

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

Rok XI

WARSZAWA, 8 MARCA 1934 R.

Nr. 10

## Dr. LEON ZAMENHOF

(Wpomnienie pozgonne\*).

Sz. P.!

Towarzystwo nasze poniosło ciężką stratę. W dniu 7 lutego rozstał się z tym światem długoletni i zasłużony członek T-wa, Dr. Leon Z a m e n h o f. Zmarł nagle w 58-ym roku życia, w pełni sił fizycznych i umysłowych, pozostawiając szczerzy żal wśród nas wszystkich, gdyż dzięki zaletom serca i umysłu cieszył się On wielkiem poważaniem i powszechną sympatją.

Po ukończeniu Wydziału Lekarskiego Uniw. Warsz. w 1901 r. Dr. L. Z a m e n h o f pełnił przez czas pewien obowiązki lekarza miejscowego w Szpitalu na Czystem, poczem wstąpił na Oddział Dra L u b l i n e r a, na którym pracował w ciągu lat 10, przechodząc stopniowo wszystkie szczeble asystentury. W tym czasie uzupełnił On swą wiedzę na klinikach francuskich i niemieckich, wyrabiając się na dzielnego lekarza w naszej specjalności. To też zarówno odczyty Jego, jak i przemówienia w dyskusjach, wygłaszane na posiedzeniach naszego T-wa, były słuchane przez wszystkich z natężoną uwagą, oparte one były bowiem zawsze nie na „mądrości książkowej“, ale stanowiły owoc własnych przeżyć i zawsze zawierały jakąś myśl oryginalną. Ogłosił On drukiem szereg prac naukowych, poświęconych głównie chorobom narządu słuchowego, zagadnienia bowiem głuchoty interesowały Go przedewszystkiem. Był On też najlepszym wśród nas znawcą głuchoniemoty, a współczując wielce tej tak ciężko przez los dotkniętej rzeszy nieszczęśliwych, poświęcił wiele czasu i wy-

siłków na opracowanie własnych metod nauczania głuchoniemych.

Dr. Leon Z a m e n h o f pochodził z rodziny, która wydała wielu ludzi wybitnie uzdolnionych, zwłaszcza w kierunku wynalazczym. Był On bratem twórcy języka „Esperanto“, którym biegle władał i na który to język przełożył szereg dzieł naukowych i literackich. Sam zaś Zmarły skonstruował lub udoskonalił wiele instrumentów i przyrządów lekarskich, że wspomnę tylko o wielce pomysłowym, automatycznym „plukaczu usznym“, który zdobył sobie zaszczytną ocenę takiego znawcy, jakim był niewątpliwie Gustaw A l e x a n d e r.

Niemalą uwagi poświęcał Dr. L. Z a m e n h o f sprawom społeczno - lekarskim. Ogłosił On drukiem „Dzieje medycyny w życiorysach, aforyzmach i anegdotach“, napisał szereg artykułów o t. zw. „znachorstwie lekarskim“ i wiele innych. A w każdej z Jego prac znajdziemy niejedną głęboką myśl filozoficzną i z każdej przebija troska zarówno o godność stanu lekarskiego, jak i o właściwy stosunek lekarza do chorego i odwrotnie. Takież głębokie myśli przenikały każde Jego okolicznościowe przemówienie, które wypowiedane z wielką swadą, a okraszone złotym humorem, słuchane były zawsze przez nas z niemałym ukontentowaniem.

W swem pracowitem życiu Dr. Leon Z a m e n h o f odznaczał się wielką prawością charakteru, nieuznającą w sprawach zasadniczych żadnych kompromisów. Ona zjednała Mu powszechny szacunek, i obok innych zalet, ona przedewszystkiem było podstawą tej przyjaźni i sympatji, jaką się cieszył w szerokich kołach lekarskich stolicy.

Cześć Jego zacnej pamięci!

\*) Wygłoszone na posiedzeniu Polsk. Tow. Oto-laryngologicznego d. 22.II.1934 r., przez Prezesa T-wa Dra J. C z a r n e c k i e g o.

## PRACE ORYGINALNE

## Wykłady kliniczne

Z oddz. wewnętrz. Szpitala im. Prez. Mościckiego  
(Kierownik oddz.: S. M i n c).

**O leczeniu wrzodów żołądka i dwunastnicy metodą karmienia przez zgłębnik dwunastniczy \*).**

Podał

M. MORAWSKI (Łódź).

(Dokończenie — patrz Nr. 9).

Spostrzeżenia kliniczne po usunięciu zgłębnika. Leczenie zasadniczo kończy się po możliwie jaknajdłuższym wytrzymaniu zgłębnika z chwilą osiągnięcia ogólnego dobrego samopoczucia chorego, psychicznego i fizycznego. Usuwamy zgłębnik bardzo wolno, unikając wzmiankowanego, ew. uszkodzenia przełyku lub jamy gardzielowej. Po wydobyciu zgłębnika skierowujemy chorego do kontroli promieniami R o e n t g e n a, poczem zaczynamy go żywić drogą doustną. Przez pierwsze 2 — 3 dni chory otrzymuje to samo pożywienie, co przez zgłębnik, t. zn. 1500 gr. mleka, 7 żółtek surowych, parzonych lub w postaci bardzo lekkiej jajecznicy. Masło i cukier z djetę zgłębnikowej spożywali chorzy z mlekiem lub żółtkami. Następnie zwiększaliśmy tę djetę o 2 — 3 — 4 sucharki dziennie, a na 4 — 5 dzień przechodziliśmy do djetę tak zw. „U“ — lcusowej, składającej się u nas z mleka, masła, sucharków lub czerstwej bułki, 2 kleików z żółtkiem, manny na masle, herbaty z mlekiem słodzonej oraz 2 żółtek na miękko. Na djecie „U“ chory zazwyczaj dłuższy czas pozostaje, i dopiero po mniejwięcej 4 — 6 tygodniach już w czasie obserwacji pozaszpitalnej wzbogacamy i urozmaicamy djetę chorego. W każdym razie do mięsa białego gotowanego i jarzyn oraz kompotów przetartych rzadko kiedy wcześniej przystępujemy.

Obserwacja pozaszpitalna. Każdego chorego wypisywaliśmy z poleceniem zgłaszania się co 2 tygodnie do obserwacji pozaszpitalnej, co 4 tygodnie do kontroli promieniami R o e n t g e n a. Nadto każdy chory otrzymywał przepis djetetyczny, jakiego ma się trzymać do następnej wizyty. W ten sposób chorzy zgłaszali się do szpitala przez krótszy lub dłuższy okres czasu, a mianowicie, od półtora do trzynastu miesięcy, przyczem wywiady, spostrzeżenia i kontrola rentgenowska wykazała, co następuje. Na ogólną liczbę 29 przypadków wykazało 19 chorych, co stanowi 65%, czasem tylko puste odbijania, sporadycznie palenie (np. po mięsie), lub nieznaczne mdłości. Zpśród pozostałych — 7 chorych (24%) odczuwało jeszcze nieraz „słabe“, „mierne“ lub „nieznaczne“ bóle, ale stan ogólny tych chorych naogół był zadawalający. Chorzy czuli się nieźle, przybierali nieco na wadze, mieli łaknienie zachowane, stolce przeważnie regularne, a w R o e n t g e n i e nisza najczęściej znikiała. Jeden tylko chory z wrzodem żołądka i dwunastnicy, mimo 31-dniowego leczenia, po 4-ch miesiącach począł odczuwać bóle. Waga, nadrobiona przez ten czas o 8 kg., zaczęła raptownie spadać, tak, że przez następne 5 miesię-

cy stracił znów 11 kg., a za 3-cim nawrotem, t. j. w 10 miesięcy od leczenia przez zgłębnik, wskutek powtarzających się krwotoków musiał być operowany. Dokonano resekcji żołądka, i chory wrócił wkrótce do normalnego stanu zdrowia. Zmian obiektywnych, jak b o l e s n o ś c i u c i s k o w e j i o b r o n y m i ę ś n i o w e j, nie znajdowano we wszystkich tych przypadkach, w których zaszła całkowita poprawa subiektywna. W przypadkach z wynikiem zadawalającym występowała tkliwość uciskowa oraz niekiedy bolesność, lecz jedynie przy głębszej palpacji.

W a g a, z wyjątkiem 3-ch przypadków niekontrolowanych, we wszystkich wyraźnie podniosła się od 1½ — 10 kg.: w tem u 16-stu od 1½ — 5 kg.; u 10-ciu od 5 — 10 kg. Badania kontrolne promieniami R o e n t g e n a na 29 przypadków wykazały brak niszy w 22 przypadkach czyli w 75%. W pozostałych przypadkach u 1 chorego wynik był zły, u 2-ch chorych utrzymała się „nisza nadal widoczna“, u 3-ch chorych „utrzymało się poprzednio opisane wklęśnięcie krzywizny dużej lub małej“. Jeden chory z powodu wyjazdu zagranicę nie był kontrolowany.

A n k i e t a. W czerwcu 1933 roku, czyli w 2½ roku od czasu zapoczątkowania tej metody, do wszystkich chorych rozpisałem ankietę w formie druków — pytań dość szczegółowych, na które chorzy mieli mi dać odpowiedź. Pytania dotyczyły: 1) bólów, ich jakości, 2) zgagi, 3) odbijań, 4) nudności, 5) wymiotów, 6) stolców, 7) łaknienia, 8) wagi, 9) ogólnego samopoczucia, 10) innych ew. dolegliwości i 11) zatrudnienia.

Na ogólną liczbę 29 ankiet otrzymałem odpowiedź od 22 chorych. 4-ch chorych nie odpowiedziało, a 3ankiety wróciły do nadawcy z powodu zmiany miejsca zamieszkania adresatów. Na otrzymane 22 odpowiedzi uzyskałem: w 9 przyp. — 41%, wynik dobry; w 3 przyp. — 14%, wynik zadawalający (t. zn. słabe bóle z przerwami); w 6 przyp. — 27%, wynik słaby (t. zn. mierne bóle z przerwami); w 4 przyp. — 18% wynik zły (t. zn. silne bóle ciągłe lub z przerwami).

W przypadkach z dobrym wynikiem „bez bólów“ poza tem brak innych dolegliwości (czasem puste odbijania), ogólne samopoczucie prawie zawsze dobre, łaknienie również. Waga w 2 przypadkach spadła o 1½ — 3 kg. (12 godzin pracy), w pozostałych utrzymała się lub podniosła się od 2 — 7½ kg. od ostatniej kontroli szpitalnej. W przypadkach zadawalających prócz słabych bólów występowały jeszcze: palenie, odbijania, nudności, ogólne samopoczucie słabe, choć waga podniosła się od 1 — 4 kg. W przypadkach słabych — bóle mierne, zgaga, puste odbijania, nudności, czasem wymioty, zaparcie stolca, waga — w miejscu lub przybyło do 5 — 6 kg., ogólne samopoczucie łyche. W przypadkach złych — silne lub bardzo silne bóle, zgaga, odbijania, mdłości, wymioty śluzem, złe samopoczucie, waga utrzymuje się w miejscu.

Nawroty cierpienia, zmuszające chorych do szukania pomocy w naszym szpitalu powtórnie, zanotowaliśmy w 6 przypadkach, a mianowicie:

W przypadku 1-szym nawrót nastąpił po 2 latach; chory w szpitalu przebywał blisko miesiąc;

\* Wygłoszone na posiedzeniu Łódzkiego Tow. Lek. dnia 22.XI. 1933 r.

R t g.: „nisza (?) w górnej części małej krzywizny żołądka”. W czasie pobytu w szpitalu przybrał na wadze 3 kg. Po dalszych 40 dniach poraz trzeci wraca do szpitala. Przebywał wtedy 50 dni. Leczony powtórnie karmieniem przez zgłębnik przez 35 dni. R t g.: „drobniutkie uwypuklenie w miejscu poprzednio opisanej niszy”. Wypisany ze znaczną poprawą. Ankieta: „bez bólów, samopoczucie dobre”.

W przypadku II-im — nawrót po trzech miesiącach; w szpitalu przebywał około 2 miesięcy; R t g.: „opuszka obustronnie nadal wklęsnięta”. Dalsze losy chorego nieznane. Ankieta zwrócono z powodu wyprzedzenia się adresata.

W przypadku III-im — nawrót po 2 latach; przebywał w szpitalu miesiąc; R t g.: „opuszka głęboko wklęsnięta od strony krzywizny wielkiej, przejście do dwunastnicy jest bardzo utrudnione i wskazuje na sprawę zwięzającą na tle *ulcus duodeni*, treść żołądkowa — duże zaleganie do 140 cm.; chory przybrał na wadze 4 kg.; na proponowany zabieg operacyjny nie zgadza się; wypisuje się ze znaczną poprawą; ankieta: „bez bólów, samopoczucie dobre”.

W przypadku IV-ym chory wraca do szpitala dwukrotnie: 1-szy raz po 4 miesiącach; przebywa w szpitalu 15 dni; R t g.: „*ulcus duodeni*” (za pierwszym pobytom „*ulcus ventriculi et duodeni*”); wypisany do ambulatoryjnego leczenia; 2-gi raz po następnych 4 miesiącach; w wywiadzie ciemne stolce; w szpitalu, w nocy groźny krwotok (krwawe wymioty i biegunka); w 13 dni później operacja „*Resectio ventriculi*”. „Na krzywiznie małej żołądka stwierdzono bliznowato ściągnięte miejsca twarde. Wykonano resekcję na dość rozległej przestrzeni. Kikut dwunastnicy podwiązano. Połączenie *retro-colica*. Na przekroju: głębokie owrządzenie wielkości  $1\frac{1}{2} \times 2$  cm., dno kruche. Bad. mikr. *ulcus pepticum ventriculi*. W dniu naciek zapalny. Owrządzenie drąży w głąb mięśniówki, w głębi tkanka bliznowata”. (wyciąg z hist. chor.). Po 40 dniach wypisany w stanie dobrym. Ankieta: „bez bólów, samopoczucie dobre, waga + 13 kg”.

W przypadku V-tym nawrót po 2 latach (portjer szpit.); R t g.: „nic patologicznego ze strony żołądka i dwunastnicy nie wykazuje” ( $24^{\circ}/35^{\circ}$ , s. o. +++). Ankieta: „bóle, mdłości, zgaga i wymioty”.

W przypadku VI-tym nawrót po 16 miesiącach. W wywiadzie pozaszpitalnym bóle stałe w dołku podsercowym i prawem podżebrzu od 2 tygodni, puste odbijania, rano mdłości, stolce co 4 — 5 dni, ale waga +

5 kg., R t g.: „Nisza w kanale odźwiernika. *Ulcus pylori*”. Ankieta — *idem*.

#### Wnioski ostateczne.

Reasumując wyniki wszystkich spostrzeżeń, zarówno klinicznych, jak i dalszych obserwacji pozaszpitalnych, wreszcie wyniki ankiety, chciałbym wyciągnąć wnioski ostateczne.

Ogólne zestawienie wyników przedstawia się następująco:

wyników — dobrych + zadaw. — razem, słabych + złych — razem dała

obserw. klin.:	65%	+	24%	=	89%	,	8%	+	3%	=	11%
Roentgen:	75%						21%	+	4%	=	25%
ankieta:	41%	+	14%	=	55%	,	27%	+	18%	=	45%

Wyniki „dobre” w ankiecie, licząc od wypisania się chorego ze szpitala do chwili otrzymania ankiety trwają: w 3 przyp. do 1-go roku; w 3 przyp. od 1-go do  $1\frac{1}{2}$  roku; w 3 przyp. od  $1\frac{1}{2}$  roku do 29 mies. Wyniki zadawalające: w 1 przyp. 9 mies.; w 2 przyp. 19 mies.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę tylko wyniki ankiety, to jej wyniki „dobre i zadawalające” = 55% nie ustępują dotychczasowemu sposobom leczenia, a nawet przewyższają je, o ile zważymy przytem, że do leczenia zgłębnikowego braliśmy przeważnie przypadki, niepoddające się dotychczasowemu leczeniu. To samo musimy powiedzieć o przypadkach, nadających się do leczenia chirurgicznego, gdzie chory jednakże na operację nie zgadza się.

Bardzo ważnym sukcesem tej metody jest rychłe ustępowanie głównych objawów — bólów, które przecież przedewszystkiem chorego przykuwają do łóżka. Sukces ten manifestuje się tak wyraźnie, że zawsze musi zachęcić lekarza do zastosowania metody zgłębnikowej tam, gdzie dotychczasowe środki zawiodły.

Łatwość przeprowadzenia kuracji zgłębnikowej nawet w warunkach domowych (chory już po kilku dniach sam sobie może wprowadzać pokarm) musi przyczynić się do jej rozpowszechnienia i spopularyzowania.

Osiągnięcie choćby zadawalających wyników w tych przypadkach, gdzie cierpienie, bezustannie trapiące chorego, nie ustępuje pod wpływem dotychczasowego leczenia, będzie dla niego zawsze wielkiem błogosławieństwem, a dla lekarza prawdziwym zadowoleniem wewnętrznym.

## Z praktyki prywatnej

### Conglutinatio orificii externi.

Podał

Dr. B. TOŁCZYŃSKI (Wilno).

Przypadek dotyczy pacjentki C. Ch., mającej lat 27, do której wezwano mnie w trakcie porodu o godz. 11-ej. Z wywiadów dowiedziałem się, iż miesiączkuje od 15-go roku życia, co cztery tygodnie, miesiączki mierne, okresami bolesne, trwające trzy, cztery dni. Zamężna od roku. Ciąża I. Daty ostatniej miesiączki nie pamięta. Od początku obecnej ciąży czuła się niedobrze z powodu ogólnego osłabienia i przykrych sensacji w okolicy serca. W drugiej połowie ciąży zauważyła obrzęki kończyn dolnych, szczególnie wieczorem. Początku ruchów płodu nie pamięta. Bóle rozpoczęły się dnia poprzed-

nego o godz. 20-tej, z początku słabe i rzadkie, w nocy silniejsze i częstsze.

Pacjentka wzrostu średniego, budowy prawidłowej, szatynka, stan odżywiania dobry. Temperatura i tętno normalne. Ciśnienie krwi 140/80 (K o r o t k o w). Przed godziną oddała mocz. Wielkość macicy odpowiada ciąży donoszonej, kształt macicy jajowaty. Obwód brzucha na wysokości pępka — 105 cm. Największy obwód — 110 cm. Dna macicy 2,5 palca poniżej wyrostka mieczykowatego. Część przodująca — główka, która większym swym obwodem przeszła przez wejście miednicy. W dniu macicy pośladki. Grzbiet po stronie lewej, drobne części po prawej. Tętno płodu dobrze słyszalne po stronie lewej, poniżej pępka, miarowe, 140 na minutę. Bóle dobre, co pięć minut.

Podczas badania *per rectum* odniosłem wrażenie, że ujście zewnętrzne jest całkowicie rozwarte, a główka znajduje się w próżni, nieruchoma. Do wzgórka kości krzyżowej nie można było dojść nawet zgiętym palcem.

Po dwugodzinnej obserwacji, wobec osłabienia bólów porodowych i braku postępu porodowego, zastrzyknięto 0,5 cm.<sup>3</sup> pituglandolu domięśniowo oraz przygotowano kleszcze. W 25 minut później, wobec braku postępu porodowego, przed zamierzonym nałożeniem kleszczy, zbadałem przez pochwę: srom zięjący, śluzówka wejścia do pochwy mocno sina, szyja maciczna znacznie rozdęta, poprzez jej ściany wyczuwa się główkę w próżni, szew strzałkowy w wymiarze skośnym prawym, ujścia zewnętrznego nigdzie się nie stwierdza. W czasie dalszego obmacywania główki, pokrytej ścieńczałymi ścianami szyi, natrafiłem, głęboko ku tyłowi, w kierunku kości krzyżowej, na mały dołek, który pod palcem naraz rozszerzył się na trzy poprzeczne palce, przyczem w ujściu wyczułem pęcherz płodowy, napinający się podczas bólu.

Wobec powyższego zaniechałem nałożenia kleszczy. W dziesięć godzin później pacjentka urodziła siłami natury żywe dziecko.

Miałem zatem do czynienia z *conglutinatio orificii externi*. Nieprawidłowość ta po raz pierwszy opisana została przez N a e g e l e g o. Częstość występowania niezmiernie rzadka: podług T h ö m e l a i R o t s a w 0,02%, G u g g i s b e r g a w 0,013%, K r a a t z a w 0,01%.

Etjologia niewyjaśniona i dotychczas niezgodniona. O l s h a u s e n i V e i t widzą przyczynę w zżęczeniu ujścia zewnętrznego u starych pierwiastek i mocnym zlepieniu dolnej części ścian szyi przez zgęstniały śluz wydzieliny szyjowej. V. B a r d e l e b e n nie uznaje pojęcia „*conglutinatio*” i radzi szukać w każdym przypadku przyczyny pierwotnej, którą stanowią mogą bliznowate zrosty, zżęczenia i sztywność ujścia zewnętrznego u starych pierwiastek, względne przepelnienie owodni wodami płodowymi, przez co zbyt silnie napięty pęcherz nie może się wstawić w ujście i dopomagać do jego rozszerzania, wreszcie zrośnięcie dolnego bieguna jaja płodowego z ujściem zewnętrznym. Ostatnie to zjawisko jeszcze przedtem opisał B e r c z e l l e r jako *conglutinatio chorii cum mucosa cervicis*, podając własny przypadek, w którym palcem wyczuł to zrośnięcie kosmówki ze śluzówką szyi i przez uwolnienie tego zrośnięcia rozwiązał rodzącą.

B e r c z e l l e r sądzi, iż, o ile kosmówka jest cienka, szyja maciczna może się od niej oddzielić, natomiast, jeśli kosmówka jest gruba, posuwa się razem ze ścianami szyi i uniemożliwia rozwierania się ujścia zewnętrznego. Te trudności w rozlepianiu błon płodowych miałyby być przyczyną t. z. *conglutinatio orificii externi*.

(W dociekaniach etjologicznych poczesne miejsce zajmują sprawy zapalne i zaburzenia wydzielnicze gruczołów szyi. Zmiany zapalne ze zwiększoną wydzieliną szyi (*inflammatio hypersecretoria*), z zagęszczeniem tej wydzieliny uśpasabiają do zlepiania ujścia zewnętrznego. Z w e i f e l porównywa te zlepienie do zlepiania powiek wydzieliną spojówek. Sprawy zapalne, przebiegające z zanikiem gruczołów szyi, również powodować mogą zlepienie ujścia zewnętrznego tym razem dla braku wydzieliny.

K r a a t z podnosi znaczenie wydzielniczych zaburzeń czynnościowych w powstawaniu *conglutinatio orificii externi*. S t i e v e obstaje za możliwością pier-

wotnego zlepiania ujścia zewnętrznego, które tłumaczy w ten sposób, iż, gdy pęcherz płodowy z wodami przodującymi prze na ściany szyi macicznej, wyciska on zawartość gruczołów śluzowych szyi, jednocześnie zachodzi przerwanie przegródek między gruczołami oraz złuszczenie większych połąci nabłonka z usuwaniem gruczołów.

Wszystko to, łącznie z wytwarzającym się czopem śluzowym, może spowodować zlepienie ujścia zewnętrznego. W etjologii tej anomalji mają podobno odgrywać rolę wszelkie uszkodzenia mechaniczne, najczęściej po zbrodniczych poronieniach, oraz chemiczne, w postaci różnorodnych miejscowych przyżegań, wreszcie zakażenia ostre lub przewlekłe, jak kiła lub gruźlica.

Ostatnio zwrócono uwagę na patologiczne przemieszczenie szyi ku tyłowi, mogące być przyczyną *conglutinatio*. Jednak A. M a y e r nie utożsamia tego stanu ze zlepieniem, uważając przemieszczenie szyi ku tyłowi za samodzielną jednostkę chorobową. Bóle porodowe działają w tych razach nie w kierunku ujścia zewnętrznego, lecz na ścianę szyi.

Obraz jest podobny do poronienia szyjowego z tą różnicą, że w *retrodeviatio* szyi podczas porodu raczej nastąpić może rozerwanie jej ściany przez część przodującą, niż rozwarcie ujścia zewnętrznego. Przyczyna grzbietowego odchylenia części pochwowej od linii prowadzącej również nie jest dotychczas wyjaśniona; mogą nią być wrodzone wydłużenie przedniej ściany szyi, patologiczne skrócenie więzadeł krzyżowo-macicznych, nadmierna lordoza części lędźwiowej kręgosłupa lub też usadowienie łożyska na przedniej ścianie macicy.

W moim przypadku, biorąc pod uwagę wiek pacjentki i długotrwałość pierwszego oraz drugiego okresu porodowego (urodzenie dziecka dopiero w 10 godzin od chwili rozwarcia ujścia zewnętrznego na 3 palce), należy przyjąć jako przyczynę tak zwanego zlepiania ujścia zewnętrznego zmniejszoną elastyczność tkanek narządu rodowego w połączeniu bądź ze zmianami zapalnymi, bądź też z niedorozwojem szyi.

P o s t ę p o w a n i e: w przypadku przemieszczenia szyi ku tyłowi polega na jej odprowadzeniu, w pozostałych — na odszukaniu ujścia zewnętrznego i rozszerzeniu go za pomocą palca. Często, jak w moim przypadku, samo tylko naciśnięcie palcem na nierozwierające się ujście zewnętrzne powoduje szybkie jego rozszerzenie. Lecz odnalezienie ujścia nie zawsze jest łatwe. W tych razach, gdy palcem nie możemy go znaleźć podczas badania wewnętrznego, radzi B e r c z e l l e r odszukać ujście zewnętrzne we wzierniku, przyczem poznaje się je po zwisającym zeń czopie śluzu.

Czasami obraz we wzierniku jest podobny do *prolapsus mucosae urethrae*. Postępowanie po znalezieniu zależy od stopnia następczego rozwarcia ujścia zewnętrznego. O ile rozwarcie jest całkowite, wobec zwykłego w takich przypadkach osłabienie bólów porodowych i wyczerpania rodzącej, zachodzi nieraz konieczność nałożenia kleszczy.

Gdy dalsze rozwarcie ujścia zewnętrznego postępuje zbyt powoli, wobec sztywności szyi, radzi B e r c z e l l e r nacinanie wielokrotne ujścia zewnętrznego celem ukończenia porodu; cięcie cesarskie pochwowe wydaje się jednak zabiegiem bezpieczniejszym.

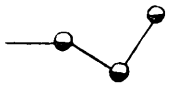
### O pełnym wykresie tętna.

Podał

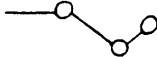
Emanuel EPSZTEJN (Wilno).

Nie bez znaczenia dla kliniki byłoby zastąpienie zwykłej krzywej tętna (właściwie częstości tętna) poglądowym wykresem całokształtu jego cech.

Podaję niżej b. prostą metodę sporządzania takiego wykresu. Otóż oznaczamy na siateczce milimetrowej częstość tętna zapomocą kółeczka (nie zaś punktu), mniej lub więcej zaciemnionego, zależnie od stopnia wypełnienia tętna:



Wypełnienie norm.



*p. parvus*



*p. magnus*

Zaznaczenie wszelkich stanów przejściowych jest przytem możliwe — przez zaciemnienie  $\frac{3}{4}$ ,  $\frac{1}{4}$  i t. d. kółeczka.

W miarę zmniejszania się lub zwiększania chybkości tętna odpowiednie kółeczko spłaszczamy, względnie wydłużamy w kierunku pionowym:



*p. tardus*



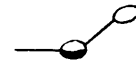
*p. celer*

Kółeczko, odpowiadające danemu momentowi, łączymy z poprzednim zapomocą odcinka grubszego:



*p. durus*

lub cieńszego.

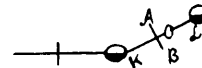


„tętno nitkowate”.

zależnie od napięcia tętna. Do pierwszego kółeczka dodajemy odcinek poziomy.

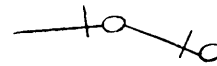
Grubość odcinka, odpowiadającego normalnemu napięciu, możemy podać z boku wykresu („skala”).

Jeżeli tętno jest *regularis et aequalis* przekreślamy odcinek łączący w środku (KO = OL):



przyczem także AO = OB.

Nierówność tętna wyraża nierówność KO ≠ OL, nierówność zaś tętna (*inaequalitas*) — AO ≠ OB, wobec czego np. wykres następujący:



oznacza *p. irregularis et inaequalis*.

Uwaga: dla uproszczenia wykresów umawiamy się, przy tętnie miarowym równym, odcinka AB wogóle nie zaznaczać. Innych właściwości tętna nie uwzględniamy na wykresie, gdyż częste ich badanie utrudnia potrzeba zastosowywania specjalnych przyrządów.

Nie uwzględniamy również cech, powoli ulegających zmianom.

Korzystając z opisanego wykresu, jednym rzutem oka możemy ogarnąć całokształt zmian tętna, podczas choroby.

Podana metoda może być stosowana z korzyścią przez poszczególnych lekarzy, niezależnie nawet od ustosunkowania się do niej większości.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Z Państwowego Zakładu Higjeny  
(Dział Bakterjologii i Med. Dośw.).

#### Nowe prace, dotyczące przyrządzania anatoksyny białkowej, oraz nowe metody szczepień ochronnych.

Podają

Róża ZAJDEL (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 9).

Po opisanu metod, dotyczących przygotowania materiału szczepiennego, postaram się odpowiedzieć na pytanie, jakim zmianom uległy w ciągu ostatnich lat same metody szczepienne. Odkąd Ramon przygotował anatoksynę do szczepień ochronnych, liczne doświadczenia na zwierzętach oraz obserwacje na dużym materiale ludzkim doprowadziły do ustalenia następującej klasycznej techniki szczepień. Pierwsze szczepie-

nie —  $\frac{1}{2}$  ccm., drugie — po 3 tygodniach 1 ccm., trzecie po 2 tygodniach  $1\frac{1}{2}$  ccm. anatoksyny. Osiągnano w tych warunkach przeciętnie 95% odporności. Dopiero 1 miesiąc po ostatnim szczepieniu uważany był za wystarczający do osiągnięcia stanu odporności. Czas zatem łączny niezbędny do osiągnięcia odporności przy tej metodzie szczepień wynosi około 9 tygodni, zatem przeszło 2 miesiące. Oczywiście, są dzieci, które wcześniej nabywają odporność. W każdym razie metoda nie daje wcześniejszej gwarancji.

Otóż ten tak stosunkowo długi okres uodparniania stanowi jedną z poważniejszych wad tej metody. Praktycznie trudne jest nadto przeprowadzenie całkowite 3-krotnych szczepień, zwłaszcza wtedy, kiedy szczepienia nie są objęte ustawą przymusową. Na dowód mogą przytoczyć pewne dane ze statystyki. Dotyczą one sprawozdania ze szczepień w Ośrodkach Zdrowia z r. 1932 - 33. W 1932 r. na 1020 dzieci, które zgłosiły się

do pierwszego szczepienia, do drugiego szczepienia zgłosiło się 328 dzieci, do trzeciego tylko 185. W r. 1933 na 10203 dzieci, zaszczepionych po raz pierwszy, do drugiego szczepienia zgłosiło się tylko 4018. Oczywiście, że w zamkniętych zakładach lub szkołach stosunek ten jest dużo lepszy.

Z tych danych jasnym jest, że potrzeba skrócenia czasu szczepień oraz liczby szczepień wydawała się już oddawna sprawą niezwykle ważną. Dlatego dużym postępem w tym względzie były wprowadzone we Francji od r. 1931 szczepienia tylko dwukrotne anatoksyną, wzbogaconą w jednostki antygenowe. Próby w tym kierunku zostały rozpoczęte przez R a m o n a i współpracowników, odkąd udało im się otrzymywać stale anatoksynę o mianie, wynoszącą 15 — 16 jednostek w 1 cm.<sup>3</sup>. Na materiale 327-iu osobników R a m o n i N e l i s (1932) stwierdzili odporność w 96%. Osiągnęli zatem a nawet przekroczyli odsetek odporności, otrzymywanej za pomocą 3-krotnych szczepień anatoksyną dawniejszą.

Pierwsze pomyślnie wyniki od razu przekonały autorów o wysokiej wartości anatoksyny, wzbogaconej w jednostki antygenowe. Fakt ten stał się jednocześnie bodźcem do dalszych intensywnych prac laboratoryjnych nad zwiększaniem zawartości anatoksyny w przesączach bakteryjnych. W dalszym ciągu anatoksyną już o 20 wzgl. 30 jednostkach w 1 ccm. szczepiono nowe serje dzieci, podając przy 1-em zastrzyknięciu 1 cm<sup>3</sup>, przy 2-iem 1,5, wzgl. 2 cm<sup>3</sup> w odstępie 3 tygodniowym. Rodzicom, którzy przyprowadzali dzieci do przymusowych szczepień przeciwospowych, proponowano jednocześnie uodpornienie dziecka przeciw dyfterytowi. Przeciwnie około 70% rodziców wyrażało zgodę. Wtedy dziecko dostawało w jedną nóżkę zastrzyknięcie anatoksyny błoniczej, a do drugiej szczepiono mu krowiankę ospową. Do II-go zastrzyknięcia, oczywiście, dzieci musiały zgłaszać się ponownie, zazwyczaj wtedy, kiedy zgłaszały się po świadectwo szczepienia ospy. Szczepienia skojarzone przeciwospowe i przeciwbłonicze zostały zaprojektowane przez Dr. K n i c h o w i e c k i e g o, kierownika I-go miejskiego domu wychowawczego dla niemowląt w Łodzi. Tutaj też zostały po raz 1-y szczepienia te przeprowadzone w 1931 r. z wynikami wielce zachęcającymi. Ostatnie zeszyty pism francuskich ogłaszają nowe, coraz bardziej entuzjastyczne sprawozdania o sukcesach metody dwukrotnych szczepień nową anatoksyną. R a m o n w Garches, N i c o l l e, M a r g a r e t t e w Tunisie, R a m o n N e l i s i L a c o m b l e w kolonjach belgijskich osiągają wyżej 99 — 100% odporności. Autorzy wskazują na nieznaczne wzmożenie się liczby odczynów miejscowych. Liczba osobników przeszczepionych i skontrolowanych nie przekracza jednak tysiąca przypadków. Czy procent osiągniętych dodatnich wyników pozostanie w dalszym ciągu taki, jaki podają autorzy francuscy, pokaże przyszłość. Nado francuzi stwierdzają odporność tylko za pomocą odczynów S c h i c k a. Jak wiemy, nie jest to sprawdzian, całkowicie wystarczający (prace J e n s e n a). U nas w Polsce od maja 1933 r. stosujemy dwukrotne szczepienia anatoksyną błoniczą o 20, wzgl. 30 jednostkach w 1 ccm., opierając się narazie tylko na danych literatury francuskiej. Własnych doświadczeń co do stopnia osiągniętej odporności jeszcze nie mamy. W Miejskich Ośrodkach Zdrowia szczepienia przeprowadzono łącznie ze szczepieniem ospy.

Obserwacje nad przebiegiem szczepień oraz wyni-

ki będą w najbliższej przyszłości podane przez Komitet szczepień ochronnych.

To są dane, dotyczące dwukrotnych szczepień ochronnych. Szczepienia jednokrotne stanowią osobny dział badań. O ile dwukrotne szczepienia ogromnie upraszczają akcję profilaktyczną, zrozumiałem jest, że ideałem, do którego należałoby dążyć, byłyby szczepienia jednokrotne. Umożliwiłyby one nietylko przeszczepienie większej liczby osobników w ciągu krótkiego czasu, co, jak wiadomo, ma wielkie znaczenie dla opowania epidemii, ale ponadto znakomicie ułatwiłyby dotarcie do tych zwłaszcza dzieci, do których dostęp dotychczas był najtrudniejszy. Mam na myśli dzieci bardzo młode oraz w wieku przedszkolnym. Przy jednoczesnym szczepieniu z ospą akcja ochronna kończyłaby się jednocześnie z zaszczepieniem ospy.

Zjawia się natychmiast pytanie, czy w jakim stopniu nadzieje powyższe zostały spełnione, wzgl. jakie mamy dane, dotyczące jednokrotnych szczepień ochronnych przeciwko dyfterytowi. Jak już mówiłam, tylko 2 produkty zostały zbadane na większej liczbie dzieci. Preparaty duńskie (zagęszczone i oczyszczone metodą absorbcyjną za pomocą wodorotlenku glinu) stosował po raz pierwszy J e n s e n (sprawozdanie z r. 1931). J e n s e n stosował do szczepień anatoksynę o zawartości 100 — 150 — 300 jednostek w 1 ccm. Istnieje również praca, w której J e n s e n podaje kilka przypadków przeszczepionych 1000 jednostek. J e n s e n prowadzi niezwykle skrupulatne badanie osobników szczepionych, i dlatego wyniki jego trudno nawet porównywać z wynikami szczepień innych autorów, zwłaszcza francuskich, którzy kontrolują odporność przeważnie tylko za pomocą odczynów S c h i c k a. Oczywiście, najpewniejsze dane porównawcze da nam materiał epidemiologiczny.

Naogół z kilku prac J e n s e n a wynika, że odporność, osiągnięta po jednokrotnym szczepieniu anatoksyną, zagęszczoną za pomocą wodorotlenku glinu, wynosi 90 — 97%. Odpowiada to innej więcej odsetkowi, osiąganemu za pomocą 3-krotnych szczepień anatoksyną dawną. U nas, dotąd właściwie tylko w Warszawie stosowano do uodpornienia dzieci anatoksynę zagęszczoną i oczyszczoną metodą ultrafiltracji, o czym już wspominałam. S p a r r o w i M a y z n e r po raz pierwszy szczepili dzieci w przytułku dla podrzywków jednokrotnie anatoksyną o 50—100 jed. w 1 ccm. Wyniki były bardzo zachęcające. Miano antytoksyn podniosło się wyraźnie, zwłaszcza u wszystkich tych dzieci, które pierwotnie posiadały ślady antytoksyn we krwi. Odczynów poszczepiennych prawie nie zanotowano. W innym zakładzie zamkniętym odczyny poszczepienne były znacznie wyraźniejsze. Ze względów ubocznych, niezależnych od nas nie zostały zakończone obserwacje w innych zakładach zamkniętych, gdzie przed szczepieniem wykonano odczyny S c h i c k a i miareczkowano zawartość antytoksyn we krwi. Wychowankowie tych zakładów zostaną w kilka miesięcy po szczepieniu jeszcze raz skontrolowani na obecność antytoksyn we krwi. W kampanji szczepiennej wiosennej ub. roku przeszczepiono jednokrotnie w dwóch ośrodkach zdrowia anatoksyną zagęszczoną po 200 jed. w 1 ccm. przeszło 3000 dzieci. Szczepienia były przeprowadzone równolegle ze szczepieniami ospy. Odczyny poszczepienne były mniej więcej takie, jak przy trzykrotnych szczepieniach anatoksyną dawniejszą, z tą, oczywiście, różnicą, że jeżeli odczyn miał miejsce, to tylko jeden raz. Wyniki uodpornienia wykaże statystyka zachorowań wśród dzieci szczepio-

nych. Oczywiście, ażeby mieć wystarczającą opinię o skuteczności takiego lub innego szczepienia, musi być materiał doświadczalny dostatecznie duży.

W omawianym tu zakresie mamy jeszcze do zanotowania jeden bardzo ciekawy eksperyment. W jednym z ostatnich numerów *Journal of Infectious Diseases* w pracy Leona H a v e n s a i D e w e y M. W e l l s a, nadto w *Journal of the American Medical Association* w pracy G r a h a m a, M u r p h r y G i l l (obie prace wyszły w Montgomery Ala), autorzy stosują jednorazowe zastrzyknięcie anatoksyny o 5, wzgl. 10 jed. i otrzymują 92 — 96% odporności. Badania zostały przeprowadzone na 185 dzieciach o odczynie S c h i c k a uprzednio — dodatnim i 615 dzieciach o odczynie S c h i c k a uprzednio nieznanym. Preparaty do szczepień przygotowane były w sposób następujący. Anatoksynę wytrącającą metodą G l e n n y i B a r r za pomocą 2 — 2½% ałunu potasowo - glinowego. Po wypłukaniu solą strątowano w roztworze soli fizjol., tak, by 1 ccm. zawierał żądaną liczbę 5 — 10 jednostek flokulacyjnych. W tej postaci zawiesina była wstrzykiwana dzieciom. Tak pomyślny wynik przy nieznacznej liczbie wprowadzonego antygenu autorzy tłumaczą powolną resorbcją czynnika antygenowego do ustroju. Precypitat jest powoli wchłaniany, nadto wzrasta czas ekspozowania tkanek na działanie czynnika swoistego. Prace, powyżej wspomniane, przypominają pracę S c h r ö d e r a i P a r k a, ogłoszoną w *Amer. Journal of Public Health* z r. 1932, gdzie autorzy, wzorując się na G l e n n y m, który po raz pierwszy stwierdził, że dodatek nieznacznej ilości ałunu do anatoksyny podnosi u koni wyraźnie zdolność do wytwarzania antytoksyn, dodawali do anatoksyny pierwotnej 0,2% ałunu i w ten sposób przeszczepili 100 dzieci. Autorzy szczepili 3-krotnie co jeden tydzień. Porównali oni tę metodę z innemi i znaleźli najwyższy odsetek odporności, wynoszący 98,2%.

Analogiczne prace R a m o n a i D e b r é z dodatkiem do anatoksyny chlorku wapnia, aczkolwiek podniosły procent dzieci uodpornionych, jednakże odczyny poszczepienne lokalne były zbyt silne.

Opierając się na wynikach wymienionych prac mogłam stwierdzić narazie tylko na zwierzętach dodatni wpływ na produkcję ciał odpornościowych, drobnych ilości ałunu dodanych do anatoksyny oczyszczonej.

Na tej podstawie zamierzamy dodawać ałunu lub podobnych ciał do anatoksyny zagęszczonej, przy jednokrotnych szczepieniach ochronnych, jeżeli się okaże,

że duża koncentracja anatoksyn w stanie oczyszczonym zostaje zbyt szybko eliminowana przez organizm, a powstała odporność nie będzie długotrwała.

Niezależnie od tych pewnych wahań w wyborze materiału szczepiennego, wobec których stoi dziś Komitet szczepień ochronnych, szczepienia tą, czy inną metodą są ze wszech miar korzystne. Gdyby nawet nie wszystkie dzieci uodporniły się, to jednak, jak wykazały badania epidemiologiczne, przeprowadzone przez G o d f r e y a w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, wystarczy, ażeby odsetek dzieci uodpornionych w pewnej miejscowości wynosił 35% pośród dzieci w wieku przedszkolnym, 50% w wieku szkolnym, ażeby epidemia dyfterytu nie wybuchła. Do tych liczb zmierza obecnie dużymi krokami Komitet szczepień ochronnych Magistratu m. Warszawy wespół z Działem Bakterjologii Państwowego Zakładu Higjeny.

#### PIŚMIENNICTWO.

1. Bundesen, Fischbein, Nilblak. *Journ. of Amer. Med. Assoc.* 1933, v. 100. — 2. Glenny, Barr. *Journ. of Path. and Bacter.* 1931, 6. 34. — 3. Berta et Lopez Garcia. *C. R. S. B.* 1933, T. XCIII. — 4. Graham, Murphree, Gill. *Journ. of Amer. Med. Assoc.* 1933, v. 100. — 5. L. C. Havens and D. M. Wells. *Journ. of Inf. Dis.* 1933, v. 53. — 6. Jensen. *C. R. S. B.* 1931, T. CVII, CVIII, T. CX. 7. — 7. Loiseau et Philippe. *C. R. S. B.* 1932, T. CIX. — 8. Linderström, Lang et Schmidt. *C. R. S. B.* 1930, T. CIII. — 9. M. Nicolle. *C. R. S. B.* 1933, CXIII. — 10. Pondman, Tasman. *Zeit. f. Immun.* 1931, B. 72, 73. — 11. Pope. *Lancet* 1931, II, 102. — 12. Pope. *Brit. Journ. exp. Path.* 1932, V. 13. — 13. Pope and Smith. *Journ. of Path. and Bacter.* v. 35. 1932. — 14. H. Park and M. Schroder. *Amer. Journ. of Pub. Health.* 1932, v. XXII. — 15. Ramon, Debre. *Presse medicale* 1932, I. — 16. Ramon, Timbal, Nelis. *C. R. S. B.* 1932, T. CIX. — 17. Ramon, Nelis. *C. R. S. B.* 1932, T. 109. — 18. Ramon, Berthelot. *C. R. S. B.* 1932, T. CX. — 19. Ramon, Nelis, Lacomble. *C. R. S. B.* 1933, T. CXIII. — 20. Schmidt. *C. R. S. B.* 1930, T. CV, 1931, T. CVII. — 21. Schmidt und Hansen. *Bioch. Zeit.* 1930, Bd. 228. — 22. Sierakowski i R. Zajdlówna. *Med. Dośw.* 1930, T. XII. — 23. H. Sparrow i M. Mayzner. *C. R. S. B.* 1932, T. CXI. — 24. T. Spasowicz i Wł. Porębski. *Lekarz Wojskowy*, T. XX, Nr. 12. — 25. T. Spasowicz et W. Porębski. *C. R. S. B.* 1933, T. CXIII. — 26. A. Wadsworth, J. Quigley, G. Sicles. *Journ. of Immun.* 1933, v. XXV. — 27. Wells, Graham, Havens. *Amer. Journ. of Publ. Health.* 1932, v. XXII. — 28. R. Zajdlówna, S. Sierakowski i H. Sparrow. *Med. Dośw.* 1929, T. X. — 29. R. Zajdel. *C. R. S. B.* 1932, T. CXI.

## Oceny książek

Fr. WALTER. **Nałka o chorobach wenerycznych.** (Kra-ków 1934 r. Nakł. Bratn. Pom. Med. Uniwersytetu Jagiellońskiego XII — 540 str. Fig. 53).

Obowiązek recenzenta, częstokroć trudny, a czasem niemiły, staje się łatwy i przyjemny, o ile chodzi o dzieło prof. W a l t e r a. Oddawna już odczuwało się brak wyczerpującego dzieła o chorobach wenerycznych, zwłaszcza o kile. Trudności wydawnicze doby obecnej nie pozwalały spodziewać się obszernej pracy. Wydanie dużego dzieła, jakim jest praca prof. W a l t e r a, zasługuje na najszersze uznanie wobec ogromu trudności, które musiał pokonać Autor, jak i młodzi kierownicy współdzielni studenckiej. Współczesna syfilidologia nie jest już wyłącznie nauką o objawach skórnych, lecz składa się z obszernych działów ogólnej patologii

kiły i jej bakterjologii, kiły doświadczalnej, metod laboratoryjnych badania schorzenia, zmian, zachodzących w skórze (tak ważnych z punktu widzenia dagnostyki), zmian w narządach wewnętrznych, wreszcie z nauki o kile jako problemacie społecznym. Częstokroć podręczniki syfilidologii, zbyt szczegółowe w zakresie opisu zmian, zachodzących w skórze, pomijają działy inne. Autar omawianego podręcznika szczęśliwie uniknął wypaczenia celu dzieła, toteż książka Jego nie jest podręcznikiem, wyłącznie przeznaczonym dla syfilidologa i dermatologa, lecz w równej mierze dla lekarza innej specjalności. Ogólna patologia kiły jest dziedziną zawiłą, poglądy autorów są sporne, zmiany na skórze tak różnorodne, że drobiazgowość może doprowadzić do niejasności i niezrozumienia. Autor z tych trudności wybrnął łatwo, dając całość,



ujęta w sposób prosty i jasny, a jednocześnie zawierająca wszystkie wiadomości, mające znaczenie dla zrozumienia schorzenia i oceny wyników badań laboratoryjnych. Dział o leczeniu kily zawiera wszystkie najważniejsze dane z tej dziedziny i może być podstawą do poznania lecznictwa przeciwkilyowego, tembardziej, że poparty jest osobistą oceną stosowanych w lecznictwie środków przeciwkilyowych z uwzględnieniem przetworów polskich. Tak ważna w syfilidologii i dermatologii sprawa, jak ilustrowanie podręcznika, jest przez autora rozwiązana bardzo dobrze. Jasna rzecz, że nie wszystkie fotografie są na tym samym poziomie pod względem instruktywności, wszystkie są jednak dobre, a znaczna część świetna. Nie uważam jednak za słuszne umieszczanie w wydawnictwie tego rodzaju mikrofotografij; rysunki preparatów histologicznych, które dają obraz bardziej przejrzysty, w celach pedagogicznych są lepsze. Rozdział o rzeżączce obejmuje 83 strony, mimo to zawiera najistotniejsze dane o jej patologii, przebiegu klinicznym i leczeniu. Prócz tych najważniejszych działów wenerologii omówione są i inne schorzenia części płciowych, przy czem tak w działach, jak i w całości pracy uwzględnione są zdobycze najnowsze z zakresu patologii schorzeń i lecznictwa. Piśmiennictwo polskie przytoczone jest z najdalej idącą (czy nawet nie przesadną) skrupulatnością. W ten sposób czytelnik ma całość obszernego działu, pospolicie zwanego wenerologią, ujętą w formę jasną i zrozumiałą, a pozwalającą wyciągnąć praktyczne wnioski w postępowaniu lekarskiem. Autorowi podręcznika, jak i czytelnikowi życzyć należy, by w najkrótszym czasie ukazało się wydanie drugie, wydane na lepszym papierze i, jeżeli możliwe, z kilkoma ilustracjami barwnymi.

W każdym razie Autor swe zadanie — dostarczenia jasnego i dobrego podręcznika lekarzowi i studentowi — spełnił; przy szłość niewątpliwie wykaże, że i lekarz polski spełni swój obowiązek zaznajomienia się z tak cennym dziełem ojczystem. Recenzentowi niech wolno będzie podkreślić konieczność ujednostajnienia mianownictwa, którego brak utrudnia nauczanie.

Doc. Dr. Marjan G r z y b o w s k i (Warszawa).

Dr. MARKOVITS Emmerich. „Röntgentherapie in Tabellenform”. (Nakładem Georg Thieme, Leipzig 1934, 153 strony druku, 40 ilustracyj).

Autora znamy już z dwóch książek z dziedziny rentgenologii rozpoznawczej, ujętej również w formę tabelaryczną. Obecnie zajął się M a r k o v i t s lecznictwem promieniami X i te zagadnienia również przedstawił w postaci tabelarycznych skrótów. Schorzenia podzielone są na duże grupy (wewnętrzne, chirurgiczne, ginekologiczne, urologiczne, pediatryczne i t. d.). Do każdej poszczególniej postaci chorobowej podchodzi autor z następujących punktów widzenia. Przedewszystkiem najważniejsze w krótkich danych przejawy kliniczne, następnie, na czem polega działanie promieni w danym przypadku, wskazania, dawka, technika napromieniań, zapobieganie niepożądanym skutkom naświetlań, najkorzystniejszy okres napromieniań, przebieg leczenia, zjawiska uboczne, leczenie dopełniające, przeciwwskazania i wreszcie, co powinien pacjent wiedzieć o przebiegu leczenia (np. o szansach wyleczenia lub bezskuteczności). M a r k o v i t s ma zasadniczo nastawienie szkoły wiedeńskiej, stara się jednak uwzględnić sposoby naświetlań innych szkół (jak np. C o u t a r d a). Pisane przejrzysto i treściwie. Bardzo dobry do radca terapeutyczny. B. K r y ś k i.

## Wskazówki praktyczne

O c h s e n i u s uważa za skuteczne *leczenie zapalenia płuc u dzieci przekrwienie bierne i domięśniowe zastrzykiwanie chininy (transpulminy)* obok dopływu świeżego powietrza. Nawet dzieciom bardzo młodym (3 miesięcznym) zastrzykuje 1 ctm.<sup>3</sup> transpulminy. W razie rozedmy płuc środki uspakajające. Od środków wykrztuśnych mało oczekiwać można. Środki nasercowe u osesków są zbyteczne. (Med. Welt. 1933. N. 48).

—o—

W uporczywych przypadkach *luszczycy* stosuje S t e i n *Psorimangan*, przetwór kolloidowy manganu, w postaci zastrzykiwań domięśniowych. Również skutecznie i szybko działać mają *promienie graniczne* B u r k y nawet w małych dawkach 200 — 300 r. Stare blaszki luszczycy można smarować maścią psorigillusową. Djeta powinna zawierać mało tłuszczu zwierzęcego i mało soli. Tłuszcze roślinne nie są przeciwwskazane. (Mitt. d. Volksges. - Amtes. 1933, N. 11).

—o—

*Colsil*, mieszanina cholesteryny z lecytyną, działać ma dobrze, według B ö t t n e r a w *uporczywych wymiotach ciężarnych*. Stosuje się w lawatywach. W połączeniu ze środkami przeciwkuczowemi (papaweryna) daje dobre wyniki w leczeniu niektórych postaci astmy (1 — 6 czopków dziennie). Obok tego przestrzeganie regularnych wypróżnień bez drażnienia śluzówki jelit. (M. m. W. 1933, N. 52).

—o—

F l e s c h otrzymuje doskonale wyniki leczenia *ostrej rzeżączki za pomocą ciepła* obok leżenia w łóżku. Po upływie 3 — 5 dni miało następować zupełne wyleczenie. Metoda leczenia polega na przykładaniu kataplazmów na okolicę krocza, zaczynając od otworu stolcowego do końca prącia, i to dniem i nocą. (M. m. W. 1933, N. 50).

—o—

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

### Posiedzenia Lekarzy Szkolnych.

#### Posiedzenie z dn. 16 listopada 1933 r.

Przewodniczący: Dr. K. M i t k i e w i c z, Sekretarz: M. T r e n k n e r.

Odczytany protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto bez poprawek. W sprawach bieżących Dr. K. M i t k i e w i c z podaje charakterystykę kilku pism, jak np. „Wychowanie fizyczne w szkole”, „Dla zdrowia”, „Dziennik urzędo-

wy Kuratorjum Okręgu Szkolnego Warszawskiego”, „Gazetka ścienna”, które bardzo chętnie drukują prace z dziedziny higieny szkolnej, i zachęca lekarzy szkolnych do umieszczania w nich artykułów. Następnie apeluje do ogółu lekarzy szkolnych, aby zapoznali się z treścią okólników Kuratorjum, dotyczących bezpośrednio ich pracy w szkole. Dr. W y r z v k o w s k i proponuje zreformowanie szkolnych kart zdrowia w sensie zmniejszenia ich wielkości. Dr. K. M i t k i e w i c z odpowiada, że sprawa reformy tych kart jest obecnie aktu-



alna, i na zjeździe wizytatorów higieny szkolnej polecono Dr. Stanczakowi z Łodzi opracowanie wzoru kart nowego typu.

Dr. Gromski interpeluje w sprawie nader wygórowanych cen druków higj.-szkolnych, jak karty zdrowia, za wiadomienia rodziców i t. p. W sprawie tej zabiera głos szereg lekarzy, podkreślając nietylko nadmierne ceny, ale i niedbalstwo w wykonaniu tych druków, zawierających szereg błędów w treści.

Dr. Mitkiewicz wygłasza referat „Lekarz szkolny a nowe programy szkolne”.

Poza programem języka polskiego, rysunków i śpiewu w pierwszych oddziałach szkoły powszechnej, gdzie należy więcej niż dotychczas posilkować się tematami z zakresu higieny życia dziecka i życia szkolnego na największą uwagę lekarzy szkolnych zasługują programy przyrody, zajęć praktycznych i ćwiczeń cielesnych. W programie przyrody na III, IV, V i VI oddziały szkoły powszechnej spotykamy tu i owdzie tematy higieniczne, w oddziale VII — na naukę o człowieku łącznie z higieną przeznaczają się 4 godziny w II-iem półroczu (dwa razy więcej czasu, niż w dotychczasowym). Wobec jednak nieuwzględnienia w programie tematów z higieny społecznej zadaniem lekarza szkolnego byłoby porozumiewanie się z przyrodnikiem co do wypełniania tych luk przez niego lub przez lekarza podczas pogadanek okolicznościowych, rozmaitych tygodni, dni propagandowych i t. p.

Program biologji w gimnazjum przewiduje 2 godz. w tyg. w kl. IV na naukę o człowieku, głównie fizjologii i opartej na niej higieny. Ma ją prowadzić przyrodnik. Ponieważ lekarze szkolni jeszcze w ciągu 3½ lat będą uczyli higieny w kl. VII lub VIII obecnego gimnazjum, konieczne jest zapoznanie się ich z tym nowym programem, uwagami oraz poddanie pewnej rewizji tu i owdzie jeszcze stosowanej metody prowadzenia tych lekcji.

Program zajęć praktycznych — w szkole powszechnej zawiera nowości — w oddziałach od I do V włącznie zajęcia z t. zw. kultury życia i ciał, na które mają się składać codzienne praktyki w zakresie higieny ciała, ubrania, jedzenia, mieszkania, poziomu kultury towarzyskiej, słowem, to, co było u nas dotychczas w zaniedbaniu. Plan tych zajęć w szkole, projekty doskonalenia urzędzeń szkolnych, które są z niemi związane, oraz wyniki pracy muszą lekarza stale interesować. Ponieważ niektóre organizacje, jak np. Kola Młodzieży Czerwonego Krzyża, Kółka higienistów, zespoły harcerskie i t. p. mogą znacznie ułatwić pracę w omawianej dziedzinie, powinni lekarze szkolni przyczynić się do powstawania tych organizacji oraz wglądać do ich działalności w zakresie higieniczno-wychowawczym.

Chociaż program gimnazjum nie obejmuje zajęć z kultury życia codziennego, to wobec zaniedbań istniejących pod tym względem wśród ogółu młodzieży muszą szkoły, a nade wszystko wychowawcy i lekarze dokładać starań, by tę lukę wypełnić i młodzież ukulturalnić.

Wreszcie program ćwiczeń cielesnych, tak w szkole powszechnej, jak i w gimnazjum, jest raczej programem wychowania fizycznego, niż ćwiczeń ciel., duży nacisk kładzie na prowadzenie gier i zabaw na powietrzu, na pływanie, lyżwiarstwo, narciarstwo, saneczkarstwo, na wycieczki, na konieczność hartowania młodzieży, a nade wszystko jest elastyczny w zależności od warunków, jakimi dana szkoła rozporządza.

Ponadto program dla gimnazjów przewiduje konieczność podziału młodzieży na silniejszą i słabszą, przeznaczając dla każdej ćwiczenia odpowiednie co do wysiłku i tempa, poleca prowadzenie ćwiczeń jaknajczęściej na powietrzu, o ile tylko warunki pogody pozwalają, wprowadza obowiązkowe gry i ćwiczenia polowe, wycieczki.

Ingerencja lekarza szkolnego staje się tu niezbędną. Również codzienne ćwiczenia 10-cio minutowe, czas, miejsce, warunki, w jakich są prowadzone, technika ćwiczeń śródlekcyjnych, jako zabiegu higienicznego, kwalifikowanie młodzieży, ubiegającej się o Państwową Odznakę Sportową, wreszcie zawsze aktualna sprawa właściwego używania kostiumów ćwiczebnych, sposobu ich przynoszenia lub przechowywania — wszystko to są zagadnienia, które zmuszają lekarza szkolnego do stałego współdziałania w realizowaniu w szkole nowego programu ćwiczeń cielesnych.

W dyskusji po referacie:

Dr. Korsakówna zapytuje, czy nowe programy szkolne określają ściśle stanowisko lekarza szkolnego, i następnie, czy nauka o człowieku będzie powierzona lekarzowi.

Dr. Roszkowski i podkreśla w nowych programach znaczenie gier ruchowych, organizowanych na boiskach.

Dr. Reichertówna stwierdza doniosłość zmian w nowych programach dotyczących wychowania fizycznego, omawia wartość codziennych 10-cio minutowych ćwiczeń gimnastycznych i przystosowania napięcia lekcji gimnastyki w klasie do gros ćwiczących, podkreślając jednocześnie brak kontaktu między lekarzem szkolnym a nauczycielem wychowania fizycznego, co powoduje znów brak indywidualizacji w ćwiczeniach. Proponuje następnie, by do programu nauczania w C. I. W. F. wprowadzono wykłady fizjopatologii i zmian wieku dojrzewania oraz opracowano broszurę z zakresu biologji ćwiczeń cielesnych, przeznaczoną dla młodzieży klas wyższych. Dr. Zabawska stwierdza brak w programach nauk higieny stroju kobiecego. Dr. Jurjewicz, uważa, że realizowanie pewnych wskazań z dziedziny higieny napytyka przeszkody ze strony polonistów, lekcje rysunków trudności tych nie nastroją. Zwraca zatem uwagę na nieprzystosowanie ubrań dziewcząt do 10<sup>o</sup> ćwiczeń i szkodliwość używania przez młodzież teczek. W sprawie podziału uczniów danej klasy na grupy ćwiczebne proponuje, by poszczególne grupy prowadzili absolwent C. I. W. F., traktując to jako bezpłatną praktykę.

Dr. Sokół podkreśla konieczność współpracy wychowawcy fizycznego z lekarzem szkolnym przy podziale na grupy ćwiczebne, lekarz określa wartość biologiczną ucznia, nauczyciel przeprowadza próbę sprawności fizycznej.

Zamykając dyskusję, dr. Mitkiewicz wyjaśnia, że nowe programy nie wspominają o zmianie dotychczasowego stanowiska lekarza w szkole, naukę o człowieku ma prowadzić nauczyciel przyrody. Brak kontaktu lekarza z nauczycielem ćwiczeń cielesnych spowodowany jest ograniczeniem godzin lekarskich, — zgadza się z p. Dr. Zabawską, iż higiena kobiety powinna być uwzględniona w programie. Wspomina, że dr. Kopeckowski podał swego czasu tematy higieniczne dla polonistów i temi tematami z dziedziny higieny powinni przedewszystkiem zainteresować się autorzy podręczników. Sprawa mundurków dziewcząt powinny się zająć lekarzy i swoja opinię pod tym względem wrazić.

Niecelowo używanie teczek zamiast torbistrów znalazła wyraz w rozporządzeniu Ministerstwa przed paru laty, i szkoły winny je egzekwować.

## Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Akademji Lekarskiej w Paryżu z dnia 23 stycznia 1934 r. (Presse méd. N. 9, 1934) L. Spillman i J. Watrin pokazywali przypadek zmian skórnych pochodzenia lekowego. Prelegenci, przypominawszy częstość zmian skórnych pochodzenia lekowego, pokazali 6-miesięczną dziewczynkę, która wykazała na twarzy i tułowiu obfite zmiany grudkowato-guzkowe o zabarwieniu czerwono-brunatnym, o spistości bardzo miękkiej, otoczone rąbkami zapalnym. W przypadku tym miało się do czynienia z bromidami. Matka, która karmiła piersią swe dziecko, przyjmowała od sześciu miesięcy „proszek przeciwpadaczkowy”, bogaty w brom. Odczynny skórny na podawanie bromu powinny być dobrze znane, a pomimo to dziecko było leczone wcierkami rtęciowymi pomimo braku jakichkolwiek objawów przymiotu u rodziców.

Na posiedzeniu Towarzystwa Chirurgicznego w Paryżu z dnia 17 stycznia 1934 r. (Presse méd. N. 9, 1934) Moskoff (z Sofji) pokazywał dwa przypadki rzadkiego umiejscowienia bąblowca: torbiel trzustkowa i in. Pierwszy przypadek dotyczył kobiety z guzem w podżebrzu lewym, który przyjęto za guz nerki. Operacja, wykonana drogą lędźwiową, wykazała wewnątrzbrzusne pochodzenie guza. Powrotny zabieg operacyjny pozwolił na wykonanie nakłucia torbieli i na zmniejszenie jej po zasyciu. Prelegent omawia odnośnie piśmiennictwo i zwraca uwagę na rzadkość umiejscowienia bąblowca w ognie trzustki, jak to miało miejsce w omawianym przypadku, przyczyny często popełnianych błędów co do pochodzenia torbieli nawet podczas zabiegu operacyjnego, niebezpieczeństwa związane z usuwaniem torbieli. Drugi przypadek był torbielą bąblowcową okolicy nadobojczykowej, którą wyluszczone. Naogół prelegent przekłada nacięcie i drenaż ze względu na możliwość długich uchyłków kieszeni. W guzach głębokich i zrośniętych z narządami krążenia i nerwami dołka nadobojczykowego jest to metoda z wyboru.

Na posiedzeniu Towarzystwa Chirurgicznego w Paryżu z dnia 17 stycznia 1934 r. (Presse méd. N. 9, 1934) Reynaldos Santos (z Lizbony) mówił o arterjografji w nowotworach kości i części miękkich. Pokazywał on zdjęcia rentgenowskie, wykonane w odstępach kilkosekundowych w 37 przypadkach guzów kończyn dobrułowych i złośliwych, wychodzących po części z części miękkich, po części z kości. Dzie-

ki jasności swych obrazów arterjografja stanowi dużą pomoc i postęp w rozpoznawaniu. Podczas gdy zmiany swoiste i zapalenia szpiku kostnego powodują niedostateczne ukrwienie (*ischaemia*) i wywołują małe zmiany w krwiobiegu, guzy złośliwe dają zawiłą sieć nowowytworzonych naczyn, przebiegających we wszelkich kierunkach, o konturach ostro zarysowanych, krzyżujących się ze sobą. Szybkość uwidaczniania się

powracającej sieci żyłnej stanowi również dobry objaw złośliwości. W mięsakach kostnych (*osteosarcoma*) skostniałych, prążkowatość tętnicza w osi kości wyprzedza często występowanie prążkowatości kostnej. Arterjografja stanowi wreszcie dobry sposób kontrolowania rozwoju nowotworu i wyników leczenia promieniami R o e n t g e n a złośliwych guzów kostnych.

## Z j a z d y

### VIII Zjazd Stowarzyszenia Ginekologów i Akuszerów Francuskich.

(Paryż dnia 1, 6 i 7 października 1933 roku).

Na porządku dziennym były trzy następujące sprawy:

1. Leczenie chirurgiczne krwotoków z powodu niskiego usadowienia się łożyska.

2. Gruźlica macicy, jej przydatków i ich leczenie.

3. Leczenie objawów sztucznego przekwitania kobiety.

Pierwszy temat omówili: H. P a u c o t i M. R e e b.

Z ankiet, które autorowie przeprowadzili, wynika, że pacjentka, krwawiąca przed porodem, powinna, o ile to jest możliwe, być przeniesiona do kliniki bez żadnych zabiegów w domu, jak tamponada i t. p. Krwawienie nie musi być zawsze traktowane chirurgicznie. Po większej części wystarczy szerokie otworzenie pęcherza płodowego. Jeżeli to ostatnie nie pomaga, jest wskazane cięcie cesarskie w dolnym odcinku macicy, gdyż ono tylko najprędzej oszczędza życie matki i płodu. W razie ciężkiego stanu chorej lub infekcji jest wskazana histerektomia (*supravaginalis*, P o r r o lub „vase - clos”).

Transfuzja krwi przed i po operacji daje wyśmienite wyniki.

Drugi temat omówili: P. B r o c q, P. M o u l i n g u e t i P. G i b e r t a leczenie R. L. R o c h a t.

Największą trudność w przypadkach gruźlicy przedstawia rozpoznanie. Oprócz wyraźnych przeciwwskazań (gorączka, zły stan chorej i t. p.) dobrze jest wykonać chociażby prób-

ną laparotomję. U młodych kobiet trzeba się trzymać więcej metod konserwatywnych. Leczenie chirurgiczne, jeżeli jest możliwe, powinno być wspomagane leczeniem słonecznym, rentgenoterapią, fizjoterapią i klimatoterapią.

W razie, gdy gruźlica przydatków jest dość zaawansowana, i widzimy dużo zrostów z sąsiednimi organami, trzeba lepiej zamknąć brzuch i leczyć konserwatywnie.

Trzeci temat omówili: Lucien B r o u c h a o doświadczeniach celem wywołania sztucznego przekwitania u kobiet, A. v a n C a u v e n b e r g h o leczeniu, J. P a u l L a m a r q u e o czasowej sterylizacji radjoterapią, G. M a s s a b u a u i A. G u i b a l o leczeniu konserwatywnym w ginekologii i tem samym o profilaktyce sztucznego przekwitania kobiety.

W zależności od wieku i konstytucji każda kobieta przenosi sztuczne przekwitanie lepiej lub gorzej. Sztuczne przekwitanie chirurgiczne jest o wiele brutalniejsze od radiologicznego, które, będąc stosowane ogólnie, maemi dawkami, może przejść czasami u kobiety jako naturalne przekwitanie. Leczenie powinno być prowadzone za pomocą follikuliny dłuższy czas, a czasami razem z prehipofizyną, jeżeli sama follikulina nie daje rezultatu. Czasami żadne leczenie nie pomaga, nawet przeszczepianie jajnika, dlatego też M a s s a b u a u i G u i b a l apelują do chirurgów, ażeby się starali leczyć konserwatywnie, starali się pozostawić chociażby jedną piątą części jajnika, ewentualnie przeszczepić część jajnika do wnętrza macicy podczas samej operacji.

E. E b i n.

## Przegląd terapeutyczny

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. P.

(Dyr.: Prof. Dr. A. Ł a s k i e w i c z).

### Spostrzeżenia kliniczne przy leczeniu Panodina \*).

Podał

Dr. Jarosław IWASZKIEWICZ, st. asystent Kliniki (Poznań).

Stosowanie szczepionek w chorobach jest niewątpliwie najbardziej racjonalnym leczeniem, którego obeszany ze współczesną terapią lekarz nie powinien nigdy zaniedbywać. Użycie szczepionki, jako środka leczniczego, zastosował po raz pierwszy W r i g h t w zakażeniach gronkowcowych. W r i g h t pierwszy doświadczenia swoje oparł na podstawach naukowych, od tego więc czasu zaczęto stosować leczniczo w zakażeniach swoistych cały szereg innych szczepionek. Leczenie szczepionkami polega na wywoływaniu w organizmie ludzkim odporności przez pobudzenie go do wytwarzania przeciwciał ochronnych (aglutynin, lizyn, antytoksyn i t. d.), dzięki którym organizm łatwiej przeciwstawia się czynnikom, szkodliwie nań działającym w postaci drobnoustrojów i ich jądów. Dotychczasowe leczenie szczepionkami polegało na wprowadzeniu do ustroju chorego antygeny w postaci szczepionki swoistej, a więc i wywołaniu ciał ochronnych, czyli przeciwciał, skiero-

wanych przeciw danemu zarazkowi lub jego produktom toksycznym. W ostatnim dwudziestoleciu, dzięki pracom S c h m i d t a, a zwłaszcza M u c h a, wprowadzono pojęcie odporności nieswoistej, a więc odporności, skierowanej nie przeciwko pewnemu określönemu zarazkowi, ale odporności, skierowanej do zwalczania całego szeregu wszelkich zarazków. Odporność nieswoistą uzyskać możemy, wprowadzając do ustroju antygeny nieswoiste w postaci mieszaniny ciał białkowych, lipoidów i tłuszczów, w przeciwiwielkim bowiem do dawnych poglądów, że wszystkie czynności życiowe komórki i zdolność wywoływania procesów ochronnych należą do białka, uwzględniono też lipoidy i tłuszcze, które biorą wybitny udział w budowie i procesach życiowych komórki zwierzęcej. M u c h, któremu zawdzięczamy powstanie szczepionki nieswoistej, przypisuje w tej sprawie rolę — nawet główną — lipoidom. Przy leczeniu szczepionkami nieswoistymi szczególny efekt otrzymujemy, stosując je w chorobach zakaźnych i ostro przebiegających, choć w chorobach podostrych i przewlekłych, zwiększając odporność organizmu, stwierdza się także wpływ dodatni. W artykule niniejszym nie mam zamiaru omawiać mechanizmu działania szczepionek nieswoistych, chcę natomiast w krótkich słowach przedstawić wpływ i działanie takiej szczepionki, wyrabianej przez firmę K l a w e pod nazwą Panodina, którą należy powitać, jak każdą inicjatywę wprowadzenia do lecznictwa preparatu krajowego. Panodina składa się: 1)

\*) Streszczenie referatu, wygłoszonego na posiedzeniu Towarzystwa Otolaryngologów Sekcji Poznańskiej 23.I.1934 r.

z mieszaniny czynnych ciał białkowych, wywołujących doświadczaźnie powstawanie ciał obronnych, 2) z mieszaniny związków lipidowych, pochodzących z żółci, 3) z podobnej mieszaniny tłuszczów pochodzenia zwierzęcego.

Spostrzeżenia swoje oparłem na 30 przypadkach chorych kliniki otolaryngologicznej U. P. Wśród leczonych przezemnie Panodina chorych większość stanowiły przypadki ciężkie, zaniedbane i powikłane. Chorzy, przezemnie obserwowani, byli leczeni klinicznie i ambulatoryjnie. Według rodzaju schorzenia przypadki moje przedstawiały się następująco:

- 1) ostre zapalenie ucha środkowego, powikłane zapaleniem wyrostka sutkowego — 6 przypadków;
- 2) angina, powikłana ropniem okołomigdałkowym lub migdałkowym — 12 przyp.;
- 3) ropień języka — 2 przypadki;
- 4) obustronne ostre ropne zapalenie ucha środkowego — 3 przypadki;
- 5) ostre ropne zapalenie jam bocznych nosa (*pansinuitis*) — 3 przypadki;
- 6) ostre surowicze zapalenie jam bocznych nosa (*pansinuitis*) — 1 przyp.;
- 7) ropień podszczękowy — 1 przyp.;
- 8) róża — 1 przyp.;
- 9) ostre ropne podśluzowe zapalenie krtani — 1 przyp.

U wszystkich chorych dało się stwierdzić, że już po 24 godzinach następował spadek temperatury, pomimo że nie we wszystkich przypadkach dało się opanować sprawę chorobową leczeniem Panodina bez interwencji chirurgicznej. Spadek temperatury w 13 przypadkach nastąpił krytycznie, w 17 litycznie.

Nie licząc poszczególnych przypadków, mianowicie, dwu przypadków ostrego zapalenia ucha środkowego i wyrostka sutkowego oraz jednego przypadku ostrego ropnego zapalenia jam bocznych nosa (*pansinusitis*), w których stosowanie Panodiny nie wpłynęło na przebieg choroby, — reszta wyników była zadawalająca, czego dowodem może być szybka poprawa stanu ogólnego i miejscowego w krótkim czasie po zastrzyknięciu. Na sześć przypadków ostrego zapalenia ucha środkowego i wyrostka sutkowego operowano dwa — w 4-ch przypadkach powyższego schorzenia choroba trwała 9 — 12 dni. Na dwanaście przypadków ropni okołomigdałkowych — ropni w stadium początkowym było 7, już wytworzonych (dojrzałych) — 5. W tych 7-miu przypadkach sprawa cofnęła się już na drugi dzień po zastrzyknięciu Panodiny, z 5-ciu przypadków ropni wytworzonych (dojrzałych) — w dwu przypadkach nastąpiło samoistne ich otwarcie na drugi dzień po zastrzyknięciu, w trzech przypadkach ropnie otworzono przez zabieg chirurgiczny. Czas trwania tej choroby wahał się aż do zupełnego wyleczenia od 3 do 6 dni. Cztery przypadki ostrego zapalenia jam bocznych nosa (*pansinuitis*) były bardzo ciężkie i powikłane zapaleniem ucha środkowego lub nerek, bądź przebiegały z ostrem zapaleniem nerek i ucha środkowego jednocześnie. W jednym przypadku z powyższej grupy Panodina nie wpłynęła na skrócenie przebiegu choroby. W żadnym z 30 przypadków nie stwierdziłem po zastrzyknięciu Panodiny jakichkolwiek objawów anafilaktycznych lub wpływów ubocznych, prócz lekkiego uczucia bólu w miejscu wstrzyknięcia, trwającego do 2-ch dni. Samo zastrzyknięcie niebolesne. Panodine stosowałem domięśniowo

w dawkach od 1 do 10 cc., przyczem wiek nie odgrywał żadnej roli. W 5 przyp. wstrzykiwałem Panodine kilkakrotnie, w 25-ciu — jednorazowo.

U niektórych chorych, leczonych Panodina, badałem krew na leukocytozę. Stwierdziłem, że w godzinę po zastrzyknięciu liczba ciałek białych wzrastała od 8 — 10%; wśród obojętnochłonnych przeważały postaci młodsze. Np., jeśli przed zastrzyknięciem postacie wielopłatowe wynosiły 80%, to po godzinie liczba ich zmniejszała się do 50% wszystkich neutrofilów na korzyść dwu- do trzypłatowych postaci — stan ten w 12 godzin po zastrzyknięciu nie ulegał większej zmianie. W 24 godziny po zastrzyknięciu Panodiny obok zmniejszenia się liczby postaci młodocianych białych ciałek krwi stwierdzono znaczne zmniejszenie się liczby limfocytów. Po 48 godzinach liczba ciałek białych wahała się w granicach normy, stwierdziłem przytem największy odsetek monocytów w porównaniu ze stanem z przed zastrzyknięcia i w czasie do 48 godzin po niem. Należy przypuszczać, że Panodina w wielkim stopniu wzmaga leukocytozę, trudno jednak ściśle określić stopień jej nasilenia, gdyż sam czynnik chorobowy również wpływa na zwiększenie się leukocytozy (pobudzając układ krwiotwórczy). Poza to różne są stopnie nasilenia infekcji, a także każdy organizm indywidualnie reaguje na wtargnięcie czynnika chorobotwórczego. U zupełnie zdrowego człowieka zastrzyknięcie Panodiny już w krótkim czasie (po godzinie) powoduje lekkie zwiększenie się leukocytozy (do 8%), lekkie przesunięcie się obrazu krwi na lewo, znaczne natomiast zwiększenie się liczby limfocytów.

Krew była badana po wstrzyknięciu domięśniowo 2cc Panodiny.

Nie chcę opisywać wszystkich poszczególnych przypadków w ich przebiegu klinicznym pod wpływem leczenia Panodina, ograniczę się tylko do podania kilku zpośród nich, aby dać obraz kliniczny przebiegu choroby, leczonej tą szczepionką.

**P r z y p a d e k I.** W. S. lat 30, robotnik, przywieziony do kliniki przez Pogotowie Ratunkowe dn. 14.XI.1933. Na gardło zachorował przed trzema dniami; choroba rozpoczęła się ogólnym osłabieniem, podniesieniem temperatury i bólami gardła podczas polykania pokarmów. Stan obecny: tętno 120 na min. temp. 38,8°, szczękoscisk lekkiego stopnia. Migdałki zaczerwienione, obrzmiałe do tego stopnia, że schodzą się prawie ze sobą w linii środkowej. Na powierzchni ich płaskie, brudno białe i żółte naloty; łuk przedni lewy i podniebienie miękkie z tejże strony wysadzone ku przodowi i nadół, przy dotyku palcem chelbotania wyczuć się nie daje. Rozpoznano *abscessus peritonsillaris anterior sin. incipiens*. Zastrzyknięcie 2 cc Panodiny domięśniowo — temp. dnia następnego po zastrzyknięciu spada do 36,7° rano, taka sama wieczorem. Obrzęk migdałków zmniejszył się, szczękoscisku niema. Dnia 17.XI. pacjenta w stanie zupełnego wyzdrowienia zwalnia się z kliniki.

**P r z y p a d e k II.** T. H. lat 18, formiarz. Zachorował na gardło dnia 10.XI.1933 r. Dnia 13.XI. dokonano pacjentowi otwarcia ropnia okołomigdałkowego prawego — stan jego nie poprawił się. Dnia 18.XI. zgłosił się do kliniki. Stan obecny: temp. 38,2° rano, tętno 100 na min. Migdałki powiększone, zaczerwienione, na łuku podniebiennym prawym rana zasklepiona. Łuk podniebienny lewy i podniebienie miękkie wysadzone ku przodowi i dołowi. Szczękoscisk średniego stopnia. Rozpoznanie: *abscessus peritonsillaris anterior sin.* Domięśniowo 2 cc Panodiny. Na drugi dzień temp. 37,5°, nacięcie ropnia, gdyż stwierdza się wybitne chelbotanie. Podczas nacięcia wycieka wielka ilość ropy. Na trzeci dzień po przyjęciu

pacjenta do kliniki temp. 37°. Dnia 21.XI. temp. 36,6° rano i wieczorem. Ból gardła ustał, samopoczucie dobre, obrzęk w gardle znikł. Dnia 22.XI.33 r., t. j. po trzydniowym pobycie w klinice, pacjent wypisuje się w stanie zupełnego wyzdrowienia.

**P r z y p a d e k III.** D. A. lat 70, emeryt. Zachorował na gardło dnia 27.XI.33. Sprawa rozpoczęła się podniesieniem temp. do 38°, bólem gardła, obrzmieniem gruczołów podszczękowych i bardzo złym samopoczuciem. Dnia 3.XII.33 zostałem wezwany do chorego i stwierdziłem, co następuje: temp. 37,5° (godz. 15-ta), tętno 140 na min., słabo napięte, nierówne (stara organiczna wada serca), obrzmienie gruczołów podszczękowych. Pacjent robi wrażenie ciężko chorego. Oba migdałki czerwone, powiększone, bardzo bolesne przy dotyku, błona śluzowa naokoło migdałków i na języczku rozpułchniona, obrzękła galaretowato. Rozpoznałem *angina phlegmonosa*. Obok leczenia, ogólnie przyjętego w tych sprawach, zastrzyknąłem 2 cc Panodiny domięśniowo. Dnia 4.XII.33 r. temp. 37°; stan bez zmiany. Dnia 5.XII. samopoczucie pacjenta dobre. Temp. normalna. Zmian poprzednich w gardle, oprócz rozlanożaczerwienienia gardła i migdałków, nie stwierdziłem.

**P r z y p a d e k IV.** Z. Z. lat 25, student. Zachorował na gardło 9.I.34. Ponieważ stan chorego się nie poprawiał i chory zaczął przy polykaniu odczuwać silny kłujący ból, zgłosił się dnia 12.I.34 do ambulatorjum tutejszej kliniki. Stan obecny: temp. 38,6° rano, tętno 116 na min., gardło zaczerwienione, migdałki powiększone. Na ich powierzchni lekko zaznaczają się białe naloty. Migdałek prawy wysadzony ku przodowi, nad nim podniebienie miękkie obrzmiałe. Łuk tylny obrzmiał, wychodzi z poza migdałka ku linii środkowej. W lusterku krtaniowym nagłośnia i fałda nagłośniowo-językowa prawa zaczerwienione i silnie obrzmiałe. Rozpoznanie: *abscessus peritonsillaris superior et posterior dext., epiglottitis*. 2 cc Panodiny podskórnie. Dnia 13.I.34. temp. 37,3°, ponownie 2 cc Panodiny, choć obrzęk nad migdałkiem zmniejszył się. W nocy, jak podaje pacjent, z dnia 13 na 14.I. zaczął wypluwać krew z ropą. 14.I.34. temp. 36,8° rano, na łuku tylnym otwór, z którego sączy się ropa. Nad migdałkiem obrzęk znikł, inne zmiany ustąpiły. Lekkie bóle przy polykaniu. Pacjenta uważa się za wyleczonego.

**P r z y p a d e k V.** P. S. lat 34, szofer. Zgłosił się do tutejszej kliniki dnia 19.I.34. Skarży się, że od dwóch dni zaczął odczuwać bóle w gardle. Obecnie zupełnie nie może połykać nie tylko pokarmów, ale nawet śliny, pozatem duszność. Stan obecny: temp. 38°, tętno 120 na min., gruczoły podszczękowe silnie powiększone, bolesne przy dotyku, głos ochrypliwy, oddycha z wielkim trudem. Stwierdza się wielki niepokój chorego. Gardło zaczerwienione. W lusterku krtaniowym stwierdza się zaczerwienienie i obrzmienie śluzówki całej krtani. Kontury więzadeł prawdziwych, wrzekomych, chrząstek nalewkowatych i nagłośni zatarte — światło krtani zwężone. Rozpoznanie: *laryngitis submucosa purulenta*. Oprócz leczenia w postaci okładów i inhalacyj pacjent dostaje 2 cc Panodiny domięśniowo. Dnia 21.I.34. stan pacjenta lepszy, temp. rano 37°, wieczorem 36,8°. Duszności niema. Dnia 22.I.34. temp. normalna. Obrzęk gruczołów podszczękowych prawie ustąpił. W laryngoskopie znikło obrzmienie krtani prócz nagłośni, gdzie jednak jest mniejsze. Głos lepszy. Pacjenta wypisuje się z kliniki na własne jego żądanie.

**P r z y p a d e k VI.** C. W. lat 33, rolnik, zgłosił się do kliniki dnia 5.I.34. Narzeka na ból gardła, języka i zauważył przytem, że język obrzmiewa coraz bardziej od dwóch dni, t. j. od początku choroby. Stan obecny: temperatura 37,5°, tętno 100 na min. Język nadmiernie powiększony wysuwa się nazewnątrz, suchy, widać na nim odciski zębów, gruczoły podszczękowe powiększone, bolesne. Rozpoznanie: *abscessus linguae*. Pacjent dostaje 2 cc Propidonu domięśniowo. Na drugi dzień temp. podnosi się do 38,5°, stan pacjenta nie poprawia się. 2 cc Panodiny domięśniowo. Dnia 7.I.34, t. j. nazajutrz po zastrzyknięciu Panodiny, temperatura spada do 36,7° rano, wieczorem 37,2°. Wieczorem następuje samoistne otwarcie ropnia. Dnia 9.I.34. pacjent w stanie zupełnej poprawy wypisuje się z kliniki.

**P r z y p a d e k VII.** P. M. lat 21, przyjęta do kliniki dnia 2.I.34. celem operacji ucha. Dnia 5.I.34., na drugi dzień po operacji, temperatura podnosi się do 39,2°. Rozpoznaje się różę twarzy. Zastrzyknięcie 30 cc. surowicy przeciw róży ludzkiej. Dnia 8.I.34 temp. opada do 38°, sprawa z miejsca wyjścia, t. j. z ucha i policzka prawego, przechodzi na policzek lewy i czoło — przez ten czas pacjentka ma kilka razy dziennie dreszcze. Stan ogólny zły. Dnia 9.I.34 zastrzyknięcie 2 cc. Panodiny, dnia 10.I. temp. spada do 37° rano, wieczorem podnosi się do 37,8°, dnia 11.I. zastrzyknięcie surowicy 20 cc, temp. 38,9° — 39,6°, sprawa przechodzi na szyję, klatkę piersiową i plecy. Dnia 16.I. temp. 39,2°, silne dreszcze, sprawa przechodzi na piersi i okolice brzucha. Dnia 17.I. stan, jak poprzednio. Pacjentka jest nieprzytomna w przeciągu 2 dni. Wobec tak złego stanu i rozszerzania się sprawy chorobowej (*erysipelas migrans*) odważono się dać pacjentce 10 cc Panodiny (5 ampulek) odrazu domięśniowo. Dnia 19.I. temperatura normalna, sprawa dalej nie postępuje. Dnia 23.I. stan pacjentki coraz lepszy, przez ten okres czasu temperatura normalna, zaczerwienienie skóry i obrzęk znikł. Gojenie się rany pooperacyjnej przebiega normalnie.

**P r z y p a d e k VIII.** R. Z. lat 3. Zachorował na ucho (*otitis media acuta sinistra*). Dnia 22.X.33, tegoż dnia paracenteza, dnia 23.X. temperatura 38,6°. Z ropy ucha wychodowano *staphylococcus aureus*. Dnia 24.X. silna bolesność i obrzmienie wyrostka sutkowego (*mastoiditis acuta sinistra*), temperatura 38°. Dnia 27.X. zastrzyknięcie 2 cc Panodiny domięśniowo — temperatura na drugi dzień wieczorem opada do 37,6°, na trzeci dzień do 37,3°, stan pacjenta niebardzo się poprawia. Dnia 30.X. znaczna poprawa, mniejszy wyciek z ucha, obrzęk wyrostka sutkowego znikł. Dnia 31.X.33. w przewodzie słuchowym zewnętrznym sucho, błona bębenkowa czerwona, gruba, wyrostek sutkowy bolesny tylko przy silnym ucisku, temperatura normalna. Dalszy przebieg choroby bez powikłań — *sanatio*.

Z obserwacji. moich wpływają następujące wnioski:

1. Panodina w czasie do 24 godzin wpływa na obniżenie temperatury.
2. Skraca czas trwania choroby.
3. Nie wywołuje objawów ubocznych.
4. Zwiększa leukocytozę.
5. Efekt leczenia Panodiną jest wybitniejszy przy zastosowaniu jej w początkach choroby.

# Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

## Zakłady opiekuńcze zamknięte dla dzieci i młodzieży w liczbach.

Podał  
M. KACPRZAK (Warszawa).  
(Ciąg dalszy — patrz Nr. 9).

### T A B L I C A II.

#### Podział zakładów według przynależności.

WOJEWÓDZTWO	związki komunalne		organizacje społeczne		zgromadzenia zakonne i związki wyznaniowe		fundacje		razem	
	zakłady	wychowankowie	zakłady	wychowankowie	zakłady	wychowankowie	zakłady	wychowankowie	zakłady	wychowankowie
Warszawa . . . . .	6	1.567	60	3.411	6	630	6	1.046	78	6.654
warszawskie . . . . .	14	891	29	1.315	15	1.351	1	100	59	3.657
łódzkie . . . . .	10	760	31	1.171	13	318	2	299	56	2.548
kieleckie . . . . .	19	795	28	1.300	7	518	2	73	56	2.686
lubelskie . . . . .	16	1093	12	631	6	203	2	118	36	2.045
białostockie . . . . .	14	821	15	741	5	209	—	—	34	1.771
wileńskie . . . . .	7	280	37	1.531	16	948	2	340	62	3.099
nowogródzkie . . . . .	6	439	16	408	4	126	—	—	26	973
poleskie . . . . .	6	314	12	473	1	23	—	—	19	810
wołyńskie . . . . .	12	311	16	435	3	204	—	—	31	950
poznańskie . . . . .	8	408	13	530	14	692	13	446	48	2.076
pomorskie . . . . .	8	530	9	424	6	256	3	162	26	1.372
śląskie . . . . .	9	512	11	396	11	314	5	377	36	1.599
krakowskie . . . . .	7	520	43	2.072	13	889	5	425	68	3.906
lwowskie . . . . .	4	633	65	2.891	25	1.074	15	627	109	5.225
stanisławowskie . . . . .	1	32	39	1.064	13	749	7	455	60	2.300
tarnopolskie . . . . .	1	20	35	993	18	366	5	120	59	1.499
	148	9.926	471	19 786	176	8.870	68	4 588	863	43.170

#### Przynależność zakładów.

Tablica II zawiera dane, dotyczące przynależności zakładów. Do wymienionej tam liczby 863 zakładów należy dodać drobną grupę 12 zakładów (525 wychowanków), należących do osób prywatnych, i 15 zakładów (482 wychowanków), które nie dostarczyły danych o przynależności.

Największy odsetek zakładów, bo zgorą połowa (54%) należy do organizacji społecznych; drugą z kolei grupę właścicieli stanowią zgromadzenia zakonne i związki wyznaniowe (20%); trzecią — związki komu-

nalne (17%). Do fundacyj należy tylko 7% ogółu zakładów. Państwo samo zakładów opiekuńczych nie prowadzi (4 zakłady, utrzymywane przez Skarb Śląski, zaliczyliśmy do należących do związków wojewódzkich).

Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę liczbę wychowanków, przebywających w zakładach, stosunek powyższy zmieni się nieco: wprowadzie największą liczbę dzieci mają w opiece zakłady, należące również do organizacji społecznych (45%), ale na drugie miejsce, z punktu widzenia liczebności wychowanków, wysuwają się zakłady, należące do związków komunalnych (23% wychowanków), a zakłady, należące do zgromadzeń

zakonnych i związków wyznaniowych, przechodzą na trzecie miejsce (20% wychowanków), dalej idą fundacje (10%).

Rozpatrując, w jakim stopniu grupy społeczne prowadzą opiekę zamkniętą w poszczególnych dzielnicach kraju, przekonamy się, że w b. zaborze rosyjskim największą liczbę dzieci w zakładach zamkniętych mają organizacje społeczne (na 10.000 mieszkańców — 6 wychowanków), później idą związki komunalne (3,8) i zgromadzenia zakonne i związki wyznaniowe (2,4); w b. zaborze niemieckim wszystkie te grupy w przybliżeniu opiekują się taką samą liczbą dzieci (na 10.000 mieszkańców — 2,9 do 3 wychowanków); w b. zaborze austriackim na pierwszym planie pod tym względem znajdują się organizacje społeczne (na 10.000 mieszkańców — 8,3 wychowanków), na drugie miejsce wysuwają się zgromadzenia zakonne i związki wyznaniowe (3,6), zaś związki komunalne przechodzą na trzecie (1,4). W województwie śląskim podział jest jeszcze nieco inny: związki komunalne (3,9), organizacje społeczne (3,1), zgromadzenia zakonne i związki wyznaniowe (2,4).

**K o s z t u t r z y m a n i a w y c h o w a n k ó w.**

Inaczej jeszcze rozkłada się ciężar utrzymania wychowanków. Różnice wypływają z tego, że z funduszków państwa i samorządów opłacani są często wychowankowie zakładów, należących do innych grup właścicieli. A więc samorząd płaci za utrzymanie 44% wychowanków (w tem 5% wojewódzkie związki komunalne, 6% powiatowe związki komunalne, 33% gminy), za 30% wychowanków opłacają organizacje społeczne, zgromadzenia zakonne, związki wyznaniowe i fundacje, 19% — osoby prywatne, wreszcie Skarb Państwa za 7% wychowanków.

Poza opłatami na utrzymanie wychowanków samorząd i Państwo ponoszą jeszcze ciężary na rzecz zakładów opiekuńczych w postaci subwencji, asygnowanych corocznie instytucjom, najbardziej potrzebującym pomocy. Na podstawie omawianych tu sprawozdań nie można podać całkowitej sumy tych subwencji, gdyż liczne zakłady nie wypełniały nieraz wcale części rachunkowej kwestjonariusza.

#### W i e l k o ś ć z a k ł a d ó w.

Pod względem liczby miejsc etatowych zakłady bardzo się różnią między sobą: rozpiętość zakładów waha się od kilku miejsc do kilkuset, co prawdopodobnie nie zawsze jest zgodne z potrzebami racjonalnej i oszczędnej polityki opiekuńczej. Okazuje się, że posiadamy bardzo dużo małych zakładów; zgórá 3/4 wszystkich zakładów obliczonych jest na mniej, niż 60 miejsc etatowych, wśród nich mamy 160 zakładów, w których liczba tych miejsc waha się od 20 do 29, 130 zakładów z liczbą miejsc od 10 do 19, wreszcie 42 zakłady, przewidziane są tylko na kilku wychowanków.

Stosunkowo najliczebniejsze są zakłady fundacyjne i komunalne: średnio na jeden zakład w obu tych grupach wypada 67 wychowanków; na jeden zakład, należący do zgromadzeń zakonnych i związków wyznaniowych — 50 wychowanków, na jeden zakład prywatny 44 wychowanków; na jeden zakład, należący do organizacji społecznych — 42 wychowanków.

#### Z a p e ł n i e n i e z a k ł a d ó w.

Z pojemnością zakładów wiąże się sprawa ich zapełnienia, to znaczy stosunku liczby wychowanków, przebywających w zakładzie, do liczby miejsc etato-

wych. Jeśli za normę zapełnienia weźmiemy wykorzystanie wszystkich miejsc etatowych w przeciągu 365 dni, zapełnienie żłobków wyniesie przeciętnie 97%, schronisk i burs — 79%, zakładów specjalnych — 68%. Poszczególne województwa wykazują duże różnice pod względem zapełnienia.

W grupie żłobków spotykamy kilkakrotnie przypadki wyjątkowego zapełnienia, specjalnie uderzającego w województwie krakowskim — 167% (jeden ze żłobków, należący do gminy miasta Krakowa, posiadał zapełnienie, stanowiące 234% normy!). Również ponad 365 osobodni na jedno miejsce etatowe wykazują województwa kieleckie, wołyńskie i m. Warszawa. W szeregu innych województw zapełnienie jest znacznie niższe od normy i dochodzi nawet w województwie łódzkim do 32%; trzeba zaznaczyć, że w tym ostatnim przypadku tak niski procent dotyczy zakładów, z których dwa są bardzo niewielkie (14 i 20 miejsc), jeden duży, należący do miasta Łodzi (110 miejsc), jednak bardzo słabo zapełniony.

W grupie schronisk i burs najwyższą przeciętną spotykamy w województwie lubelskim (90%), najniższą w tarnopolskim (54%).

W zakładach specjalnych wysoki stopień zapełnienia widzimy w województwie tarnopolskim — 100% (jest tam jeden tylko zakład specjalny, należący do fundacji, dla 32 dziewcząt trudnych do prowadzenia) i w województwie lwowskim — 85%.

Przy ocenie powyższych danych należy pamiętać, że zapełnienie, równające się normie 365 dni w ciągu roku, jest właściwie już zapełnieniem, tembardziej godnym podkreślenia, że conajmniej kilka dni w roku należy odliczyć wskutek częściowego nefunkcjonowania zakładu, np. wskutek remontu. Poza tem należy się liczyć z faktem, że w omawianym okresie zakłady rozporządzały już mniejszemi, niż dawniej, funduszami i dlatego utrzymywały mniej wychowanków, niż w czasach przedkryzysowych, nie wyzyskując nieraz wszystkich miejsc etatowych.

Wybitnie niski stopień zapełnienia wykazuje najmniej liczna grupa zakładów specjalnych, co prawdopodobnie należy tłumaczyć ich charakterem.

#### R u c h w y c h o w a n k ó w.

Najintensywniejszy ruch wychowanków wykazują żłobki, co jest między innymi uwarunkowane prawdopodobnie tem, że wychowankowie w żłobkach znajdują się przez okres znacznie krótszy, niż np. w schroniskach i bursach. Liczba dzieci, przyjętych do żłobków w ciągu roku sprawozdawczego, wyniosła 108% liczby dzieci z początku tego okresu; w zakładach specjalnych liczba nowoprzybyłych wyniosła 72%; w schroniskach i bursach — 22%.

W żłobkach w ciągu roku sprawozdawczego zmarło 17% ogólnej liczby znajdujących się tam dzieci, w schroniskach i bursach — 0,5%, w zakładach specjalnych — 0,1%.

Zpóśród wychowanków, opuszczających schroniska i bursy, rozpoczęło pracę samodzielną 1.526, co stanowi 20%; w zakładach tejże grupy, przeznaczonych dla dzieci i młodzieży wyznania mojżeszowego, rozpoczęło pracę samodzielną 228 wychowanków czyli 40%; trzeba zaznaczyć, że prawie wszystkie te zakłady były własnością prywatną (organizacji społecznych, związków wyznaniowych, fundacji i osób prywatnych).

Na 1.730 opuszczających zakłady specjalne do



pracy samodzielnej przystąpiło 76 wychowanków (4%).

Wychowankowie, powracający do rodziców i krewnych ze schronisk i burs, stanowią 39% ogółu wychodzących z zakładów tej grupy, a w zakładach specjalnych — 71%.

Wreszcie przyczynę do interesującej specjalnie sprawy opieki indywidualnej w rodzinach obcych: ze schronisk i burs oddano do domów prywatnych 433 wychowanków czyli 6% ogółu opuszczających zakłady, (na 572 dzieci wyznania mojżeszowego, wychodzą-

cych ze schronisk i burs, do domów prywatnych oddano 5,7%); z zakładów specjalnych oddano 46 wychowanków (3%); ze żłobków — 195 dzieci (7%).

Nadzór nad sprawowaniem opieki w rodzinach obcych był wykonywany w większości przypadków przez kierownictwo zakładu, a kilkakrotnie przez organa samorządowe, wojewódzki wydział opieki społecznej lub mianowanych specjalnie opiekunów; 39 zakładów żadnego nadzoru nad dziećmi oddanymi w opiekę do domów prywatnych nie prowadziło. (C. d. n.)

## Wiadomości bieżące

— Dnia 25.11. b. r. odbyło się LXXIV posiedzenie naukowe Warszawskiego Koła Radiologów z udziałem kolegów zamiejscowych — na którym wygłoszono następujące referaty i pokazy: 1) Kulczycki J.: Szpat u koni w obrazie radiologicznym z podkreśleniem analogicznych spraw chorobowych w zakresie patologii ludzkiej. 2) Rubinrot S.: W sprawie polskiego odpowiednika niemieckiego terminu HED. 3) Czajkowski A.: Przypadek ziarnicy złośliwej. 4) Kaliciński W.: Przypadek tętniaka serca. 5) Krzepisz J.: Przypadek tętniaka serca. 6) Stankiewicz Z.: Z kazuistyki pyelografii dożylniej. 7) Werkentin M.: Przypadek ciała obcego w oskrzeli.

— W dniu 25 lutego r. b. odbyło się w Warszawie Walne Zebranie Polskiego Związku Przecigrucliczego z udziałem przedstawicieli III Towarzystw Przecigrucliczych ze wszystkich dzielnic Polski. Na Przewodniczącego Zebrania powołano Dr. Henryka Wilczyńskiego, Wiceprezesa T-wa Przecigrucliczego w Częstochowie i Dr. Szumskiego — Prezesa Pow. Towarzystwa Przecigrucliczego w Myślenicach. Przyjęto jednogłośnie sprawozdanie z działalności Związku za rok ubiegły i wniosek Komisji Rewizyjnej o udzielenie Zarządowi absolutorjum. Zatwierdzono również preliminarz budżetowy na rok 1934/35. Po długiej dyskusji, w której poruszano najbardziej palące zagadnienia związane z akcją przecigrucliczą i napotykanymi przez nią trudnościami w związku z kryzysem ekonomicznym, powzięto cały szereg uchwał, a mianowicie: 1) Przyspieszyć nowelizację Statutu Polskiego Zw. Przecigrucliczego. 2) W związku z projektem Ustawy Przecigrucliczej, zwrócić się do Min. Opieki Społecznej o przesłanie tego projektu do opinii Związku. 3) Zwrócić się do wszystkich organizacyj lekarskich o wywarcie nacisku na ogół lekarzy w kierunku bardziej intensywnej współpracy z organizacjami przecigrucliczymi. 4) Zwrócić się do Funduszu Pracy i Funduszu Inwestycyjnego o kredyty na niezbędne inwestycje w zakresie walki z gruźlicą. 5) Prosić Ministerstwo Op. Społecznej o wywarcie wpływu na Samorządy aby, przy kompresji budżetów, stosowały obniżki równomiernie we wszystkich działach, a nie, jak to dzieje się dotychczas, nieproporcjonalnie wysokie w dziale zdrowia, w szczególności zaś w wydatkach na walkę z gruźlicą. 6) Postarać się o zwiększenie możliwości izolacji chorych prątkujących od otoczenia przez budowę tanich szpitali - baraków. 7) Postarać się o obniżenie opłat w sanatorjach. 8) Wobec zakazu podczas ostatniej kampanji „Dni Przecigrucliczych” sprzedaży nalepek przecigrucliczych w szkołach, przy jednoczesnym pozwoleniu na zbieranie składek na inne cele, zwrócić się do Ministerstwa W. R. i O. P. z prośbą o cofnięcie tego zakazu na przyszłą kampanję.

— K o m u n i k a t. W porozumieniu z Zarządem Głównym Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego zawiadamiamy, że zgodnie z decyzją przyjętą na Walnym Zgromadzeniu XIV Zjazd Psychjatrów Polskich odbędzie się 19, 20, 21 maja 1934 r. w Krakowie. Temat główny Zjazdu: Zaburzenia reaktywne, psychiczne i nerwowe z punktu widzenia etjologicznego, klinicznego, psychopatologii dziecka i ubezpieczeń społecznych. Program tymczasowy. Referaty Głównie. Rola konstytucji w zaburzeniach psychicznych reaktywnych — Doc. Dr. Zieliński, Kraków. Udział pierwiastka reaktywnego w nerwicach — Doc. Dr. Artwiński, Kraków. Udział pierwiastka reaktywnego w psychozach — Doc. Dr. Luniewski, Tworki i Pulk. Dr. Nelken, Warszawa. Klasyfikacja spraw reaktywnych w świetle dzisiejszego doświadczenia klinicznego — Prof. Dr. Borowiecki, Poznań. Mechanizm powstawania zaburzeń reaktywnych — Dr. Bornsztajn — Warszawa. Korreferat — Dr. Chłopicki, Kraków. Zaburzenia reaktywne u dzieci i młodzieży na tle nieprzystosowania do rzeczywistości — Prof. Dr. Szuman, Kraków. Zaburzenia psychiczne reaktywne u dzieci — Dr. Mikulski, Warszawa. Profilaktyka zaburzeń psychicznych reaktywnych u dzieci — Dyr. Dr. Stryjeński, Koberzyn. Orzeczenie sądowo - lekarskie w sprawach urazowych — Dr. Jankowski, Kraków. Nerwice reaktywne a zdolność do pracy — Dr. Medyński, Kraków. Łużne odczyty. Podstawy psychologiczne reakcji psychotycznych — Dr. Drochocki, Kraków. Etjologia zaburzeń reaktywnych na tle zjawisk symbiozy psycho-psychoidalnej — Dr. K. Wize, Dziekanka. Znaczenie pedagogiki leczniczej przy terapii zaburzeń reaktywnych u dzieci — Dr. W. Spektorowa, Łódź. Badania psychotechniczne nad uzdolnieniami zawodowymi dzieci niedorozwiniętych umysłowo — Dr. B. Biegeleisen, Kraków. Opieka nad psychicznie chorymi dawniej i dzisiaj — Dyr. T. Łapiński, Warszawa. Zagadnienia psychoz w wieku przedstarczym i starczym — Dr. Meissner, Koberzyn. Zagadnienie demencji — Tenże. Zagadnienia związku typów rasowych z właściwościami psychicznymi, fizjologicznymi, oraz ze skłonnościami do pewnych chorób — Tenże. Zabójcy przebywający w Zakładzie Koberzyńskim pod względem antropologicznym — Tenże. Omówienie badań konstytucyjnych w nerwicach — Dr. J. Kirsznar, Kraków. Zgłoszenia odczytów i referatów przyjmowane będą do dnia 1-go kwietnia 1934 r. Wszelkie pisma w sprawie Zjazdu i zgłoszenia odczytów prosimy kierować pod adresem: sekretarza generalnego Zjazdu: Doc. Dr. E. Artwiński, Kraków, ul. Batorego 17. Za Komitet Organizacyjny: Sekretarz Generalny: Doc. Dr. E. Artwiński. Prezes: Prof. Dr. St. K. Pieńkowski.

— W dniu 3 — 6 maja 1934 r. odbędzie się w Moskwie IV Międzynarodowy Kongres Przecigrucliczy. Zarząd Polskiego Towarzystwa Zwal-



czania Gośca czyni starania o uzyskanie dla swych członków ulgowych paszportów. Uprasza się przeto członków Towarzystwa, mających zamiar wziąć udział w Kongresie o zgłaszanie się do sekretarjatu Towarzystwa pod adresem: Warszawa, Szpital Dzieciątka Jezus. II. Klinika Chor. Wewnętrznych Un. Warsz. Nowogrodzka 59 do Dr. Eleonory Reicher, albo też w godz. 4 — 5 po poł. tel. 9.54-54. Tylko członkowie Międzynarodowej Ligi Przeciwrumatycznej mogą wziąć udział w Kongresie. Po zakończeniu Kongresu odbędą się wycieczki dla członków Kongresu w 2 kierunkach: A. Moskwa — Leningrad. 10 dni wraz z trwaniem Kongresu. Cena 75 dol. zł. wraz z pobytem w Moskwie. B. Moskwa — Uzdrowiska Kaukaskie — Krym, Odessa. Czas trwania 20 dni wraz z Kongresem. Cena 125 dol. zł. wraz z pobytem w Moskwie podczas Kongresu. Za bankiety płaci się oddzielnie.

— Firma Bayer-Meister-Lucins, której przedstawicielem na Polskę jest Dom agenturowy „Remedia”, wydała Kalendarz Lekarski na r. 1934, w którym, oprócz spisu swoich przetworów farmaceutycznych, surowic i szczepionek oraz wskazań do ich stosowania, znajdujemy obszerny Dział informacyjny, zawierający wiele pożytecznych dla lekarza wiadomości. Obok zwykle w podobnych wydawnictwach znajdujących: najwyższych dawek ważniejszych środków leczniczych dla dorosłych i dzieci (niemowląt, małych i starszych dzieci), objawów i leczenia otruń, mamy tu wskazówki żywienia zdrowych niemowląt, kolejność i czas przerywania się zębów mlecznych i stałych, przeciętną wysokość i wagę dziecka do 15-go roku życia, skład ilościowy i wartość kaloryczną najczęściej używanych pokarmów i napojów, bardzo szczegółowe badanie moczu, sposoby usuwania płam lekowych, porównawczą skalę termometrową (R. C. F.), jednostki elektryczne, obliczenie w ctm.<sup>3</sup> zawartości łyżki, ly-

żeczki i t. d., tabelę kropeł, jednostki miar i wag i wiele innych ciekawych danych. Lekarzy polskich specjalnie zainteresować mogą wiadomości, dotyczące szpitali i liczby łóżek szpitalnych w Polsce w latach 1926 — 1932, łóżka dla chorych na gruźlicę w szpitalach ogólnych i sanatoriach w Polsce w r. 1931, zakłady dla umysłowo chorych w tymże roku, najważniejsze choroby zakaźne, zarejestrowane w Polsce w latach 1925 — 1932, szczepienia ochronne w Polsce w latach 1925 — 1931 i niektóre jeszcze notatki praktyczne, dotyczące życia codziennego. W końcu dodane jest kalendarjum na pierwsze półrocze z zapowiedzią nadesłania w odpowiednim czasie takiegoż kalendarjum na półrocze drugie. — Całość, wydana estetycznie i praktycznie, zajmuje, pomimo wielkiej obfitości materiału, niewiele miejsca i nie obciąża zbyt kieszeni.

## KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

### 6.III. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Maciejewski A. Narkoza evipanova.
2. Słonimski P. i Ber A. Badania nad ciałkami Kurloffa.
3. Blacher L. Badania nad patogenezą maloplytkowości samorodnej. Doniesienie I: maloplytkowość i czas doświadczalnego krwawienia.

### 15.III. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Posiedzenie plenarne.

1. Inż. T. Lewicki. Walka o należyty chleb.
2. Sprawozdanie roczne Zarządu, Skarbnika i Komisji Rewizyjnej.
3. Wybory do Zarządu na miejsce ustępujących trzech członków i do Komisji Rewizyjnej.
4. Wolne wnioski.

TREŚĆ: J. CZARNECKI. Dr. Leon Zamenhof (Wspomnienie pozgonne). — M. MORAWSKI. O leczeniu wrzodów żołądka i dwunastnicy metodą karmienia przez zgłębnik dwunastniczy (Dok.). — B. TOŁCZYŃSKI. Conglutinatio orificii externi. — E. EPSZTEJN. O pełnym wykresie tętna. — R. ZAJDEL. Nowe prace, dotyczące przyrządzenia anatoksyny błoniczej, oraz nowe metody szczepień ochronnych (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — J. IWASZKIEWICZ. Spostrzeżenia kliniczne przy leczeniu Panodina. — M. KACPRZAK. Zakłady opiekuńcze zamknięte dla dzieci i młodzieży w liczbach (C. d.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. CZARNECKI. Feu Dr. Léon Zamenhof. — M. MORAWSKI. Sur le traitement des ulcères de l'estomac et du duodénum par la méthode d'alimentation au moyen de la sonde duodénale (fin.). — B. TOŁCZYŃSKI. Conglutination de l'orifice externe. — E. EPSZTEJN. Sur le diagramme complet du pouls. — R. ZAJDEL. Nouveaux travaux concernant la préparation de l'anatoxine diphthérique et nouvelles méthodes de vaccinations préservatives (Rev. gén. fin.). — J. IWASZKIEWICZ. Observations cliniques sur le traitement par la Panodine. — M. KACPRZAK. Les établissements tutélaires clos pour les enfants et jeunes gens en chiffres (suite).

## WARUNKI PRENUMERATY:

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

**SAL DIETETICUM**  
**SINE CI' BR' J' N'**  
*nulla contrindicatio!*  
**ARTISANAL GEO.**