby, jak każdemu klinicyście wiadomo, odpowiednią rolę. Pragniemy tylko zrobić małą uwagę, że wtedy waga odgrywa większą rolę, gdy wyprawdzamy przeciętną dla dużej liczby chorych, krańcowe zaś liczby *in plus* lub *in minus* uważamy tylko za ilustrację poszczególnych przypadków. Pamiętać zawsze przytem należy o nielicznej grupie „*phtisiques gras*“ (Debove Paryż), którzy przez nadmiar tłuszczu mają wysoką wagę zupełnie w niezgodzie ze stanem choroby. Tablica E wskazuje nam, że utrata nastąpiła u 298 (46% ogółu) od 1 do 16 (20) kg.; przeciętna, NB. możliwa tylko u 52 chorych, wynosi 1½ kg. u reszty ważenie niemożliwe głównie z powodu stałego leżenia w łóżku; przybytek u 195 (30% ogółu) również od 1 do 16 (20) kg. NB. przeciętnej nie podajemy, gdyż przy ściślejszych obliczeniach okazuje się niemożliwą; bez zmiany u 31 chor. (4,7% og.)

nieznana u 126 (około 27%). Rozpatrując te liczby z pominięciem naturalnie grupy „nieznana“, możemy powiedzieć, że znajdują się one w zgodzie z liczbami, dotyczącymi ciepłoty, jak też z wynikami liczbowymi przebiegu: polepszenie i pogorszenie.

Badania płwociny na tbc i wł. spr. z rozmysłem przesunęliśmy na plan dalszy naszych rozważań. Nic ciekawego nie przedstawiają one, wiadomo bowiem, że „jamy—jak powiada Roepke—będąc pożywką dla tbc—mogą zakażać drogi odprowadzające i inne części płuc“. Przedstawiają one nie sztuczne lecz naturalne podłoże dla hodowli prątków Kocha. Przedstawiamy wyniki, dotyczące tylko 398 chor., w znacznej przewadze w sanatorjum, gdzie badania były prowadzone systematycznie i, w miarę potrzeby, nawet co parę dni. Mamu u 339 chor. (85% ogółu z sanatorjum) tbc +; u 38 (9,6%) tbc = 0; niepewne wyniki u 21 (5,6%). Wśród tych liczb, liczba 38 (9,6%) zwraca na siebie uwagę nieobecnością tbc. świadcząca o wyschnięciu i zarośnięciu jamy. Liczba ta zgadza się niemal w drobnych ułamkach z liczbą zarośniętych jam 9,8%.

Ciekawe przy badaniach płwociny zachodzi zjawisko, a mianowicie, przy schnięciu i zarastaniu jam laseczniki i wł. spr. nie ustępują odrazu z pola walki, jaką staczają z odpornością ustroju. Dzieje się to etapami, czyli innemi słowy, laseczniki znikają przy jednym lub dwóch badaniach i znów

T A B L I C A F.

Liczba kobiet	Liczba dzieci	Pogorszenie	St. quo	Polepszenie
45	po 1 dziecku	28 (w tem 9 zgonów)	8	9 (1 wyleczenie od 18 — 19 lat)
30	po 2 dzieci	21 (5 zgonów)	1	8 (2 wyleczenia 10 i 20 lat)
21	po 3 dzieci	17 (10 zgonów)	1	3 —
8	po 4 dzieci	4 (1 zgon)	1	3 (2 wyleczenia 20 25 lat)
8	po 5 dzieci	2	3	3
3	po 6 dzieci	2 (2 zgony)	0	1 —
4	po 7—8 dzieci	3 (3 zgony)	0	1 —
2	po 10 dzieci	1	0	1 —
1	po 13 dzieci	0	0	1 —
122 dodać 12 bez- dzietnych wskutek poronień razem 134 kobiety		78 (30 zgonów)	14	30 (5 wyleczeń)

się ukazują, ale to ukazywanie się w miarę nast. badań jest coraz rzadsze, aż wreszcie znikają na całe miesiące i lata¹⁾. Zauważyć przytem należy, że laseczniki trzymają się uporczywiej, niż wł. sprężyste, co, zresztą, zupełnie naturalne przy wstrzymaniu się rozpadu i następczem wysychaniu jam.

Przechodzimy do sprawy ciąży i porodów i związku pomiędzy niemi a wynikami całego przebiegu leczenia. Zwracamy uwagę na tabl. F., liczby bowiem, w niej zawarte, są bardzo wymowne. Komentarze idą dalej.

Wyniki na tabl. F. mogłyby na pierwszy rzut oka przemawiać za ujemnym wpływem ciąży i porodów na tworzenie się jam i przebieg leczenia. Tak nie jest w rzeczywistości. Rozpatrując bliżej przyczyny powstania jam u każdej ze 134 kobiet, dochodzimy do nast. wniosków.

Ciąża i porody pozostają bez wpływu u 56 kob. (41,8% na 134), a to z tego powodu, że pogorszenie w płucach i tworzenie się jam zaczęło się *minim.* 3 lata aż do 18 i wyżej po pierwszym lub dalszych porodach, a więc przyczynowo wiązać ich niepodobna, co najwyżej, można im przypisywać jakiś bliżej nieokreślony wpływ pośredni. Tutaj odgrywają pewną rolę ostre choroby zakaźne, o których wyżej była mowa, lub — bez widocznej przyczyny — reinfekcja ostro albo powolna, o czem również była mowa wyżej. Pogorszenia, które można bezpośrednio przypisywać ciąży i porodom, sprowadzają się do liczby 44 (32,8%).

Zresztą, sprawa wpływu ciąży i porodów na gruźlicę, poruszana ostatniemi czasy tak często w piśmiennictwie specjalnem odbijająca się głośnem echem na Zjazdach Międzynarodowych, mająca dwa niezgodne między sobą obozy, jest sprawą z punktu widzenia klinicznego mocno powikłaną — znajduje to swój wyraz w dziwnym niejednokrotnie przebiegu choroby.

Z liczb w tabl. F. widać, jak różny jest wpływ ciąży i porodów na ustrój kobiecy. Weźmy przykłady. Wśród 21 kob. z trojgiem dzieci mamy 17 pogorszeń (w tem 10 zgonów), 1 *st. quo* i tylko 3 polepszenia. Tymczasem wśród 8 kobiet z 5 dziećmi mamy 3 polepszenia, 3 *st. quo* i 2 pogorszenia. Bardziej jeszcze uderza przebieg choroby u dwóch kobiet do 10 dzieci.

Jedna z nich, w wieku 43 l. żyjąca w dostatku, karmiła 8 dzieci, każde około 1 roku, i, gdy stwierdzono dużą jamę w pr. gór. pł., spędziła 5 — 6 mies. na leczeniu w Otwocku. przy przebiegu nader pomyślnym, z wynikiem: jama zarosnięta (bad. fiz. i Röntgen w zupełnej zgodzie.) C. i T. norm., waga +, jednym słowem, duża poprawa.

Druga, 38 l., wyrobница, ciężko pracuje u zamożnych włóścian, źle odżywiana, karmiła 9 dzieci 9 — 12 mies., czując się

¹⁾ Z rozmysłem unikamy wyrazu na stałe. Przypominamy opisane przez nas (21d) b. ciekawe przypadki. W 1-m tbc. ukazały się przy niewielkim katarze w 6 lat po wyleczeniu u lekko chorego i ukazywały się przez kilkanaście dni i znikaly. (1910). List od owego chorego w 1924 r. głosi, że bardzo pracuje (10 — 12 godz.) jako administrator dużego majątku, od 1910 r. ani razu nie doznawał najlżejszego niedomagania. — Drugi lekko chory, u niego również przy lekkim katarze ukazują się tbc przez kilka dni — wiadomość po 15 latach: stale pracuje zupełnie zdrow.

stale zupełnie zdrową. Ostatnie 10 dziecko, mające obecnie 4 lata, karmiła 1½ roku. Zachorowała przed 3 l. podczas karmienia. Przebieg przez pierwsze ½ roku powolny, ale chora nie ustaje w ciężkiej pracy i w karmieniu, i w ciągu drugiego półrocza sprawa kolosalnie się zaostrza. W końcu drugiego półrocza znajduję duże wilgotne jamy w gór. pł. obu płuc, T. 140, C. 39 i obraz zupełnego wyniszczenia. Byłoby ryzykownem wiązać przyczynę zachorowania z 9 porodami, a nawet 10-ym. Raczej nadmiar pracy przy nędzy fizjologicznej był czynnikiem decydującym. Zapewne do osłabienia ustroju przyczyniło się karmienie 10-go dziecka i to w ciągu 1½ r., gdyż pacjentka po jednym roku karmienia zaczęła słabnąć, a ciężkiej pracy ani na chwilę nie przerywała — wolno przypuszczać, że, gdyby po jednym roku przerwała je i zaczęła się leczyć, jak pierwsza wspomniana pacjentka, że wówczas choroba możeby się dała wstrzymać, a wyniki leczenia byłyby również pomyślne.

Osobno jeszcze parę słów o pani X, 44 lata, która miała 13 dzieci. Przybyła w 1903 r. do Sanat. (Zakop.), z małą jamą śr. wilgotną pr. pł. szczyt, która tworzyła się powoli (\pm 1 rok) przy niezłym st. og. — Leczenie 4 — 5 mies. poprawa st. og., wyschnięcie jamy, C. i T. norm., waga +. Po sanat, 16 mies. w miasteczku (gosp. domowe) (Wielkopolska), nast. przyjazd dla odpoczynku do pensjonatu w Zakop. Badanie wykazuje: st. og. i stan płuc identyczny ze stanem w chwili opuszczenia sanat.

Przykład ze stanowiska wpływu ciąży na gruźlicę mówi sam za siebie, komentarze zbyt cenne. Natomiast na drugim biegunie fakt zachorowania na tbc płuc w parę mies. po pierwszej i jedynej ciąży (kob. 20 l.) z przebiegiem w krótkim czasie fatalnym. Sprawa więc bardzo powikłana.

Przechodząc z kolei do sprawy R (regularność), przypomnimy w dwóch słowach teorię stworzoną przez Marfan (44) przed 40 laty, a puszczoną *levi manu* w świat przez franc. i niem. klinicystów. Brzmi ona, jak nast.: kobieta, która zachorowała na gruźlicę płuc traci swój perjord, młoda zaś dziewczica nie będzie go miała, skoro na gruźlicę zachorowała. Pozwolimy sobie przypomnieć, że przed 18 laty poświęciliśmy obszernie studjum tej sprawie, (21c) dotyczące 300 kobiet (panien i mężatek), wykazując na licznych przykładach, że w ciężkiej tbc płuc, a nawet na kilka dni przed zejściem R. może być prawidłowa, a więc teoria Marfana nie może sobie rościć prawa obywatelstwa w klinice. To samo możemy powiedzieć na podstawie niniejszego materiału. Załączona tabl. stat. dotyczy (na 321) tylko 150 kobiet, co do których można było zebrać wiadomości zupełnie pewne.

TABL. G.

Panny i panie bezdziejne (zupełnie lub wskutek poronień).

Regularność.

	Wiek					
	10—20	21—30	31—40	41—50	51—60	
Normalna	42	42	15	1		100 (> 66%) R+
Niema	23	18	4	3	2	50 (> 33%) R=0
					(1 > 60 lat)	
						Razem 150

Liczy mówią same za siebie b. wyraziście, że na 150 kobiet $\frac{2}{3}$ (niezależnie od wieku) mają R. prawidłową.

A dalej kilka uwag. W niektórych tylko przypadkach, i to nielicznych, daje się stwierdzić teoria Marfana. Na 23 kobiety w wieku od 10—20 l. tylko 5 panien w wieku 13—16 l. zupełnie nie ujrzało miesiączki z powodu choroby. Pozostałe 18 miały prawidłowy perjod i utraciły go podczas choroby w ciągu 4—12 mies. od chwili zachorowania. Wyjątkowo dwie przestały mieć regularność równocześnie niemal z początkiem choroby, w tym wypadku zgodnie z Marfanem. Z drugiej znów strony widzimy w tej dziedzinie takie zjawiska, jak trwanie perjodu przy idącym nieubłaganiem naprzód pogorszeniu płuc, zupełnym wyczerpaniu ustroju u chorych, które, mówiąc je-

zykiem Petera, przestały już żyć, a jeszcze nie umarły. Co więcej, zjawisko, notowane przeze mnie w cytowanej pracy, spostrzegalem i obecnie, a mianowicie, prawidłowy perjod aż do samego zgonu u panny 16 l. Wreszcie spostrzegamy i falowania w miesiączkowaniu: znikanie podczas pogorszenia i zjawianie się podczas polepszenia. U 4 takich panien 10—20 l., wśród 42 R. norm. aż do 1—2 mies. przed zgonem, przy wysokiej hekt. gor., T. 130—140, w stanach zupełnie beznadziejnych, wyłączających możliwość poprawy, a jednak ta czynność fizjologiczna była zupełnie prawidłowa. Naturalnie, wszystkie 4 zmarły (2 wśród objawów skrobiawicy). Sprawa więc jest b. powikłana i nie da się wtłoczyć w żadne ramy dostępnych mi obecnie teoryj fizjologicznych.

(Dok. nast.)

Z praktyki prywatnej.

Przyczynek do leczenia stanów obrzękowych.

Podał

Józef TYPOGRAF (Warszawa).

Chory A. Z. literat, lat 44. Dziedzicznie nie obciążony: Cięższych chorób nie przechodził. Jako młody człowiek wyróżniał się doskonałym stanem zdrowia i wielką siłą fizyczną. Chorób wenerycznych nie przechodził; palił i pił umiarkowanie. W 35 roku życia począł po raz pierwszy odczuwać dolegliwości sercowe, które polegały na bólach o cechach dusznicy sercowej i napadach duszności niezależnych od wysiłku fizycznego. Chory leczył się bardzo starannie w kraju i zagranicą. Rozpoznanie choroby przez poszczególnych lekarzy było przeważnie bardzo odmienne. (*Angina pectoris, Asthma bronchiale, Hypertensio essentialis, Myodegeneratio cordis, Cholelithiasis, Neuralgia intercostalis*). Stosowanie najróżnorodniejszych lekarstw nie sprawiało naogół choremu większej ulgi.

W ciągu szeregu lat stan chorego ulegał znacznym wahanom. Były, niezależnie zresztą od leczenia, długotrwałe okresy, podczas których chory czuł się doskonale. Były jednak i to dość często okresy, podczas których chory był zupełnie niezdolny do pracy ze względu na silne bóle w okolicy serca, niespodziewane napady duszności i stany znacznego osłabienia. Cały przebieg choroby był bezgorączkowy. Apetyt zawsze b. dobry. Skłonność do zaparcia. Sen doskonały, nawet z głową, nisko umieszczoną. W połowie r. 1927 ukazały się obrzęki kończyn dolnych. Wówczas widziałem chorego po raz pierwszy.

Stan jego przedstawiał się, jak następuje: Chory silnej, prawidłowej budowy, dość otyły, wzrostu 168 cm., wagi 86 kg. Kośćciec i mięśnie dobrze rozwinięte, tkanka tłuszczowa podskórna dość obfita, zwłaszcza na brzuchu. Skóra i widoczne błony śluzowe różowe, z lekkim odcieniem sinawym. Gruczoły chłonne niepowiększone. Tarczyca zwykłych rozmiarów. Na kończynach dolnych, zwłaszcza w okolicy kości piszczelowej i w okolicy krzyżowej, dość znaczny obrzęk. Na twarzy i na stopach obrzęku nie stwierdza się.

Narząd oddychania. Klatka piersiowa prawidłowo rozwinięta. Odgłos opukowy wszędzie jawny. Dolna granica płuc z tyłu na XI-ym żebrze, ruchoma dość dobrze. Wyśłuchowo oddech na całej przestrzeni pęcherzykowy, z wyjątkiem dolnej części prawego płuca, gdzie z tyłu wysłuchuje się nieliczne dźwięczne rżenia drobnobańkowe.

Układ krążenia. Serce kształtu prawidłowego, lewa granica na lewej linii sutkowej, prawa na prawym brzegu most-

ka. Tętno czyste, mocne. Drugi ton nad tętnicą główną dość dźwięczny. Tętno 100 na minutę, miarowe, dobrze wypełnione. Ciśnienie krwi 170/110. Naczynia obwodowe objawów miażdżycy nie wykazują.

Jama brzuszna. Brzuch duży, zwisający. Wątroba znacznie powiększona, dochodzi prawie do pępka, twarda, o gładkim brzegu, zupełnie nie bolesna na ucisk. Śledziona niemacalna. W jamie otrzewnowej stwierdza się objawy obecności nieznacznej ilości wolnego płynu.

Układ nerwowy: zmian chorobowych nie wykazuje.

Badanie moczu. Mocz przezroczysty, c. g. 1021, białka 7‰. Osad minimalny, zawierający jedynie pojedyncze ciała białe i nieliczne moczany bezpostaciowe. Wałeczków, ani krwinek czerwonych nie stwierdza się.

Badanie krwi na odczyn Wassermanna dało wynik ujemny.

Azot niebiałkowy w surowicy krwi: 40 mgr. w 100 cm.³.

Zdjęcie rentgenowskie potwierdziło w stosunku do serca wynik badania klinicznego.

Powiazanie stwierdzonych u chorego objawów w jedną całość natrafiało znaczne trudności. Objawy chorobowe nie mogły zależeć od niedomogi serca, serce bowiem nie wykazywało oznak osłabienia swej czynności, powiększona wątroba i nerki nie miały cech zastoinowych, obrzęki nie wystąpiły, jak zwykle u chorych sercowych na stopach, lecz wyżej, na podudziu, pozostawiając stopy prawie wolne. Przeciwno sercowemu pochodzeniu obrzęków przemawiała również bezskuteczność przetworów naporstnicy i strofantyny, stosowanych w dużych dawkach we wszelkich możliwych sposobach ich podawania. Jeżeli zaś ująć sprawę z punktu widzenia nerek — nefroza — chory był czerwony, rumiany, pozornie dobrze wyglądał, nie miał obrzęku na twarzy, wykazywał duże ciśnienie krwi i nie reagował wcale na dietę bezsolną. Niemniejsze trudności przedstawiało wyjaśnienie powiększenia wątroby. Kiły, która by najlepiej mogła wytłomaczyć całokształt objawów, chory stanowczo nie przechodził, a wielokrotnie powtarzane badanie krwi stale dawało wynik ujemny.

Stosunkowo najprawdopodobniejsze wydaje się rozpoznanie zrostów osierdziowych, które przebiegały nie tylko że bez żadnych objawów klinicznych, ale nie uwidaczniały się nawet na zdjęciu rentgenowskim. Zrosty te, w okolicy ujścia dolnej żyły głównej, mogły utrudniać odpływ krwi z dolnej połowy ciała, spowodować zmiany, istniejące w wątrobie i nerkach, i doprowadzić do obrzęków.

Wobec tego, że nawet stosowana dożylnie strofantyna wcale nie wpływała na wielkość diurezy, że wszystkie środki

moczopędne (euffilina, teacylon, mocznik, tyreoidyna i t. d.) działały bardzo słabo, a po kilku dniach stosowania przestawały działać zupełnie i doprowadzały przeważnie do mdłości i wymiotów, i że obrzęki pomimo ograniczenia ilości przyjmowanych płynów stale wzrastały, począłem wstrzykiwać choremu dożylnie salirgan. Po każdym wstrzyknięciu salirganu diureza dobową, wynosząca przeciętnie około 500 cm.³, podnosiła się do 2,5 — 3,0 litrów. Chory znosił wstrzykiwania doskonale. Powtarzałem je co 3—4 dni, i udało się w ten sposób obrzęki, tak odporne na wszelkie dotychczasowe leczenie, całkowicie usunąć. W dniu wstrzyknięcia salirganu i dużej diurezy mocza zawierał zaledwie ślady białka, którego ilość na drugi dzień jednak znowu znacznie się powiększyła, dochodząc czasem nawet do 9⁰₀₀.

Chorego mam już pod swą opieką lekarską przeszło 1¹/₂ roku. Skłonność do obrzęków utrzymuje się przez cały czas bez zmiany. Nie chcąc wstrzykiwać salirganu bez przerwy przez tak długi czas, wypróbowałem wszystkie istniejące środki moczopędne i nasercowe. Próby te jednak zawodziły zupełnie, gdyż z chwilą odstawienia salirganu obrzęki powiększały się bardzo szybko, ukazywał się płyn w jamie otrzewnowej, a samopoczucie i stan ogólny ulegały jednocześnie znacznemu pogorszeniu. Salirgan natomiast nie zawiódł dotychczas ani razu. Efekt jego działania od pierwszej chwili wcale nie osłabł, i diureza po każdym wstrzyknięciu stale wynosi około 2,5 litra, jak w dniu pierw-

szego wstrzyknięcia. Jest również godnym uwagi, że, pomimo dokonania już przeszło 100 wstrzyknięć i pomimo utrzymującego się stale dużego białkomoczu, ani razu nie wystąpiły żadne objawy szkodliwego działania ubocznego. Wyłącznie objawowo-moczopędne działanie salirganu przy zupełnym braku zadziałania na istotę sprawy chorobowej również przemawia przeciwko kiłowemu pochodzeniu cierpienia (salirgan jest przetworem ręciowym).

Leczenie obrzęków u naszego chorego salirganem nasuwa z pozoru analogję do leczenia insulina cukrzycy. Podobnie jak zastrzyknięcie insuliny usuwa chwilowo objawy cukrzycy, nie wpływając na samą sprawę chorobową, tak samo salirgan w naszym przypadku usuwa groźny objaw obrzęków, któreby szybko zgubiły chorego. Również i działanie salirganu okazuje się tak samo krótkotrwałe, jak insuliny, co zmusza do ciągłego powtarzania wstrzykiwań.

W ten sposób wyłącznie dzięki nieprzerwanemu stosowaniu salirganu udaje się nam utrzymać przy życiu i to w znośnym stanie tego tak ciężko chorego człowieka. Przypadek nasz dowodzi, jak wielce skuteczne może być leczenie objawowe salirganem nawet tych przewlekłych stanów obrzękowych, w których leczenie przyczynowe jest nie do przeprowadzenia.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Djetetyka z punktu widzenia równowagi jonów.

Podał

B. GOLDSTEIN (Warszawa).

Djetetyka a równowaga kwasowo-zasadowa.

Nauka o odżywianiu czyli djetetyka zajmuje jedno z najważniejszych miejsc w dziedzinie leczenia oraz profilaktyki chorób.

Początki djetetyki sięgają prawdopodobnie czasów zamierzchłych, u ludów bowiem pierwotnych można już zaobserwować pewne zasady w odżywianiu w sensie doboru i kolejności potraw.

Człowiek zdrowy przy jedzeniu względnie picia kieruje się instynktem, który mu każe, częstokroć bardzo trafnie, wybierać spośród rozmaitych rodzajów pożywienia te, które są dla niego najbardziej odpowiednie i pożyteczne.

Zjawisko podobne, t. j. kierowanie się instynktem, widzujemy niezbyt rzadko u chorych.

Chorzy częstokroć mają niepokonany wstręt do jedzenia wogóle, względnie do poszczególnych rodzajów pożywienia i, rzeczywiście niekiedy trzeba przyznać, że te właśnie rodzaje pokarmów, które chore bezwiednie omija, byłyby dlań niepożądane lub nawet szkodliwe.

Podobnie rzecz się ma z doświadczeniem chorego, który czysto empirycznie stwierdza, że

ten czy ów rodzaj pokarmów jest dla niego szkodliwy i w przyszłości go unika, lub też, odwrotnie, czuje się lepiej po danym pokarmie i, oczywiście, przyjmuje ten rodzaj pożywienia z przyjemnością i możliwie często.

Tak rzecz się ma, naprzykład, ze wstrętem do mięsa u chorych na mocnicę lub na niedokwaśność żołądka, którzy instynktownie unikają potraw mięsnych, czasem nawet mają poprostu wstręt do mięsa.

Chorzy ze wrzodem żołądka, naprzykład, z doświadczenia unikają rzeczy kwaśnych, wiedzą bowiem, że po ich spożyciu wystąpią u nich bóle.

Zjawiska podobne możemy zaobserwować nawet u zwierząt. Zwierzęta trawożerne, m. in. bydło, chciwie liże sól kuchenną, albowiem pokarm roślinny daje przewagę w ich ustroju solom potasowym. By wyrównać tę zachwianą równowagę, zwierzęta instynktem szukają chciwie soli kuchennej, by zaspokoić swój głód sodu.

Jednakże często też instynkt kieruje ustrój na drogę mylną, przynajmniej tak się nam zdawać musi w chwili obecnej.

Tak, naprzykład, nie pochwalimy instynktu chorego na cukrzycę, który mu każe zjeść dużo węglowodanów i t.p.

Zdarza się to zjawisko przeważnie w tych stanach patologicznych, którym nie towarzyszą dolegliwości wybitniejsze tuż po spożyciu danego pokarmu, te bowiem występują znacznie później.

Umysł chorego nie wiąże tedy dolegliwości z odpowiednim pokarmem, i unikanie „empiryczne” nie ma miejsca, tak, jak to się zdarza w przypadku bólów natychmiastowych (mięso we wrzodzie żołądka).

Z czasem więc dobór pokarmów dla osobników chorych stał się atrybutem lekarzy, tak, że djetetyka od najdawniejszych czasów wchodzi w zakres leczenia, z początku ludowego, później zaś akademickiego.

Taksamo jak leczenie całe przez szereg wieków było oparte na empirji, tak i djetetyka była przez ten sam czas i nawet dłużej jeszcze czysto empiryczną gałęzią medycyny.

Dopiero z rozwojem fizjologii i chemji fizjologicznej można było uzasadnić stosowanie takiej czy innej „djetety” u chorego.

Dotychczas jednakowoż djetetyka uważana jest za coś odrębnego od całokształtu leczenia i raczej miała charakter profilaktyczny.

Przynajmniej starano się usunąć z jadłospisu te czy inne rodzaje pożywienia, uważając je za szkodliwe, dopiero zaś od niedawna zaczęto stosować leczenie djetetyczne czynne, t. j. podawanie określonych pokarmów i napojów w celu wywołania efektu leczniczego.

Leczenie za pomocą odpowiedniej djetety czyli t. zw. djetoterapia stanowi obecnie część składową terapii i to nawet część bardzo ważną.

Do ostatnich atoli lat djetetyka opierała się na następujących zasadach, zaczerpniętych z fizjologii normalnej:

1) Równowadze pomiędzy głównymi składnikami pożywienia, a więc białkami, tłuszczami, węglowodanami i solami, zmianach w ustosunkowaniu się wzajemnem składników powyższych w zależności od zaburzenia ustroju.

2) Wartości kaloryjnej danego pokarmu.

3) Stopniu strawności, t. j. ilości rzeczywiście przyswajanych przez ustrój składników pokarmu.

4) Wpływie poszczególnych rodzajów pokarmów na funkcje wydalnicze (mocz, kał) oraz wydzielnicze (gruczoły trawienne).

Stopniowo zaczęto zwracać uwagę także na czynniki ogólnoustrojowe, w miarę jak rozwijała się nowoczesna fizjologia i patologia humoralna, a szczególnie chemja fizyczna.

Zaczęto się zastanawiać nad znaczeniem poszczególnych składników pożywienia dla objaśnienia rozmaitych zjawisk fizyczno-chemicznych, zachodzących w ustroju zdrowym i chorym.

W związku z oparciem fizjologii oraz najważniejszych zjawisk biologicznych na zasadach równowagi jonów zaczęto także w djetetyce zwracać uwagę na tę równowagę kwasowo-zasadową.

Dziś wiemy, że czynności tak ważne, jak oddychanie, pobudliwość nerwowa, wydalanie zbędnych składników przemiany materji opiera się na równowadze jonów.

Podtrzymywanie tej równowagi za pomocą środków farmakologicznych znane było i dawniej, lecz dopiero w ostatnich latach zaczęto stosować djetoterapię dla regulacji zjawisk fizyczno-chemicznych.

Ze jednak samo pojęcie równowagi kwasowo-zasadowej nie jest jeszcze ostatecznie ustalone,

więc i djetetyka tego rodzaju jest narazie jeszcze w stadium organizacji.

Oparcie djetetyki na eksperymentalnych zasadach fizyczno-chemicznych do dziś dnia nie zostało jeszcze uskutecznione w olbrzymiej większości przypadków. Dzieje się to poniekąd dlatego, że samo określenie zaburzeń kwasowo-zasadowych nie zostało jeszcze dostatecznie ujęte w sposób jednolity.

Musimy się na razie zadowolić wytłomaczeniem działania djetety, już empirycznie ustalonej dla tego czy innego cierpienia.

Wraz z rozwojem patologji humoralnej i zastosowaniem chemji fizycznej w klinice coraz więcej schorzeń daje się sprowadzić do pewnego zaburzenia fizyczno-chemicznego, które, jeżeli nie stanowi jedynej przyczyny tego cierpienia, to przy najmniej objaśnia rozmaite jego przejawy.

W konsekwencji leczenie nowoczesne opiera się po części na wyzyskaniu znajomości zaburzeń równowagi fizyczno-chemicznej, głównie jonowej i odpowiedniemi przeciwdziałaniami tym zaburzeniom.

Do tych samych mniej więcej celów zdąża nowoczesna djetetyka, która, jak zwykle, stanowi dość obszerną gałąź terapii ogólnej.

Wracając jeszcze raz do zagadnienia równowagi jonów, musimy zaznaczyć, że jest ono dziś zbyt rozległe, ażeby je można było omówić w tak ciasnych ramach choćby pobieżnie.

Zajmiemy się więc tutaj przedewszystkiem zagadnieniem równowagi jonów kwasowo-zasadowych i stosunkiem jej do djetetyki.

Zaburzenia równowagi jonów kwasowo-zasadowych sprowadzają się zasadniczo do 2 typów—do zakwaszenia i zalkalizowania, do acydozy i alkalozy, w zależności od tego, jaka grupa jonów uzyskuje przewagę: jony H czy OH.

Trudność nowa powstaje przy określeniu pojęcia acydozy i alkalozy z punktu widzenia klinicznego. Dla jednych zakwaszenie wyraża się li tylko w wydalaniu przez ustrój moczu o odczynie kwaśnym, dla innych acydoza oznacza zwiększenie się prężności CO₂ w pęcherzykach płucnych. Inni jeszcze rozumieją pod nazwą acydozy zmniejszenie się zasobu zasad (alkalirezerwa), wreszcie niektórzy mają na myśli poprostu przesunięcie koncentracji jonów wodorowych, t. zw. P_H w stronę kwaśną.

Ta rozbieżność poglądów utrudnia bardzo porozumienie się pomiędzy poszczególnymi autorami, tembardziej, że, o ile jeszcze w rozważaniach teoretyczno-biologicznych można przejść z jednego systemu na drugi, to w dziedzinie medycyny klinicznej trudno jest przełożyć obliczenia jednego autora na system drugiego.

Będziemy się starali sprawę tę naszkicować możliwie schematycznie, omijając wszelkie sprawy sporne lub niepewne.

A więc równowaga kwasowo-zasadowa ustroju uwarunkowana jest istnieniem specjalnych substancyj, utrzymujących stałość odczynu krwi, który jest niezbędny dla funkcyj życiowych ustroju.

Ciała te odgrywają w miarę potrzeby naprzemian to rolę kwasu, to zasady, łagodzą zbyt nagłe wahania odczynu krwi, dając możność ustrojowi przystosowania się do zmienionych warunków.

Ze względu na te hamujące wahania własno-

ści nazwano te ciała „hamulcami”, „ciałami buforowymi” lub też „moderatorami”.

Do tych substancyj należą przedewszystkiem ciała białkowe amfoteryczne, jak czerwone ciała krwi, zawierające hemoglobinę-amfolit.

Zasadniczo są to sole słabych kwasów i mocnych zasad lub silnych kwasów i słabych zasad, a więc związki, łatwo ulegające dysocjacji.

Z systemów buforowych najbardziej rozpowszechniony jest system H_2CO_3 i $NaHCO_3$, który wyraża się w stosunku dwutlenku węgla do dwuwęglanu sodowego, oraz Na_2HPO_4 i NaH_2PO_4 , mono- i dwufosforany sodowe.

Zaburzenia równowagi tego stosunku CO_2 i $NaHCO_3$, który zawsze odpowiada danemu P_H , mogą polegać na zmianie zarówno licznika, jak i mianownika.

Zwiększenie licznika lub zmniejszenie mianownika spowoduje acydozę, odwrotnie — zmniejszenie licznika lub zwiększenie mianownika daje alkalozę.

Ustrój stara się każde zaburzenie równowagi wyrównać, a więc przy zwiększeniu się licznika zwiększa się odpowiednio i mianownik i odwrotnie. Mamy w tych razach do czynienia z acydozą, względnie z alkalozą, wyrównaną lub skompensowaną.

O ile ustrój jest już niewydolny, powstają acydozy, wzgl. alkalozy niewyrównane. Zdarza się to tylko w bardzo ciężkich stanach, graniczących ze śmiercią np. w gruźlicy rozpadowej.

W zależności od tego, czy zakłócenie równowagi nastąpiło przez pierwotne zmiany w liczniku (CO_2 -gaz) czy też w mianowniku mówić się będzie o acydozie, względnie alkalozie gazowej lub niegazowej.

Ustrój reguluje swój P_H drogą dwojaką — przez płuca i przez nerki (inne środki regulacji są mniej ważne). Drogą płuc reguluje się ilość CO_2 . Przy nadmiernej zakwaszeniu zostaje podrażniony ośrodek oddechowy, zwiększa się ilość oddechów, więcej CO_2 wypędza się z płuc, i ustrój pozbywa się pewnej ilości zasobów kwasowych. Odwrotnie się rzecz ma przy nadmiernej alkalizacji.

Nerki regulują odczyn krwi przez wydalanie związków kwaśnych lub zasadowych, zależnie od potrzeby.

Niejednokrotnie zachodzi potrzeba przyjscia z pomocą ustrojowi w jego dazeniu do wyrównania zachwianej równowagi jonów kwasowo-zasadowych.

Osiągamy to najprościej przez podanie choremu substancyj kwaśnych lub zasadowych.

W patologji ludzkiej najbardziej rozpowszechnione są kwasice czyli acydozy.

Acydozy gazowe obejmują przedewszystkiem te stany patologiczne, w których chore są płuca. Wskutek zmniejszenia się bowiem powierzchni oddechowej płuc, regulacja jonów drogą oddechową ulega zaburzeniu. Nagromadzone w ustroju zasoby CO_2 nie mogą znaleźć sobie ujścia, i powstaje acydoza gazowa (zwiększenie licznika), którą ustrój wyrównywa przez zatrzymanie odpowiedniej ilości $NaHCO_3$, t. j. przez powiększenie mianownika.

W okresach terminalnych mechanizm regulacji zawodzi, i powstaje acydoza gazowa nieskompensowana.

Należą tu: rozedma płuc, gruźlica, zapalenie płuc i t. p.

W zatruciu morfiną także występuje acydoza gazowa (porażenie ośrodku oddechowego).

O wiele więcej rozpowszechnione są kwasice niegazowe. Występują one w t. zw. stanach głodowych t. j. w głodówce zwykłej lub też w cukrzycy przy głodzie węglowodanowym.

Również przy podaniu soli amonowych lub soli ziem alkalicznych daje się zauważyć kwasica niegazowa.

Istnieją także kwasice poniekąd fizjologiczne, a więc towarzyszące dużej pracy mięśniowej lub w okolicach górskich (gazowa skompensowana). Ta ostatnia jest przez niektórych kwestjonowana.

Z pośród stanów chorobowych, połączonych z acydozą, należy wymienić: biegunki, wymioty dziecięce, ciężę fizjologiczną, a szczególnie patologiczną (rzucawka, wymioty), uśpienia (głównie chloroformowe, lecz także eterowe i inne), żółtaczkę (niedomoga wątroby), mocznica (niedomoga nerek), zaburzenia przemiany materji, prowadzące do wypadania szczawianów lub moczanów, osteomalacja, niedomogi krążenia, wstrząs anafilaktyczny, wreszcie t. zw. choroba wrzodowa.

Co do alkalozy, to jest ona znacznie mniej rozpowszechniona. Występuje w tężycze, skurczu odźwiernika (po wymiotowaniu dużych ilości kwasów), w padaczce, niektórych postaciach migreny poniekąd także w stanach gorączkowych, w niedokrewności złośliwej, rakach (?), po proteinoterapii lub naświetlaniu promieniami Roentgen a.

Jak widzimy już z tego pobieżnego zestawienia, zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej przewijają się przez całą niemal dziedzinę patologji. Należy więc przypuszczać, że wyrównanie tych zaburzeń może mieć poważny wpływ na przebieg odpowiednich schorzeń, niekiedy nawet może decydujący.

Nie będziemy się tutaj zajmowali leczeniem farmakologicznem tych zaburzeń, jeno leczeniem djetetycznem. Ono bowiem, jako najmniej absorbujące chorego, winno mieć na względzie wspomniane zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej, i w miarę możności starać się o ich wyrównanie.

Zanim przystąpimy do przeglądu poszczególnych schorzeń i ich leczenia djetetycznego, musimy omówić jeszcze jedną sprawę, stojącą w pewnym związku z równowagą kwasowo-zasadową.

Chodzi mianowicie o t. zw. współczynnik oddechowcy czyli stosunek wydychanego CO_2 do pobieranego tlenu ($CO_2 : O_2$).

Przy djecie czysto węglowodanowej (n. b. w warunkach idealnych, od których abstrahujemy tutaj) współczynnik ten równa się jedności.

Cząsteczka bowiem węglowodanowa potrzebuje tlenu tylko do spalania swej części węglowej, część zaś pozostała wydała się w postaci wody (H_2O).

Przy spalaniu białek i tłuszczów stosunek ten przesuwają się coraz więcej na niekorzyść CO_2 , to znaczy, że ustrój pobiera stosunkowo więcej tlenu, aniżeli oddaje CO_2 . Współczynnik oddechowy wynosi więc w przypadku białka 0,82, w przyp. tłuszczu ok. 0,7.

W przypadku spalania alkoholu współczynnik ten wynosi tylko 0,67.

Zmniejszenie się współczynnika oddechowego zależy tutaj o:ł tego, że prócz tlenu do wytworzenia CO_2 ustrój pobiera przy oddychaniu także tlen

dla tworzenia wody, która wydziela się niekoniecznie drogą płuc, lecz głównie przez nerki, skórę oraz przewód pokarmowy.

Istnieją jednak stany, kiedy współczynnik oddechowcy może być jeszcze mniejszy, aniżeli w przypadku spalania alkoholu. Ma to miejsce w tych przypadkach, kiedy ustroj nie pobiera żadnych pokarmów, w stanie głodu. Spalają się wówczas zasoby własnego nagromadzonego tłuszczu, przy czym część ich musi ulec przemianie na węglowodany. W tej przemianie zużywa się dodatkowo pewna ilość tlenu, i współczynnik oddechowy spaść może poniżej wartości alkoholowej, t. j. poniżej 0,67.

Odwrotnie, kiedy ustroj odżywia się nadmiernie i tworzy zapasy tłuszczu z węglowodanów pobieranych w nadmiarze, stosunki są wprost przeciwnie. Przemiana węglowodanów na tłuszczu uwalnia pewną ilość tlenu, ustroj mniej go pobiera zzewnątrz, w stosunku $CO_2:O_2$ zmniejsza się mianownik, i stosunek ten czyli współczynnik może być większy od jedności.

Te okoliczności możeby nas wcale tutaj nie interesowały, gdyby nie to, że wahaniem współczynnika oddechowego odpowiadają poniekąd wahania równowagi kwasowo-zasadowej: t. j. w przypadkach gdy współczynnik ten wynosi około 1 lub więcej, występuje przesunięcie równowagi w stronę zasadową, w przypadkach zaś spólc. oddech. niskiego np. 0,7 lub mniej, zachodzi przesunięcie równowagi w stronę kwaśną. Kwasica jest tem większa im większy jest spadek współczynnika oddechowego.

Poniekąd ten stosunek jest zrozumiały: przy dużym współczynniku oddechowym wydała się dużo (stosunkowo) CO_2 , co się na równowadze kwasowo-zasadowej odbija jako alkalozja. Współczynnik oddechowy mały, przy którym wydziela się względnie mała ilość CO_2 , powoduje *ceteris paribus* zakwaszenie ustroju—acydozę.

Doświadczalnie rzeczy te, o ile mi wiadomo,

nie były sprawdzone i prawdopodobnie nie zawsze są zupełnie ścisłe, jednakże zależność taka istnieje niewątpliwie, jak widać z tablic, ogłoszonych ostatnio, w których rozmaite pokarmy zostały podzielone na zakwaszające i alkalizujące (Somsum, Blatherwick i Smith).

Do pokarmów alkalizujących należą (w kolejności stopnia alkalizacji): ser i mleko, kartofle, pieczywo pszenne i ciasta, jarzyny i większość owoców.

Zakwaszająco natomiast działają: ryż, owies, pieczywo żytnie, soczewice, orzechy, jaja, mięso, tłuszcze i niektóre zawierające kwasy owoce (porzeczki i t.p.) wreszcie także alkohol.

Widzimy więc, że empirja zdaje się powyższe przypuszczenie o związku, zachodzącym pomiędzy współczynnikiem oddechowym a równowagą kwasowo-zasadową, z jednej strony a dietą z drugiej strony potwierdzać.

Co więcej, stosowanie insuliny, tego potężnego alkalizatora, powoduje właśnie magazynowanie węglowodanów, a nawet odkładanie zasobów tłuszczu, co widzimy przy współczynniku oddechowym większym od jedności.

Zaś, z drugiej strony, głodówka, przebiegająca z niskim współczynnikiem oddechowym, cechuje się właśnie silną acydozą.

A więc i te stany, stojące już na pograniczu patologji, odpowiadają wyżej wymienionym stosunkom.

Możemy tedy w przybliżeniu przyjąć zasadę, że pokarmy są w podobnym stopniu zakwaszające, w jakim obniżają współczynnik oddechowy, i, odwrotnie alkalizujące w razie współczynnika ≥ 1 .

Do pewnego stopnia wpływają na zachowanie się acydozy w dzieci, składającej się z tłuszczu, białka, a może i alkoholu—także powstające przy rozkładzie tych substancyj kwasy organiczne niskie. Nie wiemy jednakże, czy i te procesy nie stoją w pewnym związku ze współczynnikiem oddechowym przynajmniej pośrednio. (D. c. n.).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Zagadnienia ogólne.

∞ Dr. W. GABEL. Wskazówki dotyczące badania lekarskiego wychodźców (częściowo drukowane w Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim, str. 48). Wydanie drugie.

Kraje, które jeszcze napoczątku bieżącego stulecia nie czyniły żadnych lub prawie żadnych przeszkód w lądowaniu emigrantów, w latach powojennych stawiają coraz to nowe ograniczenia, mające na celu:

- 1) zmniejszenie imigracji.
- 2) wybór najodpowiedniejszego materiału ludzkiego.

Dlatego też filtrowanie emigrantów przede wszystkim lekarskie jest kilkakrotne.

Broszura D-ra G a b l a, podająca istniejące przepisy, nestety, niezbyt ściśle, jest uzupełniona osobistem i rozległym doświadczeniem autora, który jako mąż zaufania ajencji okrętowych we Lwowie od lat 20 przeżył wszystkie reformy w tej dziedzinie i osobiście jest obznajmiony z pracą wszystkich placówek badających emigrantów przed wyjazdem z Europy. Treściwe ujęcie sprawy, jasny styl, praktyczność wielu wskazówek czynią tę książeczkę bardzo cenną dla każdego lekarza, mającego związek z badaniem wychodźców. M. K a c p r z a k.

Historja i Filozofja Medycyny.

∞ Angelo CELLI †. Die Malaria in ihrer Bedeutung für die Geschichte Roms. (Lipsk, Thieme. 1929).

Tytuł jest obszerniejszy. Nie tylko sam Rzym lecz cała kampanja rzymska jest książką tą objęta. Studium dotyczy zarówno historji medycyny, jak i dziejów kultury Rzymu od czasów najdawniejszych do chwili obecnej. W wydaniu niemieckim pani Anny Celli — F r a e n t z e l, poprzedzonym krótką przedmową profesora Sigerista, zwięzłem i tak treściwem, że prawie ani wyrazu jednego w czytaniu opuścić nie można, znajdujemy przedmiot w sposób niezmiernie oryginalnie ujęty i tak zajmujący że przesuwa się nam przed oczami obrazy przeszłości na przemian świetnej i ciemnej, obrazy barwne, wskrzeszające dzieje bodaj najbardziej interesującego zakątka kuli ziemskiej.

Władając nad światem parę tysiącleci, a tak będąc bliski morza, Rzym niejednokrotnie podejmował próby stworzenia bliskich portów. Lecz zginęła Ostia i Fiumicino, zginęła Civita Vecchia i Anzio, winą zaś tych niepowodzeń była zawsze marja. Rzym i kampanja już to podnosiły się, wzbogacały, broniły się od napadów nieprzyjacielskich przez stulecia całe.

gdy malarja przygasała, już znów ubożały, wyludniały się, stawały się łupem wrogów, gdy malarja srożyła się niepomernie. Póki sięgają dokumenty historyczne, świadczą one o wpływie złego powietrza (male aria) na zdrowie ludzkie, na dobrobyt na cywilizację rzymską. Po przez wszystkie okresy historii Rzymu wiedzie nas autor, wskazując wyraźnie wpływ tej groźnej choroby na losy państwa. A dokumenty istotnie historyczne dają się odszukać w czasach, dużo poprzedzających erę naszą. Walka Rzymu papieskiego z malarją szczególnie wypukle jest uwydatniono. Lecz jakkolwiek w czasach już najdawniejszych rozumiano doniosłość zaopatrywania Rzymu i okolic w wodę czystą, jakkolwiek podejmowano najtrudniejsze roboty dla osuszenia stawów i bagien, aby móc lud rzymski przywiązać do ziemi i podnieść rolnictwo wiemy doskonale, że dopiero ostatnie dziesięciolecia pozwoliły walkę z malarją prowadzić na właściwym terenie

Prace *L a v e r a n a*, który poznał pierwszy plasmodje malarji w Algierze, pobudziły cały szereg wybitnych uczonych włoskich do odszukania dróg, jakimi kroczy malarja. *M a r c h i a f a v a G r a s s i*, *B i g n a m i*, *B i s t a n e l l i*, *C e l l i* wreszcie — oto „niektóre najsłynniejsze nazwiska, które na zawsze pozostaną w pamięci ludzkiej, gdy mowa o malarji. Wszystkie formy choroby, od najłagodniejszej do najzłośliwszej właśnie na ziemi włoskiej bodaj najlepiej zostały zbadane. Współczesna walka z malarją w całej swej prostocie jest wynikiem badań ostatnich kilku lat dziesiątków. Zarówno profilaktyka, jak i leczenie zostały ujęte w formy pewne, dające wyniki pomyślne. Malarja przestała być chorobą groźną. Higijena społeczna i terapia osobnicza stały się tu prawie dziedziną medycyny, całkowicie zaokrągloną, zakończoną.

Praca prof. *C e l l i e g o* jest w wysokim stopniu pouczająca i zajmująca. Do osmdziesięciu zaledwie stronic ścisłego druku dodaje autor materiał literacki i nieco cytat na 30-stu przeszło stronicach petitu. Doskonałość literacka książki przechodzi wszelkie oczekiwania. M. F.

○ Dr. Stanisław TRZECIAK. *Klimat i choroby w Palestynie w czasach Chrystusa Pana*. Warszawa. Druk Salezjańskich Zakładów Graficznych. Str. 271. 1928.

Nie łatwo jest streścić łaskawie nadesłany egzemplarz redakcyjny. Dr. teologii S. T r z e c i a k napisał przed kilku laty 2 prace „O stosunkach politycznych u Żydów, w czasach Chrystusa Pana” oraz „O literaturze i religii u Żydów w czasach Chrystusowych”, a obecnie puścił w świat 3-cią „O klimacie i chorobach w Palestynie w czasach Chrystusa Pana”, jako dalszy ciąg poprzednich i jako wstęp do następnej monografii „O rodzinie i społeczeństwie u żydów ówczesnych”.

„Poznać te czasy, znaczy ułatwić sobie poznanie Chrystusa i Boskiej jego nauki. Oto jest cel, jaki ta praca ma osiągnąć”, mówi we wstępie autor, poświęcając swój owoc wieloletnich badań, poddany cenzurze duchownej, najwyższemu przedstawicielowi duchowieństwa polskiego.

Gdyby praca o skromnym tytule istotnie ten cel jedynie posiadała, to sprawozdanie z niej w piśmie lekarskim byłoby rzeczą wskazaną i nietrudną. Autor bowiem, mimo że w Palestynie osobiście nie był, wykorzystał sumiennie literaturę klimatologiczną o tym kraju, zwłaszcza niemiecką, również przestudjował uczciwie, acz mniej może krytycznie, bez szkiełka, wagi i miary, przyrodnika i lekarza, piśmiennictwo higijeny i medycyny Biblii Talmudu i Ewangelji.

Do drobnych jeno grzechów zaliczyłbym, że T. cytując liczne mniej wartościowe prace zagranicznych autorów o charakterze kompilacyjnym (*Sefer, Selrópl, Minkt, Olaja, L a v e r d e, S u l z e r t.*) przeoczył niektóre polskie, by wspomnieć tylko o niektórych odpowiednich artykułach samego referenta (*Nieco z chirurgji Talmudu 1904. Co mówią o przyzmiocie i trądzie: Biblia, Talmud i Ewangelja? 1909. Tyfusy*

u Żydów okresu biblijno-talmudycznego. 1917. Z higieny i dyetetyki Żydów starożytnych. 1927. Nieco o lecznictwie, dyetetyce i higienie Żydów starożytnych 1928).

Wybaczyć również możnaby autorowi, że obciążył niepotrzebnie książkę swoją, dla przeciętnego czytelnika przeznaczoną, balastem aż 70 stronic i 34 fotografii (!), poświęconych trądowi, który ongi interesował go podczas pobytu w Petersburgu, gdzie miał sposobność przyglądania się trędowatym w leprosorium.

Mniej swojsko atoli się robi nieuprzedzonemu przez tytuł książki czytelnikowi, gdy T., kończąc z klimatologią i nozografią, przesuwając przed okiem jego obfitą galerję chorych, leczonych w Palestynie przez Chrystusa Pana, a są tam jak wiadomo: ślepi i głusi, chromi i sparaliżowani, trędowaci i gorączkujący, zakaźni i opętani, nerwowi i umysłowi.

A już zupełne zdumienie ogarnia nieprzygotowanego czytelnika, gdy autor nadprogramowo, bez uprzedniego podania tego w porządku dziennym, zaczyna interpretować diagnozy, rokowanie i metodykę leczenia. Tu recenzent-lekarz stoi na rozdrożu, widzi bowiem krańcową naiwność autora — by choć jeden przykład przytoczyć — w opisywaniu i tłumaczeniu „opętanych”, w wyrzucaniu złego ducha z opętanych epoki starożytnej, średniowiecza i nowszych czasów, w powoływaniu się na świadectwa dawnych filozofów i nowoczesnych spirytystów (!), w krytykowaniu bezstronnych opisów lekarzy, zawodowych neurologów i psychiatrów ostatniej doby (*Charcot, Richet, Meige, Suck, Ziehen, Binswanger, Vorkastner*).

To też w zakończeniu pracy, gdzie plastycznie przedstawione są warunki klimatyczne i sanitarne, kulturalne i społeczne dwu daleko od siebie odbiegających epok, gdzie zestawione są dwa światy, oraz dawne, biblijno-talmudyczno-ewangeliczne obrazy chorobowe i nowoczesne — autor wierzący gorąco w życie pozagrobowe, w istnienie duchów i w opętanie przez nie osobników żyjących, dochodzi pozornie po walce, do wniosków konkretnych, w tych warunkach jedynie możliwych i dopuszczalnych „Chrystus Pan nie używa żadnych środków leczniczych, mentalnie na Jego słowo choroba ustępuje bezpowrotnie”. „On żąda przedewszystkiem wiary, a więc wpieryw nim uleczył ciało leczył duszę przez obudzenie wiary”. „Uzdrowienia te były istotne i trwałe bo odbywały się nie tylko wobec przyjaciół, ale często wobec zaciętych wrogów, którzy zaraz wykorzystywaliby najmniejszą niedokładność czy recydywę, a tymczasem żadnych pod tym względem zarzutów nie podnoszą”.

Quod erat demonstrandum! A wszak byłoby prościej — bez zapisywania dużych 4-ch ksiąg o klimacie i chorobach, polityce literaturze i religii, rodzinie i społeczeństwie Żydów w Palestynie — powiedzieć, i nie opierając się na pracach naukowych czy pseudonaukowych, nie korzystając z szat rzekomo przyrodniczych: Zbawiciel wyleczył wielu nieuleczalnych i ciężko chorych siłą cudu, jest bowiem nie do pomyślenia, by tak drobnej rzeczy nie mógł dokonać Mesjasz, Syn Boży i Bóg w jednej osobie.

H. Higier

Gruźlica.

IWANOW NIEZNAMOW i UDINCEW. *Wpływ soli wapniowych na przebieg gruźlicy*. (Wrac. Gaz. Nr. 16. 1928 r.).

Wprowadzenie soli wapniowych dożylnie wywołuje cały szereg zmian we krwi. W 10 minut po zastrzyknięciu $CaCl_2$ dożylnie ilość Ca we krwi osiąga *maximum*. Lepkość krwi nie narasta równoległe z ilością Ca; najwyższą lepkość krwi spotrzega się w godzinę po zastrzyknięciu. Narastanie lepkości krwi może służyć za dowód dodatniego działania soli wapniowych.

Po zastrzyknięciu soli wapniowych zwiększa się liczba ciałek białych. W obrazie krwi stwierdza się przesunięcie w lewo z przewagą komórek pałeczkowatych i młodych postaci obojętnochnłonnych. Z końcem 2-iej doby zwiększa się liczba eozynofilów.

Sz. T.

ALPERIN. W sprawie leczenia gruźlicy płuc solami wapniowymi. (Wracz. Gaz. Nr. 16, 1928 r.).

Przy stosowaniu soli wapniowych dożylnie powinniśmy brać pod uwagę nie tylko działanie Ca ale i wpływ roztworu hipertonicznego. W przypadkach cięższych postaci gruźlicy wprowadzanie soli hipertonicznych może pogorszyć przebieg choroby. Wskazane jest w cięższych przypadkach gruźlicy płuc z osłabieniem mięśnia sercowego stosowanie soli wapniowych doustnie. Sz. T.

G. RICHTER. W sprawie leczenia gruźlicy płuc trifalem. (Münch. med. Woch. Nr. 15, 1918).

Autor zdaje sprawę z wyników leczenia gruźlicy płuc preparatem złotowym trifalem (sól sodowa kwasu aurothiobenzimidazolkarbonowego). Na podstawie swego doświadczenia dochodzi on do wniosku, że do leczenia trifalem nadają się przede wszystkim i wyłącznie postaci lżejsze, o charakterze przeważnie wytwórczym. W przypadkach tych trifał przyczynia się do szybszego odgraniczenia się, otorbienia i wyleczenia sprawy chorobowej. Wszystkie inne postaci gruźlicy płuc mogą jedynie z dużymi zastrzeżeniami przedstawiać materiał odpowiedni do stosowania trifalu. Należy zawsze zaczynać od dawek małych (0,001). Dawka początkowa 0,025 wywoływała niepożądany zbyt silny odczyn. Na kurs leczenia trifalem przypada 10 — 11 wstrzykiwań; pomiędzy poszczególnymi wstrzykiwaniami należy zarządzać przerwy 8 — 10 dniowe, zależnie, oczywiście, od wywołanego odczynu ogólnego i miejscowego w płucach. Określonego, zresztą, schematu postępowania nie da się ułożyć, a należy każdy przypadek traktować do pewnego stopnia indywidualnie. Zwiększając każdą następną dawkę przeciętnie o 2 do 3 mgr, dochodzi się w końcu kuracji do dawki 0,025. Ogólna ilość wstrzykniętego leku waha się w tych warunkach około 0,12, a najwyżej 0,15 gr. trifalu. Następnie zarządza się przerwę 4 — 6 tygodniową, po której okazuje się celem kurację powtórzyć.

Przy tak ostrożnym dawkowaniu, które przedstawia najważniejszy warunek powodzenia i przy odpowiednim ustaleniu wskazań trifal przedstawia, według autora, środek, który powinien znaleźć należyte i całkowicie zasłużone miejsce w tak ubogim dotychczas arsenale lecznictwa gruźlicy.

J. Typograf.

Choroby narządów trawienia.

O. WELTMANN. Jakie stany chorobowe mogą naśladować kamice żółciową? (Aerztl. Prax. z. 11 r. 1927).

Po krótkim opisie typowego napadu kamicy żółciowej i podkreśleniu, że z powodu napięcia powłok brzusznych obmacanie pęcherza żółciowego jest przeważnie niemożliwe, autor stwierdza konieczność posiadania danych anamnestycznych dla ugruntowania rozpoznania. Brak tych danych bowiem (pierwszy napad, młody wiek osobnika, zwł. płci męskiej, brak w wywiadach charakterystycznych czynników, sprzyjających kamicy żółciowej i t. p.) zmusza do wzięcia pod uwagę szeregu innych schorzeń.

Jako najczęstsze możliwości pomyłek rozpoznawczych rozpatruje autor zapalenie środkowe prawego płuca, przebiegające, jak to często bywa, z silnymi bólami w prawym nadbrzuszu, zapalenie opłucny suche na podstawie prawego płuca, napad ostrej niedomogi sercowej z ostrym zastojem wątroby, zapalenie wyrostka robaczkowego, wrzód żołądka, wzgl. dwunastnicy. Ze szczególnym naciskiem podkreśla W. konieczność różniczkowania napadu kamicy żółciowej z ostrem zapaleniem miedniczek nerkowych.

W przypadkach, kiedy pęcherz żółciowy da się wyczuć, dociekania rozpoznawcze ograniczają się już zwykle do jego schorzeń. Jan Srebrny.

LIFSZYC. Konstytucja a skład chemiczny kamieni żółciowych. (Wracz. Gaz. No. 3, 1928).

1) Z podstawowych chemicznych składników kamieni żółciowych — cholesteryna i wapień bilirubiny — ilościowo znacznie przewyższają kamienie cholesterynowe, których liczba dochodzi do 98%.

2) Przewaga kamieni cholesterynowych, spostrzeganych przeważnie u kobiet, tłumaczy się częściej występującą u nich hipercholesterynemją.

3) U mężczyzn kamienie żółciowe cholesterynowe spostrzegano u osobników ze skazą cholesterynową (konstytucja artrytyczna)

4) Wapień bilirubiny spotykamy przeważnie u osobników z konstytucją wysiękową.

5) Obciążenie dziedziczne ma duże znaczenie dla powstawania kamieni żółciowych. Sz. T.

COLE, COPPER i GRAHAM. Cholecystografia z jednoczesnym badaniem czynności wątroby. (Journ. of the Amer. Med. Ass. 1928 N. 14).

Zdaniem autorów, istnieje wybitna różnica między związkami izomerycznymi, a mianowicie że fenoltetrajodoftaleina jest lepsza od tetrajodoftaleiny, jeśli idzie o cele radiologiczne, zarówno ze względu na mniejszą jadowitość jakoteż dzięki możliwości stosowania w badaniu czynnościowym wątroby.

Jest to tem dogodniejsze, że dawki większe, stosowane w cholecystografii, dają o wiele lepsze pojęcie o czynności wątroby aniżeli dawki małe, stosowane dawniej (0,04 wobec 0,005 na kilogram wagi ciała).

Największe zatrzymanie barwnika wykazali chorzy z zamknięciem dróg żółciowych na tle kamicy, z żółtaczką t. zw. nieżytową, posuniętymi zmianami miąższu wątrobowego na tle wrzodu dwunastnicy.

Chorzy na raka wątroby wykazywali natomiast nieduże zatrzymanie barwnika.

Jeszcze wyraźniej różnica tych 2 rodzajów cierpień wątroby uwidacznia się w sposób następujący.

W przypadkach zatkania dróg żółciowych pospol., o ile żółtaczką utrzymuje się lub też wzrasta, zatrzymywanie barwnika wzrasta również, w przypadkach natomiast raka, mimo wzrastającej żółtaczki, zatrzymywanie barwnika nie zmienia się, o ile niema jakichkolwiek powikłań.

Jeszcze większe znaczenie posiada badanie czynnościowe w przypadkach określania możliwości operacyjnej — ryzyko operacyjne wzrasta proporcjonalnie do zatrzymywania barwnika przez wątrobę. B. Goldstein

Choroby serca i naczyń.

F. LANGE i E. WEHNER. Serce w stanach nadciśnienia i w miażdżycy. (D. Archiv. f. Klin. Med. Tom 160 zes. 1/2).

Zmiany w sercu są zależne nie od samego procesu miażdżycy, jako takiej, lecz od nadmiernego ciśnienia, które często łączy się z miażdżycą.

Przypadki, przebiegające z czystą hipertonią bez widocznej miażdżycy, dają przerost lewej komory. Natomiast w przypadkach samej tylko miażdżycy bez podniesienia ciśnienia — przerost lewego serca nie stwierdza się. W postaciach mieszanych przerost jest widoczny. Stopień przerostu serca idzie w parze ze stopniem wzmocnienia ciśnienia.

Rentgenologicznie na zasadzie ortodjagramu udaje się stwierdzić, że równolegle ze wzmocnieniem się ciśnienia krwi wzrasta rozszerzenie serca wlewo. Serce ma przytem szczególny wygląd, różniący się od serca w niedomykalności zastawek tętnicy głównej, ma kształt gruszki, powiększonej w wymiarach podłużnym i poprzecznym. Aorta (w pierwszym skośnym wy-

miarze) jest raczej wydłużona, niż poszerzona. W miażdżycy widzimy natomiast wiotkie serce o małej wysokości, lecz za to szerokie (nie musi to być rozszerzenie, lecz może zależeć od szerokiego ułożenia na przeponie). Tętnica główna w miażdżycy jest w ortodjagramie krótka, szeroka, ciemna i gruba.

Cały obraz w miażdżycy zbliża się wybitnie do obrazu niedomykalności zastawek tętnicy

W postaciach mieszanych granice pomiędzy obiema postaciami zacierają się.

B. G.

G. FAHR. **Serce w nadmiernem ciśnieniu.** (Am. Journ. of. Med. Sciences. Kwiecień Nr. 4, r. 1928).

Autor twierdzi, że około 140000 osób umiera co rok w St. Zjedn. z powodu wysokiego ciśnienia, a połowa tej liczby z powodu zaburzeń sercowych, spowodowanych nadciśnieniem. Cierpienie to często bywa rozpoznawane, jako wada mitralna lub zapalenie mięśnia sercowego. Również rozpoznanie „serce miażdżycowe“ nie jest ściśle. Serce w nadciśnieniu cechuje się przerostem (objętości i wagi) lewej komory, później także jej rozciągnięciem. Leczenie winno być skierowane ku obniżeniu ciśnienia, oraz obniżeniu pracy osobnika, a co za tem idzie pracy serca. Środki nasercowe mają zwykłe wskazania. Odpoczynek w łóżku i upust są jednak środkami najskuteczniejszymi.

B. G.

V. MANDRU. **Przyczynki do leczenia niewydolności sercowo-nerkowej i stałego nadciśnienia.** (Paris Médical Nr. 33 z r. 1928).

Autor trzyma się schematu następującego w leczeniu niewydolności sercowo-nerkowej. Przez 3 dni djeta płynna, a mianowicie 4 do 6 szklanek herbaty dobrze słodzonej. Jednocześnie daje pierwszego dnia 25 gr *t-ae jalapae*, zaś 3 dnia 30 gr siarczanu sodu. Potem następuje 5-dniowy okres djety mlecznej: 4 — 6 szklanek mleka dziennie jednocześnie z teobrominą potem przy tej samej djecie mlecznej przez 3 dni digitalina po 20 kropeł dziennie.

Autor uważa, że w przypadkach asystolji należy zacząć leczenie od podawania teobrominy, dopiero, kiedy ilość moczu się zwiększy, należy sięgnąć do preparatów naparstnicy. Dalej autor uważa za czynnik bardzo ważny wypuszczenie płynu z jam opłucnowych, o ile go się stwierdza jeszcze przed podaniem naparstnicy.

Co się tyczy zmniejszenia ciśnienia, to autor uważa za najlepszy środek — post. Zupełne wstrzymanie się chorego od pokarmów przez 1 dzień co tydzień z jednoczesnem stosowaniem preparatów takich, jak teobromina lub *scilla* oraz luminal i przy abstynencji możliwie zupełnej od soli daje dobre wyniki nawet w przypadkach bardzo uporczywych. Zaznaczyć należy, że każdą kurację przypadku nadciśnienia należy rozpocząć od 5-dniowej głodówki, podczas której chory nie przyjmuje innego pożywienia, prócz kilku szklanek wody na dzień.

Obniżenie ciśnienia jest zupełnie wyraźne i wynosi do 20 mm Hg.

B. G.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

F. RATHERY i J. MARIE. **O znaczeniu leczniczem wyciągu z tylnego płata przysadki mózgowej w moczówce prostej.** (Paris médical 1928 Nr. 19).

Autorzy zajmują się sprawą działania wyciągów z tylnego płata przysadki na wydzielanie moczu. Wyciągi te mają zawierać poza znanymi już histaminą i tyraminą jeszcze bliżej nieznaną substancję oliguryne.

Ze wszystkich sposobów podawania wyciągów z przysadki jedynie skuteczny okazał się sposób wstrzykiwania podskórnego. Ciekawy również jest sposób wprowadzania sproszko-

wanej substancji do nosa. W każdym razie wyciąg z przysadki okazał się bardzo skuteczny w leczeniu zespołów poliurji i może być poniekąd uważany za specyfik w tego rodzaju cierpieniach.

Inne wyciągi z rozmaitych gruczołów dokrewnych nie wywierają żadnego wpływu na wydzielanie moczu.

Z pśród innych metod leczenia moczówki prostej należy wymienić nakłucie lędźwiowe oraz w sprawach natury kiłowej — leczenie swoiste przeciwkiłowe.

Środki te działają również etjologicznie na podstawie mózgu: pierwszy mechanicznie, drugi swoiście. Atoli i w tych przypadkach leczenie wyciągami z tylnego płata przysadki mózgowej daje bardzo dobre wyniki.

W bardzo nielicznych przypadkach, około 5 na 100, wyciągi z przysadki okazały się bezskuteczne lub wątpliwe co do skuteczności, podczas kiedy inne sposoby leczenia dały wyniki dodatnie.

B. Goldstein.

ANDRÉ i CHOAY. **O wpływie podawania proszku płata tylnego przysadki na moczówkę prostą.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 23. 1928).

Działanie wstrzykiwań wyciągów płata tylnego przysadki na zmniejszenie ilości moczu u chorych na moczówkę prostą, aczkolwiek bardzo efektowne, jest niestety przelotne, co zmusza cięższych chorych do wielokrotnych wstrzykiwań w ciągu dnia.

Autorzy, chcąc zaoszczędzić chorym trudności wstrzykiwań, badali skuteczność wdmuchiwań do nosa proszku z przysadki. Doświadczenia ich dotyczą 12 przypadków moczówki prostej, spostrzeganych od 5 lat. Chorzy przyjmują proszek przysadki podobnie jak tabakę. Oczywiście, że zasadniczy warunek powodzenia stanowi prawidłowy stan błon śluzowych nosa. Dawki wahały się w zależności od wieku i ciężkość, schorzenia. W porównaniu z dawką potrzebną do wstrzykiwań podskórnych, stosowanie przez nos wymaga dla osiągnięcia podobnego wyniku ilości dwu lub trzykrotnie większej. Wskazane jest stosowanie częste dawek małych. U jednego chorego z wielomoczem około 15 litrów na dobę osiągnano najlepsze wyniki, stosując wciąganie do nosa 3 lub 4 razy dziennie po 0,02 do 0,04 proszku przysadki, przyczem najsilniejszą dawkę należy zażywać przed snem.

Wyniki odpowiadają naogół otrzymany w leczeniu wstrzykiwaniami. Przy dawce dostatecznej diureza obniża się zwykle do normy, z 15 — 20 litrów np. spadała poniżej 3 z 8 — 12 litrów obniżała się do 2 litrów.

Czas działania leku, zażytego w ilości 0,04—0,06 proszku, waha się przeciętnie około 6 godzin w ciągu dnia, a 8—10 godzin podczas nocy. Pragnienie znika prawie natychmiast. Co się tyczy wpływu na stan ogólny chorych, to stwierdza się szybki wzrost wagi, powrót snu i poprawę sił, a u osobników młodych dalszy rozwój cielesny.

Ze spostrzeżeń tych wynika, że z pewnemi zastrzeżeniami rylogicznemi stosowanie donosowe proszku przysadkowego ma na moczówkę prostą wpływ taki sam, jak wstrzykiwania. Stosunkowo mniejsza siła działania znajduje swe powetowanie w o wiele wygodniejszym dla chorych sposobie stosowania leku.

J. Typograf.

REYE. **Wczesne objawy zaniku przedniego płata przysadki (choroba Simmondsa) oraz ich pomyślne leczenie.** (Deutsch. med. Woch. Nr. 17. 1928).

Opisując spostrzegany przez siebie przypadek choroby Simmondsa, podaje autor następujący zespół objawów: choroba rozpoczyna się zwykle po porodzie, którego przebieg był ciężki i spowodował znaczną utratę krwi. Długo po porodzie utrzymuje się stan chorobowy, jednak bez objawów zakażenia. Perjody nie wracają, dołącza się zupełna utrata *libido*. Występuje ogólne otłuszczenie; osłabienie fizyczne i psychiczne wzmagają się i utrwalają, skóra staje się blada, wypadają włosy

i zęby. Ciepłota utrzymuje się poniżej normy. Często dołączają się zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. We krwi zwiększa się liczba eozynofiliów. Ciśnienie krwi jest bardzo niskie. Podstawowa przemiana materji zmniejsza się.

W przypadku swym stosował autor podskórnice jak i dostnie wyciąg z przedniego płata przysadki. Wynik leczenia był pomyślny. W ciągu 6-ciu tygodni pacjentka wróciła do zdrowia.

M. Goldman junior.

Choroby kobiet i położnictwo.

R. GAUDUCHEAU, PICARD i CASTAGNARY. **Zmiany nowotworowe w gruczołach pachowych, poprzedzające zjawienie się małego guzka piersi.** (Bull. du cancer T. XVII, Nr. 7, r. 1928).

U kobiety 56 letniej z objawami bólów w ramieniu lewym, klinicznie i rentgenologicznie nie stwierdzono zmian w kościach, stawie i mięśniach odnośnej okolicy. Okazało się natomiast powiększenie, dochodzące do wielkości kasztana, gruczołów chłonnych dołu pachowego jeszcze ruchomych i mało bolesnych. Gruczoły innych okolic ciała oraz śledziona nie wykazywały odstępstw od normy. Najbardziej logiczne, jednak pozornie zupełnie nieuzasadnione, przypuszczenie raka sutka nie mogło się ostać wobec absolutnego braku zmian w tym narządzie. Badanie mikroskopowe próbnyc wycinków powiększonych gruczołów wykazało nietypowego raka o charakterze przerzutowym. Pomimo to, ze względu na brak danych klinicznych nowotworu sutka, autorzy wstrzymali się od amputacji piersi. Po roku zjawił się w sutku lewym guzek wielkości orzecha laskowego, nie różniący się budową histologiczną od nowotworu gruczołów chłonnych pachy.

Z przypadku tego bardzo pouczającego autorzy wyciągają wnioski, że nie należy zwlekać z wykonaniem radykalnej operacji sutka tam, gdzie niezawodnie powstały przerzuty do gruczołów pachowych pomimo braku widocznych zmian w piersi.

W dyskusji Pierre Delbet zaznacza, że rzekomo pierwotny rak gruczołów chłonnych bez zmian w sutku należy do rzadkości. Autor zna jeden taki przypadek. Sutek klinicznie nie przedstawiał zmian, jednak amputację wykonano. Badanie mikroskopowe sprawy nowotworowej nie wykryło, co nie jest dowodem bezsprzecznym, że raka istotnie nie było. Jedynie miarodajne badanie narządu w skrawkach serjowych wymagałoby paru lat. Autor uważa za wskazaną w podobnych przypadkach operację radykalną.

S P ó ł t o r z y c k a.

E GRYNFELTT. **Badanie histologiczne raka wewnątrzkanalikowego krwotocznego sutka.** (Bull. du cancer T. XVII, N 7 r. 1928).

Przedmiotem pracy autora jest przypadek raka wewnątrzkanalikowego sutka, którego punktem wyjścia jest warstwa wewnętrzna przewodów mlecznych. W obrębie niektórych drobnych rozgałęzień kanałów mlecznych powstają liczne wylewy krwawe z cienkich naczyń włosowatych otoczenia. Krwinki przedostają się do szczelin, które wytwarzają się między mniej lub więcej nietypowymi komórkami warstwy mięśniowo-nabłonkowej. Te ostatnie pozostają w ścisłym związku z błoną podstawną przewodu. W końcu przewód taki przekształca się w rurę krętą mniej lub więcej rozszerzoną, której ściany są utworzone wyłącznie z błony podstawnej i warstwy mięśniowo-nabłonkowej a zawartość składa się z mas skrzepowatych, usianych komórkami rakowymi warstwy wewnętrznej nabłonka. Krwinki oraz komórki nowotworowe wykazują szereg zmian nekrobiotycznych. Często do tych starych ognisk krwotocznych wrasta tkanka łączna, i następuje organizacja w sposób analogiczny do gojenia się zakrzepu. Opisany nowotwór przedstawia postać

raka sutka, który pomimo daleko idących analogij z punktu widzenia wyglądu ogólnego z rakiem krwawiącym (cancer hemophile) profesora Delbeta, wykazuje zasadnicze z nim różnice i upoważnia do bardziej pomyślnego rokowania. Względy te są więcej niż dostateczne, żeby nie łączyć pod wspólną nazwą raków, których komórki niszczą ściany naczyń, przenikają do ich światła i tu znajdują się wśród krwi krążącej, z przypadkami, jak wyżej opisany, w których krew wylewa się do jam, wytworzonych w miejscu powstania guza. Dla tej postaci nowotworu autor uważa za najwłaściwszą nazwę: rak wewnątrzkanalikowy krwotoczny (epitheliome intracanaliculaire hemorrhagique).

S. P ó ł t o r z y c k a.

J VINCHON. **O stosowaniu wyciągów jądrowych u kobiet.** (Paris medical N 33 z roku 1928).

Przez długi bardzo czas kwestja hormonu dopełniającego u kobiet była uważana za sporną. Hipoteza, wypowiedziana kilka lat temu przez Pierra i Jouve, o znaczeniu fizjologicznym hormonu męskiego dla kobiety została ostatnio potwierdzona przez objaw odczynu skórny u zamężnych kobiet z nasieniem męża.

Również stwierdzono interferometrycznie zmiany charakterystyczne w surowicy krwi kobiet, utrzymujących stosunki płciowe.

Z tych założeń wychodząc, szukano obecnie drogi do stosowania wyciągów z nasienia, jako środka leczniczego przeciw pewnym schorzeniom kobiecym.

Na pierwszym miejscu trzeba wymienić zaburzenia w miesiączkowaniu, które zdają się zależeć od zespołu wagotonicznego, zarówno w drogach oddechowych, jak w układzie krążenia, a przedewszystkiem w przewodzie pokarmowym. Odbija się to zresztą i na psychice pacjentek.

W przypadkach prostych wystarczy zazwyczaj podawanie preparatów jajnikowych. Kiedy te jednak skutku nie wywierają, otrzymuje się świetne niekiedy wyniki za pomocą podawania wyciągów nasieniowych.

Wskazania do opoterapii męskiej u kobiet są więc następujące: 1) w okresie dojrzewania płciowego celem przyspieszenia tego zjawiska i ustalenia równowagi psychicznej, czasem wspólnie z wyciągami tarczycy; 2) w okresie zupełnego rozwoju kobiety po wyczerpujących chorobach i w cięższych stanach przygnębienia; 3) w okresie przekwitania celem złagodzenia objawów ubytkowych; 4) wreszcie celem wyrównania przewagi któregośkolwiek z układów roślinnych.

B. G.

Choroby dróg moczowych.

P. GYORGY. **Przyczynki do kliniki przewlekłego ropomoczu.** (Jahrb. für Kinderh, 80 tom, 5 zeszyt).

Przewlekły ropomocz, występujący niezadko w wieku dziecięcym, nie jest bynajmniej cierpieniem niewinnym, dającym zawsze dobre rokowanie. Nowsze zdobycze urologji doprowadziły do rewizji poglądów w tym względzie. W przebiegu przewlekłego ropomoczu stwierdzić można często za pomocą badania urologicznego możliwe u dzieci, rozszerzenie moczowodów; niełatwo jest wówczas rozstrzygnąć, czy rozszerzenie jest pierwotne, wrodzone, wtórne, nabyte. Kwestja ta posiada doniosłe znaczenie praktyczne; jeśli rozszerzenie moczowodów jest pierwotne, zastój moczu i ropomocz są nieuniknione, nie można na nie wpłynąć ani leczniczo, ani zapobiegawczo, póki nie zostanie usunięta anatomiczna przeszkoda na drodze operacyjnej; jeśli zaś rozszerzenie moczowodów powstaje wskutek długotrwałego ropomoczu, można przez odpowiednie leczenie zapobiec temu niepomyślnemu powikłaniu. Naogół rokowanie jest niedobre, utrudnienie odpływu moczu doprowadza do ciężkich

zaburzeń w czynności wydzielniczej nerek. Na poparcie powyższego autor przytacza historię choroby 5-ciu przypadków przewlekłego ropomoczu przebiegającego z objawami rozszerzenia moczowodów, z wtorną niedomogą nerek o charakterze *nephritis interstitialis*. Zdaniem autora, należy w każdym przypadku przewlekłego ropomoczu natychmiast, zaś w każdym podostym po ustąpieniu objawów zapalnych, t. zn. mniej więcej po 8 — 10 tyg. od początku choroby, zawiadzić urologa i powierzyć mu dalszą obserwację chorego.

M. Stopnicka.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

ZIELLER K. Znaczenie szczepień malarji w kile, zwłaszcza w jej okresach wczesnych. (D. m. W. Nr. 25. 1928).

Leczenie malarji powinno być stosowane wyłącznie w klinice.

Mimo, iż leczenie porażenia postępującego daje 6 — 10% przypadków śmiertelnych, obawa stosowania tej metody u osobników młodych i bardziej odpornych jest niewielka. Szczepienie malarji należy do najsilniejszych nieswoistych środków, wzmagających leczenie swoiste. Kyrle zaleca stosowanie malarji z następczą kuracją salwarsanową już w najwcześniejszych okresach kiły. Takie postępowanie nie wyłącza możliwości przejścia zarazków na układ nerwowy ośrodkowy, co jednak zdarza się rzadziej.

Aut. jest zdania, iż szczepienie malarji we wczesnych okresach powinno mieć miejsce tylko wtedy, gdy zwykłe leczenie nie daje zadawalającej poprawy.

Malarja wraz z energicznym stosowaniem leczenia „swoistego“ tworzy metodę w leczeniu kiły układu nerwowego, której wyniki znacznie przekraczają wszystko, co osiągnięto dotychczas w tej dziedzinie.

M. Goldmann junior.

W. S. MAC CANN. O leczeniu róży zapomocą surowicy swoistej. (J. Am. Med. Ass. Tom 91. Nr. 2. 1928).

Autor wyraża powątpiewanie co do skuteczności surowicy swoistej w leczeniu róży.

W każdym razie wydaje mu się obecnie przedwczesne wydawanie opinii, przebieg róży zależy, bowiem, od całego

szeregu czynników przypadkowych, jak pora roku, wiek chorego i t. p.

O wartości tej metody można będzie mówić dopiero po zbadaniu bardzo licznego materiału, zebranego po uwzględnieniu powyższych czynników. Jeżeli surowica chorych na różę jest skuteczna, to, według zdania autora, podobnie skuteczna jest surowica przeciwplonicza w leczeniu przypadków róży.

B. G.

S. WASILJEW, O. ZMIGRODZKI i S. MARCHOWA
O leczeniu róży szczepionką Besredki. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 3. 1928).

Autorzy zdają sprawozdanie z wyników leczenia szczepionką Besredki 239 chorych na różę. Leczenie polegało na stosowaniu okładów ze szczepionki bądź w postaci płynu, bądź w postaci maści; 20 chorym szczepionkę wstrzykiwano do skóry. Okłady stosowano w ten sposób, że pokrywano nie tylko chorą skórę, lecz również jeszcze i zdrową na przestrzeni 6 do 10 cm² i zmieniano je co 24 godziny. U chorych leczonych w ten sposób objawy zatrucia znacznie łagodniały i ustępowały szybciej, powikłania zaś i nawroty były rzadsze. Śmiertelność wśród tych chorych wynosiła 0,8%, u 125 zaś chorych, leczonych dotychczasowymi sposobami wynosiła 1,6%.

Wynik leczniczy był widoczny w sposób szczególnie jaskrawy u chorych, leczonych wstrzykiwaniami doskórnymi. Wstrzykiwania te w liczbie 10 (po 0,1 ccm szczepionki) wykonywano w odległości 8 — 10 cm. poniżej widocznej granicy zajętej skóry; odstępy pomiędzy poszczególnymi ukłuciami wynosiły około 1 cm. w przypadkach róży obustronnej wstrzykiwania wykonywano tylko z jednej strony, a druga służyła do porównania. Z pośród 20 leczonych w ten sposób chorych u 15 sprawa chorobowa nie przekroczyła linii zastrzykiwań. U większości chorych stan ogólny poprawiał się bardzo szybko, ciepłota opadała, objawy zatrucia znikły, apetyt powracał. U 5 chorych leczenie nie wpłynęło na przebieg choroby: przypadki te dotyczyły 1 syfilityka, 1 gruźlika, 3 zaś wykazywały objawy ogólnego zakażenia krwi.

Ze spostrzeżeń swych autorzy wyciągają wniosek, że przy pomocy wstrzykiwań doskórnych szczepionki udaje się uodpornić miejscowo skórę i wytworzyć barjerę, której zarazek róży nie jest w stanie przekroczyć.

J. Typograf.

Wskazówki praktyczne.

— Ankieta redakcji „Mediz. Klin.“ w sprawie *usypiania awertynowego* dała wynik, zachęcający do stosowania tej metody. Nordmann na 900 przypadków nie miał ani jednego zejścia śmiertelnego. Amersbach, Vorschütz mieli wyniki dodatnie, w 30 — 35% okazał się konieczny dodatek eteru. Wielu innych autorów odzywa się o tej narkozie dodatnio, zaznaczając, że żadnych przykrych powikłań następczych nie widzieli. Butzengeiger spostrzegł zmniejszenie się liczby powikłań płucnych i zaburzeń sercowych w przebiegu pooperacyjnym. Ruge uważa usypianie awertynowe za najbardziej humanitarne i subiektywnie najmniej przykre. Bóle pooperacyjne, nawet po operacjach brzusznych, są łagodne, wymiotów i kaszlu po tej metodzie usypiania nie widuje się. Heufelder dochodzi do wniosku, że narkoza awertynowa poprawia rokowanie po długotrwałych i rozległych zabiegach operacyjnych u chorych z powikłaniami płucnymi i sercowymi. Nawet ciężka niewydolność nerek nie jest przeciwwskazaniem do stosowania awertyny. Sievers odniósł wrażenie korzystne z 400 uspień awertynowych u dzieci.

(Med. Klin. 1928 N.N. 14, 16, 18))

— Hertz podaje dobre wyniki stosowania *Adovernu* (przetwór *Adonis vernalis*) (fabr. Hoffman la Roche w Bazylei), w niewyrównanych wadach serca. Wiele przypadków tej kategorii, bezskutecznie leczonych innymi środkami, poprawiło się przy stosowaniu Adovernu. Dzięki szybkiemu odwodnieniu ustroju znikają objawy zastoinowe prawie w zupełności. Dawka dzienna wynosi 15 — 30 kropeł 3 razy dziennie, lub 1 — 3 czopków (z dodatkiem anestezyny) dziennie. (Klin. Woch. 1929. N. 2).

— Schreyer potwierdza dobre wyniki leczenia *ropnego zapalenia opon mózgowych urotropiną* w dużych dawkach, zwraca jednak uwagę na występujące mniej więcej w 55% krwotoczne zapalenie kłębuszkowe (*glomerulonephritis*). W razie więc wystąpienia białkomoczu, cylindrurji lub krwimoczu należy urotropinę odstawić.

(D. m. W. 1928 Nr. 25).

— Vasal (*phenylum acetylosalicilic*) stosowany był przez Hofmanna z dobrym wynikiem jako środek przeciwniepalniczy w przerzucie stercza, zapaleniu pęcherza moczowego i miedniczek. Żołądka nie obciąża. Dawka: 0,1 — 1,0 gr. 3 — 4 razy dziennie. (Münch. med. Woch. 1928 N. 11).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dn. 13.XII 1928 r.

Odczyt:

J. Babecki. *Opieka lekarska w szkołach.* (Drukuje się obecnie w „Warsz. Czasop. Lek.“).

Dyskusja:

Trenkner uważa obecnie istniejącą opiekę lekarską w szkołach za iluzoryczną poprawić się bowiem opieka lekarska w szkołach mogłaby z chwilą przejścia tej opieki przez Kasy Chorych. W asserregerówna twierdzi, że obecnie istniejąca opieka lekarska jest dostateczna. Knappe wypowiada się za tezami, wygłoszonymi przez Babeckiego, dzieli się doświadczeniem, nabytym podczas pełnienia obowiązków lekarza szkolnego. Srebrny proponuje opracowanie memoriału, oparł tego na tezach, wypowiedzianych przez Babeckiego. Dłuski uważa obecnie istniejącą pomoc lekarską za chybioną, w szczególności na prowincji, gdzie pomieszczenia dla szkół są nieodpowiednie.

A. Szwarc.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

Uzupełnienie protokołu z dn. 22.V 1928 r.

J. Szwarcman i E. Lubelczyk. *Situs viscerum inversus totalis.*

E. I. lat 14, cierpi od roku na bóle w prawym *hypogastrium* i krzyżu. Przeżył krzywicę. Dziedzicznie nie obarczony. Wzrost 127 cm. wag. 28 1/2 kg. W kośćcu zniekształcenia, spowodowane krzywicą. Skóra i widoczne błony śluzowe blade. Tkanka tłuszczowa słabo rozwinięta, mięśnie wątłe. Uzębienie liche. Gruczoły chłonne regionalne powiększone. Na prawej stronie kl. piersiowej stłumienie od 3 międzyżebra, sięgające na lewo do l. mostkowej średn., a na prawo do l. sutkowej prawej, granica płuc na lewej stron. kl. piersiowej na l. sutkowej na 6-tem, na l. pachowej na 8-em żebrze. W płucach ani wypukowo, ani osłuchowo zmian nie stwierdzono. Tony serca najwyraźniej słyszalne na prawo od mostka, w 4-em międzyżebżu, na 8 cm. od l. mostkowej średn., na prawo uderzenie koniuszka serca. Tętno 84 miarowe. R. R. max. 70, min. 50. W jamie brzusznej nic patologicznego. *Hypoplasia genitalis.* Zmian neurologicznych niema. Stan umysłowy normalny. Mocz bez elementów patologicznych. Wa R. i S. G. we krwi ujemne. Hg 60% cz. c. 3.230.000, biał. 52.000, Index 0,9; neutrof. — 64%; eozynof. — 20%; limfocyt. 26%; monoc. — 8% płytki Bizozero — norma.

Badanie rentgenologiczne wykazało: serce leży całkowicie na prawej połowie przepony, zwrócone koniuszkiem nazewnątrz. Zarys łuku aorty również po prawej str., żołądek ułożony pio-

nowo; zwrócony wielką krzywizną, kątnica u lewego talerza biodrowego, esica po str. prawej.

Odróżniamy *situs viscerum inversus totalis i partialis.* Nasz przypadek należy do pierwszych. Bardzo rzadko powstaje też dekstrokardja na skutek skręcenia się serca dookoła kręgosłupa, lecz wtedy budowa serca i położenie naczyń są prawidłowe. W 99 przypadkach, zebranych przez Szelego, rozpoznano anomalję za życia w 16 roku, z 79 podanych przez Grubera, w 6-ym. Rozpoznanie *situs viscerum inversus* obecnie jest ułatwione przez badanie rentgenologiczne również przez elektrokardiogram, który w przypadkach prawdziwego *situs viscerum inversus* przedstawia odbicie zwierciadlane normalnego elektrokardiogramu. *Situs viscerum inversus* jest wrodzoną ułomnością rozwojową i w niczem nie wpływa na wydolność życiową danego osobnika. Istnieją rozmaite teorie, tłumaczące istotne przyczyny. Nasz przypadek jest pod tym względem ciekawy, iż wbrew twierdzeniu Veyganda, nie jest tu stwierdzony ani charakter rodzinny tego zбочenia, ani czynniki dziedziczne, również nie jest nasz chory mańkutom.

Sekretarz J. Merenlender.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

— Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Insbruku d. 9. XI. 1928 r. Pritzi mówił o przypadku *zapalenia mózgu po zastosowaniu neosalwarsanu u kobiety ciężarnej.* Trzy dawki po 0,45 wywołały 3 dnia po ostatniem wlewaniu drgawki i utratę przytomności. Na sekcji znaleziono krwotoczne zapalenie mózgu. Mówca zwraca uwagę na znalezione przez Euffingera zmiany stabilizacyjne koloidów podczas ciąży i widzi w nich możliwe wytlómaczenie pozornej wrażliwości ciężarnych na salwarsan. Należy jednak stać w dalszym ciągu na stanowisku energicznego leczenia ciężarnych syfilityczek ze względów zapobiegawczych. Być może, że leczenie małrją będzie w stanie zastąpić neosalwarsan.

(Klin. Woch. 1929. N. 2)

— W wiedeńskim Kollegium doktorskiem na posiedzeniu z d. 8. X. 1928 r. Schiffmann mówił o *wplywie hormonów na wydzielanie mleka.* Brak pokarmu leczymy z początku za pomocą djatermji i naświetlania, następnie przetworami narządowymi, które jednak nie wywierają działania hormonalnego, tylko białkowe. Najlepszym z tych przetworów ma być *Ozenta*, przygotowywana z przysadki i łożyska i zawierająca prócz tego witaminy, związki fosforu, żelazo, wapń i hemoglobinę. Dawki: 3 łyżki dziennie. Niektórzy autorzy mieli dobre wyniki od wyciągów z łożyska (3 razy dziennie po 10 gr.), tyroidyny (0,1 od jednego do 3 razy dziennie w ciągu 4 — 5 miesięcy ciąży), małych dawek jodu i pituitryny.

(Med. Klin. 1928. N. 52).

S.

Z j a z d y.

VIII Zjazd Niemieckiego Towarzystwa Urologicznego.

(Berlin 26 — 29 września 1928 r.).

Zjazdy Niemieckiego Towarzystwa Urologicznego odbywają się co drugi rok, na zmianę w Berlinie i w Wiedniu. Członkami tego towarzystwa są nietylko lekarze, pochodzący z Rzeszy niemieckiej i z Austrii, lecz również czesi, węgry, szwajcarzy, szwedzi i inni. W roku ubiegłym Zjazd ten miał charakter Zjazdu międzynarodowego, gdyż brali w nim udział przedstawiciele niemal wszystkich narodowości europejskich, a również i amerykańskie.

Zjazd został otwarty dnia 26 września przez prof. v. Lichtenberga mową powitalną.

W zastępstwie niedysponowanego prof. Posnera, Dr. A. Lewin z Berlina wygłosił uroczystą mowę ku ucze-

niu pamięci Maksa Nitzego z powodu 50-ciolecia wynalezienia cystoskopu.

Prof. Fiodoroff z Leningradu powitał Zjazd w imieniu lekarzy rosyjskich. W przemówieniu swem zaznaczył, że lekarze rosyjscy zawsze chętnie współpracowali z niemieckimi kolegami i pragną gorąco nadal z nimi współpracować. Mowa ta została nagrodzona burzliwymi oklaskami.

Tematem programowym pierwszego dnia Zjazdu była sprawa *przerostu gruczołu krokowego oraz uchyłków pęcherza moczowego.* Referat programowy wygłosił prof. Blum z Wiednia. Prof. Wildbolz z Berna mówił o technice wyluszczenia gruczołu krokowego przez kroczce. Doc. Paschkis z Wiednia wygłosił referat o *przewlekłych nieswoistych owrzodzeniach pęcherza moczowego.*

Drugiego dnia zajmowano się *patologią i kliniką anomalij nerek i moczowodów.* Temat ten wyczerpująco omówili anatomicznym patolog Gruber i klinicysta Grauhan, poczem nastąpiła ożywiona dyskusja oraz liczne pokazy. Również i niżej podpisany wystąpił z pokazem 6 preparatów i przezroczy z dziedziny

anomalij górnych dróg moczowych (z kliniki prywatnej D-ra Frysmana w Warszawie). Ciekawy był odczyt Lowsleya z Nowego Yorku o operacjach uchyłków cewki moczowej oraz Rosseno o badaniach na zwierzętach nad wykonywaniem pyelografii za pomocą zastrzykiwań dożylnych jodlitium i jodnatrum.

Trzeciego dnia zajmowano się sprawą zwężenia cewki moczowej. Mówcami programowymi byli Christeller i Jannsen. Mówili również na ten temat Ravasini-Nikolich z Triestu, Strominger z Bukaresztu i inni. Bardzo ciekawe zdjęcie kinematograficzne pęcherza moczowego pokazał Stutzin z Berlina.

Tematem czwartego i ostatniego dnia Zjazdu był *stosunek*

urologii do prawodawstwa społecznego. Tegoż dnia wygłoszono cały szereg referatów na różne tematy. Ciekawy był odczyt Perlmana o regeneracji pęcherza moczowego na zasadzie doświadczeń na zwierzętach oraz Eisendratha z Chicago o zwężeniach moczowodu. Ogółem wygłoszono na zjeździe z górą 100 referatów.

Jednocześnie ze Zjazdem odbyła się wystawa narzędzi urologicznych oraz wystawa pamiątek po wynalazcy cystoskopu M. Nitze.

Następny 9-ty zjazd obędzie się w roku przyszłym w Monachjum.

Szymon Lewinson (Warszawa),

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Opieka lekarska w szkole. ¹⁾

Podał

J. BABECKI (Warszawa).

Pobyć dziecka przez kilka lat w szkole, w okresie najszybszego wzrostu organizmu, nie może być obojętny dla jego rozwoju fizycznego i najczęściej wywiera wpływ ujemny na ten rozwój, względnie naraża dzieci na większą łatwość zarażenia się ostreimi chorobami zakaźnymi wieku dziecięcego, na zakażenie gruźlicą lub na pogorszenie stanu zdrowia chorych na tę chorobę.

Jest wielką rozrzutnością, ze społecznego punktu widzenia, kształcenie dziecka przez kilka lat w szkole, jeżeli to wykształcenie ma się stać przyczyną jego śmierci lub przedwczesnej utraty zdolności do zarobkowania, zanim spłaci rodzinie lub społeczeństwu, w postaci pracy, koszty tego wykształcenia.

Z chwilą więc wprowadzenia w życie zasady powszechnego nauczania zjawiała się konieczność organizacji należytej opieki lekarskiej, któraby zabezpieczyła dzieci od ujemnego wpływu szkoły na zdrowie, względnie zmniejszyła ten wpływ do minimum.

Systematyczne oględziny lekarskie działy w szkolnej wprowadzono poraz pierwszy w Belgji w 1874 roku. Dopiero w 10 lat później coraz częściej zaczęła je stosować Francja (1884) i Niemcy (1883) potem Anglja i Stany Zjednoczone. Od lat kilkunastu instytucja lekarzy szkolnych obowiązuje w całym szeregu krajów, i liczba ich wynosi w Anglji około 2,500 (prócz 4,000 higienistek) w Japonji blisko 5,000. Jednak całkowita organizacja opieki lekarskiej w szkole nigdzie jeszcze, z wyjątkiem może Anglji i Krajów Skandynawskich, nie osiągnęła tego poziomu, aby dalszy i szybki rozwój nie był konieczny. Nigdzie też nie wytworzono typu organizacji opieki higieniczno-szkolnej, któryby mógł być uznany za istotnie odpowiadający celowi, w sposób najbardziej ekonomiczny i właściwy dla danych warunków, i któryby istotnie zapewniał wystarczającą opiekę nad zdrowiem dziecka w szkole.

U nas w szczególności, mimo pięknych tradycji w dziedzinie opieki higienicznej w szkole, da-

tujących z czasów Komisji Edukacyjnej, i mimo wielkich planów z pierwszych lat odzyskanej państwowości Polskiej, opieka lekarska w szkole nie zdaje się czynić takich postępów, jakie chcielibyśmy osiągnąć. Wprawdzie liczba czynnych lekarzy szkolnych w dużych miastach, szczególnie w Warszawie, wzrasta bardzo szybko, wynosi dziś w całym kraju około 1000, jednak dotychczas zaledwie 4.88% szkół powszechnych korzysta ze stałej lub dorywczej opieki lekarskiej.

Jedną z głównych przyczyn tego stanu rzeczy są niewątpliwie trudności finansowe państwa i samorządów, — nie mniej jednak brak ustawowego uregulowania sprawy, a jeszcze więcej może brak określonego programu i pewnych wytycznych, po jakich powinien pójść w przyszłości dalszy rozwój opieki nad zdrowiem dzieci w szkole, jest niemniej poważną przeszkodą.

W roku 1917 radny Dr. Rotermond opracował „projekt powszechnego dozoru lekarskiego w szkołach”, w którym przewiduje, prócz wojewódzkich i powiatowych dozorów higieny szkolnej, czynnych lekarzy szkolnych we wszystkich szkołach w Państwie. Obecnie M. W. R. i O. P., chociaż nie widzi możliwości szybkiego wprowadzenia projektu w całym kraju, zdaje się wkraczać powoli w ten kierunek. Wprowadzenie w życie tak wielkich planów w dziedzinie opieki lekarskiej w szkołach wymagałoby olbrzymiego finansowego wysiłku społeczeństwa i tak wielkiej liczby lekarzy szkolnych, którzy musieliby zdobyć dodatkowe wykształcenie specjalne, że zrealizowanie ich w ciągu lat kilkunastu, a prawdopodobnie nawet i w ciągu lat kilkudziesięciu, jest wręcz niemożliwe. Osobiście śmiem też twierdzić, że zrealizowanie tego programu dałoby w wyniku tylko nieznaczną poprawę warunków zdrowotnych w szkołach, niewspółmiernie małą w porównaniu z włożonym weń wysiłkiem finansowym.

Zresztą, jeżeli uświadomimy sobie, że w ciągu najbliższych lat 10 czeka nas konieczność wybudowania 84,000 izb szkolnych (i to przy obliczeniu izby na 50 uczniów), jeżeli zwrócimy uwagę na fakt, że obecnie ponad 40% szkół mieści się w budynkach wynajętych, najzupełniej niewłaściwych, że są szkoły bez podłóg, z glinianym klepiskiem, że w W-wie Kieleckim 34,26%, Nowogrodzkiem aż 38% szkół nie ma ustępów, że średnio, w całym kraju wypada w szkołach powszechnych $\frac{1}{2}$ m.² po-

¹⁾ Artykuł dyskusyjny.

dłogi na dziecko i 2 m.³ powietrza (zamiast minimalnie 1½ m.² i 6 m.³) to musimy zwątpić, czy wprowadzenie w szkołach powszechnych czynnych lekarzy szkolnych byłoby słuszne lub możliwe przedtem, nim zostaną zaspokojone najważniejsze braki inwestycji szkolnych.

Amerykański higienista Rosenau twierdzi, że wprowadzenie w życie przymusu powszechnego nauczania bez równoczesnego zapewnienia dzieciom w szkole odpowiednich warunków higienicznych nauczania, dobrej wody, czystego powietrza i odpowiednich pomieszczeń szkolnych jest zgoła przestępstwem administracji kraju wobec narodu.

Nie wiem, czy takie postawienie sprawy można uznać za słuszne, zgodzić się jednak musimy, że nawet najlepszy czynny lekarz szkolny nie jest w stanie zrobić wiele, gdy, jak w pewnej szkole w powiecie Warszawskim, (n. 60) w izbie, mającej 8.5 m.² podłogi uczy się 70 dzieci lub w Radomskiem (n. 192) w izbie 7.5 m.². — 77 uczniów albo jeszcze w Opoczyńskim (n. 266) w izbie 6.6 m.² — 51 dzieci¹⁾ — i taniej i korzystniej byłoby wybudowanie najpierw nowej izby szkolnej, niż staranie się dla takich szkół o czynnego lekarza szkolnego.

Jeszcze raz pozwolę sobie powołać się na Rosenau, który w swym uniwersyteckim podręczniku higieny społecznej, mówiąc o korzyściach, jakie przynosi lekarz szkolny, wygłasza następujące zdanie: „Lekarze szkolni w Stanach Zjednoczonych zostali zaprowadzeni z myślą ograniczenia szerzenia chorób zakaźnych w szkole; w tym względzie zawiedli oni całkowicie pokładane w nich nadzieje, gdyż nie wywarli widocznego wpływu na zmniejszenie się zapadalności dzieci na odrę, szkarlatynę, błonicę, koklusz, na świnkę i t. p.”.

Nie wiem też, czy możnaby nazwać opiekę lekarską w naszych dużych miastach za wystarczającą, chociaż liczba lekarzy szkolnych jest w nich bardzo duża, znacznie większa niż w przeciętnych dużych miastach belgijskich lub holenderskich, nie mówiąc już o francuskich, gdzie naogół opieka lekarska w szkole przedstawia wiele do życzenia.

W Warszawie mamy blisko 40 lekarzy szkolnych czynnych, podczas gdy w Amsterdamie, mieście niewiele mniejszem od Warszawy, jest 15 lekarzy w szkołach, z których właściwymi lekarzami szkolnymi jest tylko 5, inni zaś są klinicystami. Antwerpja na 60,000 dziatwy ma 16 lekarzy szkolnych, to jest 1 lekarza na blisko 4,000 dziatwy, gdy w Warszawie wypada jeden lekarz szkolny na niespełna 2,000 dzieci.

Jestem daleki od przypuszczenia, że w Warszawie jest zbyt wielu czynnych lekarzy szkolnych; uważam tylko, że zwiększenie ich liczby nienawiele się przyda, nie zapewnia ono jeszcze, że opieka lekarska nad zdrowiem dziecka w szkole będzie wystarczająca, gdyż zależy ona nietylko od liczby i wartości personelu lekarskiego, ale i od organizacji, i sądzę, że, jeżeli nie jesteśmy w stanie wybitnie zwiększyć liczby lekarzy (brak dla przeszło 95% szkół powszechnych) szkolnych, to tem wię-

kszy nacisk należałoby położyć na jaknajbardziej ekonomiczną i racjonalną organizację.

Instrukcja M. W. R. i O. P. dla lekarzy szkolnych ujmuje opiekę higieniczną w szkole bardzo rzeczowo i obszernie, i trudno byłoby coś do niej dodać. Instrukcja ta (Dz. Ustaw z 31. X. 1928 r.) głosi, że:

Lekarz szkolny jest członkiem rady pedagogicznej i stale bierze udział w jej posiedzeniach.

Troszczy się o zdrowie, rozwój fizyczny i schludność uczniów, dozoruje stan pomieszczeń i urządzeń zakładu, kontroluje stan zdrowia dzieci dba, aby wady cielesne uczniów były leczone i usuwane, przedsięwzięcie środki przeciw szerzeniu chorób zakaźnych, przestrzega higieny nauczania, czuwa nad prawidłowym stosowaniem wychowania fizycznego, kąpieli, posiłku, gier ruchowych, gimnastyki, sportów, wycieczek, wnika w warunki życiowe wychowanków, w ich mieszkanie, odżywianie, pracę pozaszkolną, spędzenie rekreacji i wakacji letnich, inicjuje i popiera zarządzenia, zmuszające do poprawy tych warunków, naucza higieny, propaguje zasady higieniczne i wychowawcze wśród rodziców i opiekunów, udziela pomocy doraźnej i leczy w wypadkach, gdy w okolicy brak lekarza; prowadzi księgę sanitarną szkoły, szczegółowy dziennik czynności i układa roczne sprawozdania; wystawia świadectwa uczniom, odwiedza uczniów w domu, porozumiewa się z opieką domową ustnie i piśmiennie w sprawie higieny młodzieży, ma dozór nad stanem sanitarnym lokalu szkolnego uczniów.

Obowiązany jest dokonywać oględzin lekarskich uczniów wstępujących (przed egzaminami) i bada ich szczegółowo przynajmniej 2 razy w roku. Bada prócz tego dodatkowo uczniów, wskazanych przez wychowawcę, rozsadza uczniów w klasach podług wzrostu, słuchu i wzroku, jaknajściślej śledzi choroby zakaźne i poddaje obserwacji uczniów z otoczenia chorego.

Samo się przez się rozumie, że wszystkie te czynności byłyby w stanie wykonywać jedynie lekarz, specjalnie w tym kierunku kształcony, specjalista lekarz szkolny. Za całą swą pracę ten specjalista ma otrzymywać pobory urzędnika IX stopnia służbowego.

Wprawdzie M. W. R. i O. P. nie wymaga odeń całodziennej pracy, oznaczając na 2,5 godzin jego minimalny, codzienny pobyt w szkole, to jednak prosty rachunek wskazuje, że należyte wykonanie nakazanych obowiązków jest w takim czasie najzupełniej niemożliwe.

Gdybyśmy przyjęli, że zbadanie jednego dziecka w szkole (badanie ogólne, wzrok, słuch, umysł, jama ustna, jama noso-gardzielowa) i wypełnienie obowiązkowej karty zdrowia zajmie lekarzowi szkolnemu tylko 15 minut (w praktyce sumienne zbadanie dziecka i wypełnienie karty zdrowia nie jest w tym czasie możliwe), to znaczy ½ godziny w roku na każde dziecko, to przy 2½ godzinnej, codzienn, pracy w szkole lekarz nie jest w stanie zbadać wiele więcej ponad 1000 dzieci w ciągu roku. Pomijając fakt, że w tych warunkach lekarz stałby się łatwo automatem do ważenia, mierzenia i osłuchiwania dzieci, nie pozostałoby mu nic czasu na wykonywanie całego szeregu równie ważnych lub ważniejszych obowiązków, nakazanych instrukcją,

¹⁾ Przytoczone tu dane liczbowe, zarówno jak i inne wyżej wspomniane, dotyczące stanu pomieszczeń szkolnych, zostały zaczerpnięte z pracy D-ra K o p c z y ń s k i e g o, ogłoszonej w r. 1928 w Nowinach Społeczno-Lekarskich, opartej na oficjalnych danych M. W. R. i O. P.

wymagających zazwyczaj wiele inicjatywy, dobrych chęci, znajomości rzeczy i czasu. A więc musiałyby on nie $2\frac{1}{2}$ godziny poświęcać pracy lekarza szkolnego, lecz cały swój czas, przyczem nie byłby w stanie dobrze sprawować opieki nad o wiele większą liczbą dzieci ponad 1000, musiałyby być wielostronnie wykształceni, musiałyby być świetnym higienistą, pedagogiem i klinicystą, a więc musiałyby być odpowiednio uposażony.

Prosty rachunek wskazuje, że jest to w obecnym przynajmniej stanie rzeczy nierealne. Już obecnie mamy w Polsce ponad $3\frac{1}{2}$ miliona dziatwy szkolnej; i liczba ta dojdzie w ciągu 10 lat do 5.000.000 i dla zapewnienia im opieki lekarskiej zgodnie z obecnym programem trzebaby, pominiawszy centralne urzędy higieniczno-szkolne, około 4 tysięcy lekarzy szkolnych, to jest połowa lekarzy znajdujących się w kraju. Lekarze ci musieliby poświęcać większość swego czasu pracy w szkole. Do tego należałoby dodać, zgodnie ze współczesnymi wymaganiami conajmniej taką samą liczbę higienistek szkolnych.

Stoimy więc wobec zadania, którego metodami dotychczas stosowanymi rozwiązać się nie da. Słusznie więc zdawałoby się, poddać rewizji nasze w tym względzie poglądy: albo zmniejszyć postulaty, stawiane opiece lekarskiej w szkole, albo oprzeć całą organizację tej opieki na innych, niż dotąd, podstawach, albo wreszcie zastosować oba te sposoby razem. Zmniejszenie wymagań, stawianych lekarzowi szkolnemu przez Instrukcję ministerjalną jest możliwe i to bez uszczerbku dla zdrowia dzieci. Instrukcja wymaga dwukrotnego co roku systematycznego badania dzieci szkolnych. Ale tak częste badania niema ani w Polsce ani nigdzie na świecie i wydaje się ono niepotrzebne, a technicznie byłoby niezmiernie trudne do przeprowadzenia, nawet wtedy, gdyby liczba lekarzy szkolnych była dostateczna, bo wszelkie badania lekarskie powinny się odbywać w obecności rodziców lub opieki domowej, a u dzieci starszych powinny być w miarę możliwości dokonywane, u chłopców przez lekarzy mężczyzn, u dziewcząt przez lekarki. Musimy też liczyć się ze słuszną opinią wyrażoną na Międzynarodowym Zjeździe Lekarzy Szkolnych w 1925 roku, na którym zdecydowano, że sprowadzenie pracy lekarza szkolnego do badania kilkudziesięciu dziatwy dziennie, a tysięcy dzieci przez szereg lat zbytnio szematyzuje jego czynności, czyni zeń człowieka papierowego, zapominającego o badaniu klinicznym i o zadaniach higienicznych, wychowawczych i społecznych.

Coraz częściej słyszy się też głosy, występujące przeciw nadmiernej liczbie badań, nie mających praktycznego znaczenia. Także i naczelny wizytator Higieny M. W. R. i O. P. Dr. K o p c z y ń s k i w swem sprawozdaniu z podróży informacyjnej do Anglii, Belgii i Holandji zwraca uwagę na nadmiar oględzin lekarskich w tych krajach.

Cel dwukrotnego badania dziecka w ciągu roku nie jest dość jasny: dla wykrycia u dziecka każdej rozwijającej się choroby byłyby takie badania niewystarczające, dla spostrzeżenia zmian wzroku lub słuchu zbyt częste. Zmuszanie lekarza szkolnego do dwukrotnego przeglądu dzieci w szkole spowodowałoby szablony ich wykonywanie bez widocznego praktycznego wyniku. Większość hi-

gienistów szkolnych zgadza się z resztą na to, że przynajmniej obecnie, powinniśmy dążyć do trzykrotnych jedynie oględzin lekarskich przez cały czas pobytu dziecka w szkole, a mianowicie: do badania wstępnego przed przyjęciem dziecka do szkoły, powtórnego w czasie pobytu w szkole w okresie dojrzewania, i ostatniego przed opuszczeniem szkoły.

Pierwsze badanie ma na celu niedopuszczenie do szkoły dzieci cierpiących na choroby zakaźne lub umysłowe, zwyrodniałych moralnie i niedorozwiniętych, oraz udzielenie wychowawcy i rodzinie wskazówek, dotyczących wzroku, słuchu i, ewentualnie, innych wad lub cierpień dzieci, jak przerost migdałków, obrzęk gruczołów chłonnych, wady serca i t. p.

Drugie badanie, w okresie dojrzewania, wskazane jest ze względu na wybitne w tym czasie zmiany w organizmie, w psychice i usposobieniu dziecka.

Badanie przed opuszczeniem szkoły powinno być połączone z badaniem psychotechnicznym i mieć powinno na celu przede wszystkim udzielanie młodzieży i opiece domowej wskazówek, dotyczących wyboru zawodu.

Ograniczenie badań lekarskich systematycznych do 3-ch przez cały czas pobytu dziecka w szkole dałoby olbrzymią oszczędność pracy lekarza szkolnego, uczyniłoby jego zajęcie o wiele mniej banalnym i nużącym. Badania te przestałyby być obowiązkową pańszczyzną, którą wielki odsetek lekarzy wykonywa bez przekonania o ich wartości. Wiele czasu również można zaoszczędzić przez zmodyfikowanie szematu badań, bez najmniejszego uszczerbku dla zdrowia dzieci.

Wypełnienie obecnego wzoru karty badania, gdyby nawet technicznie było możliwe, zajmuje bardzo wiele czasu. Obowiązująca karta zdrowia zawiera szereg rubryk, w niektórych z nich na przestrzeni 1 — 2 ctm.² ma się mieścić cały opis organu lub nawet grupy organów. Narazie tak jak są dziś zbierane, nie mają one żadnego praktycznego znaczenia. Mogłyby one, conajwyżej, posłużyć do celów naukowych — w praktyce, i do tego się jednak nie nadają, gdyż z braku czasu i niedbałego ich traktowania są podawane w sposób niedokładny i nie można korzystać z nich bez większych zastrzeżeń. I gdyby nawet wszystkie dane były prawdziwe, to i wtedy niema w Polsce ani aparatu, ani pieniędzy na to, by wszystkie karty zdrowia zebrać co roku i opracować. Szkolne karty zdrowia obecnego typu w większości szkół, według mnie nie mają żadnej wartości. I nadal, gdy kto zechce przeprowadzić badania nad pomiarami dzieci lub nad częstością występowania u nich tych, czy innych wad, chorób i ułomności, będzie musiał zbierać dane osobiście lub przez dobrany personel, na materiale ograniczonym, odpowiednio wybranym, i będzie to praca tańsza i o wiele bardziej miarodajna.

Karta zdrowia jest bardzo potrzebna, ale musi ona mieć znaczenie praktyczne, musi służyć do celów systematycznej kontroli stanu zdrowia dziecka, musi się stać sygnałem alarmowym na wypadek choroby i obrazem rozwoju fizycznego jednostki, musi się stać dla dziecka zdrowego tem, czym jest karta gorączkowa dla chorego na gruźli-

cę lub inną chorobę zakaźną, a więc musi być inaczej wypełniona.

Najprostsze i najbardziej pożyteczne dla kontroli normalnego rozwoju dziecka jest przedewszystkiem systematyczne mierzenie i ważenie, to ostatnie w równych i częstych odstępach czasu, zawsze w jednakowych warunkach, co 2 tygodnie, najrzadziej co miesiąc. Mierzenie to i ważenie może doskonale wykonywać wychowawca i same dzieci, pod kontrolą wychowawcy lub starszych dzieci; zabierają one wychowawcy bardzo mało czasu, zbliżają go bezpośrednio ze stanem zdrowia dziecka, ułatwiają zainteresowanie zdrowiem i samego dziecka i wychowawcy — a, co najważniejsza, waga jest bardzo czułym sygnałem alarmowym w razie, gdy rozwój fizyczny dziecka jest z jakiegokolwiek przyczyny zahamowany. Karty wagi i wzrostu wszystkich dzieci wiszą na ścianach lub też notowane są starannie w dzienniczkach, w szkołach i przedszkolach w Stanach Zjednoczonych, i przynoszą bardzo duże korzyści, a nie wymagają ani kosztów, ani żadnych kłopotów administracyjnych.

Zbyteczne jest też badanie przez lekarza całego szeregu danych objętych kartą zdrowia. Wielka część tej pracy powinna przejść na wychowawcę. Wychowawca powinien nie tylko umieć mierzyć i ważyć dzieci, badać siłę ich rąk, obwód, względnie pojemność klatki piersiowej i t. p. ale także umieć sprawdzić, czy dziecko ma wzrok i słuch normalny, czy nie ma wycieku z ucha lub oka, powiększonych gruczołów lub migdałków, czy ma zachowaną drożność nosa, całe zęby i skórę wolną od chorób skórnych. — Nie znaczy to bynajmniej aby miał on obowiązek lub prawo leczyć dzieci w szkole, stawiać ściśle rozpoznanie lub udzielać porad lekarskich, oznaczać wady wzroku lub słuchu i nazywać choroby skórne z imienia. Musi on jedynie zdawać sobie sprawę, że dziecko

to potrzebuje opieki lekarskiej, zwrócić na to uwagę opieki domowej, względnie skierować je do lekarza. I w tej dziedzinie nigdy nie zastąpi lekarz wychowawcy, choćby nawet był stale czynny w szkole, przez cały czas zajęć szkolnych:

Słowem wychowawca wykonywać powinien i może cały szereg prac, wykonywanych obecnie przez lekarza szkolnego. Zresztą wiemy dobrze, że w dzisiejszych warunkach, nietylko u nas, ale i w Anglii, gdzie opieka lekarska w szkołach stoi niezmiernie wysoko, lekarz szkolny nie ma ani czasu ani możliwości szczegółowego badania dziecka chorego, gdyż niema do dyspozycji aparatu Roentgena, bez którego sumienne badanie płuc, serca, a często i kości jest niemożliwe, że w razie stwierdzenia u niego jakiegokolwiek cierpienia, skierowuje je zazwyczaj do poradni szkolnej. Ze tak jest istotnie, może świadczyć statystyka, przytoczona przez Dr. Bogdanowicza, która wykazuje, że w Anglii ponad 20%, z pośród dzieci badanych przez lekarza szkolnego przy perjodycznych oględzinach bywa skierowanych do poradni, a więc i lekarz wszystkich podejrzanych skierowuje do poradni. Ale to samo może robić nauczyciel. Zwiększy się nieco zadania nauczyciela i wychowawcy ale też ułatwione zostaną tem samem jego zadania wychowawcze. Wypływa to też ze współczesnego zapatrywania na obowiązki nauczyciela w szkole powszechnej, która ma nie tyle dostarczać oderwanych wiadomości ile przygotować do życia przyszłych obywateli. Podobne przerzucenie części opieki higienicznej w szkole na wychowawcę jest najzupełniej łatwe i nie wymaga żadnych wydatków, ani większych reform. Należałoby jedynie zmienić zakres nauczania higieny w seminarjach nauczycielskich, nauczyć przyszłych wychowawców jak mają kontrolować i śledzić fizyczny rozwój dziecka i opiekować się nie tylko rozwojem umysłu, ale i całego organizmu.

(Dok. nast.)

Wiadomości bieżące.

— W. d. 4.XI r. 1928. Szkoła Podchorążych Sanitarnych uroczysto obchodziła promocję pierwszych 11 wychowanków swych, którzy ukończyli wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego i otrzymali stopień podporuczników. Obchód ten połączony został z przypadającym 11.XI dziesięcioleciem Szpitala Ujazdowskiego, będącego obecnie szpitalem klinicznym Szkoły podchorążych sanitarnych.

W przybranej pięknie Sali reprezentacyjnej Zamku Ujazdowskiego zebrali się liczni goście: reprezentant Pana Prezydenta Rzeczypospolitej gen. dyw. Osiński, generalny adjutant Pana Prezydenta płk. Głogowski z adjutantami, Szef. Dep. San. M. S. Wojsk. gen. Rouppert, Rektor Uniwersytetu Warszawskiego prof. Przychocki, wielu profesorów wydziału lekarskiego, cały korpus oficerski Szkoły podchor. san. z gen. Hubickim i płk. Rudzkiem na czele, wreszcie wszyscy podchorążowie i ich rodziny, oraz liczni przedstawiciele świata lekarskiego wojskowego i cywilnego.

Gen. Osiński w imieniu Pana Prezydenta ofiarował szablę honorową prymusowi kursu ppor. drowi B. Panasowi, poczem Komendant Szkoły gen. Hubicki rozdał dyplomy oficerskie wszystkim nowomianowanym podporucznikom lekarzom i wygłosił głębokie przemówienie, charakteryzujące potrzebę Szkoły lekarzy wojskowych.

Tradycyjny odczyt dorocznej Akademii Szkoły wygłosił

płk. dr. Stefan Rudzki, poświęcając go dziesięcioleciu Szpitala Ujazdowskiego w Odrodzonej Polsce.

Mówca przeszedł kolejno dzieje Szpitala Ujazdowskiego od czasu Króla Stanisława Augusta poprzez Księstwo Warszawskie i Królestwo Kongresowe aż do Wojny polsko-rosyjskiej 1830—31 r. i zniesienia wojska polskiego po upadku powstania; następnie opisał pokrótce rolę Szpitala Ujazdowskiego pod zaborem rosyjskim i okupacją niemiecką; szerzej zatrzymał się na istniejącym w 1917—1918 latach Szpitalu legionowym w Zamku Ujazdowskim, opisał moment odebrania Szpitala od Niemców, wreszcie szczegółowo podał historję rozwoju odrodzonego Szpitala w Polsce Niepodległej, zadania jego i dorobek za 10 lat.

Z przemówienia płk. Rudzkiego tem ciekawszego, że prelegent ściśle związany był z życiem Szpitala Ujazdowskiego, gdyż w 1917—1918 r. był Komendantem Szpitala Legionowego, 11.XI 1918 wspólnie z ppłk. prof. Lothem na czele kilkunastu żołnierzy polskich odebrał Szpital Ujazdowski od Niemców, od marca zaś 1924 r. jest bez przerwy Komendantem tego najważniejszego Szpitala wojskowego, przytaczamy szereg interesujących danych liczbowych.

Szpital Ujazdowski w czasie wojny 1919—1920 r. rozrzedził się do 1500 łóżek, w czasie zaś pokojowym ma 600 łóżek i posiada wszystkie ważniejsze oddziały, włącznie z położniczym i dziecięcym, oraz bogato zaopatrzone pracownie pomocnicze.

W ciągu 10 lat ostatnich przeszło przezeń 140 tysięcy chorych, liczba dni leczenia wynosiła 2 miliony 100 tysięcy, stan wyżywienia chorych i obsługi dochodzi do 4 milionów.

Na oddziałach szpitalnych wykonano 15 tysięcy operacji, w tej liczbie przeszło 6 tysięcy dużych operacji; porodów było 3 tysiące (oddział położniczy istnieje 7 lat).

Porad dentystycznych udzielono 200 tysięcy, apteka szpitalna wykonała pół miliona recept.

Pracownia kliniczna zrobiła 85 tysięcy b. dań, bakterjologiczna 100 tysięcy, anatomopatologiczna dokonała 2500 sekcji i 10 tys. badań drobnowidowych.

Ze Szpitala Ujazdowskiego wyszło w tym czasie przeszło 200 prac naukowych; lekarze szpitalni, lekarze - dentyści i aptekarze wygłosili 300 odczytów i mieli przeszło 500 pokazów w towarzystwach naukowych wojskowych i cywilnych.

Przy Szpitalu od 9 lat istnieje Tow. lekarzy wojskowych (obecnie Sekcja Sanitarna Tow. Wiedzy Wojskowej).

Organem oficerów Korpusu Sanitarnego służby czynnej i rezerwy jest istniejące 9-y rok czasopismo „Lekarz Wojskowy”, założone przy bardzo czynnym współdziałaniu lekarzy Szpitala Ujazdowskiego.

Praca kulturalno - oświatowa na terenie Szpitala obejmuje tysiące pogadanek, setki odczytów, koncertów i przedstawień. Biblioteka dla chorych zawiera 6 tys. tomów; liczba wypożyczanych dzieł w ciągu ostatnich 5 lat przekracza 100 tysięcy, liczba czytelników przeszło 10 tysięcy.

Komendantów Szpital miał 6 przez ten okres dziesięcioletni (płk. Zieliński, płk. Kamiński, gen. Rogalski, płk. Pilecki, płk. Lewicki i płk. Rudzki). Lekarzy zatrudnionych w szpitalu było przeszło 200, lekarzy-dentystów 47, aptekarzy 40, kapelanów 10, siostr 745.

Z grona lekarzy Szpitala Ujazdowskiego 10 objęło katedry uniwersyteckie; zmarło 11 lekarzy, 2 lekarzy - dentystów, 1 aptekarz, 1 oficer administracyjny i 7 siostr miłosierdzia.

Rzeczne słowa poświęcił mówca obecnym pracownikom Szpitala, tym „którzy całą swą wiedzę latami zdobytą po świecie, oddali na usługi Armii Ojczyźnej, pracując dla jej dobra z samozaparciami się i wysoką ideowością”, a dalej mówił: „Teren obecny Szkoły i Szpitala przeznaczony zostaje na inne cele, Sędziwe mury Zamku Książąt Mazowieckich nie będą już oglądały tych, którym poświęcił go Król Stanisław August. Szpital Ujazdowski przestanie istnieć nazawsze. W oddali powstanie nowa szkoła i nowy szpital, dla niej przeznaczony. I inni ludzie pracować tam będą. Po latach, z czasem, zajmą tam kierownicze miejsca ci młodzi obecnie koledzy, których dziś witaliśmy wchodzących w życie lekarskie. W imieniu obecnej generacji lekarzy Szpitala Ujazdowskiego życząc im z całego serca powodzenia w ich zamierzeniach, życząc utrwalenia i pogłębienia ideowej i realnej pracy ich poprzedników”.

Tem nawiązaniem nici serdecznej między dwoma pokoleniami lekarzy wojskowych zakończył płk. Rudzki swe przemówienie, przyjęte hucznie oklaskami.

Po odśpiewaniu przez chór podchorążych Hymnu Szkoły (słowa znanego poety Relidzińskiego, muzyka jednego z podchorążych).—goście rozeszli się w podniosłym nastroju.

Wieczorem odbyła się kolacja korpusu oficerskiego Szkoły i Szpitala wraz z nowymi kolegami; kolację uczcił swą obecnością szereg zaproszonych profesorów Uniwersytetu. Po kolacji był bal Szkoły, na którym młodzież odczo tańczyła do rana.

— Ministerstwo Spraw Wewnętrznych rozesało następujący Okólnik do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, że dnia 11 lutego 1929 r. rozpocznie się w Państwowej Szkole Higieny 11-gi 4-miesięczny kurs dla kontrolerów sanitarnych.

Zadaniem kursu będzie nauczanie słuchaczy dokonywania inspekcji otoczenia (t. zn. ustępów, studzien, podwórzy, domów, mieszkań i t. p.), dokonywanie nadzoru nad produktami spożywczymi, wytwórnymi i miejsc sprzedaży ich, pobierania prób do analizy wody, produktów spożywczych i t. p., dokonywanie dezynfekcji, dezynsekcji i t. p.

Czas trwania kursu — 4 miesiące.

Kurs ma mieć charakter wybitnie praktyczny, większa część czasu będzie użyta na zajęcia praktyczne, ćwiczenia na terenie, dokonywanie inspekcji, zwiedzanie instytucji i urzędów sanitarnych i t. p.

Program kursu składa się z czterech działów:

I — ogólnoprygotowawczy, niezbędne wiadomości z fizyki i chemji, kreślenie i zdjęcia z natury, wiadomości z prawa sanitarnego, biurowość urzędowa, higiena ogólna i osobista.

II — dział higieny publicznej: statystyka, choroby zakaźne, higiena społeczna, dezynfekcja, dezynsekcja i deratyzacja, sanitarna inspekcja warsztatów pracy.

III — dział techniki sanitarnej: higiena wody i urządzeń wodnych, zaopatrywanie ludności w wodę, oczyszczanie wody, urządzenia wodociągowe i kanalizacyjne, usuwanie i oczyszczanie ścieków, śmiecie, wiadomości z budownictwa, higiena osiedli, mieszkań, zakładów użyteczności publicznej, inspekcja mieszkaniowa, ogrzewanie i wentylacja, kąpieliska, badania sanitarne na terenie, sporządzanie sprawozdań.

IV — dział dozoru nad żywnością, ustawodawstwo i organizacja dozoru, przepisy sanitarne dla miejsc wyrobu i miejsc sprzedaży artykułów żywności, mleko i nabiał, produkty pochodzenia roślinnego, żywki, przedmioty użytku, środki kosmetyczne.

Kandydaci na kurs winni posiadać świadectwa z ukończenia 4-ych klas gimnazjalnych, lub conajmniej 7-miu oddziałów szkoły powszechnej. Pierwszeństwo będą miały osoby, już pozostające w służbie rządowej lub samorządowej na stanowiskach dozorców lub kontrolerów sanitarnych, dezynfektorów lub kontrolerów targowych.

Urzędy sanitarne, zainteresowane w odpowiednim wyszkoleniu kontrolerów sanitarnych, mogą delegować na kurs swych funkcjonariuszy, w drodze udzielenia im płatnego urlopu dla kandydatów na te stanowiska.

Opłata za cały kurs wynosi 50 zł.

Słuchacze w czasie pobytu na kursie w Warszawie mogą korzystać z Bursy Państwowej Szkoły Higieny za opłatą kosztów utrzymania (pełne utrzymanie i pomieszczenie wynosi 5 zł. 50 gr. dziennie).

Zgłoszenia na kurs z załączeniem własnoręcznie napisanego życiorysu, oraz odpisów świadectw szkolnych i względnie z poprzedniej pracy, należy nadsyłać do Sekretariatu Państwowej Szkoły Higieny (Warszawa Chocimska 24) do dnia 25 stycznia 1929 roku.

Wobec tego, że liczba słuchaczy ze względu na ćwiczenia praktyczne nie może przekraczać 35, należy zawczasu nad syłać zgłoszenia, gdyż podań, nadesłanych po 25 stycznia, Państwowa Szkoła Higieny nie będzie mogła uwzględnić.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Dr. Piestrzyński.

— Okólnik Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. W sprawie kwalifikacji zdrowotnych uczniów seminarjów nauczycielskich.

Jako uzupełnienie § 2 (punktu 2) i § 4 rozporządzenia z dnia 19-go maja 1926 r. w sprawie regulaminu przyjmowania uczniów do państwowych seminarjów nauczycielskich (Nr. 1 — 7499/26. Dz. Urz. 1926 r. Nr. 10 poz. 114), oraz punktu 6 instrukcji z dnia 24 marca 1928 r. w sprawie wykonania ustawy z dnia 1 lipca 1926 r. o stosunkach służbowych nauczycieli w brzmieniu rozporządzenia z dnia 3 lutego 1928 r. (Dz. Urz. 1928 r. Nr. 5, poz. 90) wyjaśniam i zarządza, co następuje:

Jeżeli kandydat do seminarjum nauczycielskiego wykazuje takie braki i wady cielesne, które zdaniem lekarza szkolnego mogą same ustąpić lub być usuniętymi w ciągu niezbyt długiego przeciągu czasu (np. drobne wady wymowy, drobne zeszpeccenia twarzy, dające się usunąć na drodze operacyjnej, przejściowe nieżyty dróg oddechowych i t. p.), to ze względu na stan zdrowia może on być przyjęty do seminarjum warunkowo na jeden rok. — Przy końcu roku szkolnego dyrekcja seminarjum na podstawie opinji lekarza szkolnego rozstrzyga o pozostawieniu kandydata w seminarjum na stałe.

Jeżeli u ucznia podczas pobytu na trzech niższych kursach seminarjum wystąpiły braki i wady cielesne, bezwzględnie go d,skwalifikujące do zawodu nauczycielskiego (gruźlica, płuc w stanie utajonym, gruźlica gruźliowa śródpiersiowa), rzadkie ataki padaczki nocne, ciężka wada serca po przebytym ostrym reumatyzmie stawowym, nagle powstałe wybitne upośledzenie słuchu lub inne kalectwo), wówczas dyrekcja na wniosek lekarza szkolnego usuwa go przy końcu roku szkolnego.

Jeżeli powyższe braki i wady cielesne, uniemożliwiające pełnienie zawodu nauczycielskiego, wystąpiły u ucznia dopiero na 4 lub 5 kursie seminarjum, wówczas uczeń, o ile mu ogólny stan zdrowia na to pozwala, może pozostać w seminarjum i może przystąpić do egzaminów ostatecznych. Przed wydaniem mu świadectwa dojrzałości Dyrekcja przekreśla na niem ustęp, uprawniający do pełnienia obowiązków nauczycielskich oraz zaznacza, że świadectwo to nie uprawnia do pełnienia obowiązków nauczycielskich ze względu na brak przydatności fizycznej.

O ile stan zdrowia abiturjenta poprawi się, może on nie wcześniej niż po roku i nie później niż w ciągu pięciu lat zgłosić się ze świadectwem lekarskim do dyrekcji zakładu którego

był uczniem, celem ponownego orzeczenia o przydatności fizycznej do zawodu nauczycielskiego. W razie stwierdzenia przez lekarza szkolnego tej przydatności dyrekcja seminarjum wydaje mu normalne świadectwo dojrzałości.

Powyzsze zarządzenie co do pozostania ucznia w seminarjum z brakami i wadami cielesnymi nie ma zastosowania do ucznia, który przez swą chorobę stał się niebezpieczny dla otoczenia; takiego ucznia należy niezwłocznie na wniosek lekarza szkolnego usunąć z zakładu.

Podsekretarz Stanu
St. Czerwiński.

Otrzymują:

P. P. Kuratorzy Okręgów Szkolnych.
P. Wizytator Liceum Krzemienieckiego.
P. Naczelnik Wydziału Oświec. w Wojew. Śląskiem.

— Stypendjum Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej w sumie tysiąc złotych zostało przyznane na rok 1928 — 1929 studentowi IV roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, p. Marjanowi OstroUCHOWI, na wykonanie rozpoczętej pracy naukowej w zakładzie histologii i embriologii.

— Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, na posiedzeniu w dniu 21 XII. r. 1928. przyznał stypendjum w kwocie zł. 2.000.— na wyjazd zagranicę, asystentowi szpitala Ewangelickiego p. D-rowsi W. Arciszewskiemu — z funduszu ś. p. D-ra Edwarda Zielińskiego, (dla asystentów szpitali warszawskich).

Nadto z funduszy stypendjalnych przyznano 15 stypendjów studentom Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, na ogólną sumę: złotych 4.442.—.

Za Sekretarza Stałego:
Zr. Zweigbaum.

— Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego z dn. 21. 1929 r. wybrani zostali do Zarządu: Prezes — T. Załęski, wiceprezes — B. Frenkiel, skarbnik — T. Mogilnicki, sekretarze — H. Ruegier i A. Tenenbaum, bibliotekarze — Z. Prechner i M. Kocen.

— O Sanatorium w Rudce.

W r. 1914 Sanatorium otrzymało z zapisu ś. p. Dr. Marcina Kulikowskiego w Warszawie Rb. 25.000. Ofiara ta została dołączona do innych i zużyta na budowę 2-giego skrzydła, które miało być wykończony z końcem 1914 roku. Wojna temu przeszkodziła, i 2-gie skrzydło ostatecznie wykończono dopiero w zimie 1927/28 r. W myśl legatu ś. p. Dr. Kulikowskiego, Jego imieniem został nazwany oddział izolacyjny Sanatorium, który w dniu poświęcenia nowego skrzydła nie był jeszcze gotowy i nie był jeszcze zaopatrzony w odnośny napis, co nastąpiło tego roku Oddział izolacyjny, tak ważny w zakładzie leczniczym o 120 łózkach, składa się z 3-ch pokoiów o 6-iu łózkach, z oddzielnymi klozetami i wanną oraz podręczną kuchenką i ma oddzielne wejście. W rzadkich wypadkach użycia tego oddziału dla jego celu — mieszka w nim specjalna sługa, nie komunikująca się z resztą personelu zakładu.

Oddział ten który Rudka mogła stworzyć dzięki ofierze ś. p. Dr. Kulikowskiego, swem urządzeniem — białemi meblami — przedstawia się jaknajlepiej i odpowiada wszelkim wymaganiom lekarskim.

— Zwracamy uwagę Szan. Kolegów na dołączony do N. 2 naszego pisma „Skorowidz Lecznictwa“, który w krótkce ukaże się w druku.

— Wydział Lekarski Uniwersytetu Wiedeńskiego organizuje dla lekarzy kurs dokształcający z dziedziny chorób narządu trawienia i przemiany materji w czasie od d. 18 lutego do d. 2 marca r. 1929. Od d. 4 do d. 9 marca odbywać się będą ćwiczenia seminaryjne. Prócz tego klinika prof. Ortnera i prof. Pirqueta organizuje kursy z medycyny wewnętrznej i pedjatrii, a poliklinika wiedeńska — z otjatrii, laryngo-rynologii, okulistyki, chorób kobiecych, dermatologii i neuropatologii. Informacyj i szczegółowych programów udziela biuro kursów wiedeńskiego wydziału lekarskiego (Kursbüro der Wiener medizinischen Fakultät) VIII. Schlössl-gasse 22.

— Noworoczny numer „Dziecka i Matki“ przynosi ciekawy artykuł o wpajaniu pojęć prawnych w zakresie psychiki dziecięcej J. Kiewnarskiej „Duch czasu“ wykazujący potrzebę ostrożności w stosunku do dzieci, studjum M. Czerkawskiej „Haluńcia“, zwięzły i fachowy artykuł o ślizgawkach dla najmłodszych M. Miłobędzkiej, rysunki i układanki dziecięce M. Sopoćkowej, gry i zabawy z dziećmi, obszerny i pełen ożywionych dyskusji dział „Matki między sobą“, artykuł o higijenie położu Dr. Jastrzębskiego i d-ra Gleicha o „Dyfterycie“, wyczerpujące odpowiedzi redakcji oraz obszerny dział mód i robót.

ZMARLI.

Wacław Sterling, ordynator oddziału chorób skórnych i wenerycznych Szpitala na Czystem w Warszawie, zmarł w Badeniu pod Wiedniem. Obszerniejsze wspomnienie pośmiertne podamy w krótkce.

NADEŚLANO DO REDAKCJI.

Doc. Dr. Stefan Sterling - Okuniewski. Znaczenie zarazka gruźliczego przesączalnego dla fizjologii. Warszawa. Bibljol, Oficerskiej Szkoły Sanit. 1928.

Tenże. Réaction cutanée au filtrat tuberculeux chez les sujets atteints de tuberculose. Odb. z Comptes rendus des séances de la Soc. de biol. 9.XI 1927.

Tenże. Krótki rys historyczny nauki o chorobie Brighta. Odb. z „Nowin Lekarskich“ 7.VIII 1928.

Tenże. Odczyn skóry na działanie przesączu gruźliczego u chorych na gruźlicę. Odb. z „Gruźlicy“, Tom III. Nr. 3. 1928.

Tenże. Ueber gewisse Tuberkuloseformen und ihre Beziehungen zum filterbaren Virus. Odb. z „Wien. Klin. Woch.“ Nr. 34. 1928.

Tenże. O samoistnem rozszerzeniu przełyku. Odb. z „Gastrologji Polskiej“. Rok I. Nr. 2. 1928.

Prof. Dr. Seweryn Sterling. O charakterze wczesnych objawów chorobowych. Łódź 1928.

Prof. Dr. W. Grzywo - Dąbrowski. Samobójstwa rozszerzone w Warszawie. Odb. z „Czasop. Sądowo-Lekarsk.“.

Tenże. Kazuistyka Sądowo - Lekarska. Odb. z „Czasop. Sądowo-Lek.“.

Tenże. Samobójstwa w Warszawie w r. 1927. Odb. z „Czasop. Sądowo-Lek.“.

Dr. Stanisław Manczarski. Zamach samobójczy czy zbrodnia? Odb. z „Czasop. Sądowo-Lekarsk.“.

TREŚĆ: J. KURCZYŃSKI. Przyszłość wiedzy lekarskiej w świetle Prawa Stworzenia. — K. DŁUSKI. O jamach jawnych w płucach gruźliczych. (650 jamowych). (c. d.). — J. TYPOGRAF. Przyczynek do leczenia stanów obrzękowych. — B. GOLDSTEIN. Djetetyka z punktu widzenia równowagi jonów (str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — J. BABECKI. Opieka lekarska w szkole. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. KURCZYŃSKI. L'avenir de la science médicale. — K. DŁUSKI. Sur les cavernes manifestes dans les poumons tuberculeux (suite). — J. TYPOGRAF. Contribution au traitement des états oedémateux. — B. GOLDSTEIN. La diététique au point de vue de l'équilibre des ions. (Rév. gén.) — J. BABECKI. La protection médicale dans l'école.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

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

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

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