

# 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. 5

WARSZAWA, 31 STYCZNIA 1929 R.

Rok VI

## PRACE ORYGINALNE.

### Wykłady kliniczne.

#### Kilka rzadkich powikłań anginy.

Podał

Zygmunt SREBRNY (Warszawa).

Pod wyrazem „angina“ rozumiemy ostrą sprawę zapalną, umiejscowioną na migdałkach. Jeżeli do wyrazu „angina“ nie dodajemy żadnego bliższego określenia, jak *diphthritica*, *sypilitica*, *herpetica*, *gangraenosa*, *phlegmonosa*, *l'aut-Vincent*, to mamy na myśli anginę follikularną lub lakunarną. A więc, ściślej określając cierpienie „angina“, nazywać je powinniśmy: *tonsillitis follicularis s. lacunaris acuta*, i tę właśnie sprawę chorobową mam tu na myśli.

Jest rzeczą ogólnie znaną, jak liczne i różnorodne powikłania mogą towarzyszyć anginie lub być jej następstwem: ropień okołomigdałkowy; ropówka gardzieli; zapalenie ucha środkowego; ostry nieżyt nosa, nieraz z zajęciem jam obocznych; obrzęk krtani; zapalenie gruczołów szyjnych; zapalenie tkanki podskórnej na szyi; zapalenie błon surowiczych: opłucny, osierdzia, otrzewny; zapalenie wsierdzia; zapalenie wyrostka robaczkowego; gościec stawowy i mięśniowy oraz pokrewne mu: *purpura rheumatica*, *erythema exsudativum multiforme*, *erythema nodosum*; płasawica; zapalenie nerek; posocznica, ropnica oraz przewlekłe stany podgorączkowe.

Wyliczone tu powikłania należą do mniej więcej pospolitych, jakkolwiek, na szczęście, do niezbyt częstych. Bywają jednak powikłania jeszcze znacznie radsze, że wymienię tu np. opisane w piśmiennictwie zapalenie jądra i jajnika, zapalenie opon mózgowych, a nawet rdzenia tego ostatniego powikłania liczy piśmiennictwo 6 spostrzeżeń.

Ale nie o tych białych krukach, z piśmiennictwa zaczerpniętych, zamierzam tu mówić; tematem wykładu mojego będą te powikłania anginy,

które sam we własnej praktyce raz lub dwa razy widziałem.

A więc zaczynam od powikłania ostrego mieszkowego zapalenia migdałków krwotokiem. Krwotok taki widziałem dwa razy: raz w słabszym stopniu u chłopca kilkunastoletniego, drugi raz u mężczyzny lat około 40, u którego krwawienie przybrało rozmiary dosyć alarmujące ze względu na swą obfitość i uporczywość. Muszę nadmienić, że w obu razach zwróciłem uwagę na możliwość powstania ropnia okołomigdałkowego, po którego pęknięciu zdarzają się takie krwawienia. Mianowicie, bywa tak, że po anginie tworzy się ropień okołomigdałkowy, ropień ten pęka, a po pęknięciu występuje krwotok. Otóż w obu tych przypadkach napewno ropnia nie było, zwłaszcza pilnie badałem pod tym względem owego chłopca kilkunastoletniego, którego matka przechodziła rokrocznie, czasem dwa razy do roku ropień okołomigdałkowy, a cierpienie to często bywa rodzinne.

W obu przypadkach krwotok wystąpił już po spadku gorączki—4-o i 5-o dnia choroby. W pierwszym przypadku krwawiło z dolnego bieguna migdałka, w drugim z poza migdałka—dokładnie miejsca krwawiącego lub strzykającego naczynia nie widziałem. Ani jeden, ani drugi chory nie należał do hemofilików—krew na płytki i na krzepliwość nie była badana. Nauczyłem się jednak w razie niespodziewanych i trudnych do wytłomaczenia krwawień z dróg oddechowych, jak również obfitszych krwotoków po drobnych zabiegach operacyjnych—oceniać należy rolę nerek w tych krwawieniach. Wykrywałem nieraz w takich przypadkach stan patologiczny nerek u ludzi, którzy nic o tem swoim cierpieniu nie wiedzieli. I ze wspomnianych dwóch osobników starszy, jak się okazało, był dotknięty zapaleniem nerek, krwotok więc u niego uzależniłem od nadciśnienia naczyniowego pochodzenia nerkowego. U młodszego zmian ze strony

nerek nie znalazłem, a wobec braku w wywiadach skłonności do krwawień po urazach musiałem za przyczynę krwotoku uważać intensywność zapalenia.

Dodam jeszcze, że w piśmiennictwie o takim powikłaniu anginy nie czytałem, natomiast znalazłem wzmiankę (Ztbl. f. Hals-Nasen- und Ohrenhlk. T. VIII Z. 7. 1925) o trzech przypadkach krwotoków samoistnych (spontanicznych) z migdałka. Autorzy (Bloch, André i P. Huet) skłonni są przypisywać takie krwotoki nadciśnieniu pochodzenia nerkowego, o ile da się wyłączyć, jako przyczyna, krwawiczka.

\* \* \*

W r. 1921 na Zjeździe Towarzystwa Otolaryngologów Niemieckich (Verhandl. der Gesellsch. Deutsch. Hals-Nasen- und Ohrenärzte 1921). v. Eicken, obecnie dyrektor Kliniki Otolaryngologicznej w Berlinie, wówczas profesor otolaryngologii w Giessen, wygłosił krótki odczyt p. t. O zapaleniu ścięgna Achillesa po mieszkowym zapaleniu gardła. — Odczyt ten, oparty był na własnych przeżyciach autora, który w ciągu 18 lat czterokrotnie przebył wymienione w nagłówku odczytu powikłanie ostrego mieszkowego zapalenia migdałków. Powikłanie to występowało regularnie za każdym razem w 8 dni po wybuchu anginy i polegało na bolesnym obrzmieniu ścięgna Achillesa mniej więcej na 3 ctm. ponad jego przyczepem. Cierpienie zaczynało się stale od prawego ścięgna, a po upływie 24 godzin przechodziło i na lewe i trwało pierwsze trzy razy około 3 — 4 tygodni pomimo stosowania procedur napotnych, gorącego powietrza i salicylatów.

Podczas ostatniej anginy autor usiłował zapobiec wystąpieniu komplikacji za pomocą energicznych procedur napotnych i dużych dawek salicylanu sodu. Skutek był o tyle pomyślny, że cierpienie było mniej dotkliwe i trwało krócej, niż dawniej. V. Eicken z naciskiem zaznacza, że nigdy nie zauważył u siebie żadnych objawów dny i nie pochodzi z rodziny skłonnej do tego cierpienia.

Zbieg okoliczności sprawił, że wkrótce po przeczytaniu sprawozdania z posiedzeń wymienionego Towarzystwa miałem w leczeniu młodą dwudziestokilkuletnią kobietę, która po przebyciu anginy zapadła na ropień okołomigdałkowy, a na drugi dzień po przecięciu przeze mnie owego ropnia zaczęła skarżyć się na ból nad piętą. Stwierdziłem bolesność ścięgna Achillesa, nazajutrz wyraźny obrzęk tej okolicy i podniesienie ciepłoty do 37,5°. Jak długo sprawa ta trwała i czy przeszła na drugie ścięgno Achillesa, nie wiem, gdyż po zaordynowaniu odpowiednich środków więcej pacjentki nie widziałem. Osoba ta na pytanie moje co do usposobienia artrytycznego odpowiedziała przecząco, tak, że związek tego powikłania z angina zdaje się nie ulegać wątpliwości.

Ciekawy jest w przypadku Eickena fakt, że powikłanie zapaleniem ścięgna Achillesa występowało czterokrotnie i miało zawsze jednakowy przebieg, co już dostatecznie dowodzi powinowactwa tegoż zapalenia do anginy.

W piśmiennictwie do r. 1919 znajdujemy tylko raz krótką wzmiankę Boeka (w piśmiennictwie skandynawskim—Tidskrift for praktisk Medicin 1884

IV. S. 9) o tem powikłaniu anginy, w r. zaś 1919 Ryhiner ogłosił w Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte N. 40—siedemnaście przypadków zapalenia okołościęgowego ścięgna Achillesa, które spostrzegł podczas wojny w roku 1917 w ciągu stycznia i lutego u żołnierzy, którzy nie mieli poza sobą marszów forsownych, ani nie zgłaszali skarg na złe obuwie, ale wszyscy równocześnie z powikłaniem lub nieco przedtem przechodzili mieszkowe zapalenie migdałków. Takie masowe wystąpienie zapalenia ścięgna Achillesa po anginie, a w dodatku jeszcze u osobników młodych, przeczy przypuszczeniu natury dnawej tego powikłania.

Ankieta v. Eickena, dotycząca sprawy omawianego powikłania, wykazała, że licznym zapytowanym o nie kolegom było ono nieznane, dwóch tylko, mianowicie, prof. Siebenmann z Bazylei raz spostrzegł podobny przypadek u jednej z pacjentek, a Dr. Otto z Freiburga sam powikłanie owo przechodził.

\* \* \*

Trzecim rzadkiem powikłaniem anginy, na które chcę tu zwrócić uwagę, jest ostre zapalenie gruczołu tarczowego. Cierpienie to zdarza się w przebiegu lub jako następstwo rozmaitych chorób zakaźnych, głównie septycznych, a dalej duru, płonicy, zapalenia płuc. Jednym z pierwszych, który pisał o zapaleniu tarczycy, jako powikłaniu anginy, był de Quervain (Ueber acute nicht eitrige Thyreoiditis. Arch. f. Klin. Chir. T. 67. Str. 706), o czym dowiedziałem się z artykułu Lublinskiego (Ueber die Complication der Angina mit acuter Thyreoiditis. Berl. klin. Woch, 1903 N. 41). Lublinski spostrzegł w ciągu 10 lat 4 przypadki zapalenia gruczołu tarczowego po anginie u kobiet w wieku 20 — 30 lat, które przedtem nie miały żadnego powiększenia tego gruczołu, specjalnie zaznacza L., że ani jedna z jego pacjentek podczas perjodu, ani też jedyna z nich, która była w ciąży, w okresach tych nie zauważyły żadnej zmiany konturów szyi. Przebieg zapalenia tarczycy był zawsze jednakowy: już po minięciu okresu gorączkowego anginy, na 5 — 6 dzień, ciepłota podnosiła się nanowo (do 38—38,5), a wraz z tem zjawiało się bolesne obrzmienie tarczycy; w dwóch przypadkach zajęty był cały gruczoł, w dwóch tylko zraz lewy. Bolesność była umiarkowana, raz bardzo silna. Zacerwienienia skóry nie było, duszność tylko raz lekko była zaznaczona. We wszystkich przypadkach było zanotowane przyspieszenie tętna, które trzymało się jeszcze po spadku temperatury i, zdaniem L., zależało prawdopodobnie od ucisku na nerw błędny. Gorączka trwała 2—4 dni, powiększenie gruczołu aż do zupełnego zniknięcia trwało od 2 do 8 tygodni. Do ropienia nie doszło ani razu. Godnem uwagi jest, że u jednej z pacjentek L., ponowna angina po upływie pół roku była znów powikłana zapaleniem lewego zrazu tarczycy, ale w nieco słabszym stopniu. Związek pomiędzy angina a zapaleniem tarczycy jest tu chyba niewątpliwy, szczególnie przemawia zatem przypadek dwukrotnego przejścia tego powikłania po anginie. Zejście we wszystkich

przypadkach było pomyslnie. Gdy jednak angina dotknie osobnika z już powiększonym gruczołem, to sprawa może przybrać rozmiary groźniejsze ze względu na ucisk na tchawicę, wywierany przez uległe zapaleniu wole. De Quervain zmuszony był w podobnym przypadku dokonać tracheotomii.

Z przytoczonych tu danych możnaby wywnioskować, że powikłanie anginy zapaleniem tarczycy należy do spraw względnie rzadkich (4 przypadki w ciągu lat 10). Inaczej jednak mówią inne prace.

Pewien autor amerykański pisze (w *New-York State Journal of Medicine*. Grudzień 1913. Ztbl. f. Lar. Jahrg. XXX. N. 4. str. 163 r. 1914), że na zasadzie swoich spostrzeżeń ma wrażenie, iż angina często poprzedza zapal. tarczycy. Pacjentkami jego były młode kobiety i dziewczęta. U dwóch pozostało wole, u 2 innych napady nadczynności tarczycy (*hyperthyroidismus*).

Bullowa opisuje w *Med. Clin. of North America* (New-York number) T. V. N. 4. 1922 r. (Ztbl. f. Hals-Nasen- und Ohrenhkl. I. 177) przypadek ostrego zapalenia migdałków, w którym na 3 dzień wystąpiło obrzmienie tarczycy z ciepłotą 38,8 — 40. Po 4 dniach spadek ciepłoty i powrót tarczycy do normy.

Dwaj autorzy amerykańscy Searls i Bartlett (w piśmie *California and Western med.* T. 24 N. 5. 1926. Ztbl. f. H. N. und Ohrhkl. IX. str. 614) powiadają, że ostre zapal. tarczycy jest wogóle chorobą rzadką i prawie zawsze powikłaniem zapalenia migdałków, zap. ucha środkowego, płonicy, zapalenia płuc lub duru. Wśród 37 przypadków zapal. ostrego tarczycy w ostatniej anamnezie często podawane było zapalenie migdałków.

Wreszcie węgierski autor Venetianer (*Gyógaszát.* T. 66. N. 14. 1926. Ztbl. f. H. N. Ohrhkl. T. X. str. 470) opisuje przypadek ostrego zapalenia tarczycy u 10 letniego dziecka, jako powikłanie zapalenia migdałków.

Pomimo specjalnego zwracania na to uwagi od czasu ogłoszenia pracy Lublinskiego nie rozporządzam ani jednym spostrzeżeniem ostrego zapalenia tarczycy, o którym mógłbym powiedzieć z pewnością, że było ono powikłaniem anginy. W trzech poniższych przypadkach może być mowa tylko o prawdopodobnym związku pomiędzy obu cierpieniami.

W r. 1918 widziałem niemowlę pewnej włościanki z obrzmiłym gruczołem tarczowym, pokrytym mocno zaczerwienioną, błyszczącą skórą, z ciepłotą ciała około 40°. Stan ogólny był bardzo ciężki. Cała sprawa robiła wrażenie poważnego zakażenia ogólnego. Według słów matki dziecko jeszcze przed obrzmieniem szyi nie chciało ssać, a obecnie nic przełknąć nie może.

W jamie ustnej i gardzieli zmian nie znalazłem, utrudnione łykanie (z powodu bólu), oczywiście, zależało od zapalenia gru-

czołu tarczowego. Czy dziecko przechodziło, anginę, trudno orzec, pamiętać w każdym razie należy, że angina u osesków należy do rzadkości.

Spostrzeżenie to pod względem związku pomiędzy anginą a zapaleniem tarczycy uważam przeto za więcej, niż wątpliwe.

Prawdopodobniejszy jest przypadek drugi, dotyczący kobiety lat około 40, która przybyła do mnie ze skargą na bolesne obrzmienie przedniej części szyi, trwające od 2 tygodni. Znalazłem obrzmiły gruczoł tarczowy, wielkości mandarynki, pokryty skórą niezmienną, bolesny przy dotyku. Stan bezgorączkowy. Przed obecną chorobą żadnego zgrubienia szyi chora nie miała.

Na pytanie moje, czy nie przechodziła niedawno anginy, chora odpowiedziała, że przed kilku tygodniami miała przez krótki czas ból gardła, ale nie zwracała na niego uwagi, tembardziej, że nie czuła się chora ogólnie, ciepłoty ciała nie mierzyła. W narządach wewnętrznych i w gardle zmian nie znalazłem.

Być może, że w tym przypadku chora przechodziła lekką anginę z umiarkowanym podniesieniem temperatury, które na stan ogólny wpływu wybitniejszego nie miało.

Trzeci przypadek, który spostrzegałem w roku 1928, dotyczył panny lat około 30. Skarżyła się na ból w okolicy szyi, który jej dokuczał od miesiąca, a zarazem na gorączkę zwalnającą: w godzinach rannych 36 z ułamkiem, wieczorem między 35° a 40°. Choroba rozpoczęła się przed 6 tygodniami bólem gardła, który trwał kilka dni. Stan ogólny był dobry; w narządach wewnętrznych zmian nie było. W migdałkach kilka czopów. Gruczoł tarczowy powiększony nieznacznie, ale wyraźnie wy-czuwalny i na dotyk bolesny. Skóra nad nim niezaczerwieniona. Badanie krwi wykazało 16000 białych ciałek z umiarkowaną limfocytozą. Posiew krwi jałowy.

Wezwany na naradę kol. Władysław Janowski rozpoznał, zgodnie ze zdaniem moim, zapalenie gruczołu tarczowego, prawdopodobnie w następstwie przebytej anginy. Zwalnający typ gorączki budził obawę w kierunku możliwości sprawy ropnej, choroba jednak skończyła się szczęśliwie bez ropienia po upływie 2-ch tygodni od pierwszej bytności mojej u pacjentki. Cała sprawa trwała zatem około 2 miesięcy.

I tu może być tylko mowa o prawdopodobieństwie powikłania anginy zapaleniem tarczycy, prawdopodobieństwie bardzo dużym, ale jednak nie o zupełnej pewności.

Przytoczone wyżej dane z piśmiennictwa nie pozostawiają atoli wątpliwości co do związku pomiędzy zapaleniem tarczycy i anginą. Powstaje ono przez przeniesienie zarazka prawdopodobnie drogą krwiobiegu, zwykle nie doprowadza do ropienia, trwa od kilku dni do 2 miesięcy, przeważnie kończy się zupełnym wyzdrowieniem, w kilku jednak przypadkach pozostawiło po sobie wole lub skłonność do napadów nadczynności tarczycy.

## Z klinik, szpitali i pracowni.

*Z Pracowni Anatomiczno-patologicznej Szpitala Starożakonych  
na Czystem w Warszawie.*

(Kierownik: M. PŁOŃSKI).

### O grzybicy śledziony.

Podał

M. PŁOŃSKI, prosektor Szpitala (Warszawa).

(Dokończenie—p. Nr. 4).

W marcu 1927 roku zgłosiła się do szpitala na Czystem 52-letnia pacjentka, żydówka, u której stwierdzono tuż pod lewym łukiem żebrowym guz, wielkości główki noworodka. Guz ten chora odczuwała już od lat 15. Oprócz tego stwierdzono u niej drugi guz z prawej strony w małej miednicy, o wiele mniejszy od pierwszego. Klinicznie rozpoznawano: torbiel prawego jajnika i guz śledziony (?).

Po kilku dniach dokonano laparotomii. Stwierdzono prawostronną torbiel międzywzrostkową, wielkości dużej pięści, którą usunięto. Drugi guz pod lewym łukiem żebrowym okazał się śledzioną. Na 4-ty dzień po operacji pacjentka zmarła przy objawach niedomogi serca.

Badanie pośmiertne wykazało śledzionę olbrzymią, rozszerzenie prawej komory oraz przerost mięśnia lewej komory serca, drobne blizenki w mięśniu sercowym, miażdżycę części wstępującej tętnicy głównej, blaszki miażdżycowe w tętnicy płucnej, obrzęk płuc.

### Opis makroskopowy śledziony.

Waga 1270 gr. Wymiary 22×7×9. Torebka szara, zgrubiała, napięta. Poprzez torebkę przeświecają ciemno-wiśniowe, dość spoiste ogniska, wielkości ziarna grochu lub orzecha laskowego. Pomiedzy temi ogniskami spoistość śledziony zmniejszona. Na przekroju uderza niezwykle obfita ilość płynnej krwi, która zalewa całą powierzchnię. W świeżych rozmazach z mięszu śledziony stwierdzono obecność żółto-zielonkawych tworów, załamujących światło, o kształtach grubych igieł, kolbowato rozszerzonych na jednym końcu. Po utrwaleniu w formalinie przekrój przedstawiał się jak następuje. Na całej powierzchni przekroju nieregularnie rozsiane, ciemno-wiśniowe ogniska, szczególnie gęsto skupione pod powierzchnią wypukłą śledziony. Skła, dają się one z jam, wypełnionych skrzepłą krwią.

Pomiedzy temi jamami przebiegają pasemka zbitej szarawej tkanki, różnej grubości. Na całej powierzchni, a szczególnie pod torebką widać ogniska żółto-ceglaste, krucho, o kształcie ziaren lub drobnych, nieregularnych pasemek. Ogniska te dają się z łatwością wyłuszczyć nożem. Gęsto skupione są one w okolicy jam, wypełnionych krwią.

### Opis mikroskopowy śledziony.

Torebka łącznotkankowa oraz beleczki znacznie zgrubiałe. Wszędzie występuje znaczny rozrost tkanki łącznej okołonaczyniowej. Siateczka przeważnie bardzo przerośnięta i w okolicy zgrubiałych beleczek bezpośrednio łączy się z niemi pod postacią dość szerokich włókien. Zatoki śledzionowe są niezwykle szerokie i wypełnione masą krwinek czerwonych, komórkami żelazonośnymi oraz dużymi śródbłónkami o blado-różowej pęcherzykowej zarodki. Rozszerzone zatoki są często wysłane dobrze zachowanym śródbłónką, wypełnioną brunatnym bar-

nikiem, a w ścianach ich występują wyraźnie elastyczne włókna. Gdziekolwiek ściany zatok są przerwane na znacznej przestrzeni, a światła sąsiadujących zatok łączą się pomiędzy sobą. W tych miejscach zatoki są puste. Inne zatoki są spadnięte i prawie niewidoczne. W mięszu pomiędzy zatokami znajdują się bardzo liczne i gęsto obok siebie leżące krwinki. Grudki chłonne prawie zupełnie zanikły, gdziekolwiek tylko widać tętniczkę środkową o bardzo grubych ścianach, otoczoną niewielką liczbą limfocytów i dużą liczbą krwinek czerwonych.

Większe naczynia krwionośne są mało zmienione. Mniejsze naczynia posiadają natomiast ściany znacznie zgrubiałe, a światło zwężone, nieraz prawie zamknięte. Rozrost tkanki łącznej jest największy dookoła drobnych naczyń. Dzięki temu też beleczki są zgrubiałe nierównomiernie i rozszerzają się w miejscach, gdzie znajduje się większa liczba naczyń. Poza beleczkami drobne naczynia krwionośne wraz z otaczającą je rozrosłą tkanką łączną tworzą dobrze odgraniczone ogniska okrągłe lub owalne. W ogniskach tych tkanka łączna jest szklisto zmieniona i układa się dookoła naczyń grubymi pasmami, często rozsuniętymi. Pomiedzy niemi widać liczne skupienia brunatnego lub jasno-żółtego barwnika oraz wąskie pasemka zielonkawo-żółte. Barwnik brunatny jest drobnoziarnisty, natomiast barwnik żółtawy składa się z grubych, okrągławych lub owalnych tarcz, nieraz o podwójnych zarysach. Jeden i drugi dają, zresztą, wyraźny odczyn na żelazo. Pasemka zielonkawo-żółtawe składają się często z krótkich, prostokątnych, obok siebie leżących części, nieraz znów mają charakter iglasty, lub kolbowaty, o jednym końcu grubszym, napęczniałym. Dają one przeważnie odczyn na żelazo, a często barwią się hematoksyliną jednolicie i a niebiesko. W tych miejscach występuje słaby odczyn na wapń z azotanem srebra. Omawiane pasemka przylegają bezpośrednio do ścian naczyń krwionośnych, często widać je wewnątrz ścian, nieraz one właśnie stanowią prawie całą ścianę. Światło naczyń, otoczonych przez powyższe elementy, jest zwykle zwężone, o nieregularnych zarysach.

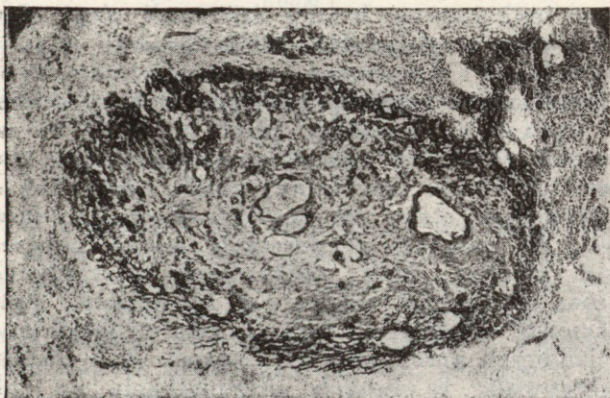
Śródbłonek naczyniowy rzadko jest widoczny. W ścianach naczyń widać odwarstwione włókna, w poszczególnych warstwach widać przerwy. Nieraz wszystkie warstwy są przerwane w jednym miejscu. Światło tych naczyń jest przeważnie puste. Gdziekolwiek zawiera skupienia żółto-zielonkawych ziarnistości lub pasemek, a w niektórych jest zupełnie zamknięte przez zgrubiałą błonę wewnętrzną. Zmiany powyższe występują najczęściej w małych naczyniach beleczkowych, dają się jednak spostrzeżać i w tętniczkach środkowych.

Wśród zachowanego jeszcze mięszu również występują skupienia barwnikowe, złożone z pasemek i grubych ziarnistości. Nieraz leżą one zupełnie luźno, bez widocznego odczynu ze strony otoczenia, najczęściej jednak siateczka jest zgrubiała, a pomiedzy elementami barwnikowymi widać komórki olbrzymie. Gdziekolwiek skupienia barwnikowe składają się tylko z pasemek o jednym końcu kolbowato zgrubiałym. Ostre końce tych pasemek leżą bardzo blisko i gęsto obok siebie -- dookoła jednego punktu. W ten sposób powstają obrazy, przypominające nieco układ grzybnia promienicy.

Podobne skupienia, lecz o układzie bardziej chaotycznym, widać w zgrubiałej torebce. W otoczeniu skupień barwnikowych, a szczególnie na obwodzie ognisk otaczających naczynia występuje bardzo gęsta siatka włókien sprężystych.

We wszystkich skupieniach barwnikowych, poza ziarnistościami hemosyderyny, można odróżnić cztery rodzaje pasemek i grubszych ziarnistości: 1) żółto-zielonkawe, nie dające odczynu na żelazo, ani na wapń. 2) z wyraźnym odczynem na żelazo. 3) z wyraźnym odczynem na żelazo i słabym odczynem na wapń. 4) ze słabym odczynem na wapń. Przeważają skupienia z od-

czynem na wapń. Po odwapnieniu skrawków kwasem solnym, pasemka, które barwiły się intensywnie hematoksyliną, stają się blado-żółte. Odczyn na żelazo występuje pozatem bardzo słabo w śródbłonkach rozszerzonych zatok. Rozszerzone zatoki znajdują się zawsze w otoczeniu skupień barwnikowych. Stosunek ten występuje szczególnie wyraźnie tam, gdzie skupienia barwnikowe otaczają zmienione naczynia beleczkowe. W okolicy widocznych jeszcze tętniczek środkowych zatoki są uciśnięte, niewidoczne, a w mięszu widać bardzo liczne krwinki czerwone.



Włókna elastyczne w guzku Gandy-Gamna  
(barw. fukseliną Weigerta).

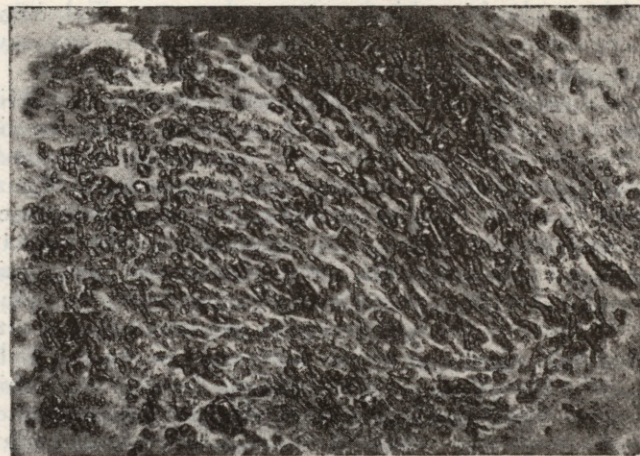


Złogi dookoła naczyń krwionośnych (na prawo naczynie  
o zmienionych ścianach i o zwiększonym świetle).

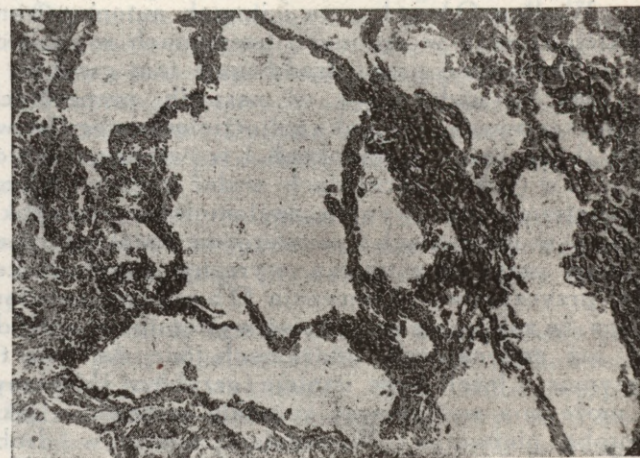
Zmiany mikroskopowe w śledzionie dałyby się streścić w następujących punktach:

1. obecność pasemek i grubych ziarnistości żółto-zielonkawych, dających odczyn na żelazo i wapń;
2. zmiany w drobnych naczyniach krwionośnych, otoczonych skupieniami barwnikowymi, posunięte nieraz do całkowitego zamknięcia światła lub do powstawania ubytków w ich ścianach;
3. częste występowanie dookoła skupień barwnikowych wyraźnie ograniczonych ognisk ze zbitej tkanki łącznej nieraz z komórkami olbrzymimi i z dużą liczbą włókien sprężystych na obwodzie;
4. przerost beleczek i siateczki;
5. zanik grudek chłonnych;
6. niezwykle rozszerzenie zatok śledzionowych, szczególnie w okolicy skupień barwnikowych;
7. wylewy krwawe od mięszu oraz uciśnięte zatoki w okolicy tętniczek środkowych.

Przypadek nie nastęczał żadnych wątpliwości. Owe ogniska łącznotkankowe odpowiadają najzupełniej guzkom Gandy-Gamna, a złogi barwnikowe zmianom, określanym przez Niemców jako „periarterielle Eisen-Kalkinkrustationen”. W tych właśnie skupieniach zielonkawego barwnika widzą autorzy francuscy grzybnie „*Aspergillus nidulans*”. Pozostałe zmiany, opisane w mięszu śledziony,



Skupienie żółto-zielonkawych pasemek (złogi okołonaczyniowe). Dookoła komórki olbrzymie.



Zatoki śledzionowe niezwykle rozszerzone.  
Ściany zatok poprzerywane.

częściowo tylko zgadzają się z dotychczas ogłoszonymi przypadkami. Nigdzie, mianowicie, nie znajdujemy wzmianki o tak niezwykłym rozszerzeniu zatok śledzionowych, które w moim przypadku góruje w całym obrazie.

Przyjmując, iż istnienie grzybicy śledziony jest faktem dowiedzonym i stając na gruncie koncepcji Oberlinga, możnaby przypuścić, że rozszerzenie zatok stanowiło owo zasadnicze schorzenie śledziony, do którego później dołączyło się zakażenie grzybkami. Ponieważ w żyły śledzionowej i w całym układzie żyły wrotnej nie znaleziono żadnych zmian, któreby mogły wytłomaczyć owe rozszerzenie zatok, należało je uznać za zupełnie samoistne. Podobne jamy, wypełnione krwią, znajdujemy jedynie w opisie naczyń i naczyńkowości śledziony, które należą do spraw nowo-

tworowych nadzwyczaj rzadkich i niedostatecznie wyjaśnionych. Jednakże nierównomierny układ rozszerzonych zatok oraz brak jakiegokolwiek odgraniczenia przypuszczalnej sprawy nowotworowej, nie zachęcał do zatrzymania się nad tą możliwością. Zresztą, w niewątpliwych przypadkach naczyńniaków śledziony znajdowano często naczyńniaki wątroby, skóry lub śluzówki. W opisywanym przypadku nic nie wskazywało na istnienie zaburzeń rozwojowych w obrębie układu naczyniowego. Tak więc przypuszczenie, że był to naczyńniak śledziony, wydaje się bardzo mało prawdopodobne.

Znajdujące się w śledzionie zmiany zupełnie dobrze mogą wyjaśnić tak znaczne rozszerzenie zatok; dotyczą one drobnych naczynek bełeczkowych, otoczonych domniemanymi grzybkami i guzkami Gandy-Gamna. Zmiany te, prowadzące do zniszczenia ścian i do zamknięcia lub co najmniej zwężenia światła naczyń, musiały pociągnąć za sobą bardzo znaczne zaburzenia w krążeniu śledzionowym, a w pierwszym rzędzie zastój i rozszerzenie zatok. I jeżeli rozszerzenie zatok było tu tak niezwykle i przekraczało bardzo znacznie stopień rozszerzenia zatok w śledzionach zastoinowych, to dlatego tylko, że w omawianym przypadku przeszkody w odpływie krwi żyłnej znajdowały się tuż w bliskich drogach, odprowadzających krew, a nie gdzieś dalej w układzie żyły wrotnej, w krążeniu wątroby lub w sercu.

Według Oberlinga i innych autorów francuskich zmiany w drobnych naczyniach w śledzionie są wywołane przez usadowione tam grzybki.

Jest to widoczne i w naszych preparatach mikroskopowych. Pasmka żółto-zielonkawego barwnika tkwią często w ściankach i w świetle naczyniowym, a w tychże naczyniach widać przerost błony wewnętrznej. Stąd wynika, że domniemane grzybki, zmiany w naczyniach i rozszerzenie zatok w omawianym przypadku tworzą wyraźny zupełnie zespół przyczynowy. Koncepcja Oberlinga, twierdząca, że zakażenie grzybkowe występuje w uprzednio już zmienionych śledzionach, nie daje się tu utrzymać. Jeżeli więc istnieje grzybica śledziony, to może ona występować zupełnie samoistnie, jako choroba pierwotna. Wywołując zmiany w drobnych naczyniach, może doprowadzić do niezwyklego rozszerzenia zatok, przypominającego obraz naczyniakowości śledziony.

Tembardziej zastanawiający wydaje się fakt, że w żadnym z dotychczasowych opisów nie znaleźliśmy wzmianki o współistnieniu w śledzionie złożeń okołonaczyniowych obok rozszerzenia zatok.

Wracając raz jeszcze do sprawy naczyniakowości śledziony, należy podkreślić, że większość ogłoszonych przypadków należy do przypadków wątpliwych i spornych. Opisywane np. w chorobie Gauthera jamiste naczyńniaki śledziony uważa L. Pick za ograniczone ogniska zatok śledzionowych, rozszerzonych na skutek zaburzeń w krążeniu śledzionowym. Wydaje się dość prawdopodobnym, że i w innych przypadkach przyjmowano ogniska rozszerzonych zatok za naczyńniaki śledziony. Nie znajdując tedy w opisach śledzion złożeń okołonaczyniowymi wzmianki o rozszerzonych zatokach, szukaliśmy w opisach naczyńniaków śledziony wzmianki o złożeń okołonaczyniowych. I rzeczywiście w pracy E. Benckendorff w r.

1908 o naczyńniaku śledziony znaleźliśmy opis i rysiny złożeń żółtego barwnika i wapnia, zupełnie odpowiadające omawianym tu złożeń okołonaczyniowym, względnie domniemanym grzybkom. Tak więc przypuszczenie nasze, oparte na logicznym zestawieniu faktów spostrzeganych, zyskało dowód bardzo ważki. Przypadek E. Benckendorff był najprawdopodobniej analogicznym do mojego przypadkiem złożeń okołonaczyniowych w śledzionie z wtórnym rozszerzeniem zatok.

Pozostaje jednak nadal do wyjaśnienia fakt, czemu inni autorzy, którzy opisywali złożeń okołonaczyniowe, wzgl. grzybki, nie znajdowali w swych przypadkach rozszerzenia zatok. Owszem, często podkreślano, iż zatoki przeważnie były spadnięte.

Sprawa się wyjaśnia, jeżeli przyjąć, że rozszerzenie zatok jest zjawiskiem przejściowym, trwającym tak długo, póki ściany zatok zdolne są do wytrzymania stale się zwiększającego ciśnienia krwi. W naszych preparatach widać poprzerywane ściany zatok najbardziej rozszerzonych. Oprócz tego widać zatoki już opróżnione, zatoki częściowo spadnięte, obok zupełnie spadniętych i uciśniętych przez wylewy krwawe. A te ostatnie występowały w innych przypadkach na plan pierwszy. Były więc to obrazy późniejszego okresu chorobowego.

Po uzgodnieniu opisanego przypadku z innymi, musimy stanąć na stanowisku, że jeżeli istnieje grzybica śledziony, to może ona zakażać zdrową i nieuszkodzoną przed tem śledzionę i wywołać wszystkie omówione zmiany, nie dając jednakże typowego obrazu klinicznego. Nasuwają się więc poważne trudności w dalszym opracowaniu całego zagadnienia grzybicy.

Jeszcze raz należy podkreślić, że zmiany okołonaczyniowe w moich preparatach są zupełnie identyczne z obrazami, opisywanymi przez Francuzów. Nie mogłem jednak wykonać hodowli, ponieważ śledzioną była badana szczegółowo dopiero po utrwaleniu.

To też w imię ścisłości naukowej nie mogę się zgodzić ze stanowiskiem Oberlinga, który tylko na zasadzie obrazów histologicznych potwierdza bez zastrzeżeń istnienie grzybicy śledziony.

Na zasadzie spostrzeganego przez nas przypadku możemy tylko stwierdzić z dużym prawdopodobieństwem, że obrazy t. zw. złożeń okołonaczyniowych w śledzionie są wyrazem pierwotnej i samoistnej sprawy chorobowej. Dalsze badania pokażą dopiero, czy schorzenie to rzeczywiście bywa wywołane przez grzybki.

## PIŚMIENNICTWO

1. Askanazy i Bamatter Zentralbl. f. Path. T. 43 No. 8.— 2. Benckendorf Virch. Arch. T. 194.— 3. Christeler i Puskeppelis Virch. Arch. T. 250 — 4. Emil Weil, Grégoire i Flandrin. Annales d'anat. path. 1927 T. IV. — 5. Gamna. Haematologica. 1921. T. 4.; 1924. T. 5. Presse medicale. 1928. No. 23. — 6. Gandy. Soc. anat. 1905. str. 877. — 7. Hennings. Virch. Arch. T. 259. — 8. Jaffé. Zentralbl. f. Path. T. 42. No. 9. — 9. Klinge. Virch. Arch. T. 255. — 10. Kraus, Ziegl. Beitr. 1922. — 11. Langeron Presse medicale 1928 No. 31. — 12. Lubarsch. Handb. d. spez. path. Anat. T. 1/2 str. 473 — 492. — 13. Nanta. Annales d'anat. path. 1924. T. IV.— 14. Nanta. Pinoy i Gruny Soc. biol. 1926. — 15. Oberling. Presse medicale. 1928 No. 1. — 16. Pick Klin. Wochenschr. 1925. — 17. Pinoy i Nanta, Bull. Acad. Sciences 1927. — 18. Rotter. Virch. Arch. 259. — 19. Siegmund. Zentralbl. f. path. Anat. 1922.

# DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

## Streszczenia zbiorowe i pogładowe.

### Djetetyka z punktu widzenia równowagi jonów.

Podał

B. GOLDSTEIN (Warszawa).

### Djetetyka a równowaga kwasowo-zasadowa.

(Dokończenie—p. Nr. 3 i 4).

W chorobach jelit wypadnie nam rozróżnić dwa stany zasadnicze: rozwolnienie i zaparcie, które odzwierciedlają czynność chorobową kiszek.

Ze względu na to, iż sok jelitowy (przy domieszce soków trawiennych trzustki i wątroby) zawiera dużo wartości zasadowych, głównie w postaci dwuwęglanu sodowego, wszelkie stany chorobowe jelita, przebiegające z biegunką, muszą spowodować jednocześnie odwodnienie ustroju oraz jego zakwaszenie.

W silnych biegunkach następuje zagęszczenie surowicy krwi ze wszystkimi niemal jej składnikami (chlorki, fosforany, mocznik i t. p.); wyjątek stanowi dwuwęglan sodowy, którego stężenie nie tylko nie wzrasta, lecz, przeciwnie, silnie maleje.

Zjawisko to tylko w części wywoływane jest przez utratę soków trawiennych; w zmniejszeniu tem biorą udział zaburzenia w krążeniu (wypieranie przez fosforany i mleczany zasadowe) oraz kompensacyjne wydalenie zasad z moczem celem utrzymania ciśnienia osmotycznego surowicy.

Z tego wszystkiego widzimy, że w biegunkach djeta, taksamo jak i postępowanie lecznicze ogólne, winna dążyć do wyrównania zakwaszenia, które może być bardzo znaczne.

Djeta taka będzie się więc opierała na węglowodanach oraz jarzynach i owocach.

Te ostatnie, mimo pozornego przeciwwskazania, nie powinny odstraszać, ma się rozumieć w biegunkach przewlekłych, w okresach późniejszych. Podawanie ich winno się odbywać w sposób odpowiedni (purée) by nie drażnić schorzałego jelita.

Jarzyny i owoce, odpowiednio przygotowane, polecane są ostatnio w przewlekłych biegunkach także ze względu na witaminy—ze skutkiem wcale dobrym.

Zakwaszeniu i zarazem odwodnieniu możemy przeciwdziałać wprowadzaniem hipertonicznych roztworów cukru (chlorek sodu nie nadaje się ze względu na własności zakwaszające).

Doskonale działa także w tych razach insulina, podawana jednocześnie z cukrem.

Podawanie zasad w silnych biegunkach także jest wskazane, napotyka tu jednak pewne trudności. Najlepszą z zasad będzie w biegunkach węglan wapnia oraz wody mineralne, zawierające wapń i zasady.

Środki ściągające zmniejszają, jak wiemy, wydzielanie soków jelitowych — działanie ich więc moglibyśmy objaśnić jako zatrzymywanie zasad w ustroju.

Inne sprawy jelitowe niekiedy przebiegają z alkalozą. Podaje się wówczas kwasy oraz djete zakwaszające. Rzeczy te jednakże jeszcze nie są dobrze wyprobowane.

W zaparciu mamy bardzo często do czynienia z alkalozą (nie zawsze jednak).

Leczenie zaparcia rozmaitemi przetworami sprowadza się właściwie do odwodnienia ustroju, względnie wzmoczenia wydzielania soków jelitowych, czyli w rezultacie do zakwaszenia.

Podawanie tłuszczów — również zakwaszające ustroj, jak wiemy, wpływa na zaparcie dodatnio.

Witaminy, np. w postaci stężonej, jako vigan-tol — wywołują zaparcie, działają więc poniekąd także alkalizująco.

Osobny dział medycyny, gdzie równowaga kwasowo-zasadowa odgrywa dużą rolę — stanowią cierpienia dróg moczowych, szczególnie nerek.

Organ ten, regulujący m. in. zawartość rozmaitych jonów w ustroju, jest szczególnie wrażliwy na zmiany równowagi kwasowo-zasadowej.

W sprawach ostrych naogół większych zmian nie stwierdza się. Dopiero stany uremiczne ostre lub też sprawy przewlekłe nerek wywołują acydozę.

Zakwaszenie to powstaje na skutek zatrzymania produktów rozpadu, nadmiernego powstawania kwasu mlecznego przy skurczach, utraty zasad przy wymiotach.

W ostatnich latach autorzy amerykańscy podali myśl djety alkalicznej dla chorych nerkowych, gdyż, jak było wykazane, djeta zakwaszająca uszkadza jeszcze więcej mięsz nerkowy, co z kolei zwiększa znów acydozę i w ten sposób powstaje *circulus vitiosus*.

Autorzy ci stwierdzili dobre działanie djety alkalizującej w przypadkach marskości nerek oraz nadmiernego ciśnienia. W przypadkach tych opada ciśnienie krwi, zmniejsza się ilość białka i elementów morfotycznych w moczu u około 90% chorych po zastosowaniu djety alkalizującej.

Zwykła djeta, zawierająca dużo składników zakwaszających, odbija się ujemnie także na stanie układu naczyniowego (pogarsza miążdżycę), co z kolei odbija się na nerkach.

Sól kuchenna, która jest niepożądana u chorych nerkowych, poniekąd także zwiększa kwasicę.

Co się tyczy zagadnienia dny moczanowej, to stosunki są tu jeszcze bardzo zawiłe.

Leczenie tej choroby, o ile wogóle może być o niem mowa, sprowadza się do racjonalizacji djetetyki.

Na tle djetetyki panuje jednak duża rozbieżność poglądów. Jedni polecają djete zakwaszającą drudzy alkaliczną. Jedni uważają za przyczynę niemal całej choroby spożywanie takich substancyj,

które w ustroju dają ciała purynowe i wreszcie przechodzą w kwas moczowy. Inni znowu nie zgadzają się z taką interpretacją dny. W konsekwencji jedni ograniczają ilość mięsa i t. p. rzeczy, drudzy nie liczą się z tem zupełnie. W każdym razie ilość tłuszczów oraz alkoholu radzi się ograniczać. Natomiast gorąco zalecają podawanie węglowodanów, owoców i jarzyn (niezawierających ciał purynowych). Djeta taka jest naogół typu alkalicznego.

Ze strony rozmaitych autorów wyrażano obawy strącania się moczanów, gdyż mocznany sodowe wypadają szczególnie łatwo w środowisku alkalicznym. To też ci autorzy podają przy powyższej djecie jeszcze kwas solny. Dają także tłuszcze bacząc, by nie przekroczyć liczby ciepłostek niezbędnych do podtrzymania bilansu fizjologicznego.

Czy tak zachwalane głódówki u dnawych nie sprowadzają się także do wywołania pewnej acydozy, nie można jeszcze powiedzieć.

Picie wód mineralnych alkalicznych zdaje się być niecelowe z tego punktu widzenia, przynajmniej ze względu na rozpuszczalność moczanów.

Równowaga kwasowo-zasadowa w stanach otyłość i nie została bliżej określona.

Czy mamy do czynienia z acydozą czy też z alkalozą, nie wiadomo dokładnie.

Wiemy, na przykład, że djeta kwasorodna, jak tłuszcze i alkohol, zwiększa otyłość, ale i zasadowa djeta (węglowodany) może dać ten sam wynik. Głódówka, natomiast, daje kwasicę i przy tem oczywiście wychudza pacjenta.

Stosunki w tych razach są zbyt zawiłe.

To samo powiedzieć można o stanach nadmiernego wychudzenia. W tych przypadkach natomiast insulina oraz wielka ilość węglowodanów dają dobre wyniki (alkalizacja).

W sprawach sercowych niewyrównanych mamy do czynienia z zakwaszeniem (zatrzymanie  $\text{CO}_2$ ).

Djeta, oddawna stosowana w chorobach serca, opiera się na węglowodanach oraz mleku. Do tej kategorii należy także djeta Karella i jej modyfikacje. Białka i tłuszcze nie są przez sercowo chorych dobrze znoszone.

Musimy jednak zaznaczyć, że przy zwiększeniu ilości  $\text{CO}_2$  w ustroju, ten kompensuje nadmiar dwutlenku węgla przez zatrzymanie odpowiedniej ilości zasad ( $\text{Na HCO}_3$ ). W rezultacie zasób zasad nie tylko nie ulega zmniejszeniu, lecz, przeciwnie, nawet zwiększa się (kwasica gazowa skompensowana).

Z tego też względu nie jest specjalnie celowe podawanie alkaliów, jako takich, lub zgoła insuliny. Substancje te, przeciwnie, wiążąc wodę i wywołując pęcznienie koloidów, mogą tylko zwiększyć istniejące już obrzęki lub utajone obrzęki uczynić jawnymi.

Sprawy naczyniowe, w pierwszym rzędzie miażdżycy, również powodują acydozę.

Teorie patogenezy miażdżycy stawiają to cierpienie w związku przyczynowym z zakwaszeniem.

Djeta, stosowana w miażdżycy, należy właśnie do typu alkalicznych. Składa się ona z węglowodanów, jarzyn i owoców. Białka zwierzęce,

tłuszcze oraz alkohol nie są dobrze znoszone i za zwyczaj wywołują nawet pogorszenie. Mianowicie, wzrasta po takiej djecie ciśnienie krwi, które jest poniekąd wskaźnikiem miażdżycy.

W miażdżycy oraz sprawach naczyniowych, powstałych na tle podobnym, jak, na przykład *endarteriitis obliterans* — podaje się nawet leki alkaliczne, które jakoby zmniejszają lepkość krwi (dwuwęglany, cytryniany).

Także insulina cieszy się powodzeniem w leczeniu tych spraw.

Stosowanie insuliny oraz zasad w leczeniu dusznicy bolesnej jeszcze nie zostało dostatecznie wypróbowane. Zresztą, stosunki w tych przypadkach są bardzo skomplikowane.

To samo dotyczy stosowania insuliny w chorobach samego serca.

Jaki jest stosunek równowagi kwasowo-zasadowej do schorzeń układu żylnego, na razie nie wiadomo.

Z chorób, na które ostatnio zwrócono uwagę, jako stany kwasicowe należy wymienić także większość t. zw. stanów alergicznych szczególnie typu pokrzywkowego.

Leczenie sprowadza się w tych razach do podawania doustnego czy pozajelitowego zasad, lobeliny i t. p. środków działających na ośrodek oddechowy w kierunku wzmożenia wentylacji.

Leczenie djetetyczne od dawna opiera się właśnie na djecie typu alkalizującego a więc na mleku, węglowodanach, owocach i jarzynach. Tłuszcze, alkohol i białka są przeciwwskazane.

Jako środki pomocnicze przy odczulaniu stosuje się pepton w małych dawkach przed jedzeniem, który również działa alkalizująco.

Czy insulina byłaby wskazana w niektórych postaciach pokrzywki na razie nie ustalono.

Z innych stanów, połączonych z niewątpliwą kwasicą wymienić należy ciężę, już nawet normalną, a tembardziej stany ciężowe patologiczne i schorzenia, powstające na tle cięży.

Do tych ostatnich należą wymioty ciężowe, rzucawka i t. p. stany.

Djeta w tych razach winna się opierać na węglowodanach, mleku, jarzynach oraz owocach. Również przyjęło się stosowanie insuliny w leczeniu powyższych cierpień.

Z punktu widzenia profilaktyki należałoby stosować dietę alkalizującą już podczas ciąży normalnej, a tembardziej w przypadkach, kiedy w ciążach, poprzedzających ostatnią, występowały objawy zatrucia ciężowego.

Z innych stanów patologicznych, połączonych z kwasicą, wymienimy jeszcze stany po uśpieniu chloroformem lub eterem oraz substancjami podobnymi.

Djeta w tych razach, jeżeli można wogóle mówić o potrzebie djetetyki w tych stanach, winna być typu alkalizującego.

Stosowanie insuliny winno mieć dobre działanie szczególnie w przypadkach narkozy chloroformowej, która uszkadza wątrobę, a więc znów narzuca się potrzeba leczenia alkalizującego.

Z innych zatruc kwasicowych wymienimy samozatrucie, przebiegające pod postacią wstrząsu anafilaktycznego.



Czy w tych stanach również są wskazane djeta alkaliczna i insulina, nie jest jeszcze rzeczą pewną.

Zatrucia morfiną powodują między innymi także kwasicę. Wnioski, jakie należałoby wyciągnąć z tej okoliczności, są następujące:

Nie należy podawać morfiny w stanach chorobowych, przebiegających z podwyższoną acydozą.

Rzuca się w oczy niewłaściwość podawania morfiny w schorzeniach takich, jak wrzód żołądka, jak schorzenia wątroby i dróg żółciowych, oraz w sprawach, związanych z miażdżycą naczyń, poniekąd także w rozwolnieniach, które to stany przebiegają ze wzmożoną acydozą.

Wobec tego, że atropina ma działanie wprost przeciwnie w sensie alkalizacji, lek ten ma znacznie także jako odtrutka w sensie fizyczno-chemicznym. Stąd też może poniekąd wypływa uzasadnienie podawania łącznego morfiny z atropiną.

Z innych zatruc wspomnieć trzeba o zatruciach fosforem, arsenem i t. p. przetworami.

Związki tych pierwiastków działają zakwaszająco już w dawkach leczniczych, to też należy być ostrożnym z podawaniem ich w tych stanach, w których występuje acydoza.

W leczeniu ich duże znaczenie ma insulina oraz podawanie cukru i djety alkalicznej.

Zatrucie chloranem potasu również należy traktować jako acydozę — jednak wchodzi tutaj także w grę tworzenie się methemoglobiny.

Rzecz prosta, że w zatruciu kwasami wystąpi acydoza ze wszystkimi jej następstwami. Leczenie jest samo przez się zrozumiałe.

Naświetlania promieniami Roentgena wywołują początkowo acydozę, dość zresztą krótkotrwałą, zaś potem dłużej trwający stan alkaliczny. Działanie to promieni roentgenowskich zostało wyzyskane w leczeniu chorób, przebiegających z acydozą.

Natomiast następstwa bezpośrednie naświetlań promieniami Roentgena czyli t. zw. Roentgenkater leczy się najlepiej środkami zakwaszającymi, jak alkohol, sól kuchenna oraz nawet HCl.

Co się tyczy stanów chorobowych, przebiegających z alkalozą, to są one daleko mniej liczne i mniej dokładnie zbadane.

Jako klasyczny przykład alkalozы ustrojowej, cytowana jest tężyczka.

Cierpienie to, stojące w związku z zaburzeniem wydzielania wewnętrznego gruczołów przytarczycznych, połączone jest z odwapnieniem ustroju oraz z alkalozą.

Leczenie tej sprawy, jak wiadomo, w ostatnich czasach opiera się na zakwaszaniu ustroju, co najlepiej da się osiągnąć przez podawanie związków kwaśnych lub działających zakwaszająco. Do takich należą, poza właściwymi kwasami: solnym, fosforowym, takie związki, jak chlorek wapnia (jednocześnie podawanie wapnia) oraz chlorek amonu, który jest preparatem wybitnie zakwaszającym.

Djeta w tem schorzeniu winna się opierać na substancjach zakwaszających, a więc tłuszczach i białkach, z wyłączeniem lub ograniczeniem węglowodanów.

Djeta taka stosowana jest w Ameryce w ostatnich czasach, jakoby z dużym powodzeniem.

W stanach, które występują po zwężeniach odźwiernika (lub po zwężeniach górnej części jelit), mamy do czynienia z alkalozą na skutek utraty dużych ilości kwasów.

Ze względu na to, że zwężenia te powstają głównie na tle bliznowatego wrzodu, który wszak połączony bywa z acydozą, trudno jest ustalić zasady postępowania dietetycznego w sprawach podobnych.

Alkalozą w tych razach jest bardzo krótkotrwała i specjalnego leczenia dietetycznego nie potrzebuje. Doraźna pomoc w razie potrzeby sprowadza się do zastrzykiwania chlorku wapnia lub lepiej sodu w stężonych roztworach 10 — 20% (związki zakwaszające), które, zatrzymując wodę w tkankach, zmniejszają częstość i natężenie wymiotów.

W ostatnich latach stwierdzono jakoby pewną alkalozę także w niedokrewnościach, szczególnie w niedokrewności złośliwej (?).

Alkalozą w tym wypadku jest prawdopodobnie uwarunkowana zmniejszeniem liczby czerwonych ciałek, które są kwaśniejsze, niż surowica, oraz poniekąd także zmniejszeniem się ilości cholesterolu.

Djeta lecznicza, od niedawna stosowana, opiera się na podawaniu wątroby i mięsa, jednakże z wyłączeniem zupełnym tłuszczu, który uważany jest w tych razach raczej za szkodliwy.

Z drugiej strony leki, zwykle stosowane w leczeniu niedokrewności, jak żelazo, arsen i t. p. działają zakwaszająco. Natomiast jarzyn i owoce, zalecane także w dietetyce *anaemiae perniciosae*, miałyby raczej działanie alkalizujące.

Podobne nieco stosunki występują w niektórych cierpieniach nerek (?) (*nephrosis*), w których djeta winna się opierać na białku (nie jest to jednak pewne). W stanach tych stosowanie środków moczopędnych zakwaszających jak  $\text{NH}_4\text{Cl}$ ,  $\text{CaCl}_2$ , związki rtęci jest bardzo zalecane, jako że środki te zmniejszają wodochłonność tkanek.

Do alkaloz zaliczają obecnie schorzenia takie, jak padaczka oraz niektóre postacie bólów migrenowych.

Stany te pogarszają się przy podawaniu związków zasadowych.

U epileptyków np. można łatwo wywołać napad, każąc choremu wykonać szereg głębokich oddechów, które, jak wiemy, pociągają za sobą alkalozę przez silne wypędzenie  $\text{CO}_2$ .

Nieco podobnie zachowują się niektórzy chorzy z migreną, u których ból głowy się pogarsza.

Autorzy amerykańscy próbowali stosować u chorych tego rodzaju (padaczkowych i migrenowych) dietę zakwaszającą.

Djeta ta zawiera tłuszcze w dużej ilości, mniej białka (*minimum* życiowe), i prawie wcale nie zawiera węglowodanów.

Z drugiej strony leczenie głodowe również wpływa dodatnio na przebieg choroby i częstość oraz natężenie napadów.

U chorych tego rodzaju insulina byłaby przeciwwskazana, a może nawet wywoływałaby napady chorobowe (pokrewieństwo pomiędzy padaczką, a stanami epileptoidnymi jak hypoglikemja i t.p.).

Sporną jest rzeczą zachowanie się równowagi kwasowo-zasadowej w sprawach gorączkowych.

Podczas dużej gorączki istnieje, jak wiemy, hiperwentylacja oddechowa (*polypnoë thermica*), co pociąga za sobą zmniejszenie ilości CO<sub>2</sub> w pęcherzykach płucnych, czyli t. zw. alkalozę gazową. Ustrój odpowiednio do tego wydziela pewną ilość zasad drogą moczu.

Celowe byłoby zatem dla chorego podawanie pokarmów zakwaszających, a więc białka i tłuszczu ze względu na stan ogólny — rosół, mleko i t. p.

Radzą też niektórzy podawać chorym kwasy jako takie, a więc solny, fosforowy, kroplami w postaci lemoniady, a nawet alkohol.

Z drugiej strony nie wolno zapominać o tem, że choroby takie, jak zapalenie płuc włóknikowe, siłą rzeczy muszą wywołać kwasicę gazową ze względu na zajęcie dużej części płuc.

Podobne nieco stosunki, jak w zapaleniach płuc, znajdujemy i w innych stanach, przebiegających z chronicznymi cierpieniami płuc, a więc w dychawicy oskrzelowej, w rozedmie i w gruźlicy. Pierwsze dwa z wymienionych cierpień przebiegają jako typowe acydozy gazowe.

Djeta u takich chorych przeważnie stara się ograniczyć pokarmy zakwaszające, chociażby ze względu na to, że większość chorych należy do typu chorych sercowych i miażdżycowych.

Co się tyczy gruźlicy, to sprawa ta jest bardzo zawiślana. Mimo całego szeregu prac nie zdołano jeszcze ustalić, jakie stosunki zachodzą w ustroju gruźliczym. Jeżeli z jednej strony mówi się o acydozie gazowej skompensowanej lub nawet w końcowych okresach niewyrównanej, to z drugiej strony gorączka, jako taka, powodując częste oddychanie, wyrównywa te stany, a nawet poniekąd nieraz pociąga za sobą alkalozę.

W każdym razie djeta gruźlików od dawnych lat opierała się na tłuszczach oraz białkach. Podawano także gruźlikom w celu leczniczym szereg preparatów, które działają zakwaszająco, jak arsenik, fosfor, jak cholesteryna, chlorek wapnia i t. p.

Znane są nawet próby leczenia gruźlicy wdychaniem kwasów lub doustnym ich stosowaniem. Natomiast podawanie alkaliów, zdaje się, działa ujemnie na odporność gruźlików. Również niebezpieczna w użyciu u gruźlików jest insulina, która może doprowadzić do bardzo niebezpiecznych stanów. W ostatnim czasie szkoła Sauerbrucha wprowadziła leczenie djetetyczne gruźlicy. Djeta ta opiera się na mięsie i tłuszczach oraz na pewnych solach. Naogół ta djeta może być zaliczona do kategorii zakwaszających.

Atoli szereg innych autorów nietylko nie widzi nadzwyczajnych wyników z tej diety, lecz, przeciwnie, uważa ją poniekąd za szkodliwą.

Przyszłość pokaże, która strona ma rację. Względy empiryczne i ludowo-zwyczajowe przemawiają jednakże za dodatnim wpływem diety tłuszczowo-białkowej czyli zakwaszającej w gruźlicy.

Niekiedy zachodzi potrzeba wywołania zakwaszenia celem lepszego działania leków.

Warunki takie są naprzykład potrzebne dla prawidłowego działania urotropiny, która dopiero w odczynie kwaśnym odszczepia formalinę. Ma to znaczenie w schorzeniach dróg moczowych, które pragniemy odkazić. Jak wiadomo, podajemy wówczas kwasy, ażeby zmienić odczyn moczu.

Djeta zakwaszająca mogłaby może osiągnąć ten sam skutek, do czego też rozmaici lekarze zdążają.

Po zatruciach alkaliami, rzecz prosta, djeta, taksamo jak leczenie ogólne, stara się wyrównać alkalozę, powstałą w ustroju.

Zrozumiemy więc działanie kwasów, które z konieczności chory musi brać w stanie rozcieńczonym, ze względu na przełyk schorzały, oraz działanie tłuszczów, które działają zakwaszająco.

Na zakończenie musimy powiedzieć raz jeszcze, że przy ocenie djetetyki nie należy brać pojęcia zakwaszającej lub alkalizującej diety zbyt ciasno.

Każda substancja, pomimo własności, oddziaływujących na równowagę kwasowo-zasadową, ma także inne własności, niemniej może ważne dla leczenia.

Z drugiej strony, każde cierpienie nie jest li tylko zwyczajnem zaburzeniem równowagi kwasowo-zasadowej. Zjawiska patologji nigdy nie są tak proste.

Schemat djetetyki w naszym ujęciu ma niejako za zadanie ułatwienie orientacji w djetetyce, przyczem stawia na jednym poziomie leczenie djetetyczne z farmakologicznem.

Djetetyka, jako gałęź medycyny nowoczesnej, winna się oprzeć na tych samych zasadach, co patologia nowoczesna, a więc na chemji fizycznej i biologicznej.

Praca niniejsza stanowi tylko pierwszą część tego schematu, w którym ujmowalibyśmy całość djetetyki z punktu widzenia poszczególnych zjawisk fizyczno—i biochemicznych.

Drugiem założeniem, z którego wychodziliśmy, była wiara w instynkt człowieka, który, naszym zdaniem, ma duże znaczenie w djetetyce fizjo — oraz patologicznej.

Przez obserwację tego zmysłu naturalnego w kierowaniu się przyjmowaniem pokarmów i odpowiednią interpretacją możemy niejedno zjawisko lecznicze sobie wytłomaczyć, a nawet w związku z tym zmysłem naturalnym znaleźć nowe drogi dla leczenia.

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

### Patologia kliniczna i doświadczalna.

Pierre DELBET i C. PALLOS. Wpływ chlorku magnezu na rozwój raków szczepionych u myszy. (Bull. du cancer T. XVII. Nr. 5 1928).

Autorzy wprowadzali codziennie w ciągu 4 — 5 dni podskórnie 1 cm<sup>3</sup> bezwodnego chlorku magnezu połowie użytych do doświadczeń myszy. Następnie szczepili całej serji myszy nie-

typowego raka sutka o szybkim wzroście. Po zaszczepieniu guza stosowali w dalszym ciągu zastrzykiwania oraz podawali z pokarmem chlorek magnezu tym samym myszom w ciągu przeszło 2 miesięcy.

Okazało się, że zastrzykiwania przedwstępne chlorku magnezu nie wywierają żadnego wpływu na przeszczepialność nowotworu oddziaływają natomiast wybitnie hamująco na jego rozwój. Wielkość otrzymanych nowotworów u myszy magnezo-

wanych i kontrolnych wykazuje znaczną różnicę, która z upływem czasu coraz wyraźniej się zaznacza. Największy nowotwór magnezowany jest mniejszy od najmniejszego guza myszy kontrolnej. Związku między wielkością guza a przeżyciem zwierząt nie udało się zauważyć.

Badanie mikroskopowe wykazało zmniejszenie liczbowe figur podziału w nowotworach myszy magnezowanych.

Po 2 miesiącach wykonano drugą serję szczepień. Nowotwór jednej myszy magnezowanej oraz jednej kontrolnej z I serji zaszczepiono każdy 3 myszom.

Jedna mysz uciekła, u jednej nowotwór nie przyjął się. Z pozostałych czterech 2, zaszczepione nowotworem magnezowanym, otrzymywały w dalszym ciągu chlorek magnezu podskórnie. Różnica wielkości guzów wypadła jeszcze bardziej rażąco. Zwierzęta magnezowane po szczepieniu żyły przeciętnie o 11 dni dłużej od myszy kontrolnych.

Chcąc prześledzić wpływ chlorku magnezu na szeregu pasaży, autorzy wykonali III serję szczepień lecz nowotworu magnezowanego myszy z drugiej serji nie udało się przeszczepić żadnej z 6 myszy III serji.

Biorąc pod uwagę łatwą przeszczepialność nowotworu stwierdzoną poprzednio na szeregu pasaży, oraz dodatnie wyniki szczepienia w 2-ch pierwszych serjach, autorzy wysuwają przypuszczenie, iż chlorek magnezu po 2-ch pasażach na myszach magnezowanych wywołał zmiany w komórce rakowej pozbawiając ją zdolności wszczepiania się.

Z faktów powyższych autorzy wyciągają wniosek, iż chlorek magnezu wywiera wpływ hamujący na rozwój raka szczepionego u myszy, nie przesądając jego działania na raki u innych zwierząt oraz nowotwory innego typu.

Uwzględniając dodatni wpływ omawianej soli kwasu chlorowodorowego autorzy stosują ją u wszystkich chorych rakowatych: w przypadkach nieoperacyjnych w nadziei wstrzymania wzrostu nowotworu, u chorych operowanych — w celu uniknięcia odnowy.

S. P ó ł t o r z y c k a.

A. KRECKE. O przyczynach i znaczeniu rozpoznawczym t. zw. charłactwa chorych na raka. (Münch. med. Woch. Nr. 48 1928).

Autor dowodzi, że, o ile obecność wyniszczenia jest ważnym momentem różniczkowym w rozpoznawaniu raka, o tyle brak wyniszczenia nie przemawia przeciw temu rozpoznaniu.

Przyczyną wychudnięcia i bledności chorych na raka są częste (choć i drobne) krwawienia z nowotworu, owrzodzenia i ropienie (gorączka, utrata białka) lub wreszcie upośledzenie czynności ważnego dla ustroju narządu przez rosnący guz nowotworowy (przełyk, wpust, odźwiernik).

Jeżeli powyższych momentów brak, rak może przebiegać z doskonałym samopoczuciem i wyglądem chorych przez długi czas trwania cierpienia. Jako przykład autor przytacza nowotwory gruczołów piersiowych, macicy, żołądka (*fundus*).

Nawet przeryty nie wywołują charłactwa (np. do kręgosłupa), o ile nie uszkodzą ważnego narządu (np. wątroby).

R—t.

Artur ELKELES i Franz HEIMAN. O wpływie podniesionej ciepłoty ciała i ostrych chorób zakaźnych na zawartość cukru we krwi. (Wraczebnoje Obozrenje. 1928 Nr. 6).

Autorzy przeprowadzili badania nad zawartością cukru we krwi u dzieci, cierpiących na błonicę, zarówno w okresie ostrym, jak i w okresie porażen pobłoniczych. Nie spostrzegali przytem znaczniejszych odchylen od normy. Dopiero podanie doustne 10—20 gr. cukru gronowego, wzg. innego powodowało zwiększenie się we krwi ilości cukru bez cukromoczu, który zjawiał się po podaniu około 50 gr. cukru i to nie we wszystkich przypadkach. Podawanie łącznie z cukrem insuliny nie wpływało na zachowanie się cukru we krwi (zwiększona tole-

rancja na insulinę). Opierając się na danych z piśmiennictwa oraz na doświadczeniach własnych autorzy zaburzenia w przemianie węglowodanowej odnoszą do zwiększonego wydzielania adrenaliny oraz do zachwiania równowagi układu współczulnego. Nasilenie tych zaburzeń zależne jest nie od wysokości ciepłoty ciała (stosunkowo niska ciepłota w ostrym okresie błonicy, a brak jej podniesienia w okresie porażen pobłoniczych), lecz od stopnia zatrucia jadami drobnoustrojowymi.

K. C h o d k o w s k i.

## Bakterjologia i Serologia.

J. C. SMALL. O swoistości zarazka gośćcowego. (Am. Journ. of Med. Sciences Nr. 5 1928).

Autor opisuje nowy rodzaj paciorkowca, który, według niego, jest prawdziwym wywoływaczem schorzeń gośćcowych.

Jest nim t. zw. *streptococcus cardioarthritidis*, który posiada swoiste cechy rozpoznawcze, zarówno pożywkowe, jak i serologiczne.

Autor udowadnia zależność schorzeń grupy gośćcowej wyłącznie od wyżej wymienionego zarazka na podstawie bezpośredniego związku z gośćcem, stałej obecności zarazka u chorych gośćcowych, na dających się wywołać doświadczalnie u zwierząt zmianach swoistych, wytwarzaniu aglutynin w surowicy osobników chorych, obecności opsonin w surowicy chorych.

Autor stwierdza dodatni wpływ surowicy swoistej przeciwgośćcowej u chorych z gorączką gośćcową, płasawicą, zapaleniem wsierdza na tle gośćcowem oraz w podskórnych grudkach gośćcowych.

B. G.

J. C. SMALL. „*Streptococcus cardioarthritidis*“ jako przyczyna powstawania zakażenia gośćcowego. (An. of Int. Med. Nr. 6 1928).

Jeszcze w styczniu roku ubiegłego autor opisał nowy rodzaj paciorkowca, wyodrębnionego z krwi i wysięków gardzielowych w przypadkach gościa stawowego. Paciorkowce te nazwał „*streptococcus cardioarthritidis*“.

Działanie surowicy, sporządzonej z tego paciorkowca, było sprawdzone w 251 przypadkach.

Szybko i skutecznie działa surowica w przypadkach gorączki gośćcowej oraz w płasawicy.

Dobre wyniki stwierdzono także w przypadkach zapalen stawów, wsierdza, mięśnia sercowego, osierdza, opłucny, płuc i tkanki podskórnej.

W płasawicy drgawki ustępują już w tydzień po zastrzyknięciu surowicy swoistej.

Działanie ochronne surowicy trwa naogół niedługo, bo od 4 do 6 tygodni, jak to widać z nawrotów, wcale nierzadkich w przebiegu schorzeń gośćcowych. Jest to zgodne z działaniem innych surowic.

By zapobiec podobnym nawrotom, autor zaleca czynne uodparnianie za pomocą swoistej szczepionki zaraz po osiągnięciu odporności biernej.

Surowica lecznicza jest przygotowywana zarówno na bydło, jak na koniach i z jednakową naogół skutecznością.

Surowica bydłeca (krowia) ma tę wyższość nad końską, że objawy choroby surowiczej, wywoływane przez nią, są bardzo nieznaczne.

B. G.

## Lecznictwo.

E. REHN i H. ACHELIS. Odżywianie w schorzeniach chirurgicznych. (Therapie der Gegenwart N. 6—8 z r. 1928).

Pod wpływem zabiegu i związanego z nim rozpadu komórek powstają zmiany w zapotrzebowaniu tlenu, powstaje prze-

sunięcie się odczynu ustroju w stronę kwaśną, które ustrój stara się wyrównać również za pomocą zwiększonego zakwaszenia.

Powstają także zmiany w gospodarce wodnej ustroju. Pod wpływem uspienia eterowego, a jeszcze wybitniej narcylenowego, następuje rozszerzenie naczyń skórnych, i co zatem idzie zwiększone parowanie. Dochodzi do tego jeszcze utrata płynu wskutek krwawienia podczas operacji — w wyniku powstaje brak płynu, wyrażający się w uczuciu pragnienia, które jest charakterystyczne dla stanów pooperacyjnych. Jest więc rzeczą niezmiernie ważną zaspokoić to pragnienie jaknajprędzej, by choć w ten sposób ulżyć choremu.

Odżywianie chorego bezpośrednio po zabiegu jest siłą rzeczy ograniczone i ustrój musi sięgnąć do nagromadzonych zasobów, w pewnym rzędzie do tłuszczu.

Nie zrażając się brakiem łąknienia tak właściwym stanom pooperacyjnym, należy doprowadzać ustrojowi tłuszcz głównie spalające się w ustroju, najlepiej w postaci masła, czystego lub z potrawami płynnymi i papkowatemi. Bardzo pożywna jest także śmietanka.

Węglowodany chronią od spalania zasobów tłuszczowych i przytem są paliwem łatwo wchłanialnym, toteż zajmują ważne miejsce w djetetyce chorych chirurgicznych.

Co się tyczy białka to najlepiej je doprowadzać w postaci mleka, które jest jednocześnie doskonałym środkiem przeciwko pragnieniu (szczeg. zimne). W dalszym ciągu wchodzi w grę żelatyna i delikatniejsze gatunki mięsa.

Kiedy trzeba się uciekać do podawania dożylnego, względnie doodbytniczego?

W ostatnich czasach usiłowano zwalczać brak apetytu za pomocą insuliny w małych dawkach (10 — 20 jedn). Metoda ta daje naogół wcale dobre wyniki.

Co do odżywiania przed samym zabiegiem, to jak wiadomo najlepiej operować chorego naczczo.

Po operacji zaś pierwsze doprowadzenie płynu skutecznie za pomocą kroplówki, zawierającej alkohol w odpowiednim rozcieńczeniu.

W przypadkach pooperacyjnych schorzeń dróg żółciowych należy ograniczyć ilość tłuszczów, białko zaś jedynie w przypadkach, w których miąższ wątrobowy był poważnie uszkodzony. Specjalnym zadaniem djetetyki w przypadkach takich jest zwiększenie wydzielania żółci przez pokarmy węglowodanowe oraz utrzymywanie dobrych wypróżnień.

W sprawach zapalnych otrzewny przy zapalnym lub częściowym porażeniu mięśniówki przewodu pokarmowego odżywianie siłą rzeczy musi być skąpe, lecz zato możliwie bogate w kalorie. Najbardziej na miejscu jest odżywianie pozajelitowe, względnie doodbytnicze. Do rozczynów cukru można dodawać nieco insuliny. Pilną uwagę należy zwracać na zaspokojenie pragnienia; płyn ten służy zarazem do wyrównania utraty soków przez wzmoczone wydzielanie oraz do przemywania ustroju i wydalania jadów.

W zapaleniach otrzewny ograniczonych sprawa odżywiania jest znacznie prostsza, lecz i tutaj należy początkowo zastosować odżywianie pozajelitowe.

Pamiętać należy, że najważniejszym zadaniem djetetyki w tych razach jest utrzymywanie dobrej perystaltyki jelitowej. Jeżeli dojdzie do stanu ostrego porażenia żołądka, należy natychmiast przemyć i opróżnić żołądek i wyłączyć zupełnie odżywianie doustne.

W schorzeniach nerek djetetyka jest rzeczą bardzo wielkiej wagi. Kamice, t. j. wypadanie krystaloidów odbywa się wyłącznie w środowiskach kwaśnych. W myśl tej zasady Rehn zaleca śródżylne zastrzykiwanie 3% świeżo przygotowanego rozczynu  $\text{NaHCO}_3$ , w ilości około 40 cm.<sup>3</sup> na raz. Djeta winna uzupełnić tę alkalizację. Wyjątek stanowią kamienie z fosforanów wapnia, które należy leczyć zapomocą zakwaszenia.

Z pośród pokarmów działają alkalizująco: mleko, ser, ziemniaki, chleb pszenny, przetwory mączne, buraki, marchew, fasola, groch, szparagi, kapusta, banany, melony. Zakwaszająco natomiast działają; ryż, owies i jego przetwory (kasze) mięso, jaja, słonina, chleb żytni, porzeczki, masło, twaróg, smalec, orzechy, soczewica. Znacznie trudniej jest wpłynąć na szczawiany występujące zarówno w kwaśnym, jak i zasadowym moczu. W tych przypadkach należy unikać pokarmów zawierających dużo kwasu szczawowego jak to szpinak, rzewień, kakao, herbata, porzeczki.

W złamaniach kości idzie o obfitość wapnia oraz witamin. Wapń znajduje się w dużych ilościach w jarzynach, żółtku jaja, i szczególnie obficie w serze.

W gruźlicy chirurgicznej należy podawać obfite i bogate w kalorie pożywienie, zawierające przede wszystkim białko, tłuszcze i witaminy. Należy tutaj wymienić djetę Sauerbrucha i jego szkołę, która usiłowała wpłynąć na przemianę mineralną ustroju. Osiąga się to podawaniem jarzyn oraz specjalnego preparatu „mineralogenu“. Dobrze działa także tran. Natomiast wyraźnie zabroniona jest sól kuchenna.

Do prób leczenia surowymi produktami autorzy odnoszą się nieprzychylnie.

Sauerbruch i Hermannsdorfer polecają djetę zakwaszającą jako przyspieszającą gojenie ran.

Przed wycięciem żołądka dobrze jest podać kroplówkę, zawierającą 135 gr. kalorozy (prep. cukru) na 1 litr normosalu co odpowiada 10% glukozy. Z tego można wpuścić do 600 cm<sup>3</sup>. To samo w pierwszych 2 dniach po operacji. Na 3-ci dzień, co 1/2 godz. łyżeczkę zimnej niesłodzonej herbaty, Na 4 dzień nieco kleiku, 5-go dnia nieco żółtka i herbaty z mlekiem.

W przypadkach operowania raka żołądka należy być bardzo ostrożnym w podawaniu pokarmów w pierwszych dniach, z powodu szczególnie złego sklejanania się otrzewny i zrastania skóry. Odżywianie przez dłuższy czas ograniczać do drogi pozajelitowej.

W przypadkach zespolenia już pierwszego dnia można podawać herbatę, na III-ci dzień herbatę z mlekiem, na 6-ty dzień papkowane jedzenie.

Po rozległych rezekcjach żołądka, kiedy został usunięty aparat wytwarzający sok żołądkowy, a pośrednio także zmniejszone wydzielanie żółci i soku trzustkowego (regulacja odruchowa), djeta musi być przystosowana do zmniejszonej zdolności trawiennej żołądka.

Po rezekcjach należy więc przestrzegać następujących prawideł: unikać pokarmów, które nadmiernie pobudzają wydzielanie kwasu solnego (wrzody trawienne), które drażnią śluzówkę, względnie wywołują skurcze nadmierne żołądka, w wyniku czego pokarmy pozostają dłużej w żołądku. Zakazane są szczególnie ostre przyprawy, jarzyny wywołujące dużo gazów, (kapusta, brukiew i t. p.). Bardzo pożądane jest podawanie małych ilości tłuszczu przed jedzeniem.

Odżywianie przez przetokę żołądkową rozpoczyna się już w 12 godzin po zabiegu podawaniem płynnych pokarmów, stopniowo dochodząc do 4 posiłków po 500 gr. i do papkowatego mieszanego pożywienia.

W sprawach jelitowych można przystąpić do odżywiania już na 2-gi dzień po zabiegu, o ile perystaltyka jest wystarczająca. Po operacjach natomiast na jelicie grubym zachodzi obawa co do szwów, które w tych razach mogą puścić.

Po operacjach na odbytnicy podaje się przetwory makowca przez cztery dni, po tem zaś środek przeczyszczający i leką djetę.

Co do odbytu sztucznego, to odbyty założony w okolicy esicy nie wymaga spacialnej djety, trzeba jednak założyć pelotę możliwie prędko (po 14 dniach); zapobiega to biegunkom i nieżytom. Jeżeli zaś odbyty leży w okolicy kątnicy, to trzeba się liczyć z upośledzeniem wchłaniania płynów. Poza tem przez

pierwsze 4 — 5 dni dążyć należy do możliwego spokoju w jelitach, by umożliwić zrośnięcie się śluzówki ze skórą.

W schorzeniach trzustki, zarówno ostrych, jak i przewlekłych cierpi najwięcej wchłanianie tłuszczów, gdyż insulina umożliwia poniekąd przyswajanie węglowodanów. Należy więc ilość tłuszczu ograniczyć i podawać prócz tego preparat trzustki suszonej.

Co do operacyj na niemowlętach, to należy pamiętać, że mleko matki jest jedynym pokarmem racjonalnym, podawanie innych sztucznych pokarmów należy uważać poprostu za błąd. Operacje winny się odbywać naczczo, należy unikać wszakże dłuższej głodówki.

Na szczególną wzmiankę zasługują następujące cierpienia niemowląt:

Warga zajęcza — w tych razach należy wstrzykiwać dziecku mleko tak długo, dopóki będzie ono w stanie zupełnie swobodnie ssać, i to dopiero po zupełnym zagojeniu się szwu. Pokarm pozostaje ten sam — t. j. mleko kobiece.

U dzieci ze skurczem odźwiernika, które są zazwyczaj, bardzo wycieńczone z powodu silnych wymiołów, nie należy stosować wcale głodówki. Już w dwie godziny po operacji zaczyna się podawanie mleka w ilości 5 — 10 gr. co dwie godziny. Płyn natomiast w większej ilości trzeba dziecku wprowadzić drogą kroplówki odbytniczej lub też podskórną 4 razy po 100 cm<sup>3</sup>. fizjologicznego roztworu, co u dzieci jest wygodniejsze od kroplówki.

Przepukliny uwięzłe i wgłobienia, o ile wymagają rezekcji przedstawiają się prognostycznie niekorzystnie. Trzeba w tych razach pożywienie uczynić możliwie bogatym w kalorie i skąpem w substancje szlakowe. Temu odpowiada mniej więcej stężony roztwór cukru.

W przypadkach bez rezekcji leczenie jest podobne do leczenia skurczu odźwiernika. B. G.

F. BOURGEOIS i S. De SÈRE. O stosowaniu chlorku wapnia w krwotokach i skazach. (Paris Medical Nr. 41/1928 r.).

Stosowanie chlorku wapnia w przypadkach krwotoków oparte jest na badaniach Arthusa i Pagèsa, którzy wykazali, że dodanie rozpuszczalnej soli wapnia do krwi zwiększa jej krzepliwość.

W świetle badań fizyczno-chemicznych Nollf przypisał związkom wapnia znaczenie katalizatorów lub też, jak określił M. Bloch, znaczenie elektrolitu strącającego.

Stosowanie chlorku wapnia jest obecnie bardzo rozpowszechnione. W krwawieniach z przewodu pokarmowego czy z płuc podaje się dawki 3 — 4 gr. dziennie, częstokroć dodając do tego jeszcze żelatynę. Niekiedy, szczególnie w krwawieniach jelitowych, podaje się chlorek wapnia w postaci kroplówki doodbytniczej.

Ostatnio rozpowszechniło się także stosowanie chlorku wapnia w postaci zastrzykiwań śródżylnych. Rozczyny chlorku wapnia, używane do zastrzykiwań, wahają od 5 do 20% CaCl<sub>2</sub>.

Poza działaniem leczniczym objawowym czy, może również do pewnego stopnia, przyczynowym, sole wapnia mają także zastosowanie zapobiegawcze. Stosuje się je bowiem na szereg dni przed zabiegiem chirurgicznym, celem zmniejszenia krwawień operacyjnych.

Podobnie stosuje się wapń w żółtaczkach, szczególnie przed wykonaniem zabiegu.

W chorobach krwi — najrozmaitszych skazach krwotocznych: krwawiące, trombopenji, hemoglobinurjach napadowych oraz zakaźnych krwawieniach, sole wapnia mają rozległe zastosowanie.

Najlepsze wyniki daje dawka 3 — 4 gr. chlorku wapnia dziennie. Dawki większe działają znacznie słabiej; Wright nawet utrzymuje, że duże dawki chlorku wapnia zwiększają czas krwawienia. Stąd konieczność trzymania się dawek średnich.

B. G.

## Gruźlica.

KRUCHEN. O gruźlicy opłucnowo-otrzewnowej. (Deutsch. med. Woch. Nr. 21 1928).

Jednoczesne zajęcie opłucny i otrzewny da się rozpoznać wyłącznie na podstawie spostrzegania klinicznego. Doniesienia szeregu dawnych autorów (Northa, Delille, Wunderlich) jak i obserwacje K. przemawiają za tem, iż cierpienie omawiane jest odczynem całego ustroju, zjawiającym się u ludzi z konstytucją limfatyczną o budowie astenicznej.

Obraz chorobowy jest nader różnorodny. W wywiadach przeważa obciążenia rodzinne, częste zaziębienia, cierpienie gruczołów i skóry. Stań ogólny jest naogół dobry w przeciwieństwie do licznych skarg brzusznych, bólów w plecach i bokach; obok utraty łaknienia częste są odbijania, palenie, wymioty. Osłabienie i poty nocne trwają latami. Przewlekły charakter cierpienia, stosunkowo dobry stan ogólny, brak zmian w płucach przy stale podwyższonej ciepłocie tworzą cechy znamienne obrazu. Poza niestałymi objawami ze strony serca i krwi uderza brak przyspieszonego opadania krwinek, które znajdował aut. we wszystkich swoich przypadkach. Zdjęcia rentgenowskie przeważnie wykazywały silne wzmoczenie cieniów wnękowych.

Rozpoznanie różniczkowe musi uwzględnić w pierwszym rzędzie wrzód żołądka. Ścisłe rozpoznanie przedstawia często trudności nie do przewyciężenia.

Szereg objawów żołądkowych rozwinąć się może na tle *pleuritis adhaesiva basalis* oraz *perigastritis diaphragmatica pleurogenes*.

Pozatem różniczkowanie prowadzić należy w kierunku pęcherzyka żółciowego, zapalenia wyrostka oraz zajęcia gruczołów otrzewnowych.

Rokowanie jest przeważnie dobre. Jako środki lecznicze zaleca aut. ostrożną terapię bodźcową, naświetlanie lampą kwarcową i promieniami Röntgena.

M. Goldmann junior.

APOSTOLIDES i NADJISSARAUTOS. O leczeniu ropnych wysięków gruźliczych opłucny. (Paris Médical Nr. 34 z r. 1928).

Ropne wysięki opłucny u gruźlików, pozostawione same sobie, prowadzą po pewnym czasie do wyniszczenia; to samo następuje po dłuższym czasie w razie stosowania Inakluc z następczem wyciąganiem ropy. Leczenie operacyjne daje bardzo często źle gojące się przetoki lub sprowadza zakażenie wtórne.

Autorzy dążyli w leczeniu do zadośćuczynienia 2 czynnikom: możliwej jałowości opłucny i osuszenia jej przez zatrzymanie wydzielania się ropy, by dać możliwość płuc zajęcia swego normalnego miejsca. Daje się to skutecznie tylko przez częste przemywanie jamy opłucny niedrażniącym, lekko antyseptycznym płynem.

Z pośród rozmaitych płynów autorzy wybrali następujący: *Jodii puri* 1,0, *Kali jodati* 1,5, *Aq. dest. ad 5000 cm.<sup>3</sup>*. Płyn winien być oczywiście wyjałowiony.

Przemywanie odbywa się w ten sposób, że przez jeden otwór międzyżebrowy wyższy wprowadza się płyn jodowy, zaś przez drugi niżej położony wyciąga się z powrotem tak długo, dopóki płyn nie zostanie zupełnie klarowny po wyjściu.

Autorzy przytaczają szereg przypadków, leczonych w sposób podany, zaznaczając, że wszystkie się doskonale poprawiły w stosunkowo krótkim czasie. Podobnie dobrze odpowiadają na przemywania wtórnie zropniałe wysięki u gruźlików.

Co się tyczy natomiast wpuszczania oliwy jodoformowej po wypuszczeniu ropy, to autorzy nie widzieli po tem leczeniu żadnej poprawy, tak, że musieli się uciec do stosowania przemywań metodą własną.

B. G.

TIMOFEJEWSKIJ i BENEWOLENSKAJA. Szczepienie tkanek i leukocytów ludzkich prątkami gruźlicy Calmettea (B. C. G.). (Virch. Arch. T. 268, zes. 3).

Autorzy, przeprowadzając badania nad odczynem hodowli tkanek i leukocytów ludzkich na B. C. G., doszli do wniosków, że 1) Hodowle płodowych tkanek ludzkich nie wykazują prawie żadnych objawów rozpadu pod wpływem zakażenia B. C. G., tylko pewne zahamowanie wzrostu, które tłumaczy się, podobnie jak i późniejszy rozpad hodowli, przeważnie czysto mechanicznym działaniem kolonii B. C. G.

2) Komórki w hodowli tkanek i narządów płodowych ludzkich reagują na B. C. G. fagocytozą bakterij przez komórki wędrujące i osiadłe histjocyty oraz tworzeniem na drodze zlewania się komórek olbrzymich Langhansa, bądź zespólni komórek mórkwych. Gruźleńców typowych nigdy nie spotrzegali.

W ten sam sposób zachowują się hodowle leukocytów (jednojądrzastych) z normalnej krwi ludzkiej.

Co się tyczy losu B. C. G. w hodowli, to: 1) wzrost kolonij B. C. G. bywa w pewnych przypadkach bezspornie zahamowany przez obrastające je tkanki, 2) pochłonięte prątki B. C. G. wykazują często w ciele komórki zahamowanie rozmnażania, a czasem i całkowity rozpad. Dla porównania autorzy zakażali takie same hodowle prątkami gruźlicy o słabej zjadliwości i zjadliwymi prątkami. Wyniki tych doświadczeń były następujące. 1) Hodowle tkanek i narządów płodowych ludzkich wykazują w obecności mało zjadliwych bakterij mierny stopień z wyrodnienia głównie w sąsiedztwie kolonij bakteryjnych, przyczym tworzą się, chociaż w nieznacznej liczbie, typowe gruzełki

2) Zjadliwe prątki wywołują tworzenie się ognisk martwiczych. Odczynowe objawy ze strony komórek, jak fagocytoza i tworzenie gruzełków, schodzą tu na drugi plan w porównaniu z procesami zwyrodnienia.

N. Ambaszówna.

### Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

D. EISEN. O zmianach we krwi w schorzeniach złośliwych. (Am. J. of Med. Sciences. Tom 176, N 2, r. 1928).

Autor zestawia 353 przypadki o przebiegu złośliwym wraz z stanem morfologicznym krwi.

Najdalej posunięta niedokrewność występowała w przypadkach raka żołądka. W tej grupie niedokrewność była szczególnie wybitna u chorych z przewagą objawów krwotocznych i wyniszczeniem.

Najsilniejsze niedokrewności stwierdzone były w przypadkach gruczolako-raka, mniejsze w przypadkach raka zwykłego, galaretowatego lub marskiego (*scirrhus*), co się objaśnia przebiegiem złośliwym tego typu nowotworu.

Nie udało się stwierdzić zależności pomiędzy niedokrewnością a rozległością nowotworu, liczbą przerzutów i t. p.

Pacjenci u których schorzenie trwało długo, wykazywali słabsze stopnie niedokrewności, aniżeli tacy, u których schorzenie było jeszcze świeże. Prawdopodobnie dlatego, że w przypadkach starszych nowotworów ich przebieg był łagodniejszy, co właśnie spowodowało dłuższe trwanie.

Przeciętne zawartości cukru we krwi wynosiły 113 mlgr<sup>o</sup>o, ilość mocznika, kwasu moczowego były w granicach normy.

B. G.

CRAWFORD i WEISS. O podostrych postaciach białaczki. (Am Journ. of Med. Sciences N 5 z roku 1928).

Autorzy przytaczają wnioski, wyciągnięte z obserwacji 6 przypadków białaczki podostrej.

Początek był utajony, i stopniowo choroba rozwijała się w ciągu kilku miesięcy aż do zejścia niepomyślnego. Klinicznie przypadki przypominały dur lub zapalenie wśierdzia podostre.

Głównymi objawami były procesy martwicze w jamie ustnej i gardzieli, gorączka i stopniowo rozwijająca się niedokrewność.

Odczyn oksydazy czasem przydaje się do odróżnienia postaci limfatycznej od szpikowej, chociaż klinicznie czy praktycznie jest to bez znaczenia.

Hematologiczne odróżnienie od postaci z ostrą monocytotą i innych łagodnych odczynów szpikowych jest rzeczą bardzo ważną.

Uwidacznia się to na łagodnym przebiegu klinicznym, braku większych zmian w czerwonym obrazie krwi oraz postaci niedojrzałych w obrazie białym.

B. G.

HOFF. O roślinnej regulacji krwi. (Deutsch. med. Woch. N 22, 1928).

Prawidłowość zmian, spotykanych we krwi w szeregu spraw chorobowych, tłumaczy aut. działaniem istniejących mechanizmów regulacyjnych, pozostających w ścisłym związku z układem roślinnym

Liczne stany zakaźne, krótkie wzniesienia ciepłoty, wysiłek sportowy, okres przedperjodowy, okres przedśpiączkowy w cukrzycy i in. wykazują stałe początkowy wzrost leukocytów z przesunięciem wlewo, w okresie przejściowym wzrost monocytów, po którym wreszcie zjawia się limfocytoza z eozynofilią. W stanach tych można wykazać równoległe wahania w równowadze kwasowo-zasadowej ustroju, przytem stanom kwasicznym odpowiada przewaga obrazu szpikowego we krwi z przesunięciem wlewo, alkalozie zaś odpowiada limfocytoza z eozynofilią. Zależność ta stwierdza znaczne wpływy urządzeń roślinnych na obraz krwi. Charakterystyczny obraz krwi ilustruje aut. na przykładzie kwasicy cukrzyczej, zatrucia kwasem siarkowym oraz na przypadku, w którym doustnie podawano salmjak. Że w tym ostatnim przykładzie zmiany zależą od przesunięć równowagi kwasowo-zasadowej, a nie działania soli, dowodzą zmiany przy podawaniu sody: miały one charakter przeciwny. W związku z tem tłumaczy aut. objaw t. zw. limfocytozy wojennej zmianami alkalotycznymi krwi, zależnymi od nieodpowiedniego odżywiania się podczas wojny.

W malarji opisuje aut. równoległe wahania równowagi kwasowo-zasadowej, gospodarki cieplnej i obrazu krwi; w tęczyce podobnie przebiega natężenie objawów cierpienia, zawartość kwasów i zasad oraz obraz krwi.

Obraz szpikowy z przesunięciem wlewo pozostaje w ścisłej łączności z przewagą wpływów układu współczulnego (skaza angioneurotyczno-wysiękowa *Assmann*), limfocytoza z eozynofilią cechują t. zw. obraz przywspółczulny (wagotoniczny) — w dusznicy oskrzelowej, *obstipatio spastica, colitis mucosa* lub stanach alergiczno-anafilaktycznych.

Doświadczalne drażnienie nerwów współczulnych powoduje zjawienie się we krwi młodych form szpikowych, drażnienie nerwu błędnego daje limfocytozę z eozynofilią. Ścisłą zależność krwi od stanu nerwów autonomicznych potwierdzają dane anatomiczne, wykazujące obfitość nerwów autonomicznych w narządach krwiotwórczych.

Jednakże poza mechanizmami roślinnymi istotną rolę w kształtowaniu się obrazu krwi posiadać mogą i inne czynniki, jak np. pewne zarzki chorobotwórcze, cierpienia narządów krwiotwórczych, toksyny i t. p.

M. Goldman junior.

### Choroby dzieci.

R. HAMBURGER. Podstawy sztucznego odżywiania niemowląt. (Wraczebnje obozrenie Nr. 7—8, 1928).

Ponieważ zwykłe mieszanki niemowlęce pozostają w żołądku w ciągu 3—3½ godzin, tedy przy odżywianiu sztucznym przerwy pomiędzy poszczególnymi jedzeniami powinny wynosić

co najmniej 4 godziny. Niemowlę otrzymuje jedzenie 5 razy na dobę (godz. 6, 10, 14, 18, 22).

Do b o w a ilość pokarmu sztucznego powinna wynosić, przy wadze niemowlęcia 5 kilogramów,  $\frac{1}{5}$  —  $\frac{1}{6}$  wagi. Ilość tę należy podzielić na 5 równych porcji. Nie nowłeta, których waga przekracza 5 kilogr., nie powinny otrzymywać więcej ponad 800 gr. płynu na dobę (przytem ilość podawanego soku owocowego nie wchodzi w rachubę).

Tę potrzebę ograniczenia płynów autor tłumaczy tem, że większe ilości płynów nadmiernie obciążają przemianę materji u niemowlęcia, co doprowadza je niejako do przemęczenia.

Zdaniem autora, mleko nie jest najlepszym środkiem odżywczym dla człowieka, ilość jego powinna być ograniczona do  $\frac{1}{10}$  wagi dziecka. Dotyczy to niemowląt młodszych, których waga nie przekracza 5000 gramów. Ale i niemowlęta starsze, których waga jest wyższa, otrzymują tę samą ilość mleka, co młodsze (niemowlęta starsze otrzymują mniej mleka na kilo wagi, niż młodsze). A więc *maximum* podawanego mleka niemowlętom powinno wynosić 500 gr. Do takiego poglądu autor doszedł nietylko na podstawie bardzo dobrych rezultatów klinicznych, ale również na podstawie danych fizjologicznych: w miarę wzrostu dziecka i podnoszenia się jego wagi zmniejsza się zapotrzebowanie ilości płynu, określonej objętości pokarmów, podobnie zresztą jak zmniejsza się zapotrzebowanie kaloryj.

Węglowodany w odżywianiu niemowląt odgrywają rolę dominującą: ich dobową ilość powinna wynosić — według norm przeciętnych —  $\frac{1}{100}$  wagi dziecka. Jednak często prawidłowy przyrost wagi wymaga powiększenie tej ilości. To też zamiast wody autor dodaje do mleka 3% — 8% klej (z dodatkiem 20—40 gr. cukru na dobę). Mieszanka zawiera 50% do 66% mleka.

Dzięki zwiększonej ilości węglowodanów można przestrzecgać pożądanego ograniczenia płynów, o którym mowa była wyżej. Do koncentracji pokarmów prowadzi również dodawanie tłuszczów.

Od czasu wprowadzenia mieszanki C z e r n e g o - K l e i n s c h m i d t a podaje się tłuszcz (nawet niemowlętom młodszy) bez obawy, a zwłaszcza wtedy, kiedy należy podnieść stan odżywiania dziecka i kiedy na wprowadzenie dużej ilości węglowodanów niemowlę reaguje płynnym stolcem. W tych przypadkach najlepsze jest zastosowanie tłuszczu w postaci podsmażonego masła w mieszance C z e r n e g o - K l e i n s c h m i d t a (Mleko + zasmażka — 1:1. Skład zasmażki: 100 gr. wody + 5% mąki + 5% masła + 8% cukru).

Często dodaje się do mieszanek tłuszcz jako taki w ilości od 5% do 7%.

Jest rzeczą niezmiernie wagi stosowanie jarzyn, które należy podawać niemowlętom już z końcem V miesiąca życia.

Soki owocowe należy zacząć podawać pod koniec III miesiąca.

A. Festensztat.

B. Raymond HOOBLER. O symptomatologii awitaminozji B. (Journ. Am. Med. Ass. Tom 91, Nr. 5 1928).

Autor zestawił szereg objawów, występujących w przypadkach dziecięcej Beri beri (*polyneuritis avitaminolica*) na podstawie spostrzeżeń własnych i z piśmiennictwa.

Jaskrawe przypadki nie zdarzają się w krajach cywilizowanych, lecz mniej wyraźne przypadki istnieją niewątpliwie przy obecnej djecie, która po części wykazuje brak witaminy B.

Szczególnie brak ten daje się we znaki dzieciom karmionym sztucznie krowiem mlekiem z cukrem i mączkami. Odżywianie takie wywołuje szereg objawów, przypominających awitaminozję B.

Objawy, występujące przy djecie skąpej w witaminy, daje się łatwo usunąć przez podanie zwykłych drożdży piwnych w dostatecznej ilości, jako dodatku do zwykłej djety

Zespół objawów awitaminozji powyższej przejawia się w postaci braku łaknienia, straty wagi, stanu skurczowego mięśni kończyn górnych i dolnych, sztywności szyi oraz niepokoju i bojaźliwości.

Bładość i niski poziom hemoglobiny dopełniają obrazu.

B. G.

B. P. B. PLANTENGA. Kolutoksykoza niemowlęcia. (Jahrb. für Kinderh. 71 tom,  $\frac{3}{4}$  zeszyt).

Kolutoksykozą nazywa autor charakterystyczny obraz kliniczny cierpienia, zwanego dawniej *cholera infantum*, zaś od 1907 r. *intoxicatio alimentaria* (Finkelstein). Decydującą rolę w etiologii i patogenezie kolutoksykozy odgrywa, jak to wynika z dawniejszych doświadczeń autora na cielętach, pałeczka okrężnicy. Rozmnażanie się pałeczki okrężnicy w jelicie cienkiem zależne jest od stosunku, zachodzącego między pożywieniem a czynnością jelita. Stosunek ten może być niekorzystny zarówno z powodu nieodpowiedniego pod względem ilościowym lub jakościowym pożywienia, jak i naskutek zaburzeń w czynności jelita z powodu przegrzania, wycieńczenia, zakażenia jelitowego lub pozajelitowego. Niekorzystny stosunek pomiędzy pożywieniem a czynnością jelita wywołuje dalsze zaburzenia w czynności motorycznej, wydzielniczej i rezerwacyjnej jelita, które to zaburzenia są powodem powstawania zmian zapalnych śluzówki oraz rozmnażania się w jelicie pałeczki okrężnicy. W jelicie cienkiem wytwarza się kolitoksyna, która przechodzi do obiegu krwi i działając szkodliwie na nerw współczulny, wywołuje zjawiska zatrucia. Uszkodzona czynność jelita cienkiego pogarsza z kolei stosunek między pożywieniem a czynnością jelita; tworzy się *circulus vitiosus*, dzięki któremu wytwarza się więcej kolitoksyny i więcej przechodzi do krwioobiegu. Jeśli proces ten nie zostanie przerwany, stan dziecka szybko się pogarsza i następuje zejście śmiertelne.

Powyższe poglądy autora, zdobyte drogą doświadczeń klinicznych i na zwierzętach, są punktem wyjścia dla podstaw leczenia kolutoksykozy. Najkorzystniejsze jest leczenie za pomocą wstrzykiwania podskórnego swoistej surowicy, otrzymywanej przez uodparnianie koni szczepami *coli* i *paracoli*, wyhodowanych z moczu dzieci chorych na *nephropylitis*. Leczenie surowicą należy rozpocząć jaknajwcześniej, w dawkach wynoszących nawet u młodych niemowląt 20 cm<sup>3</sup>, w przypadkach ciężkich 30 cm<sup>3</sup>. Jeśli po 24 godz. nie następuje poprawa, należy wstrzyknąć jeszcze 10 cm<sup>3</sup>. Jednocześnie z leczeniem surowicą autor zaleca ograniczenie pożywienia ze względu na duże zmiany anatomiczne i czynnościowe śluzówki jelita; dzięki podaniu surowicy można uniknąć stosowania głodówki, poatem dawki pożywienia można szybciej zwiększać. Autor podaje początkowo 8 × 20 cm<sup>3</sup> maślanki z mąką ryżową i cukrem lub mleka białkowego + 3% węglowodanów. Najlepsze usługi oddaje pokarm naturalny. Zgodnie z poglądem swym, że zmniejszenie elastyczności skóry w przebiegu kolutoksykozy polega nie na wysuszeniu lecz na procesie o charakterze toksycznym, autor nie stosuje hipodermoklizy.

Spostrzegane w kolutoksykozie zmniejszenie serca naskutek wzmoczonego napięcia mięśnia sercowego, jest, zdaniem autora, przeciwwskazaniem do stosowania preparatów kamfory, lepiej podawać w tych przypadkach naparstnicę w postaci digalenu.

M. Stopnicka.

### Choroby nerwowe i psychiczne.

∞ M. A. GUREWICZ i M. J. SEREJSKI. Uczeńnik psychiatrii. Str. 400. Moskwa 1928. Wydawnictwo Państwowe.

Przedmówca podręcznika uważa za stosowne wyłomaczyć potrzebę jego z czysto utylitarnego stanowiska. Brak w Rosji krótkiej i zwieższej książki dla uczących się w rodzaju dawnego skrótu Kraepelina, odpowiednio zmodernizowa-

nego i uzupełnionego przez nowsze dociekania konstytucjonalne, endokrynologiczne i laboratoryjne z pogranicza somatyczno-klinicznego. Połączenie dwu młodych psychiatrów, anatomopatologa i endokrynologa, na dobre wyszło podręcznikowi. Wszystkie nowsze problemy, będące poniekąd *in statu nascendi*, zostały przelotnie wspomniane i przedyskutowane, racjonalne przewarstwowanie materiału klinicznego mniej się uwydatnia zarówno w klasyfikacji, jak w semiotyce działu psychopatologii ogólnej i szczegółowej. Pierwszy rozdział, ogólny, zasadniczo nie wiele się uchyla od dawnego Kraepelina i nowszego Bumkego. Druga część, czyli psychopatologia szczegółowa, omawia w 14-tu rozdziałach:

1. Objawy psychiczne w związku z zachorzeniem narządów wewnętrznych.
2. Psychozy zakaźne ostre.
3. Psychozy zakaźne podostre i przewlekłe.
4. Porażenia postępujące.
5. Psychozy na tle gruźlicy, urazów, udaru słonecznego. Psychozy w chorobach mózgu wewnątrzpo pochodnych i guzach. *Sclerosis tuberosa. Epilepsia myoclonica. Idiottismus amauroticus. Chorea Huntingtoni.*
6. Psychozy intoksykacyjne.
7. Psychozy starcze i przedstarcze.
8. Padaczka i jej psychozy.
9. *Schizophrenia. Paraphrenia.*
10. *Psychosis maniac-depressiva.*
11. *Psychosis paranoica.*
12. *Reactio psychogensca.*
13. Pograniczne stany psychiczne,
14. *Oligophrenia.*

Uderza rozdział 5-ty, który winien był znaleźć swe miejsce w rozdziałach 3, 13 i 14, i zamiast stanowić jakieś dziwne *mixtum compositum*, winien omawiać jedynie psychozy urazowe.

Papier wyborowy, druk wyraźny, oprawa wzorowa, cena przystępna.

H. Higier.

G. BODEK. *Das vegetative Nervensystem und seine Erkrankungen.* Berliner Klinik Nr. 380 str. 38. Berlin 1928.

Jeden z odczytów starej Berliner Klinik, założonej ongi przez prof. Hahna i Fühningera i pamiętającej lepsze czasy, gdy była prawie jedyna w Niemczech, a nawet wogóle w Europie Zachodniej.

Odczyt streszcza nieźle stanowisko układu współczulnego, opierając się głównie na pracach Glasera i Grevinga, Hessa i Dresla. Bardziej oryginalny i krytykę prowokujący jest dział terapii. Training autosuggestywny, jakaś metoda pośrednia między dawną perswazją Dubois i Schultza

a nowszą metodę Boudouina i Couégo, ma dawać znakomite wyniki w t. zw. nerwicach narządowych, zarówno sympatycznych, jak parasympatycznych.

H. Higier.

Dedele NEGRO. *Fityna w neurologji.* (Journal des praticiens. 1928. Nr. 24).

Autor w wstępie wskazuje na wielką ilość fosforu, zawartego w mózgu, surowicy, plemnikach i krwi oraz na wielkie znaczenie postaci, pod jaką fosfor bywa doprowadzany do ustroju. Nieorganiczne sole fosforowe tylko w bardzo nieznacznym stopniu bywają przyswajane przez komórki. Glicerofosforany są produktem regresywnej przemiany komórkowej, a podług doświadczeń de Stella i innych przyczyniają się tylko do wzmożonego wydzielania fosforu. Lecytyny łatwo się rozkładają. Za źródło fosforu N. uważa sole wapniowe, magnezowe żelazowe kwasu inozyt-sześcioposforowego.

N. stosował przetwórk, którego wzór podaje jako:  $C_6H_6(PO_4)_6 Mg_3Ca_3$ .

Z roli, jaką pierwiastek ten odgrywa w kiełkowaniu autor wnioskuje o działaniu na człowieka pod względem przyswajania fosforu i wapnia z powodu zawartości inozyt-sześcioposforanu wapniowo-magnezowego. Przetwórk ten podaje się po 1,0 — 1,5 gm. dziennie, i zawsze chętnie bywa on przyjmowany bez żadnych objawów ubocznych lub nietolerancji nawet w wielkich dawkach po 3,0 dziennie.

W neurastenji i myastenji przetwórk ten szybko sprowadzał poprawę stanu ogólnego, wzmożoną zdolność do pracy fizycznej i umysłowej; ergograf wykazuje wyraźny przybytek sił. Po pewnym czasie podnosi się i waga ciała, nieraz o 5 — 6 kg. wzrasta ilość hemoglobiny, liczba czerwonych krwinek, a fosfaturia ustępuje. Zaburzenia nerwowe w trawieniu ulegają szybkiej poprawie, zespoły objawów niedomogi duchowej, hysterji, zatrucia alkoholem, morfiną, kokainą i t. d., stany przygnębienia nerwowego po grypie a także neurastenja płciowa i t. d. również ulegają poprawie pod wpływem fityny. W wielu przypadkach organicznego urazu nerwowego, jak wiał rdzenia, zapalenie rdzenia, *poliomyelitis anterior acuta*, płasawica, zakaźne zapalenie wielonerwowe, fityna wzmacniała sprawność komórkową. W parkinsonizmie po zapaleniu mózgu większe dawki — do 3,0 dziennie przyczyniały się do wyraźnego ustępowania niedomogi. W chorobie B a s e d o w a prawie zawsze obserwowano poprawę stanu ogólnego, a często też znaczny przybytek na wadze.

W streszczeniu swych wywodów N. podaje, że inozyt-sześcioposforan jest środkiem, który winien być uważany za pożywienie, dostarczające żywym komórkom porcji wapnia, a w całości fosfor przyswajalny wyłącznie w związku organicznym.

X.

## Wskazówki praktyczne.

— W leczeniu mieszkowego zapalenia migdałków (*angina follicularis*) radzi Spiess stosować ogólną zasadę *uniuchomienia chorego narządu*. Do tego celu mają służyć duże dawki *makowca* — dla dorosłych najlepiej 3 razy dziennie po 20 kropel 2% pantoponu — i unikanie płukania gardła. Poza tem okłady zimne, a nawet pęczcherz z lodem na szyję, jeżeli gruczoły szyjne są bardzo bolesne. Chorzy, tak leczeni, nie mają żadnych bólów, są nieco senni, ciepłota zwykle po 24 godzinach spada, a plamy na migdałkach znikają w ciągu 24 godzin.

(Schweiz. med. Woch. 1928, N. 39).

— M. J. Gutmann otrzymywał dobre wyniki w leczeniu *astmy* przy pomocy małych, ale częstych doustnych dawek

*efetoniny* (Merck). Tam, gdzie efetonina zawodziła, dodatek kwasu solnego pomagał do wywołania efektu. Objaśnia się to spostrzeganą u astmatyków małą zawartością kwasu solnego w żółtku. (Fortschr. d. Ther. 1928. Z. 10).

— P. Freud radzi stosować *efetoninę* w przypadkach groźnego *pobłoniczego spadku ciśnienia krwi*. U 5-letniego dziecka, dotkniętego tem powikłaniem, wystarczała 1/4 pastylki, podana doustnie, do poprawy ciśnienia krwi.

(Med. Klin. 1928. Nr. 26).

— W *padaczce, astmie sercowej, zawrotach głowy i bezsenności na tle miażdżycy* radzi H. Erdmann podawanie przez czas



dłuższy następującej mieszanki: *Calcii brom.* 200 (ewent. jeszcze do tego *Natr brom.* 15,0), *Luminal natr.* 0,75, *Calcii lact.* 7,5, *Theobrom. natr. salicyl.* 7,0, *Codein. phosph.* 0,15, *Infus. Adonid. vern.* 3,0 : 200,0, *M. D. S.* 3—4 razy dziennie łyżkę stołową.

(Fortschr. d. Ther. 1927. N. 22).

— Seelig stwierdził u psów, którym podwijał przewod

Stenona. stały niski poziom cukru we krwi. Operacja ta u psów, pozbawionych trzustki, dodatkowo wpływała na ich hiperglikemję. Na tej zasadzie wykonano w 10-u przypadkach średnio ciężkiej i ciężkiej cukrzycy u ludzi podwiązanie przewodu Stenona i otrzymano w 7-u przypadkach działanie korzystne na zawartość cukru we krwi, cukromocz, kwasicę i czyraczość.

(Klin. Woch. 1928. N. 26).

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

### Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.

Posiedzenie z dn. 19.V.1928 r.

Prussak Leon *Przypadek choroby Basedowa z niedowładem mięśni gałek ocznych.*

S. H. I. 36. W końcu grudnia r. ub. po urazie psychicznym wystąpił wytrzeszcz gałek ocznych, a w połowie marca r. b. podwójne widzenie przy patrzeniu ku górze. Od 2 miesięcy chudnie i czuje się osłabiona. Od 3 tygodni drżenie głowy. Kiedy wystąpiło powiększenie tarczycy nie udaje się ustalić.

Badanie przedmiotowe wykazuje: lekkie powiększenie gruczołu tarczycowego (*struma vasculosa*), wyraźny wytrzeszcz gałek ocznych, objawy Dalrympla, Graefego i Moebiusa dodatnie. Nieznaczne ograniczenie ruchów gałek ocznych na zewnątrz. Zniesienie ruchu gałki prawej ku górze, lekkie ograniczenie tegoż ruchu po stronie lewej. Obraz pozorny przy patrzeniu ku górze znajduje się wyżej i jest pochylony, odległość pionowa obrazów zwiększa się przy odprawianiu. Obrazy są nałożone na krzyż (Dr. Zamenhof). Lekkie drżenie palców rąk oraz głowy. Tętno 138 na min. Ciśnienie krwi 145/75. Odczyn Wasserm. w krwi ujemny. Podstawowa przemiana materii wzmożona o 45,4% (Dr. Fejgin).

Obok typowych objawów choroby Basedowa stwierdza się niedowład mięśni prostych zewnętrznych.

Objawy takie spostrzegane były dotąd w bardzo nielicznych przypadkach choroby Basedowa.

Bau-Prussakowa. *Przyp. podostrego stwardnienia rozsianego z drganiami włóknikowymi i pęczkowemi.*

(Z oddz. chor. nerwowych dra E. Flatau w Szpita. na Czystem w Warszawie).

N. M. I. 39. Przybył do szpitala 29.IV b. r. Od 4 miesięcy zaburzenia łykania, uczucie ziębienia w języku i w l. policzku, zatrzymanie moczu, osłabienie funkcji płciowej oraz zaparcie stolca. Od paru miesięcy śmiech i płacz przymusowy. Od 4 tygodni uczucie drętwienia oraz osłabienie w kończynach górnych i dolnych.

Badanie przedmiotowe wykazało: oczopląs przy spojrzeniu w str. lewą i prawą; drżenie w dolnej części mięśnia okrężnego oka (z l. > pr.), nieznaczny niedowład dolnej gałki l. n. VII, zniesienie odruchu gardzielowego, zaburzenia łykania, zależne od porażenia *muscul. constrictoris pharyngis* i mięśni podniebienia miękkiego; osłabienia ogólne mięśni kończyn górnych i dolnych; wybitne drgania pęczkowe i włóknikowe mięśni ud (szczególnie na przedniej powierzchni) oraz mięśni łydek; osłabienie odr. brzusznych po str. pr. oraz odr. dolnego z l. str. wzmożenie odruchów ścięgniowych w kończynach dol. (pr. > l.), dodatni objaw Babińskiego po str. pr. i objaw Rossolimo z obu stron.

Płyn mózgo-rdzeniowy: Nonne-Appelt+; pleocyt=0. Odczyn Wasserm. z krwi i z płynu ujemny. Z pośród wszystkich wyżej wymienionych objawów, świadczących o prawie że równoczesnym zajęciu różnych odcinków ośrodkowego układu nerwowego przez sprawę chorobową, należy podkreślić zaburzenia łykania oraz drgania włóknikowe i pęczkowe, jako objawy niezmiernie rzadkie w przebiegu stwardnienia rozsianego.

Posiedzenie z dn. 2 VI 1928 r.

L. E. Bregman. *Napady padaczkowe z objawami płciowymi.*

16 letni chłopiec z Pińska. Pierwszy napad przed 2 laty po silnym wzruszeniu. Potem w ciągu roku tylko lżejsze napady (petit mal), od roku znów napady cięższe, powtarzające się coraz częściej, ostatnio po kilka razy dziennie. Napady prze-

ważnie o charakterze tonicznym, bywały także napady obrotowe (*Epilepsia rotatoria*). Po napadzie biega zamoczony po sali. W okresie napadów b. częstych chory osowiały, mowa zamazana, z trudnością zrozumiała. Po „Epileptikon” (w domu), po luminalu (w szpitalu) napady stają się rzadsze. Od 2 tygodni — pomimo nieprzyjmowania środków antyepileptycznych — napady stały się rzadsze, chory wesoły, mówi i chodzi dobrze.

Brat chorego miał od 13 — 15 r. napady padaczkowe. Chory przedstawia pewne cechy degeneracyjne czaszki. Rentgenogram czaszki wykazuje ognisko zwapniałe w części czołowej. Chory uczęszcza do szkoły powszechnej, jest zdolny i inteligentny. Brat chorego, który przywiózł go do Warszawy, zauważył, że chory częstokroć w czasie napadów miewa silny wzwód prącia (*erectio*) i w wielu razach następował wytrysk nasienia w czasie napadu. Kilkakrotnie spostrzegał także wzwód prącia przed występowaniem skurczów. Po napadach, rzadziej przed napadami chory dopuszcza się samogwałtu. W celu potwierdzenia tych danych umieściłem chorego w szpitalu. Stwierdzono, że w czasie napadu następuje wzwód prącia silny w napadach ciężkich, słaby w napadach poronnych; widziano także wytrysk nasienia. Parokrotnie spostrzegano samogwałt wnet po napadzie; gdy posługacz odsuwał rękę chorego, przedstawiał się onanizować. 2 razy pielęgniarka spostrzegła że chory dokonywa samogwałtu i gdy do niego doszła, rozpoczął się już napad padaczkowy.

Na objawy w obrębie narządów płciowych w przebiegu napadów padaczkowych mało się zwraca uwagi. W podręcznikach i monografiach znajdujemy o tem zaledwie krotkie wzmianki. Należy przypuszczać, że są to objawy, rzadko spostrzegane. Notowano przypadki, w których pewne uczucia w obrębie narządów płciowych — bóle w mosznie i jądrach, parcie na mocz, bolesne podnoszenie się jąder, parestezje w prąciu (Binswanger, Martini) — były zwiastunami lub „aura” napadu. Voisin mówi o długotrwałych erekcjach i częstych zmazach jako zwiastunach napadów. Martini spostrzegał wzwody prącia w czasie napadów. Ducoste podaje długotrwałe wzwody jako równoważniki napadu.

Co się dotyczy samogwałtu, to jest rzeczą wiadomą, że epileptycy w zamroczeniu ponapadowem popełniają częstokroć czynny nieprzyzwoity: rozbierają się do naga, wystawiają swe narządy płciowe (*exhibitionismus*), oddają mocz publicznie i t. p. O 2 epileptykach, którzy po napadzie dokonywali samogwałtu podaje Pirkucz.

U naszego chorego stwierdzono prócz tego, że popełniał to samo niekiedy także bezpośrednio przed napadem. Nasuwa się pytanie, czy w pewnych warunkach samogwałt nie może powodować napadu padaczkowego. Ze spółkowanie płciowe wywołuje niekiedy pierwszy napad, a czasami i następne, jest rzeczą wiadomą. Możliwe, że i samogwałt tę samą rolę odgrywać potrafi. Rodzina chorego twierdzi, że chory onanizuje się m. w. od roku i że od tego czasu napady stały się znacznie częstsze. Na uwagę zasługują także, że w szpitalu, gdzie roz-taczano nad chorem baczną opiekę, i wskutek tego przestał się onanizować, napady — bez przyjmowania leków — stały się rzadsze i lżejsze.

Co się dotyczy stosunku padaczki do samogwałtu, to obecnie przeważa pogląd, że samogwałt jest cechą degeneracyjną i niema z padaczką związku przyczynowego. Jednakowoż taki znawca padaczki, jak Fére, twierdzi, że samogwałt nie tylko przedstawiać może padaczkę utajoną (*Epilepsia larvée*), lecz w wielu razach jest istotną przyczyną padaczki. Ten sam pogląd wypowiada Sollier, nie mniej poważny badacz francuski.

A Krakowski i K. Poncez. *Zespół podobny do zapalenia wielonerwowego ze zmianami w płynie mózgowo-rdzeniowym.*

Chora G. I. 50 zachorowała przed 8 tyg. Nagle gorączka dreszcze, poczem parestezje i bóle w pkg., które rozprzestrze-

niły się na pozostałe kończyny i tułów. Bóle początkowo b. silne. Po 3 tyg. przestała chodzić. Mięśnie i pnie nerwowe wszędzie bolesne. Ruchy kończynami ograniczone, szczególnie w stawach barkowych i biodrowych. W kkg. i kkd. wybitny bezład. Zaburzenia czucia dotykowego i głębokiego w palcach rąk i nóg. Odruchy ścięgnowe zniesione w kkd., osłabione w kkg. Cały obraz chorobowy przemawiał za zapaleniem wielo-nerwowym, o charakterze czuciowo-afaktycznym.

Nietypowy był niedowład, ograniczający się do odcinków proksymalnych, oraz porażenie mięśnia prostego górnego w oku lewym, co wskazywało na częściowe zajęcie jądra nerwu okoruchowego. W płynie m. rdzeniowym zwiększona zawartość białka (0,75<sup>0/100</sup>) i nieznaczna limfocytoza (5 limfoc. w 1 mm<sup>3</sup>).

Wobec powyższych danych należało odstąpić od rozpoznania zapal. wielo-nerwowego i przyjąć sprawę ogólną zakaźną zarówno ośrodków, opon, jak i pierwiastków obwodowych. Szybsza, niż w zwykłych zapaleniach wielo-nerwowych, poprawa: bóle ustąpiły, ataksja zmniejszyła się, zawartość białka w płynie móż.-rdzen. wróciła do normy. Utrzymująca się limfocytoza (15 limf. w 1 mm.<sup>3</sup>) dowodzi, że stan podrażnienia opon nie ustał całkowicie. Przebieg cierpienia, w danym przypadku przemawia za sprawą zakaźną układu nerwowego (*encephalomyelitis disseminata*).

## Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Przypadek *agranulocytozy* w następstwie leczenia nowoarsenobenzolem (2 serje) zacytowali Jacquelin, Céllice i Langlois na posiedzeniu lekarzy paryskich szpitali w styczniu (Presse méd. Nr. 5). Na uwagę zasługuje, że, nie bacząc na nasycenie ustroju arsenikiem w anginie agranulocytowej stwierdzono obfitą florę krętkową i wrzecionowatą. Autorzy wyprowadzają słuszny zresztą wniosek, by w celu zapobieżenia podobnym, już teraz nierazdkiem następstwom leczenia arsenikowego kontrolować co pewien czas wzór krwi u tego rodzaju pacjentów.

Scherf i Zdansky zdawali na posiedzeniu Tow. medycyny wewn. w Wiedniu w listopadzie r. ub. sprawę ze swych doświadczeń nad *wpływem atropiny, adrenaliny i amylnitrytu na wymiary serca*. Stwierdzili oni, że wprowadzenie dożylnie 0,002 g. atropiny powoduje u ludzi ze zdrowym sercem i naczyniami zmniejszenie rozmiarów serca, tem przytem wyraźniej-

sze, im bardziej wzrasta częstość skurczów. Również u zdrowych ludzi dożylnie zastrzyknięcie 0,05 cm. 10% roztworu adrenaliny (przy badaniu rentgenokimograficznym) nie wywoływało rozszerzenia, lecz skurczenie się serca. Nawet gdy ciśnienie przekraczało 200 mm., nie stwierdzano powiększenia wymiarów serca. Podobnie zmniejszało się serce po wdychaniu amylnitrytu. (W. med. W.)

O nowym sposobie leczenia gruźlicy żywemi prątkami gruźliczemi mówił na posiedzeniu lekarzy styryjskich Kutschera. Wstrzykiwał on choremu na gruźlicę doskórnie emulsję saskich zakładów w soli kuchennej (10 milionów w 1 cm. 0,2% roztworu soli kuchennej). Zastrzykiwania robiono początkowo co 8—11 dni, następnie zaś co 4—8 tygodni. Ogółem po 3-ch zastrzyknięciach, dokonanych na sobie samym, K. zrobił ogółem 124 zastrzyknięcia 22 chorem w wieku od lat 14 do 64 i nigdy nie widział ujemnych objawów. W obecności alergji po kilku dniach do 2 tygodni wytwarzał się guziczek powoli miękający i ulegający zabliznieniu. W wypadku alergji ujemnej guzik powstawał dopiero po następnych zastrzyknięciach w miejscu pierwszego zaszczepienia.ród chorych leczonych było 8 u z ciężkimi objawami rozpadowemi i włóknami elastycznymi w płwocinie. Stwierdzono u nich znaczną poprawę. (W. med. W.)

Bardzo interesujące wyniki swych prób *fotografowania wnętrza żołądka* podali Porges i Heilpern na posiedzeniu Wied. Tow. Lek. Mała kamera jest zmontowana w zwykłej sondzie żołądkowej; jako źródło światła służy silny cienki drut wolframowy, który ulega pod wpływem silnego prądu przepaleniu i wydaje wtedy jasne światło. W celu uchronienia przed powłoką śluzową, utrudniającą dokonanie zdjęcia, kamera jest pokryta kondemem, który ulega największemu rozciągnięciu w celu wyprostowania fałd żołądka i wreszcie pęka, umożliwiając zdjęcie, gdyż w tej samej chwili błyska światło. Jak dotąd, są to próby początkowe, sama zaś metoda musi ulec udoskonaleniu. (W. m. Woch, 1929).

Niezbyt częsty przypadek *poprawy gruźlicy płuc u diabetyka po zastosowaniu odmy* obserwował Blum (posiedz. lekarzy szpitali w Paryżu, styczeń 1929). Założenie odmy wywołało podskok ciepłoty do 40° i znaczne pogorszenie moczołki cukrowej, doprowadzając do stanu przedśpiączkowego. Dwie dawki insuliny zwalczyły jednak to pogorszenie, dalsze zaś dopełnienia odmy doprowadziły po 10 miesiącach do całkowitego uciśnięcia płuca i do poprawy stanu ogólnego.

## Z j a z d y.

### Zjazd lekarzy powiatowych w Tarnopolu.

Dnia 16 stycznia r. b. odbył się w Tarnopolu zjazd lekarzy powiatowych Województwa Tarnopolskiego.

Zjazd, na który przybyli wszyscy lekarze powiatowi, zagał p. Wojewoda Moszyński, wzywając lekarzy powiatowych do energicznej działalności głównie w dziedzinie sanitarno-porządkowej, która, aczkolwiek znacznie się poprawiła, pozostawia jednak jeszcze dużo do życzenia.

W imieniu Władz Centralnych Państwowej Służby Zdrowia powitał zjazd Dr. Hryszkiewicz, Inspektor Państwowej Służby Zdrowia, przyczem zaznaczył, że tendencja Rządu, ażeby na przyszłość zjazdy odbywały się kolejno w miastach powiatowych, ma na celu z jednej strony zapoznanie się na miejscu wszystkich lekarzy powiatowych Województwa z urządzeniami społeczno-lekarskimi (jak: ośrodki zdrowia, stacje opieki nad matką i dzieckiem, sierocińce i t. p.) oraz leczniczemi (szpitale, sanatoria, uzdrowiska i t. p.), a z drugiej strony pobudzenie lekarzy powiatowych do emulacji przez wzmoczoną inicjatywę i działalność w tym kierunku.

Przystępując do wykonania porządku dziennego, p. Wojewoda, jako przewodniczący zjazdu, udzielił głosu wojewódzkiemu inspektorowi lekarskiemu Dr. Fejtowi, który w zwięzłym referacie o walce z chorobami zakaźnymi omówił sprawy, wymagające uregulowania, mianowicie sprawy izolacji chorych i ich otoczenia, sprawy aparatów dezynfekcyjnych i dezynfekcyjnych, sprawy wykrywania źródeł infekcji i t. p.

Następnie Dr. Gąsiorowski, Kierownik Państwowego Zakładu Higieny we Lwowie, wygłosił odczyt o wodzie pod

względem epidemiologicznym i kilka uwag o dezynsekcji i dezynfekcji.

Referaty sprawozdawcze o walce z chorobami społecznymi wygłosili: Dr. Nieć (Brody), Dr. Ławrowski (Brzeżany), i Dr. Zimmermann (Przemysły). Jak z referatów wynika, daje się zauważyć duży postęp akcji zapobiegawczej, mianowicie w roku 1927 było na terenie Województwa zaledwie 5 miejscowości z 5 poradniami społecznymi, a w roku 1928 było już 18 miejscowości z 47 poradniami. W każdej miejscowości jest lekarz, prowadzący poradnię, i wykwalifikowana higienistka - wywiadowczyni. Akcja dożywiania dzieci i rozdawnictwo tranu (w szkołach przez nauczycieli) jest już prowadzona w większości powiatów. Stale wzrastająca frekwencja poradni dowodzi zaufania, jakie te placówki potrafiły sobie zaskarbić u ludności.

Ciekawa jest próba rozwiązania akcji zapobiegawczej we wsiach, będących w znacznym oddaleniu od stałych ośrodków zdrowia, za pomocą „lotnych poradni przeciwgruźliczych i przeciwjagliczych”. Mianowicie, lekarz powiatowy wspólnie z higienistką objeżdża takie wsie w pewnych odstępach czasu, zatrzymując się w nich po kilka dni w zależności od potrzeby, robi przegląd wszystkich dzieci w szkołach, ochronkach, sierocińcach i t. p. zakładach, segreguje chorych na gruźlicę i jaglicę stosownie do ciężkości ich stanu, skierowuje ich do odpowiednich zakładów, względnie udziela pomocy lekarskiej na miejscu i jednocześnie poleca higienistce dokonywania wywiadów w rodzinie chorych i udzielanie odpowiedniego pouczenia. Sposób ten daje dobre rezultaty, przyczynia się bowiem do wyławiania chorych, niebezpiecznych dla otoczenia, i do zapewnienia im

opieki lekarskiej, a z drugiej strony pozyskuje zaufanie ludności do akcji zapobiegawczej.

W dalszym ciągu Dr. S a l a k, Naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, referował o projekcie rozwinięcia instrukcji dla lekarzy okręgowych i o inspekcji Kas Chorych przez lekarzy powiatowych pod względem leczenia.

W końcu, w związku z przedstawionymi przez lekarzy powiatowych sprawozdaniami o ich działalności w 1928 roku, zabrał głos Dr. H r y s z k i e w i c z, stwierdzając duży postęp zarówno w dziedzinie zapobiegania chorobom społecznym, jak i w sprawie polepszenia warunków higienicznych w miastach, oraz wzywając lekarzy powiatowych do skierowania swych wysiłków dla uporządkowania spraw sanitarno-porządkowych szczególnie we wsiach.

## Trzeci zjazd, poświęcony zagadnieniu reumatyzmu, w Berlinie.

Odbył się w Berlinie, w lokalach Ministerstwa Pracy od 5—8 listopada, pod przewodnictwem prof. D i e t r i c h a. Zjazd ten dowiódł, że kwestja schorzeń reumatycznych budzi coraz większe zainteresowanie w szerokich sferach. W zjeździe wzięło udział przeszło 200 uczestników, przedstawiciele władz instytucji ubezpieczeń społecznych, lekarzy, a przede wszystkim kierowników nauki lekarskiej i gospodarki społecznej.

Sekretarz towarzystwa dr. H i r s c h złożył sprawozdanie o stanie walki z reumatyzmem i wskazał przede wszystkim, że w wielu miejscowościach utworzono stacje dla badań i zwalczania chorób reumatycznych, jak w Berlinie, Wiesbaden, Akwisgran, Kapielisku Elster i Gottleuba. Najbliższym zadaniem towarzystwa, które jest o wiele trudniejsze, niżby się na pozór zdawało, jest rozgraniczenie pojedynczych schorzeń reumatycznych od siebie i stworzenie nomenklatury, na której podstawie będzie można przeprowadzić badania o rozmiarach chorób reumatycznych. Badanie przeprowadzone przez niemieckie towarzystwo walki z reumatyzmem w instytucjach ubezpieczeń społecznych, a szczególnie Kas Chorych, dowodzi, że panujący chaos w zakresie tej grupy chorobowej wymaga gruntownego wyjaśnienia.

Główną częścią zjazdu były demonstracje kliniczne chorób reumatycznych przez najwybitniejszych przedstawicieli nauki lekarskiej w zakładach leczniczych, a mianowicie:

Prof. Dr. A d r i o n (Berlin). *Schorzenia ogniskowe układu zębowego a reumatyzm.*

Nazwa *sepsis oralis* jest w literaturze angielskiej bardzo rozpowszechniona. Nie rozchodzi się właściwie o *sepsis*, tylko o stany metastatyczne, t. j. zęby są bramą wпадową dla chorób, które w innych miejscach silniej się uwidoczniają, aniżeli na samych zębach. Istnieje związek między schorzeniem ogniskowym zęba a reumatyzmem. Ogniskowe schorzenie zęba ujawnia się w postaci *periodontitis*, zwłaszcza na korzeniu i brzegu zęba. Takie zapalenia powstają wskutek próchnicy zębów. Z tego pierwotnego ogniska mogą drogą przerzutów powstawać choroby w innych miejscach, i już w r 1909 P a e s s l e r wskazał na związek między chorobami zębów i chorobami wewnętrznymi. Literatura wskazywała na łączność między chorobami zębów a schorzeniami reumatycznymi rozumując, że zęby są ogniskiem wпадowym dla bakterji, a szczególnie dla streptokokków. W klinice Mayo w Rochester studjowano bardzo szczegółowo tę kwestję i w każdym przypadku reumatyzmu przeprowadzano badanie rentgenologiczne zębów. W rzeczywistości wiele przypadków reumatyzmu stawów ma źródło w pierwotnych ogniskach zębów, ale nie należy się tak daleko posuwać, by wszystkie przypadki reumatyzmu wyprowadzać z choroby zębów i w każdym przypadku zębów usuwać. Zupełnie błędem jest, co się nieraz zdarzało, by w każdym przypadku reumatyzmu usuwać wszystkie zęby w przeświadczeniu, że w jednym przynajmniej zębie tkwi ukryte ognisko. W każdym zaś razie z faktu, że zęby są niejednokrotnie punktem wyjścia dla chorób reumatycznych, należy wysnuć wniosek, że leczenie korzeni zębów należy intensywniej przeprowadzać.

Prof. Dr. B e r g m a n n (Berlin). *O pseudo-reumatyzmie.* Stieker wprowadził leczenie wysokimi dawkami salicylu świeżego ostrego reumatyzmu stawowego, a leczenie to utrzymało się do dnia dzisiejszego. Gerhardt rozróżniał reumatyzm od reumatozów. Weintraub i Umber stworzyli podstawowe prace w chorobach stawów. Również wysunięty przez Krausa problem konstytucyjny będzie miał wielkie znaczenie w badaniach nad reumatyzmem. Na II klinice medycznej Charité, którą obecnie prowadzi Bergmann, niejedną rzecz stworzono w zakresie badań chorób reumatycznych.

Pojęcie reumatyzmu, które nie jest pojęciem naukowym, ale w literaturze przyjęło się, musi przede wszystkim być wyjaśnione. Ponieważ to pojęcie nie jest ściśle odgraniczone, przeto trudno jest od niego oddzielić pseudoreumatyzmy. Weintraub uważa ostry reumatyzm stawowy za rodzaj wielkiej reakcji alergicznej na streptokokki. Zapalenie wsierdzia (*endocarditis*) reumatyczne nie wykazuje żadnych bakterji, lecz znamiona obrony humoralnej; odgrywają przytem rolę procesy odporno-biologiczne. W ostrym napadzie dny trzeba myśleć o sprawie anafilaktycznej, w której miarodajna jest konstytucja, a zaziębnienie może być momentem wywołującym. Obydwa czynniki prowadzą do tego, że chondrotropowy kw. moczowy odkłada się w tkankach. W przypadkach chronicznych dny kw. moczowy nie jest miarodajny dla oceny choroby. I tu jest konstytucja czynnikiem decydującym. Nie rozstrzygnięto jeszcze, jaką rolę w chorobach stawów odgrywa proces dokrewny albo zakażenie. Subiektywne zapatrywania odgrywają jeszcze b. wielką rolę.

W każdym razie można powiedzieć, że bardzo ważne są w wielu przypadkach chorób stawów momenty dokrewny, z czego jednak nie wynika, że są one jedyną miarodajną przyczyną. We wszystkich przypadkach chorób stawów ważny jest fakt lokalnego pogotowia chorobowego tkanek. Reumatyzm mięśniowy należy jeszcze do spraw ciemnych. Senator umieszcza go w rubryce, nie dającej się zdefiniować. Chroniczny reumatyzm mięśniowy jest zjawiskiem rzadkiem. Pogląd Schadego nie daje się w całości utrzymać. Nerw i mięsień jest to aparat, działający wspólnie, i przeto w chronicznym reumatyzmie mięśniowym nie dają się one od siebie oddzielić. Istnieje cały szereg chorób, które wywołują złudzenie reumatyzmu, a zwłaszcza mięśniowego. W kamicy żółciowej promieniują bóle do pewnych grup mięśniowych, tak, że istnieje niebezpieczeństwo rozpoznania reumatyzmu mięśniowego, a w rzeczywistości jest to ból odruchowy. Ten promieniujący ból umiejscowiony zwykle jest po stronie prawej. Również i w dusznicy bolesnej (*angina pectoris*) zachodzą bóle promieniujące, które znow są umiejscowione po stronie lewej. I w tym przypadku można postawić błędne rozpoznawanie reumatyzmu mięśniowego. Tem bardziej jest to możliwe, że miażdżycowe objawy występują często bez podwyższonego ciśnienia krwi. Lokalne skurcze naczyń również wywołują często złudzenie reumatyzmu mięśniowego. W kamicy żółciowej promieniują często bóle do stawu barkowego, i niejedno rozpoznanie reumatyzmu stawu barkowego jest w ten sposób mylne. Podobnie mają się sprawy w chorobach miednicy. Szczególnie rak gruczołu krokowego daje często rozpoznanie reumatyzmu stawu biodrowego. Również rozpoznaje się niejednokrotnie reumatyzm mięśniowy tam, gdzie jest rak żołądka. Przede wszystkim długo nie rozpoznaje się charakteru bólów zależnych od wrzodu żołądka, a rozpoznaje się reumatyzm mięśniowy. Z tego wynika, że nie należy zbyt szybko rozpoznawać reumatyzmu, dopóki nie wyłączone innych przyczyn, wywołujących bóle, i niema danych pozytywnych dla reumatyzmu.

Prof. Gudzent (Berlin). *Kliniczne obrazy chorobowe reumatyzmu stawowego.* Podział chronicznych chorób reumatycznych natrafia jeszcze na wielkie trudności. Aczkolwiek dna i reumatyzm zostały dobrze opisane przez Hippokratesa, oddzielono dnę dopiero przed 100 laty dzięki pracom Sydenhama i Garroda, a jeszcze później ostry reumatyzm stawowy i zapalenie stawów, wywołane przez schorzenia centralnego układu nerwowego.

Pribram po raz pierwszy stworzył rzeczowy podział chronicznych zapaleń stawów, który musi być dziś uważany jeszcze za najlepszy. Odróżnia się przeto 5 postaci schorzeń stawów: 1) następczy reumatyzm stawów, powstały z reumatyzmu ostrego, 2) pierwotny chroniczny reumatyzm stawów, 3) zeszytwnienie kręgosłupa (*spondylitis ankylopoetica*, *spondylitis deformans*) 4) *osteo. arthropathia deformans* i w końcu 5) guzy Herdena. W każdej z tych grup jest ważny problem etiologiczny, a zwłaszcza: a) kwestja zakażenia ostrego, b) posocznicy przewlekłej, c) pasorzytów zwierzęcych, d) schorzeń hormonalnych, e) autointoksykacje, f) czynniki alergiczne, g) wpływ centralnego układu nerwowego, h) urazy, i) obciążenie statyczne, j) czynniki fizyczne, jak klimat, k) zaziębnienie, l) przemoczenie, m) pogody, n) moment konstytucyjny, o) zбочenia w odżywianiu. Wszystkie te przyczyny mogą ewentualnie wywołać zapalenie stawów, ale żadnego z nich nie można z pewnością uznać za przyczynę pierwotnego chronicznego reumatyzmu stawów. Dla większości przypadków właściwych zapaleń stawów nie jest jeszcze znana przyczyna. Rokowanie jest w wielu przypadkach mimo wszelką terapię niekorzystne. Dla postaci zapalnych jest ważna terapia antyflohistyczna i preparaty, działające analgetycznie. Dla postaci nie-

zapalnych wskazane są obok fizykalnego leczenia szczególnie substancje radioaktywne i leczenie zdrojowe.

Prof. Krückmann (Berlin) *Reumatyczne choroby oczu*. Nie można sobie stworzyć dokładnego obrazu o chorobach reumatycznych na podstawie istniejącej literatury i na podstawie dotychczasowych wykładów trzeciego zjazdu, poświęconego reumatyzmowi. Również i wiadomości o reumatycznych chorobach oczu nie są tak daleko posunięte, by można z nich wiele uzyskać dla poznania chorób reumatycznych, ale mimo to dają one nieco materiału dla ogólnego zrozumienia tego zagadnienia. W klinice ocznej widzi się trzy postaci schorzeń reumatycznych. Na zewnętrznych mięśniach ocznych, uwidacznia się porażenie reumatyczne nerwu twarzewego, jako typowe następstwo nagłego zaziębienia i ochłodzenia. Nado występuje często reumatyczna neuralgia *supraorbitalis*, która jest również następstwem zaziębienia. W przypadku tego nerwobólu winny być również zbadane jamy oboczne nosa, albowiem istnieje związek między ich schorzeniem a nerwobólem nadoczodołowym. Ważne są również schorzenia białkówki, którą można uważać za dalszy ciąg zewnętrznej pochewki nerwu ocznego. Możliwe jest także schorzenie okostny, które nieraz rozszerza się na białkówkę, która może być również siedliskiem guzów dnaowych. Według współczesnego stanu nauki tylko tęczęwka może zachorować reumatycznie. W każdym zapaleniu tęczęwki należy wyszukać źródło zakażenia, które często bywa utajone. Może ono znajdować się w migdałkach, zębach, gruczołach krokowym i t. d.

Prof. Baetznner (Berlin) *Uszkodzenia stawów sportowe*. Systematyczne badania zwłaszcza rentgenowskie stawów ludzi uprawiających sport, wykazały, że pewne ćwiczenia sportowe wywołują zmiany w stawach. Zmiany te odpowiadają w zupełności zmianom, które się uwidaczniają w starości skutkiem po-

wolnego rozwoju spraw patologicznych. U zapasników, bokserów i t. d. znaleźć można oderwanie części chrząstki. Łokieć boksera wykazuje charakterystyczne cechy. Wybujalności, które powstają w stawach, są umiejscowione w ścięgnach, ale nie w kościach. Sport nie może mieć charakteru widowiska i stać się zawodem, a tylko wówczas zdziała coś dobrego, jeżeli rozwijać się będzie w sensie popierania zdrowia czyli, że będzie uprawiany higienicznie.

Dr. Zimmer (Berlin) *Przyczynki do diagnostyki etjologicznej chronicznych chorób stawów*. Na pierwszym posiedzeniu niemieckiego towarzystwa przeciwreumatycznego w sierpniu 1927 omawiano ten sam temat, a przytem wyróżniono trzy grupy chorobowe i ich leczenie. mianowicie stosunek żyłaków i otyłości dokrewnej do zniekształcającego zapalenia stawów, nado *polyarthritus chronica* charakteru dokrewnego. Wszyscy chorzy z tych trzech grup, którzy byli demonstrowani w r. 1927 jako wyleczeni, z poprawą lub bez dolegliwości zostali wezwani na to posiedzenie. celem ich ponownego przedstawienia. W ciągu tego czasu nie byli leczeni. Pokazało się, że osiągnięta poprawa i brak zaburzeń utrzymały się i wszyscy chorzy przez cały ten czas byli zdolni do pracy. W leczeniu żyłaków zastosowano wstrzykiwanie do żyłaków 20% roztworu soli kuchennej, w leczeniu otyłości djeta ścisła o 1300 kalorjach i wewnątrznie inkretan. Chorzy po utracie około 30 funtów nie zachowali nadal djety, ani nie byli leczeni, a przybyło im tylko kilka funtów. Z trzeciej grupy przedstawiono stare i nowe przypadki, które były leczone preparatami jajnikowymi, i w których leczenie doprowadziło do stanu normalnego. Z przedstawionych przypadków wynika, że należy stosować terapię etjologiczną. Gdzie zaś to przeprowadzić się nie da, należy stosować terapię drażniącą (Yatrencaseina). (D. n.)

Kłuszyński (Warszawa)

## Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

### Uwagi do artykułu d-ra J. Babeckiego p. t. „Opieka lekarska w szkole“<sup>1)</sup>.

Podał

Dr. Stanisław KOPCZYŃSKI, naczelny wizytator hig. szk. w Ministerstwie W. R. i O. P. (Warszawa).

Niezmiernie żałowałem, że nie mogłem być obecny na posiedzeniu Towarzystwa Medycyny Społecznej, na którym dr. Babecki wygłosił odczyt pod powyższą podany tytułem. Nie wątpię, że po otrzymaniu odemnie wyjaśnień prelegent skorygowałby swój rękopis przed oddaniem go do druku. Ponieważ tak się nie stało, przeto korzystam z gościnności Sz. Redakcji i na tem miejscu pragnę dać w tej sprawie parę zasadniczych wyjaśnień i sprostowań.

1. Dr. B. nie rozróżnia kilku rodzajów istniejących instrukcyj, o obowiązujących lekarzy szkolnych. Inna jest dla lekarzy szkolnych, czynnych stale w szkole, np. w gimnazjach, seminarjach nauczycielskich, — inna jest dla lekarzy, odwiedzających szkołę np. raz w tygodniu, lub gdy chodzi o lekarzy rejonowych 2 3 razy do roku. Stosowanie zadań instrukcji pierwszej do lekarzy drugiej i trzeciej kategorii oczywiście jest niewłaściwe, lecz władze oświatowe tego nie czynią.

Wymagania, które możemy stawiać lekarzowi w gimnazjum, spędzającemu w niem 2½ godziny

i mającemu pod swoją opieką przeciętnie 400 młodzieży, muszą być z natury rzeczy inne, niż wymagania, stawiane np. lekarzowi rejonowemu, który zaledwie kilka razy do roku zajędzie do szkoły na wsi.

2. Dr. B. w związku z tem nie docenia różnic warunków lokalnych i terenowych miast i wsi. 1000 szkół średnich i 26000 szkół powszechnych miejskich i wiejskich posiadają najrozmaitsze warunki pracy, i ujednostajnienie nadzoru lekarskiego nad nimi jest rzeczą niemożliwą. Łatwo jest o lekarza szkolnego w Warszawie, gdzie przebywa z górą 2000 lekarzy, a trudno w powiatach wiejskich na kresach.

3. Dr. B. nie uświadamia sobie należyte celu prowadzenia indywidualnych kart zdrowia.

Kart zdrowia ze szkół z całej Polski nikt nie zamierza zbierać i opracowywać bezpośrednio. Cel prowadzenia karty zdrowia — to dobro ucznia. Zestawienie z kart czyni lekarz szkolny dla danej szkoły, a wizytator okręgowy szkolny dla szkół danego okręgu. Jak jeden z okólników ministerjalnych powiada: „statystyka lekarska winna służyć przede wszystkim za ilustrację działalności higienicznej lekarza w szkole i wykazywać liczbowo korzyść z przedsięwziętych zamierzeń w celu poprawy warunków zdrowotnych szkoły i uczęszczającej do niej młodzieży“.

W sprawozdaniach lekarskich chodzić nam winno nie tyle o zaznaczenie, ilu szkoła posiada krótkowidzów, ilu jakałów, ilu dotkniętych skrzywieniem kręgosłupa, — lecz: ilu uczniów dzięki

<sup>1)</sup> p. „Warez. Czas. Lek.“ NN. 3 i 4 r. 1929.

interwencji lekarza zaopatrzyło się w szkła, ilu poprawiło wymowę, ilu naprostowało kręgosłup i t. p.

4. Dr. B. nie wie, że władze oświatowe nie żądają corocznych „metryk budynków szkolnych“.

Po dokonaniu i przedstawieniu władzom opisu sanitarnego budynku szkolnego, — a samo dokonywanie opisu jest bardzo celowe, gdyż zmusza kierownictwo szkoły do zwrócenia uwagi na szereg szczegółów (np. obszar podłogi i przepelnienie klas, stopień oświetlenia klas, odległość ostatniej ławki od pieca lub grzejnika i t. p.), — władze oświatowe żądają tylko corocznie zaznaczania, czego dla poprawy warunków sanitarnych w szkole w roku ubiegłym dokonano. Cel tego zarządzenia — pobudzanie kierowników szkół do nieustannego ulepszania warunków sanitarnych lokali i budynków szkolnych.

5. Dr. B. nie może się zdecydować, czego od lekarza szkolnego ma wymagać. Raz pisze o doniosłości badań lekarskich szkolnych, drugi raz znowu zwalnia lekarza szkolnego od wszelkich badań lekarskich, czyni go urzędnikiem, któremu zakazana jest praktyka lekarska, a który jest czynny przy dozorach szkolnych powiatowych i wojewódzkich. Dr. Babecki miał tu zapewne na myśli rady szkolne powiatowe i wojewódzkie, tak zwane okręgowe. Lekarze ci mieliby dokonywać ogólnego nadzoru lekarskiego. Otóż, gdy chodzi o 11 okręgów szkolnych na terenie Rzeczypospolitej, to istotnie przy kuratorjach okręgów szkolnych takich wizytatorów higieny szkolnej i wychowania fizycznego władze szkolne przewidują i w większości okręgów szkolnych ich powołały. Rola ich to czuwanie nad całokształtem spraw z dziedziny higieny szkolnej i wychowania fizycznego w szkołach okręgu, kontrolowanie pracy lekarzy szkolnych czynnych, koordynowanie ich czynności, opracowywanie dla władz centralnych sprawozdań z okręgu. Natomiast w poszczególnych powiatach chodzi nie tyle o kontrolerów pracy lekarzy, ile o samych wykonawców. Otóż, jak wykazało życie (próby, czynione w powiatach: Lubelskim, Sochaczewskim, Grójeckim), jeden lekarz szkolny na powiat kosztuje zbyt drogo, pracuje mało wydajnie wskutek trudności w pokonywaniu odległości, natomiast lekarze rejonowi mogą częściej w swym rejonie wizytować szkoły. Lekarz szkolny winien pracować w szkole.

6. Dr. B. nie widzi trudności w ściąganiu wszystkiej dziatwy szkolnej do poradni szkolnych.

Jeżeli w całej Anglii, gdzie sprawa opieki higieniczno-lekarskiej nad dziatwą szkół powszechnych jest najlepiej postawiona, istnieje zaledwie 1150 klinik i poliklinik szkolnych, to rozwój tych instytucji u nas w Polsce będzie szedł jeszcze wolniej. Dzieci winny być doraźnie badane w szkole, a tylko w razach potrzeby (podejrzenie o gruźlicę, o krótkowidztwo, stwierdzenie próchnicy zębów i t. p.) winny być kierowane do przychodni szkolnych. Pomysł zwożenia wszystkich dzieci z powiatu do jednej przychodni szkolnej powiatowej do badań lekarskich wydaje mi się utopją.

7. Dr. B. przecenia rolę instytucji Kas Chorych w organizowaniu ośrodków zdrowia i poradni szkolnych. Insty-

tucje te czynne są przeważnie w miastach, a znakomita większość szkół dotyczy wsi.

8. Dr. B. nie dostrzega, że przelewanie na nauczycielstwo obowiązku badań lekarskich jest w praktyce niewykonalne.

Niech nauczycielstwo dba o atmosferę higieniczną w szkole, niech starannie kontroluje czystość dziatwy szkolnej, niech przestrzega terminu izolacji od chorób zakaźnych, niech wreszcie w pogadankach uświadamia dziatwę o doniosłości stosowania zasad higieny, — to już zrobi wiele. A oględziny lekarskie niech pozostawi lekarzowi, który, gdy np. chodzić będzie o szkoły po wsiach, a wszak tych jest najwięcej, — choć zrzadka szkołę odwiedzi. Bytność nawet sporadyczna lekarza w szkole powszechnej zmuszać będzie nauczyciela do większej dbałości o stan sanitarny budynku szkolnego i o czystość dziatwy szkolnej, — a przypadki, które go przy oględzinach uderzą, podda szczegółowemu badaniu lekarskiemu.

9. Dr. B., zbyt krytykuje zdolności pedagogiczne lekarzy, kiedy mówi, że „wykładanie higieny przez lekarzy niepedagogów ma wartość wątpliwą“. Oczywiście, że w 26.000 szkół powszechnych nie lekarz będzie nauczał higieny, lecz nauczyciel, mający przygotowanie przyrodnicze. W 1000 jednak szkół średnich, seminarjów nauczycielskich, w szkołach zawodowych, — lekarz może i powinien nauczać higieny i ratownictwa, a jak wynika z moich obserwacji, z każdym rokiem czyni to coraz lepiej. Nie przyrodnik, a lekarz przedstawi młodzieży sprawy zdrowia pod kątem widzenia higienicznym.

10. Dr. B. nietrafnie chciałby z żon woźnych wytworzyć kadry higienistek szkolnych.

Dla powagi sprawy osoby, czuwające nad higieną w szkole, winny posiadać wyższe kwalifikacje, w przeciwnym bowiem razie nie będą posiadały autorytetu ani wśród dziatwy szkolnej, ani wśród nauczycielstwa.

### W odpowiedzi Panu Dr. Kopczyńskiemu w sprawie uwag do mego artykułu p. t. „Opieka lekarska w szkole“.

Podał

J. BABECKI (Warszawa).

Pragnę rozpocząć od zupełnie szczerego podziękowania Panu D-rowskiemu, że był łaskaw zwrócić uwagę na mój artykuł. Skoro Naczelny Wizytator Higieny w Ministerstwie W. R. i O. P., którego wielkie zasługi na polu higieny szkolnej i pismnictwa w tej dziedzinie są powszechnie znane — zabiera głos, wystarczy, aby moim artykułem zainteresowało się wielu lekarzy szkolnych i pedagogów, a oto mi przedewszystkiem chodziło.

Tem nie mniej nie mogę się zgodzić na postawione mi zarzuty.

1 i 2. Na zarzut, postawiony mi w punkcie 1-ym i 2-im, jakobym nie rozróżniał, dla kogo jest

przeznaczona Instrukcja Ministerjalna, nie zasłużyłem, gdyż w całym artykule mówiłem o czynnych lekarzach szkolnych, przeciw którym, w dzisiejszej ich koncepcji, występowałem.

3. Nie wiem, na czym oparty jest stawiany mi zarzut, jakobym nie uświadamiał sobie, do jakiego celu mają służyć karty zdrowia, gdyż w artykule swym kładłem nacisk na to, że właściwym ich celem musi być ułatwienie stałego i systematycznego nadzoru nad stanem zdrowia dziecka, i do tego właśnie celu nie nadaje się zupełnie ich obecny, przepisowy wzór, zarówno pod względem treści, jak i formy, co uniemożliwia korzystanie z nich przez czas dłuższy, nie mówiąc już o tem, że powinny one być prowadzone przez lat kilka — przez cały czas pobytu dziecka w szkole.

4. Co do metryk budynków szkolnych, nie przeczyłem ich wartości, wolałbym je tylko widzieć zwięzłymi, łatwymi do opracowania, gdyż, tak jak obecnie, dzięki trudnościom technicznym, związanym z ich wypełnieniem, dane są niejednokrotnie wzięte z pamięci i nieścisłe.

5. Do zarzutu, postawionego mi w punkcie 5-ym, jakobym nie mógł się zdecydować, czego chcę od lekarza szkolnego, poczuwać się nie mogę. Za dowód tego może służyć fakt, że w końcu mego artykułu jeszcze raz staram się ująć moje w tej sprawie poglądy: uznaję czynnych lekarzy szkolnych za instytucję zbyt kosztowną, a przynoszącą korzyści niewspółmiernie małe do wydatków z nią związanych. Piszę dalej, że wszelkie badania ściśle lekarskie powinny przejść do poradni szkolnych, gdzie winni pracować lekarze klinicyści i specjaliści. Według mego poglądu lekarze szkolni, których liczba wtedy byłaby stosunkowo niewielka, powinni być zupełnie zwolnieni od badań dziatwy i lecznictwa, a stać się istotnymi lekarzami higienistami.

6. Trudności w ściąganiu dziatwy 3 razy w ciągu 7 lat do powiatu do poradni widzę i w artykule moim o tem pisałem, ale przypuszczam, że nie są one nie do przewyciężenia. W Anglii tysiące dzieci ułomnych i wątłych odwozi się codzień o kilka, a nieraz i kilkanaście kilometrów, nietylko do lekarza, ale i do szkoły. Fakt, że w Anglii jest dotychczas tylko 1150 klinik szkolnych, utwierdza mnie w przekonaniu, że nasze braki w tym względzie jaknajszybciej należałoby uzupełnić.

7. Przeceniając społeczną rolę Kas Chorych, miałem na myśli Kasy takimi, jakimi być powinny, a nie koniecznie jakimi one są dzisiaj.

8. Najzupełniej nie zgadzam się z Dr. K., aby przelewanie części opieki nad zdrowiem dziecka w szkole na nauczycieli było niepotrzebne lub

trudne. Nauczyciel, jak to podkreślałem w artykule, ma za obowiązek wychowanie przyszłych obywateli, musi więc w pierwszym rzędzie czuwać nad ich zdrowiem i uczyć, jak je chronić należy. Nawet tam, gdzie jest lekarz szkolny, nauczyciel musi zwracać zawsze uwagę, czy dziecko zachowuje się normalnie, czy nie zdradza objawów choroby. Dr. K. posądza mnie o to, że chcę robić z nauczycieli lekarzy, chociaż ja pisałem wyraźnie, że badanie dzieci przez nauczycieli nie ma na celu ani stawiania rozpoznania, ani leczenia, lecz jedynie jest wyrazem stałego nadzoru nad normalnym rozwojem dziecka.

W tym punkcie różnimy się zasadniczo. Ja chciałbym, aby nauczyciel dbał o zdrowie dzieci, Dr. K. uważa, że to należy wyłącznie do lekarza, chociaż sam podkreśla, że tam, gdzie jest najwięcej szkół, na wsi, nie można będzie w najbliższej przyszłości mieć lekarzy szkolnych.

Dr. K. uważa, że przelewanie opieki nad zdrowiem dzieci na nauczycielstwo jest niewykonalne, przypuszczalnie dlatego, że nie ma ono dziś na to czasu ani znajomości rzeczy. Ja wolałbym, aby nauczyciel szkoły powszechnej mniej uczył się w seminarjum oderwanych wiadomości, często może mniej niezbędnych w życiu, np. propedeutyki filozofii, aby za to mógł nauczyć się wychowywać dzieci w zasadach higieny.

9. Nie przeczę, że zdarzają się lekarze szkolni dobrzy i świetni pedagodzy. Przeciętni, gdy im się każe być jednocześnie doskonałymi higienistami i klinicystami we wszystkich specjalnościach, bardzo często nimi nie będą. W dyskusji nad moim referatem w Tow. Med. Społ. przytoczyłem taki jaskrawy przykład braku zdolności pedagogicznych ze strony lekarza.

Zresztą, nie występowałem przeciw wykładaniu higieny i ratownictwa przez lekarzy, sądząc tylko, że są wykłady takie za drogie, niekoniecznie będąc dobrymi. Doskonała książka, niedawno ogłoszona przez Dr. R a u c h - S o b o l e w s k ą, zawierająca pogadanki z higieny, daje świetny przykład, że nauczyciele, posiadający takie podręczniki, mogą doskonale ten przedmiot wykładać.

10. Ostatni zarzut jest dla mnie zupełnie niejasny i wydaje mi się nawet niesprawiedliwy. Nigdzie nie wspominałem, aby żony woźnych mogły zastąpić higienistki. Od tych ostatnich wymagamy obydwa z D-rem K o p c z y ń s k i m dużych kwalifikacji, i obaj prawdopodobnie wiemy, że nieprędko będziemy posiadali dostateczną ich liczbę. Ale i przy lekarzu i przy higienistce woźni i ich żony mogą być wyzyskani z wielką korzyścią dla spraw higieny i czystości.

## Wiadomości bieżące.

— W dniu 23 stycznia r. b. odbyło się w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych (Departamencie Służby Zdrowia) posiedzenie sekcji do spraw walki z gruźlicą Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przy Ministrze Spraw Wewnętrznych pod przewodnictwem Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia D-ra Eugenjusza Piestrzyńskiego w następującym składzie:

Dr. Jan Adamski, Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia.

Dr. Witold Chodźko, Kierownik Państwowej Szkoły Higieny.

Dr. Henryk Kłuszyński z Ogólnopolskiego Związku Kas Chorych,

Dr. Górski, przedstawiciel Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej,

Dr. M. Reiter, przedstawiciel Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego,

Prof. mag. Jan Gordziałkowski, Dziekan Wydziału Weterynaryjnego Uniwersytetu Warszawskiego, oraz członkowie kooptowani:

Dr. Czesław Wroczyński, Prezes Związku Przeciwgruźliczego, pułkownik-lekarz Dr. Stefan Rudzki, Dr. M. Gantz, oraz Dr. Marja Skokowska-Rudolfowa, referentka do spraw walki z gruźlicą w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych.

Zebranie, podkreślając przede wszystkim konieczność wydania ustawy, regulującej w sposób zasadniczy akcję zwalczania gruźlicy, poruszyło kwestję przystąpienia do prac oznaczenia stref na terenie uzdrowisk Rzeczypospolitej Polskiej celem prowadzenia leczenia kuracyjnego chorych gruźliczych; w zasadzie praca ta winna być przeprowadzona w porozumieniu ze związkiem uzdrowisk oraz w formie celowej propagandy wśród lekarzy.

Ponadto zwrócono uwagę na konieczność uporządkowania pod względem sanitarnym pensjonatów i mieszkań prywatnych w uzdrowiskach.

Zebranie wypowiedziało zasadę, iż leczenie chorych gruźliczych winno się odbywać przede wszystkim w formie leczenia sanatoryjnego, podkreślając fakt, iż Polska nie posiada dostatecznej liczby sanatoriów dla chorych gruźliczych. Sekcja wypowiedziała się za pociągnięciem całego społeczeństwa do współpracy w akcji zwalczania gruźlicy. Zwrócono między innymi uwagę na przykład Włoch, w których zwalczanie gruźlicy postanowiono na gruncie polityki ubezpieczeniowej.

W sprawie zaś umożliwienia szerokim warstwom ludności przeprowadzenia leczenia szpitalnego zebranie zgodziło się na zasady, przyjęte za podstawę w akcji przeciwgruźliczej i wyłożone w referacie Dra Skokowskiej-Rudolfowej. Należy stworzyć organizację wojewódzką przy pomocy samorządów. Kas chorych i t. d. Organizacja ta winna posiadać na terenie Województwa całkowity system, umożliwiający przeprowadzenie leczenia i zapobiegania gruźlicy, a to w formie przychodni przeciwgruźliczej, oddziałów szpitalnych, sanatoriów i prewentoriów.

W ten sposób sprawa walki z gruźlicą w Polsce została by należycie rozwiązana.

— Ministerstwo Spraw Wewn. rozesała następujący

#### Okólnik

do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy w sprawie wydawania z aptek eteru na zapotrzebowanie felczerów.

Wobec tego, że w myśl przepisów ustawy z dnia 1 lipca 1921 r. o uprawnieniach do wykonywania czynności felczerskich (Dz. Ust. Rz. P. Nr. 64 poz. 396), rozciągniętej na Ziemię Wileńską rozporządzeniem Rady Ministrów z dn. 1 lipca 1922 r. (Dz. Ust. Rz. P. Nr. 64 poz. 569), i rozporządzenia z dnia 22 marca 1922 r. (Dz. Ust. Rz. P. Nr. 29 poz. 233) felczerzy są uprawnieni do szczepienia ospy i robienia wstrzykiwań podskórnych, a do wykonania tych zabiegów niezbędny jest eter etylowy, zechce Pan Wojewoda (Pan Komisarz Rządu) zawiadomić zarządzających aptekami, aby felczerom, uprawnionym do wykonywania praktyki, wydawali do tego celu eter na ich pisemne zapotrzebowania.

Dr. Piestrzyński

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia

— Wydział Wykonawczy Komitetu Propagandy Medycyny Lotniczej w Polsce na posiedzeniu organizacyjnym w dn. 4 b. m. uchwalił zwrócić się do Towarzystw i Czasopism lekarskich z następującą odezwą:

Na tle szybkich i znakomych postępów, jakie osiągnął rozwój medycyny lotniczej w ciągu ostatniego dziesięciolecia w całej Europie Zachodniej i w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej — przedstawia się więcej niż skromnie nasz dotychczasowy dorobek na tem polu. Dopiero bowiem przed dwoma laty powstało z rozkazu M. S. Wojsk. t zw. „Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich”, wyposażone w odpowiedni personel lekarski i powołane do przeprowadzenia badań personelu lotniczego oraz kandydatów do lotnictwa, jako jedyny tego rodzaju instytut badawczy na całe Państwo.

Kładzie on w sobie zarówno praktyczne zadania oceny stanu zdrowia badanego, jak i pracę naukowo-doswiadczałą nad zagadnieniami z dziedziny medycyny lotniczej. Zakres tych działań jest pomyślany w założeniu bardzo szeroko i ma odpowiadać na ogół obecnemu poziomowi i natężeniu pracy tego rodzaju w ośrodkach badań lotniczo-lekarskich w innych krajach. Niestety jednak współczesne metody tych badań wymagają nie raz bardzo kosztownych przyrządów i narzędzi laboratoryjnych, o które nie można się kusić przy nader skromnym budżecie naszego Centrum. To też zdajemy sobie sprawę, że trzeba kilku

lat mozolnych wysiłków budżetowych i naukowych, aby osiągnąć faktycznie ten poziom wiedzy i doświadczenia, na jakim stoją obecnie analogiczne instytucje zagranicą.

Wysiłki nasze nie mogą być jednak odosobnione i muszą znaleźć oparcie — zarówno naukowe w świecie lekarskim, jako też moralne i materialne w szerszych warstwach oświeconego społeczeństwa, rozumiejącego całą doniosłość badań tego rodzaju dla pomyślnego rozwoju rodzimego lotnictwa.

Kierowane tą myślą sfery wojskowo-lekarskie zapoczątkowały utworzenie „Komitetu Propagandy Medycyny Lotniczej w Polsce”, którego zadaniem byłoby uświadamianie ogółu i zdobywanie coraz szerszych kół zwolenników i wyznawców tej pożytecznej idei o znaczeniu ogólnopolskim. Komitet ten został zawiązany w dn. 13 grudnia 1928 r. i wyłonił Wydział Wykonawczy (w myśl 5 art. Statutu), jako swój organ kierowniczy.

Przesyłając Statut Komitetu do wiadomości Wielce Sz. Pana, pozwalamy sobie zwrócić się niniejszem z gorącym wezwaniem o poparcie naszych usiłowań na tej drodze, po której oddawna już kroczą inne kraje z wielkim dla siebie pożytkiem, rozwijając coraz potężniejsze linje komunikacyjne i znakomicie podnosząc swą siłę obronną.

Ufni w zainteresowanie i czynną pomoc naszego społeczeństwa a zwłaszcza świata lekarskiego, wzywamy Wielce Sz. Pana Redaktora do zapisania się na listę członków Komitetu i przesłania w tym celu swej deklaracji na ręce Sekretarza ppłk. dr. Kawińskiego pod adresem: Warszawa, M. S. Wojsk. Depart. Zdrowia.

Równocześnie prosimy o otwarcie listy składek na rzecz Komitetu wśród prenumeratorów Pańskiego poczytnego pisma. Z głębokim poważaniem

Wydział Wykonawczy

- (—) gen. br. dr. St. Rouppert, przewodniczący
- (—) płk. dr. A. Huszcza — wiceprzewodniczący
- (—) „ dr. K. Vacqueret — skarbnik
- (—) „ dr. W. Horodyński — członek wydziału
- (—) ppłk. dr. J. Kawiński — sekretarz.

— Statut Komitetu Propagandy Medycyny Lotniczej w Polsce.

Art. 1. Komitet nosi nazwę: Komitet propagandy Medycyny Lotniczej w Polsce. Siedzibą Komitetu jest m. st. Warszawa. Terenem działalności Rzeczypospolita Polska.

Art. 2. Celem Komitetu jest stworzenie jaknajlepszych warunków dla rozwoju i postępów medycyny lotniczej w Polsce, jako trwałej podwaliny racjonalnego doboru personelu latającego i rękomyj osiągnięcia największej sprawności naszego lotnictwa.

Art. 3. Do zadań Komitetu należy:

- a) propaganda wprowadzenia naukowej organizacji pracy w lotnictwie, opartej na wskazaniach medycyny lotniczej i jej najnowszych zdobyczy;
- b) popieranie rozwoju wszystkich gałęzi medycyny lotniczej, zarówno teoretycznej jak i praktycznej, nie wyłączając praktycznych zadań lotnictwa sanitarnego;
- c) przeznaczenie funduszy dla zapewnienia jaknajwiększej wydajności badań naukowych w Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich, przez dostarczenie odpowiednich środków i przyrządów.

Art. 4. Komitet powstał z inicjatywy wojskowości i składa się z mianowanych przedstawicieli armii czynnej, przedstawicieli zarządu L. O. P. P., delegatów centralnych władz państwowych oraz przedstawicieli społeczeństwa i organizacji.

Art. 5. Organami Komitetu są: a) Wydział Wykonawczy, b) Komisja Rewizyjna.

Wydział Wykonawczy składa się z 5-iu osób: przewodniczącego i 2-ch członków wojskowych, mianowanych przez Pana Ministra Spraw Wojskowych, oraz 2-ch członków cywilnych, wybieranych przez Walne Zebranie Komitetu na przeciąg jednego roku.

Komisja Rewizyjna składa się z 3-ch członków i 2-ch zastępców, wybieranych przez Walne Zebranie na przeciąg jednego roku.

Art. 6. Środki Komitetu składać się będą z ofiar, wpływających od osób i instytucji, popierających cele Komitetu.

Art. 7. Walne Zebranie Komitetu odbywa się raz na rok w 4-ym kwartale. O zwołaniu Walnego Zebrania Komitetu, Wydział Wykonawczy zawiadamia członków Komitetu pisemnie na 14 dni przed terminem zebrania.

Do kompetencji Walnego Zebrania Komitetu należy:

- a) wybór członków Wydziału Wykonawczego,
- b) wybór Komisji Rewizyjnej w składzie 3-ch osób,
- c) zatwierdzenie planu czynności i preliminarza budżetowego,
- d) zmiana statutu,
- e) likwidacja Komitetu,

Art. 8. Nadzwyczajne Zebrania Komitetu zwoływa w miarę potrzeby Wydział Wykonawczy z inicjatywy własnej lub na żądanie Komisji Rewizyjnej.

Art. 9. Walne i Nadzwyczajne Zebrania Komitetu są prawomocne przy obecności przynajmniej połowy członków a uchwały zapadają zwykłą większością głosów z wyjątkiem wypadków, przewidzianych w art. 12.

W razie niedojścia do skutku Zebrania Komitetu w przewidzianym terminie z powodu niedostatecznej liczby obecnych członków—Zebranie zostaje zwołane w drugim terminie i wówczas jest prawomocne bez względu na ilość obecnych.

Art. 10. Wydział Wykonawczy zbiera się w miarę potrzeby; reprezentuje on Komitet nazewnątrz, organizuje całość pracy, wydaje pełnomocnictwa i decyzje, kooptuje członków Komitetu i rozporządza funduszami.

Posiedzenia Wydziału Wykonawczego są prawomocne przy obecności przynajmniej 3-ch członków. Zebranie decyduje zwykłą większością głosów. Wydział Wykonawczy prowadzi biurowość, księgowość i rachunkowość, zgodnie z przepisami prawa i przyjętymi zwyczajami, zbiera pieniądze i przechowywa w jednym z banków państwowych wzgl. w P. K. O. na koncie czekowym.

Korespondencję zwykłą, zobowiązania, umowy, pełnomocnictwa, czeki i inne akta prawne podpisuje przewodniczący i sekretarz wzgl. upoważnieni przez nich zastępcy. Wydział Wykonawczy składa sprawozdanie ze swej działalności na Walnym Zebraniu Komitetu.

Art. 11. Komisja Rewizyjna dokonywa kontroli rachunkowości i kasowości, według swego uznania, przynajmniej raz do roku i przedstawia swoje sprawozdania Walnemu Zebraniu Komitetu.

Art. 12. Zmiana statutu oraz likwidacja Komitetu może być uchwalona na Walnym lub Nadzwyczajnym Zebraniu większością 2/3 głosów przy obecności połowy członków Komitetu.

(—) Dr. Władysław Górczycki płk.

Założyciele: (—) Dr. Adam Huszcza płk.

(—) Dr. Feliks Jan Różycki ppłk.

— Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, pragnąc przyczynić się do jaknajszerszego spopularyzowania naszych uzdrowisk i skierowania kuracjuszków do uzdrowisk swoich zamiast do obcych, urzędują wzorem 3-ch lat ubiegłych w siedzibie swej (Widok 24) w lutym, marcu i kwietniu r. b. serję odczytów z dziedziny klimatoterapii i balneoterapii polskiej.

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

I Serja.

W Piątek, 1 lutego, godz. 20<sup>30</sup>.

Dr. Kazimierz Ciągłiński. Jakże miejsce należy się Ciechocinkowi w rzędzie zdrojowisk polskich?

Dr. Ignacy Dembicki. Ciechocinek w przededniu nowych form swego rozwoju.

Doc. Dr. med. Leonard Lorentowicz. Ciechocińskie kąpiele borowinowe.

W Czwartek, 28 lutego, godz. 20<sup>30</sup>.

Doc. Dr. med. Antoni Sabatowski (Lwów). Kąpiele borowinowe i mułowe oraz ekspertyza tych materiałów kąpielowych.

— W Klinice Oto-laryngologicznej U. J. K. we Lwowie, odbędzie się Kurs Oto-laryngologii dla lekarzy, w dniach od 1—28 marca b. r. pod osobistym kierownictwem Dyrektora Kliniki Prof. Dra Zalewskiego.

Opłata za kurs wynosi 200 zł. Największa liczba uczestników 10-ciu. Zgłoszenia przyjmuje Klinika Oto-laryngologiczna Lwów ul. Pijarów 6.

— Nr 2-gi dwutygodnika „Dziecko i Matka” przynosi artykuł N. Jastrzębskiej „Nasze dziecko jest już człowiekiem” „Fotografia Renusi” Ewy Szelburg. „Dzienniczek Matki” B. Pałasińskiego. „Początki ubierania się dziecka” prof. Szumana, „Narty” M. Miłobędzkiej. Dział „Wychowanie estetyczne” zawiera ciekawe dane z dziedziny rysunku. „Matki między sobą” wymieniają szereg ciekawych spostrzeżeń. Numer uzupełniają artykuły lekarskie, „O kile utajonej”, „O skórze noworodka” i „Dyfterji”

— Komitet, złożony z przedstawicieli Wiedeńskiej Akademii Nauk, Wiedeńskiego Wydziału Lekarskiego i Towarzystwa Lekarskiego Wiedeńskiego, przystępuje do zorganizowania uroczystego obchodu 100-ej rocznicy urodzin Teodora Billrotha, przypadającej 26 kwietnia r. b. Komitet zwraca się do lekarzy całego świata o wzięcie udziału w uczczeniu pamięci wielkiego lekarza i uczonego.

#### ZMARLI:

— Wincenty Bogucki, wiceprezydent m. Warszawy, b. Naczelnik Wydziału Zdrowia Magistratu—zmarł w Warszawie. Obszerne wspomnienie pośmiertne podamy w jednym z najbliższych numerów.

— Ferdynand Widali, wielki klinicysta francuski, zmarł w Paryżu.

#### NADŚLANO DO REDAKCJI:

Dr. med. Kazimierz Szokalski. Wstęp do Djagnostyki i Semiotyki chorób wewnętrznych. Zesz. pierwszy. Warszawa. 1929.

TREŚĆ: Z. SREBRNY. Kilka rzadkich powikłań anginy. — M. PŁOŃSKI. O grzybicy śledziony. (Dok.). — B. GOLDSTEIN. Djetetyka z punktu widzenia równowagi jonów (str. zbior., dok.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — ST. KOPCZYŃSKI. Uwagi do artykułu D-ra J. Babeckiego p. t. „Opieka lekarska w szkole”. — J. BABECKI. W odpowiedzi Panu Dr. Kopczyńskiemu w sprawie uwag do mego artykułu p. t. „Opieka lekarska w szkole”. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: Z. SREBRNY. Quelques complications rares de l'angine. — M. PŁOŃSKI. Sur la mycose de la rate (fin.). — B. GOLDSTEIN. La diététique au point de vue de l'équilibre des ions. (Rév. gén. fin.). — ST. KOPCZYŃSKI. Remarques à propos de l'article du Dr. J. Babecki: „La protection médicale dans l'école”. — J. BABECKI. Réponse aux remarques du Dr. Kopczyński.

## WARUNKI PRENUMERATY:

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

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

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

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

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