

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Siankiewicza 12, m. 28, tel. 52-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Rok VII

WARSZAWA, 24 kwietnia 1930 R.

Nr. 17

## PRACE ORYGINALNE.

### Wykłady kliniczne.

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Św. Łazarza  
w Warszawie.

(Ordynator: Prof. Dr. M. Semerau-Siemianowski)

#### Schorzenia nerwowe w przebiegu niedokrew- ności złośliwej a terapia wątrobowa.

Podał

Dr. N. PRYŁUCKI (Warszawa).

(Ciąg dalszy p. Nr. 16)

Stosunek zaburzeń nerwowych do niedokrewności złośliwej uważano jeszcze doniedawna za zupełnie prosty, t. j. uznawano istnienie związku przyczynowego pomiędzy obu cierpieniami; wyobrażano to sobie w ten sposób, że dłużej lub krócej trwająca niedokrewność złośliwa prowadzi w konsekwencji na jakiejś bliżej nieznannej drodze do zwyrodnienia włókien nerwowych w pewnym zakresie, a to z kolei daje określony obraz kliniczny.

Badania z lat ostatnich, oparte na bardzo licznych i nader ciekawych spostrzeżeniach, doprowadziły do gruntownej zmiany w zapatrywaniach na tę kwestję, i dziś ujęcie tego zawiłego zagadnienia jest już zupełnie inne.

Bogate obserwacje kliniczne mogły zarejestrować, jako zjawisko niezbyt rzadkie, że zaburzenia nerwowe, specjalnie rdzeniowe, nie muszą być następstwem, wzgl. powikłaniem istniejącej już niedokrewności złośliwej, ale odwrotnie, zaburzenia nerwowe mogą na wiele lat poprzedzać wystąpienie zmian we krwi (Lichtenstern, Faber i Bloch, Schleich, Byrom-Bramwell, Nattanson, Wohlwill, Silbermann, Schauman i Salzman, Meulengrach i inn.)

Obfitość zebranego w tej ciekawej kwestji materiału naukowego pozwoliła Wohlwillowi nawet na ujęcie wzajemnego stosunku zmian we krwi o charakterze n. z. i zmian rdzeniowych w pewien schemat; zdaniem autora można nawet ułożyć ciągi szereg:

a) n. z. bez żadnych zaburzeń nerwowych;  
b) n. z. z lekkimi klinicznymi lub dopiero na sekcji stwierdzalnymi zmianami rdzeniowymi; c) n. z. (lub inna ciężka anemja) z pełnym, wybitnie zaznaczonym obrazem powrózkowego schorzenia rdze-

nia; d) powrózkowe schorzenie rdzenia z bardzo lekką lub nawet dopiero przed śmiercią występującą anemią; e) powrózkowe schorzenia rdzenia bez żadnej anemji.

Czemże jest anemja w stosunku do zmian patologicznych w rdzeniu — przyczyną czy skutkiem? I czy istnieje wogóle jakiś związek pomiędzy obu cierpieniami?

Na te doniosłej wagi pytania, mimo bardzo żmudne dociekania, w chwili obecnej jeszcze trudno jest odpowiedzieć coś stanowczego. Wszystko, co było dotychczas z różnych stron wypowiedziane, stanowi tylko mniej lub bardziej bliskie prawdy przypuszczenia.

Schauman podziela pogląd, że zaburzenia rdzeniowe nie mogą być rozpatrywane ani jako skutek, ani jako przyczyna niedokrewności złośliwej; sądzi raczej, że oba te cierpienia należy uważać za współzależne uzewnętrznienie tegoż samego procesu chorobowego.

Zapatrywania Brugscha i Pappenheima zupełnie pokrywają się z ujęciem Schaumana. Uważają oni, że zjawiska nerwowe (rdzeniowe) nie są wcale następstwem n. z., jako takiej, tylko bezpośrednim następstwem zatrucia układu nerwowego, innymi słowy, tej samej przyczyny, która n. z. wywołała.

Silbermann jednakże przychyliła się do tego odłamu badaczy, którzy uznają n. z. i *myel. funic.* za skoordynowane objawy jakiegoś zasadniczego cierpienia, które ujawnia się początkowo bądź pewnymi zjawiskami ze strony układu nerwowego, bądź ze strony krwi, albo też występują raz wyłącznie te pierwsze, drugi raz wyłącznie te drugie.

Pogląd ten odpowiadałby w pewnej mierze pogładowi zwolenników „oralsepsis“, według którego część drobnoustrojów, powodujących toksemję, ma być obdarzona specjalnym powinowactwem do narządów krwiotwórczych, a część do układu nerwowego, u jednej grupy chorych przeważa pierwszy typ, u drugich — typ drugi.

Występowanie objawów nerwowych, jak parestezje, lekkie zaburzenie czucia głębokiego, bóle itp. — Hunter, Trömmner i inni uważają za wyraz zapalenia nerwów obwodowych (*neuritis peripherica*), zaś Meulengrach za objawy angiospas-

tyczne, polegające na intoksykacji, która według niego leży w osnowie całego cierpienia. Z uwagi, że wymienione objawy mogą występować o wiele wcześniej od zjawienia się zmian we krwi (w przypadku Meulengracha o sześć lat wcześniej, zaś w przyp. Natansona nawet o dziewięć lat wcześniej), określono je mianem objawów preanemicznych. Dopiero później ten preanemiczny zespół zostaje dopełniony innymi jeszcze objawami, prowadzącymi z jednej strony do obrazu klinicznego zwyrodnienia sznurów tylnych: do niezdolności, braku odruchów, zaburzeń czucia i t. p., zaś z drugiej strony — do zwyrodnienia sznurów bocznych, t. j. do niedowładu kurczowego, wzmożenia odruchów, objawów piramidowych, a dość często nawet do kombinacji obu tych stanów.

O jakiegokolwiek równoległości pomiędzy schorzeniem układu nerwowego a stanem krwi, zdaniem Silbermanna i Henneberga, nie może być mowy. Przeciwno istnieniu równoległości tych procesów dostatecznym dowodem jest fakt, że każda z tych spraw — zarówno anemja, jak i schorzenie rdzeniowe — może trwać lata samodzielnie, nie pociągając za sobą wystąpienia drugiej sprawy. Również przebieg kliniczny tych cierpień zadaje kłopot twierdzeniu o istnieniu równoległości: bardzo często widzi się, że stan krwi stopniowo dochodzi do normy, a zaburzenia nerwowe nie wykazują żadnej tendencji do poprawy, co więcej, najczęściej widzujemy nawet pogorszenie, stałe postępowanie sprawy. I naodwrot: zaburzenia nerwowe mogą się zmniejszać, mimo że anemja w tym czasie postępuje stale, w przeciwieństwie do tych przypadków, kiedy anemja się zmniejsza, a zaburzenia nerwowe pozostają bez zmiany (Eisenlohr, Nonne).

Schauman i Salzmann, stojący na stanowisku, że n. z. nie może być uważana za przyczynę zmian w układzie nerwowym, i że oba cierpienia wywoływane są przez ten sam czynnik szkodliwy, zwracają uwagę, że zmiany w rdzeniu nie występują, jakby się mogło oczekiwać, tylko w najcięższych formach niedokrewności złośliwej, raczej odwrotnie, widuje się nierzadko, że anemja może być nieznaczna, mimo istnienia wybitnie zaznaczonych zmian w rdzeniu.

Natanson przychodzi do wniosku, że „na zasadzie dotychczasowych badań i spostrzeżeń można już dziś zarejestrować *myelosis funicularis*, jako klinicznie, neurologicznie i histologicznie samodzielny syndrom“. Co zaś do stosunku wzajemnego n. z. i *m. f.*, to autor jest przekonany o istnieniu patogenetycznego układu, w którym n. z. i *m. f.* są zupełnie równowartościowe, mimo, że nie bacząc na dotychczasowe wielkie wysiłki, nie udało się tego z całkowitą pewnością dowieść.

\* \* \*

Jak często spotyka się zmiany rdzeniowe w zespole niedokrewności złośliwej?

Co do częstości zaburzeń nerwowych, specjalnie rdzeniowych, w przebiegu: n. z., to na zasadzie danych z piśmiennictwa bardzo trudno jest wyrobić sobie o tem zdanie. Trudno jest zorientować się w odsetkowej częstości *m. f.* w obecności z całą pewnością stwierdzonej n. z., a jeszcze trudniej jest zająć stanowisko wobec twierdzenia niektórych autorów, że cierpienie to stało się w ostat-

nich latach częstszym. (Springborn, Seyderhelm).

Przeglądając statystyki i uwagi do nich, podawane przez różnych badaczy, widzi się wielką, niekiedy nawet rażącą, różnicę w liczbach.

I tak w czasie, gdy Brugsch — Pappenheim mówią, że „objawy schorzenia rdzeniowego, jako występujące w nieznacznym odsetku, nie mogą być uważane w żadnym wypadku za stały objaw kliniczny, towarzyszący n. z.“, zaś Hirschfeld (nieco później) wspomina, że udział układu nerwowego widzujemy tylko „w niektórych przypadkach“; w czasie, gdy Türck na 80 przypadków n. z. widział tylko 2, powikłane zaburzeniami rdzeniowymi, a Schauman na dość dużą liczbę przypadków n. z. tylko 3, — z drugiej strony stoi imponująca kolumna liczb, podanych przez innych autorów, których nazwiska są już dostateczną rękojmią ścisłości, a które to liczby mówią zupełnie co innego.

Cabot na 1200 zestawionych przypadków n. z. podaje 129 z ciężkimi zaburzeniami rdzeniowymi (w tem 46 o typie spastycznym, 75 o typie tabetycznym, 2 w początkowym okresie spastyczne, później tabetyczne; w pozostałych 6-ciu objawy przemawiały za *myelitis diffusa*).

Według Seyderhelma w klinice Göttingeńskiej około 50 proc. przypadków n. z. przebiegało z objawami schorzenia rdzeniowego. Tę samą liczbę podaje również Wohlwill.

Bardzo ciekawą statystykę podaje Oestreich: na 197 chorych na n. z. (w latach 1908—1925) stwierdzono u 51 osób zaburzenia w zakresie układu nerwowego. Z nich 27 osób skarżyło się na parestezje, aczkolwiek nie stwierdzało się widocznych zmian w układzie nerwowym. Zaburzenia w szlakach piramidowych stwierdzono u 10 chorych. Bardzo często, bo aż 22 razy, widoczne były objawy ze strony sznurów tylnych. U 5-ciu chorych bez innych objawów nerwowych był bardzo dodatni objaw Romberga. Zanik odruchów kolonowych widziano w 6-ciu przypadkach; u 3 chorych stwierdzało się wyraźne pasy znieczulenia, a w jednym przypadku były wybitne zaburzenia pęcherzowe z nietrzymaniem moczu. W klinice i poliklinice Göttingeńskiej procent chorych, u których wystąpiły zaburzenia nerwowe, ulegał stale wahaniom: przed rokiem 1919 stanowił on przeciętnie 7,9 proc., w 1924 liczba ta wzrosła do 47 proc., ostatnimi laty spadła do 25 proc.

Według danych z archiwum Natansona n. z. przebiegała prawie u 50 proc. chorych z obiektywnie-klinicznymi objawami nerwowymi, zaś u 20 proc. z subiektywnymi, jak parestezje i t. p.

Meulengrach na 34 przypadki n. z. miał 21 przyp. z zaburzeniami rdzeniowymi.

Z danych Lauterbacha, zebranych w klinice wewnętrznej we Wrocławiu, wynika, że z 87 chorych na n. z. — 38 dotkniętych było cierpieniem rdzeniowym. Autor sądzi, że schorzenia rdzeniowe w anemji Biermerowskiej są często wczesnym objawem i po wiadzie i rozs. stwardnieniu ogniskowym najczęstszym organicznym cierpieniem rdzenia.

Inni autorzy: Curschmann, Skoog, Roese, Beigler, Hamilton i Nixon, Norbury,

Mohler, Henneberg podają liczby znacznie wyższe, bo sięgające 75—100 proc.

Czemże da się wytłumaczyć ta wielka różnica w częstości występowania schorzeń rdzeniowych w przebiegu n. z. u różnych badaczy? Jak pogodzić zdanie Strümpella, że „u chorych na n. z. (wyjątkowo nawet w an. sec.) niekiedy już dość wcześnie występują objawy rdzeniowe“, i owe 70—80 proc. Henneberga ze statystyką np. Türcka?

Nieco światła wnoszą do tego zagadnienia badania Rosenowa, Seyderhelma i innych klinicystów i anatomo-patologów, którzy twierdzą, że przy szczegółowym badaniu histologicznym rdzenia znajduje się bardzo często nieznaczne zmiany również tam, gdzie *intra vitam* nie było żadnych widocznych objawów klinicznych schorzenia rdzenia. Pokrywa się to z poglądami Curschmana i Lauterbacha — rzeczników poglądu, że *m. f.* nie istnieje bez n. z., ściślej mówiąc, bez swoistych zmian we krwi. Lauterbach podkreśla, że przy istniejących zmianach w rdzeniu subtelnym badaniem zawsze można jednocześnie wykryć również we krwi zmiany o charakterze n. z. (o czym, zresztą, wspominał już Naegeli w swym podręczniku z roku 1923), a o ile ich się nie wykryło, to tylko dlatego, że chory zmarł, zanim jeszcze te objawy wystąpiły.

Schauman i Salzman wyrazili tę samą myśl w sposób nieco odmienny: podnoszą oni specjalnie tę okoliczność, że niema zupełnej zgodności pomiędzy klinicznymi a anatomicznymi zjawiskami ze strony rdzenia. Przy zupełnym braku jakiegokolwiek zespołu klinicznego mogą się stwierdzać bardzo daleko posunięte zmiany anatomiczne — i *vice versa*.

Niezależnie od tego, po której stronie jest słuszność: czy po stronie tych badaczy, którzy uważają zaburzenia nerwowe w przebiegu n. z. za cierpienie przypadkowe i od swoistych zmian we krwi niezależne; czy po stronie tych, którzy widzą ścisłą zależność pomiędzy jednym cierpieniem a drugim; wreszcie i tych, którzy chcą widzieć w obu cierpieniach wyraz jakiegoś głębszego i ogólniejszego schorzenia ustrojowego — zagadką mimo wszystko pozostaje, czemu jednak u pewnej liczby chorych, dotkniętych n. z., do wystąpienia zaburzeń nerwowych nie dochodzi; zarówno — co się przyczynia, że długo trwające i nieraz ciężkie schorzenia rdzenia nie pociągają za sobą zmian we krwi o charakterze n. z.

Wiemy, że różni badacze różnie usiłowali i dotychczas usiłują tę łamigłówkę rozwiązać, każdy swoim kluczem, ale prawie wszyscy operują tem samym pojęciem — jakimś „jadu“.

Przytoczę tu tylko niektóre z wypowiedzianych przypuszczeń:

Schauman i Salzman sądzą, że najprościej byłoby przyjąć istnienie dwóch różnych jadów: jednego szkodliwego dla krwi, drugiego dla układu nerwowego. Możliwe, że w poszczególnych przypadkach ma się do czynienia również z jakimś usposobieniem chorobowym (np. ze strony rdzenia). Na korzyść tej hipotezy miałyby przemawiać niektóre badania Jagića i Reicha: znaleźli oni w przypadkach n. z. ze

zwyrodnieniem sznurów tylnych znamiona nieprawidłowej budowy rdzenia i opon.

Wohlwill zgadza się z tezą Minnich'a (przez tego ostatniego dostatecznie uzasadnioną), która zyskała sobie ogół autorów, że cierpienia krwi i rdzenia powstają przez działanie tego samego jadu lub różnych pokrewnych sobie jadów, które działają raz mocniej na krew, drugi raz mocniej na rdzeń, trzeci raz jednocześnie i z jednakową siłą atakują oba układy.

Autor przywiązuje wielką wagę do swego spostrzeżenia, że osobniki, dotknięte cierpieniem rdzeniowym (oraz niedokrewnością złośliwą), są przeważnie ludźmi źle odżywionymi, przepracowanymi lub dotkniętymi zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego (Henneberg, Weimann, Voss, Brums). Zwłaszcza to ostatnie cierpienie może zasłonić istotny obraz chorobowy.

Również zwolennicy poglądu o znaczeniu czynnika konstytucyjnego w powstawaniu niedokrewności złośliwej i schorzenia rdzenia operują dość ważkimi dowodami na rzecz słuszności swoich twierdzeń. Tak Liepelt miał możność obserwowania rodzinnego występowania obu cierpień: w jednym przypadku matka i córka wykazywały w zakresie cierpienia krwi oraz zespołu rdzeniowego dokładnie te same objawy; w drugim przypadku ojciec i syn cierpieli na n. z. i schorzenie rdzenia o typie wiądu; również dziadek dotknięty był niedokrewnością złośliwą.

Występowanie n. z. u kilku członków tej samej rodziny mieli możność spostrzegania również Matthes, O. Roth i Schauman.

\* \* \*

Reasumując liczne poglądy na istotę czynnika szkodliwego, powodującego zmiany patologiczne w rdzeniu u jednych chorych, a nie powodującego ich u innych, musimy przyznać słuszność Wohlwillowi, który uznaje, że mimo bardzo uporczywe dociekania, nie wiemy dziś w tej dziedzinie więcej, niż przed 40 laty, kiedy Lichtheim ogłosił swe pierwsze przypadki. Umiemy tylko określić, kiedy te zaburzenia nerwowe występują, nie możemy jednakże wytłumaczyć przyczyny ich powstawania.

\* \* \*

Zagadnienie leczenia n. z. nie przestawało nigdy być aktualne. N. z. została oddawna uznana za cierpienie nieuleczalne i, mimo dłużej lub krócej trwających okresów remisji (według Brugsch-Pappenheima przeważnie dwóch), nieubłagane prowadzące do śmierci. Toteż cały wysiłek terapeutyczny zwykle zmierzał do wywołania tej remisji lub do jej przedłużenia. Innemi słowy, cała terapia, w różnym czasie stosowana, a polegająca głównie na wprowadzaniu do ustroju preparatów żelazowych, arsenikowych oraz krwi w postaci preparatów lub przetaczania jej z ustroju zdrowego, miała jedynie na celu przedłużenie życia chorego, ale nie jego uzdrowienie; trudno bowiem było marzyć o wyleczeniu chorego, dotkniętego cierpieniem o nieznaną patogenezę i etiologię i przy braku środków, działających swoiście, przyczynowo.

Jeszcze gorzej przedstawiała się sprawa chorych na n. z., u których jednocześnie lub po pew-

nym czasie występowały zaburzenia nerwowe. Większość tych przypadków kwalifikowano jako *tabes*, *pseudo-tabes*, najczęściej jako *sclerosis multiplex* i kierowano do neurologów, którzy im też niewiele pomóc mogli.

Taki stan rzeczy trwał do roku 1926, od którego datuje się t. zw. era terapii wątrobowej. W roku tym amerykańscy lekarze Murphy i Minot, współpracownicy naukowcy Whipple'a, ogłosili wyniki, uzyskane u chorych na n. z., leczeniem wyłącznie wątrobą. Niebawem liczba chorych, wyleczonych wątrobą, wzrosła do 170. Olśnieni świetnymi wynikami swej nowej metody leczniczej, autorzy amerykańscy uznali terapię wątrobową za swoistą, przyczynową i uzdrawiającą, a n. z. za chorobę odłąd uleczalną.

Wiara w swoiste działanie wątroby posunęła ich tak daleko, że wyrazili nawet przekonanie, że tam, gdzie leczenie wątrobą zawodzi, przyczyna leży wyłącznie w błędnym rozpoznaniu.

Ale błędne byłoby mniemanie, że wprowadzenie wątroby do leczenia jest zasługą lekarzy amerykańskich. Nie jest to ich pomysłem, ani wynalazkiem.

Stosowanie wątroby, jako środka leczniczego, datuje się jeszcze od czasów Hippokratesa, który polecał wątrobę jako środek na kurzą ślepotę. Terapia ta jest i teraz jeszcze rozpowszechniona na całym wschodzie i jest wysoko ceniona, jako środek na kseroftalmję. Hift jeszcze w 1918 roku na łamach lekarskiej prasy niemieckiej pierwszy zwrócił uwagę na nadzwyczajny efekt leczniczy wątroby i wyciągów z niej oraz tranu wątrobianego w hemeralopji i w gnilcu. Poza tem za sprawą Brown-Sequarda wątrobę w różnej postaci wielokrotnie próbowano stosować i we Francji.

Zasługą amerykańskich autorów jest natomiast, że ograniczywszy swe doświadczenia nad własnościami leczniczymi wątroby tylko do jednej kategorii chorych, mianowicie, do dotkniętych n. z. i operując spostrzeżeniami, zebranymi na pokaznej liczbie przypadków, pierwsi rzucili w świat śmiałą myśl, że n. z., uznawana powszechnie za chorobę śmiertelną, bo nieuleczalną, jest uleczalna.

Ich też jest zasługą, że umiejętnie poprowadzoną propagandą potrafili wzbudzić zainteresowanie badaczy europejskich dla wypracowanej przez siebie metody leczniczej, a tem samem przyczynili się do spopularyzowania idei terapii wątrobowej w n. z. wśród szerszych rzesz lekarskich.

Zachęcające wyniki, osiągnięte u chorych na n. z., dały wielu europejskim badaczom pohop do dociekań nad istotą terapii wątrobowej, a tem samem do prac nad etjologją i patogenezą samej anemji Biermerowskiej, w której zwalczaniu wątroba okazała się tak bardzo skutecznym środkiem; n. z. zajęła odrazu poważne miejsce w szeregu najaktualniejszych zagadnień doby obecnej; zjawily się nowe poglądy, hipotezy, teorie. Zaczęto czynić próby z leczeniem wątrobą różnych innych jednostek chorobowych; donoszono o jej skutecznym działaniu poza n. z. i w innych stanach chorobowych, naprz. w obrzękach pochodzenia sercowego, nerczycowego (Porges, Hift, Grossmann) i t. p.

Zaledwie dwa-trzy lata upłynęły od chwili

zjawienia się pierwszych doniesień amerykańskich, a kwestja dodatku wątroby (cielecej, baraniej lub wołowej) do diety codziennej chorych na n. z. rozrosła się już do rozmiarów całego zagadnienia organoterapeutycznego.

Mamy już teraz setki prac (Jungmann, Curschmann, Silbermann, Schottmüller, Seyderhelm, Pappenheim, Rosenow, Schlesinger, Pal, Borgbjärg, Dziekiewicz-Czerniewska, Reichert, Landau i Held i wielu, wielu innych), potwierdzających w całej pełni wywody Murphyeego i Minota o nadzwyczajnej skuteczności terapii wątrobowej w n. z. Obecnie nie ulega już żadnej wątpliwości, że dodatkiem wątroby (czy wyciągów z niej) do umiejętnie ułożonej diety codziennej chorego na n. z. już w krótkim niekiedy czasie można doprowadzić chorego, nawet bardzo ciężkiego, do jaknajdalej idącej poprawy, można go uczynić znów zdolnym do pracy.

Inna jest rzecz, czy powrót stanu krwi do zupełnej normy i poprawa stanu ogólnego oznaczają już wyzdrowienie. Za wyzdrowieniem mają przemawiać niektóre badania pośmiertne szpiku kostnego i innych narządów u pewnej liczby chorych na n. z., leczonych wątrobą, a zmarłych wskutek innej jakiejś przyczyny, naprz. zapalenia płuc; w pewnej liczbie tych przypadków stwierdzono zupełny brak stygmatów niedokrewności złośliwej, czego się dawniej, przed t. zw. erą wątrobową, zdaniem Schillinga, nie widywało.

Wspomniane badania anat.-patologiczne, jako bardzo ważne, posłużyły Schillingowi nawet do poparcia jego twierdzenia, że żaden chory na n. z., leczony wątrobą, nie umiera z powodu niedokrewności, o ile, naturalnie, był umiejętnie leczony i o ile nie współistniało jakieś inne cierpienie. Pogląd ten w pewnym stopniu podziela również Seyderhelm.

Ale nie pomniejszając zupełnie wartości tych badań, nie wolno jednakże zapominać, że przecież na anemję Biermerowską, jako postać chorobową, składa się dość złożony zespół objawów, wśród których postępująca niedokrewność jest najgłówniejszym.

Bezpośrednim efektem podawania wątroby chorym na n. z. jest obok poprawy stanu ogólnego, przybytku na wadze, ustąpienia temperatury u gorączkujących i t. p., zniknięcie znamion niedokrewności złośliwej i powrót krwi do normy. Natomiast *achylia gastrica*, towarzysząca prawie w 100% n. z., pozostaje do końca życia, a prątki okrężnicy, uznane przez Seyderhelma i inn. nawet za objaw patognomiczny, są stale wykrywane w treści żołądkowo-dwunastniczej. \*)

Fakty te, stwierdzane wielokrotnie przez wszystkich prawie badaczy, którzy stosowali leczenie wątrobą, oraz w 3-ch przypadkach na naszym oddziale, nasuwają poważne wątpliwości, czy wolno nazwać przyczynowym i uzdrawiającym środkiem o składzie i mechanizmie działania dotychczas

\*) Seyderhelm i Opitz widzieli u 3-ch ze swych licznych chorych na n. z., leczonych wątrobą, zniknięcie prątków okrężnicy, u jednego nawet zjawienie się kwasu solnego, przedtem nieobecnego. Ale ten jedyny, zdaje się, dotychczas przypadek nie może być brany pod uwagę wobec ogromu tych przypadków, w których do powrotu kwasu solnego nie dochodzi.

jeszcze nieznanym, który działa lecząco tylko na jeden układ, na krew, i nie wpływa zupełnie na inne narządy, których schorzenie stanowi część składową zespołu, określonego mianem niedokrewności złośliwej.

Zresztą, okres trzyletni prób i badań jest

jeszcze za krótki, by móc już obecnie orzec kategorycznie, czy mamy w przypadkach n. z., po myślnie leczonych wątroba, do czynienia z wyleczeniem, czy też z długotrwałą i głęboko sięgającą remisją.

(Dok. nast.)

## Z klinik, szpitali i pracowni

Z I-iej Kliniki Wewnętrznej U. S. B. w Wilnie

(Kierownik: Prof. Dr. Zenon Orłowski),

### Wartość kliniczna określania ilości białka w płynach metodą Simona i Pagela (opacymetr)\*.

Podał

Dr. J. FRYDMAN, hospitant kliniki (Wilno).

Dla określenia ilości białka w badanym płynie istnieje szereg metod. Nie wszystkie jednakże mogą być stosowane w każdej pracowni i nie wszystkie mają znaczenie praktyczne. Tak, na przykład, najdokładniejsza metoda, wagowa, polega na tem, że płyn ze strąconem białkiem sączymy przez sączek, wysuszony w suszarce o temperaturze  $110^{\circ}\text{C}$ , następnie po długich manipulacjach z przemywaniem alkoholem i eterem suszymy ten sączek znowu w temperaturze  $110^{\circ}\text{C}$ , potem spalamy w tyglu platynowym, dopiero ważymy i obliczamy ilość białka. Metoda ta przy prawidłowem wykonaniu daje zupełnie ścisłe wyniki, ale powoduje bardzo znaczną stratę czasu i wymaga odpowiednio urządzonego laboratorium (suszarka o temperaturze  $110^{\circ}\text{C}$ ), a więc dla lekarza praktyka, zwłaszcza zaś do badań masowych, nie nadaje się wcale.

Dosyć często jest używana metoda Roberts-Stolnikowa w modyfikacji Brandberga, oparta na tem, że przy nawarstwieniu czystego stężonego kwasu azotowego przesączem moczu w ciągu  $2\frac{1}{2}$ —3 minut powstaje na granicy obu płynów biały pierścień, jeśli badany mocz zawiera  $0,033\%$  białka. Przez odpowiednie rozcieńczenie można doprowadzić płyn, zawierający więcej białka, niż wyżej podano, do tego, by pierścień powstawał nie wcześniej, niż w  $2\frac{1}{2}$ —3 minut po nawarstwieniu nim kwasu i, mnożąc wtedy  $0,033\%$  przez liczbę rozcieńczenia, otrzymać dość dokładne określenie ilości białka w danym płynie. Rozcieńczanie i wyczekiwanie za każdym razem 2—3 minut jest jednak robotą bardzo żmudną.

W pracowniach w najczęstszym użyciu jest albuminometr Esbacha, przedstawiający probówkę z odpowiednią przedziałką, gdzie do kreski „U” nalewamy badanego płynu (np. moczu), zaś do kreski R odczynnika Esbacha, (składającego się z 10 gr. kw. pikrynowego i 20 gr. kw. cytrynowego w 1 litrze wody), albo też jakiegoś innego, np. odczynnika Tsuchiya. Metoda ta, nieskomplikowana, zabierająca bardzo mało czasu i niewymagająca złożonej aparatury, posiada jednak dwie zasadnicze wady: 1) jest niezupełnie ścisła, zwłaszcza przy zawartości białka w płynie, przewyższającej  $4\%$ , 2) wynik badania może być odczytany dopiero w 24 godziny po nastawieniu przyrządu; nie mówiąc już o tem, że

nieraz mocz daje z odczynnikiem Esbacha wiotk osad, który nie opada.

Jak widzimy, żadna z powyższych metod nie jest doskonałą. Toteż nic dziwnego, że od czasu do czasu w piśmiennictwie lekarskiem znajdujemy propozycje nowych sposobów ilościowego określania białka. Jednym z takich nowych przyrządów jest opacymetr Simona i Pagela (R. Clogne; Analyse de chimie biologique. 1923 r.).

Z polecenia P. Profesora Dra Z. Orłowskiego zająłem się w I-iej klinice Wewnętrznej U. S. B. zbadaniem stopnia, w którym nowozaproponowany sposób nadaje się do celów praktycznych, do stosowania w praktyce prywatnej, pracowniach, szpitalach i, wreszcie, do ścisłych badań naukowych. W tym celu określałem w badanych płynach zawartość białka za pomocą opacymetru, a jednocześnie dla porównania za każdym razem jeszcze i za pomocą albuminometru Esbacha i metody Roberts-Stolnikowa-Brandberga, względnie refraktometru.

Ten ostatni nadaje się tylko do określania ilości białka w przesiekach i wysiekach, nie zaś w moczu, bo różne sole, rozpuszczone w moczu, zmieniają współczynnik załamania światła, i stąd powstają błędy w odpowiedzi. Zresztą, przyrząd ten, chociaż pozwala na bardzo szybkie określenie ilości białka, do celów praktycznych nadaje się mało z powodu swych rozmiarów, a co ważniejsze, z powodu tego, że jest bardzo drogi.

Ponieważ wśród lekarzy polskich, a zresztą i zagranicą, opacymetr nie jest znany, pozwałam sobie przytoczyć poniżej jego opis. Zasadniczą częścią tego przyrządu jest szklana rurka, zamknięta z obu końców i zaopatrzona w p działkę milimetrową. Rurka ta przesuwana się przez korek, zamykający probówkę o płaskiem dnie. W oryginalnym przyrządzie probówka ta ma dwie kreski, odpowiadające objętości  $10\text{ cm.}^3$  i  $20\text{ cm.}^3$  Do pierwszej kreski nalewamy badanego płynu (w razie potrzeby odpowiednio go rozcieńczamy). Do drugiej zaś kreski nalewamy odczynnik Esbacha (w rozcieńczeniu 1:1). Przez powolne przewracanie kilkakrotnie zamkniętej korkiem probówki mieszamy jej zawartość. (Mieszanie należy powoli, aby słupek powietrza się nie rozbił, gdyż toby spowodowało adsorbację powietrza na cząstkach białka, które z tego powodu byłyby pływały na powierzchni płynu). Probówkę ze zmieszany płynem wstawiamy teraz do futerału tekturowego, na którego dnie jest otwór, zamknięty szkiełkiem z namalowaną na niem kreską. Teraz ustawiamy przyrząd pod kątem mniej więcej  $45^{\circ}$  do np. powierzchni stołu, na którą uprzednio kładziemy kartkę białego papieru lub tafelkę białego matowego szkła, i przez górny koniec rurki patrzymy na dno futerału, unikając bezpośrednio padających promieni światła. Wyciągając stopniowo rurkę z korka, zauważymy, że kreska, którą po-

\*) Wygłoszone na posiedzeniu Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego w dn. 12 lutego 1930 r.

czątkowo wyraźnie widzieliśmy na dnie, stopniowo zaczyna zacierać się, aż przestanie zupełnie być widoczną. Odczytujemy wówczas według podziałki, na ile milimetrów została wyciągnięta rurka z próbówki (podziałka na rurce wskazuje odrazu tę liczbę) i szukamy w załączonej tablicy, jakiej ilości białka w gramach na litr liczba ta odpowiada. Nie można jednak, jak to wynika z przeprowadzonych przeze mnie badań, polegać na pojedynczym, jednorazowym określeniu procentu białka, tylko należy przerobić próbę przynajmniej w 2—3 rozcieńczeniach danego płynu t. j. np. 1:1, 1:4, 1:9 (albo odpowiednio inne). Poza to, jak to podają sami autorowie, określenie powyższe, tak zwane „na zimno“, nie jest ściśle, i znacznie ściślejsze wyniki daje określenie „na gorąco“, które również łatwo daje się przeprowadzić.

Badany (w razie potrzeby odpowiednio rozcieńczony) płyn w ilości 10 cm.<sup>3</sup> miesza się z 10 cm.<sup>3</sup> nasyconego roztworu siarczanu sodu i dodajemy 1—2 krople lodowatego kw. octowego. Mieszaninę tę na łaźni wodnej (lub piaskowej) gotujemy przez 5 minut; po oziębieniu wlewamy do próbówki opacymetru i znowu, jak to wyżej opisano, określamy stopień wyciągnięcia rurki opacymetru w chwili, kiedy kreska na dnie futerału przestaje być widoczną. W tym razie korzystamy dla określenia ilości białka z drugiej tablicy, dostosowanej do liczb, otrzymywanych „na gorąco“.

Jak widzimy, wykonanie badania jest nadzwyczaj proste i zabiera — po przyzwyczajeniu się — najwyżej 10—15 minut.

Przeprowadzone przeze mnie w I-iej klinice Wewnętrznej U. S. B. badania obejmują 35 przypadków, w tem 28 badań moczu i 7 badań wysięków, względnie przesieków.

W trakcie badań zauważyłem, że liczby, otrzymywane „na zimno“ często są nieco wyższe, niż „na gorąco“. Szukając możliwej przyczyny tego, doszedłem do wniosku, że nieraz (choć niezawsze) przestajemy widzieć kreskę na dnie futerału nieco za wcześnie, a to z powodu żółtego zabarwienia płynu w opacymetrze, gdyż do odczynnika Esbacha wchodzi kw. pikrynowy. Wobec tego w szeregu następných badań przeprowadzałem określenie ilości białka w płynie „na zimno“ nietylko przy pomocy odczynnika Esbacha, ale i przy pomocy bezbarwnego odczynnika Tsuchiya (jak i odczynnika Esbacha — rozcieńczonego w stosunku 1:1). Skład tego odczynnika jest następujący: kw. fosforowo-wolframowego 1,5, kw. solnego stężonego 5,0 i alkoholu (96%) 100,0.

Z badań naszych wynika, że

1) odpowiedzi, uzyskane opacymetrem „na zimno“ wykazują:

1) w porównaniu z albuminometrem Esbacha w 20 przypadkach (w tem 13 badań moczu) odchylenie *in plus* albo *in minus*, nie przewyższające 10% i w 15 przypadkach (wszystkie dotyczą badań moczu) odchylenie powyżej 17% (w kilku przypadkach powyżej 100%);

2) w porównaniu z metodą Roberts-Stolnikow-Brandberga w 17 przypadkach (wszystkie dotyczą badań moczu) odchylenie, nie przekraczające 10%, i tylko w 7 przypadkach odchylenie, przekraczające 15% (w kilku przyp. przekraczające 50%);

3) w porównaniu z odpowiedziami, uzyskanymi za pomocą refraktometru, liczby, uzyskane za pomocą opacymetru, wykazały w 5 przypadkach odchylenie

mniejsze od 10%, w 2 przypadkach odchylenie to przekroczyło 15% (wszystkie dotyczą badań przesieków, względnie wysięków).

II) Odpowiedzi zaś, uzyskane za pomocą opacymetru „na gorąco“, wykazały:

1) w porównaniu z albuminometrem Esbacha w 26 przypadkach (w tem 19 badań moczu) odchylenie, nie przewyższające 10% i tylko w 6 przypadkach (wszystkie — badania moczu) odchylenie powyżej 15%, (w 3 przypadkach powyżej 100%);

2) w porównaniu z metodą Roberts-Stolnikow-Brandberga w 22 przypadkach (wszystkie — badania moczu) odchylenie do 10% i tylko w 6 przypadkach odchylenie powyżej 15% (w jednym przyp. odchylenie przekroczyło 100%);

3) w porównaniu z odpowiedziami, uzyskanymi za pomocą refraktometru, liczby, uzyskane za pomocą opacymetru, wykazały w 5 przypadkach odchylenie mniejsze od 10%, w 2 zaś przypadkach odchylenie to przekroczyło 15% (wszystkie przypadki dotyczą badań wysięków, względnie przesieków).

W toku badania doszedłem do następujących wniosków, które poniżej wyłuszczam:

A) Co do rodzaju przyrządu.

1) Przy kupowaniu opacymetru należy zwrócić uwagę na to, by korek nasadzony był na rurkę ani zanadto luźno, ani znowu za ściśle, bo w obu tych przypadkach bardzo trudno jest określić moment, kiedy kreska na dnie futerału niknie.

2) Należy zwracać uwagę na to, by brzeg korka sięgał do kreski „O“ na rurce (nie dalej), koniec zaś rurki wówczas sięgał dna próbówki, w przeciwnym bowiem razie bardzo łatwo jest przy szybszym ruchu rurki wysadzić dno próbówki, a do tegoż obliczenie stopnia wyciągnięcia rurki jest nieściśle.

3) Oryginalne próbówki są bardzo kruche i tłuką się szczególnie dlatego, że mają brzegi gładkie. Mianowicie, od czasu, kiedy wprowadziłem u siebie próbówki o brzegu, lekko zagiętym, te ani razu nie stłukły się.

B) Co do przeprowadzenia badania.

1) Nie można polegać na jednokrotnym zbadaniu ilości białka opacymetrem. Badanie należy wykonać kilkakrotnie z rozmaitymi rozcieńczeniami tego samego płynu i określić przeciętny wynik. Z tego powodu zużywa się duża ilość odczynników (Esbacha, względnie Tsuchiya, albo też siarczanu sodu).

2) Przy niedostatecznym rozcieńczeniu wynik jest nieściśły z tego powodu, że tablica podaje bardzo duże różnice dla sąsiednich kresek rurki przy dużej ilości białka.

3) Przy bardzo zaś dużym rozcieńczeniu wpływa jeszcze i odległość, gdyż siatkówka nasza odróżnia tylko wtedy dwa przedmioty, jeśli kąt widzenia, pod którym je widzimy, przewyższa 1'. Toteż przy dużej odległości przestaje być rozróżniana kreska na dnie futerału.

4) Nie należy ograniczać się do jednorazowego wyciągania rurki z próbówki przy badaniu płynu, gdyż nieraz się zdarza, że chwilowa zmiana napięcia uwagi, przypadkowe przesunięcie futerału i t. p., czasem wprost nieuchwytnie przyczyniają błąd w sporządzeniu kreski.

5) Przytem należy zwrócić uwagę na wstrząsanie od czasu do czasu zawartości próbówki, albowiem wytworzone kłaczkki białka stopniowo opadają na dno, powodując błędy w odczytywaniu wyniku.

6) Kilkakrotne jednakże sprawdzenie wyników—i to przy różnych rozcieńczeniach—dosyć szybko nuży oko, toteż bardzo trudno jest wykonać badanie kilku płynów z rzędu. To właśnie jest przyczyną wahań *in plus* i *in minus* wyników, otrzymywanych za pomocą opacymetru w porównaniu z wynikami, uzyskiwanymi innymi sposobami.

7) Wynik badania, jako taki, jest indywidualnie zmienny, albowiem zależy a) od naturalnej ostrości wzroku badającego i b) od jego zmęczenia. (Aby uniknąć różnic pod tym względem wszystkie swoje badania wykonywałem zawsze o tej samej porze—między 11-ą godziną rano a 1-ą po południu). c) Od stopnia naświetlenia.

8) Niewygodną stroną opacymetru jest konieczność używania osobnej tablicy dla uzyskania odpowiedzi,

9) Jak widzimy z powyższego, opacyometr mógłby się nadać do niezupełnie ścisłego określania ilości białka, gdy lekarzowi zależy na pośpiechu, a nie ma możliwości zwrócić się do specjalnej pracowni.

10) Do badań zaś naukowych metoda Simona i Pagela, wobec swej nieścisłości, zwłaszcza „na zimno”, nie nadaje się, choć pozory bardzo za nią przemawiają. (P. Arch. Med. Wewn. 1926 r. str. 796).

Reasumując wszystko powyższe, należy uznać, że metoda Simona i Pagela (opacyometr) nie wyruguje z pracowni ani albuminometru Esbacha, ani tembardziej metody Roberts-Stolnikow-Brandberga.

Za miły obowiązek poczytuję sobie w tem miejscu złożyć serdeczne podziękowanie JWP. Profesorowi D-rowskiemu Z. Orłowskiemu, który swymi nadzwyczaj cennymi wskazówkami i zachętą dopomógł mi do przeprowadzenia badań w I-iej klinice Wewnętrznej U. S. B.

#### PIŚMIENNICTWO:

- 1) R. Clogne; Analyse de chimie biologique 1923 r.
- 2) J. Trzebiński; Przyczynek do rozpoznawania skrobiawicy nerek. (P. Arch. Med. Wewn. 1926 r.)
- 3) Doc. Dr. J. Nowaczyński; Mikroskopja i chemja kliniczna. 1929 r.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

#### O powikłaniach nerwowych w ospie i po szczepieniu ospy ochronnem.

Podala

Natalja ZANDOWA (Warszawa).

(Dokończenie p. Nr. 16).

Więcej zwolenników ma za sobą drugie przypuszczenie, a mianowicie, że zarazek, tkwiący w organizmie, w stanie nieczynnym, staje się chorobotwórczy pod wpływem szczepienia ospowego. Pomaga temu stan uczulenia (allergji), występujący na szczycie procesów reakcyjnych, zachodzących w organizmie pod wpływem zakażenia ospowego (Moro i Keller, Glanzmann, Wohlwill).

Przypuszczenie takie ma za sobą obok wielu względów empirycznych jeszcze i fakty doświadczalne: tak Levaditi wprowadzał zarazek opryszczkowy do nosa królika, a jednocześnie szczepił mu ospę do skóry. W tych warunkach rozwijało się zapalenie mózgu opryszczkowe z zejściem śmiertelnem. Ospa usposobiła zwierzę do przyjęcia zarazka opryszczkowego.

Pette stwierdził, że u zwierząt, które w doświadczeniach jego padły po zaszczepieniu krowianki do skóry, za przyczynę śmierci uważać należy lasecznik dwubiegunowy, zarazek łagodny, przebywający zazwyczaj w gardzieli królików, uruchomiony przez szczepienie ospy.

Badania krwi, pobranej z serca królika szczepionego, wykazały, że aż do dwunastego dnia po szczepieniu ospowem krew pozostaje jałową, po czem zjawia się w niej *bacillus bipolaris*. Zarazek ten, doprowadzony do stanu złośliwości, nie tracił jej, o ile przeszczepiano go na zwierzę zdrowe.

Spostrzeżenie to ma duże znaczenie dla zrozumienia powstawania epidemij poszczepiennych współcześnie z panowaniem zakażeń nerwowych wogóle: należy przypuścić, że raz ożywiony przez współzakażenie ospowe zarazek x. zdobywa autonomiczną własność wywoływania zapalenia mózgu i rdzenia i że zapanowuje on bądź samodzielnie, bądź jako cierpienie współistniejące.

Tym zarazkiem x. może być również dobrze zarazek śpiączki nagminnej, jak i zarazek zapalenia rozlanego mózgu oraz rdzenia, jak wreszcie zarazek zapalenia rogów przednich rdzenia.

Co się tyczy trzeciego przypuszczenia głoszącego, że w krowiance obok zarazka ospowego tkwi jeszcze zarazek dodatkowy, to badanie kontrolujące (Aldershoffa, Herzberga i Gildemeistera, Luckschaina.) wykazały bezpodstawność tej hipotezy.

Levaditi starał się skontrolować na drodze doświadczalnej, jak zachowuje się zarazek śpiączki w obecności ospowego, i szczepił jednocześnie zwierzętom oba te zarazki doskórnie. Okazało się, iż ospowy zagłusza śpiączkę, i wykwita jedynie pęcherzyk skórny.

Na zakończenie rozdziału o etiologii należy przytoczyć odosobnione zresztą poglądy Glanzmanna i Wohlwilla. Badacze ci przypuszczają, że powikłania nerwowe nie są pochodzenia zakaźnego, lecz że wynikają z rozpadu zarazka ospowego i z przenikania produktów owego rozpadu do tkanki nerwowej.

Byłby to zatem proces raczej toksyczny, niż zakaźny, a pogląd tych badaczy zbiegałby się z hipotezą Speranskiego, wypowiedzianą zresztą w stosunku do innych chorób, a „nie *encephalitis postvaccinosa*.”

Jak widać z szeregu przytoczonych hipotez,

żadna z nich nie ma za sobą absolutnej przewagi nad innymi, i rozstrzygnięcie zagadnienia pozostaje otwarte aż do dalszych badań doświadczalnych.

Jeśli zapytamy, jakie przeżywa koleje zarazek ospowy, wprowadzony do skóry, to rozstrzygnięciem tego pytania zajmował się laboratoryjnie szereg badaczy.

A zatem dowiadujemy się, iż zarazek ten już na 3-ci dzień po zaszczepieniu odnaleźć można w jamie nosowo-gardzielowej. (Gins, Hackenthal i Kamenzew). Po tym okresie czasu ma on stamtąd zniknąć. Dowód obecności zarazka autorzy zyskiwali, przenosząc treść jamy nosowo-gardzielowej na rogówkę królika i wywołując w ten sposób zapalenie oka ospowe.

Pomiędzy 3-cim a 10-tym dniem po zaszczepieniu zarazek ospowy odnajduje się we krwi (Douglas, Gorda, Ohtawara oraz Eckstein, Hedwig i Herzberg). Ze krwi zarazek szybko zostaje wyłowiony przez układ siateczkowo-sródbłonkowy, zwłaszcza przez śledzionę. Hoen wykazał, że zablokowanie układu S-ś. skazuje zarazek na dłuższe przebywanie we krwi.

Co się tyczy dróg, jakimi zarazek rozpowszechnia się w organizmie, to zdania są podzielone: Levaditi, zaliczając go do rzędu tak zwanych „ektodermo-neurotropowych“, sądzi, że przemieszcza się on wzdłuż nerwów obwodowych i dociera do układu nerwowego ośrodkowego.

Innego zdania są badacze niemieccy (Demme, Lucksch). Twierdzą oni, że zarazek ospowy nie posiada żadnego powinowactwa do tkanek ektodermowych i że rozpowszechnienie jego następuje drogą obiegu krwi i limfy. Na dowód słuszności swych poglądów przytaczają doświadczenie, w którym wprowadzenie zarazka do nerwu kulszowego, pozbawionego na znacznej przestrzeni ciągłości, w niczem nie zatrzymało zwykłego rozpowszechniania się cierpienia.

Dalej wykazano, iż zaszczepienie zarazka do mózgu powoduje reakcję ze strony mezodermy, nie zaś tkanki nerwowej.

Ohtawara również nie potwierdza przypuszczenia Levaditego i wykazuje, iż zarazek przedewszystkiem roznosi się drogą krwiobiegu.

Przenikając do szeregu narządów, dostać się może również i do mózgu. Tutaj może on pozostawać przez czas dłuższy, nie wywołując żadnych zmian histologicznych (Levaditi, Demme, Lucksch), ani klinicznych. Po pewnym czasie zarazek ma być zniszczony przez tkankę mózgową (Levaditi i Nicolaou), zwłaszcza w przypadkach odporności organizmu na zarazek.

W związku z tem zjawiskiem pozostaje zapewne fakt, iż powikłania nerwowe poszczepienne zdarzają się prawie wyłącznie u osób, szczepionych po raz pierwszy. Do wyjątków należą przypadki, u osobników szczepionych powtórnie.

Dlatego też bez znaczenia pozostać musi spostrzeżenie, że choroba poszczepienna dotyka

zarówno osesków w 1-ym miesiącu życia, jak i osobników 50-letnich, zależy to niewątpliwie od tego, kiedy miało miejsce pierwsze szczepienie ochronne.

Rozpoznanie różniczkowe jest trudne ze względu na identyczność obrazu chorobowego poszczepiennego z całym szeregiem postaci klinicznych, jak *encephalitis*, *encephalitis epidemica*, *poliomyelitis*, powikłanie po odrze, po ospie wietrznej i t. d.

Ustalenie wywiadów i stwierdzenie, że choroba wybuchła w okresie poszczepiennym, ułatwia zadanie. Na właściwe rozpoznanie naprowadza również nagminność cierpienia w danej miejscowości.

Jako cechy różniczkowe pomiędzy chorobą poszczepienną a śpiączką nagminną, najbardziej do pierwszego cierpienia zbliżoną, wymienić należy brak drgań myoklonicznych w chorobie poszczepiennej, przewagę objawów ze strony gałek ocznych w śpiączce oraz rzadkość szczękościsku w śpiączce i częstość jego w chorobie poszczepiennej.

Rokowanie w chorobie poszczepiennej jest bardzo poważne: śmiertelność waha się pomiędzy 30% (w Holandji), a 58% (w Anglii).

Przypadki wyleczone nierzadko wykazują długotrwałe pozostałości: porażenia, zatrzymanie rozwoju fizycznego lub psychicznego. Puech, Vedel i Lapeyrie cytują przypadek 33-letniej kobiety, u której na 10-ty dzień po szczepieniu wystąpiło porażenie kończyn dolnych. Z wiotkiego przeobraziło się ono w kuczrowe, by ustąpić całkowicie po 4 mies. trwania.

Leczenie naogół jest takie, jak i w zwykłym zapaleniu mózgu. Hekmann (w Utrechcie) zastosował leczenie surowicą rodziców, ozdrowieńców po ospie, w przypadku choroby poszczepiennej u dziecka. Przypadek zakończył się pomyślnie.

Jako zabieg profilaktyczny wymienić można proponowane przez Ginsa rozcieńczenie krowianki. Badacz ten stwierdził, że, im złośliwszy jest zarazek, którym się posługujemy przy szczepieniu, tem większa liczba narządów może być przezeń opanowana. Ponieważ z drugiej strony uodpornienie organizmu nie jest w stosunku prostym do siły odczynu szczepiennego, słuszniej jest używać krowianek słabych, przyczem standaryzacja ich powinna być dokonywana drogą prób biologicznych na rogówkach zwierzęcych.

Nasuwa się pytanie, czy neurowakcyna \*) nie jest groźniejszą od zwykłej krowianki. *A priori* wydawałoby się, iż tak jest, jednak doświadczenie, poczynione w Hiszpanji, gdzie posługiwano się neurolapiną w 20,000 przypadkach, obaw tych nie potwierdza.

Bijl i Frenkel podają fakty sprzeczne z powyższymi i przestrzegają przed użyciem neurowakcyny.

\*) Neurowakcyną nazywa się zarazek ospowy, przeprowadzony przez mózgi królicze („neurolapina“) i wzmocniony przez to w znacznym stopniu. Gildemeister znalazł, że zarazek taki zawsze przenika do mózgu w próbach laboratoryjnych.

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek

### Biologia.

J. ROCHE. O węglu całkowitym przesączów odbiałczonej krwi. (Le Sang Nr. 6/1929).

Węgiel całkowity przesączów odbiałczonej krwi lub węgiel resztkowy niemieckich autorów oznacza ilość węgla, zawartą w przesączu krwi, odbiałczonej za pomocą kwasu fosforowolframowego. W rozmaitych stanach fizjologicznych węgiel resztkowy wykazuje minimalne wahania. Stosunek węgla resztkowego do azotu resztkowego we krwi jest mniej stały, niż w moczu, lecz wahania jego są też niezbyt wielkie. Część węgla resztkowego przypada na glukozę, kwas mleczny, mocznik, kwas moczowy, kreatynę i kreatyninę, aminokwasy; natomiast 40–60%, stanowi węgiel nieznanymi związków. Związkami temi są, zdaniem autora, organiczne pochodne kwasu fosforowego, między innymi kwas fosforoglicerynowy i kwas adenosinofosforowy (Deutschberger uważa, że węgiel ten pochodzi z kwasów oksyproteinowych). Zawartość węgla resztkowego czerwonych ciałek krwi jest znacznie większa, niż węgla resztkowego surowicy.

Henryk Landau.

Leonid DOLJANSKI. O morfologii czystych hodowli komórek wątrobowych *in vitro*. (Compt. rend. de soc. de Biol. Nr. 32 r. 1929).

Autor zdołał otrzymać czystą hodowlę komórek wątrobowych, wziętych z zarodka kurczęcia.

Architektura kolonii jest bardzo charakterystyczna i odbiega w znacznym stopniu od tkanek hodowanych *in vitro* pochodzenia nabłonkowego. Również metabolizm komórek, polegający na tem, że z biegiem czasu duże ilości glikogenu, obecnego w komórkach, ustępują miejsca kulkom tłuszczowym, różni się od metabolizmu innych hodowli *in vitro*, oraz od metabolizmu komórek wątrobowych *in vivo*.

J. K.

A. B. LANZ. O wytwarzaniu się w sercu ciała podobnego do adrenaliny na skutek drażnienia nerwu sympatycznego. (Archives Neerlandaises de physiologie. Tom XIII rok 1928).

Autor wykazał że drażnienie nerwu sympatycznego serca (na preparacie Lawen — Trendelenburga żaby) powoduje wytwarzanie się w tym narządzie ciała sympatykometycznego.

Zostały stwierdzone następujące własności tego ciała:

1<sup>o</sup> Działanie chronotropowe dodatnie na inne serce.

2<sup>o</sup> Hamowanie ruchów rytmicznych żołądka izolowanego.

3<sup>o</sup> Wpływ zwężający na naczynia.

4<sup>o</sup> Wpływ rozszerzający na naczynia wówczas, gdy ciało to znajduje się w znacznym rozcieńczeniu.

5<sup>o</sup> Glikokol wywiera na nie działanie aktywujące.

6<sup>o</sup> Gdy roztwór tego ciała ogrzać do 100<sup>o</sup> lub też trzymać na powietrzu przez 24 godziny, własności sympatykometyczne zostają utracone.

Płyn odżywczy, wypływający z serca, którego nerw sympatyczny nie był podrażniony, własności powyższych nie posiada.

Ponieważ wszystkie powyżej opisane własności są identyczne z temi, jakie posiada adrenalina, powstaje przypuszczenie, czy omawiane ciało nie jest adrenaliną. Za tem przemawiałby również i ten fakt, że roztwory płynu odżywczego po wyjściu z serca, którego *n. sympathicus* był drażniony, dają słabą reakcję chemiczną Russmana, charakterystyczną dla adrenaliny.

J. K.

E. GLEY i E. v. KOKAS. Zawartość wapnia we krwi i działanie nerwów włoso-ruchowych i rozszerzających żrenicę. (Comp. rend. d. Soc. Biol. Nr. 25 r. 1929)

W niniejszem doniesieniu, jakoteż w doniesieniach poprzednich zostało wykazane, że różne czynności zależne od układu sympatycznego i parasympatycznego (rozszerzanie się naczyń, zwężanie się naczyń, przyspieszenie działalności serca, czynności wydzielnicze oraz działanie mięśni przywłośnych) ustają, gdy ilość jonów wapnia we krwi zostaje zmniejszona, przez wstrzyknięcie do obiegu szczawianu sodu. Wyjątkowe okazało się jedynie działanie mięśni, rozszerzających żrenicę, które nie zmieniają się zupełnie po zastrzyknięciu szczawianu lub cytrynianu sodu. Wytłomaczenie tego zjawiska pozostaje niejasne.

J. K.

### Higiena.

∞ Prof. Dr. O. BUJWID. Stosunki zdrowotne Brazylii. str. 94 z 26 tablicami (65 fotografiami).

Prof. Bujwid, nestor naszej higieny, który wielu z nas wprowadził w świat higienistów, dał jeszcze jeden dowód wielkiej pracowitości i wytrwałości. Przed dwoma laty odbył daleką podróż, idąc dobrze już utartym szlakiem aż do Brazylii, aby tam na miejscu zbadać warunki życia i pracy emigrującego z nędzy w poszukiwaniu chleba chłopca polskiego. W wyniku siedmiomiesięcznych studiów osobistych terenowych, uzupełnionych wiadomościami, nabytymi z dzieł innych badaczy i znawców terenu, zjawiała się praca, która porusza kwestje zdrowotne Brazylii, a szczególnie tych miejscowości, gdzie polscy osadnicy są najliczniejsi.

Autor mówi w tytule, że książka jego przeznaczona jest „dla użytku osadników i towarzystw emigracyjnych”, i że są to treściwe wiadomości „o chorobach podzwrotnikowych, sposobach ich unikania, zwalczania i zapobiegania”. Z zapowiedzi wynikałoby, że autor będzie mówił wyłącznie, lub prawie wyłącznie o warunkach brazylijskich, o ujemnym wpływie na organizm zupełnie innego klimatu, niż nasz, o chorobach charakterystycznych dla Brazylii, w rzeczywistości jednak znajdujemy w omawianej pracy całą higienę. Prof. Bujwid pisze i o alkoholizmie i o tytoniu, i o wpływie chorób wenerycznych na rodzinę, omawia, choć pobieżnie, powstanie bakterjologii, odkrycie Jennera, dość szczegółowo rozpatruje walkę z chorobami zakaźnymi, daje rady, co robić w przypadkowych skałeczeniach i uderzeniach, opisuje choroby odzwierzęce, umieścił nawet rozdział o różycy świń, chorobie, w zasadzie człowiekowi nie udzielającej się.

Wobec takiej wszechstronności i różnorodności tematów poruszanych, a dotyczących ochrony zdrowia wogóle, strony specyficzne, dotyczące Brazylii, które winny być najbardziej uwypuklone, choć omawiane szeroko, jak, na przykład, węże jadowite, żółta febra, leishmania i t. d., tracą może na stosunkowej wadze.

Czytelnik, który szuka higieny brazylijskiej, znalazłszy ogólną z szerokim tylko uwzględnieniem Brazylii, może doznać pewnego rozczarowania. To się jednak tłumaczy tem, że autor widocznie ma na względzie człowieka, który wogóle z higieną nie jest obeznany, i stąd daje mu wszystkie wiadomości, jakie każdy człowiek, a przedewszystkiem brazylijczyk w życiu codziennem winien posiadać. O tem, że taka była intencja autora, mówi i styl, miejscami na. et ludowy: „A czemuż panowie doktorzy zabraniają pić wódkę, kiedy to taki dobry środek dezynfekcyjny? przecież, gdy naleję kieliszek wódki albo szklanekę do żołądka, to ona mi tam wszystkie bakterje doskonale zniszczy”. Pomimo jednak tego

dążenia do popularyzacji i wielkiej lekkości stylu nie wydaje mi się, by całość pracy mógł czytać z korzyścią ten właśnie chłop, który wyjeżdża do Brazylii. Miejscami książka jest o poziomie wyższym, może być zrozumiała tylko dla człowieka, posiadającego już pewne odczytanie, a więc nauczyciel miejscowy, ksiądz, działacz społeczny, czy jakiś propagator higieny wśród ludu.

Jeżeli wolno, nie zgodziłbym się z niektórymi twierdzeniami Mistrza przynajmniej co do siły ich wyrażenia: jak np. „Niema jednak nic szkodliwszego, jak zbyt obfite picie wody“ (str. 15) „kawa oczukrzona (czarna) spełnia rolę posiłku i napoju jednocześnie“ (str. 16), „jeżeli się ktoś skaleczy najlepiej zrobi, gdy od razu obmyje ranę czystą wodą, wziętą ze studni lub rzeki“ (17 str.) „A łatwo je (pleśniawki) leczyć, nacierając co parę godzin proszkiem sody aptecznej“ (str. 62), „można od czasu, gdy ktoś ma do zaryzykowania niewielkie pieniądze, dogodzić tej małej jeszcze namiętności“ (grze w karty lub kości str. 73) i t. d. i z szeregiem innych podobnych rzeczy.

Jest to pierwsza praca w tej dziedzinie dla nas bardzo ważnej. Należy się pocieszać myślą, że w ślad za prof. Bujwidem pójdzie polska inteligencja pracująca w Brazylii a nadeszłyby lekarze, że zostanie tą drogą zebrany i opracowany materiał, aby w najbliższej przyszłości ciepłopolski pod względem zdrowotnym, życiem lub ciężką chorobą nie opłacał swego nieuświadomienia.

M. Kacprzak.

### Lecznictwo.

**VOLKMANN.** Stosowanie pyriferu jako nowego środka, podnoszącego ciepłotę. (Zeitschrift für Augenheilkunde, maj 1928).

Od szeregu lat stosuje się z dobrym skutkiem w zapalnych schorzeniach gałki ocznej, tak ostrzych jak i przewlekłych środki, powodujące znaczne podniesienie ciepłoty. Dotychczas jako taki środek znane jest przeważnie mleko. Pyrifer, który autor pierwszy stosował w schorzeniach gałki ocznej, jest tworem białkowym z bakterij niechorobotwórczych. Pyrifer, jako środek, podnoszący ciepłotę, został wypróbowany przez Liehra w klinice psychiatrycznej w przypadkach porażenia postępującego zamiast zimnicy. Świetne wyniki, osiągnięte przez Liehra, skłoniły autora do zastosowania pyriferu i w schorzeniach gałki ocznej. Autor stosował pyrifer w 20 przypadkach, w tem 9 na zmianę z mlekiem. Okazało się, że pyrifer jest pewniejszym środkiem, aniżeli mleko, do wywołania wysokiej temperatury. Przypadki, które na największe dawki mleka, 8--10 cm<sup>3</sup>, wcale lub tylko słabo reagowały, dały na najmniejsze dawki pyriferu, 25 jednostek, wysoką ciepłotę. Te same zaś przypadki już po jednym zastrzyknięciu pyriferu stały się o wiele czulsze i na mleko. Objawy kliniczne zastosowania pyriferu są obok gorączki te same, co i mleka (dreszcze, ból głowy i osłabienie), trwają jednak krócej i są mniej burzliwe. Na 20 przypadków, leczonych pyriferem, składały się schorzenia rogówki i naczyńiówki, zranienia gałki, zapalenia współczulne oraz schorzenia trzeciorzędowe i metaluetyczne. Autor zastrzykiwał pyrifer dożylnie, poczynając od najmniejszej dawki, t. j. 25 jednostek. Dawkę podwyższał i do 200 jednostek zależnie od wysokości uzyskanej gorączki. Odczyn następuje już w 1--2 godz. po zastrzyknięciu i utrzymuje się przeciętnie 6--8 godzin. Jak przy mleku czekano z następnym zastrzyknięciem do czasu powrotu ciepłoty do normy. W 34% gorączka podniosła się do 38,5°, a w 66 proc. do 39°. Miejscowe leczenie było stosowane jak zwykle.

S. Hammer.

**L. FRIEDMANN.** O wpływie małych dawek jodku potasu na podniesione ciśnienie krwi. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 165, z. 3 i 4).

Celem zbadania wpływu jodu na krwiobieg ludzi z chorobowo zmienionymi naczyniami, po ustaleniu wysokości ciśnienia krwi, podawał autor chorym po 5 cm<sup>3</sup> 2,5 proc. roztworu jodku potasu (=0,125 gr. k7=0,095 gr. jodu) i mierzył co 10--20 minut ciśnienie. Materiał do badań stanowiły przeważnie kobiety w wieku od 40--70 lat z ciśnieniem 160--260 mm. Hg. Z 52 otrzymanych w ten sposób krzywych 20 nie wykazywało zmian po podaniu jodku potasu, 14--dość strome podniesienie się ciśnienia krwi o 15--55 mm. Hg. (przeciętnie o 30--40 mm. Hg.), 18--umiarkowany stopniowy spadek ciśnienia, rozpoczynający się w pół godziny po podaniu jodu, osiągnął swój najniższy punkt (10--25 mm. Hg.) po godzinie, aby potem nieco się podnieść, pozostając jednak przez długi czas poniżej poziomu wyjściowego. Spadek ciśnienia wykazywały łagodne przypadki nadciśnienia (170--190 mm. Hg.) bez zmian w moczu, natomiast tam, gdzie były objawy zmian w nerkach, ciśnienie się podnosiło.

Henryk Landau.

**G. HALTER.** Śmiertelny przypadek w następstwie przetaczania krwi. (Wien. kl. Woch. № 8/1930).

W przypadku ciąży pozamacicznej, w której przebiegu doszło do pęknięcia jajowodu po dokonaniu zabiegu (*salpingectomia*) wystąpiły objawy niedomogi krążenia. Ponieważ ani środki nasercowe, ani podskórne wlewanie fizjologicznego roztworu soli kuchennej z dodatkiem adrenaliny nie przyniosły poprawy, postanowiono dokonać przetaczania krwi. Pacjentka należała do grupy II; ze względu na brak ofiarodawcy, należącego do tej grupy, dokonano przelewania z żyły do żyły 550 cm<sup>3</sup> krwi lekarza, należącego do grupy IV, z zachowaniem wszelkich środków ostrożności według Ochlockera. Bezpośrednio po zabiegu tętno się poprawiło, i chora czuła się zupełnie dobrze. Następnego dnia jednak wystąpiła żółtaczka, oliguria i hemoglobinuria. Żółtaczka i hemoglobinuria zaczęły po trzech dniach ustępować, natomiast oliguria wzmacniała się coraz bardziej (dobowa ilość moczu spadła do 50 cm<sup>3</sup>), i chora na dziesiąty dzień zmarła wśród objawów mocznicy. Obdukcja wykazała zwyrodnienie mięszone narządów wewnętrznych, zwłaszcza mięśnia sercowego i wątroby, główne zmiany jednak były w nerkach w postaci nerek hemoglobinurycznych. Śmierć więc chorej była spowodowana przez hemolizę.

Określanie grupy krwi chorej i ofiarodawcy wykonano bezpośrednio przed przetaczaniem. Surowica krwi chorej, zmieszana z kroplą krwi ofiarodawcy, nie aglutynowała. Hemoliza krwi ofiarodawcy jest więc wyłączona; hemolizie zatem musiała ulec krew odbiorczyni. Jako przyczynę hemolizy przyjmuje autor w danym przypadku zmniejszenie się ilości krwi odbiorczyni i wysokie miano aglutynacyjne (1:128) ofiarodawcy, należącego do grupy IV. Śmierć nastąpiła wskutek zaczopowania kanalików nerkowych przez bryłki hemoglobiny.

Wobec tego autor uważa, że u osób wykrywanych przelewaniem krwi można wykonywać tylko wtedy, gdy jest ofiarodawca tej samej grupy krwi; jeśli ma się do dyspozycji tylko ofiarodawcę, należącego do grupy IV, należy przed transfuzją określić jego miano aglutynacyjne.

Henryk Landau.

### Choroby serca i naczyń.

**P. T. KASAKOFF.** O semiotyce drożności przewodu Botalla. (Wien. kl. Woch. Nr. 5/1929).

Podany jest opis przypadku, w którym za życia rozpoznano drożność przewodu Botalla; rozpoznanie to zostało potwierdzone na sekcji. Na zasadzie obserwowanych przez

siebie dwóch przypadków drożności przewodu Botalla i analizy całego odnośnego piśmiennictwa dochodzi autor do następujących wniosków:

1) przyżyciowe rozpoznanie drożności przewodu Botalla jest w czystych przypadkach możliwe;

2) wywiady i objawy kliniczne mają decydujące znaczenie dla rozpoznania;

3) polycytemji, poliglobinemji i sinicy nie spotyka się w tej wadzie, raczej uderza błądność;

4) garb sercowy i palce w kształcie pałeczek od bębna rzadko się spostrzega;

5) charakterystyczne jest powiększenie wymiarów serca nalewo i naprawo;

6) skurczowe tętnienie, pomruk koci skurczowy wraz ze szmerem skurczowym w miejscu osłuchiwania tętnicy płucnej oraz przenoszenie się szmeru na naczynia szyi są częstym zjawiskiem i często stwierdza się akcentację drugiego tonu nad tętnicą płucną;

7) pas stłumienia w kształcie wstęgi (Gerhardt) nalewo od mostka, stwierdzany perkusyjnie i rentgenologicznie, nie jest objawem, właściwym tylko temu cierpieniu;

8) objaw F. Francka, polegający na wysłuchiwanie szmeru na grzbiecie po stronie lewej, na wysokości III—IV kręgu piersiowego, jest prawie zawsze dodatni;

9) gruźlica płuc nie spotyka się, co ma względne znaczenie w różniczkowaniu ze zwężeniem prawego ujścia tętniczego.

Henryk Landau

W. BROCKER i W. KEMPMANN. Przemiana podstawowa w nadciśnieniu. (Münch. med. Woch. Nr. 1. 1930)

Autorzy określali przemianę podstawową na większym materiale chorych z nadciśnieniem, z wyłączeniem przypadków, powikłanych schorzeniem tarczycy, chorób gorączkowych, chorych z dusznością i tachikardją. Przeważnie byli to chorzy z nerką marską, mniejsza część miała *nephritis chronica*, *hypertonia essentialis*. We wszystkich przypadkach marskości nerki przemiana podstawowa jest wzmożona o 5—10 proc., najwyżej o 55 proc. Wzmożenie przemiany nie jest równoległe do stopnia podniesienia ciśnienia. Nie stwierdzono też żadnej równoległości między stopniem zaburzenia funkcji nerek a wzmożeniem zużycia tlenu. Prognostycznych więc wniosków ze stopnia wzmożenia przemiany wyciągać nie można.

Na trzy przypadki nadciśnienia w przebiegu *nephritis chronica* tylko w jednym przemiana była wzmożona o 15 proc. W *hypertonia essentialis* dwa razy przemiana była wzmożona do 30 proc., w jednym przypadku zużycie tlenu było normalne.

Badania wykazują, że wzmożenie przemiany nie zależy od zatrzymania ciał azotowych we krwi. Należy raczej uwzględnić zwiększoną pracę serca i naczyń. Autorzy skłaniają się do wniosku, że wzmożenie przemiany wynika z zaburzenia czynników regulujących w ośrodkach mózgowych podkorowych być może, z udziałem wydzielin dokrewnych i nerwów autonomicznych.

F. Turyn.

E. THOMAS. Ciśnienie tętnicze w podeszłym wieku. (Arch. des Mal. du coeur 11/1929).

Badania, przeprowadzone na 62 kobietach w wieku powyżej 50 lat bez zmian nerkowych i sercowych oraz bez dających się stwierdzić za pomocą badania klinicznego zmian naczyniowych, ustaliły następujące przeciętne ciśnienie maksymalne i minimalne: wiek 50—60 l. ciśnienie 135/72 mm. Hg., wiek 60—70 l. — 140/71 mm. Hg., wiek 70—80 l. — 133/67 mm. Hg., wiek 80—85 l. — 150/67 mm. Hg. A więc u starszych kobiet bez schorzeń, wpływających wyraźnie na wysokość ciś-

nienia, jest ono nieco wyższe, niż u młodych. Jeśli ciśnienie maksymalne przekracza 165—170 mm. Hg., należy szukać przyczyny nadciśnienia, zwłaszcza zmian nerkowych lub posuniętej miażdżycy, pamiętając jednak, że to ostatnie schorzenie nie musi koniecznie powodować nadciśnienia.

Henryk Landau.

M. SZUGUROWA. O znaczeniu objawu Libmana w rozpoznawaniu duszniczy bolesnej. (Wien. kl. Woch. 49/1929)

U osób z obniżoną wrażliwością bólową dusznica bolesna może przebiegać nietypowo — bez bólów. Przypadki takie trudno jest odróżnić od nerwicy serca. Jako pomocniczą metodę różniczkową proponuje autorka badanie wrażliwości bólowej za pomocą próby Libmana, która oddaje w tych razach cenne usługi. Zespół objawów jak w duszniczy bolesnej, lecz bez bólów u osób z normalną lub wzmożoną wrażliwością bólową przemawia za nerwicą, a przeciwko duszniczy, u osób z obniżoną wrażliwością, *caeteris paribus*, przeważnie za dusznicą.

Henryk Landau.

M. HERZ. O zwalczaniu napadów stenokardycznych na ulicy. (Wien. kl. Woch. 49/1929)

Napady duszniczy bolesnej występują najczęściej podczas ruchu na świeżem powietrzu. Zależy to nie tylko od wysiłku, związanego z ruchem, lecz i od chłodu, wiatru oraz od działania samego świeżego powietrza (nawet ciepłego i nie będącego w ruchu). Najlepiej zwalcza dolegliwości nitrogliceryna i ciepło. Dlatego stenokardycy powinni mieć zawsze przy sobie 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> alkoholowy roztwór nitrogliceryny oraz poduszkę gumową, wypełnioną gorącym roztworem octanu sodu, który najdłużej utrzymuje ciepło. Ostatnio pewna firma przygotowuje taki termofor, dający się zupełnie wygodnie nosić pod ubraniem, pod nazwą „Stenothermu”.

Henryk Landau.

### Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

J. I. MARGOLIS. O przewlekłej pentozurji. (Am. J. Med. Sc. tom 177, Nr. 3. 1929).

Autor uważa, że sprawa chorobowa, przebiegająca pod postacią pentozurji przewlekłej, nie jest wcale tak niewinnym cierpieniem, jak ogólnie się przypuszcza.

Patologia tej sprawy stoi w pewnej łączności z wago-tonją oraz z niektórymi postaciami migreny. Niekiedy kliniczny przebieg posiada cechy wyraźnego cierpienia alergicznego.

Z pośród pentozurji toksycznych autor wymienia jako najważniejszą makowcową oraz piramidonową (przypadek własny autora).

W jednym przypadku zastrzykiwania białkowych preparatów spowodowały chwilowe zmniejszenie się pentozurji, które okazało się jednakże nietrwałym.

B. Goldstein.

J. I. MARGOLIS. Pentozurja a migrena. (J. A. M. A. tom 93 Nr. 3).

Pentozurja, opisana przez autora, nie zależała od diety. Podawanie amidopiryny wybitnie zwiększało wydalanie pentozy w stosunku prostym do zażytej ilości. Na zasadzie badań nad 100 osobnikami autor uważa, że próba z podawaniem amidopiryny może być uważana za swoistą dla prowokacji pentozurji. Dożylnie podanie szczepionki z prątków duru, wywołuje spadek w wydalaniu pentozy, o ile wystąpił silny odczyn ogólny ustroju.

Przez cały okres zastrzykiwania szczepionki przeciw-

durowej wydalanie przeciętne mało się wahało, przytem w kierunku zgodnym ze stanem ogólnym.

B. Goldstein.

E. WRECHMANN. O występowaniu cukromoczu wskutek zastrzykiwań insuliny. (D. Arch. f. kl. Med. t. 164, z. 3 i 4).

W przypadku żółtaczk, w której w jej punkcie kulminacyjnym nie stwierdzono ani objawów cukrzycy, ani żadnych zaburzeń w przemianie węglowodanowej, w czasie podawania w celach leczniczych małych dawek insuliny (2 razy dziennie po 5 jednostek) wystąpił cukier w moczu w ilości do 17,6 gr. na dobę. Zawartość cukru we krwi stanowiła dolną granicę normy (63 mgr.  $\%$ ). Po ustąpieniu żółtaczki, pomimo dalszego stosowania insuliny, cukromocz ustąpił. Możliwe, że insulina prowadzi u żółtaczkowych do przesunięć elektrolitów we krwi lub do odmiennego wiązania cukru we krwi (modyfikacja beta glukozy), co powoduje cukromocz

Henryk Landau.

F. ALTMANN. O torbieli skórzastej szyszynki. (Wien. kl. Woch. Nr. 4. 1930).

Autor opisuje przypadek, w którym jedenastoletni chłopiec zgłosił się do szpitala z powodu zwiększającego się od kilku miesięcy pogorszenia się pamięci, bólów głowy w okolicy czoła, wymiotów, pogarszania się wzroku. Ostatnio uderzał duży przysto wagi chorego. Chory miał chwiejny chód, dodatniego Romberga, lekkie osłabienie i ataksję lewej kończyny górnej. Odruchy kolanowy i Achillesa wzmożone, Babinski ujemny, wszystkie odruchy brzuszne zachowane. Ze strony narządów wewnętrznych odchyłań od normy nie stwierdzono. Odczyn Wassermann ujemny. Obustronna tarcza zastoinowa, liczenie palców z odległości 3 m. Uszy: obie błony bębenkowe nieco wciągnięte, przewodnictwo kostne nieco skrócone, obustronna silna nadpobudliwość przedsionkowa na bodźce cieplne. Rentgenologicznie: sklepienie czaszki o typie wodogłowowym, grubości 2 mm., wyciski palczaste zgrubiałe, szwy porozsuwane, w obrębie szyszynki zwapniały, pośrodku ułożony cień, siodełko tureckie duże, jego dno głębokie, a grzbiet cienki i stromy; rozpoznanie: wodogłowie wewnętrzne, zwapniały guz szyszynki. Z biegiem czasu u chorego rozwijały się zaburzenia inteligencji, stałe zwiększanie się wymiarów czaszki, zupełna utrata wzroku. W ostatnich miesiącach życia powtarzały się toniczno-kloniczne skurcze lewej kończyny górnej i dolnej. Ilość tkanki tłuszczowej stale się zwiększała, zwłaszcza w obrębie brzucha, krótko przed śmiercią wystąpiła wysoka gorączka ( $40^{\circ}$ ), częstoskurcz i stupor.

Obdukcja wykazała torbiel skórzastą szyszynki, zawierającą obok włosów i gruczołów łojowych tkankę tłuszczową, chrząstkę i kości, przytem duża ilość tkanki gruczolowej szyszynki była zachowana. Tkanka sklepienia śródmózgowia, a w mniejszym stopniu podstawy międzymózgowia uciśnięta, w przysadce mózgowej nieznaczne zmiany uciskowe, wywołane przez wzmożone ciśnienie śródczaszkowe. Pozostałe gruczoły dokrewne, zwłaszcza jądra o normalnej, odpowiadającej wiekowi budowie.

Brak objawów *makrogenitosomiae praecocis* przy zachowanej dużej ilości tkanki gruczolowej szyszynki przemawia za tem, że zespół ten jest skutkiem niedomogi czynnościowej szyszynki. Otyłość kładzie autor na karb zmian międzymózgowo-przysadkowych.

Henryk Landau.

### Choroby dróg moczowych.

STEINITZ. Obarczenie mocznikiem w celach kontroli sprawności nerek. (D. m. W. Nr. 38/1929)

Badanie czynności nerek za pomocą obarczenia moczni-

kiem znajduje obecnie coraz większe zastosowanie nie tylko w klinikach wewnętrznych, ale i chirurgicznych. Metoda łatwa. Przygotowanie chorego takie, jak przy innych metodach badania czynności nerek. Przerwa 12 godzinna w przyjmowaniu płynów przed wykonaniem próby. Rano w dniu próby o godz. 7-ej opróżnienie pęcherza, następnie podaje się 15 gr. mocznika z 200 gr. czarnej kawy niezbyt mocnej. O godz. 8, 9, 10 rano zbiera się porcje moczu i w każdej z nich określa się ilość, ciężar gatunkowy oraz stężenie mocznika. W przypadkach prawidłowej czynności nerek stężenie mocznika większa się ponad  $2\%$  w porcji II-ej, cza sami dopiero w III-ej. W przypadkach niedomogi nerek stężenie mocznika zwiększa się zaledwie o  $1\%$ — $1,5\%$ . Stężenie mocznika poniżej  $1\%$  świadczy o bardzo daleko posuniętej niedomodze wydzielniczej azotu przez nerki, i te przypadki szybko kończyły się zejściem śmiertelnym.

Wanda Franzówna.

LEBERMANN. Różnicowanie nerki zastoinowej. (Münch. med. Woch. Nr. 12. 1930).

Autor podaje szereg badań funkcjonalnych nerek, pozwalających w przypadkach, pod pewnymi względami zbliżonych, na rozstrzygnięcie, czy dane nerki są niewydolne pierwotnie, czy też wskutek zastoiny sercowego.

Po obarczeniu kwasem i zasadą (metoda Rosenberg i Hellfors) zwiększenie się pH aż do odczynu alkalicznego moczu występuje przy zastoiny sercowym.

Poprawa diurezy po wstrzyknięciu dożylnym większej ilości płynu (Magnus-Risleben) przemawia za sprawą zastoinową.

Obciążenie większą ilością płynu (1 litr) z jednoczesnym dodatkiem środków moczopędnych, jak mocznik, pochodne purynowe, środki naserkowe, kw. żółciowe (metoda Lebermanna), powoduje u chorych z nerką zastoinową poprawę diurezy i przywraca zdolność koncentracyjną, czego nie spotyka się w przypadkach oligurji pochodzenia nerkowego.

Pewne wskazówki daje próba Kaufmanna. Chory od godz. 7-ej rano wypija co 30 min. 150 ccm. płynu i oddaje mocz co godzinę. Po 4-ech godz. unosi się łóżko w nogach (położenie Quinckego) i próbę przedłuża o jeszcze 2 godz. W 6-ciu zebranych porcjach moczu określa się ilość i c. g. W przypadkach zastoinowych położenie Quinckego poprawia diurezę.

Podobnie przebiega diureza przy próbie według Violle i Famulari, polegającej na określaniu ilości moczu, oddanego w pozycji leżącej i stojącej. Chorzy nerkowi wydają w obydwu wypadkach jednakowe ilości moczu, nerki zastoinowe wydzielają w pozycji stojącej mniej moczu, niż w pozycji leżącej.

F. Turyn.

BECHER E. Jak rokować w marskości nerki na podstawie chemizmu krwi? (Münch. med. Woch. Nr. 12 1930 rok).

Według Volharda większość chorych na marską nerkę ginie z powodu mocznicy lub na udar mózgowy, mniejsza część umiera z powodu powikłań. Zdaniem Volharda, występują tu zaburzenia w krążeniu nerek i innych narządów. Czynniki, powodujące przejście do postaci nieskompensowanej, nie są znane. V. twierdzi, że do przejścia przyczynia się skurcz tętniczek nerkowych. Badania autora pozwalają na wczesne określenie kierunku, w jakim rozwinie się przebieg nerki marskiej.

W przebiegu ostrego zapalenia nerek zatrzymuje się b. wcześniej we krwi mocznik i kw. moczowy, natomiast indol, fenol, krezol, oksykwas aromatyczne ulegają zatrzymaniu późno i w stopniu nieznacznym. Taksamo nie stwierdza

się retencji urochromogenu. Barwa moczu nie zmienia się, c. g. może być wysoki.

W przebiegu niedomogi nerki marskiej jest odwrotnie: wczesne gromadzenie we krwi aromatycznych produktów gnicia jelitowego, już w okresie, kiedy ilości mocznika pozostają normalne. Pozatem w surowicy zatrzymują się chromogeny uroazeiny, urochromu. Barwa moczu jest jasna, c. g. ustala się około 1,010.

Należy przypuścić, że mocznik zatrzymuje się we krwi przy ostrem zapaleniu nerek, dlatego, że ilość przepływającej krwi jest niedostateczna.

Większe ilości kwasu moczowego we krwi w przebiegu *nephritis acuta* tłumaczy B. wzmożoną pracą mięśnia sercowego (E m b d e n).

Do powstania mocznicy przyczynia się retencja jądów jelitowych.

Przypadki nerki marskiej, kończące się niedomogą serca i udarem, cechują się zatrzymaniem mocznika i kwasu moczowego. Jady jelitowe, odczyn na indykan i ksantoproteinowy zachowują się normalnie, taksamo chromogeny. Mocz jest zabarwiony normalnie, c. g. obniżony b. nieznacznie; z chwilą wystąpienia niedomogi serca zjawia się w moczu urobilina.

*Retinitis albuminurica* jest często wczesnym objawem przejścia *nephrosclerosis benigna* w postać złośliwą.

W niektórych przypadkach *nephrosclerosis* występuje wzmożenie się ciał aromatycznych. Mocznik pozostaje wtedy prawie w normie. Zwłaszcza wcześniej zjawia się indykanemja. Te przypadki w dalszym przebiegu rozwijają się jako marskość złośliwa. Jednakże w okresie zatrzymania ciał aromatycznych może ulec retencji mocznik; oznacza to wystąpienie niedomogi serca w przypadku, który rozwijał się jako marskość złośliwa.

W przebiegu czystej dekompensacji serca stwierdza się izolowaną retencję mocznika i kw. moczowego.

F. Turyn.

## Choroby kości i stawów.

H. SCHLESINGER. Wypuk bębenkowy czaszki i inne kliniczne właściwości licznych przerzutów guzów do kości. (Wien. kl. Woch. Nr. 8 — 1930)

Prosówkowa rakowatość kości należy do spraw rzadkich; najczęściej punktem jej wyjścia bywa rak gruczolu piersiowego, rzadziej oskrzeli, czasem woreczka żółciowego. W sprawie tej bywają usiane przerzutami nowotworowemi kości długie i kręgosłup, podczas gdy części miękkie i narzą-

dy mięszsowe zostają nietknięte. Procesy te przebiegają często pod postacią schorzeń stawu biodrowego, rwy kulszowej i rozmiękczenia kości.

Jeśli w tych przypadkach opukiwać sklepienie czaszki słycać wyraźny wypuk bębenkowy zarówno z przodu jak z tyłu (z przodu może być wypuk bębenkowy i w normalnych warunkach), co dowodzi zmian w strukturze kości, ewentualnie ubytków w sklepieniu czaszki lub rozluźnieniu szwów czaszkowych; w odosobnionych przerzutach nowotworów do kości objawu tego brak.

Ciekawy jest fakt, że, mimo tak rozległych zmian w układzie kostnym, we krwi nie spotyka się prawie nigdy elementów szpikowych, ani w jej obrazie czerwonym, ani w białym.

Długość życia może wynosić w tych wypadkach 3 — 4 lata, a niema charłactwa. Charłactwo często rozwija się dopiero w ostatnich tygodniach życia.

Pomimo rozsiania przerzutów po całym układzie kostnym nigdy nie dochodzi do zniekształceń szkieletu, a rzadko do złamań samoistnych.

Znieczulenie skóry podbródka wskazuje w tych razach na przerzuty do szczęki dolnej.

Henryk Landau

H. DAUSSET i LUCY. Leczenie przewlekłych zapaleń stawów biodrowych promieniami Roentgena. (Paris Médical; N5; 1 luty 30 r.)

Na 50 chorych leczonych tą metodą, więcej niż połowa poprawiła się znacznie. Ustępowały bóle, polepszała się czynność kończyny, procesy patologiczne zostały zahamowane, na co wskazują rentgenogramy.

Do leczenia tą metodą powinny być dobierane odpowiednie przypadki, najlepiej nadaje się postać, znana pod nazwą *arthritis deformans (malum coxae senile)*.

Promienie Roentgena niszczą patologiczną tkankę kostną, wyzwala ją od ucisku włókna nerwowe i w ten sposób zmniejszają bóle. Prócz tego działają naświetlania wogóle kojąco, wskutek bliżej nieznanego nam mechanizmu (np. neuralgie różnego rodzaju).

Technika: 3 mAmp.; 150 Kv.; filtr. — Zn. lub Cu., dawka 1500 — 3000 Rf. na pole.

Chorzy powinni wiezieć, że poprawa następuje dopiero w czwartym lub w piątym tygodniu, że należy stosować conajmniej dwie sesje i że na początku leczenia może nastąpić natężenie bólów.

Podczas naświetlań wskazanem jest leczenie ogólne.

M. Orłowski

## Wskazówki praktyczne.

Garry stosował *antivirus* Besredki w szeregu cierpień chirurgicznych i doszedł do następujących wniosków: w leczeniu ran *antivirus* sprzyja szybkiemu znikaniu laseczników ropy błękitnej i złemu odorowi w ranach zakażonych. Najlepsze wyniki otrzymał G. w zapaleniu sutki: bóle i objawy ogólne prędko ustępowały. W kombinacji z zabiegiem chirurgicznym wyniki były dobre i w ropówkach: bóle uspakały się, tkanki zmartwiałe oddzielały się. Na zakażenia głębokie *antivirus* działał słabiej, niż na powierzchowne. Dobre wyniki dawały zakażenia poporacyjne, zapalenia pęcherza moczowego i raz zapalenie otrzewny. (Ther. d. Gegenw. 1930 Nr. 3).

—0—

Rominger ocenia tolerancję *naparstnicy* u dzieci na

50—100 proc. wyżej, niż u dorosłych i stosuje ją w dużych dawkach aż do objawów zatrucia: zwolnienia i nierówności tętna aż do groźnego przyspieszenia tegoż. W ogólności daje R. 3, 1 *Fol. Diqht. titr.* co 4 godziny dzieciom powyżej 4 lat, młodszym połowę tej dawki. W niektórych przypadkach należy rozpocząć od doraźnie działającej strofantyny, a potem przejść do *naparstnicy*. Wskazania: przerost serca z niedomogą, niedomoga po zakażeniach. W razie nieznośności *naparstnicy* przez przewód żołądkowo-jelitowy stosować ją należy przez obytnicę. (Fortschr. Ther. 1929, Nr. 23).

—0—

W sprawie uzasadnienia naukowego i wyników szczepienia ochronnego błonicy wyraża się Friedberger ujemnie. Zmiana odczynu Schick'a z dodatniego na ujemny nie do

wodzi wcale, że odczyn ujemny chroni przed zakażeniem błonią. Ciężkie postacie błonicy u szczepionych, a pomimo to uległych zakażeniu, te same cyfry umieralności u szczepionych i nieszczepionych nie świadczą o pożytku szczepień. Stwierdzone różnice w zapadalności mogą zależeć od innych czynników. Szczepienie przebiega wprawdzie w większości przypadków bez groźnych objawów, nie wyłącza to jednak z całą pewnością działania szkodliwego jadu, który w sposób, nam nieznany, może w ustroju przejść w stan czynny. F. ostrzega przed propagandą uodparniania czynnego przeciw błonicy (D. m. W. 1930 Nr. 9-10).

—o—

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

### Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja Kliniczna.

Sprawozdanie za r. 1929.

W r. 1929 prezydium Sekcji Klinicznej stanowili: Edward Flatau, Zygmunt Szymanowski i Henryk Trenkner. Sekretarzami byli: Marceli Landsberg i Lucjan Jelenkiewicz. Posiedzenia odbywały się dwa razy na miesiąc: jedno poświęcone było pokazom przypadków kazuistycznych i referatom klinicznym, drugie — programowym odczytom klinicznym.

Posiedzenia odbywały się w sali Warszawskiego Towarzystwa Naukowego, z wyjątkiem jednego, urządzanego w lokalu Klubu Lekarzy Polskich. Posiedzenia były licznie odwiedzane przez członków i gości.

Układaniem porządku dziennego posiedzeń zajmował się Zarząd Sekcji, w którego skład wchodził: E. Flatau, Z. Szymanowski, H. Trenkner, Z. Srebrny, W. Knappe, M. Gantz, L. Jelenkiewicz i J. Typograf. Zarząd zbierał się raz na 3 tygodnie. Większą część porządku dziennego posiedzeń Sekcji Klinicznej stanowiły tematy, wysuwane przez Zarząd i przedkładane odpowiednim prelegentom do opracowania. W myśl postanowienia Zarządu Sekcja Kliniczna nie przyjmowała odczytów, wygłoszonych już w innych Towarzystwach.

Posiedzeń pokazowych było 8, na których przedstawiono ogółem 20 pokazów, a mianowicie: z chorób nerwowych—8, z wewnętrznych—6, z chirurgicznych—4, z ocznych—1, z usznych—1.

Na posiedzeniach pokazowych wygłoszono odczyty następujące:

1) Dn. 9.III 1929 r. B. Karbowski. *Układ nerwu przedśionkowego i znaczenie metod badania jego dla kliniki.*

2) Dn. 27.IV 1929 r. A. Landau i B. Jochweds. *O wtórnych stanach bronchospastycznych.*

3) Dn. 11.V 1929 r. H. Higier. *Nerwica ogólna, nerwica narządowa i psychonerwica w współczesnej medycynie wewnętrznej.*

4) Dn. 11.V 1929 r. G. Bychowski. *O psychozach degeneracyjnych.*

5) Dn. 30.XI 1929 r. A. Straszyński. *W sprawie sposobu działania środków używanych w leczeniu kily.*

6) Dn. 30.XI 1929 r. M. Lubelski. a) *Leczenie nitkowatych zwężeń przelyku po sparzeniu płynami żrącymi z zastosowaniem zglębników własnego pomysłu;* b) *Wyświetlenie filmu, przedstawiającego przebieg leczenia.*

7) Dn. 14.XII 1929 r. Jerzy Glass. *O gospodarce chlorowej ustroju i jej znaczeniu w patologii i terapii.*

Posiedzeń programowych było 9; na nich wygłoszono odczytów 11, a mianowicie:

1) Dn. 26.I 1929 r. A. Landau i J. Glass. *O roli układu wegetatywnego w powstawaniu i leczeniu wrzodu żołądka.*

2) Dn. 23.II 1929 r. H. Brokman. *Podobieństwa i różnice biologiczne pomiędzy chorobami zakaźnymi i cierpieniami alergicznymi.*

3) Dn. 22.III 1929 r. N. Zandowa. *O ciepłocie ciała normalnej i patologicznej.*

4) Dn. 22.III 1929 r. S. Kramsztyk. *O nowych kierunkach w nauce o żywieniu.*

5) Dn. 6.IV 1929 r. Grzybowski. *O zjawiskach odpornościowych w kile.*

Spoehr i Lampert podają nową metodę badania sprawności serca, polegającą na obserwacji duszności podczas wchodzenia na schody. Obserwacja ta pozwala na odróżnienie duszności, zależnej od zmian w narządzie krążenia od duszności, spowodowanej schorzeniem płuc lub zбочeniami klatki piersiowej: jeżeli podczas wchodzenia na schody krzywa ciśnienia krwi i tętna pozostaje w granicach prawidłowych, to duszność jest w związku ze stanem płuc lub klatki piersiowej. (M. m. W. 1930 Nr. 12).

—o—

6) Dn. 25.V 1929 r. H. Hirszfildowa. *O odporność ustrojów młodych.*

7) Dn. 5.X 1929 r. Z. Szymanowski. *Obecny stan nauki o bakteriofagach.*

8) Dn. 31.X 1929 r. E. Herman. *O cysticercosis układu nerwowego.*

9) Dn. 31.X 1929 r. P. Goldstein. *Z dziedziny chirurgii gruźlicy płucnej.*

10) Dn. 8.XI 1929 r. W. Szenajch. *O zakażeniach wewnątrzszpitalnych.*

11) Dn. 7.XII 1929 r. L. Hirszfild, W. Halberowna i J. Laskowski. *Badania doświadczalne nad nowotworami ludzkiemi.*

### Z Polskiego Towarzystwa Eugenicznego

Doc. Dr. Jan Mydlarski. *Z zagadnień konstytucjonalizmu.*

W antropologii posługujemy się pojęciami rasy i typu antropologicznego, rozumiejąc pod temi pojęciami jednostki strukturalne rodzaju ludzkiego. W ostatnich czasach wysunięto jeszcze pojęcie typu konstytucyjnego. Jaki zachodzi jednakże stosunek między typami rasowymi a konstytucyjnymi? Zagadnienie to nie zostało dotychczas jeszcze definitywnie rozwiązane.

Autor uważa, że odróżnianie cech „rasowych” od cech „konstytucyjnych” jest niesłuszne częścią, zaś zagadnienie związku między typami rasowymi a konstytucyjnymi rozbija się o brak wykształcenia antropologicznego klinicystów, zajmujących się zagadnieniem konstytucji.

Fakt różnic między poszczególnymi grupami ludzkiemi, dotyczących ogólnej budowy ciała, nie może ulegać wątpliwości, podobnież i związek między właściwościami fizjologicznymi i psychicznymi a zespołami cech morfologicznych zdaje się nie ulegać wątpliwości.

Zagadnienie zatem sprowadziłoby się do dwóch pytań:

1) Czy istnieje związek między zespołami t. zw. cech rasowych, t. j. między typami antropologicznymi a zespołami cech, charakteryzujących ogólną budowę ciała, t. j. typami konstytucyjnymi?

2) Czy typy rasowe wykazują różnice w właściwościach fizjologicznych, psychicznych i patologicznych?

Odpowiedzi na powyższe pytania mógłby jedynie dać materiał, uwzględniający różnice fizjologiczne i psychiczne. Materiału jednak takiego nie ma.

Autor zebrał materiał antropologiczny, dotyczący żołnierzy z różnych okolic Polski, dochodząc do przekonania, że odpowiedź na pierwsze pytanie po głębszem i szerszem przeprowadzeniu badań wypaść musi pozytywnie.

Tak np. Dr. O. Spitzer—Willerowa i prof. Czekański stwierdzają wyraźnie różnice w okresie dojrzewania płciowego u poszczególnych typów antropologicznych. Badania B. Rosińskiego zdają się wskazywać na niejednokrotnie dłuższą długość życia poszczególnych elementów rasowych: i tak, typ nordyczny, dojrzewający płciowo najpóźniej, odznacza się obok typu przesłowieńskiego najdłuższem życiem, gdy typ alpejski, którego dojrzałość płciowa występuje stosunkowo najwcześniej, wykazuje najmniejszy średni wiek życia. Fakty te wskazują pośrednio na różnice rasowe pod względem fizjologicznym.

Prof. L. Jaxa—Bykowski pisze o rasowych różni-

cach w uzdolnieniach intelektualnych, a mianowicie: typ subnordyczny wybija się bujnością wyobraźni i bystrością spostrzeżenia, typ nordyczny celuje ścisłością rozumowania i skupieniem uwagi, podczas gdy typ presłowiański, najliczniej spotykany wśród proletariatu, naogół stoi niżej intelektualnie.

Badania Demianowskiego nad przestępcami chorymi umysłowo szpitala w Kulparkowie wykazały, że wśród morderców przeważa typ presłowiański, wśród samobójców typ nordyczny.

O różnicowaniu rasowym pod względem patologii świadczy selekcja, dokonywana przez komisję wojskową: i tak, najwięcej elementów zdalnych do wojska dostarczają terytoria z przewagą typu subnordycznego i presłowiańskiego, na drugim miejscu stoją terytoria typu nordycznego, gdy najmniej zdolnych dostarcza terytorium typu alpejskiego i dynarskiego.

W konkluzji autor dochodzi do wniosku, że typy rasowe posiadają różne właściwości fizjologiczne i różne dyspozycje patologiczne, i oddzielanie typów konstytucjonalnych od typów rasowych jest niesłuszne.

Dr. Jerzy Babecki. *Eugenika a stosunek jej do higieny szkolnej.*

Autor we wstępie dzieli eugenikę na dwa działy, a mianowicie: społeczny i naukowy.

Program działu społecznego, ustalony na Zjeździe w Paryżu w 1923 roku, rozpada się na

A) Eugenikę pozytywną (obejmuje ona 1) wychowanie biologiczne, 2) rejestrację biologiczną całego społeczeństwa, opartą na ścisłej statystyce, 3) badanie dziedziczności, 4) badanie indywidualności—zamiłowań, uzdolnień, 5) zagadnienia seksualne, 6) sprawę doboru małżeńskiego i prawodawstwa tej dziedziny)

B) Eugenikę zapobiegawczą. 1) zapobieganie działaniu trucizn rasowych, 2) zapobieganie krzyżowaniu małżeńskiemu typów rasowo nieodpowiednich, 3) zapobieganie niepomysłnemu wahaniu się liczby ludności.

C) Eugenikę negatywną wymaga długiego i gruntownego opracowania, zanim będzie mogła być stopniowo wcielana w życie.

Program naukowy eugeniki jest oparty z jednej strony na statystyce i biologii, z drugiej obejmuje badania z dziedziny zagadnień rozrodu.

W rozdziale 1-ym autor zajmuje się stosunkiem eugeniki względem higieny i pedagogiki.

W rozdziale 2-im „Eugenika a higiena szkolna” — autor żąda wprowadzenia do schematów szkolnych zadań nad dziedzicznością młodzieży, stanem gruczołów dokrewnych i chorobami wrodzonymi oraz żąda zaprowadzenia kart genealogicznych dla uczniów w szkołach a zarazem, aby rodzice prowadzili rodzinne książki rodowodowe.

W dalszym ciągu autor żąda zaprowadzenia „Szkoły dla bliźniąt” celem przeprowadzenia obserwacji zespołów rodzinnych.

W konkluzji autor dochodzi do wniosku, że należy powoli zdążyć do reformy szkolnictwa w kierunku zmniejszenia liczby uczniów w klasach, wprowadzenia klas dla uczniów różnych uzdolnień i urozmaicenia typu szkół. Lekarz szkolny zaś powinien objąć „rolę kierowniczą” w poznaniu młodego materiału ludzkiego. Stanowisko jego wówczas stanie się rolą „statystyka państwowego”, współdziałającego rozkwitowi sił Narodu i Państwa.

## Posiedzenie lekarzy szkolnych warszawskich szkół średnich

— W Wydziale Wychowania Fizycznego i Higieny Szkolnej Ministerstwa Oświecenia z dn. 20 lutego 1930 r.

Przewodniczący — Dr. K o p c z y ń s k i, — sekretarz — dr. R a u c h - S o b o l e w s k a. — Obecnych osób 52.

Po odczytaniu protokołu poprzedniego posiedzenia, przewodniczący zwraca uwagę na dwa ostatnie, interesujące numery „Wychowania Fizycznego”, w którym nadal część artykułów będzie poświęcona higienie szkolnej, mimo zmiany, jaka zaszła na stanowisku naczelnego redaktora, które, po ustąpieniu profesora Piaseckiego, objął wizyta'or wychowania fizycznego pułkownik Sikorski. — Dalej przewodniczący przytacza szereg tytułów interesujących artykułów w dwutygodniku „Wiek Szkolny” z dziedziny higieny wychowawczej oraz poleca pamięci „Czyn młodzieży Czerwonego Krzyża”, nadający się do czytelników szkolnych. Następnie przewodniczący przypomina o okólniku Ministerstwa Oświecenia w sprawie pomiarów wzrostu i wagi dzieci szkolnych, które mają się odbyć między 1 a 15 kwietnia r. b.

Dr. Goździcki wyraża obawę, czy w przeciągu waznaczonych na pomiary piętnastu dni będzie można zmierzyć i zmierzyć większą liczbę uczniów, która w jego szkole np. osiąga 800. Dr. Goździcki przedstawia trudności, na jakie natrafia wywoływanie uczniów z lekcji.

Dr. Łapińska powątpiewa, czy nauczycielka gimnastyki będzie chciała i czy będzie mogła przy swoich zajęciach, w pomiarach być pomocną,

Przewodniczący oświadcza, że okólnik Ministerstwa jest skierowany do Dyrekcji szkół, których obowiązkiem jest wejść w porozumienie z nauczycielstwem i ułatwić przeprowadzenie pomiarów w czasie pojedynczych lekcji.

Następnie przewodniczący odczytuje odnośną instrukcję i zwraca uwagę na dokładność w wypełnianiu kart indywidualnych, wreszcie obiecuje wpłynąć na pomyślnie załatwienie propozycji Dra Drabczyka, aby Wydział Higieny Szkolnej zwrócił się jeszcze specjalnie do Dyrekcji Szkół z wezwaniem nierobienia trudności w wywoływaniu do pomiarów uczniów z lekcji.

Docent dr. H. Sparrow wygłasza referat „O szczepieniach przeciwbłoniczych”.

„Szczepionka, której używamy obecnie do uodparniania przeciw błonicy, została otrzymana przez Ramona. Jest to toksyna, przekształcona za pomocą jednoczesnego działania formaliny i ciepła, w produkt zupełnie nietoksyczny. Żadne czynniki, ani fizyczne, ani chemiczne, nie są w stanie przywrócić anatoksynie toksyczności, jest to więc proces nieodwracalny. Anatoksyna jest produktem niezwykle stałym, który się nie zmienia od warunków przechowywania i z biegiem czasu.

Sposób przekształcania toksyny błoniczej za pomocą formaliny i ciepła w anatoksynę, okazał się uniwersalny, nadaje się bowiem z równym powodzeniem do przekształcania najrozmaitszych jądów typu toksyn, zerówno pochodzenia bakteryjnego, jak zwierzęcego i roślinnego.

Badania doświadczalne, przeprowadzone nad anatoksyną, dały podstawy do opracowania metody zastosowania anatoksyny w praktyce życiowej.

Anatoksyna została użyta do uodparniania koni, celem otrzymania surowicy przeciwbłoniczej i okazała się środkiem niezwykle cennym. Odrazu odpadły wszelkie trudności dawnej metody uodparniania toksyną. Instytut Pasteura w Paryżu od 5 lat używa do produkcji surowic wyłącznie anatoksyny.

Anatoksyna okazała się również najlepszą szczepionką dla ludzi. Dawniej do szczepień przeciwbłoniczych używano szczepionki Behringa, mieszanki toksyny z anatoksyną, która posiadała cały szereg cech ujemnych. Ponieważ zobowiązanie toksyny anatoksyną nie jest procesem nieodwracalnym, mieszanki obojętne mogą odzyskiwać zjadliwość.

Nie przeszkodziło to jednak Amerykanom w przeprowadzeniu masowych szczepień i uzyskaniu wyników bardzo dodatnich. Obecnie, gdy posiadamy inną szczepionkę, pozbawioną tych wad, nie należy już więcej używać szczepionki Behringa.

Szczepienia ludzi anatoksyną błoniczą zostały wprowadzone we Francji przed 5 laty, w roku 1924. Dokonano tam już przeszło miliona szczepień i dotychczas nie stwierdzono żadnego groźnego przypadku, spowodowanego szczepieniem. Odczyn po zastrzykaniu anatoksyny są wyłącznie odczynami białkowymi. Technika szczepień polega na 2, ewentualnie 3 szczepieniach. Pierwsze — 0,5 cc. anatoksyny, — po 2 — 3 tygodniach — 1 cc. — i jeszcze po 2 tygodniach — 1,5 cc. Wyniki szczepienia oceniamy za pomocą odczynu Shicka, dokonywanego po 6 tygodniach, 2 miesiącach, od początku szczepienia. Zależnie od grupy szczepionych odsetek ten waha się od 90 do 100%.

Używana jest również u nas anatoksyna płoniczo-błonicza PB, która uodparnia jednocześnie przeciwko obu chorobom.

Odporność, którą daje anatoksyna, rozwija się szybko i jest trwałą, odczyn Shicka, zmieniony na ujemny pod wpływem szczepienia, pozostaje zwykle ujemny w ciągu lat. Wyniki, otrzymane przez rozmaitych badaczy w środowisku, gdzie grasuje epidemia, wykazują jeszcze lepiej, niż odczyn Shicka, wartość szczepienia anatoksyną. Szczepienie anatoksyną wywołuje odporność, która chroni od zakażenia, a zawiązując szybkości, z którą powstaje hamuje rozwój epidemii.”

W dyskusji nad referatem zapytuje Dr. Majewski-Borowski, czy należy szczepić dzieci Shicka — ujemne? i, czy przy szczepieniach anatoksyną zdarzają się wypadki

śmierci, podobnie, jak przy dawniejszych szczepieniach antytoksyną?

Dr. Jurjewiczówna pyta, kiedy należy odczytywać odczyn Shicka?

Dr. Sierawski zapytuje, czy przy szczepieniach występują objawy anafilaktyczne.

Dr. Grzywo-Dąbrowska pyta, czy zgłaszają się do kontroli przypadki o reakcji, dającej temperaturę do 39,8°, a szczepione w P. Z. H.

Wreszcie dr. Drabczyk informuje się o technikę samego zabiegu szczepienia.

W odpowiedzi Dr. Helena Sparrow wyjaśnia, że:

1) W pierwszym roku życia Shick nie jest miarodajny, ponieważ ujawniona tą drogą odporność może być bierna, odziedziczona, która wkrótce wygasa, ponadto skóra u dzieci w tym wieku nie daje odczynu zupełnie pewnego. Dlatego też dzieci w pierwszym roku życia powinno się szczepić bez względu na odczyn Shicka i można to czynić bez żadnej obawy. Natomiast u dzieci starszych Shick ma znaczenie bardzo doniosłe, i tak np. u dzieci powyżej lat 7 pozwala na zaoszczędzenie przykrości szczepienia około 40 — 50% dzieci, u których ujemny Shick wykazuje odporność organizmu na dyfterję.

2) Szczepienie anatoksyną nie daje przypadków śmiertelnych, ponieważ toksyna, unieszkodliwiona formaliną, przestała być toksyczna.

3) Odczyn Shicka odczytuje się nie wcześniej niż po 48 godzinach, jednak jeszcze i w dniach następnych można rozpoznać odczyn dodatni, albowiem w miejscu reakcji zmienia się tylko zabarwienie skóry, występuje łuszczenie i pigmentacja.

4) Objawy anafilaktyczne są silne u tych dzieci, które mają wybitną reakcję rzekomą, na co trzeba rodzicom z góry zwrócić uwagę.

5) Odczyn poszczepienny trwa zwykle 3 dni i nie jest silny.

6) Próbę Shicka robi się śródskórną, samo szczepienie głęboko podskórną na udach. W 2 tygodnie po ostatnim szczepieniu należy przeprowadzić kontrolną próbę Shicka.

Co do przeciwwskazań, to należą tu: wyraźne zapalenie nerek, skaza wysiękowa, gruźlica otwarta. Białkomoczn nie jest przeciwwskazaniem.

Na tem posiedzenie zamknięto o godz. 10 wieczorem.

## Z Towarzystw Lekarskich zagranicznych.

O wartości klinicznej hormonu sercowego eutonon mówił Zuelzer na posiedzeniu lutowym berlińsk. tow. lek. Działanie eutononu wykazano na sercu żaby, kota i preparacie sercowo-płucnym psa według Starlinga. Następowo wzmoczenie napięcia mięśnia sercowego, wzgl. zmniejszenie objętości serca i rozszerzenie naczyń wieńcowych. Eutonon zaopatruje mięsień sercowy w tlen w najdoskonalszy sposób dzięki rozszerzeniu naczyń wieńcowych. Pokróćce autor wspomina o wynikach stosowania eutononu w zachorzeniach anginopodobnych, w dusznicy bolesnej i w przewlekłej niesprawności mięśnia sercowego. Ciśnienie krwi pod wpływem eutononu ma ulegać regulacji; chorobliwie niskie wzrasta, wzmoczone opada. (D. m. W. Nr. 13).

O zarazku gruźliczym swego rodzaju resumé swych 7-letnich prac przedstawił na marcow. posiedz. Akademii lekarskiej w Paryżu Calmette. Obecne pojęcia o zarazku zmierzają do radykalnej zmiany naszych poglądów na patogenę gruźlicy. Prątek, wykryty w r. 1882 przez Kocha, jest tylko jedną ze stałych ewolucyj i postacią wytrzymałą powodującą cierpienia przewlekłe, najczęściej znane. Początkowo jednak zarazek jest niewidzialny, przesączalny i przechodzi przez łożysko. W tej postaci wywołuje on często śmierć noworodków, pochodzących od matek gruźliczych, i zachorzenia ostre, podejrzwane o pochodzenie gruźlicze jak wysięki surowicze, rozmaite cierpienia skóry, posocznice. Ten zarazek przesączalny może się hodować w narządach lub w środowiskach sztucznych, dając następnie postaci ziarniste i prątki zwykle. Calmette odróżnia wobec tego ostre cierpienie, zależne od zarazka przesączalnego, które on nazywa granulemie pré bacillaire i przewlekłe, wywoływane przez zwykłe prątki — bacilloze. Między temi dwoma stanami istnieje jeszcze pośredni — tuberculose granulique, w którym znajduje się sporo zarazków przesączalnych i pojedyncze prątki. (R. méd. N. 24).

Na tem samym posiedzeniu Stora zaleca sole magnezu według metod Delbeta w cierpieniach gruźliczo krokowego. U 8 chorych, leczonych od 12 do 20 miesięcy, leczenie magnezem spowodowało w ciągu kilku tygodni znaczną poprawę zaburzeń czynnościowych i zmniejszyło przerosł w dużym stopniu. S. zwraca uwagę, że podawanie soli magnezu chorym na astmę zwiększa, zdaje się, napady astmatyczne.

## Z j a z d y

### Sprawozdanie

z konferencji w sprawie Międzynarodowego Kongresu Higjeny Psychiczej, odbyjącej się 4.III.30 w Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Porządek dzienny:

1. Sprawa Międzynarodowego Kongresu Higjeny Psychiczej.

2. Zorganizowanie Polskiego Komitetu Ligi Hig. Psych.

3. Wyłonienie tymczasowego wydziału.

Przewodniczący — Dr. E. Piestrzyński, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewn.

Obecni — Dr. Adamski, Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia, p. Babicka, ref.rentka pielęgniarstwa Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Dr. Błachowski, profesor Uniwersytetu Poznańskiego, Dr. Borowiecki, dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego, Dr. Bychowski, ławnik Magistratu m. st. Warszawy, p. Grabińska, sędzia grodzki dla nieletnich, p. Grzegorzewska, dyr. instytutu pedag. specjal., Dr. Handelsman, ordynator szpitala w Tworkach, Dr. Luniewski, dyrektor szpitala w Tworkach, Dr. Mazurkiewicz, prof. Uniwersytetu Warszawskiego, Dr. Nelken plk., redaktor Rocznika Psychjatrycznego, Dr. Orzechowski, dziekan Wydziału Lekarskiego Uniw. Warszawskiego, Dr. Przywczerski, naczelnik Wydziału Szpit. Min. Spraw Wewnętrznych, Dr. Rose, dyrektor Państw. Instytutu Badań Mózgu, prok. Rudnicki, prezes T-wa Kryminol., Dr. Rudzki, plk. del. Rządu do spraw PCK., Dr. Sterling, lekarz chor. nerw., p. Szymański, redaktor „Trzeźwości”, Dr. Wernic,

prezes T-wa Eugenicznego, sędzia Wisznicki, prezes T-wa Osad Rolnych, inż. Wojciechowski, kierownik pracowni psychotechnicznej.

Przewodniczący powiadomił zebranych, że w lutym była w Polsce delegatka Komitetu Zjazdu Międzynarodowego Higjeny Psychiczej, której zadaniem było propagowanie zakładania Lig hig. psychicznej i werbowanie uczestników zjazdu, a ostatnio Departament Służby Zdrowia otrzymał oficjalne zawiadomienie o zjeździe i propozycję przystania delegatów. Wobec tego, sprawa utworzenia Ligi w Polsce jest wskazana, Departament Służby Zdrowia zaprosił przedstawicieli instytucji, interesujących się higieną psychiczną, na konferencję dla wypowiedzenia się w tej sprawie.

Dr. Luniewski zapoznał obecnych z programem zjazdu, i zaznaczył, że jakkolwiek w niektórych państwach europejskich pewne działy higjeny psychicznej są prowadzone lepiej, niż w Ameryce, tej ostatniej przypadła w udziale inicjatywa zjednoczenia wysiłków i rozpoczęcia propagandy profilaktyki chorób umysłowych. Polska w porównaniu z innymi państwami stoi w tyle, jakkolwiek wiele działów już zapoczątkowała. Z braków na pierwszy plan występują niedostateczna liczba łóżek w zakładach psychjatrycznych i brak personelu, a nie można mówić o profilaktyce bez zorganizowania należytego leczenia.

Następnie przewodniczący udziela głosu w sprawie kongresu.

Przemawiają:

Dr. Wernic — Dzięki prof. Mazurkiewiczowi T-wa Eugeniczne prowadzi badania psychiczne dzieci w 3-ech poradniach. Uważa za konieczne wzięcie udziału w kongresie.

Dr. B y c h o w s k i opowiada swe wrażenia z rozmowy z delegatką, która, jego zdaniem, nie zdawała sobie dobrze sprawy z rozmiaru zagadnień kongresu. Podkreśla, że już dr. Radziwiłłowicz myślał o utworzeniu Ligi. Uważa za konieczne wysłanie delegatów dla podtrzymania kontaktu z zagranicą.

Dr. H a n d e l s m a n zaznajał zebrań z zagadnieniem higieny psychicznej we Francji. Akcja zapobiegania chorobom psychicznym została zapoczątkowana w Ameryce w r. 1909, we Francji w r. 1916, gdzie rzecznikiem jej był Toulouse, który bronił chorych przed internowaniem w szpitalu. Stworzony przez niego szpital Henri Roussell nie różni się niczem od szpitala dla innych cierpiących. Pomieszczenie go na wspólnym terenie z kliniką psychiatryczną pozwala na szybkie przenoszenie do niej chorych niespokojnych. Higieną psychiczną interesują się nie tylko psychiatry, ale i psychologowie, pedagodzy, eugenicy, pracownicy społeczni. Udział psychiatrów, zarówno w pracach, jak i wydawaniu „Prophylaxie mentale”, jest nieliczny, gdyż uważają je za zbyt popularne i nienaukowo traktowane. Dla tej samej przyczyny inicjatywa D-ra Radziwiłłowicza utworzenia Ligi nie znalazła poparcia w Towarzystwie Psychiatrycznym. Utworzenie Komitetu Narodowego Higieny psychicznej uważa za konieczne, nie sądzi jednak, aby mógł on oprzeć się na składkach członkowskich, jak inne stowarzyszenia.

Dr. S t e r l i n g uważa, że Polska powinna wziąć udział w kongresie, aby móc pochwalić się zdobyczami takimi, jak ustawa przeciwaalkoholowa, sądownictwo dla nieletnich, instytut dla dzieci anormalnych, jeden z trzech istniejących na kuli ziemskiej. Uważa zorganizowanie Ligi za konieczne.

Prok. R u d n i c k i, nie negując zdobyczy jakie Polska już osiągnęła, podkreśla braki, między innymi katastrofalny stan szpitalnictwa psychiatrycznego.

S. W i s z n i c k i uważa, że przy krytyce postępu w dziedzinie higieny psychicznej u nas, należy brać pod uwagę możliwość rozwoju dopiero w ostatnim dziesięcioleciu, a wówczas rezultaty osiągnięte okazały się duże. Uważa za konieczne wysłanie delegatów i utworzenie Ligi. Program działalności Polskiej Ligi Higieny psychicznej winien ograniczyć się do rzeczy, najkonieczniejszych u nas, za jakie uważa: opiekę nad młodocianymi przestępcami i obowiązkowe ustawowe badania psychiczne wszystkich dzieci. Liga winna się zająć tworzeniem zakładów wychowawczych dla dzieci anormalnych, gdzieby mogły być wychowywane odpowiednio do swych uzdolnień.

P. G r a b i ń s k a uważa za konieczne wysłanie delegatów, jak również stworzenie Komitetu Higieny Psychicznej, który pobudzi u nas akcję w kierunkach pożądanym. Podkreśla brak zakładów dla dzieci nienormalnych.

Prof. M a z u r k i e w i c z uważa za konieczne wzięcie udziału w zjeździe, lecz nie dla korzyści z kontaktu, bo zjazdu niczego nie uczą, lecz dla konieczności uczestniczenia Polscy w obradach, gdzie będą rozstrząsane sprawy ważne. Wyraża wdzięczność Departamentowi Służby Zdrowia za podjęcie inicjatywy zorganizowania Komitetu Higieny Psychicznej. Nie podziela zdania, że zorganizowanie komitetu, którego potrzeba jest wyraźną, wpłynie na pobudzenie akcji w dziedzinie higieny psychicznej. O ile nie będzie możliwości finansowych do urzeczywistnienia naszych potrzeb, akcja Ligi będzie znikoma. Konieczne jest: 1) budowa zakładów psychiatrycznych, 2) przygotowanie psychiatrów, 3) uchwalenie ustawy psychiatrycznej, 4) budowa zakładów dla dzieci nienormalnych. Wszystkie te sprawy wymagają funduszy, których obecnie państwo nie posiada. Natomiast możliwa jest obrona ustawy przeciwaalkoholowej przed nowelizacją w Sejmie Głosuje za powstaniem Ligi, lecz pragnie, aby zajmowała się nie teoretycznymi rozstrząsaniem, lecz praktycznym, nie zajęła się zagadnieniami, możliwymi do przeprowadzenia.

Dr. W e r n i c o zgadza się z przedmówcą, że na zjazdach wiele nie można się nauczyć. Podtrzymuje mimo to konieczność wzięcia udziału Polscy na zjeździe w Waszyngtonie. Podkreśla, że połowa programu dotyczy zagadnień eugenicznych i higienicznych.

Dr. Ł u n i e w s k i nie jest przeciwny utworzeniu Ligi, jakkolwiek pesymistycznie zapatruje się na możliwość jej pracy, gdyż nie będzie miała odpowiednich funduszy na wprowadzenie w życie koniecznych reform. Dodatnią jej stroną będzie to, że będzie ona terenem zetknięcia się pracowników różnych obozów i wymiany myśli i idei.

Przewodniczący, reasumując przemówienia, z których każde stwierdzało konieczność utworzenia Ligi, prosi o konkretne wnioski co do zorganizowania jej. Jakkolwiek z racji obecnych trudności finansowych efekt prac Ligi może być niewielki, do niej będzie należało urabianie opinii publicznej i wyszukiwanie źródeł sfinansowania poczynań. Proponuje, aby do czasu ukonstytuowania się Ligi utworzyć przy Departamencie Służby Zdrowia wydział, który zająłby się opracowaniem statutu Ligi, wysłaniem delegatów na zjazd do Waszyngtonu Zebrani przyjmują wniosek p. Przewodniczącego i do wydziału wybierają następujące osoby:

D-ra Łuniewskiego, Sędz. Wisznickiego, Inz. Wojciechowskiego, D-ra Wernica, D-ra Nelkena, p. Grzegorzewską, D-ra Sterlinga, p. Szymańskiego, D-ra Handelsmana. Prof. Mazurkiewicza, D-ra Chodźkę.

D-rowi Łuniewskiemu polecono zwołanie pierwszego posiedzenia wydziału.

## Przegląd terapeutyczny

### O szkodliwości ławatyw i czopków mydlnych.

Podał

Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

Ławatywy i czopki mydlane od wieków znane są i stosowane szeroko, jako środki, wywołujące wypróżnienie. Zwłaszcza w praktyce dziecięcej do dziś dnia cieszą się one wielkim wzięciem i rozpowszechnieniem. W podręcznikach pedjatrii, zarówno dawniejszych jak i nowszych, są one polecane. Tak np. w książce prof. H. N e u m a n n a „O leczeniu chorób dzieci” (Berlin 1913) znajdujemy następujący ustęp: „Niewinny i bardzo rozpowszechniony sposób wywoływania stolca u niemowląt stanowi wprowadzanie czopka mydlanego”, a również tamże podany jest przepis, jak przygotowywać ławatywę z wody mydlanej przy użyciu mydła szarego. W bardzo obecnie rozpowszechnionym podręczniku L u s t a „Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten” czytamy: „Czopek mydla-

ny, ulubiony, przeważnie szybko działający środek, w celu wywoływania stolca”.

W ostatnich czasach miałem sposobność spostrzec u osobnika starszego zapalenie odbytnicy, któremu towarzyszyły nadzwyczaj silne bóle, osłabienie w nocy, rozpułchnienie i przekrwienie śluzówki, kurcz zwieracza oraz krwawienie. Przyczyną tego kilka tygodni trwającego cierpienia były, jak się okazało, czopki mydlane, używane w spastycznym zaparciu stolca, na które pacjent cierpiał. Pod wpływem czopków Hemorinowych oraz ane stezyny i belladonny cierpienie po paru tygodniach ustąpiło.

W końcu ubiegłego roku Runge i Hartmann w pracy p. t. „Klinische und experimentelle Untersuchungen über Darmschädigungen nach Seifeneinlauf” (por. Klin. Wochenschrift Nr. 50, 1929) na preparatach, otrzymanych z jelita grubego królików, którym poprzednio wprowadzano ławatywy z 1/2% roztworu mydła szarego, stwierdzili znaczne zmiany śluzówki. Zmiany te wyrażały się w obrzodzeniach i wynaczynieniach.

Runge i Hartmann przeprowadzili również odnośne badania nad pacjentkami kliniki ginekologicznej, przyczem okazało się, że w ciągu pierwszych trzech dni po ławatywie mydlanej można było stwierdzić w trzeciej części przypadków wyraźnie w stolcach obecność krwi. Autorowie ci przytaczają przypadki ciężkiego ostrego zapalenia otrzewny, jako skutek poronień, wywoływanych przez wprowadzanie rozczywnu mydła do macicy.

Szkodliwe działanie mydła polega osobiście na tem, że cząsteczka mydła, rozpuszczalna w lipoidach, łatwo przeniknąć może do wnętrza ko-

mórki. Do tego przyłącza się jeszcze i to, że w używanych rozczywnach mydła znajdują się w obfitości wolne alkalja.

Ze dotychczas mydło jest używane i zalecane, jako środek, wywołujący stolec, to, jak twierdzą Runge i Hartmann, związane jest z tem, że nie spostrzegano działania szkodliwego. Powyższe fakty dowodzą jednak, że mydło powinno być usunięte zarówno z ławatyw, jak i z czopków, do których jest często, nawet w przemyśle farmaceutycznym, używane.

## Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

### Z zagadnień sanitarnych Holandji.

Podał

Dr. M. KACPRZAK (Warszawa).

(Ciąg dalszy p. Nr. 15).

W higijenie otoczenia Holandji dwie rzeczy zasługują na szczególne omówienie: sprawa wody i kwestja mieszkaniowa.

Zaopatrzenie ludności w dobrą wodę do picia nie jest w Holandji łatwe pomimo nadmiaru wszelkich wód wokoło, co więcej, najtrudniejsze jest otrzymanie dobrej wody w zachodniej części kraju, najbardziej cierpiącej z powodu nadmiaru wody. Powodem tego jest fakt, iż tak samo wody powierzchniowe, jak i wgłębne są słone, a więc niezdatne do użytku, w dodatku woda wgłębna, nawet słodka, wskutek składu gleby z trudem tworzy prądy podziemne. Ludność zmuszona jest niekiedy uciekać się do gromadzenia wody deszczowej. W innych znowu miejscowościach, zdawna bardzo zaludnionych, trzeba sięgać bardzo głęboko, by otrzymać wodę wolną od zakażenia, gdyż wskutek właściwości geologicznych gleby, wody płytsze są zanieczyszczone materją organiczną z osiedli ludzkich.

Trudności naturalne pokonano techniką i organizacją. Z ogólnej liczby mieszkańców przeszło 65% korzysta z centralnego zaopatrzenia w wodę. Wszystkie osiedla z ludnością powyżej 10.000 i 30% mniejszych posiada wodociągi. Z 313 tych większych osiedli 45 czerpie wodę powierzchniową, 78 ze studzien, wierconych w nadbrzeżnych wydmach piaszczystych (diuny - duinen), a 190 z głębokich warstw ziemi poza wydmami. Zaspokojenie potrzeb małych osiedli wiejskich pomimo wielkich trudności znalazło na niektórych terenach również pomyslnie rozwiązanie na drodze tworzenia regionalnych centrali, których organizację rozpoczęto w roku 1913 z bardzo pomyslnym skutkiem. Powstanie i rozwój centrali regionalnych okazało się możliwe, dzięki 1) subwencjom ze strony rządu i prowincji, 2) zastosowaniu przymusu łączenia zabudowań z siecią wodociągową. Jedną z takich centrali — największą — pokrywa całą prowincję Holandji Północnej, w której pozostały tylko dwie

gminy (zostawione dla przykładu) poza ogólną siecią wodociągową. Jest to jedyna centrala utworzona i administrowana przez prowincję. Urządzenia wodociągowe miejskie w 27% należą do przedsiębiorstw prywatnych, w 73% do gmin miejskich.

Konsumpcja wody w Holandji nie jest wielka, jak widać z załączonych danych (rok 1921).

|            |   |       |          |          |
|------------|---|-------|----------|----------|
| Nimega     | — | 89 l. | na osobę | dziennie |
| Rotterdam  | — | 118   | " "      | " "      |
| Utrecht    | — | 82    | " "      | " "      |
| Amersfoort | — | 72    | " "      | " "      |
| Haarlem    | — | 59    | " "      | " "      |
| Haga       | — | 76    | " "      | " "      |

Tak niska konsumpcja podobno tłumaczy się częściowo tem, że niektóre przedsiębiorstwa przemysłowe posiadają własne centrale, dostarczające potrzebnych im ilości wody.

Opłacana jest woda najczęściej od metra, cena jej waha się od 0,20 do 0,45 guld. za metr sześcienny. W wielu miejscowościach jednak, żeby nie powodować niepożądanego oszczędności wody, konsument płaci albo od powierzchni zajmowanego mieszkania, albo też od wysokości komornego. W okolicach wiejskich np. małe domki płacą 8-10 guldenów, duże 60—80 guldenów rocznie. W przemyśle stosowana jest taryfa regresywna.

Dla nadania ogólnego kierunku kwestji zaopatrzenia ludności w dobrą wodę, istnieją dwie organizacje państwowe centralne: jedna składająca się z inżynierów, agronomów, higienistów, prawników i t. d. tworzy centralną komisję do zaopatrzenia ludności w wodę do picia (Centrale Commissie voor Drinkwatervoorziening) druga, zwana biurem państwowem do zaopatrzenia ludności w wodę do picia (Rijksbureau voor Drinkwatervoorziening), znajduje się przy ministrze. mającym pod swoją pieczę zdrowie publiczne, jest ciałem przeważnie technicznym, składa się, prócz dyrektora, z kilku inżynierów, chemika-bakterjologa, geologa i dość liczny personel pomocniczy.

Z powyższych szczegółów pewien wniosek o znaczeniu ogólnem wysuwa się na czoło, co chciałem w wywodach moich podkreślić. W Holandji, kraju, który najmniej można oskarżać o wybujały rozwój aparatu administracyjnego lub nadmiar etatyzmu, ważne zagadnienie wody do picia nie jest pozostawione własnemu losowi i inicjatywie samych obywateli, lecz jest bardzo głęboko i sze-

roko ujęte organizacyjnie, opiera się na trwałych podstawach finansowych, bo korzysta z zapomóg rządu centralnego, wspierającego jednostki mniejsze, finansowo słabsze, posiada liczny personel specjalistów, rozwija się też szybko, w pożądanym kierunku z korzyścią dla strony zdrowotnej i ekonomicznej.

\* \* \*

Kwestja mieszkaniowa, z Generalną Dyrekcją Zdrowia związana jakby tylko przypadkowo, znajduje się całkowicie w rękach inżynierów i techników. Niewątpliwie mieszkanie jest sprawą, wynikającą przede wszystkim z dążenia do wygod, a nie do zadosyć uczynienia wymaganiom higieny, a rozwiązanie jej zależy (pominawszy środki materialne) od rozwoju techniki, a nie od życzeń higienistów, ale według panujących u nas poglądów strona higieniczna winna tu znaleźć należyte uwzględnienie, choćby jako bodziec i pewien regulator. To co widziałem w Holandji, nie wskazuje na zaniedbanie higieny mieszkaniowej, pomimo braku zainteresowania ze strony świata lekarskiego; wydaje się jednak, że pewien nacisk na stronę higieniczną może mógłby się przyczynić do bardziej pomyślnego rozwiązania najbardziej interesujących higienistę stron tej sprawy. Jest to jednak tylko luźna uwaga, bo rozmach budownictwa mieszkaniowego, dzięki interwencji państwa, jest w Holandji naprawdę imponujący, i higiena z tego bardzo wiele korzysta.

Prawodawstwo holenderskie w sprawie mieszkaniowej sięga 1902 roku. Wówczas to parlament wydał ramową ustawę, obejmującą najważniejsze zagadnienia budowlane, przepisy zaś szczegółowe, jak i we wszystkich prawie innych dziedzinach życia Holandji, wydawane są przez poszczególne gminy, co poza stronami dodatnimi ma te ujemne, iż w niektórych dziedzinach sąsiadujące obok gminy mają swoje odrębne, kardynalnie różniące się między sobą rozporządzenia. Istniejące przepisy obejmują przede wszystkim stronę techniczną budowy (wysokość gmachów, wymiary, piwnice, fundamenty, woda, powietrze, słońce, zabezpieczenia przed pożarem i t. d.), następnie omawiają przeludnienie, zamykanie domów, nie nadających się do zamieszkania, rozbudowę osiedli, udzielanie zapomóg przez gminę i państwo.

Przed wojną w roku 1905 państwo rozpoczęło na niewielką skalę wydawanie pożyczek i subsydjów organizacjom, mającym na względzie poprawę warunków mieszkaniowych wśród warstw robotniczych. Towarzystwa, których działalność była kontrolowana przez gminę, i za które gmina była odpowiedzialna, otrzymywały bardzo nisko oprocentowane pożyczki (około 3%). W ciągu dziesięciu lat przedwojennych wybudowano w ten sposób 15.744 mieszkania, na które państwo wydało przeciętnie po 2.260 guldenów.

W okresie wojny materiały budowlane i robocizna wzrosły do tego stopnia, że wstrzymało to zupełnie ruch budowlany. Wówczas państwo okazało energiczną pomoc gminom i towarzystwom, opłacając połowę różnicy między komornym przedwojennym i faktycznym, druga zaś połowa tej różnicy była pokrywana przez gminy. Jednocześnie, dzięki subwencjom ze strony państwa,

utrzymywano stopę procentową pożyczek, wydawanych towarzystwom, tę samą, co przed wojną. W ten sposób można było cenę wynajmu mieszkania, pomimo znacznie wzmożonej drożyzny budowy, utrzymać na poziomie przedwojennym. Taki system popierania wstrzymał zupełnie prywatny ruch budowlany i sprzyjał niezmiernie podrożeniu materiałów i rąk roboczych. W roku 1920 koszt budowy mieszkania robotniczego podniósł się do 5.500 guldenów, gdy w roku 1914 wynosił zaledwie 1.800 guldenów, a coroczna dopłata do komornego ze skarbów państwa około roku 1920 wynosiła 200 — 300 guldenów.

Wtedy sprawa mieszkaniowa weszła pod opiekę Ministerstwa Pracy, które zmieniło system popierania. Przede wszystkim podniesiono stopę procentową do 5%, następnie zwiększono komorne w takich rozmiarach, że wynosiło ono w mieszkaniach mających poniżej 225 m<sup>3</sup> przynajmniej do 50% kosztów eksploatacji, w mieszkaniach od 225 — 275 m<sup>3</sup> — 60%, w mieszkaniach od 275 do 300 m<sup>3</sup> — 70%. Następnie wprowadzono szereg ograniczeń w wypłacaniu zapomóg, między innymi w sprawach dotyczących maksymalnych kosztów budowy, eksploatacji, komornego, wreszcie ograniczono wymiary mieszkań, które miały prawo korzystać z pomocy państwowej do 225 m<sup>3</sup>. To jednak nie wstrzymało wzrostu kosztów budowlanych, które podniosły się do tego stopnia, że pożyczki państwowe na dom doszły w roku 1921 do 9040 guld., gdy przed wojną wynosiły 2060 guld.

Po pewnym czasie, kiedy anormalne warunki wojny wokoło dały się odczuć i klasie średniej, zaczęto udzielać zapomóg również na budowę domów warstwom zamożniejszym. Według dekretu z roku 1919 budujący płacił za nowopostawiony dom 150% — 180% kosztów przedwojennych, pozostałą sumę pokrywały państwo i gmina w stosunku 3 : 1. Ten system nie przyczynił się również do spadku kosztów budowy, bo wszelką nadwyżkę pokrywał skarb publiczny. Skorzystały z nowego prawa wyłączenie gminy i towarzystwa, w niewielu tylko wypadkach przedsiębiorcy prywatni (Rotterdam). Wybudowano zaś na podstawie tego prawa w ciągu 4 lat 8585 mieszkań, z których każde kosztowało skarb 4200 guldenów.

Wówczas zaprowadzono nowy system subwencji, zmierzający do pobudzenia inicjatywy prywatnej i zmuszenia jej do szukania dróg obniżenia kosztów produkcji. Państwo zaczęło udzielać bezzwrotnych zapomóg każdemu, kto wybudował sobie domek, pewną sumę, wynoszącą 20 guld od m<sup>2</sup>, ale nie przekraczającą w sumie 2.000 guldenów i na mieszkania, które nie przewyższają objętością 450 m<sup>3</sup>: w ten sposób zabezpieczony został każdy, nawet prywatny przedsiębiorca, wobec ryzyka możliwego spadku cen w przyszłości. Zapomogi mogły być jeszcze zwiększone przez hipotekę, dochodzącą do 90% kosztów budowy. Otrzymujący zapomogę musiał się tylko zobowiązać, że nowo-wzniesiony budynek będzie używany do celów mieszkaniowych przynajmniej przez lat 15, mając poatem możliwość tak samo sprzedania go jak i wydzierżawienia.

W trakcie tej niezwyklej co do rozmiarów akcji budowlanej w państwie niezniszczonym, nie biorącym żadnego udziału w wojnie, zbudowano od

1905 do 1924 roku dzięki subwencjom Rządu i pobudzonych przez Rząd samorządów 226.066 mieszkań (z tego przed wojną zaledwie 15.774). Wydatki na ten cel wyniosły w sumie 912.493.549 guld. Od tego czasu subsydja zmniejszają się stopniowo, wynoszą jednak ostatnio jeszcze kilkanaście milionów guldenów rocznie, jak to widać z przytoczonego budżetu.

Pomimo tak niezwyklej interwencji państwa kryzys mieszkaniowy dał się dość silnie odczuć w Holandji, a to wskutek bardzo szybkiego przyrostu ludności i nieoczekiwanego wzrostu małżeństw w latach powojennych (przed wojną 7,4, w roku 1923 — 9,53 na 1.000 mieszkańców). W latach wojny i tuż po wojnie rodziny powstawały znacznie szybciej, niż budowano domy i dlatego znalazły się dość liczne rodziny, odnajmujące część mieszkania, mieszkające kątem. Obecnie kiedy przyrost mieszkań jest prawie dwukrotnie szybszy, niż zwiększanie się liczby rodzin, kryzys został zupełnie usunięty.

W ostatnich latach po uporaniu się z ostrą potrzebą mieszkań w miastach zwrócono dużą uwagę na mieszkania wiejskie, między innymi dla najuboższej warstwy ludności — robotników rolnych. Dążeniem jest dać im mieszkanie z kawałkiem ziemi, ażeby ich przywiązać do własnego ogniska, ażeby proletarijat wiejski w ten sposób bardziej zespolić z pewnym terenem, ze wsią i zahamować jego zbyt pohochną emigrację do miast. Posiadając minimalną sumę, bo wynoszącą około  $\frac{1}{10}$  rzeczywistych kosztów, może robotnik rolny nabyć domek z kawałkiem ziemi, spłacając należność w ciągu 30 lat. Naogół sprawa mieszkań na wsi pozostawia dotąd pod względem higienicznym dużo do życzenia. Zrzadka spotykają się jeszcze chaty niewiele lepsze od nędznych naszych, światła i powietrza w mieszkaniach brak często, a zwyczaj, spotykający się niekiedy nawet w domach zamożniejszych, spania w ciasnych alkowach, a właściwie mówiąc w szafach, sytuację pogarsza (gruzlica!). Państwo też w dalszym ciągu prowadzi energiczną akcję, by najgorsze mieszkania zostały zupełnie zniesione, daje chętnie subsydja, wynoszące do połowy wartości domu (ale nie więcej niż 600 guld.), ułatwia budowę przez dostarczanie planów, dostosowanych do miejscowych warunków, wydaje rozporządzenia, gwarantujące, że w nowych budowlach niezbędne wymagania higieniczne będą należycie uwzględnione.

Tak niezwykle, nie wiem czy gdziekolwiek w takich rozmiarach spotykana akcja budowlana przyniosła nadzwyczajne wyniki — holender mieszka wygodnie, często luksusowo. Naturalnie, i w miastach i na wsi wciąż spotyka się nędzę mieszkaniową bardzo wyraźną, są ludzie mieszkający latami w starych barakach, w wozach jarmarcznych, w kurnych chatkach, ale to są wszystko dość nieliczne wyjątki. Przeciętny dom pod względem rozmiarów, a jeszcze więcej urządzenia wewnętrznego, dla nas wydaje się mrzonką. Nowe domy, budowane dla szerokich warstw ludności, mają pięć ubikacji: dwie dość duże na dole (kuchnia i pokój ogólny) i trzy małe sypialnie u góry (dla rodziców, dla chłopców, dla dziewcząt). A z ogólnej liczby mieszkań w całym kraju na 31|XII 1899 roku 41% miało trzy izby lub powyżej, na

31|XII 1909 roku liczba ta wzrosła do 52%, a na 31|XII 1927 roku do 64%; analogiczne odsetki dla wsi wynoszą 36%, 45% i 57%. Takie warunki w skali państwowej trudno nazwać nędzą mieszkaniową.

\* \* \*

Nadzór nad produktami spożywczymi stoi w Holandji na wysokim poziomie i jest jednym z czołowych zagadnień Państwowej Służby Zdrowia. Obecne prawodawstwo w tej sprawie zostało opracowane przez specjalną komisję, złożoną z chemików, higienistów i przemysłowców i, zgodnie z panującymi przepisami, ogłoszone dekretem królewskim w roku 1919. Dziwnym jednak zbiegiem okoliczności (dzięki tradycji, sięgającej chyba czasów Hipokratesowskich) nadzór nad produktami spożywczymi połączony jest z nadzorem farmaceutycznym i dotyczy, prócz produktów spożywczych, wszelkich przedmiotów, choćby bardzo luźno związanych z odżywianiem lub wcale z niem nie łączących się, t. zw. przedmiotów użytku, obejmuje również handel narkotykami, higienę wody, gleby i powietrza. Całość tego nadzoru z ramienia Rządu znajduje się w rękach farmaceutów: jednego głównego inspektora, kierownika, podlegającego generalnemu dyrektorowi, i sześciu inspektorów, prowadzących nadzór na terenie. Obowiązek kontroli państwo nakłada na gminy, które zaprowadziły nadzór według pewnego schematu. Rzeczywista praca jest wykonywana przez laboratorja w liczbie 21, stosownie do podziału całego kraju pod tym względem na 21 okręgów (czy rejonów), posiadających od 200.000 do 350.000 ludności. Razem zajętych jest w laboratorjach i w inspekcji 450 osób. Koszty, związane z tym nadzorem, są pokrywane w połowie przez państwo, w połowie przez odpowiedni okręg, a są one znaczne, bo wynoszą 26 centów na osobę, t. j. więcej, niż nasze państwowe wydatki na całą Służbę Zdrowia. Tak samo i w kosztach wzniesienia gmachów dla pracowni i ich urządzenia państwo bierze udział w połowie wydatków.

Przepisy dotyczą: pochodzenia artykułów, ich składu, przygotowania, pakowania, przesyłki i przechowywania. Naturalnie, artykuł nie może być ani zepsuty, ani zanieczyszczony, nie może pochodzić z domu, gdzie jest choroba zakaźna, ani nie może zawierać dodatków szkodliwych dla zdrowia, poza-tem położony jest bardzo duży nacisk, aby artykuł zawierał dokładnie to, co oznaczone jest na etykiecie, a to głównie w celu postawienia konkurencji na słusznych podstawach. W całej kontroli przeważa wogóle strona handlowa, obrona interesów przedsiębiorcy przed nieuczciwym konkurentem, wreszcie ochrona kieszeni konsumenta, a dopiero na drugim miejscu stoją wymagania higieniczne. Przez to chcę podkreślić, że, aczkolwiek higiena produktów spożywczych stoi wysoko, wpływa ona przede wszystkim z dobrej kontroli handlowej, gdyż zasadniczo nie z założeń higienicznych wychodzi pierwotne prawodawstwo.

Obowiązujące prawodawstwo w sprawie fałszowania jest bardzo surowe, bo przewiduje karę do 6 miesięcy więzienia lub do 2.000 guldenów. W inspekcji produktów spożywczych lekarze żadnego udziału nie biorą, całość, jak powiedziałem wyżej, jest w rękach chemików i personelu pomoc-

niczego. Holenderska Służba Zdrowia jest z tego stanu rzeczy zupełnie zadowolona, i nie wydaje się, by ten brak interwencji lekarskiej dał się tu odczuwać ujemnie. W samym nadzorze uderza nadzwyczajna staranność i dążenie do najdalej idącego uwzględnienia interesów producenta, czy pośrednika-sprzedawcy. Inspektor jest przysięgły, próbki pieczętuje, pozostawia na żądanie drugą właścicielowi, za wzięte próbki niezafałszowane płaci; chemik badający próbkę nie wie, skąd ona pochodzi, bo ma tylko numer.

Pomijając wiele innych spraw mniejszej wagi, chcę zwrócić uwagę na dążenie do normalizacji produktów. Przepisy, uzupełniające prowadzstwo podstawowe, normują skład i warunki przygotowania całego szeregu produktów najważniejszych w odżywianiu, a więc: chleba, mleka, konfitur, lemoniad, cukru, mąki i innych. Liczba normalizowanych produktów stale wzrasta, co może mieć na przyszłość ogromną doniosłość w tym tak ważnym dziale higieny.

Mleko i produkty mleczne, jako jedno z głównych źródeł bogactwa kraju, korzystają ze specjalnej opieki państwa. Kontrola nabiału należy do tych samych pracowni rejonowych, co i inne produkty. Od roku 1925 istnieje specjalne rozporządzenie, normujące wartość mleka. Wymagane jest, ażeby krowy były zdrowe (państwo bierze udział w walce z gruźlicą, ponosząc część strat za zabite sztuki gruźlicze), ażeby obora była odpowiednia i odpowiednio utrzymana, ażeby osoby dojące były zdrowe, wreszcie aby mleko w odpowiednich warunkach było utrzymane i dostarczone konsumentowi. Do dobrego mleka doszli Holendrzy stopniowo, zaczynając najpierw od propagandy i uświadamiania, stosując kary rzadko i to więcej w ostatnich czasach, kiedy nieodpowiedni produkt jest najczęściej wynikiem złej woli producenta, a nie jego nędznych warunków życia i ciemnoty. Te robotę propagandową prowadziło państwo, stopniowo, równoległe starając się o podniesienie dobrobytu i kultury chłopu producenta, przygotowując w ten sposób teren do istniejącego dziś prowadzstwa, choć i obecnie praca uświadamiająca dominuje i jest nadal prowadzona przez państwo, przez organizacje rolnicze i handlowe. Urządzane są konkursy utrzymania obór, kursy mleczarstwa, specjalnie dojenia, prowadzona jest praca uświadamiająca przez kooperatywy, mleczarnie i przez związki samych fermerów i sprzedawców, którym, jako instytucjom własnym, chłop najbardziej ufa. Tą drogą doszedł on do przekonania, że nietylko za złe mleko karzą, ale że dobre opłaca się. Więksi zaś producenci sami starają się o postawienie swych obór na najwyższym poziomie także w imię dobrze zrozumianego własnego interesu. Dziś bydło holenderskie ma renomę wszechświatową, utrzymanie obór jest wzorowe. Widziałem parę obór, urządzonych ze zbytkiem wprost niesłychanym, ale koszt produkowanego mleka w takich warunkach jest 5 krotnie wyższy niż zwykle, co, naturalnie, nie wytrzymuje rachunku.

To samo, co o mleku, można powiedzieć o masle. Najpierw długo nie było ono, jak należy, przygotowane, bo i mleko było niezbyt czyste i wyrób masła nieodpowiedni, pozatem często było ono zafałszowane. Holandia jest największym pro-

ducentem margaryny, rozporządza bowiem olbrzymimi ilościami pierwotnego materiału, t. j. tłuszczu roślinnego z kolonij. Kiedy w ostatnim ćwierćwieczu ubiegłego stulecia margaryna weszła w użycie, zaczęto tak fałszować masło margaryną, że jeszcze około 1900 roku masło holenderskie było synonimem masła zafałszowanego. Na rozwój przemysłu masłanego w takich warunkach trudno było liczyć, dlatego też często na angielskim rynku sprzedawano masło holenderskie, jako duńskie. Ale naturalnie tak długo trwać nie mogło, bo to uniemożliwiałoby rozwój ważnej bardzo gałęzi gospodarki państwowej. Wówczas zajęły się sprawą masła przedewszystkiem same organizacje producentów i eksporterów, państwo przyszło im z pomocą, i dziś masło holenderskie pod względem wartości konkuruje z duńskim. Fałszerstwo i wytwarzanie niskowartościowego produktu nie opłaca się. Wymagania higieniczne pokrywają się z dobrze zrozumianym interesem osobistym. Z tego, co powiedziałem w sprawie kontroli nad produktami spożywczymi, a szczególnie nad mlekiem i jego przetworami, wiele ciekawych rzeczy dałoby się wyciągnąć, najważniejsze jednak to ta zmiana od produktów marnego gatunku, a często i zafałszowanych do wysokowartościowych, zmiana która odbyła się na przeciągu życia jednego pokolenia,—jest to wynikiem wytrwałej pracy wychowawczej, zmierzającej stale do podniesienia dobrobytu, opierającej się jak na szczyblach, na osiągniętych korzyściach materialnych. Higiena w stronie materialnej znalazła więcej niż sojusznicę. Policja sanitarna groźbą kary przyszła ostatnia.

Kontrola sanitarna handlu mięsem i jego przetworami jest dobrze zorganizowana, ale nie przedstawia nic wyjątkowego, dlatego też wspomnę o niej tylko pobieżnie i raczej z punktu widzenia organizacji. Kontrola ta jest niezależna od nadzoru nad innymi produktami spożywczymi, choć należy do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia. I znowu rzeczywistą kontrolę sprawują zarządy miast, które otrzymały tylko ogólne dyrektywy i pewne nieobowiązujące wzorki; nadzór nad działalnością należy do państwa. Zgodnie z prawem z roku 1920 każde miasto obowiązane jest samo lub, jeżeli jest małe, łącznie z sąsiednimi utworzyć stały nadzór nad mięsem.

Inspektorem mięsnym może być tylko lekarz weterynarii, nie zajmujący się praktyką prywatną; ma on do pomocy personel pomocniczy nielekarski, ale funkcje tych pomocników są dość ściśle ograniczone. Ubój zwierząt dozwolony jest tylko w rzeźniach, z wyjątkiem uboju, dokonywanego na wsi dla swego użytku. W miastach najczęściej rzeźnie należą do magistratów, rzeźnie prywatne mogą istnieć, ale muszą w ciągu pięciu lat po wydaniu prawa (które już upłynęły) dostosować wszystkie swe urządzenia, dotyczące oświetlenia, wietrzenia, murów, wody, nawet sposobu uboju, do wymagań przepisowych. Ażeby wartość mięsa była naprawdę zapewniona, zwraca się uwagę na jego pochodzenie, co wymaga oględzin zwierzęcia przed ubojem, następnie badana jest starannie każda sztuka po uboju, wreszcie przepisy regulują przechowywanie mięsa, przewóz i t. d. Dla konserwacji wolno dodawać tylko sól i saletrę, ale nie wyżej nad 0,2% bez jakichkolwiek barwników

i środków chemicznych. Mięso zwierząt chorych lub posiadające wyraźne braki, jeżeli po zbadaniu bakteriologicznem okaże się niezakażone, sprzedawane jest w taniej jacie w ograniczonej ilości. Urządzenia jatek, rzeźni i ich utrzymanie jest naogół wzorowe, przewóz mięsa higieniczny, a sklepy sprzedaży detalicznej, wobec dobrobytu, ogólnej czystości i dużych wymagań całej publicz-

ności, nie pozostawiają też wiele do życzenia. Kontrola mięsa, przywożonego do Holandji, jest bardzo surowa, szczególnie, jeżeli pochodzi z kraju, z którym nie została zawarta odpowiednia umowa co do inspekcji na miejscu pochodzenia.

\* \* \* (dok. nast.)

## O d c i n e k

L. ZAMENHOF.

### DZIEJE MEDYCyny

w życiorysach, aforyzmach i anegdotach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15)

**Ignaz Philipp Semmelweiss.**

Urodził się w r. 1818, zmarł w r. 1865 w Döbling pod Wiedniem. Uczeń Rokitanskyego i Skody.

W dziejach medycyny uchodzi za pierwszego klinicystę, który zwrócił uwagę na właściwą etiologję gorączki połogowej i wskazał drogę do jej zwalczania. Od r. 1855 zajmował stanowisko profesora i dyrektora kliniki ginekologicznej w Peszcie, gdzie ogłosił słynne swoje dzieło pod tytułem: „Die Aetiology, der Begriff und prophylaxis des Kinderbettfiebers. Niestety, ta praca, dziś uznana za epokową, w swoim czasie znalazła mało zrozumienia w świecie naukowym. Przypuszczalnie przyczyniła się do tego w pewnym stopniu psychoza Semmelweissa, która dotknęła go we wczesnym wieku i była przyczyną jego często bardzo ostrych wystąpień w polemice naukowej. Semmelweiss zmarł w szpitalu dla obłąkanych dziwnym zrzędzeniem losu nie z powodu choroby mózgowej, lecz naskutek zakażenia, przeciwko któremu walczył całe swe życie.

Jakie opłakane stosunki panowały w położnictwie za czasów Semmelweissa, najlepiej świadczyć może następująca anegdota, bardzo popularna wśród ówczesnych ginekologów. Pewien profesor posłał do porodu swego asystenta. Po dwóch dniach asystent wraca i składa następujący raport: „Niestety, poród zakończył się bardzo nieszczęśliwie, gdyż dziecko wypadło wydobyć kawałkami, matka naskutek dużego upływu krwi zmarła, a ojciec ze zmartwienia odebrał sobie życie”. Gdy po kilku dniach ten sam asystent powrócił od innego porodu, doniósł profesorowi z ra-

dością, że na ten raz wynik był znacznie lepszy „gdyż ojciec pozostał przy życiu”.

Najenergiczniej przeciwko Semmelweissowi występował Scanzoni von Lichtenfels, profesor położnictwa w Würzburgu, który uważał gorączkę połogową za chorobę epidemiczną. Nie pomogły dane statystyczne, ogłoszone przez Semmelweissa, które wykazywały znaczny spadek śmiertelności z 9.9% na 1,2 po zastosowaniu przez niego środków profilaktycznych w postaci dezynfekcji rąk i narzędzi. W jednym ze swoich listów Semmelweiss z rozgoryczeniem nazywa Scanzoniego mordercą i Neroneem w historii medycyny. Był to list pisany podobno już w stanie rozpoczynającej się psychozy.

Alfred Freiherr von Berger przytacza następujący bardzo wzruszający epizod, czy też anegdotę z życia Semmelweissa z okresu jego choroby. Było to podczas podróży statkiem do Wiednia w towarzystwie Bergera. Statek w pobliżu Pesztu osiadł na mieliźnie. Wypadło długo czekać na dalsze wyruszenie w drogę. Podróżni skracali sobie czas różnemi rozrywkami. Jakiś chłopczyzna bawił się blisko nóg pogrążonego w zadumę Semmelweissa. Nagle, spostrzegłszy go, S. podnosi ociężałe powieki, przywołuje go do siebie i zwraca się do doglądującej go osoby: „Czy pani jest jego matką?”

— Nie, jestem jego ciotką, matka jego nie żyje”.

— „Tak! a kiedy umarła”, zapytuje Semmelweiss, przypominając sobie swoją rolę lekarza.

— „Podczas porożu”. — „Jako?” dziwi się S. „z jakiego powodu i na jaką chorobę?” Tu nieszczęśliwy z trudem zaczął sobie przypominać nazwę tej choroby, której poświęcił tyle pracy i życia.

Po bezowocnym wysiłku zwrócił się wreszcie do przyjaciela i otoczenia ze słowami: „czy nie jest to dziwne, że ludzie jeszcze umierają na chorobę, której już wcale niema, której nazwy nawet zapomniałem, jakkolwiek jestem przecież uczonym lekarzem! Głupie kobiety, które wciąż umierają na tę chorobę!”

(c. d. n.)

## Wiadomości bieżące.

— Ruch służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za miesiąc marzec 1930 roku.

W Zarządzie Centralnym.

Mianowani:

Babińska Marja, precownik kontraktowy, do odwołania referendarzem w VIII st. sł. dekretem z dnia 21. III. 1930 r.

W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia.

Mianowani:

Kolski Wincenty, prow. adjunkt w VII st. sł. w Państw.

Zakładzie badania żywności w Poznaniu, adjunktem w dotychczasowym miejscu służbowym dekretem z dnia 12. II. 1930 r.

Dr. Tumidajski Juljan, prow. prymarjusz w VII st. sł. w Państwowym Szpitalu Powszechnym we Lwowie, prymarjuszem w VII st. sł. w dotychczasowym miejscu służbowym dekretem z dnia 8. III. 1930 r.

Zwolnieni:

Durski Bolesław, urzędnik IX st. sł. w Państwowym Zakładzie Zdrojowym w Ciechocinku, na własną prośbę dekretem z dn. 21. III. 1930 r.

## We władzach II instancji:

## Mianowani;

Marcinkowski Aleksander, prow. referendarz w VII st. sł. w Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy, do odwołania inspektorem farmaceutycznym w VII st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Brześciu n/B. dekretem z dnia 4.III. 1930 r.

Sianko Franciszek, st. asystent Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, do odwołania referendarzem w VII st. sł. w Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy dekretem z dnia 13.III. 1930.

## Przeniesieni:

Dr. Ostromięcki Bohdan, Naczelnik Wydziału w V st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Kielcach, na także stanowisko w dotychczasowym stopniu służbowym w Urzędzie Wojewódzkim w Warszawie, dekretem z dnia 12.III. 1930 r.

Jaraczewski Edmund, Inspektor farmaceutyczny w VI st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Poznaniu, na także stanowisko w dotychczasowym stopniu służbowym do Urzędu Wojewódzkiego w Toruniu dekretem z dnia 4.III. 1930 r.

Wojciechowski Stefan, Inspektor farmaceutyczny w VI st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Toruniu, na także stanowisko w dotychczasowym st. sł. do Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu dekretem z dnia 4.III. 1930 r.

## Przeniesieni na emeryturę:

Dr. Wróblewski Wincenty, Naczelnik Wydziału w V st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Krakowie, na własną prośbę dekretem z dnia 25.III. 1930 r.

## Przeniesieni w stan nieczynny:

Dr. Łazarowicz Klemens, Naczelnik Wydziału w V st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Warszawie, dekretem z dnia 12.III. 1930 r.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów (wszystkich z wyjątkiem Śląskiego) i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy w sprawie kierowania wniosków karnych przez Państwowe Zakłady badania żywności.

W związku z przepisami § 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dn. 28 czerwca 1929 r. o właściwości organów administracji do wnoszenia i popierania oskarżenia przed sądami grodzkimi (Dz. U. R. P. Nr. 48, poz. 395) Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu) o wydanie podległym urzędem zarządzania, by urzędniczy powiatowej władzy administracji ogólnej, delegowa i do popierania oskarżenia w sprawach o przekroczenie przepisów rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22.III. 1928 o dozorcze nad artykułami żywności i przedmiotom użytku (Dz. U. Nr. 36 poz. 343) byli należycie przygotowani i poinformowani o stanie sprawy, przez sąd rozpatrywanej i o motywach, które spowodowały wniesienie jej do władz wymiaru sprawiedliwości. Zdarzały się bowiem przypadki, że w sprawach dużego znaczenia sąd uniewinniał oskarżonego, gdyż popierający oskarżenie nie potrafił sprawy należycie oświecić i wniosku karnego odpowiednio poprzeć, wobec czego obrona oskarżonego miała zadanie wielce ułatwione dla wygrania sprawy.

Tego rodzaju fakty wpływają bardzo ujemnie na wykonawstwo dozoru nad żywnością, gdyż podważają autorytet władzy w oczach opinii publicznej i powodują konieczność zakładania skarg apelacyjnych, która komplikują i przedłużają sprawę.

Należy więc w sprawach ważnych, skomplikowanych i specjalnie fachowych, by powołany do popierania oskarżenia był dokładnie poinformowany, w jakim kierunku, dla jakich powodów i z tytułu jakich podstaw winien oskarżenie popierać. Wobec tego, że wchodzi tu w grę przeważnie czynniki specjalnie fachowej natury, należy, by popierający oskarżenie

porozumiewał się przed terminem sprawy co do szczegółów zachodzących okoliczności z Państwowym Zakładem badania żywności, z którego wniosek karny wyszedł, i działał ściśle według otrzymanych danych.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia  
Dr. Piestrzyński.

— Nasza prasa lekarska wzbogaciła się znowu o jedno wydawnictwo, tym razem wyłącznie referatowe. Co o tej obfitości polskich czasopism lekarskich myślimy, o tem pisaaliśmy mniej więcej przed rokiem. Dziś zaznaczamy, że nowo powstały miesięcznik „Przegląd Lekarski” nie jest u nas nowym typem pisma lekarskiego, albowiem już w latach 80-ych zeszłego wieku zaczęła w Warszawie wychodzić „Kronika Lekarska”, pismo również referatowe, które jednak w roku 1903 zmuszone było do połączenia się z „Medycyną”, tracąc swój odrębny charakter referatowy.

„Przeglądu Lekarskiego” wyszły dotąd 2 numery. Obydwa zawierają pokaźną liczbę streszczeń prac cudzoziemskich i polskich oraz działu: surowice i szczepionki, receptura i dozowanie leków.

Pozwalamy sobie przy sposobności zwrócić uwagę redakcji, że streszczanie prac, drukowanych w czasopismach lekarskich polskich, może wpłynąć ujemnie na prenumeratę tych pism.

Redaktorem nowego czasopisma jest kol. Fr. Goebel.

— Do Członków Związku Przeciwwenerycznego.

Zarząd Związku Przeciwwenerycznego ma zaszczyt prosić o wydelegowanie swego przedstawiciela na doroczne Walne Zebranie Delegatów Związku Przeciwwenerycznego mające się odbyć w dniu 11 (jedenastego) maja o godzinie 9-ej rano w Warszawie w gmachu Kliniki Dermatologicznej (Koszykowa 82A).

Porządek obrad:

- 1) Powitanie Zebrania przez Przewodniczącego Zarządu.
- 2) Wybór Prezydium.
- 3) Odczytanie sprawozdania z działalności Zarządu w r. 1928 i 1929/31.
- 4) Zdanie sprawozdania kasowego za r. 1928 i 1929/31.
- 5) Zatwierdzenie planu działalności na rok budżetowy 1930/31.
- 6) Zatwierdzenie preliminarza budżetowego na rok budżetowy 1930/31.
- 7) Wybór Zarządu na rok 1930/31.
- 8) Wybór Komisji Rewizyjnej.
- 9) Zatwierdzenie wysokości składek członkowskich oraz uchwalenie wysokości wpisowego dla nowo wstępujących członków.
- 10) Wolne wnioski.

Przewodniczący:

(—) Prof. Fr. Krzysztalowicz.

Sekretarz

(—) Dr. W. Borkowski.

— Wycieczka do Stockholmu dla Lekarzy i Ich Rodzin na Międzynarodowy Zjazd Pedjatrów i na Wystawę Narodową Sztuki dekoracyjnej i ludowej od 14 do 24 sierpnia 1930 roku. Wycieczka odbędzie się statkiem „Gdynia” P. P. „Żegluga Polska”.

Program wycieczki.

Dn. 14.VIII o godz. 15-ej wyjazd z Gdyni do Visby, Dn. 15.VIII o godz. 12-ej przyjazd do Visby, o godz. 20-ej odjazd do Stockholmu. Dn. 16.VIII o godz. 10-ej przyjazd do Stockholmu. Od 16 do 22-go pobyt w Stockholmie. Dn. 22.VIII

o godz. 21-ej odjazd do Gdyni. Dn. 23.VIII w morzu. Dn. 24.VIII o godz. 9-ej przyjazd do Gdyni, godz. 11-a ew. odjazd do Warszawy.

Ceny przejazdu tam i z powrotem, miejsca sypialne podczas trwania wycieczki, a więc i podczas postoju w Stockholmie wraz z całkowitem przez cały czas utrzymaniem, kosztu zbiorowego paszportu i wiz, wszystko razem:

|   |             |          |
|---|-------------|----------|
| Pokład A — kabiny po 2 osoby                        | Zł. 1.000.— | od osoby |
| „ B — „ większe po 2 osoby                          | „ 950.—     | „ „      |
| „ B — „ mniejsze „ 2 „                              | „ 860.—     | „ „      |
| „ C — „ większe „ 2 „                               | „ 720.—     | „ „      |
| „ C — „ mniejsze „ 2 „                              | „ 675.—     | „ „      |
| „ B — w razie zajęcia większej kabiny przez 3 osoby | „ 700.—     | „ „      |
| „ B — w razie zajęcia większej kabiny przez 4 osoby | „ 600.—     | „ „      |
| „ C — w razie zajęcia większej kabiny przez 3 osoby | „ 550.—     | „ „      |

(Udział w wycieczce uprawnia do zniżki kolejowej 50% w drodze powrotnej od Gdyni do miejsca zamieszkania.

Bliższych szczegółów udziela Kancelarja Kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego — Warszawa, ul. Litewska 16. Wobec ograniczonej liczby uczestników, — wskazane możliwie szybkie zgłoszenia.

M. Michałowicz.

— Wycieczka lekarzy europejskich do Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej organizowana przez redakcję „Wiener Medizinische Wochenschrift“ przy współudziale linii okrętowej Hamburg-Amerika oraz agencji podróźniczej Compas Tours przy wiedeńskim stowarzyszeniu lekarzy amerykańskich w czasie od d. 23 lipca do d. 29 sierpnia 1930 r.

Marszruta: 23 i 24.VII — Zwiedzenie Hamburga; 25.VII — odjazd na okręcie „Deutschland“; 27.VII do 1.VIII na morzu; 2.VIII — wyjazdowanie w New-Yorku; 6.VIII — Buffalo i Wode-

spad Niagary; 7 i 8.VIII — Cleveland, 10.VIII — Detroit; od 10 do 13.VIII — Chicago; 14.VIII — Pittsburg; 15.VIII — Waszyn-ton; 16.VIII — Baltimore; 17.VIII — Atlantic City; 18 i 19.VIII — Filadelfja; 20 i 21.VIII — New-York; 21.VIII — wejście na pokład okrętu „Albert Ballin“; 29.VIII — przybycie do Hamburga. Cena 500 dolarów od osoby. W cenie tej zawarte są wszystkie bez wyjątku wydatki: podróż okrętem tam i z powrotem, utrzymanie, hotel, wycieczki, kolej w Stanach Zjednoczonych, miejsca sypialne w podróży nocą, napiwki i t. d. Przy zapisywaniu się 10 proc. á conto. Zapisy przyjmuje redakcja „Warsz. Czasop. Lek.“

— Nr. 7-my dwutygodnika „Dziecka i Matki“ zawiera: M. Benisławskiej — „Oddalenie ale nie rozbrat“; Dr. St. Pfanhauer — „Czem zająć dzieci przed Wielkanocą“; M. B. — „Matka i Lekarz“; Dr. Z. Michejdzina — „Ilość pokarmu niezbędna dla niemowlęcia“; Dr. Kłosińska — „Jakich chorób zakaźnych wystrzegać się na wiosnę?“ (dyfterja, świnka, koklusz); Dr. F. Łuniewska — „Zapalenie oskrzeli, obfity dział ważnych drobiazgów“.

## KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

### 24.IV. Polskie Towarzystwo Oto-laryngologiczne.

1. Demonstracja chorych. 2. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia. 3. Komunikaty Zarządu: sprawa wycieczki do Łodzi 3 albo 4 maja r. b. 4. Wolne wnioski.

### 26. IV. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna.

Odczyty: 1. A. W. Kapłan. O nadciśnieniu tętniczym. 2. H. Adelfang. O rentgenografji wyrostka robaczkowego.

TRĘŚĆ: N. FRYŁUCKI. Schorzenia nerwowe w przebiegu niedokrewności złośliwej a terapia wątrobowa. (C. d.). — J. FRYDMAN. Wartość kliniczna określenia ilości białka w płynach metodą Simona i Pagela (opacymetr). — N. ZANDOWA. O powikłaniach nerwowych w ospie i po szczepieniu ospy ochronnem. (Str. pogląd. Dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy — St. KRAMSZTYK. O szkodliwości ławatyw i czopków mydlanych. — M. KACPRZAK. Z zagadnień sanitarnych Holandji. (C. d.). — L. ZAMENHOF. Dzieje medycyny (C. d.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: N. PRYŁUCKI. Troubles nerveux accompagnant l'anémie pernicieuse et le traitement hépatique (suite). — J. FRYDMAN. La valeur clinique de la détermination de la quantité d'albumine dans les liquides par la méthode de Simon et Pagel (opacimètre). — N. ZAND. Complications nerveuses de la vérole et après vaccination préventive (Rev. gén. fin.). — St. KRAMSZTYK. Sur le danger des lavements et suppositoires savonneux. — M. KACPRZAK. Problèmes sanitaires des Pays-Bas (suite). — L. ZAMENHOF. L'histoire de médecine (suite).

## WARUNKI PRENUMERATY

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

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego przeniesiona została do drukarni „SIŁA“, Marszałkowska 71, tel. 334-48.

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

Redaktor przyjmuje codziennie od 3ej do 4ej pp.

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

Drukarnia „SIŁA“ Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 334-48